ISSN 1806-3713

Jornal Brasileiro de Pneumologia

Publicação Mensal

Publicação Indexada em:
Latindex, LILACS, Scielo Brasil, Scopus, Index Copernicus e MEDLINE
Disponível eletronicamente nas versões português e inglês:
www.jornaldepneumologia.com.br
e www.scielo.br/jbpneu

Editor Chefe
José Antônio Baddini Martinez – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP

Editores Executivos
Ilma Aparecida Paschoal – Universidade de Campinas, Campinas, SP
João Carlos Prolla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS
José Alberto Neder – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Editores Associados
Afrânio Lineu Kritski – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ
Álvaro A. Cruz – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA
Daniel Deheinzelin – Hospital do Câncer, São Paulo, SP
Fábio Biscegli Jatene – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Geraldo Lorenzi-Filho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Nestor Muller – Vancouver General Hospital, Vancouver, BC, Canadá
Renato Tetelbom Stein – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Conselho Editorial
Alberto Cukier – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Ana C. Krieger – New York School of Medicine, New York, USA
Ana Luiza Godoy Fernandes – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP
Carlos Alberto de Assis Viegas – Universidade de Brasília, Brasília, DF
Carlos Alberto de Castro Pereira – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP
Carlos M. Luna – Hospital de Clinicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Carmem Silvia Valente Barbas – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Celso Carvalho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Chris T. Bolliger – University of Stellenbosch, Stellenbosch, South Africa
Dany Jasinowodolinski – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP
Douglas Bradley – University of Toronto, Toronto, ON, Canadá
Elnara Márcia Negri – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Emílio Pizzichini – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC
Frank McCormack – University of Cincinnati School of Medicine, Cincinnati, OH, USA
Irma de Godoy – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP
John J. Godleski – Harvard Medical School, Boston, MA, USA
José Dirceu Ribeiro – Universidade de Campinas, Campinas, SP
José Miguel Chatkin – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS
José Roberto de Brito Jardim – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP
José Roberto Lapa e Silva – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ
Júlio César de Abreu de Oliveira – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG
Luiz Eduardo Nery – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP
Manoel Ximenes Netto – Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF
Marc Viravitlles – Hospital Clinic, Barcelona, España
Marcelo Alcântara Holanda – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE
Marcelo Amato – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Margareth Maria Pretti Dalcolmo – Centro de Referência Hélio Fraga, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ
Maria Marli Knorst – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS
Milton de Arruda Martins – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Noé Zamel – University of Toronto, Toronto, ON, Canadá
Nuno Fevereiro Ferreira de Lima – Universidade de Brasília, Brasília, DF
Paulo Francisco Guerreiro Cardoso – Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS
Paulo Hilário Nascimento Saldiva – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Peter J. Barnes – National Heart et Lung Institute, Imperial College, London, UK
Renato Sotto-Mayor – Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal
Riad Nain Younes – Hospital A.C. Camargo, São Paulo, SP
Richard W. Light – Vanderbili University, Nashville, TN, USA
Rik Gosselink – University Hospitals Leuven, Bélgica
Robert Skomro – University of Saskatoon, Saskatoon, Canadá
Rogério de Souza – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Ruzena Tkacova – L Pasteur Faculty Hospital, Eslováquia
Talmadge King Jr. – University of California, San Francisco, CA, USA
Thais Helena Abrahão Thomaz Queluz – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP
Vera Luiza Capelozzi – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Verônica Parreira – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG
Walter Araújo Zin – Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, Rio de Janeiro, RJ
Wilson Leite Pedreira Júnior – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

ISSN 1806-3713

Jornal Brasileiro de Pneumologia

Expediente

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Secretaria: SEPS 714/914, Bloco E, Asa Sul, salas 220/223. CEP 70390-145 - Brasilia - DF, Brasil.
Telefone 0800 616218. Site: www.sbpt.org.br. E-mail: sbpt@sbpt.org.br

O Jornal Brasileiro de Pneumologia ISSN 1806-3713, é uma publicação mensal da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Os conceitos e opiniões emitidos nos artigos são de inteira responsabilidade de seus autores. Permitida a reprodução total ou parcial dos artigos, desde que mencionada a fonte.

Diretoria da SBPT (Biênio 2006-2008):
Presidente: Antônio Carlos Moreira Lemos
Presidente Eleito: Jussara Fiterman
Secretário-Geral: Paulo Henrique Ramos Feitosa
Secretário-Adjunto: Eduardo Felipe Barbosa Silva
Diretor Financeiro: Benedito Francisco Cabral Júnior
Diretor de Assuntos Científicos: Luiz Carlos Sell
Diretor de Divulgação e Defesa Profissional: Luiz Fernando Ferreira Pereira
Diretor de Ensino e Exercício Profissional: Sérgio Saldanha Menna Barreto
Presidente do XXXIV Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia: Carlos Alberto de Assis Viegas
Presidente do Conselho Deliberativo: Mauro Zamboni
CONSELHO FISCAL:
Efetivos: Marcelo Fouad Rabahi, Nuno Fevereiro Ferreira de Lima, Eraldo Emanoel S. Barbosa
Suplentes: Marcelo Palmeira Rodrigues, Paulo César Nunes Restivo, Terezinha do Socorro Macedo Lima
COORDENADORES DOS DEPARTAMENTOS DA SBPT:
Cirurgia Torácica – José de Jesus Peixoto Camargo
Endoscopia Respiratória – Antônio José Pessoa Dórea
Função Pulmonar – José Alberto Neder Serafini
Imagem – Arthur Soares Souza Júnior
Pneumologia Pediátrica – José Dirceu Ribeiro
COORDENADORES DAS COMISSÕES CIENTÍFICAS DA SBPT:
Asma Brônquica – Roberto Stirbulov
Câncer Pulmonar – Carlos Alberto Guimarães
Circulação Pulmonar – Jaquelina Sonoe Ota Arakaki
Distúrbios Respiratórios do Sono – Flávio José M. da Silveira
Doenças Intersticiais – Carlos Alberto de Castro Pereira
Doença Pulmonar Avançada – Maria Christina Lombardi de Oliveira Machado
DPOC – Aquiles Assunção Camelier
Doenças Respiratórias Ambientais e Ocupacionais – Ericson Bagatin
Epidemiologia – José Miguel Chatkin
Fibrose Cística – Maria Angélica Santana
Infecções Respiratórias e Micoses – Ricardo de Amorim Corrêa
Pleura – Simone Miranda
Relações Internacionais – Octávio Messeder e João Gonçalves Pantoja
Tabagismo – Jônatas Reichert
Terapia Intensiva – Arthur Osvaldo de Abreu Vianna
Tuberculose – Jamocyr Moura Marinho

Secretaria Administrativa: SEPS 714/914, Bloco E, Asa Sul, salas 220/223. CEP 70390-145 - Brasília - DF, Brasil.
Telefones/Fax: 0xx61-3245-1030, 0xx61-3245-6218.
Secretária: Luana Maria Bernardes Campos. E-mail: jpneumo@jornaldepneumologia.com.br
Revisão de português, assessoria técnica e tradução: Precise Editing
Editoração: cubo multimidia
Tiragem: 3800 exemplares
Distribuição: Gratuita para sócios da SBPT e bibliotecas
Impresso em papel livre de ácidos
APOIO:

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CAPES
Ministério da Educação
Ministério da Ciência e Tecnologia
BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Apresentações Orais

A0001 ASMA NO ADULTO - SEGURIDAD DE LOS AGONISTAS BETA2 DE LARGA DURACIÓN (LABA) EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA: LABA VS. PLACEBO. REVISIÓN SISTEMÁTICA CON META-ANÁLISIS

GUSTAVO JAVIER RODRIGO[1]; VICENTE PLAZA[2]; LUÍS GARCÍA-MARCOS[3]; JOSÉ CASTRO-RODRIGUEZ[4].

1.HOSPITAL CENTRAL FF. AA, MONTEVIDEO, URUGUAI; 2.HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, BARCELONA, ESPANHA; 3.UNIVERSIDAD ARRIXACA, MURCIA, ESPANHA; 4.UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL CHILE, SANTIAGO, CHILE.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; BRONCODILATADORES; SEGURIDAD

Introducción: Algunos estudios han sugerido que el uso regular de LABA en asmáticos, conduce a un aumento de los efectos adversos graves, incluyendo el riesgo de fallecimiento. El propósito de esta revisión consistió en evaluar la seguridad de los BALD como monoterapia en el tratamiento del asma. **Material y Métodos:** Revisión sistemática con meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados, publicados y no publicados (registros de los laboratorios y FDA), de más de 1 mes de duración, que comparan LABA con placebo sin restricción de edad. **Resultados:** Cuarenta estudios incluyendo 38.128 asmáticos fueron seleccionados. El riesgo relativo (RR) y la diferencia del riesgo para las diferentes variables se presenta en la Tabla. Solo dos estudios presentaron una o más muertes por asma. El primero de ellos reportó un solo fallecimiento en un paciente tratado con 24 mcg bid de formoterol, y el segundo, 13 muertes en asmáticos que recibieron 42 mcg bid de salmeterol contra 3 muertes en el grupo placebo. **Conclusiones:** Este meta-análisis confirma el incremento en el riesgo de muerte por asma en los pacientes tratados con LABA. Sin embargo, la casi totalidad de las muertes derivaron de un solo estudio. Por el contrario, el uso regular de LABA se asoció a reducciones significativas en la incidencia de exacerbaciones de asma que requirieron corticoides sistémicos. Contrariamente a otros estudios, los LABA, al ser comparados con placebo, no mostraron un incremento en la frecuencia de hospitalizaciones así como de exacerbaciones con riesgo vital.

Tabla

Variable	No. de eventos (total sujetos)	No. de eventos (total sujetos)	Riesgo relativo (IC 95%)	Número necesario para tratar (IC 95%)
	LABA	Placebo		
Exacerbaciones con uso de corticoides sistémicos	666 (4.728)	664 (3.634)	0.79 (0.71,0.89)	24 (17-39
Hospitalizaciones	94 (3611)	75 (2438)	0.98 (0.64,1.51)	
Exacerbaciones con riesgo vital	59 (15.831)	36 (14.797)	1.18 (0.76,1.84)	
Fallecimiento por asma	14 (13.451)	3 (13.320)	3.83 (1.21,12.1)	1226 (703-10.585).

A0002 ASMA NO ADULTO - SEGURIDAD DE LOS BETA2 AGONISTAS DE LARGA DURACIÓN (LABA) EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA: LABA + CORTICOIDES INHALADOS (ICS) VS. ICS. REVISIÓN SISTEMÁTICA CON META-ANÁLISIS

GUSTAVO JAVIER RODRIGO[1]; VICENTE PLAZA[2]; LUÍS GARCÍA-MARCOS[3]; JOSÉ CASTRO-RODRIGUEZ[4].

1.HOSPITAL CENTRAL FF.AA, MONTEVIDEO, URUGUAI; 2.HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, BARCELONA, ESPANHA; 3.UNIVERSIDAD ARRIXACA, MURCIA, ESPANHA; 4.UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL CHILE, SANTIAGO, CHILE.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; BRONCODILATADORES; SEGURIDAD

Introducción: En asmáticos mayores a los 5 años de edad que no logran controlar su enfermedad con dosis bajas de ICS, los LABA constituyen la terapia preferida para combinar con los ICS. Sin embargo, algunos estudios sugieren que el uso regular de LABA conduce a un aumento de los efectos adversos y un deterioro del control de la enfermedad. El propósito de esta revisión fue evaluar la seguridad de los LABA en combinación con los ICS en el tratamiento del asma. **Material y Métodos:** Revisión sistemática con meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados, publicados y no publicados (registros de los laboratorios y FDA), de más de 1 mes de duración, que comparan LABA + ICS con ICS (dosis iguales o mayores del mismo esteroide) sin restricción de edad. **Resultados:** Cincuenta y cuatro estudios con 30.399 asmáticos fueron seleccionados. El riesgo relativo (RR) y la diferencia del riesgo para las diferentes variables se presenta en la Tabla. **Conclusiones:** De acuerdo con los datos de este meta-análisis, la combinación LABA + ICS se asoció con disminuciones significativas en la incidencia de exacerbaciones asmáticas que requirieron CCS sistémicos, y en la incidencia de hospitalizaciones por exacerbaciones, al compararse con dosis iguales o superiores de ICS. Por otro lado, la terapia combinada resultó equivalente al tratamiento con ICS en términos de la frecuencia de exacerbaciones con riesgo vital. Se constataron 3 muertes en igual número de estudios (2 en pacientes que recibían formoterol y 1 en un paciente tratado con salmeterol), resultando la diferencia del riesgo no significativa.

Tabla

Variable	No. de eventos (total sujetos)	No. de eventos (total sujetos)	Riesgo Relativo (IC 95%)	Número necesario para tratar (IC 95%)
	LABA	Placebo		
Exacerbaciones con uso de corticoides sistémicos	765 (6731)	1051 (6448)	0.69 (0.63,0.77)	20 (16,26)
Hospitalizaciones	118 (9575)	156 (7897)	0.58 (0.46,0.74)	135 (90,282)
Exacerbaciones con riesgo vital	31 (4639)	20 (3318)	0.98 (0.57,1.68)	
Muertes por asma	3 (2643)	0 (1885)	2.95 (0.47,18.7)	

A0003 ASMA NO ADULTO - SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR COM ÔMEGA-3 E FOSFOETANOLAMINA EM PACIENTES COM ASMA BRÔNQUICA

DAIR BICUDO PIAI[1]; REYNALDO QUAGLIATO JÚNIOR[2]; GILBERTO ORIVALDO CHIERICE[3].
1.FCM- UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2.FCM-UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 3.IQSC-USP, SÃO CARLOS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ÔMEGA-3; FOSFOETANOLAMINA; ASMA

Introdução: O maior consumo de ácido graxo ômega-3 pode ter um efeito protetor em pacientes com asma brônquica, porém estudos clínicos prospectivos têm falhado nessa demonstração. Alguns autores acreditam que uma maior incorporação do ômega-3 na membrana celular poderia ampliar seu efeito protetor na asma brônquica. A fosfoetanolamina é um substrato para a síntese de importantes fosfolípides. Esses fosfolípides específicos podem, por sua vez, aumentar a incorporação do ômega-3 na membrana celular, produzindo um efeito benéfico sobre a asma brônquica. **Objetivos:** O objetivo do estudo é verificar o efeito da suplementação alimentar com ômega-3 e fosfoetanolamina em pacientes com asma brônquica. **Métodos:** Foram estudados 19 pacientes do Ambulatório de Pneumologia do Hospital de Clínicas da Unicamp com diagnóstico de asma brônquica. O estudo foi prospectivo, randomizado e com duplo cego. Nove pacientes receberam ômega-3 (6g/dia) e fosfoetanolamina (800 mg/dia). Os outros dez pacientes receberam ômega-3 (6g/dia) e placebo. Os pacientes foram acompanhados por 2 meses, com espirometrias, questionário de qualidade de vida \"Asthma Control Test\" (ACT) e com avaliação do consumo de medicamentos para o controle da asma brônquica. O consumo da medicação de alívio foi feito através de um dos ítens do questionário ATC, que tem pontuação de 1 a 5 (1 = usou 3 ou mais vezes por dia; 2 = usou 1 ou 2 vezes por dia; 3 = usou 2 ou 3 vezes por semana; 4 = usou uma vez por semana ou menos; 5 = não usou nenhuma vez no último mês). **Resultados:** Houve um aumento do VEF1 médio no grupo fosfoetanolamina (de 1,83 ±0,60 litros para 2,0 ±0,69 litros), porém esse aumento não foi estatisticamente significativo (p = 0,5938). Houve um aumento geral na pontuação do Questionário ACT, sem diferença significativa entre os grupos (p-valor = 0,2360). Não houve diferença estatisticamente significativa no consumo de corticóide inalado e broncodilatador de longa ação nos dois grupos. O grupo fosfoetanolamina apresentou redução do uso de medicação de alívio no primeiro mês de tratamento, demonstrado pelo aumento de pontuação do ítem do questionário ACT (de 2,10 ±1,37 pontos para 3,80 ± 1,23 pontos, com p-valor = 0,0047). **Conclusão:** A adição de fosfoetanolamina à suplementação alimentar com ômega-3 está relacionada a uma menor necessidade de medicação de alívio. Essa combinação de suplementos pode ter utilidade no tratamento da asma brônquica, sendo necessário mais estudos para confirmar essa hipótese.

A0004 ASMA NO ADULTO - O IMPACTO DO MEPALIZUMAB* (ANTICORPO MONOCLONAL ANTI-IL5) NAS EXACERBAÇÕES DE PACIENTES ASMÁTICOS COM BRONQUITE EOSINOFÍLICA DEPENDENTE DE PREDNISONA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO E PLACEBO-CONTROLADO.

MÁRCIA MARGARETH MENEZES PIZZICHINI[1]; PARAMESWARAN NAIR[2]; EMILIO PIZZICHINI[3]; MARK D INMAN[4]; EFTHIMIADIS ANN[5]; FREDERICK ERNEST HARGREAVE[6].
1.NUPAIVA-UFSC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL; 2,4,5,6.MCMASTER UNIVERSITY, HAMILTON, CANADÁ; 3.NUPAIVA-UFFSC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA GRAVE; IL-5; TRATAMENTO

Introdução: A interleucina 5 (IL5) é uma das principais responsáveis pela eosinofilopoiese. O bloqueio da IL5 poderia ser efetivo no tratamento da asma uma vez que a bronquite eosinofílica (BE) é uma característica marcante desta condição. Contudo, ensaios clínicos prévios com anti-IL5 falharam em demonstrar melhora significativa em desfechos clínicos da asma, provavelmente por incluirem pacientes com características inflamatórias heterogêneas e sem a presença de bronquite eosinofílica. **Objetivos:** Determinar o efeito protetor do mepolizumab (MEPO), um anticorpo monoclonal anti-IL5, na ocorrência de exacerbações em pacientes com asma de difícil controle, dependentes de prednisona associada a presença de bronquite eosinofílica na inclusão do estudo (eosinófilos no escarro > 3%). Além disso objetivamos avaliar o efeito do MEPO nos eosinófilos (escarro e sangue), sintomas e fluxos aéreos. **Métodos:** Ensaio clínico controlado, randomizado, duplo-cego e paralelo de 26 semanas, com injeções de MEPO (n=8) (5 injeções mensais de 750 mg) ou placebo (n=10) nos participantes acima caracterizados. A dose de prednisona necessária para manter o controle foi reduzida após a segunda infusão, de acordo com protocolo pre-estabelecido. As exacerbações foram classificadas de acordo com a presença de eosinófilos no escarro em eosinofílicas e não eosinofílicas. **Resultados:** O uso de MEPO previniu a ocorrência de exacerbações eosinofílicas em todos os pacientes que receberam a intervenção enquanto que 8 dos pacientes que receberam placebo desenvolveram este tipo de exacebações ($p<0.05$). O uso de MEPO também permitiu que a dose de prednisona fosse reduzida em 93.3% em relação ao seu máximo comparada a uma redução de 46.6% naqueles que receberam placebo ($p<0.05$). A intervenção com MEPO foi acompanhada por significativa redução dos eosinófilos no escarro e sangue. A melhora no número de eosinófilos, controle da asma e VEF1 foi mantida até o final das 8 semanas de observação após a última dose de MEPO. **Conclusão:** MEPO é efetivo em previnir exacerbações eosinofílicas e poupa o uso de prednisona neste grupo de pacientes. Este efeito é acompanhado pela redução de eosinófilos no escarro e sangue e enfatiza a necessidade de selecionar participantes com um processo inflamatório homogêneo para se demonstrar um efeito anti-eosinofílico na asma. *Este estudo foi suportado pela GlaxoSmith Kline que também disponibilizou o uso de Mepolizumab.

A0005 ASMA NO ADULTO - ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO PORTADOR DE ASMA PERSISTENTE: AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO E DA TÉCNICA DE UTILIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS INALATÓRIOS.

DAIANE DE OLIVEIRA SANTOS[1]; MARIA CLEUSA MARTINS GÓES[2]; SONIA LUCENA CIPRIANO[3]; ALBERTO CUKIER[4]; RAFAEL STELMACH[5].
1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4,5.DIVISÃO DE FARMÁCIA DO INSTITUO CENTRAL HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ATENÇÃO FARMACÊUTICA; ASMA; TÉCNICA INALATÓRIA

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica com alta prevalência mundial, elevado índice de morbidade, mortalidade e ônus ao paciente e seus familiares.1 Um importante aspecto observado na asma, é o seguimento incorreto ou abandono do tratamento prescrito.2,3O baixo índice de adesão ao tratamento tem sido freqüentemente documentado, visto que apenas metade dos pacientes asmáticos utiliza de fato a medicação prescrita.5 O uso de medicamentos inalatórios é um componente fundamental no tratamento de pacientes com doença pulmonar, Entretanto, a eficácia do medicamento inalatório não depende somente da formulação e do tipo de dispositivo, mas da habilidade do paciente em realizar corretamente a técnica inalatória. 8 **Objetivos:** Avaliar a aderência ao tratamento medicamentoso e a evolução na técnica inalatória de pacientes asmáticos, submetidos ao processo de atenção farmacêutica. **Métodos:** Estudo prospectivo controlado com 60 pacientes asmáticos persistentes, avaliados em três visitas e divididos em dois grupos: grupo intervenção (G1) e grupo controle (G2). Os pacientes do G2 receberam orientações somente na primeira visita e os do G1, em todas as visitas. A verificação da aderência ao tratamento foi feita pela contagem das doses utilizadas pelo paciente para os medicamentos apresentados na forma de dispositivo para inalação do tipo aerolizer®, diskus® e turbuhaler®. Já o acompanhamento da utilização dos medicamentos apresentados na forma de nebulímetro, foi feito por meio da pesagem dos frascos após sua utilização pelo paciente. A verificação da técnica inalatória foi feita pela comparação com a correta técnica de utilização, considerando escores máximos de 8 pontos para o nebulímetro e 5 pontos para o pó seco. **Resultados:** O estudo foi finalizado com 55 pacientes, onde 28 pacientes foram inseridos no G1 e 27 no G2. No G1, 18 pacientes (64,29%) foram classificados como aderentes, tanto na V2 como na V3, utilizando 80,3% a 114% das doses prescritas. Para o G2, 20 pacientes (74,7%), na V2 e na V3, e 19 pacientes (70,4%), utilizando de 80,15% a 119% das doses prescritas. Na avaliação da técnica de utilização dos medicamentos inalatórios, a mediana obtida pelos dois grupos após orientações na primeira visita foi 8,0 para o nebulímetro e 5,0 para o dispositivo inalatório de pó seco, indicando que não havia diferença entre os grupos. Porém na última visita, a mediana do G1 foi 8,0 e do G2 7,0 (p=<0,001) para o nebulímetro e 5,0 e 4,0 para o dispositivo inalatório de pó seco, respectivamente. **Conclusão:** Embora os resultados relacionados à adesão não demonstrem alterações ao longo do acompanhamento, os índices encontrados estão acima dos mencionados na literatura e podem estar relacionados ao processo de intervenção

farmacêutica que, que já demonstrou produzir melhora nos índices de adesão ao tratamento medicamentoso. A atenção farmacêutica foi importante para a adequada realização da técnica inalatória, principalmente quanto ao uso de nebulímetros.

A0006 ASMA NO ADULTO – FATORES RELACIONADOS AO USO CORRETO DOS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS EM PACIENTES ASMÁTICOS.

PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[1]; LIANA FRANCISCATTO[2]; MARCELO DE FIGUEIREDO[3]; FERNANDO SOLIMAN[4]; DIEGO MILLÁN MENEGOTTO[5]; GLAUCO LUÍS KOZEN[6]; ANGELA ZANONATO[7]; ROSEMARY PETRIK PEREIRA[8].

1,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.PONTIFICE UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,4,5,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; DISPOSITIVO INALATÓRIO; TÉCNICA INALATÓRIA

O corticóide inalatório (CI) é a principal medicação para o tratamento de manutenção da asma e a técnica inalatória adequada é fundamental para o controle da doença. **Objetivos:** avaliar a técnica de uso dos dispositivos com corticóide inalatório no tratamento de manutenção da asma, estabelecendo fatores associados ao uso incorreto. **Métodos:** estudo transversal, prospectivo, em pacientes com diagnóstico de asma e em acompanhamento ambulatorial. A coleta dos dados clínicos foi realizada por questionário padronizado aplicado após consulta ambulatorial. Os pacientes foram testados quanto às etapas de utilização de seus dispositivos inalatórios pelos membros da pesquisa. **Resultados:** Foram estudados 253 pacientes, sendo que 128 (50,6%) realizaram a técnica inalatória correta em todas as suas etapas. O uso correto da técnica inalatória se associou com o estado civil (uso correto mais freqüente nos pacientes casados e menos nos viúvos, p = 0,030), com a renda familiar (técnica inadequada mais freqüente com a renda familiar menor, p = 0,009), com o grau de instrução (técnica inadequada mais freqüente com ensino fundamental incompleto, menor p= 0,046), com o tipo de dispositivo inalatório (técnica inadequada mais freqüente com o uso do aerossol dosimetrado do que os dispositivos em pós, p < 0,001). Não foi observada associação da técnica inalatória com sexo e idade. Na análise de regressão logística binária, as variáveis que se associaram significativamente com o uso incorreto foram: uso do dispositivo em aerossol (razão de chances – RC = 3,7, p < 0,001) e grau de instrução com ensino fundamental incompleto (RC = 1,9, p = 0,022). **Conclusões:** Uma percentagem significativa de pacientes asmático utiliza incorretamente os dispositivos inalatórios, sendo os erros mais freqüentes com a utilização do aerossol dosimetrado e em pacientes com menor grau de instrução. As estratégias educativas em asma devem priorizar esses grupos.

A0007 ASMA NO ADULTO – CONTROLE DE ASMA E EDUCAÇÃO EM UM AMBULATÓRIO ESCOLA.

MARIA DO SOCORRO L CARDOSO; PATRÍCIA GONÇALVES MIZOGUCHI; RAQUEL CHICRE B MELO CAVALCANTE; HENRIQUE OLIVEIRA MARTINS; NATHÁLIA WANDERLEY CORONEL; GISELLE EUGÊNIA PEREIRA IZEL.

UFAM, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; PACA; CONTROLE

Introdução: A asma é uma doença crônica das vias aéreas. Apesar dos avanços no entendimento da doença, não tem ocorrido uma redução em sua morbimortalidade. Os pacientes geralmente tratam seus sintomas na fase aguda da doença, carecendo de tratamento e orientação no período inter-crises, levando-os a buscar repetidamente os serviços de emergência. **Objetivos:** O PACA tem o objetivo de educar asmáticos adultos e crianças em relação ao entendimento e manejo de sua doença, uso de medicações, controle dos sintomas, assim reduzindo a necessidade de consultas de emergência e hospitalizações por asma aguda. **Material e métodos:** O PACA tem cinco anos de implantação, com atividade contínua. Há uma equipe composta por médicos, estudantes de medicina, enfermeiro e psicólogo, os quais acompanham os pacientes asmáticos a partir de quatro anos de idade. No início é realizado anamnese com invetisgação da história de aparecimento da doença, fatores desencadeantes, número de crises, estudo de exposição aos alérgenos e história familiar. A avaliação laboratorial baseia-se no perfil atópico (hemograma e IgE sérico), funcional (espirometria e pico de fluxo) e infeccioso (RX de seios da face e tórax). Os pacientes são acompanhados trimestralmente e são realizadas reuniões mensais com fins educativos. **Resultados:** O PACA possui cerca de 850 pacientes cadastrados. Destes, 510 (60%) aderiram muito bem ao programa, freqüentando assiduamente os ambulatórios e as reuniões mensais destinadas a apresentação de medidas de controle e prevenção 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:** Na nossa região 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 do aluno e a realização de atividades destinadas a assistência da população.

A0008 ASMA NO ADULTO – AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS AO NÃO-CONTROLE DA ASMA EM PACIENTES AMBULATORIAIS.

PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[1]; LIANA FRANCISCATTO[2]; MARCELO DE FIGUEIREDO[3]; FERNANDO SOLIMAN[4]; DIEGO MILLÁN MENEGOTTO[5]; GLAUCO LUÍS KOZEN[6]; ANGELA ZANONATO[7]; ROSEMARY PETRIK PEREIRA[8].

1,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.PONTIFICE UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,4,5,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CONTROLE DA DOENÇA; MEDICINA AMBULATORIAL

A avaliação sistemática do grau de controle da asma em resposta ao tratamento é fundamental no manejo ambulatorial dessa doença. A identificação dos fatores associados com a ausência de controle da asma poderia contribuir para uma intervenção mais eficaz na busca do controle da doença. **Objetivos:** avaliar o grau de controle da asma nos pacientes em acompanhamento ambulatorial, buscando identificar fatores associados com o não-controle da doença. **Métodos:** estudo transversal, prospectivo, em pacientes com diagnóstico de asma e em acompanhamento ambulatorial. Foi realizada coleta dos dados clínicos por questionário e revisão da técnica inalatória. A avaliação da gravidade da doença e do seu grau de controle foi de acordo com o proposto pela Global Initiative for Asthma (GINA). **Resultados:** Foram estudados 259 pacientes, sendo que 45 (17,4%) apresentaram asma totalmente controlada, 68 (26,3%) asma parcialmente controlada e 146 (56,4%) asma não controlada. As variáveis que se associaram com o não-controle da asma foram: condição de não ser estudante (p = 0,033), não estar trabalhando (p = 0,015), não utilização do corticóide inalado (p = 0,002), uso do beta-agonista de curta ação (p < 0,001), e gravidade clínica da asma (p < 0,001). Na análise de regressão binária, as variáveis que se associaram de forma significativa ao não controle da asma foram: o não uso de corticóide inalatório (razão de chances - RC = 6,7, p = 0,011) a gravidade cínica da doença (RC = 5,5, p < 0,001). Conclusões: Uma parcela significativa dos pacientes asmáticos em tratamento ambulatorial não apresenta controle da doença. Os principais fatores associados ao não-controle da asma foram o não uso do corticóide inalado e a gravidade cínica da doença. O uso efetivo de corticóide inalatório no tratamento da asma constitui-se em fator passível de intervenção.

A0009 ASMA NO ADULTO – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PAPA EM 2007.

RAYSSA YASMIN PEREIRA SAUAIA; LÍVIA ARRUDA DE MELO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; HAMILTON BARBOSA DE SOUSA; DANIEL LUCENA DE AGUIAR; LAURA CAROLINA RODRIGUES BERNARDES; ÉRIKA SALES LOPES; VANESSA SANTANA LOBO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOLOGIA; ASMA; PERFIL EPIDEMIOLOGICO

Introdução: Reconhece ser necessário que profissionais de saúde que atuam na área da Pneumologia conheçam o perfil epidemiológico de pacientes asmáticos para que possam identificar situações de risco e oferecer um tratamento e controle adequados. **Objetivo:** Traça o perfil epidemiológico dos pacientes asmáticos atendidos em um Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) no ano de 2007. **Métodos:** Realiza estudo descritivo e transversal. Coleta dados de prontuários, em junho de 2008, relativos a características clínicas de 459 pacientes asmáticos acompanhados no PAPA durante o ano de 2007. Utiliza o programa EPIINFO2005 para análise dos dados. **Resultados:**

Revela o predomínio do sexo feminino (69,7%) e uma idade média de 46 anos. Identifica algum grau de desconforto respiratório na pré-consulta em 33,7% dos casos. Expõe que, de 399 pacientes que tiveram o pico de fluxo expiratório aferido, apenas 29,6% alcançaram um valor igual ou inferior a 60% do previsto. Registra a presença de sintomatologia em 238 (51,8%) pacientes no momento da consulta, com 42% destes apresentando-a menos de duas vezes por semana. Destaca a ocorrência de dispnéia, chiado, tosse e dor torácica em 47,2%, 27,5%, 19,6% e 5,6%, respectivamente. Constata que 134 (29,19%) pacientes apresentavam sintomas somente quando expostos a fatores desencadeantes, sendo 15,6% dos casos desencadeados por mais de um fator, 10,4% por gripes, 9,7% por exercícios físicos e 9,1% pelo frio. Verifica a existência de episódios moderados e intensos de asma em 16,1% dos pacientes e de episódios noturnos em 30,9%. Chama atenção para o uso de broncodilatador de curta duração por 53,1% dos asmáticos, 37,7% diariamente. Evidencia 175 (39,6%) portadores de rinite ativa e 71 (16,6%) de sinusopatia. Desvela 156 (35,5%) casos de exacerbações dos sintomas da asma, mas somente 13,6% de idas à emergência. Ressalta que 46,2% das exacerbações ocorreram por causa conhecida; destas, 18,2% relacionavam-se a gripes e 9,8% a baixas temperaturas. Aponta a presença de ruídos adventícios à ausculta torácica em 130 (29,5%) pacientes, predominando os sibilos em 61,2%. Diagnostica asma intermitente, persistentes leve, moderada e grave em 4,4%, 34,3%, 49% e 12,1% dos indivíduos, respectivamente. Registra um único diagnóstico de asma associada a DPOC. Constata que apenas 22,8% apresentavam asma não controlada na primeira consulta de 2007, condição reduzida a 17,7% na última consulta do mesmo ano. **Conclusão:** Evidencia que menos da metade dos pacientes apresentavam descompensação respiratória grave, embora metade estivesse sintomático no momento da consulta. Chama atenção para o elevado uso de broncodilatador de curta duração, apesar deste índice se justificar pela quantidade de pacientes sintomáticos. Ressalta a importância de se considerar a existência de fatores desencadeantes da asma, destacando-se nesse contexto as gripes e baixas temperaturas. Diagnostica a asma como patologia respiratória isolada na maioria dos casos.

A0010 CÂNCER DE PULMÃO ESTUDO DE CUSTO/EFETIVIDADE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS, SOBRE A INCORPORAÇÂO DA PET-FDG NO ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO NÃO-PEQUENAS CÉLULAS.

RAFAEL SILVA MUSOLINO[1]; TERESA YAE TAKAGAKI[2]; EVELINDA TRINDADE[3]; JOSE SOARES JUNIOR[4]; GUSTAVO FAIBISCHEW PRADO[5]; JOSE CLAUDIO MENEGHETTI[6].

1,2,5.HC - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3,4,6.INCOR HC - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PET-FDG; CANCER DE PULMÃO NÃO-PEQUENAS CÉLULAS; CUSTO-EFETIVIDADE

Introdução: O Ministério da Saúde – MS – se interessa nas possíveis contribuições da tomografia por emissão de pósitron com 2-[18F] flúor-2-deoxi-D-glicose (PET-FDG), e patrocinou este estudo de base, prático e local para prover evidências farmacoeconômicas ao debate acerca de sua incorporação à relação de procedimentos diagnósticos autorizados rotineiramente pelo SUS. **Objetivo:** Este estudo visa responder ao MS se a incorporação da PET-FDG no estadiamento do câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) é custo-efetivo. **Métodos:** Estudo prospectivo de série de casos realizados no InCor e no Instituto Central do HC-FMUSP, entre junho de 2006 e março de 2008. Realizada a PET-FDG em 47 casos de pacientes com diagnóstico histológico de CPNPC, sendo a maioria (40) deles potencialmente operáveis quando avaliados pelo estadiamento convencional. Uma primeira base de dados de estrutura matricial permitiu anotar as variáveis demográficas e clínicas, as fichas com diagnóstico, o estadiamento clínico baseado em tomografia computadorizada (TC) do tórax e aquele orientado pela PET, bem como a decisão do médico assistente sobre a conduta a ser seguida. Todos os recursos utilizados nos casos foram anotados prospectivamente em uma segunda estrutura matricial. **Resultados:** A PET mudou o estadiamento em 30 (63%) dos 47 casos, aumentando a identificação de linfonodos e/ou metástases (upstaging) em 28 pacientes ou excluindo a suspeita destes em dois outros pacientes (downstaging). Em 26 (65%) dos 40 casos operáveis, a conduta de realizar cirurgia foi modificada para a indicação de quimioterapia isolada ou com radioterapia paliativa concomitante. Para os 40 pacientes para os quais se indicariam cirurgias conforme o estadiamento habitual (sem o recurso da PET-FDG)haveria a soma de 780 dias de permanência em enfermaria regular e 120 diárias de cuidados intensivos. Desta forma; estima-se que, em ausência do exame da PET em estudo, os tratamentos convencionais elevar-se-iam a R$ 1.017.230,50. Assim, comparativamente aos custos de R$ 716.199,50 e incorporando as 47 PETs que custaram R$ 61.100,00, os custos totais do programa somam R$ 777.299,50 proporcionando a oportunidade de economizar 23% dos recursos financeiros para atender os 47 casos. Desta forma, cada caso tratado durante o estudo custou a média de R$ 15.000,00 comparados aos R$ 22.000,00 nos casos sem a PET. Assim, a relação de custo-efetividade do programa com a PET é de 0,77: 1 relativamente ao programa convencional sem este exame. **Conclusão:** A incorporação da PET-FDG no estadiamento do CPNPC é custo-efetiva, na medida em que evita a realização de cirurgias não curativas.

A0011 CÂNCER DE PULMÃO - IMPACTO CLÍNICO DA INCORPORAÇÃO DA PET-FDG NO ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO NÃO-PEQUENAS CÉLULAS.

RAFAEL SILVA MUSOLINO[1]; THIAGO OLIVEIRA MENDOÇA[2]; TERESA YAE TAKAGAKI[3]; GUSTAVO FAIBISCHEW PRADO[4]; JOSE SOARES JUNIOR[5]; JOSE CLAUDIO MENEGHETTI[6].

1,2,3,4.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA HC - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5,6.SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR INCOR HC - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PET-FDG; CANCER DE PULMÃO NÃO-PEQUENAS CÉLULAS; ESTADIAMENTO

Introdução: Após o diagnóstico inicial de um câncer de pulmão não-pequenas células (CPNPC) um estadiamento TNM acurado é crucial para determinação da terapêutica adequada e estimativa mais fiel do seu prognóstico. Estadiamento não-invasivo foi substancialmente melhorado com o uso da tomografia por emissão de pósitron com 2-[18F] flúor-2-deoxi-D-glicose (PET-FDG). Um grande número de estudos de acurácia e meta-análises demonstraram que a PET é superior à tomografia computadorizada (TC) para o estadiamento linfonodal medistinal nos pacientes com CPNPC potencialmente operáveis. Além disso, após um estadiamento convencional negativo, metástases ocultas podem ser achadas pela PET em 5-29% dos pacientes, evitando-se, dessa forma, cirurgias não curativas. Sensibilidades e valores preditivos negativos foram comparáveis entre PET e mediastinoscopia para o estadiamento linfonodal mediastinal, entretanto o valor preditivo positivo do PET é menor devido a falso-positivos gerados por etiologias inflamatórias e infecciosas. No caso da PET mediastinal positiva, a biópsia é necessária para confirmar metástases linfonodais. **Objetivo:** Testar a hipótese de que a utilização da PET-FDG no estadiamento do CPNPC poderia evitar cirurgias não terapêuticas. **Método:** Estudo piloto prospectivo realizado entre junho de 2006 e março de 2008 no Instituto Central e InCor do HC/FMUSP, com a realização de PET-FDG em pacientes com diagnóstico histológico de CPNPC potencialmente operáveis quando avaliados pelo estadiamento convencional. O estadiamento convencional consistia de TC de Tórax e Abdome Superior com contraste nos pacientes com estagio I à IIb, além da realização de TC de crânio e cintilografia óssea com tecnécio, quando houvesse sintoma sugestivo de doença metastática nesses sítios ou do estagio III em diante, mesmo que assintomáticos. **Resultados:** Foi realizado PET-FDG em 47 pacientes com CPNPC, sendo que 40 destes eram potencialmente operáveis, quando avaliados pelo estadiamento convencional. A PET mudou o estadiamento em 30(63%) dos 47 casos, aumentando a identificação de metástases e/ou linfonodos em 28(59%) casos. Houve aumento de 34% na detecção de metástases à distância. No estadiamento mediastinal, em 20 (42%) casos ocorreu aumento do N. Em 53% dos casos, a realização da PET-FDG modificou a conduta. Das 40 cirurgias propostas, apenas 14 (35%) permaneceram indicadas após o estadiamento com a PET-FDG. Em 2 casos de diagnóstico tuberculose pulmonar associado ao de câncer, ocorreu a captação da PET-FDG, configurando falso-positivo. Em 2 casos houve diminuição do estadiamento (downstaging), um deles com diminuição do estadiamento mediastinal, indicando dessa forma a cirurgia. Em outro, descartando a suspeita de metástase de supra-renal suscitada pela TC de abdome superior. **Conclusão:** O PET-FDG é um instrumento efetivo para o estadiamento do CPNPC, modificando o estadiamento, dessa forma, alterando a conduta e o prognóstico, evitando cirurgias não curativas.

A0012 CÂNCER DE PULMÃO - ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA DE TUMOR DE PULMÃO EM PACIENTE CLINICAMENTE INOPERÁVEL.

RICARDO BEYRUTI; FÁBIO BISCEGLI JATENE.
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO ; ABLAÇÃO PERCUTÂNEA ; RADIOFREQUÊNCIA

Objetivo: Apresentação de caso de paciente com câncer de pulmão clinicamente inoperável e sintomatologia dolorosa importante, tratado pela ablação percutânea por radiofrequência. **Método:** Paciente do sexo masculino, 64 anos, com adenocarcinoma periférico do lobo superior do pulmão esquerdo, estadio clínico T3N0M0 e dor torácica discreta. Antecedentes: insuficiência renal crônica (creatinina 3,2), insuficiência coronária, DPOC, diabetes insulino-dependente. Contra-indicada a operação e encaminhado para a radioterapia. Após resposta inicial, apresentou recidiva da dor aos 4 meses, necessitando opiáceos para seu controle. Submetido, então, sob anestesia geral, à ablação percutânea por radiofrequência em sessão única com agulha Cooltip®, três ciclos de 12 minutos cada e orientação radioscópica. **Resultado:** Apresentou alívio imediato da dor e cavitação tumoral em tomografia de controle realizada uma semana após o procedimento, período que permaneceu internado para observação da insuficiência renal. Aos seis meses mantinha-se assintomático, com desaparecimento do tumor e discreto espessamento pleural no local. **Conclusão:** A ressecção cirúrgica é a forma mais eficaz de tratar o câncer de pulmão. No entanto alguns pacientes apresentam contra-indicação clínica que impede sua realização. São então encaminhados para a radio ou quimioterapia, tratamentos que além de prolongados tem efeitos colaterais significativos. A ablação percutânea por radiofrequência, largamente empregada em outros órgãos (fígado, rim), ao promover em uma única aplicação necrose tumoral, pode constituir-se em uma alternativa terapêutica com intenção paliativa ou mesmo curativa neste grupo de pacientes, desde que adequadamente selecionados.

A0013 CÂNCER DE PULMÃO - ERLOTINIB: UM TRATAMENTO EFICAZ PARA O CARCINOMA PULMONAR NÃO PEQUENAS CÉLULAS (CPNPC) LOCALMENTE AVANÇADO/METASTIZADO?

NUNO FILIPE PIRES; ANTÓNIO MORAIS; ADRIANA MAGALHÃES; IDALINA ARAÚJO; TERESA FERREIRA; ALICE BARBOSA; VENCESLAU HESPANHOL; HENRIQUE QUEIROGA.
HOSPITAL DE SÃO JOÃO, PORTO, PORTUGAL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DO PULMÃO; ERLOTINIB; PULMÃO

Introdução: O erlotinib é um inibidor tirosina cinase do EGFR, selectivo e reversível. É um fármaco disponível por via oral, estando aprovado em monoterapia para o tratamento de doentes com CPNPC localmente avançado/metastizado após falência de pelo menos um regime de quimioterapia (QT) prévio. **Objectivo:** Avaliação da experiência clínica do nosso Serviço com erlotinib em doentes com CPNPC localmente avançado/metastizado. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos casos diagnosticados no Hospital de S. João de CPNPC localmente avançado/metastizado tratados com erlotinib. Avaliaram-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, exposição e carga tabágicas, diagnóstico histológico, estadio, tratamento e sobrevivência global. A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 15.0. **Resultados:** No total de doentes (n=60), a idade mediana aquando do diagnóstico foi de 63 anos e 51,7% pertenciam ao sexo masculino. Quanto aos hábitos tabágicos, 25 doentes (42%) eram fumadores/ex-fumadores. Histologia: 71,7% adenocarcinoma, 10% carcinoma epidermóide, 18,3% outros. Estadio ao diagnóstico: 1,7% - I, 1,7% - II, 6,7% - IIIA, 35% - IIIB, 55% - IV. O tratamento inicial passou maioritariamente por QT isolada (60% dos casos). Número de regimes prévios de QT: 48,3% - 2, 40% - 1, 11,7% - 3. Exposição anterior a: vinorelbina-68,3%, gemcitabina-66,7%, platinos-63,3%, taxanos-46,7%, pemetrexed-26,7%. A sobrevivência global mediana foi de 20,7 meses. A mediana do tempo para progressão da doença desde início de tratamento com erlotinib foi de 2,68 meses. Os principais efeitos adversos grau 3/4 que ocorreram foram: rash cutâneo – 20%, diarreia – 5% e hipersensibilidade – 1,7%. Nove doentes (15%) necessitaram de redução de dose durante o tratamento com erlotinib para 100 mg. Não foram observados efeitos adversos inesperados. **Conclusão:** Erlotinib é uma boa opção terapêutica para CPNPC em regime de 2ª ou 3ª linha. Com um perfil relativamente seguro, observou-se uma extensão da sobrevivência global neste grupo de pacientes.

A0014 CÂNCER DE PULMÃO - BAIXA QUALIDADE DE VIDA PÓS-PNEUMONECTOMIA POR NEOPLASIA – É POSSÍVEL DEFINIR PREDITORES?

FERNANDO VANNUCCI; FRANCESCO LEO; FELIPE CARVALHO BRAGA DOS SANTOS; JULIANA GUARIZE; EDUARDO VILELA FUSCO; NÉLSON ALVES DOS SANTOS; PIERANGELO BAGLIO; LORENZO SPAGGIARI.
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA – INSTITUTO EUROPEU DE ONCOLOGIA (IEO), MILÃO, ITÁLIA.

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA; CÂNCER DE PULMÃO; PNEUMONECTOMIA

Introdução: A realização de uma pneumonectomia pode comprometer de forma por vezes imprevisível a qualidade de vida (QoL) de parte dos pacientes operados. O surgimento de queixas cardio-respiratórias e/ou dor conduzem a limitações nas atividades cotidianas destes indivíduos. Poucas doenças determinam tanto impacto sobre a QoL dos pacientes como o câncer por si só e suas várias formas de tratamento. **Objetivos:** Avaliar prospectivamente as modificações na QoL de uma coorte de pacientes seis meses após pneumonectomia por câncer, além de buscar identificar preditores de uma baixa QoL pós-operatória. **Métodos:** Entre 1º de Agosto de 2006 e 31 de Julho de 2007, os pacientes candidatos a pneumonectomia por câncer no Departamento de Cirurgia Torácica do Instituto Europeu de Oncologia (IEO, Milão / Itália) foram submetidos à avaliação de QoL por meio de questionários padrão da Organização Européia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC). Os questionários usados foram o EORTC QLQ-C30 (avaliação da QoL global) e o EORTC QLQ-LC13 (específico para câncer de pulmão). Os pacientes preencheram os questionários à internção (dia anterior à cirurgia), um, três e seis meses depois da pneumonectomia. Na análise estatística, onze variáveis clínicas foram testadas no intuito de se identificar fatores de risco para uma baixa QoL vida pós-operatória. **Resultados:** Numa população final de 41 pacientes, aos seis meses observou-se piora na QoL de 17 destes (41.6%), melhora em 11 casos (24.4%), enquanto que a QoL se manteve inalterada em 13 pacientes em relação ao pré-operatório. Entretanto, após análise comparativa entre a QoL expressa pelo "global health status" (GH) pré-operatório (60.4±26.5) e seis meses após a cirurgia (56.3±24.2), a diferença não foi estatisticamente significativa (p=0.15). De acordo com o conceito previamente estabelecido de baixa QoL pós-operatória, 10 pacientes (24.4%) registraram QoL baixa seis meses pós-pneumonectomia. A análise estatística das variáveis identificou como fatores de risco para baixa QoL pós-operatória: idade acima de 70 anos (OR 1.13 CI95% 1-1.26) e tratamento adjuvante (OR 2.6 CI95% 1.4-3.2). Análise univariada, mostrou o GH pré-operatório como principal preditor da QoL pós-operatória (OR 0.16, CI95% 0.02-0.46, p=0.0086). **Conclusão:** A pneumonectomia não apresentou impacto estatisticamente significativo sobre a QoL pós-operatória a seis meses, ao contrário das expectativas iniciais da equipe de pesquisadores. Todavia, foi possível identificar fatores de risco para uma baixa QoL pós-operatória (idade > 70 anos e terapia adjuvante). Além disto, o perfil de QoL pré-operatória (GH de base) mostrou-se como preditor da QoL pós-operatória. Tais achados podem ser considerados ferramentas pré-operatórias na identificação de pacientes de risco para uma baixa QoL pós-pneumonectomia por neoplasia, afim de permitir um planejamento terapêutico mais individualizado focado também no melhor êxito possível a nível de QoL pós-tratamento.

A0015 CÂNCER DE PULMÃO - SINÓVIO-SARCOMA PRIMÁRIO DO TÓRAX: EXPERIÊNCIA DO INSTITUTO EUROPEU DE ONCOLOGIA.

FELIPE CARVALHO BRAGA DOS SANTOS; DOMENICO GALETTA; JULIANA GUARIZE; FERNANDO VANNUCCI; EDUARDO VILELA FUSCO; NÉLSON ALVES DOS SANTOS; PIERANGELO BAGLIO; LORENZO SPAGGIARI.
INSTITUTO EUROPEU DE ONCOLOGIA, MILANO, ITÁLIA.

PALAVRAS-CHAVE: SINÓVIO-SARCOMA; TECIDOS MOLES; RESSECÇÃO CIRÚRGICA

Introdução: O sarcoma sinovial é uma neoplasia maligna, que afeta predominantemente os tecidos moles das extremidades em adolescentes e adultos jovens, e pode, mais raramente, ocorrer em outras partes do organismo. Achados recentes demonstram que o pulmão, o mediastino, a pleura, e a parede torácica também podem ser acometidos como sítios primários. Foram avaliados os aspectos clínicos e patológicos do sarcoma sinovial primário do tórax, e o valor da abordagem cirúrgica, na tentativa de identificar fatores prognósticos

que pudessem afetar a sobrevida destes pacientes. **Objetivo:** O sarcoma sinovial primário do tórax e uma patologia extremamente rara. Foi feita uma analise retrospectiva da experiência do serviço na abordagem terapêutica desta patologia. Todos os casos de pacientes submetidos à ressecção cirúrgica na nossa instituição entre outubro de 1998 e dezembro de 2006 foram revisados. Os fatores que afetam a sobrevida a longo prazo foram analisados. **Materiais e Métodos:** Entre outubro de 1998 e dezembro de 2006, 15 pacientes foram submetidos à ressecção cirúrgica. As lesões foram classificadas em: pulmonares, mediastinais e da parede torácica; de acordo com a localização do tumor. Os prontuários destes pacientes foram revisados, avaliando os seguintes dados: idade, sexo, sintomatologia pré-operatória, achados radiológicos, dados anatomopatológicos, procedimentos cirúrgicos realizados, e sobrevida a longo prazo. Todos os laudos anatomopatológicos foram revisados e o diagnostico de sarcoma sinovial primitivo do tórax foi confirmado através de analise imuno-histoquímica estudo de hibridização por fluorescência in situ. **Resultados:** Foram estudados os casos de 15 pacientes (oito mulheres e sete homens), com diagnostico confirmado de sarcoma sinovial primário do tórax. A idade media era de 52 anos (21-77 anos). O tumor envolvia a parede torácica em cinco pacientes, o pulmão em oito, e o mediastino em dois. O anatomopatológico revelou o tipo monofásico fibroso em sete casos, e epitelial em oito, sendo confirmado por analise imuno-histoquímica e duas colorações com hibridização por fluorescência in situ, para analise de translocação do gene18q11 em todos os casos. Os interventos cirúrgicos realizados foram: uma segmentectomia pulmonar, uma excisão de tumor mediastinal, três lobectomias pulmonares, uma bilobectomia, uma pneumonectomia e uma pleuropenumonectomia; além disso, cincos ressecções de parede torácica. Seis pacientes tiveram ressecção incompleta (40%). Três pacientes (20%) desenvolveram complicações no pós-operatório imediato (hemorragia), necessitando serem re-operados, e um evoluiu para óbito (mortalidade pós-operatória, 6,6%). O tamanho médio do tumor era de 8,0 cm (variação, de 3 a 21 cm). Onze pacientes receberam terapia adjuvante, sete deles quimio e radioterapia, e quatro apenas quimioterapia. O follow-up foi completado em todos os pacientes e variou de um a 148 meses, com uma média de 25 meses. Sete pacientes (46,6%) apresentaram recorrência local. O índice de dez anos de sobrevida foi de 33,5%. Os fatores que adversamente afetaram a sobrevida incluem um tumor com diâmetro maior que 10 cm (p=0,0062), ressecção incompleta do tumor (p=0,0114), e ausência de terapia adjuvante (p=0,035). **Conclusão:** O sarcoma sinovial primário do tórax é uma patologia rara e muito agressiva com um prognostico sombrio. Tumores volumosos, ressecção incompleta, e ausência de tratamento adjuvante afetam diretamente a sobrevida dos pacientes.

A0016 CÂNCER DE PULMÃO - PNEUMONECTOMIA DE COMPLETAMENTO PARA NSCLC: O TRATAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO AFETA A EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA?

FELIPE CARVALHO BRAGA DOS SANTOS; DOMENICO GALETTA; JULIANA GUARIZE; FERNANDO VANNUCCI; EDUARDO VILELA FUSCO; NÉLSON ALVES DOS SANTOS; PIERANGELO BAGLIO; LORENZO SPAGGIARI.
INSTITUTO EUROPEU DE ONCOLOGIA, MILANO, ITÁLIA.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONECTOMIA DE COMPLETAMENTO; CÂNCER DEM PULMAO; TRATAMENTO CIRÚRGICO

Introdução: A pneumonectomia de completamento compreende a ressecção do tecido pulmonar remanescente apos uma cirurgia prévia homolateral esta associada a alto índice de morbi-mortalidade, quando comparado com a pneumonectomia standard. Podemos dividir as indicações em três grupos principais: a) pacientes com doença benigna em progressão; b) pacientes com neoplasia maligna, incluindo aqueles com doença secundaria e metástases recorrentes; c) e pacientes com complicações apos ressecção pulmonar previa, com indicação de tratamento urgente ou de emergência. Com a difusão do uso de técnicas como a broncoplástica, a ressecção limitada para o câncer em estádio inicial, e o aumento da demanda por metastasectomia pulmonar, houve um incremento na sua realização. **Objetivo:** Foram revisadas as pneumonectomias de completamento por NSCLC realizadas pelo Serviço de Cirurgia Torácica do Instituto Europeu de Oncologia para avaliar como o tratamento pré-operatório pode afetar a evolução pós-operatória e os resultados a longo prazo. **Materiais e Métodos:** Entre Janeiro de 1998 e Dezembro de 2007, 21 pacientes foram submetidos à pneumonectomia de completamento por NSCLC na nossa instituição, dentre os quais 17 do sexo masculino, com idade média de 63 anos (entre 48-73 anos). Pneumonectomia de completamento direita foi realizada em 16 pacientes, e à esquerda em outros cinco. Nove pacientes (42,8%) receberam tratamento pré-operatório (quimioterapia em cinco, e radioterapia em quatro). Onze pacientes (52,3%) foram submetidos a uma ressecção alargada, e dois (9,5%) foram submetidos à carinectomia com traqueoplastia. **Resultados:** A mortalidade pós-operatória (até o trigésimo dia) foi de 4,7% (1/21). A morbidade relacionada ao procedimento foi de 23,8% (5/21); ocorreram: uma hérnia cardíaca, uma hérnia diafragmática, um infarto miocárdico, um TIA, e uma fístula bronco pleural imediata que foi submetida a tratamento cirúrgico. A permanência média na Unidade de Terapia Intensiva foi de um dia (de 0-6 dias). O tempo médio de internação hospitalar foi de oito dias (de 5-16 dias). O tratamento pré-operatório não teve influência na mortalidade nem na morbidade relacionados à cirurgia. Oito pacientes (38%) apresentavam doença no estádio I, três (14,3%) estádio II, e dez (47,7%) estádio III. A média de sobrevida em cinco anos foi de 28,7%. O tratamento pré-operatório não influenciou na sobrevida (25,7% para o grupo tratado pré-operatoriamente contra 29,6% no grupo não tratado). Pacientes do estádio I tiveram um prognóstico significativamente melhor (66,7%), quando comparados com estádio II (0%) e III (21,8%) (p=0.04). Os fatores T e N não influenciaram a sobrevida. Oito pacientes (38%) foram submetidos a tratamento curativo e permanecem livres de doença. Em uma analise estatística uni variada, apenas o tipo de tratamento pré-operatório apresentou significância estatística em termos de sobrevida (p=0,01), o que foi confirmado com uma analise multivariada (p=0,009). **Conclusão:** Os resultados deste estudo permitem concluir que a pneumonectomia de completamento para NSCLC apresenta baixa mortalidade, morbidade aceitável e boa sobrevida a longo prazo, o que justifica a sua realização como alternativa de tratamento cirúrgico, e que o uso de tratamento pré-operatório não influencia a evolução pos-operatória.

A0017 CÂNCER DE PULMÃO - ANÁLISE DE SOBREVIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA PARA CÂNCER DE PULMÃO COM INTENÇÃO CURATIVA.

PEDRO HENRIQUE NABUCO DE ARAÚJO; RICARDO MINGARINI TERRA; ISRAEL LOPES MEDEIROS; RICARDO BEYRUTI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE.
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; CIRURGIA; SOBREVIDA

Introdução: A neoplasia de pulmão é principal causa de morte por neoplasia em nosso país. Grande parte da informação referente à sobrevida e fatores prognósticos é baseada em trabalhos internacionais, porém dados nacionais são essenciais para um melhor entendimento do tema em nosso meio. **Objetivo:** Estimar a sobrevida de pacientes com câncer de pulmão submetidos a cirurgia com intenção curativa em hospital público terciário brasileiro, assim como analisar prevalência e impacto de seus diferentes tipos histológicos. **Métodos:** Foram incluídos todos os pacientes com câncer de pulmão submetidos a cirurgia com intenção curativa em nosso serviço, no período 2003-2006. Foram extraídos de prontuários: idade, sexo, cirurgia realizada, tipo histológico, estádio conforme exame anatomopatológico e sobrevida. Pacientes que não foram seguidos em nosso serviço foram contatados por telefone para confirmar sobrevida. O teste de Wilcoxon foi utilizado para comparações de sobrevida entre diferentes estadios e tipos histológicos, sendo considerado significativo $p<0.05$. **Resultados:** Foram incluídos 181 pacientes (100 homens, 81 mulheres) com idade média de 59,58 anos. Foram realizadas 52 lobectomias superiores direitas, 9 lobectomias em lobo médio, 18 lobectomias inferiores direitas, 31 lobectomias superiores esquerdas, 41 lobectomias inferiores esquerdas, 7 pneumonectomias direitas, 9 pneumonectomias esquerdas e 12 bilobectomias. Os tipos histológicos foram: 77 (42%) adenocarcinoma, 51 (27,8%) carcinoma espinocelular, 16 (8,7%) carcinoma de grandes células, 16 (8,7%) carcinóide, 9 (4,9%) carcinoma bronquíolo-alveolar e 8 (4,3%) outros. Os estadios e sua sobrevida média foram: estadio Ia, 29 (16,9%) pacientes, 44,6 meses; Ib, 72 (42,1%) pacientes, 27,3 meses; IIa, 2 (1,1%) pacientes, 17 meses; IIb, 37(21,7%) pacientes, 26,6 meses; IIIa 29(16,9%) pacientes, 19,4 meses. Houve diferença estatística na sobrevida dos diferentes grupos (p=0,034). Os tipos histológicos interferiram na sobrevida (p=0,001), sendo que o carcinóide ofereceu o melhor prognóstico, seguido por adenocarcinoma e carcinoma bronquíolo-alveolar e, finalmente, carcinoma espinocelular e carcinoma de grandes células. **Conclusão:** Nesta amostra, observamos sendo o que estadio Ib e o adenocarcinoma foram estadio patológico e tipo histológico mais freqüentes, respectivamente. Estes fatores provocaram impacto significativo na sobrevida média de pacientes com câncer de pulmão submetidos a tratamento cirúrgico.

A0018 CÂNCER DE PULMÃO - FACTORES PRONÓSTICOS DE LAS NEOPLASIAS EPITELIALES PRIMARIAS DEL TIMO (NEPT).

MARIA JOSE ROCA; ANTONIO RIOS; PATRICIA MARTINEZ; ANDRES ARROYO; ELENA ROMERA; ARANCHA GARCIA; MARIA RAMIREZ; JUAN TORRES.

H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA.

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINO; TIMO; TUMORES EPITELIALES

Introducción: Los factores implicados en el pronóstico de las NEPT siguen siendo actualmente controvertidos, de ahí las múltiples subclasificaciones que van surgiendo. **Objetivos:** Presentamos una serie de 77 pacientes con estas tumoraciones, analizando los posibles factores pronósticos. **Pacientes y Métodos:** La edad media de los pacientes fue de 57 + 14 años (15-82), siendo el 57,1 % mujeres. 22 casos (28,5%) estaban asintomáticos, siendo un hallazgo radiológico casual. La sintomatología más frecuente fue la miastenia gravis (36,3 %), seguida de la disnea (15%) y el dolor torácico (10%). En las exploraciones complementarias la radiología de tórax mostró una masa localizada en el mediastino anterosuperior en el 95,2% de los casos. La TAC informó en todos de tumoración a nivel tímico y permitió valorar la extensión local del tumor. El diagnóstico histológico definitivo se obtuvo por el análisis de la pieza de timectomia en 57 casos y por biopsia quirúrgica en los casos restantes Se realizó resección tumoral completa en 57 casos (74%). La morbilidad postoperatoria fue del 31,7% (24 casos), y la mortalidad intrahospitalaria fue del 3,8 %. La histología corresponde en 69 casos (89,6%) a timomas y en 8 a carcinomas tímicos. Se analizan los datos clínicos, quirúrgicos y anatomopatológicos. En el estadiaje de Masaoka 22 pacientes (28,5%) estaban en estadío III y 11 (14,2%) en estadío IV. Para la estadística se utilizó el log. rank test y el modelo de regresión de Cox. **Resultados:** Tras un seguimiento medio de 8,2 años, han fallecido 20 pacientes (27%), que corresponden a los 6 carcinomas tímicos y a 14 timomas. Los factores pronósticos negativos con significación estadística (p<0,05) fueron la cirugía incompleta, el estadío clínico de Masaoka avanzado y el subtipo histológico. En el análisis multivariante tan sólo demostró significación estadística el estadío clínico de Masaoka y el subtipo histológico. **Conclusiones:** Los factores pronósticos más importantes en las NEPT son el estadío clínico de Masaoka y el subtipo histológico. Los carcinomas tímicos son los tumores de peor pronóstico.

A0019 CÂNCER DE PULMÃO - ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA SUPERIOR A 25 KG/M2 E SUA RELAÇÃO COM MAIOR INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES PÓS PNEUMONECTOMIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS – ANÁLISE DE 154 PNEUMONECTOMIAS.

FERNANDO VANNUCCI; FRANCESCO PETRELLA; FELIPE CARVALHO BRAGA DOS SANTOS; JULIANA GUARIZE; EDUARDO VILELA FUSCO; NÉLSON ALVES DOS SANTOS; PIERANGELO BAGLIO; LORENZO SPAGGIARI.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA – INSTITUTO EUROPEU DE ONCOLOGIA - IEO, MILÃO, ITÁLIA.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONECTOMIA; ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA ; CÂNCER DE PULMÃO

Introdução: Apesar aceitação de que a obesidade é um fator de risco para pacientes cirúrgicos em geral, poucos estudos até hoje buscaram definir relação entre esta condição e o tratamento cirúrgico do câncer de pulmão, especialmente no tocante aos casos submetidos a pneumonectomia. Os dados atualmente disponíveis na literatura até então sugerem que a obesidade não parece aumentar a incidência de complicações cirúrgicas após ressecções pulmonares anatômicas em pacientes portadores de carcinoma pulmonar não-pequenas células (CPNPC). **Objetivos:** Avaliar a correlação entre a medida do Índice de Massa Corpórea (IMC) superior a 25 Kg/m2 e a incidência de complicações respiratórias em pacientes submetidos a pneumonectomia por CPNPC. Material e métodos: Foram arrolados um total de 154 pacientes submetidos a pneumonectomia por CPNPC no Departamento de Cirurgia Torácica do Instituto Europeu de Oncologia (IEO, Milão / Itália), entre Janeiro de 2004 e Abril de 2008. Para avaliar a influência do IMC pré-operatório sobre as complicações pós-cirúrgicas, os pacientes foram divididos em dois grupos: "IMC elevado" – igual ou maior que 25 Kg/m2 (n = 92; 59,8%) e "IMC normal" – menor que 25 Kg/m2 (n = 62; 40.2%). Foram considerados nesta série dados referentes às seguintes variáveis: sexo, idade, hábito tabágico, dosagem de albumina pré-operatória, proteinemia e creatininemia, FEV1%, DLCO/VA%, tipo histológico e estádio patológico da neoplasia. A análise dos dados avaliou informações referentes a complicações pós-operatórias em geral, complicações respiratórias e cardiológicas, tempo de permanência em UTI e tempo de internação hospitalar. **Resultados:** Dentre os pacientes, 79.9% eram do sexo masculino, a idade média foi de 63,4 anos (variando entre 36 e 82 anos). Do total da amostra, 88,3% eram tabagistas ativos ou ex-tabagistas; 80 pacientes (51,9%) foram submetidos a tratamento neoadjuvante pré-operatório. As mensurações médias de FEV1% e DLCO/VA% foram 83,4% e 85,3%, respectivamente. Os valores médios pré-operatórios de albuminemia, proteinemia e creatinemia foram 4,07 g/dl, 7,23 g/dl e 0,81 mg/dl, nesta ordem. Das pneumonectomias realizadas, 65 (42.2%) foram à direita. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que tange ao tempo de permanência em UTI, tempo de internação hospitalar e complicações cardíacas. O grupo de "IMC elevado" apresentou maior incidência de complicações respiratórias (21,7% versus 4,8% - p = 0,004) e de complicações em geral (54,5% versus 28,5%, p = 0,001). **Conclusão:** Valores de IMC acima de 25 Kg/m2 estão relacionados com maior incidência de complicações em geral e complicações respiratórias no pós-operatório de pacientes submetidos a pneumonectomia por CPNPC. A equipe que lida com este tipo de patologia deve estar ciente destas informações durante o planejamento da abordagem terapêutica que envolva eventualmente uma pneumonectomia em um paciente portador de sobrepeso ou obesidade.

A0020 CÂNCER DE PULMÃO - O PAPEL DA METASTASECTOMIA PULMONAR EM PACIENTES IDOSOS.

FERNANDO VANNUCCI; FRANCESCO LEO; FELIPE CARVALHO BRAGA DOS SANTOS; JULIANA GUARIZE; EDUARDO VILELA FUSCO; NÉLSON ALVES DOS SANTOS; PIERANGELO BAGLIO; LORENZO SPAGGIARI.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA – INSTITUTO EUROPEU DE ONCOLOGIA (IEO), MILÃO, ITÁLIA.

PALAVRAS-CHAVE: METASTASECTOMIA; IDOSO; CIRURGIA PULMONAR

Introdução: Nos últimos anos, devido ao aumento da expectativa de vida da população ocidental, mais pacientes idosos desenvolvem tumores sólidos e, por consequência, se observa um incremento na incidência de metástases pulmonares nestes pacientes. A cirurgia das metastases pulmonares obedece a critérios bem definidos dentre os quais não se inclui a idade, mas a discussão acerca do papel da metastasectomia pulmonar no que concerne especificamente a esta faixa etária ainda merece investigação. **Objetivos:** Analisar a morbi-mortalidade operatória e os resultados a longo prazo da metastasectomia pulmonar em pacientes acima de 70 anos. **Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão da base de dados dos pacientes com 70 anos ou mais submetidos à metastasectomia pulmonar no Departamento de Cirurgia Torácica do Instituto Europeu de Oncologia (IEO, Milão/Itália) entre 1º de Janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2007. Foram analisados dados de morbidade e mortalidade operatória e as informações de seguimento pós-operatório dos pacientes foram obtidas através de revisão eletrônica de prontuários e por meio de contato telefônico complementar. Os "end-points" da análise de seguimento foram: a) sobrevida global em cinco anos, b) perfil de recorrência pós-metastasectomia; e c) preditores de falha terapêutica precoce da mestastasectomia. **Resultados:** Foram arrolados 82 pacientes consecutivos com 70 anos ou mais, sendo 44 do sexo masculino e 38 do sexo feminino. A idade mediana foi de 73 anos, variando de 70 a 85. Foram realizadas 66 metastasectomias unilaterais e 16 metastasectomias bilaterais sequenciais, com intervalo de três a cinco semanas entre o primeiro e o segundo procedimento. Um total de 98 toracotomias foram realizadas (lateral com preservação muscular em todos os casos), tendo sido efetuadas ressecções anatômicas em 30 casos e ressecções em cunha e/ou enucleações de precisão nos 68 pacientes restantes. Não houve mortalidade operatória. As complicações mais frequentemente observadas foram fibrilação atrial (18,3%) e escape aéreo prolongado por mais de 7 dias (15,3%). A taxa de sobrevida global em cinco anos para o grupo estudado foi de 41% e 54% dos óbitos assinalados ocorreram por recidiva da neoplasia de base. A análise estatística dos dados confirmou o número de lesões ressecadas (menos que quatro metástases) como único fator preditor de sobrevida a longo prazo (< 4 lesões: OR 0.8; CI 0.2-0.9). Nenhum outro fator preditor de sobrevida ou recorrência precoce. **Conclusão:** Os resultados da série demonstram que a idade acima de setenta anos, por si só, não é uma contra-indicação para pacientes candidatos à metastasectomia pulmonar, procedimento que representa uma modalidade terapêutica segura e potencialmente curativa, mesmo para pacientes idosos. A sobrevida global em cinco anos para este grupo de pacientes

foi equivalente àquela observada em pacientes mais jovens, de acordo com os dados do registro internacional de metastases pulmonares.

A0021 CÂNCER DE PULMÃO - FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÃO PULMONAR NOS INDIVÍDUOS COM TUMORES ÓSSEOS E SARCOMAS DE PARTES MOLES SUBMETIDOS À TORACOTOMIA PARA RESSECÇÃO DE METÁSTASES.

ROGÉRIO SANTOS SILVA; PAULO SERGIO SIEBRA BERALDO; FLÁVIA FERRETTI SANTIAGO.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PÓS-OPERATÓRIO TORACOTOMIA; METÀSTASE PULMONAR; RESSECÇÃO DE METÀSTASES

Introdução: Os tumores ósseos malignos, notadamente o osteossarcoma, são agressivos e evoluem precocemente com metástases. Estas estão presentes em até 20% dos casos, no momento do diagnóstico, sendo que 85% localizam-se nos pulmões. A presença de metástases, embora modifique o prognóstico, não contra-indica sua ressecção. No geral, após toracotomias, pneumonias, atelectasia, pneumotórax e derrame pleural são as complicações mais citadas. A literatura não esclarece os fatores de risco para complicações pulmonares no pós-operatório de indivíduos com tumores ósseos. Tendo em vista que esses tumores apresentam especificidades, seria interessante conhecermos o perfil de risco dos pacientes que irão complicar no pós-operatório. **Objetivos:** Identificar fatores de risco relacionados às complicações pulmonares no pós-operatório de toracotomia para ressecção de metástases de sarcomas ósseos e de partes moles. **Métodos:** Coorte hospitalar retrospectiva de 45 pacientes consecutivamente submetidos à toracotomia para ressecção de metástases pulmonares no Hospital Sarah Centro, Brasília, DF, em 2007. Como variável dependente registramos todas as complicações pulmonares apresentadas no pós-operatório até a alta hospitalar. Como variáveis preditoras analisamos, além do gênero e idade, outras relacionadas ao pré, trans e pós-operatório. No primeiro caso, anotamos os principais parâmetros da espirometria, comorbidades e toracotomias prévias. Com relação ao trans-operatório anotamos o tempo e tipo de cirurgia, número de nódulos ressecados e perdas sanguíneas. Foi conduzida uma univariada para determinar possíveis associações com o desfecho de interesse, seguida de análise de regressão múltipla (logística binária, backward, Wald, SPSS, versão 13). **Resultados:** Dos 45 pacientes, 34 (76%) eram homens, idade mediana de 21 anos (variação de 7 a 70), sendo que o osteossarcoma predominou (24 casos, 53%). Sete pacientes (15,5%, IC95%, 20-49) apresentaram complicação pulmonar no pós-operatório, sem registro de óbitos. A mediana do tempo de internação do grupo que complicou foi superior aos pacientes sem complicação, respectivamente, 6 (intervalo interquartílico 5-7) e 11 (7,5-15,5) dias (P=0,025). A mediana de nódulos pulmonares retirados foi de 2 (1-6). O tempo mediano de cirurgia foi de 85 minutos (60-123; computados apenas 16 dos casos), com 4 dias (3-6) de tempo de dreno. Numa análise preliminar, já que o tempo de cirurgia de todos os pacientes ainda não foi levantado, o percentual do previsto de VEF1 (OR=2,28; IC95% 0,99-5,30, P=0,056) e tempo de permanência do dreno torácico (OR=0,92; IC95% 0,83-1,01, P=0,083) foram as únicas que permaneceram no modelo. **Conclusão:** Entre os pacientes que apresentaram complicação pulmonar pós-operatória o tempo mediano de internação foi, aproximadamente, o dobro daqueles que não complicaram. Esse resultado justifica a busca por fatores de risco. Embora preliminar, já que não incluímos o tempo cirúrgico, os resultados reproduzem os fatores de risco descritos na literatura para toracotomias em geral. Ainda que não significativos, o tempo de dreno torácico configurou um fator de risco, enquanto o VEF1 um fator de proteção. Ambos são fatores não passíveis de controle prévio, porém marcadores de pior prognóstico pós-operatório. O presente estudo irá ampliar o período de observação para pelo menos mais 2 anos, além de contemplar a totalidade de informações das variáveis de interesse.

A0022 CÂNCER DE PULMÃO - SOBREVIDA DOS PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS ESTADIO N2 (CONFIRMADA POR MEDIASTINOSCOPIA) APÓS QUIMIOTERAPIA DE INDUÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO.

FELIPE CARVALHO BRAGA DOS SANTOS; JULIANA GUARIZE; DOMENICO GALETTA; FERNANDO VANNUCCI; EDUARDO VILELA FUSCO; NÉLSON ALVES DOS SANTOS; PIERANGELO BAGLIO; LORENZO SPAGGIARI.

INSTITUTO EUROPEU DE ONCOLOGIA, MILÃO, ITÁLIA.

PALAVRAS-CHAVE: CIRURGIA; QUIMIOTERAPIA DE INDUÇÃO; SOBREVIDA

Introdução: Quinze per cento dos pacientes com NSCLC se apresentam com envolvimento mediastínico no momento do diagnóstico, e seu prognóstico com tratamento cirúrgico isolado (9% em cinco anos) ou com tratamento adjuvante apenas (<10% em cinco anos) são desencorajadores. A quimioterapia de indução já provou ser eficaz em aumentar a sobrevida nestes pacientes, porém os "guidelines" da ACCP ainda sugerem terapia adjuvante neste grupo de pacientes. Deve se considerar que a confirmação histológica pré-tratamento (i.e. mediastinoscopia) dos pacientes como estádio N2 presumido não é sempre realizada. **Objetivos:** Avaliar os resultados de um grupo homogêneo de pacientes que foram submetidos a mediastinoscopia (para confirmar um suspeito N2), quimioterapia de indução com cisplatina e cirurgia, com atenção especial aos efeitos na sobrevida de linfonodos N2 com "down staging", confirmados por achados anátomo-patológicos. **Materiais e Métodos:** Desde 1998, 89 pacientes (63 homens) foram submetidos a mendiastinoscopia para confirmar o diagnóstico de doença pN2, em casos de suspeita clínica de doença N2 (limfonodos >1cm no estudo topografico, e/ou Pet-TC positiva). Não foram incluídos casos de linfadenopatia N2 "bulky". Todos os pacientes foram submetidos a quimioterapia de indução com cisplatina. Após o tratamento neo-adjuvante os pacientes foram submetidos a: pneumonectomia 18%; lobectomia 75%; e toracotomia exploradora 7%. **Resultados:** A mortalidade pós-operatória foi de 3.2%. a probabilidade geral de sobrevida em cinco anos foi de 28% com uma sobrevida média de 24 meses. A sobrevida livre de doença em cinco anos foi de 20%; no entanto 70% dos pacientes apresentaram recorrência sistêmica com 24 meses. A constatação de "down staging" mediastínico (i.e. pN0-N1) e a presença de doença N2 em mais de uma estação, não afetaram a sobrevida. Pacientes com menos de 60 anos apresentaram um melhor prognóstico em relação a sobrevida (45% em 5 anos). **Conclusão:** NSCLC N2 continua um desafio terapêutico mesmo com tratamento multimodal, porém os resultados daqueles pacientes tratados com quimioterapia de indução e tratamento cirúrgico combinado mostram-se melhores que daqueles tratados apenas com terapia adjuvante, ou apenas tratamento cirúrgico. A persistência de doença N2 após a quimioterapia ou doença N2 em mais de uma estação não afetaram a sobrevida, sugerindo que o tratamento cirúrgico pode ser realizado mesmo em casos de persistência de doença N2.

A0023 CIRURGIA TORÁCICA - NÓDULO PULMONAR INDETERMINADO – EXPERIÊNCIA PESSOAL DE 317 CASOS OPERADOS.

RUI HADDAD.

ESCOLA MÉDICA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: NÓDULO PULMONAR; VÍDEO-TORACOSCOPIA; CIRURGIA

O nódulo pulmonar indeterminado (NPI) é uma das alterações mais comuns encontradas em RX ou em tomografia computadorizada de tórax. Seu manuseio é bastante controvertido, e não há consenso firmado sobre qual conduta é a melhor. No sentido de tentar estabelecer uma conduta padrão para o manuseio do NPI o autor resolveu avaliar sua experiência desde que iniciou o uso da vídeo-toracoscopia até os dias atuais em pacientes com NPI. Para tal, o autor estudou retrospectivamente as fichas de 310 pacientes de clínica privada submetidos a 317 ressecções de nódulos pulmonares, realizadas num período de quatorze anos, entre janeiro de 1994 e dezembro de 2007. Foram levantados dados sobre o sexo e a idade dos pacientes, dados clínicos da doença, resultados de exames de imagem e dados dos procedimentos cirúrgicos realizados. Foi avaliado o diagnóstico anatomopatológico da lesão ressecada e, quando aplicável, os resultados dos testes microbiológicos e o estadiamento da lesão, se maligna e se primária pulmonar. A seguir, fez uma comparação entre uma série de parâmetros para pacientes portadores de nódulos benignos e nódulos malignos. Por fim, foi feita análise comparativa entre dois períodos consecutivos, com relação à incidência e características das lesões benignas e

malignas por sexo, idade, tabagismo, tamanho das lesões, tipos de cirurgia, diagnóstico e estadiamento. Os achados mostraram que 92% dos pacientes eram assintomáticos e 51% dos nódulos pulmonares operados foram benignos. O sexo masculino predominou com 53% dos casos. A idade média dos operados foi de 59 anos sendo de 55,5 anos para lesões benignas e 62,3 anos para as malignas. 65% dos pacientes com lesões benignas eram fumantes contra 75% dos pacientes com nódulos malignos e 91% dos pacientes com carcinomas broncogênicos. O pulmão direito e os lobos superiores foram os mais acometidos tanto em nódulos benignos quanto em malignos. A ressecção em cunha foi o tratamento utilizado em 86% dos nódulos benignos, enquanto a lobectomia foi usada em 62% dos pacientes com nódulos malignos. O tamanho médio das lesões benignas foi de 16,31 mm e para as malignas de 19,81 mm. Predominaram os granulomas entre as lesões benignas (outras lesões foram: histoplasmoma, tuberculoma, hamartoma) e o carcinoma broncogênico entre as malignas (outras lesões foram: metástases pulmonares, tumores carcinóides e carcinoma bronquíolo-alveolar). A comparação entre o período de janeiro de 1994 e dezembro de 2001 com o período entre janeiro de 2002 e dezembro de 2007 mostrou uniformidade em relação à idade, sexo e incidência de tabagismo, mas mostrou cirurgias em nódulos menores no segundo período do estudo, com predomínio absoluto de lesões malignas e um estadiamento T1N0M0 cerca de 22% maior que no período anterior. Concluiu o autor que houve melhoria significativa nas indicações cirúrgicas no segundo período de estudo, tanto no número menor de casos benignos quanto na cirurgia de tumores malignos mais precoces.

A0024 CIRURGIA TORÁCICA – TRATAMENTO DO EMPIEMA EM CRIANÇAS: ESTUDO RETROSPECTIVO DA DRENAGEM SIMPLES VERSUS A VIDEOTORACOSCOPIA.

DANIELE CRISTINA CATANEO[1]; CARLOS ALEXANDRE POLÔNIO[2]; ERICA NISHIDA HASIMOTO[3]; LÍDIA RAQUEL DE CARVALHO[4]; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO[5].

1,2,3,5.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4.DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA DO INSTITUTO DE BIOCIÊNCIAS DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EMPIEMA; VIDEOTORACOSCOPIA; DRENAGEM

Introdução: O empiema tem sido tratado de várias formas, desde a toracocentese seriada, drenagem simples, drenagem com infusão de fibrinolíticos, descorticação por toracotomia e drenagem e limpeza da cavidade através da videotoracoscopia (VATS). A drenagem simples é um método bastante antigo, e continua muito eficaz, sendo dependente do estágio do empiema. Já a VATS, bem mais recente, mesmo sendo mais invasiva, por demandar anestesia geral, é resolutiva na maioria dos estágios do empiema, com exceção da fase tardia de organização. **Objetivos:** Estudar retrospectivamente crianças com pneumonia e empiema pleural submetidos à drenagem simples ou a videotoracoscopia, para avaliar se em nosso serviço há superioridade de algum dos dois métodos, por melhor evolução terapêutica. **Métodos:** Foram selecionadas para estudo os prontuários de todas as crianças com derrame pleural internadas no HC da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) nos últimos 4 anos e submetidas a drenagem, com ou sem associação de VATS para limpeza. Foram coletados a idade, o sexo, a queixa, o tempo de história, a análise do líquido, os patógenos encontrados, a conduta adotada (drenagem simples – G1 ou videotoracoscopia – G2), o tempo de evolução da drenagem e a necessidade de re-intervenção. Resultados: Nos últimos 4 anos, 57 crianças foram tratadas no serviço de Cirurgia Torácica por empiema pleural. Quarenta e três crianças foram tratadas por drenagem simples e 14 por VATS. A idade variou de 7 meses a 14 anos (Md±dp=4,4±3,8). O sexo masculino foi o predominante em 60% dos casos. O tempo de história variou de 1 a 30 dias, não havendo diferença entre os grupos. O lado mais acometido pelo derrame foi o esquerdo, em 30 pacientes e o direito em 27. O pH variou de 6,22 a 7,40 (Md±dp: G1=6,9±0,2; G2=7,0±0,2; p=0,08), o DHL de 632 a 49.377 (Mediana: G1=4.786; G2=2.973; p=0,53) e a glicose de 10 a 140 (Md±dp: G1=51,4±47,2; G2=36,4±30,4; p=0,53). A bacterioscopia e/ou a cultura foram positivas em 27% dos casos (15 pacientes), com predominância absoluta do streptococos pneumoniae (87%) em ambos os grupos. O tempo de drenagem variou de 2 a 24 dias (Md=10,14). No G2, o tempo médio de drenagem foi de 7 dias, sendo aumentado em 2 casos, devido a abscesso pulmonar drenado para cavidade pleural, com necessidade de manutenção do dreno por mais de 20 dias. No G1, o tempo médio de permanência do dreno foi de 11 dias, havendo diferença significante (p<0,02) em relação ao G2, sendo que em 6 do G1 (14%) foi necessária descorticação. A necessidade de relocação do dreno ocorreu em 18 pacientes tratados por drenagem simples (42%), sendo em um caso, relocado por 2 vezes. Somente 1 dos pacientes com dreno locado por VATS (7%) necessitou relocação. **Conclusão:** A VATS para tratamento do empiema mostrou-se mais eficaz que a drenagem simples, por permitir o saque mais precoce do dreno e não necessitar re-intervenção.

A0025 CIRURGIA TORÁCICA – TUMORES CARCINOIDES DE PULMÓN: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y FACTORES PRONÓSTICOS.

ANA KARINA PATANÉ; MOISÉS ROSENBERG; GLORIA OLMEDO; CLAUDIA POLERI; OSCAR ROJAS.

HOSPITAL MARIA FERRER, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOIDE BRONQUIAL; BRONCOPLASTIAS; SOBREVIDA

Introducción: Los tumores carcinoides de pulmón pertenecen al grupo de neoplasias neuroendócrinas (4), son de bajo grado de malignidad y suelen afectar a pacientes significativamente más jóvenes (2; 7; 14; 19) . Inicialmente se pensó que se originaban en las glándulas mucosas, de modo que fueron agrupados junto con los carcinomas adenoide-quísticos y mucoepidermoides con el nombre de tumores derivados de las mismas. Como además se supuso que éstas lesiones eran benignas, se las conoció durante algún tiempo con la denominación de adenomas bronquiales (4;10). Fue en 1928 cuando por primera vez se asoció al SCLC (carcinoma de células pequeñas) con el síndrome de Cushing, y, diez años después se pensó que los tumores carcinoides tenían también propiedades neuroendócrinas. Sin embargo fue hasta 1968 cuando un grupo de investigadores sugirió que éstas dos neoplasias estaban relacionadas en virtud de contener similares gránulos de secreción en su citoplasma (4;10). Finalmente, entrados los años ´80, surgen una serie de clasificaciones, como la de Gould en 1983, y Travis en 1991, hasta llegar a la actual clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 1999, que los subdivide en típicos y atípicos, teniendo en cuenta principalmente el número de mitosis en 10 campos de gran aumento, y la presencia de necrosis, hecho que se correlaciona con la evolución (4; 10). Son tumores de baja frecuencia, muchos de ellos centrales y en el caso de los típicos, de buen pronóstico post-resección quirúrgica, y no parecen tener relación con el antecedente de tabaquismo (8;10; 20). Realizamos un análisis retrospectivo sobre 58 pacientes operados desde enero de 1975 hasta diciembre del 2007 en el Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer, con diagnóstico histológico de tumor carcinoide típico o atípico. El objetivo del análisis es evaluar diversos factores pronósticos, entre ellos etarios, clínicos, quirúrgicos e histopatológicos. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico histológico de tumor carcinoide típico o atípico y se recategorizaron según la clasificación de la OMS. En todos los pacientes se estudiaron los siguientes parámetros: edad , sexo, antecedentes de tabaquismo, evolución de la enfermedad hasta el momento del diagnóstico, síntomas, métodos de diagnóstico utilizados, tipo de cirugía practicada, histología del tumor y supervivencia libre de enfermedad (considerada como el tiempo transcurrido desde la cirugía hasta el último control) . Asimismo se evaluó la relación entre factores pronósticos histológicos y evolución, analizando en este caso por separado los carcinoides típicos y los atípicos. Los factores pronósticos evaluados fueron: tamaño del tumor, presencia de metástasis ganglionar, permeación linfática e invasión vascular o de la grasa peri-ganglionar. En todos los pacientes operados se realizó congelación intra-operatoria para descartar compromiso del muñón bronquial proximal a la lesión. El análisis fue realizado con el paquete estadístico Stata 9.0. Los datos están expresados como proporciones para las variables categóricas y promedios y desvíos estándar para las continuas. Se estableció como punto de corte para la significancia estadística un valor de p menor o igual a 0.05, y el cálculo de la misma se realizó con el test de chi 2 para las proporciones y el test de Wilcoxon para las variables continuas. **Resultados:** Se operaron un total de 58 pacientes, de los cuales 54 tuvieron diagnóstico de carcinoide típico y 4 de atípico. En ambos subgrupos histológicos se observó una prevalencia de la enfermedad en el sexo femenino y a edades más avanzadas en el grupo de los carcinoides atípicos (tabla I). En relación al antecedente de tabaquismo sólo 14 pacientes eran fumadores activos (24,13%), 32 no fumadores (55.17 %) y no fue posible determinar el antecedente de tabaquismo en 12 pacientes (21,68%). No se estableció ninguna asociación estadísticamente significativa entre el hábito de fumar y alguno de los tipos histológicos analizados en nuestra muestra (p =0.158). La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad,

considerada como el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el momento del diagnóstico endoscópico, fue de 24,9 +/- 42 meses para 50 pacientes, no hallándose diferencias significativas entre los dos grupos histológicos (p =0,598). En cinco pacientes la enfermedad fue un hallazgo en un control radiológico y en tres pacientes no fue posible establecer el tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron infección respiratoria - incluyendo neumonías a repetición- (22,81%), hemoptisis (21,05 %) y tos (19,3%). Ningún paciente recibió tratamiento endoscópico previo a la cirugía en nuestra o en otra institución ni desarrolló síndrome carcinoide. El método de diagnóstico más frecuentemente utilizado fue la FBC con toma de biopsia, la cual se practicó sin complicaciones en 31 pacientes (53%). No fue diagnóstica en 2 de ellos, en los cuales la biopsia informó metaplasia pavimentosa en uno y adenocarcinoma en otro. Le sigue en frecuencia la FBC sin toma de biopsia, que se practicó en 14 pacientes (24% de los casos). Otros métodos de diagnóstico utilizados incluyen biopsia quirúrgica en tres pacientes (5%), las cuales no fueron realizadas en nuestro hospital, punción con aguja fina en un paciente (1.7%), que informó células neoplásicas y tomografía en otro (1.7%), la cual demostró una lesión endobronquial. Dos pacientes no tuvieron diagnóstico preoperatorio, con FBC normal (3.4%) y en 6 pacientes no fue posible obtener datos acerca del método diagnóstico utilizado (10.3%). En cuanto al tipo de cirugías practicadas, se han realizado 23 plásticas bronquiales, con o sin resección pulmonar, 30 lobectomías y 6 neumonectomías por compromiso hiliar (4 de las cuales correspondieron a carcinoides atípicos). Cabe destacar que la realización de plásticas bronquiales se practicó en nuestra institución desde los primeros años analizados. Uno de los pacientes a los cuales se le realizo una plástica de carina era portador de una recidiva local de un carcinoide atípico, motivo por el cual fue incluído dos veces en el registro de cirugías. Otro paciente, con diagnóstico de carcinoide típico y dos cirugías anteriores en otro hospital, debió ser sometido a una resección de bronquio fuente izquierdo y cierre bronquial por recidiva local. Hubo marcadas diferencias entre el tipo de cirugía practicada por grupo histológico, recibiendo resecciones más extensas los carcinoides atípicos (p=0.000), entre los cuales se practicaron cuatro neumonectomías, una de ellas ampliada (Tabla II). Según el actual sistema TNM, dentro del grupo de carcinoides típicos, 43 pacientes correspondieron a estadío I, 7 a estadío II, 4 a estadío III y ningún paciente a estadío IV. Para los carcinoides atípicos, 1 paciente correspondió a estadío I de la enfermedad, 2 a estadío III y un paciente a estadío IV por presentar al momento de la cirugía un nódulo pleural positivo. Se realizó seguimiento a distancia en 52 de los 54 pacientes con diagnóstico de tumor carcinoide típico y en la totalidad de los atípicos, definiéndose el período libre de enfermedad como el tiempo transcurrido desde la cirugía hasta el último control o hasta la primer recaída. Considerando únicamente el tipo histológico, el promedio de supervivencia entre los carcinoides típicos es de 9.81 +/- 22 años, y, entre los atípicos, de 1.5 +/- 3 años, siendo esa diferencia estadísticamente significativa (p=0.036). Dentro del subgrupo de carcinoides típicos, en 36 pacientes (66.67%) el tamaño del tumor fue menor o igual a tres centímetros y en los 18 restantes (33.33%), mayor de tres centímetros, hallándose un promedio de supervivencia de 7,5 +/- 7,4 años en el primer grupo y de 13 +/- 37 años en el segundo (p =0.58), hallándose todos ellos vivos a la fecha del estudio. El hecho de que el tiempo libre de enfermedad sea mayor en el grupo de tumores mayor a tres cm puede ser explicada por el hecho de que la mayoría de ellos fueron tratados en los primeros años de la presente serie y por lo tanto tuvieron mayor tiempo de seguimiento. Sólo un paciente, operado en otra institución y con diagnóstico de carcinoide típico, presentó dos recidivas locales, la primera al año de la primer cirugía y la segunda ocho años después, el cual se halla vivo hasta la fecha. Realizando el mismo análisis en el grupo de carcinoides atípicos, en tres pacientes el tamaño del tumor fue mayor de tres centímetros, dos de los cuales fallecieron, y en el caso restante el paciente se halla vivo pero presentó al tercer año de la cirugía una recidiva local, debiendo recibir radioterapia. Estos tres pacientes requirieron neumonectomía por compromiso hiliar o extensión local de la enfermedad. En el cuarto caso, también neumonectomizado, el tamaño de la lesión fue de dos centímetros, pero el paciente presentó dos recidivas locales y se halla vivo al momento de éste estudio, completando una sobrevida global de 8 años. Si bien no se observó una diferencia significativa entre los promedios de supervivencia libre de enfermedad (p =0.08), es de destacar que aquellos pacientes con tumores mayores a tres centímetros presentaron un promedio de supervivencia menor en contraposición al único paciente cuya lesión fue menor de 3 cm. Al comparar los grupos histológicos entre sí, es significativamente menor la supervivencia libre de enfermedad entre los tumores carcinoides atípicos mayores de 3 cm en comparación a los carcinoides típicos de igual característica (p=0.02), no hallándose diferencias significativas entre los mismos cuando el tamaño tumoral es menor a esa magnitud (p=0.69). En cuanto a las metástasis ganglionares, para los carcinoides típicos se demostró invasión de ganglios linfáticos en la estación N2 en 9 pacientes y ausencia de metástasis en los restantes 43. En el primer grupo se realizó seguimiento en el total de casos y, entre los segundos, en 41 de los 43 totales. No se observó ninguna diferencia en la supervivencia promedio de los dos grupos de pacientes (p =0.58), hallándose todos ellos vivos. Se evaluaron a continuación los carcinoides atipicos, hallándose metástasis en N1 en un paciente, en las estaciones N1 y N2 en dos pacientes y ausencia de metástasis ganglionar en el cuarto. No se halló una diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia de los pacientes con y sin metástasis ganglionar dentro de éste grupo (p= 0.08). Al comparar los pacientes con metástasis ganglionar de cada tipo histológico, el promedio de sobrevida libre de enfermedad fue significativamente meyor para los carcinoides típicos (p=0.01). Se evaluó además el valor pronóstico de la presencia de permeación linfática e invasión vascular y/o de la grasa perihanglionar. En el subgrupo de carcinoides típicos se detectaron uno o varios de éstos hallazgos en nueve pacientes de los 54 operados, cinco de ellos acompañados también de metástasis ganglionar N1 y/o N2. No fue posible establecer entre los dos subgrupos de pacientes analizados alguna diferencia significativa en la supervivencia libre de enfermedad de los mismos (p =0.29). De éste grupo sólo presentó dos recidivas un paciente al cual se le practicó una lobectomía, con recaída de la enfermedad al año, momento en el cual se completó la neumonectomía en otro hospital; siete años después llega a nuestra institución con hemoptisis, detectándose un nuevo implante endoluminal a nivel del BFI, que requirió resección y cierre bronquial, sin necesidad de reconstrucción carinal debido a un largo muñón (Tabla V). En el caso de los carcinoides atípicos, tres pacientes presentaron, además de metástasis ganglionar, invasión vascular, permeación linfática y en un paciente metástasis pleural al momento de la cirugía, hallándose dos de ellos fallecidos y un tercero con recaída local de la enfermedad a tres años de la cirugía. El caso restante no presentó ninguno de los hallazgos histológicos anteriores y sigue aún vivo completando una supervivencia global de 8 años aunque con dos recaídas locales. Si bien no se pudo establecer una diferencia estadísticamente significativa (p =0.08), sí fue claramente diferente la sobrevida entre los dos grupos histológicos (p= 0.012). Discusión: Los tumores carcinoides de pulmón constituyen lesiones poco frecuentes y de bajo grado de malignidad. Si bien el 12% de los tumores carcinoides se localiza en el pulmón, ésta entidad representa menos del 1% de las neoplasias pulmonares. Pertenecen al grupo de neoplasias neuroendócrinas que incluye también al carcinoma de células pequeñas y al carcinoma neuroendócrino de células grandes. Todos comparten características morfológicas, ultraestructurales , inmunológicas y moleculares, están caracterizados por la presencia de mediadores neuroendócrinos y de gránulos de núcleo denso por microscopía electrónica, sin embargo, presentan epidemiología, comportamiento y evolución marcadamente diferentes (2,7;14;19). De acuerdo a los datos publicados, los carcinoides típicos suelen tener buen pronóstico post –resección quirúrgica, con una tasa de supervivencia cercana al 100 % a 5 años, y raramente metastatizan (2,7;14;19). En contraposición, los carcinoides atípicos presentan una supervivencia más pobre, del 25 al 69 % a 5 años (2) y tienen mayor tendencia a metastatizar, presentando una tasa de metástasis a distancia a 5 años del 23 % y una tasa de recurrencia local para los estadíos I también del 23 % a 5 años (2;7;14;19). En nuestra serie observamos una marcada prevalencia de esta enfermedad en el sexo femenino, para los dos subgrupos de tumores carcinoides y no existe relación significativa entre el hábito de fumar y la histología del tumor. La mayoría de éstos pacientes presentan un largo período de síntomas hasta el momento del diagnóstico, lo cual revela el bajo grado de agresividad de éstas lesiones y su lento crecimiento. Dentro de los mismos, tos, hemoptisis e infección respiratoria, incluídas las neumonías a repetición, fueron los síntomas más frecuentemente manifestados por estos enfermos. (2; 7;14;19). Como la mayoría de estas lesiones tiene expresión endoluminal y son centrales, el método diagnóstico de elección es la FBC con toma de biopsia, la cual fue diagnóstica en cerca del 58% de los casos, no existiendo mayores riesgos de sangrado que en otros procedimientos endoscópicos (23). La FBC sin toma de biopsia fue realizada en los primeros años de la experiencia, por el riesgo de sangrado asociado a la misma. Entonces el diagnóstico de la enfermedad se basaba en la visualización de una lesión rojo vinosa, de contornos lisos e hiperémicos y de localización endobronquial. Esta caracterítica “lesión cereza“, considerada altamente sangrante, integró el grupo de lesiones denominadas

durante algunos años "adenoma bronquial ", y que incluía también al carcinoma mucoepidermoide y al carcinoma adenoide-quístico, para luego pasar a tener su denominación actual de tumor carcinoide. La cirugía que debiera practicarse en estos pacientes debe tender a la máxima conservación del parénquima funcionante, recurriendo a la plástica bronquial de ser posible, dado que, a diferencia de otras lesiones neoplásicas del pulmón, los márgenes de resección pueden ser menores, sin afectar ello el pronóstico de éstos enfermos (5;20;24). En el plano histológico, resulta evidente la mayor frecuencia de los carcinoides típicos en comparación con los atípicos, hecho que se confirma en la literatura. Existen muchos trabajos que destacan la evolución lenta y favorable de los tumores carcinoides típicos, y en nuestro análisis sobre los 54 pacientes operados no hemos hallado diferencias con la bibliografía existente hasta la fecha. Sólo un paciente presentó dos recidivas locales de un carcinoide típico, operados en otra institución. Los trabajos publicados acerca de técnicas de resección broncoscópicas como único tratamiento de éstas lesiones, se basan en el hecho de la baja tasa de metástasis ganglionar y a distancia de los carcinoides típicos, sumado a su tendencia al crecimiento endoluminal y a la posibilidad de lograr varios milímetros de necrosis en profundidad con las técnicas actuales (23). Este último paciente, con dos recidivas locales post-quirúrgicas, parece contradecir el uso del tratamiento endoscópico exclusivo. Poco se ha publicado acerca de factores pronósticos asociados a sobrevida en tumores carcinoides de pulmón. En un trabajo de Thomas del año 2001, se analizan 34 casos de pacientes con tumor carcinoide de pulmón asociados todos a metástasis ganglionar regional (N1 o N2). De éstos, 23 eran típicos y 11 atípicos; en el primer grupo sólo dos pacientes presentaron metástasis a distancia entre los 54 y 78 meses posteriores al diagnóstico, mientras que en el grupo de carcinoides atípicos, siete pacientes desarrollaron metástasis a distancia a los 17 meses del diagnóstico, falleciendo por esa causa seis de los mismos (25). Al igual que en nuestra presentación, todos los pacientes portadores de un carcinoide típico tuvieron una evolución favorable y una supervivencia entre el 87 y el 100 %, muriendo de otras causas distintas a la neoplásica. El autor describe una evolución marcadamente diferente para los carcinoides atípicos con una tasa de metástasis a distancia mayor (7 de los 11 pacientes analizados) (25). Un trabajo de Ferguson sobre 139 pacientes encuentra un riesgo relativo de recurrencia mayor para los carcinoides atípicos aunque sus resultados sobre sobrevida a 5 años entre los dos subgrupos de carcinoides no parecen ser estadísticamente significativos entre distintos estadíos (6) (Tabla III). Para todos los casos que hemos podido evaluar a distancia, para los portadores de un tumor carcinoide típico, la presencia de lesiones mayores a tres centímetros, metástasis ganglionar, permeación linfática o invasión vascular, no ha afectado la sobrevida libre de enfermedad, la cual se mantiene en 100% en todos los casos. Tomando como valor de corte la afección de los ganglios mediastinales altos (N2) y, analizando la sobrevida de éstos pacientes, hemos estudiado la muestra a 5 y 10 años no hallando diferencias clínicas significativas. El análisis de los carcinoides atípicos resulta escueto debido al escaso número de casos, pero en este grupo histológico la sobrevida fue marcadamente menor para aquellos pacientes con T mayor a 3 cm, metástasis ganglionar o extensión local de la enfermedad, los cuales se hallan fallecidos. Por lo tanto, podría concluirse que el hecho de padecer un carcinoide atípico, es, desde el punto de vista clínico, un factor de mal pronóstico, y, dentro de éste grupo, la presencia de metástasis ganglionares altas, invasión vascular o permeación linfática afectarían negativamente la evolución de éstos enfermos, habiéndose hallado diferencias significativas en la evolución de éstos comparados con los carcinoides típicos. Dadas las marcadas diferencias numéricas entre los dos grupos histológicos resulta difícil sacar conclusiones generalizables desde un análisis estadístico comparativo. Por otro lado, dentro de cada grupo histológico, el número de pacientes con algunas de las variables histopatológicas analizadas tampoco es significativo, pudiendo no ser de un valor estadístico concluyente, pero creemos que nuestros resultados presentan significación clínica. **Conclusiones:** Los tumores carcinoides de pulmón son un grupo de neoplasias de bajo grado de malignidad, habitualmente centrales y de expresión endoluminal. De éste grupo los carcinoides típicos son los de mejor pronóstico, en todas las variables analizadas, recomendándose por lo tanto la resección quirúrgica con máxima preservación del parénquima funcionante, debiendo recurrise a la plástica bronquial de ser necesario. Los carcinoides atípicos presentan un pronóstico clínico más sombrío en relación a los anteriores, con peor sobrevida y mayor incidencia de metástasis o recidiva local, y en ésta población de pacientes fue posible demostrar estadísticamente esa diferencia evolutiva.

A0026 CIRURGIA TORÁCICA - RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA EM RESSECÇÕES EXTENSAS.

OLAVO RIBEIRO RODRIGUES[1]; MILTON LUIZ YAEKASHI[2]; ROBERTO STORTE MATHEUS[3]; AURELINO FERNANDES SCHMIDT JR[4]; PAULO E.OLIVEIRA CARVALHO[5].

1.UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES-SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA,HCLPM-SPDM-UMC, MOGI DAS CRUZES, SP, BRASIL; 2,3,4. UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES, MOGI DAS CRUZES, SP, BRASIL; 5.FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA-SP, MARÍLIA, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUMORES TORÀCICOS ,CIRURGIA; CIRURGIA DE PAREDE TORÀCICA; RECONSTRUÇÔES DO TÓRAX

Introdução: Muitas técnicas de reconstrução da parede podem ser usadas nas ressecções extensas. Vários materiais sintéticos como telas de polipropileno,vycril, titânio e metacrilato são empregadas. Entretanto a cobertura de próteses com tecidos musculares é boa opção para proteger vísceras e evitar infecções. **Objetivos:** Investigar as próteses de metacrilato a longo prazo, as recomendações e restrições a seu uso. Comparar os resultados de reconstruções com tela e combinações de tela com metacrilato nas reconstruções. **Métodos:** 270 casos de tumores primários e metastáticos da parede foram submetidos a ressecções (esqueleto e tecidos moles) no período de 1977a2007. A idade variou de 3a 82 anos,160 masc.e 110 fem.Vinte eram crianças com tumor neuroectodérmico primitivo (PNET). Nestes,em 16, empregou-se quimioterapia de indução. A reconstrução em ressecções extensas,foi feita em 121dos 270 operados. Empregou-se técnicas combinadas ou isoladas. O procedimento de reconstrução mais utilizado foi a tela de polipropileno coberta por flap muscular. Reconstruções de esterno realizou-se em 34 pacientes. Nestes,utilizou-se com frequência dupla tela de marlex com metacrilato (sandwich). O seguimento pós-operatório e os dados de evolução foi possível em 92 das 121 reconstruções durante 1 ano (77%%);em 42 pacientes durante 5 anos (35%); em 36 pacientes durante 10 anos (30%) e em 32 durante 25 anos (27%). **Resultados:** o resultado estético tardio foi bom da maioria dos operados. Complicações foram observadas em 4% de 121 reconstruções: sangramento pós-operatório (1); infecção com extrusão (1); fratura,deslocamento e compressão traqueal (1);deslocamento do metacrilato emgravidez (1) e hérnia cardíaca pré-cordial (1). 82 reconstruídos estavam vivos após 1 ano (sobrevida 68%);38 estavam vivos após 5 anos (sobrevida 32%);32estavam vivos após 10 anos (sobrevida 27%) e 24 permanecem vivos sem doença após 25 anos da reconstrução (sobrevida 20%) quando considerou-se apenas os tumores malignos operados. Comparou-se as vantagens e desvantagens do metacrilato em parede lateral e em região esternal a longo prazo. No grupo de PNET (Askin/Ewing),a sobrevida de 5 anos foi de 50%. Os fatores que se relacionaram significantemente com recidiva precoce, com complicações pós-operatórias e óbito pela doença,foram a existência de radioterapia pré-op.,a falta de quimioterapia de indução nos tumores de partes moles e tumor metastático. **Conclusão:** Um longo período de observação demonstrou complicações das próteses de metacrilato como absorção,fraturas,instabilidade e restrições ao emprego. Por outro lado,consolidou seu uso e recomendações nas reconstruções esternais. Demonstrou também que a quimioterapia pré-operatória nos tumores indiferenciados melhora a ressecabilidade e a sobrevida.

A0027 CIRURGIA TORÁCICA - EVALUACION DE RESULTADOS INSATISFACTORIOS EN 1400 SIMPATECTOMÍAS.

CLAUDIO SUAREZ[1]; FRANCISCO SUAREZ[2]; FERNANDO SUAREZ[3].

1.CLINICA SANTA MARIA, SANTIAGO, CHILE; 2.UNIVERSIDAD DE CHILE, SANTIAGO, CHILE; 3.UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, SANTIAGO, CHILE.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERHIDROSIS; SIMPATECTOMIA; HIPERHIDROSE

Introduccion: La simpatectomia videotoracoscopica se realiza hace casi 20 años para el tratamiento de la hiperhidrosis, con satisfaccion de 90 a 99% de los pacientes. Los resultados insatisfactorios se producen por persistencia de la hiperhidrosis (1-10%), sudoracion compensatoria severa (5-30%), complicaciones pleurales (1-4%) y reinervacion simpatica (3-18%). Nuestro grupo empezo a trabajar en diciembre 2002 con pacientes con hiperhidrosis. El objetivo del presente trabajo es presentar la experiencia acumulada por nuestro grupo determinando y evaluando las causas de los resultados insatisfactorios que pudieran aparecer. **Material y Metodo:** Se estudiaron 1410 simpatectomias consecutivas realizadas en 701 pacientes desde diciembre 2002 a julio 2008 en la Clinica Santa Maria de Santiago, Chile. En todos los casos se realizo con anestesia general, por 2 canales de trabajo axilares

de 5 mm a cada lado. Las ultimas 1000 simpatectomias se realizaron con bisturi ultrasonico. Se realizo simpatectomias T2, T3, T4, T2-T3-T4 y T3-T4, segun se quisiera tratar la hiperhidrosis facial, palmar o axilar. Mantenemos un registro prospectivo en base a datos Excel de la satisfaccion, complicaciones y sudoracion compensatoria. **Resultados:** Las complicaciones en este grupo de 701 pacientes fueron: 3 neumotorax, 1 derrame pleural, 2 sindromes de Horner, 1 lesion de arteria intercostal, 1 paciente con persistencia de sudoracion palmar. Presentaron reinervacion 7 pacientes , todos sometidos a simpatectomias monosegmentarias. 4 de ellos fueron resimpatectomizados. La sudoracion compensatoria severa hizo insatisfactoria la cirugia en 12 de los 701 casos (1,7%). No fue necesario convertir en ninguna cirugia y solo 1 paciente no pudo ser operado por grandes adherencias pleuro pulmonares que sellaban la cavidad por cirugia de pectus excavatum previa. No hubo infecciones ni mortalidad. La estadia hospitaria fue de 12-36 horas, con un promedio de 18. **Conclusion:** La simpatectomia videotoracoscopica demuestra ser un procedimiento de escasa morbilidad y altamente satisfactoria para el tratamiento de la hiperhidrosis. Las complicaciones e insatisfaccion pueden ser minimizadas en grupos de experiencia.

A0028 CIRURGIA TORÁCICA - BLOQUEIO SIMPÁTICO POR CLIPAGEM DO TERCEIRO (T3), QUARTO (T4) E TERCEIRO E QUARTO (T3T4) GÂNGLIOS SIMPÁTICOS TORÁCICOS NO TRATAMENTO DA HIPER-HIDROSE PALMAR E/OU AXILAR

MARLOS DE SOUZA COELHO; NELSON BERGONSE NETO; WILSON DE SOUZA STORI JR; ANNA FLÁVIA RIBEIRO DOS SANTOS; RAFAEL GARBELOTTO MENDES; LUCAS MATOS FERNANDES; RUY FERNANDO KUENZER CAETANO DA SILVA; FABRICIO STRAPASSON.
HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERIDROSE; BLOQUEIO SIMPÀTICO; CLIPAGEM

Introdução: O Bloqueio Simpático por Clipagem (BSC) tem sido utilizado no tratamento da hiper-hidrose pela sua potencial reversibilidade entretanto não há consenso em relação ao nível ideal do bloqueio do nervo ou gânglio simpático, havendo resultados variáveis na literatura em relação ao sucesso terapêutico, satisfação e, principalmente à sudorese compensatória(SC). **Objetivos:** avaliar o índice de satisfação, sucesso terapêutico e SC em pacientes submetidos ao BSC do 3º. gânglio (T3), do 4º. gânglio (T4) e do 3º. e 4º. gânglio simpático (T3T4) para tratamento da hiper-hidrose palmar (HP) e/ou axilar (HA). **Método:** Foram avaliados, prospectivamente, 360 pacientes, sendo 267 HP (118 HP e 149 HP+HA) e 241 HA(93 HA+148 HA+HP) com idade entre 08 e 56 anos, com média de 23,8 ± 7,2 anos, 105 (29,2%) masculino e 255 (70,0%) feminino. O tempo de seguimento variou de 19,6 a 85,5 com média de 33,5 meses. No T3 (84 HP) procedeu-se ao BSC aplicando-se 2 clipes por aplicador EDLO-EXATECH no tronco simpático (TS) sobre a 3ª. e 4ª. costela. No T4 (61= 26 HP, 3 HA e 32 HP+HA) o TS foi clipado sobre a 4ª. e 5ª. costela e no Grupo T3T4 (215=HA e HA+HP) o TS foi clipado sobre a 3ª., 4ª. e 5ª. costela. **Resultados:** O sucesso terapêutico para HP foi excelente em 214(80,1%), bom em 33(12,4%), regular em 11(4,1%); e mau em 9 (3,4%). com melhor resultado excelente para T3T4 e T3 (p=0,022). O sucesso terapêutico para HP foi excelente em 73 (86,9%) dos T3, 30 (51,7%) T4 e 111(88,8%) T3T4; bom em 07 (8,3%) T3, 20 (34,5%) T4 e 6 (4,8%) T3T4; regular em 02 (2,4%) T3, 03 (5,2%) T4 e 06 (4,8%) T3T4; e mau resultado em 02 (2,4%) T3, 05 (8,6%) T4 e 2 (1,6%) T3T4. Na HA foi excelente em156 (64,7%), bom (24,1%), regular 14(5,8%) e mau em 13(5,4%) com melhor excelente para T3T4 (p=0,007). Quando se considera sucesso e insucesso não houve diferença estatística (p=0,823) na HP nem na HA (p=0,517). A SC foi observada em 123 (34,2%), sendo 32(38,1%) T3, 20(32,8%) T4, 71 (33,0%) T3T4. A SC severa ocorreu em 0% T3, 02(3,2%) T4 e 09 (4,2%) T3T4. Grau leve em 63 (17,5%): 17(20,2%) T3, 09 (14,8%) T4 e 37 (17,2%) T3T4. Grau moderado ocorreu em 49(13,6%): 15 (17,9%) T3, 09 (14,8%)T4 e 25 (11,6%) T3T4. com p=0,188.Não foi observada diferença em relação à presença (p=0,188), ao grau (p=0,231) e à evolução da SC em 30 dias (p=0,819), 6 meses (0,222), 1 ano (p=0,052) e 2 anos (p=0,188). No T3, 56 (66,7%) estão muito satisfeitos, 23(27,4%) satisfeitos e 5 (5,9%) insatisfeitos. No grupo T4, 17 (27,9%) estão muito satisfeitos, 34(55,7%) satisfeitos e 10 (16,4%) insatisfeitos. No T3T4, 154(71,6%) estão muito satisfeitos, 47 (21,9%) satisfeitos e 14(6,5%) insatisfeitos com p<0,0001. **Conclusão:** A presença, a intensidade e a evolução da SC não foi influenciada pelo nível do BSC. O sucesso terapêutico na HP e na HA não foi influenciado pelo nível da clipagem, no entanto os pacientes submetidos a BSC de T3T4 seguido do BSC T3 estão mais satisfeitos que os de BSC T4 na avaliação geral.

A0029 CIRURGIA TORÁCICA - RESSECÇÃO PULMONAR BILATERAL POR CARCINOMA PULMONAR. ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO DE MORBIDADE PÓS-OPERATÓRIA

FELIPE CARVALHO BRAGA DOS SANTOS; JULIANA GUARIZE; ROBERTO GASPARRI; FERNANDO VANNUCCI; EDUARDO VILELA FUSCO; NÉLSON ALVES DOS SANTOS; PIERANGELO BAGLIO; LORENZO SPAGGIARI.
INSTITUTO EUROPEU DE ONCOLOGIA, MILÃO, ITÁLIA.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; FATORES DE RISCO; CIRURGIA CONTRA-LATERAL

Introdução: Pacientes submetidos à ressecção pulmonar por carcinoma não pequenas células (NSCLC) podem desenvolver uma recidiva local ou um segundo tumor primitivo com uma incidência que varia entre 2 a 5%. Na maior parte dos casos determinar quando se trata de uma lesão metacrônica ou metastática é muito difícil. Entretanto, tal distinção passa a ter menor importância quando a segunda lesão pode ser radicalmente ressecada, pois os dados atuais sugerem que a ressecção completa de uma metástase pulmonar solitária (de um primário NSCLC), possa ter uma sobrevida de cinco anos comparável àquela obtida com a ressecção de um segundo câncer de pulmão primitivo. Embora o tratamento cirúrgico seja considerado a melhor escolha para o NSCLC, a ressecção de lesões contra-laterais após uma prévia lobectomia é considerada um procedimento de alto risco para complicações pós-operatórias, com uma taxa de morbi-mortalidade variável na literatura entre 19 a 38%. É presumível que a função cardiorrespiratória seja o fator determinante na adequada seleção dos possíveis candidatos a uma segunda ressecção pulmonar contralateral, entretanto, atualmente não são disponíveis trabalhos que demonstrem uma correlação entre a avaliação pré-operatória da função cardiorespitatória neste grupo de pacientes e o risco de complicações pós-operatórias. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho, foi avaliar os fatores cardiorrespiratórios que possam alterar a evolução pós-operatória de pacientes submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar bilateral, após uma primeira lobectomia por câncer. Individualizar cada um dos fatores de risco no período pré ou intra-operatório e determinar sua relativa importância no prognóstico dos pacientes. **Materiais e Métodos:** Entre outubro de 2004 e fevereiro de 2007, 48 pacientes foram submetidos à ressecção pulmonar contralateral após uma lobectomia por NSCLC. Foram divididos em dois grupos de acordo com o tipo de segundo intervento: ressecções anatômicas/segunda lobectomia (Grupo A) e ressecções não- anatômicas/wedge (Grupo B). Todos os dados pré-operatorios (avaliação clínica) e intra-operatorios (técnica anestésica, tempo de ventilação mecânica mono-pulmonar (OLV), tempo total de intervento cirúrgico (OT)) foram avaliados. **Resultados:** Foram realizadas 26 lobectomias a 22 ressecções atípicas (na segunda cirurgia). Não houve mortalidade pos-operatória imediata ou em 30 dias relacionados ao intervento. A morbidade geral pós-operatória foi de 35% (9/26) e 23% (5/22) respectivamente nos grupos A e B. A morbidade respiratória foi de 30% (8/26) no grupo A, e de 4,3% (1/22) no grupo B (p=0.037). A análise multivariada revelou que os fatores que influenciaram negativamente o decurso pós-operatório foram: tempo de OLV (p=0.038); tempo de cirurgia (OT) (p=0.018), saturação intra-operatória abaixo de 90% (p=0.002) e valor pré-operatório de difusão de monóxido de carbono (DLCO) inferior a 60% (p=0.001), a perfusão pulmonar não houve significado estatístico. **Conclusão:** A ressecção pulmonar bilateral no tratamento do câncer de pulmão é um procedimento seguro em pacientes selecionados, com baixo índice de mortalidade e morbidade aceitável. A redução do tempo cirúrgico e um manejo anestesiológico intra-operatório criterioso podem reduzir a incidência de complicações respiratórias pós-operatórias.

A0030 CIRURGIA TORÁCICA - UTILIDAD DEL PET EN LA ESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA PREOPERATORIA DEL CARCINOMA PULMONAR NO MICROCÍTICO (CPNM).

JUAN TORRES[1]; PATRICIA MARTINEZ[2]; PEDRO CASCALES[3]; ANDRES ARROYO[4]; MARIA MAESTRE[5]; AINHOA SANCHEZ[6]; MARIA RAMIREZ[7]; MARIA JOSE ROCA[8].
1,2,3; 4.H.VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA; 5.H. VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA; 6,7,8.H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA.

PALAVRAS-CHAVE: CÀNCER DE PULMÓN; PET; ESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA

Introducción: El cáncer de pulmón es una de las principales causas de muerte por cáncer, siendo el tratamiento quirúrgico la forma más eficaz de tratamiento

de esta enfermedad. Los resultados de la cirugía están condicionados en primer lugar por la realización de una cirugía completa y en segundo lugar por una adecuada estadificación ganglionar del mediastino. El PET se ha introducido recientemente en la estrategia de la estadificación preoperatoria del CPNM pero aún no está claramente definida su utilización, con disparidad entre los distintos grupos. **Objetivo:** Evaluar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del PET en la estadificación mediastínica del carcinoma broncogénico no células pequeñas (CBNCP) en nuestra experiencia. **Material y métodos:** Entre Junio de 2004 y Junio del 2008 se estadificaron quirúrgicamente 319 pacientes afectos de CBNCP. Todos los pacientes cumplían los criterios de resecabilidad y operabilidad del GCCB. En 119 pacientes incluidos en este estudio se realizó un PET-TAC de estadificación mediastínica, además del TAC torácico. Si el PET mostraba depósitos mediastínicos se procedía a la realización de mediastinoscopia o mediastinotomía de confirmación. Si el PET resultaba negativo o la estadificación quirúrgica del mediastino no demostraba afectación mediastínica tumoral (T) o ganglionar (N) los pacientes eran sometidos en un segundo tiempo a resección pulmonar anatómica con disección sistemática del mediastino. **Resultados:** Sensibilidad:47,0 %; Especificidad: 93,1 %; VPP: 53,3 % VPN: 91,3 %. **Conclusión:** El valor predictivo negativo del PET (91,3 %) en la estadificación mediastínica nos permite descartar la afectación ganglionar mediastínica con un porcentaje de acierto alto. Al contrario, la baja sensibilidad mostrada en nuestro estudio nos indica la obligatoriedad de confirmar, mediante una exploración quirúrgica del mediastino, el carácter tumoral o no de las adenopatías mediastínicas previo a la cirugía o al tratamiento neoadjuvante.

AO031 **CIRURGIA TORÁCICA - RESSECÇÃO COMPLETA NA CIRURGIA DO CÂNCER DE PULMÃO: EM BUSCA DOS CRITÉRIOS.**

CARLOS ALBERTO ALMEIDA DE ARAÚJO; LUDMILA MARIA CORRAL MEDEIROS; PATRÍCIA CARVALHO PALHANO; JORGE LUCIO COSTA DE MEDEIROS DANTAS; CRISTIANA NUNES; PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE; ANA PATRÍCIA TERTULIANO SANTOS; JUREMA SAMARA FONSECA VERAS.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; DOENÇA RESIDUAL; LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL

Introdução: As bases dos critérios de ressecção completa são fundamentadas na classificação de tumor residual da Union Internacionale Contre lê Câncer (UICC)1, que considera a categoria Erre zero (R0) quando não há tumor no sítio primário, nos linfonodos e órgãos à distância. Essa definição de R0 tem se mostrado nos diversos tumores, incluindo o câncer de pulmão, insuficiente. Pois mesmo quando estabelecido tumor não detectável após o tratamento inicial, pode-se observar recorrência local, metástases à distância ou ambos. Diante dessa realidade, e com o objetivo de aprimorar o prognóstico, vários autores prepuseram outros critérios para a ressecção completa. **Objetivos:** Mostrar resultados de pesquisa, entre os cirurgiões torácicos da SBTC, como é realizado o estadiamento mediastinal, qual o mapa mediastinal mais utilizado, como e quando indicam a mediastinoscopia, quais os critérios de ressecção completa na cirurgia do câncer de pulmão e qual o conceito de doença residual (R0). **Métodos:** Através de comunicado via internet, vinculado pela SBCT, os autores endereçaram um questionário para ser respondido pelos associados. Questionou-se sobre: 1) uso de mediastinoscopia. 2) Mapa linfonodal mediastinal utilizado. 3) Utilização da citologia do lavado pleural no estadiemento. 4) Critérios na definição da doença residual (R0). 5) Margens cirúrgicas ou anatômicas avaliadas na investigação de R0. 6) Realização de dissecção linfonodal mediastinal e 7) Critério utilizado para definir uma ressecção completa. **Resultados:** Trinta e cinco cirurgiões responderam ao questionário. Sobre mediastinoscopia: 17,65% sempre realizam; 67,65% se baseiam na tomografia computadorizada; 2,94% utilizam o PET-CT para indicar; 8,82% indicam baseados na tomografia computadorizada e PET-CT e 2,94% nunca realizam. O mapa linfonodal utilizado: Naruke 47,1%; ATS 23,5%; Mountain 17,6%; Naruke e ATS 8,82% e Nenhum 2,94%. Citologia do lavado pleural: 73,5% não realizam. Doença residual é definida em 67,6% quando todas as estações N1 – lobar, interlobar e hilar – e N2 são negativas. As margens cirúrgicas para 26,5% consideram a margem brônquica, vascular, estruturas adjacentes ressecadas, linfonodos e pleura visceral; 2,94% não responderam. Todos realizam dissecção linfonodal: 61,8% sistemática com todas as estações. Ressecção completa é considerada para 52,9% quando remove toda doença conhecida, incluindo tumor e estruturas adjacentes, com margens microscopicamente negativas. Conclusões: Os autores concluem que não há, entre os cirurgiões torácicos brasileiros pesquisados, uma padronização e unificação dos conceitos e critérios que devem nortear o tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. Sugerem que, de forma prioritária, se fomente o os conceitos de doença residual e ressecção completa do câncer de pulmão. Sugeremque se faça um estudo multicêntrico, coordenado pela SBCT/SBPT, em que os dados obtibos por um protocolo já confeccionado segam analisados e publicados.

AO032 **CIRURGIA TORÁCICA - CIRURGIA TORÁCICA ROBÓTICA: EXPERIÊNCIA INICIAL NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO.**

FERNANDO VANNUCCI; GIULIA VERONESI; FRANCA M. A. MELFI; DOMENICO GALETTA; FELIPE CARVALHO BRAGA DOS SANTOS; JULIANA GUARIZE; LORENZO SPAGGIARI.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA - INSTITUTO EUROPEU DE ONCOLOGIA (IEO), MILÃO, ITÁLIA.

PALAVRAS-CHAVE: CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA; CIRURGIA ROBÓTICA; CÂNCER DE PULMÃO

Introdução: A cirurgia robótica surgiu nos últimos anos como forma de melhoramento das técnicas cirúrgicas minimamente invasivas previamente existentes. A visão tridimensional proporcionada pelo sistema ótico e a imensa amplitude de movimentos do instrumental robótico (que simula os movimentos da mão e punho humanos) são as grandes vantagens desta abordagem em relação às técnicas vídeo-endoscópicas já consagradas. **Objetivo:** Expor a expêriencia inicial do Instituto Europeu de Oncologia (IEO, Milão/Itália), analisando a viabilidade e a segurança da abordagem por cirurgia robótica dos pacientes portadores de neoplasia pulmonar candidatos a lobectomia e descrevendo a técnica linfadenectomia mediastinal por via robótica (LMD). **Materiais e Métodos:** A partir de novembro de 2006, os pacientes portadores de neoplasia pulmonar suspeita ou confirmada em presumido estádio I matriculados no Departamento de Cirurgia Torácica do Instituto Europeu de Oncologia (IEO, Milão/Itália) passaram a ser elegíveis para lobectomia com linfadenectomia mediastinal por meio de abordagem minimamente invasiva robotizada. O acesso cirúrgico consiste em três portais para vídeo-cirurgia (dois acessos de 10 mm e um acesso de 12 mm), e uma incisão auxiliar ântero-lateral de 5 cm. Em todos os casos, a LMD se inicia pelo mediastino inferiormente, com a dissecção do ligamento pulmonar inferior e linfonodos subcarinais. À direita, os linfonodos paratraqueais são abordados na região entre a veia cava superior, traquéia, e veia ázigos. À esquerda, a dissecção é realizada ao nível do arco aórtico e janela aorto-pulmonar. **Resultados:** De novembro de 2006 a junho de 2008, 48 pacientes foram submetidos a lobectomia robótica radical. A taxa de conversão diminuiu de 18% nos primeiros 16 pacientes consecutivos, para 6% nos 32 seguintes. O tempo médio de duração do ato cirúrgico diminuiu 60 minutos entre os primeiros 16 casos e os 32 subsequentes (p=0.03). O diagóstico foi de adenocarcinoma em 36 pacientes (75%), carcinoma de células escamosas em 4 (8.3%), carcinoma tipo pequenas células em dois (4.2%), e outros tipos de carcinoma não pequenas células em 5 (10.4%). Linfadenectomia radical ou amostragem foi realizada em 42 pacientes (88%). Nestes pacientes o número médio de linfonodos ressecados foi 17 (variando entre 9 e 37). O estadiamento anátomo-patológico final foi estádio I em 39 casos (81.5%), estádio II em 4 (8.3%), estádio III em 4 (8.3%). Complicações maiores ocorreram em 3 pacientes (6.3%). **Conclusões:** A lobectomia pulmonar robótica é um procedimento tecnicamente seguro e parece aceitável do ponto de vista oncológico para os casos de neoplasia pulmonar em estádio inicial. O aprimoramento da tecnologia robótica utilizada e o refinamento da curva de aprendizado nos centros de treinamento em cirurgia robótica tende a melhorar os resultados desta técnica.

AO033 **CIRURGIA TORÁCICA - EFECTO DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DEL endotelio vascular sobre la cicatrización traqueal postraqueoplastía o autotrasplante en ratas.**

MIGUEL GAXIOLA-GAXIOLA; MIGUEL GAXIOLA-GAXIOLA; ROGELIO JASSO-VICTORIA; JAIME VILLALBA-CALOCA.

INERICV, MEXICO, DF, MÉXICO.

PALAVRAS-CHAVE: AUTOTRASPLANTE TRAQUEAL; TRAQUEOPLASTIA; ANGIOGENESIS

Introducción: El trasplante traqueal mayor a 6 cm de longitud sufre complicaciones con la cicatrización por deficiente revascularización. El factor de crecimiento de endotelio vascular (VEGF) es un inductor de la angiogénesis

y favorece la cicatrización de los tejidos. **Objetivo:** Evaluar los cambios macroscópicos, microscópicos e inmunohistoquímicos producidos en la cicatriz de anastomosis de traqueoplastías o autotrasplante de tráquea cervical en ratas, postaplicación tópica del VEGF. **Material y Métodos:** En 40 ratas se realizó traqueoplastía o autotrasplante de 6 anillos de traquea cervical con aplicación tópica en el sitio de la anastomosis de solución salina fisiológica (SSF) o VEGF de la siguiente manera: Grupo I (n=10): Traqueoplastía más SSF, Grupo II (n=10): Traqueoplastía con VEGF, Grupo III (n=10): Autotrasplante con SSF y Grupo IV (n=10): Autotrasplante con VEGF. Los animales se estudiaron por 4 semanas y al final del estudio se evaluó macroscópica, microscópica, morfométrica e inmunohistoquímica la cicatrización de las anastomosis. **Resultados**: Macroscópicamente todos los animales mostraron cicatrización, sin embargo el 40 y 10% de los animales del grupo II y IV respectivamente presentaron anormalidades en esta. La morfometría los grupos II, III y IV mostró estenosis traqueal (p<0.05 Andeva, Tukey). Histológicamente en los grupos II y IV se observo fibrosis de moderada a severa y colágena desorganizada. La inmunohistoquímica reveló mayor expresión del VEGF en en el grupo IV (p< 0.01, Andeva, Tukey, Kruskal-Wallis). **Conclusión:** La aplicación tópica del VEGF en los injertos traqueales trasplantados, promueve la angiogénesis y favorece la cicatrización de los mismos, pero promueve la formación estenosis traqueal.

A0034 CIRURGIA TORÁCICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE DA LARINGE E DA TRAQUÉIA.

MARLOS DE SOUZA COELHO; NELSON BERGONSE NETO; RAFAEL GARBELOTTO MENDES; WILSON DE SOUZA STORI JR; ANNA FLÁVIA RIBEIRO DOS SANTOS; FABRICIO STRAPASSON.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURÚ - PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESTENOSE TRAQUEAL; ESTENOSE LARINGOTRAQUEAL; CLASSIFICAÇÃO E TRATAMENTO

Introdução: Apesar da evolução das cânulas de intubação traqueal e traqueostomia e dos cuidados intensivos, a estenose da via aérea continua a ocorrer. O insucesso terapêutico, principalmente em relação às estenoses da laringe (EL) se mantém elevado. A denominação genérica de laringo-traqueal impede comparações. **Objetivo:** Apresentar uma classificação racional em relação ao local da estenose bem como os resultados obtidos com a divisão das Estenoses da Laringe e Traquéia em: Estenose da Laringe (EL), Estenose Laringotraqueal (ELT -estenose da laringe e traquéia em continuidade), Estenose da Laringe e da Traquéia (EL+T - estenose da laringe e estenose da traquéia, porém não contínuas) e Estenose da Traquéia (ET). **Métodos:** Foram realizadas 184 cirurgias em 179 pacientes, sendo 132 (73,7%) masculino e 47 (26,2%) feminino. A idade variou dos 5 aos 76 anos com média de 33,13 anos. Na EL foram 26 cirurgias em 24 pacientes (14,13%); ELT 42 cirurgias, sendo 8 (19,0%) cirurgia de Pearson, 6 (14,2%) Pearson + com colocação de molde de Montgomery, 4 (9,5%) cirurgia de Grillo e em 24 (57,1%) anastomose cricotraqueal; 12 cirurgias em 10 pacientes (06,52%) EL+T e 104 em 103 (56,52%) ET. **Resultados:** EL: 21(87,5%) decanulados ou excelente com complicações em 7 (29,16%), sendo recidiva 2 (8,33%), ET abaixo estoma 1 (4,16%), ET pelo molde 1 (4,16%), infecção da ferida 1 (4,16%), odinofagia 1 (4,16%), sinéquia laringe/epiglote 1 (4,16%). ELT:37 (88,1%) decanulados/ excelentes. Complicações em 16 (38,0%), sendo recidiva 4 (9,5%), pneumotórax 1 (2,38%), pneumonia 1 (2,38%), laringite 2 (4,76%), disfonia permanente (4,76%), lesão bilateral nervo laríngeo recorrente 1 (2,38%), paralisia prega vocal esquerda 1 (2,38%), disfagia 3 (7,14%), obstrução de molde 1 (2,38%). EL+T: 6 (66,6%)decanulados/excelente. Complicações em 9 (90%), sendo laringite 1 (10,0%), recidiva 2 (20,0%), aspiração maciça (molde transglótico) 3 (30,0%), obstrução do molde1 (10,0%), pneumonia 1 (10,0%), óbito 1 (10,0%). ET: 103 (100,0%) de resultado excelente e complicações em 15 (8,37%), sendo recidiva 1 (0,96%), paralisia da hemilaringe esquerda 1 (0,96%), edema de glote 1 (0,96%), edema das pregas vocais 1 (0,96%), infecção da ferida 2 (1,92%), sinéquia subglótica posterior 1 (0,96%), pneumotórax 1 (0,96%), sangramento 1(0,96%), insuficiência respiratória 1 (0,96%), infecção respiratória 2 (1,92%), atelectasia 1 (0,96%), sepsis 1(0,96%), óbito 1 (0,96%). **Conclusão:** A classificação proposta se justifica uma vez que os resultados bem como o índice de complicações são muito diferentes entre os grupos. A EL+T tem o pior resultado (66,6%) e mais complicações (90,0%) e a ET o melhor resultado (100,0%) e menos complicações (8,3%). A classificação proposta possibilitará comparações entre séries publicadas tornando possível a escolha da técnica a ser empregada.

A0035 CIRURGIA TORÁCICA - DISSECAÇÃO LINFONODAL MEDIASTINAL BILATERAL E CERVICAL (DLMBC) NO CARCINOMA DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (CPCNP). ESTUDO INICIAL.

MARIO CLAUDIO GHEFTER[1]; ROSEMARY FARIAS GHEFTER[2]; LUIS CARLOS LOSSO[3]; RODRIGO CAETANO SOUZA[4]; HASSAN AHMED YASSINE NETO[5]; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO[6].

1,4.HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3,5.HOSPITAL PROF. EDMUNDO VASCONCELOS, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 6.HOSPITAL SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DISSECÇÃO LINFONODAL; CARCINOMA DE PULMÃO; CIRURGIA

Introdução: Hoje se aceita como padrão a dissecação linfonodal sistemática (unilateral) como sendo o padrão áureo no estadiamento intraoperatório de doentes submetidos a qualquer tipo de ressecção pulmonar por CPCNP. Existem controvérsias quanto ao seu papel terapêutico. Pacientes submetidos a essa técnica apresentam sobrevida ao redor de N0%, N1%, N2% e N3%, respectivamente para doença linfonodal N0, N1, N2 e N3. Apesar da qualidade do estadiamento, alguns estudos sugerem que a DLMBC possa trazer vantagens, tanto do ponto de vista de estadiamento como de resultados em longo prazo. Surge assim uma primeira questão, referente à morbi-mortalidade perioperatória associada a essa técnica. **Objetivos:** Avaliar a morbi-mortalidade de um grupo de doentes submetidos à DLMBC, através de esternotomia, associada à cervicotomia ipsolateral ou bilateral, com ou sem toracotomia anterior. **Métodos:** São incluídos doentes com CPCNP diagnosticados, em estádio clínico IB, IIA, IIB, IIIA e IIIB, com indicação de tratamento cirúrgico, tendo ou não realizado terapia neoadjuvante (quimioterapia). Em todos os casos são dissecados os linfonodos mediastinais ipsolaterais e contralaterais através de esternotomia. Nas neoplasias de lobo superior direito, são rotineiramente dissecados os linfonodos supraclaviculares à direita, e caso a congelação mostre malignidade, a cervicotomia é estendida para o lado esquerdo para realização de dissecação linfonodal cervical contralateral. Nas neoplasias do pulmão esquerdo, uma cervicotomia em colar é realizada para se dissecar os linfonodos cervicais bilaterais. Nas neoplasias do lobo médio e do lobo inferior direito, essa abordagem não é utilizada, devido à preferência da drenagem linfática. **Resultados:** No período de agosto de 2006 a agosto de 2007, foram operados 11 doentes, sendo sete do sexo masculino, com idades variando entre 54 e 69 anos (média de 61 anos). O único tipo histológico presente nesta série foi o adenocarcinoma. Foram realizadas 3 lobectomias superior direita, 4 lobectomias superior esquerda, 2 lobectomias inferior esquerda, 1 pneumonectomia esquerda, 1 bilobectomia superior direita. Quanto ao estadiamento pré-operatório, encontramos quatro doentes IB, quatro IIB, dois IIIA e um IIIB. Dois doentes fizeram quimioterapia pré-operatória (um IIIA e um IIIB). Quanto ao estado linfonodal pós-operatório obtivemos seis doentes N0, três doentes N1 e dois N2. Encontramos doença linfonodal através de estudo imunohistoquímico em um linfonodo N2 (metástase em salto). Quanto às complicações pós-operatórias, um doente apresentou parada cardiocirculatória no POI, sendo prontamente reanimado e recuperado sem seqüelas. Uma doente (estádio IIIA, quimioterapia pré-operatória) apresentou acidente vascular cerebral isquêmico no oitavo dia de pós-operatório. O tempo mediano de permanência em UTI foi de 18 horas. Não houve mortalidade neste grupo de doentes. A dor foi tratada com analgesia controlada pelo doente, em cateter de peridural com opióides, com deambulação precoce em 10 doentes. **Conclusões:** Apesar de uma série inicial pequena, pudemos verificar que essa alternativa técnica tem efetividade, com baixo índice de complicações, sendo uma excelente alternativa, caso se opte por uma ressecção linfonodal mais ampla. O seu papel quanto ao impacto na sobrevida, merece estudo maior, prospectivo e randomizado.

AO036 CIRURGIA TORÁCICA - TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES BRÔNQUICAS APÓS TRANSPLANTE PULMONAR.

MARCOS NAOYUKI SAMANO; JADER JOEL MACHADO JUNQUEIRA; ALESSANDRO WASUM MARIANI; EDUARDO DE CAMPOS WEREBE; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE.

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE DE PULMÃO; COMPLICAÇÕES; BRÔNQUICAS

Introdução: As complicações brônquicas decorrentes da anastomose das vias aéreas no transplante pulmonar são importante causa de morbi-mortalidade neste grupo de pacientes. Ocorre em até 27% dos casos, sendo caracterizada por estenose, necrose e deiscência. O tratamento depende do tipo de complicação, mas a utilização de endopróteses tem sido difundida com bons resultados. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é relatar nossa experiência no tratamento destas complicações. Método: No período de 2000 a 2007 foram realizados 71 transplantes pulmonares no Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da FMUSP, dos quais 36 foram bilaterais. O total de anastomoses realizadas foi de 107, sendo 52 à direita e 55 à esquerda. Inicialmente a técnica adotada foi a telescopagem (14 transplantes unilaterais), mas a partir de outubro de 2003 adotamos a anastomose término-terminal. **Resultados:** Oito pacientes desenvolveram complicações brônquicas, dos quais dois tiveram-na bilateralmente.Houve quatro estenoses, três deiscências e três necroses brônquicas (índice de complicações: 9,4%). O tratamento das estenoses brônquicas foi realizado por meio do implante de endopróteses auto-expansíveis metálicas (3 anastomoses) e plásticas (1 anastomose). Das três deiscências brônquicas apresentadas, dois pacientes tiveram fístula bronco-pleural e empiema, enquanto que em uma paciente a deiscência teve resolução espontânea. Quanto as três necroses brônquicas observadas, um paciente evoluiu com fistulização à artéria pulmonar e hemoptise maciça. Outra paciente desenvolveu necrose bilateralmente com resolução espontânea. **Conclusões:** O índice de complicações obtido foi semelhante ao observado na literatura mundial. O tratamento das estenoses brônquicas utilizando-se endopróteses auto-espansíveis tem mostrado bons resultados. Quanto às deiscências e necroses brônquicas, embora fatais em alguns casos, podem apresentar resolução espontânea.

AO037 CIRURGIA TORÁCICA - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES COM DPOC GRAVE SUBMETIDOS À PNEUMOSTOMIA.

ROBERTO SAAD JUNIOR; VICENTE DORGAN NETO; ROBERTO GONÇALVES; MARCIO BOTTER; JORGE HENRIQUE RIVABEN; ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR; TIAGO FRIGINI; MAÍRA BENITO SCAPOLAN.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOSTOMIA; DPOC; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é hoje um dos maiores problemas de saúde pública brasileira; afeta cerca de 5,5 milhões de pessoas e chega a matar 39 mil ao ano. São duas as doenças que podem ser classificadas como DPOC: enfisema e bronquite crônica. O enfisema faz com que o paciente não consiga expirar adequadamente, levando a uma hiperinsuflação dos pulmões. O tratamento cirúrgico atualmente é indicado após o insucesso da terapia clínica, consistindo na redução volumétrica ou transplante pulmonar, ambos com altas taxas de morbimortalidade. No pulmão enfisematoso, a destruição dos septos alveolares e aumento da resistência da árvore brônquica redirecionam o ar para as vias colaterais. A pneumostomia em parede torácica anterior é uma técnica pioneira para o tratamento de doentes com DPOC grave com indicação de transplante de pulmão, mas que não suportariam tal procedimento. Ela consiste na drenagem do parênquima pulmonar enfisematoso para o ambiente externo por cirurgia minimamente invasiva, sem que seja necessária a remoção de tecido pulmonar. A cirurgia é realizada com anestesia local e com colocação de dreno, ainda em desenvolvimento, específico para esse fim. **Objetivo:** Analisar os escores de qualidade de vida aplicados a pacientes do nosso serviço submetidos à pneumostomia, no pré e pós-operatório. **Métodos:** O grupo incluído no estudo é formado pelos cinco primeiros pacientes submetidos a esse procedimento, com indicação de transplante pulmonar, realizados no Hospital Central da Santa Casa de São Paulo, a partir de 2006. Para a análise da qualidade de vida desses pacientes foram aplicados, em diferentes tempos, no pré e pós-operatório, três tipos de questionários: a versão brasileira do Short Form 36 (SF-36), o St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) e questionário sobre dificuldade de respiração do Medical Research Council (MRC). Foram aplicados tais questionários em um momento no pré-operatório e em dois momentos no pós-operatório (PO), sendo o primeiro deles de 30 a 120 dias de PO e o último de 310 a 377 dias de PO. **Resultados:** Quando comparados os exames do pré-operatório com os do pós-operatório, verificou-se que houve tendência de melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes em todos os aspectos abordados nos questionários. Discussão: O comportamento das variáveis analisadas pelos questionários não se altera muito de paciente para paciente, sugerindo relação direta da melhora da qualidade de vida ao tratamento pioneiro proposto. Devido ao pequeno tamanho da amostra, as conclusões têm um caráter indicativo, ou seja, descritivo. Porém, os resultados obtidos apontam fortemente para uma tendência de melhora nos pacientes submetidos ao tratamento. **Conclusão:** Os resultados sugerem que a técnica operatória proposta para o tratamento de doentes portadores de DPOC grave foi capaz de diminuir os sintomas debilitantes originários, tornando muito melhor a qualidade de vida dos pacientes.

AO038 CIRURGIA TORÁCICA - TRATAMIENTO QUIRURGICO DE METÁSTASIS TRAQUEOBRONQUIALES.

OSVALDO SALARIATO; CARLOS HORACIO SPECTOR.

INSTITUTO DE ONCOLOGIA ANGEL H ROFFO, CAPITAL FEDERAL, DF, ARGENTINA.

PALAVRAS-CHAVE: METASTASIS; ENDOBRONQUIALES; CIRUGIA

Introducción: Las metástasis traqueobronquiales (MTB) de tumores primarios no broncopulmonares se presentan con poca frecuencia en la clínica, aunque es mayor su hallazgo en necropsias. Aquéllas que son diagnosticadas en vida de los pacientes, suelen provocar síntomas y signos tales como tos, disnea, hemoptisis o síndrome bronconeumopático infeccioso, o bien se manifiestan por imágenes radiográficas de atelectasias u ocasionalmente mamelones que protruyen como radiolucencias en cualquiera de los segmentos de la vía aérea. Representan por lo general una etapa avanzada de la enfermedad, siendo muy pocos los casos en que no existen otros focos. Solamente en éstas contadas oportunidades podría programarse un tratamiento con propósitos radicales. De otra manera, la conducta es la que corresponde a un cáncer diseminado y cuando aparece cuadro oclusivo, hemorrágico o infeccioso debido a estenosis, merece entonces aplicarse recursos para desobstruir y luego mantener la vía aérea expedita. **Objetivos:** Establecer la importancia de la broncoscopia en la estadificación de pacientes con metástasis pulmonares (MP), descartar la presencia de MTB, y seleccionar casos que sean pasibles de resección quirúrgica curativa. **Método:** Entre Enero de 1986 y Diciembre de 2007 se asistieron en el Departamento de Cirugía Torácica del Instituto de Oncología Ángel H. Roffo 19399 pacientes y se efectuaron 2596 broncofibroscopias. De éste total fueron estudiados por presentar MP 1003 enfermos (5,17 % de los asistidos) y se hallaron en los estudios endoscópicos MTB a 46 pacientes (4,58 % del total de MP). Resultados: Se indicó cirugía en 14 casos. Uno rechazó la propuesta y a 13 se logró operar, realizando 3 exploraciones, 6 lobectomías, 2 segmentectomías y 2 neumonectomías. No hubo mortalidad operatoria. El resto de los pacientes recibió tratamientos sistémicos, radioterapia y/o terapéutica desobstructiva. Conclusiones: La broncoscopia en la estadificación de pacientes con MP es un procedimiento imprescindible debido a la posible coexistencia de MTB, y además porque se puede implementar un tratamiento paliativo desobstructivo que permita mejorar cuadros muy sintomáticos. De la correcta identificación de las lesiones intracanaliculares se pueden seleccionar algunos casos en los cuales la resección quirúrgica produzca curación y no solo una mera paliación.

AO039 CIRURGIA TORÁCICA - MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY.

PAULA ANTÔNIA UGALDE FIGUEROA[1]; BENNY WEKSLER[2]; JAMES LUKETICH[3].

1,3.UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER, PITTSBURGH, ESTADOS UNIDOS; 2.THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL, PHILADELPHIA, ESTADOS UNIDOS.

PALAVRAS-CHAVE: ESOPHAGECTOMY; ESOPHAGEAL CANCER; MINIMALLY INVASIVE

Minimally invasive esophagectomy is a difficult and demanding surgical procedure. This video demonstrate the procedure and its key and finer points.

A0040 CIRURGIA TORÁCICA - PERFURAÇÃO GÁSTRICA INTRATORÁCICA, COMO COMPLICAÇÃO TARDIA DE ESOFAGECTOMIA SUBTOTAL, EM GESTANTE.

MARCELO CUNHA FATURETO[1]; EDUARDO CREMA[2]; ELLEN CAROLINE ROSA RESENDE[3]; DANILO DEBS PROCOPIO SILVA[4]; RENATO COSTA SOUSA[5]; CROIDER FRANCO LACERDA[6].

1,2,3,4,5.UFTM - UBERABA - MG, UBERABA, MG, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESOFAGECTOMIA SUBTOTAL; PERFURAÇÃO GÀSTRICA INTRATORÀCICA TARDIA; MEGAESÔFAGO IDIOPÀTICO

Resumo: Perfuração gástrica intratorácica, como complicação tardia de esofagectomia subtotal, em gestante. Introdução: A esofagectomia subtotal por laparoscopia, com esofagogastroanastomose cervical, é um procedimento cirúrgico praticado rotineiramente no tratamento das formas avançadas de afecções benignas do esôfago. As complicações tardias, tais como: estase gástrica e úlceras gástricas são raras, e a perfuração gástrica ainda não tinha sido descrita na literatura. Palavra chave: Esofagectomia subtotal. Megaesôfago idiopático. Perfuração gástrica intratorácica tardia. Mediastinite. Empiema Pleural. **Objetivo:** Apresentar uma complicação raríssima de esofagectomia subtotal com esofagogastroanastomose, realizada no tratamento do megaesôfago idiopático avançado. **Método:** Avaliação de prontuário clínico **Resultados:** Trinta e um anos, gestante gemelar de 30 semanas com história de vômitos freqüentes havia uma semana. Apresentou hematêmese, dor torácica súbita e dispnéia, associado a um quadro séptico e abolição de murmúrio vesicular na base de hemitórax direito, com macicez à percussão. Havia sido submetida à esofagectomia subtotal e esofagogastroanastomose associado à piloroplastia, para o tratamento de megaesôfago idiopático avançado há quatro anos. O raio-x de tórax mostrou um derrame pleural de grande proporção à direita; o exame contrastado e a EDA demonstraram úlcera volumosa perfurada em corpo gástrico (intratorácico). Após a drenagem de tórax e cesariana de urgência, a paciente evoluiu com fístula gastropleural de alto débito prolongada. Evoluiu para empiema pleural direito multiseptado. Os exames endoscópicos e contrastados mostraram oclusão da fístula. Foi submetida à descorticação pulmonar, não sendo evidenciado local fistuloso. Evoluiu com supuração persistente pelo dreno e novamente com saída de secreção digestiva biliosa. Houve formação de empiema septado em base direita e persistência da fístula. Uma pleurostomia aberta foi realizada e identificamos uma fístula gástrica labiada de cerca de 2cm de diâmetro. Fizemos uma ráfia gástrica após invaginação da úlcera, com dupla sutura gástrica e colocamos um retalho de músculo paravertebral de cobertura. Não houve mais vazamento digestivo no PO e a paciente recebeu alta em boas condições locais e gerais com dieta livre, após 26 dias da sua internação, no sétimo PO desta ulcerorrafia torácica. Os recém-nascidos foram após 67 dias do nascimento, em boas condições clínicas. **Conclusão:** Relata-se uma complicação excepcional de esofagogastroplastia tardia, talvez como desencadeante pelo aumento da pressão intra-abdominal pela gestação gemelar na trigésima semana.

A0041 CIRURGIA TORÁCICA - PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO TRAQUEAL (TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO) OPERADO POR ACESSO TRANSPERICÁRDICO – RELATO DE CASO.

EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES; DANILO FELIX DAUD; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; VICENTE FORTE; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO.

UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUMORES TRAQUEAIS; PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO; ACESSO TRANSPERICÀRDICO

Introdução: Os tumores traqueais primários são pouco freqüentes, com incidência anual de 0,2 casos por 100.000 habitantes, por ano. Em adultos são, em sua maioria, malignos, com predominância do carcinoma espinocelular. No grupo dos tumores benignos, os subtipos mais encontrados são o papiloma escamoso e o condroma. **Relato de caso:** Os autores relatam o caso de um paciente de 33 anos, branco, agente de segurança, que foi encaminhado ao ambulatório de cirurgia torácica com queixa de dispnéia há 50 dias, progressiva, aos mínimos esforços no momento do atendimento, apesar do tratamento instituído com antibióticos, corticóides e broncodilatadores. O paciente relatava ainda um episódio de sufocamento em casa, com perda de consciência e necessidade de hospitalização. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, corado e hidratado, hemodinamicamente estável, com dispnéia ao repouso, tiragem intercostal e retração em fúrcula esternal, com cornagem. A oximetria digital era de 97% com cateter de O2 a 2L/min.A ausculta pulmonar, bem como todo o restante do exame físico, eram normais. A tomografia de tórax mostrou lesão pediculada no terço distal da traquéia, insinuando-se para o brônquio principal direito, com obstrução quase total do seu lúmen. Indicado tratamento cirúrgico com a proposta de ressecção da lesão e anastomose primária por acesso transpericárdico, via esternotomia parcial. A broncoscopia realizada intra-operatória mostrou lesão pediculada obstruindo 90% do lúmen traqueal, a 1 cm da carina, insinuando-se para o brônquio principal direito com obstrução completa de sua luz. A biópsia de congelação do fragmento obtido pela broncoscopia mostrou reação inflamatória aguda e crônica tipo corpo estranho. Realizada a traqueoplastia distal com ressecção de um anel traqueal e anastomose primária, com o restante do órgão com aspecto saudável. O paciente apresentou boa evolução no período pós-operatório, recebendo alta no 5º dia. O anatomopatológico final mostrou tratar-se de Pseudotumor Inflamatório também chamado de Tumor Miofibroblástico, que possui bom prognóstico. **Conclusão:** Concluímos que o acesso transpericárdico por esternotomia para ressecção de segmentos traqueais é factível e seguro, representando mais uma opção para o cirurgião torácico.

A0042 CIRURGIA TORÁCICA - MINIMALLY INVASIVE THYMECTOMY FOR THYMIC DISEASE.

PAULA ANTÔNIA UGALDE FIGUEROA[1]; BENNY WEKSLER[2]; JAMES LUKETICH[3].

1,3.UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER, PITTSBURGH, ESTADOS UNIDOS; 2.THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL, PHILADELPHIA, ESTADOS UNIDOS.

PALAVRAS-CHAVE: THYMUS; MINIMALLY INVASIVE; THYMECTOMY

Minimally invasive thymectomy is a procedure that allows a phrenic to phrenic dissection of the thymic tissue without a sternal split. In this video the authors discus the relevant techniques to a successful minimally invasive thymectomy.

A0043 CIRURGIA TORÁCICA - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS TARDIOS DA TÉCNICA CIRÚRGICA DE RAVITCH NA CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES TORÁCICAS DO TIPO PECTUS EXCAVATUM E PECTUS CARINATUM. (TESE DE MESTRADO).

DANIELA SANTANA MERKLE[1]; MILTON LUIZ YAEKASHI[2]; ROBERTO STORTE MATHEUS[3]; AURELINO FERNANDES SCHMIDT JR[4]; OLAVO RIBEIRO RODRIGUES[5].

1,2,3,4.UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES, MOGI DAS CRUZES, SE, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES-HCLPM,SPDM -SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA, MOGI DAS CRUZES, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DEFORMIDADES TORÀCICAS; PECTUS CIRURGIA; PECTUS-OSTEOCONDROPLASTIA

Introdução: A técnica de correção de deformidades torácicas proposta por Ravitch em 1949,é a mais empregada no Brasil.Entretanto,não há consenso quanto à melhor técnica. **Objetivos:** Estudar as características morfológicas e funcionais de 22 pacientes masculinos, com idades de 6 a 37 anos, (mediana = 17) operados pela osteocondroplastia de Ravitch. **Métodos:** Os pacientes foram operados de 1986 a 2005,sendo excavatum (n=10) e carinatum (n=12). Os fatores de exclusão foram pneumopatias,tabagismo e cirurgias em região toraco-abdominal. Os parâmetros antropométricos avaliados foram o grau de satisfação pelo questionário de Ktisis,a exposição do tórax operado em público e o tipo de cicatriz residual. Os parâmetros funcionais avaliados foram a mobilidade do tórax medida pela cirtometria e a espirometria. Foram utilizados para comparação, os índices de normalidade preditos para CVF, VEF1 e Cirtometria. Os pacientes foram distribuídos em grupos: quanto à idade em que foram operados (idade cirúrgica), quanto ao tempo de pós-operatório, e quanto à de deformidade. Para avaliar a possível influência da idade cirúrgica nos resultados, foram distribuídos em grupos A e B. No Grupo A,incluiu-se os pacientes com idade cirúrgica entre 4 e 13 anos (média=7,5 anos) e no Grupo B,os de idade cirúrgica entre 14 e 21 anos (média=16 anos).Com a finalidade de investigar eventuais alterações morfo-funcionais no pós-operatório,foram re-distribuídos em Grupo C,os com 6 a 20 meses de pós-operatório (média =11,4 meses)e em Grupo D os com tempo de observação po.de 26a256 meses (média=98,3 meses).Resultados: 45,5% declararam-se muito satisfeitos;45,5% satisfeitos,4,5% pouco satisfeitos e 4,5% insatisfeitos.Os parâmetros avaliados que tiveram maior impacto negativo foram as cicatrizes distróficas,presentes

em18,2%.Observou-se que 45% dos pacientes que se declararam muito satisfeitos e satisfeitos, ainda mantêm dificuldade de expor o tórax em público.Os resultados espirométricos no grupo A, demonstraram que nenhum dos pacientes operados quando criança conseguiu atingir os valores de normalidade preditos para a CVF e VEF1.Os resultados espirométricos no Grupo B demonstraram que 75% não alcançaram o valor predito de normalidade.No grupo de correção de excavatum, os 10 pacientes mantiveram CVF e VEF1 inferiores aos 100% do valor predito.Quando se comparou os resultados da cirtometria com os valores de espirometria, observou-se que esses valores se corroboraram mutuamente. **Conclusão:** Observou-se que os valores de CVF e VEF1 obtidos para todos os grupos analisados, mantiveram-se inferiores aos encontrados em indivíduos normais.Não pudemos afirmar que a redução da amplitude do movimento do tórax tenha sido causada pela técnica operatória porque não dispúnhamos dos valores da cirtometria e espirometria pré-operatórios.Sugerimos estudos do tipo caso-controle objetivando comparar evolutivamente as provas respiratórias e a cirtometria nos pectus que fossem e não fossem operados.

A0044 CIRURGIA TORÁCICA - TRAUMA DE VÍA AÉREA.

STELLA ISABEL MARTINEZ; ANDRES ZERRATE; JORGE ALBERTO CARRILLO; AURA LUCIA RIVERA.

HOSPITAL SANTA CLARA, BOGOTÁ, COLÔMBIA.

PALAVRAS-CHAVE: TRAUMA; VÍA AÉREA; RESULTADOS

Introducción: El trauma de la vía aérea aunque infrecuente representa un reto diagnóstico y terapéutico para las diferentes especialidades que lo enfrentan. **Objetivos:** Definir la incidencia y caracterizar los casos de trauma de vía aérea en nuestro hospital; y analizar los resultados del manejo. **Metodos:** Se revisa la estadística de trauma de nuestro hospital entre febrero de 2005 y junio de 2008. Se identifican los casos de lesión de la vía aérea principal (laringe, traquea, bronquios fuente, lobares y segmentarios), se revisan en forma retrospectiva las historias clínicas y las imágenes disponibles. **Resultados:** En un periodo de 41 meses se operaron 1593 traumas en los servicios de cirugía general y del tórax de los cuales 17 comprometían la vía aérea (1.06%), cifra que duplica la reportada en la literatura (0.5%). 12 casos (70.6%) fueron causados por trauma penetrante y 2 casos (11.8%) por traumatismo cerrado. El trauma más frecuente, 9 casos, fue por arma cortopunzante (ACP) a nivel cervical (52.9%). El sitio más frecuente, 10 casos, fue la traquea cervical (58.8%). Hubo una lesión iatrogénica por broncoscopia rígida, un caso por ingesta de cuerpo extraño y uno por ingesta de cáusticos. El trauma cerrado afecto principalmente la vía aérea intratorácica, con lesiones más complejas que se diagnosticaron tardíamente. 4 casos (23.5%) tuvieron lesión de esófago asociada. Las lesiones cervicales fueron intervenidas sin broncoscopia preoperatoria, las lesiones intratorácicas y las ocasionadas por trauma cerrado fueron valoradas con broncoscopia, esofagograma y tomografía computarizada. Todas las lesiones requirieron tratamiento quirúrgico, en ningún caso se requirió traqueostomía. Las lesiones por ACP se manejaron con sutura primaria con buen resultado funcional; las lesiones por arma de fuego (AF) necesitaron resección y reconstrucción. Los 4 casos que se asociaron a lesión de esófago, se manejaron con desfuncionalización con nutrición enteral, además de cierre primario en dos casos, resección y anastomosis termino-terminal en un caso y drenaje del mediastino en otro. No hubo estenosis postoperatoria de la vía aérea. La morbilidad, un caso (5.9%), requirió reintervención. La mortalidad fue de 2 casos (11.8%), una por mediastinitis por trauma masivo traqueo-esofágico por ingesta de cáusticos y el otro por arritmias en el postoperatorio tardío. **Conclusión:** Las lesiones por ACP son principalmente cervicales, tienen buen pronóstico con cierre primario y no requieren traqueostomía. Las lesiones por AF son infrecuentes y se manejan con resección y anastomosis, deben evitarse desbridamientos parciales y resecciones en cuña que puedan dejar suturas a tensión. El trauma cerrado afecta principalmente la vía aérea intratorácica, su diagnóstico y manejo aunque más complejos suelen tener buenos resultados en manos experimentadas. La técnica quirúrgica debe respetar los principios de la cirugía traqueal. Es común el trauma esofágico asociado.

A0045 CIRURGIA TORÁCICA - POTENCIAL DE CICATRIZAÇÃO ESPONTÂNEA DO DIAFRAGMA. HISTÓRIA NATURAL DAS FERIDAS PÉRFURO-CORTANTES DIAFRAGMÁTICAS. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS.

ROBERTO GONÇALVES; ROBERTO SAAD JUNIOR; MARCIO BOTTER; JACQUELINE ARANTES GIANNINI PERLINGEIRO; JORGE HENRIQUE RIVABEN; NATHALIA VIEIRA.

DISCIPLINA DE CIRURGIA DO TORAX DA FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HERNIA DIAFRAGMATICA; CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS; DIAFRAGMA/LESÕES

Introdução: Lesões traumáticas diafragmáticas despercebidas podem evoluir com hérnias diafragmáticas e com possíveis complicações com alto índice de mortalidade. Algoritmos sobre investigação diagnóstica e terapêutica são amplamente discutidos, carecendo, contudo de maiores estudos sobre a história natural deste tipo de lesão. Ainda existe uma lacuna sobre este tema que poderia responder perguntas como: por que nem todos pacientes com ferimentos de risco para lesão diafragmática (zona de transição tóracoabdominal) não possuem hérnia diafragmática? **Objetivos:** Este trabalho teve como meta estudar a evolução natural de lesões experimentais, péfuro-cortantes acometendo 30% da superfície diafragmática esquerda. **Métodos:** O cálculo da extensão de 30% e a padronização da lesão foram previamente realizados por computação gráfica. Foram então analisados 40 ratos, submetidos à laparotomia mediana, com exposição do hemidiafragma esquerdo, lesão produzida por lâmina de bisturi número 11 do centro tendíneo à borda de inserção diafragmática na linha axilar média (décima costela). A seguir procedeu-se a síntese da parede abdominal e após 21 dias sacrificaram-se os animais para estudo necroscópico. Foram ainda aferidas as freqüências respiratórias e curvas ponderais nos períodos pré-operatório, sétimo, décimo - quarto e vigésimo - primeiro pós operatórios. **Resultados:** Dos 40 ratos, 65% evoluíram com hérnia diafragmática com cólon, intestino delgado, lóbo hepático esquerdo, estômago e baço como órgãos mais freqüentemente herniados, 22,5% evoluíram com lesão diafragmática persistente, porém sem herniação dos órgãos abdominais para o tórax e 12,5% evoluíram com cicatrização total do diafragma. A histopatologia mostrou proliferação de fibroblastos com deposição de colágeno nos diafragmas cicatrizados, e processo inflamatório com predomínio monocelular associado à fibrose nos diafragmas em que persistia a brecha diafragmática, porém não havia herniação.Pela aferição e confecção de curva ponderal e freqüência respiratória no pré-operatório e a cada sete dias até o término do experimento, observou-se perda ponderal e aumento da freqüência respiratória, nos animais que apresentavam hérnia diafragmática e nos que apresentavam lesão porém sem hérnia, fato que não ocorreu como os ratos que apresentaram cicatrização espontânea. **Conclusão:** Conclui-se neste trabalho, que em ferida experimental pérfuro-cortante acometendo 30% do diafragma esquerdo, predominaram as hérnias diafragmáticas como história natural evolutiva. Porém foi constatado que apesar do tamanho destas lesões, a cicatrização total espontânea diafragmática foi possível, e que a perda ponderal e aumento da freqüência respiratória estão associados à hérnia diafragmática.

A0046 CIRURGIA TORÁCICA - TIMECTOMIA ESTENDIDA POR CTVA NO CONTROLE DA MIASTENIA GRAVIS - ANÁLISE DOS RESULTADOS.

EDUARDO HARUO SAITO[1]; RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES[2]; CLÁUDIO HIGA[3]; MÁXIMO DIAS JÚNIOR[4]; MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO[5]; KÁTIA DA SILVA ABRUNHOSA FROUFE[6]; HERON TEIXEIRA ANDRADE DOS SANTOS[7]; LUIZ CARLOS AGUIAR VAZ[8].

1.UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8.UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TIMECTOMIA; CTVA; MAISTENIA GRAVIS

Introdução: A relação entre a miastenia e o timo é evidente e o tratamento atual desta condição inclui a timectomia. Várias técnicas são empregadas para a ressecção do timo. **Objetivos:** Analisar retrospectivamante pacientes mistênicos submetidos a timectomia estendida por cirurgia torácica vídeo-assistida (CTVA), seguindo a classificação clínica-cirúrgica e de resposta pós-operatória da Fundação Americana de Miastênia Gravis. **Métodos:** Trinta e um pacientes miastênicos foram submetidos a timectomia estendida (ressecção do timo e do tecido e gordura peritímicos) por CTVA. Destes, 22 pacientes foram classificados clinicamente, cirurgicamente e avaliados a resposta pós-operatória seguindo a orientação da Fundação Americana de Miastênia Gravis. **Resultados:** Dos 22

pacientes avaliados, 20 (91%) eram do sexo feminino, com idade variando de 18 a 51 anos. Vinte foram classificadospré-operatoriamente como IIIb (91%), um paciente como IIa (4,5%) e um paciente como IVb (4,5%). O seguimento médio foi de 54 meses. Sem mortalidade operatória, 2 (9%) necessitaram de suporte ventilatório no pós-operatório. Foi observado 2(9%) complicações menores (1paciente teve taquicardia sinusal e 1disfonia) e 2 (9%) maiores (2 lesões vasculares, somente um necessitou esternotomia). A análise histopatológica nos 31 pacientes revelou: timo ectópico em 7(23%), 6 na GPE e 1 na GPE, GPD e na região cervical (sem fragmentação). Os resultados pós a timectomia foram analisados pela curva de sobrevida de Kaplan-Meier, sendo que em 4 (18%) a remissão foi completa e em 18 (82%) haviam manifestações mínimas - MM1=2(9%), MM2=3(23%) e MM3=11(50%) **Conclusão:** A timectomia estendida por CTVA ofereceu bom controle da miastenia gravis, com achado de tecido ectópico em alguns pacientes.

A0047 CIRURGIA TORÁCICA - EL CÁNCER DEL PULMÓN EN EL MEDIO PÚBLICO Y PRIVADO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES".

HUGO ESTEVA; EDUARDO BENIGNO ARRIBALZAGA; ALEJANDRO TOMAS NEWTON; CARLOS ALBERTO CEJAS; TOMÁS GUSTAVO NÚÑEZ; TAMARA PORTAS; JOSE LUIS ALSINET.

HOSPITAL DE CLÍNICAS, CAPITAL FEDERAL, ARGENTINA.

PALAVRAS-CHAVE: CANCER DEL PULMÓN; MEDIO PUBLICO; MEDIO PRIVADO

Introducción: El cáncer del pulmón representa una de las principales causas de muerte por cáncer Tratándose de una patología relevante el acceso al tratamiento, sus características y resultados deberían ser similares en la asistencia pública y en la privada, pero la realidad en la práctica diaria es diferente. **Objetivos:** comparar los resultados de los pacientes operados por cáncer del pulmón en la práctica pública y privada Lugar: Hospital de Clínicas José de San Martín. Instituto Argentino del Diagnóstico y Tratamiento, Sanatorio Agote, Buenos Aires, República Argentina Diseño: análisis retrospectivo. **Material y Método:** Se analizaron las historias clínicas de los pacientes operados por cáncer del pulmón entre los años 1994 y 2007 en el Hospital de Clínicas y en la práctica privada de uno de los autores (HE). Resultados: en la práctica hospitalaria pública se operaron 230 pacientes (159 hombres, 71 mujeres). El promedio de edad fue de 65 años (19-85). El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma (41.7%), seguido por el carcinoma epidermoide (34.4%). Se realizaron 120 lobectomías, 86 neumonectomías, 15 bilobectomías y otro tipo de resecciones en 9 casos. 34 pacientes se encontraban en estadio Ia, 70 en el Ib, 12 en estadio IIa y 60 en IIb, 37 en estadio IIIa, 13 en IIIb y 4 en estadio IV. En total hubo 50 complicaciones (21%), las más frecuentes fueron: neumonía (9), sangrado (7), empiema (6), insuficiencia respiratoria (4) y falla de expansión (4). La mortalidad fue del 13%. En la práctica privada se operaron 50 pacientes (36 hombres, 14 mujeres). El promedio de edad fue 61 años (36-80). Los tipos histológicos más frecuentes fueron el adenocarcinoma en el 56% y el epidermoide en el 22%. El tipo de resección realizada fue: lobectomía en 37 oportunidades, neumonectomía en 7, bilobectomía en 4 y resección atípica en 2. 14 pacientes se encontraban en estadio Ia, 11 en el Ib, 2 en estadio IIa, 10 en estadio IIb, 11 en el IIIa y 2 en estadio IV. Hubo 6 complicaciones (12%): 3 empiemas y 3 edemas pulmonares no cardiogénicos. La mortalidad fue del 2%. **Conclusiones:** No se encontraron diferencias entre edad, sexo y tipo histológico. En la práctica privada el 28% de los pacientes se encontraban en estadio Ia mientras que en la práctica pública sólo el 14%. Hubo una importante diferencia en lo que respecta a morbilidad y mortalidad.

A0048 CIRURGIA TORÁCICA - UTILIZACIÓN DE UN SOLO DRENAJE POSTLOBECTOMÍA O BILOBECTOMÍA EN LA CIRUGÍA DE LOS PROCESOS TUMORALES PULMONARES.

JUAN TORRES; MARIA JOSE ROCA; DIANA NAVAS; PATRICIA MARTINEZ; ANDRES ARROYO; MARIA MAESTRE; BEATRIZ ABELLAN; ARANCHA GARCIA.

H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA.

PALAVRAS-CHAVE: CANCER DE PULMON; LOBECTOMIA PULMONAR; DRENAJE TORACICO

Introducción: La inadecuada reexpansión postquirúrgica, es una de las causas más importantes de morbilidad tras la cirugía de resección pulmonar. Por ello, el método tradicional de drenaje pleural consiste en la colocación de dos tubos torácicos en posición apical y basal, antes del cierre de la toracotomía. **Objetivos:** Tras comprobar la seguridad del uso de un solo tubo postoperatorio frente al clásico de dos en las lobectomías o bilobectomías pulmonares en términos de resultados y complicaciones en el postoperatorio inmediato, analizamos los resultados, en una serie consecutiva de 100 pacientes utilizando sistemáticamente un solo drenaje. **Material y Método:** Inicialmente se seleccionaron dos grupos de pacientes a los que se les dejó uno o dos tubos postoperatorios en un estudio randomizado que no mostró diferencias significativas en término de resultados postoperatorios. Entre 1 de Enero del 2006 y el 15 de Marzo del 2007 en el Servicio de Cirugía Torácica del H. Universitario Virgen de La Arrixaca de Murcia (España), se realizaron 100 lobectomías o bilobectomías por procesos tumorales primarios o secundarios, de manera continuada, dejándose un solo drenaje, (Durante este periodo solo a tres pacientes se les dejó dos, por decisión del cirujano).la edad media fue de 62,76 años, siendo 86 hombres . En todos los casos se realizó toracotomía postero-lateral con preservación de Serrato utilizando sutura mécanica para arteria, vena bronquio y cisuras, el drenaje utilizado fue uno clásico de Argyle© 28 CH multiperforado manualmente en quirófano. Se analizaron antecedentes de comorbilidad, quimioterapia previa, días de estancia postoperatoria, días de drenaje pleural, la presencia y tipo de complicaciones, tipo de cirugía, causa etiológica,y estadificación en los casos de cáncer. Resultados: 41tenían EPOC, que en el 61% era moderada o grave.13 habían llevado quimioterapia neoadjuvante. 92 presentaron un cáncer broncogénico y 18 metástasis pulmonares. La lobectomía superior (62 %) fue el procedimiento más utilizado, 4 fueron bilobectomías y en tres casos se realizó resección amplia de pared torácica. La estancia postoperatoria media fue de 5,35 días (2-19). La tasa de complicaciones postoperatorias del 27 % siendo la fuga aérea persistente por más de siete días (13 pac.) la más frecuente, solo dos, presentaron cámaras apicales residuales, resueltas con drenaje torácico.1 paciente falleció por problemas postoperatorios. **Conclusión:** El uso de un solo drenaje postoperatorio es seguro, no presentando más tasa de complicaciones ni incremento de la estancia postoperatoria comparándolo con las estadísticas mundiales publicadas.

A0049 CIRURGIA TORÁCICA - LOBECTOMIA PULMONAR MINIMAMENTE INVASIVA POR VIDEOPLEUROSCOPIA: EXPERIÊNCIA DE 16 ANOS.

LUIS CARLOS LOSSO[1]; MARIO CLAUDIO GHEFTER[2]; HASSAN AHMED YASSINE NETO[3]; JOÃO PAULO OLIVEIRA MEDICI[4]; RODRIGO CAETANO SOUZA[5].

1,3,4.HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,5. HOSPITAL SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VIDEOCIRURGIA; MINIMANTE INVASIVA; CIRURGIA

Introdução: Inúmeras séries publicadas na literatura médica têm sugerido que a Lobectomia Pulmonar Minimamente Invasiva realizada por videopleuroscopia, é procedimento tecnicamente possível, seguro, com vantagens cosméticas, impacto na redução da internação, mais rápida recuperação funcional, bem como resultados oncológicos comparáveis aos alcançados por toracotomia; não são, entretanto, realizadas de rotina na imensa maioria dos centros especializados. Este estudo apresenta a experiência acumulada em 16 anos de utilização do acesso operatório. **Método:** Os resultados de 156 lobectomias pulmonares minimamente invasivas, realizadas por videopleuroscopia no período de Abril de 1994 a Julho de 2008, por um grupo de cirurgiões torácicos atuando em diferentes instituições hospitalares foram revisados. O local de ressecção, a doença, a ocorrência de acidentes intraoperatórios, a taxa de ampliação para toracotomia, o tempo de drenagem pleural, as complicações a duração da internação e a mortalidade foram analisados. **Resultados:** Foram realizadas 156 lobectomias pulmonares minimamente invasivas em doentes do sexo masculino 92 (58,3%) e feminino 64 (41,7%). A média de idade foi de 61,4 anos (limites 5 e 78). As operações realizadas foram 28 (17,9%) no LSD, 20 (12,8%) no LM, 38 (24,3%) no LID, 27 (17,3%) no LSE e 43 (27,7%) no LIE. Nesse estudo não foram analisadas ressecções segmentares anatômicas. Em 95 (60,9%) casos as doenças foram benignas e em 61 (39,1%) foram malignas. Doenças benignas encontradas foram 44 (46,3%) bronquiectasias, 12 (12,6%) seqüestrações pulmonares, 11 (11,5%) cistos broncogênicos, 10 (10,5%) enfisemas bolhosos 10 (10,5%) hamartomas, 5 (4,3%) pneumonias necrotizantes e 5 (4,3%) lesões sequelares. Doenças malignas foram representadas por carcinoma de pulmão de células não-pequenas em estádio inicial e lesão menor de dois centímetros em 55 (88,0%) doentes, carcinóide típico em 5 (8,2%) e metástases pulmonares isoladas em 6 (9,8%). Em 18 (11,5%) doentes houve necessidade de ampliação para toracotomia; ocorreram 2 (1,3) acidentes intraoperatórios, 23 (14,7%) doentes tiveram as complicações menores, a duração de internação foi de 4,7

dias (limites 2 e 14) e tempo de drenagem pleural foi de 4,6 dias (limites 2 e 14). A mortalidade operatória foi de 1 (0,6%). **Conclusões:** Lobectomias pulmonares por videopleuroscopia são procedimentos possíveis de realizar, seguros, com taxas baixas de morbimortalidade e devem ser recomendadas em função dos beneficios bem estabelecidos que proporciona.

AO050 **CIRURGIA TORÁCICA - ROLE OF ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND-GUIDED TRANSBRONCHIAL NEEDLE ASPIRATION (EBUS-TBNA) IN THE STAGING OF LUNG CANCER PATIENTS.**

PAULA ANTÔNIA UGALDE FIGUEROA[1]; BENNY WEKSLER[2]; GHULAM ABBAS[3]; GILBERT SEBASTIEN[4]; JAMES LUKETICH[5]; BLAIR JOBE[6].
1,3,5,6.UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER, PITTSBURGH, ESTADOS UNIDOS; 2.THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL, PHILADELPHIA, ESTADOS UNIDOS; 4.UNIVESITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER, PITTSBURGH, ESTADOS UNIDOS.

PALAVRAS-CHAVE: ENDOBRONQUIAL ULTRASOUND; LUNG CANCER; EBUS

Introduction: Endobronchial ultrasound is emerging as an innovative tool in the diagnosis and staging lung cancer. It not only has broadened the view of the bronchoscopist with acquisition of images beyond the lumen of the tracheobronchial tree but also allows real-time imaging during mediastinal lymph node biopsies for lung cancer staging. OBJECTIVE: To investigate the sensitivity, specificity and accuracy of EBUS-TBNA for mediastinal staging in lung cancer patients. **Methods:** A single-center retrospective review was performed of all patients with lung cancer and mediastinal lymphadenopathy that underwent EBUS-TBNA between July 2006 and May 2008. Mediastinal biopsy specimens were taken using a linear EBUS and a 22-gauge cytology needle with on-site cytopathological support. The EBUS-TBNA results were labeled diagnostic if they were either positive or negative. Mediastinoscopy, mediastinal lymph node sampling or dissection were considered acceptable reference pathologic tests to validate an EBUS cytology result. The number of eluded surgical procedures was evaluated. **Results:** Sixty-five patients, 43 males and 22 females were included. Indication for EBUS-TBNA was mediastinal staging in all patients. The average number of TBNA stations per patient was 1.6. Thirteen patients had inadequate sampling; of this 3 were proven positive mediastinal metastasis after reference procedures. Twenty-seven patients had negative EBUS-TBNA however after further procedures 2 had positive mediastinal disease. The prevalence of lymph node metastasis in this series was 38% (25/65). Sensitivity, specificity and negative predictive value of EBUS-TBNA in the staging of mediastinal lymphadenopathy were 92.6, 100 and 92%. **Conclusions:** Given the reported benefits of potentially decreasing cost, increasing diagnostic yield and no complications, EBUS-TBNA should be preferred over mediastinoscopy as the first step procedure in the staging of the mediastinum in lung cancer patients. In case of negative EBUS, further surgical staging procedure should be undertaken

AO051 **CIRURGIA TORÁCICA - TORACOPLASTIAS EN EL SIGLO XXI?**

CÉSAR AUGUSTO ANGULO.
CAJA NACIONAL DE SALUD, COCHABAMBA, BOLÍVIA.

PALAVRAS-CHAVE: HEMOPTISIS; INCOHERCIBLE; TORACOPALSTIA

Introducción: La toracoplastia, fue un procedimiento quirúrgico de gran apoyo terapéutico, en diversas patologías respiratorias y torácicas, pero con el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y los antibióticos más efectivos, en especial de control de la tuberculosis, estas técnicas fueron quedando en desuso. En la Caja Nacional de Salud, desde enero de 1995 a junio de 2008, realizamos la Toracoplastia en 16 pacientes, de los que 11 (68,7%), fuero por hemoptisis incoercible, de los lóbulos superiores, con lesiones bilaterales difusas, que además tenían en la espirometría su CVF por debajo de 35% de lo esperado y 5 fueron por cavidades residuales postoperatorias con fístula broncopleural o sin fístula, pero que en todas se realizó la pleurostomia tipo Eloesser. La evolución postoperatoria fue favorable en todos los casos. **Objetivos:** Demostrar que la toracoplastia es útil en el manejo de pacientes con hemoptisis no controlables en forma médica y que no tienen condiciones para una resección pulmonar. **Diseño:** Estudio retrospectivo, de casos atendidos desde enero 1995 a junio 2008, con toracoplastia, desde la 2ª a la 4ª o 5ª costillas, por hemoptisis de lóbulo superior derecho en 8 casos, hemoptisis de lóbulo superior izquierdo en 3 y una paciente por lesión cavitaria en lóbulo superior izquierdo. Se realizó también resección de 4º, 5º y6º arcos costales, en los pacientes con pleurostomia tipo Eloesser, por cavidad residual, uno con fístula y dos sin fístula broncopleural. En todos los casos la evolución fue satisfactoria. **Resultados:** De los 16 pacientes, once fueron por hemoptisis incoercible, sin condiciones de resección pulmonar, en quienes se logró controlar la hemoptisis y sobrevivieron por más de diez años. En cinco pacientes que habían sido sometidos a pleurostomia, por cavidad residual y empiema, de los que uno además tenía fístula broncopleural, en quien se intentó primero otros medios de cierre de la fístula, pero con resultados negativos, entonces se realizó la toracoplastia para cierre de la pleurostomia y obliteración de la fistula, lo que se consiguió y en el resto fue por al intentar cerrar la pleurostomia, no alcanzaba el tejido para cerrar la cavidad, entonces se resecaron las costillas adyacentes, con resultados también favorables. **Conclusiones:** 1. La toracoplastia superior en los casos de hemoptisis y CVF muy baja, sirve como tratamiento y sin alterar mayormente su CVF. 2. la toracoplastia en las pleurostomias, sirve para preservar el parénquima pulmonar que queda u oblitera la cavidad

AO052 **DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO - APNÉIA DO SONO EM OBESOS MÓRBIDOS. OS CANDIDATOS À GASTROPLASTIA REDUTORA FORMAM UM GRUPO À PARTE?**

RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE; FLAVIO JOSE MAGALHAES DA SILVEIRA; ANAMELIA COSTA FARIA; JOSE CARLOS BIAGINI JR.
SLEEP - LABORATÓRIO DE ESTUDO DOS DISTÚRBIOS DO SONO - CENTRO MÉDICO BARRASHOPPING, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: OBESIDADE; GASTROPLASTIA REDUTORA; APNÉIA DO SONO

Introdução: a síndrome de apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono (SAOS) é comum em pacientes com obesidade grau III (índice de massa corporal [IMC] ≥ 40,0 Kg/m2). **Objetivos:** comparar as características clínicas e polissonográficas de obesos mórbidos (grau III) encaminhados para realização de polissonografia (PSG) com suspeita de SAOS ou em candidatos à gastroplastia redutora (GR). **Métodos:** análise prospectiva de uma coorte de indivíduos adultos e obesos mórbidos (IMC ≥ 40,0 Kg/m2) referenciados a um laboratório de sono, no Rio de Janeiro, para realização de PSG (equipamento Embla®) no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Os pacientes foram divididos em 2 grupos conforme a indicação da PSG: obesos candidatos à GR (grupo GR) e obesos com suspeita clínica de SAOS (grupo NGR). As variáveis analisadas foram: gênero, idade, IMC, circunferência do pescoço (CP), escala de sonolência de Epworth (ESE), índice de apnéia/hipopnéia [IAH] (≥ 10 vs. < 10/h) e saturação mínima de oxigênio (SatmO2). A análise estatística foi pelos testes Mann-Whitney e ANOVA. A correlação entre as diversas variáveis foi feita com o coeficiente de correlação de Spearman (rs). A PSG foi utilizada para o diagnóstico de SAOS e foi utilizado o ponto de corte do IAH = 10/h. Foi considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$. **Resultados:** 283 pacientes (51,2% mulheres) foram estudados (média de idade = 39,9 ± 12,5 anos). Destes, 173 pacientes (61,1%) foram alocados no grupo GR e 110 pacientes (38,9%) no grupo NGR. Nos 283 pacientes estudados, as médias do IMC, CP e ESE foram, respectivamente: 45,1 ± 5,4 Kg/m2; 44,1 ± 5,0 cm e 9,8 ± 5,3. As médias do IAH e da SatmO2 foram, respectivamente: 41,3 ± 35,2/h e 79,7 ± 11,3%. O IMC não se correlacionou de forma estatisticamente significativa com o IAH (rs = 0,067; p = 0,263), porém houve correlação estatisticamente significativa da CP, da idade e da ESE com o IAH (respectivamente, rs = 0,507; rs = 0,354; rs = 0,321; todos com $p < 0,001$). O IAH foi correlacionado negativamente com a SatmO2 (rs = -0,625; $p < 0,001$). A freqüência de SAOS no grupo NGR foi 91,8% (101/110) e no grupo GR foi 71,7% (124/173). Nos 2 grupos, houve diferença estatisticamente significativa nas seguintes variáveis: idade, IMC, ESE, CP, IAH e SatmO2. O grupo GR teve em relação ao grupo NGR menor idade (35,8 ± 10,5 vs. 46,4 ± 12,7 anos), maior IMC (46,0 ± 6,0 vs. 43,7± 3,9 Kg/m2), menor CP (43,0 ± 4,7 vs. 45,9 ± 5,1 cm), menor ESE (8,6 ± 4,7 vs. 11,8 ± 5,7), menor IAH (32,2 ± 34,1 vs. 55,7 ± 32,0/h) e maior SatmO2 (82,4 ± 10,0 vs. 75,5 ± 12,0%); todos com $p < 0,001$. Não houve diferença estatisticamente significativa nos 2 grupos em relação a latência para o sono (min), latência para o sono REM (min) e eficiência do sono (%). **Conclusão:** nos obesos mórbidos, a freqüência de SAOS é elevada (grupo NGR = 91,8% e grupo GR = 71,7%). O grupo GR teve em relação ao outro grupo menor idade, maior IMC, menor CP, menor ESE, menor IAH e maior SatmO2.

AO053 DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO - FREQÜÊNCIA DA SÍNDROME DE APNÉIA/HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES OBESOS (GRAUS I, II E III) ENCAMINHADOS PARA REALIZAÇÃO DE POLISSONOGRAFIA NOTURNA.

RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE; FLAVIO JOSE MAGALHAES DA SILVEIRA; ANAMELIA COSTA FARIA; JOSE CARLOS BIAGINI JR.
SLEEP - LABORATÓRIO DE ESTUDO DOS DISTÚRBIOS DO SONO - CENTRO MÉDICO BARRASHOPPING, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: OBESIDADE; POLISSONOGRAFIA; APNÉIA DO SONO

Introdução: a síndrome de apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono (SAOS) é comum em pacientes obesos (índice de massa corporal [IMC] ≥ 30 Kg/m2) submetidos à polissonografia (PSG) noturna. Objetivos: determinar a freqüência de SAOS em pacientes obesos submetidos à PSG noturna. **Métodos:** análise prospectiva de uma coorte de indivíduos adultos e obesos (IMC ≥ 30 Kg/m2) referenciados a um laboratório de sono, no Rio de Janeiro, para realização de PSG (equipamento Embla®) no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. As variáveis analisadas foram: gênero, idade, IMC, circunferência do pescoço (CP), escala de sonolência de Epworth (ESE), índice de apnéia/hipopnéia [IAH] (≥ 10 vs. < 10/h) e saturação mínima de oxigênio (SatmO2). A análise estatística foi obtida com os testes Mann-Whitney e ANOVA. A correlação entre o IMC, o IAH e a SatmO2 foi feita com o coeficiente de correlação de Spearman (rs). A PSG foi utilizada para o diagnóstico de SAOS e foi utilizado o ponto de corte do IAH = 10/h. Foi considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$. **Resultados:** 1498 pacientes (65,8% homens) foram estudados (média de idade = 45,7 ± 13,4 anos). Destes, 833 pacientes (55,6%) tinham obesidade grau I (IMC de 30,0 a 34,9 Kg/m2), 382 (25,5%) tinham obesidade grau II (IMC de 35,0 a 39,9 Kg/m2) e 283 (18,9%) tinham obesidade grau III ou mórbida (IMC ≥ 40,0 Kg/m2). Nos 1498 pacientes estudados, as médias do IMC, CP e ESE foram, respectivamente: 35,8 ± 5,7 Kg/m2; 42,5 ± 4,2 cm e 10,6 ± 5,3. Na PSG, as médias da latência para o sono, da latência para o sono REM, da eficiência do sono e do índice de microdespertares foram, respectivamente: 35,1 ± 38,4 min.; 147,2 ± 80,4 min.; 79,0 ± 14,8% e 38,2 ± 27,8/h. Os estádios do sono foram divididos da seguinte forma: estádio I = 5,5 ± 4,6%, estádio II = 67,8 ± 13,0%, estádio delta = 10,5 ± 9,8% e estádio REM = 16,1 ± 8,3%. As médias do IAH e da SatmO2 foram, respectivamente: 37,8 ± 29,4/h e 80,3 ± 10,2%. Dos pacientes com obesidade grau I a freqüência de SAOS foi de 82,2% (685/833), na obesidade grau II foi de 80,1% (306/382) e na obesidade grau III foi de 79,5% (225/283). As médias do IAH nos pacientes com obesidade graus I, II e III foram, respectivamente: 36,2 ± 26,4; 38,9 ± 30,8 e 41,3 ± 35,2/h. O IMC não se correlacionou de forma estatisticamente significativa com o IAH (rs = 0,033; p = 0,201), porém houve correlação estatisticamente significativa com a SatmO2 (rs = -0,073; p = 0,006) e com a CP (rs = 0,187; p < 0,001). O IAH foi correlacionado negativamente com a SatmO2 (rs = -0,606; p < 0,001) e positivamente com a CP (rs = 0,429; p < 0,001). Conclusão: em pacientes obesos, a freqüência de SAOS, definida por PSG com IAH ≥ 10/h, é elevada com valores em torno de 80%, mesmo para pacientes com obesidade graus I, II ou III.

AO054 DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO - AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA COM UTILIZAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL EM PORTADORES DE DESPERTAR RELACIONADO A ESFORÇO RESPIRATÓRIO.

PEDRO NERY FERREIRA JR; PAULO TAVARES; MARILE GUIOT TAVARES; CESAR AUGUSTO MELO E SILVA; NEILA ANDERS AIDAR; RODRIGO CUNHA CANTO NERY FERREIRA.
UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO; SÍNDROME DE APNÉIA DO SONO POR RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES/DIAGNÓSTICO/FISIOPATOLOGIA/TRATAMENTO; POLISSONOGRAFIA

Introdução: O esforço respiratório relacionado ao despertar (RERAs) é uma nova entidade clínica com relato de inúmeras co-morbidades associadas. Existem poucos estudos de prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) nos portadores do quadro1. A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) é importante ferramenta diagnóstica e de tratamento da HAS2. **Objetivo:** Avaliar a pressão arterial (PA) com medidas de consultório e da MAPA nas 24 horas em portadores de RERAs sem relato prévio de HAS. **Métodos:** Estudo observacional descritivo. Polissonografias realizadas em aparelho icelera (past poli 26i), durante noite inteira no Hospital Universitário de Brasília, com dispositivo de cânula-transdutor para diagnóstico de RERAs. MAPA realizada com monitor SpaceLabs – 90207 – 8Q, instalado pela manhã e retirado após 24 h. Os exames tecnicamente validados, com no mínimo 16 medidas válidas no período da vigília e 8 no sono, seguindo normas da IV diretriz para uso da MAPA da Sociedade Brasileira de Cardiologia2. **Resultados:** Amostra com 21 indivíduos, sendo 12 homens (57%) e nove mulheres (43%), idade média de 36,8 ± 7,29 anos (20-49 anos) e IMC médio de 24,3 Kg/m2. Variáveis da MAPA encontravam-se alteradas em doze indivíduos (57%), desses, seis (28,5%) com valores também elevados na medida do consultório. Fato relevante, presença de hipertensão mascarada em oito (38%). **Conclusão:** Os portadores de RERAs tem uma prevalência elevada de HAS detectada em medidas de consultório e por meio da MAPA, sendo relevante a presença de hipertensão mascarada. Referências bibliográficas: 1. Bao G, Guilleminault C. Upper airway resistance syndrome--one decade later. Curr Opin Pulm Med. 2004 Nov;10(6):461-7. 2. IV Diretriz para uso da monitorização ambulatolatorial da pressão arterial da pressão arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2005 Julho 2005;Volume 85, Suplemento II, Julho(Suplemento II):1-18.

AO055 DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO - VALIDAÇÃO E UTILIDADE DO ESCORE CLÍNICO ACHAR EM PACIENTES COM SÍNDROME DE APNÉIA/HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO MODERADA E SEVERA.

RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE; FLAVIO JOSE MAGALHAES DA SILVEIRA; ANAMELIA COSTA FARIA; JOSE CARLOS BIAGINI JR.
SLEEP - LABORATÓRIO DE ESTUDO DOS DISTÚRBIOS DO SONO - CENTRO MÉDICO BARRASHOPPING, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ACHAR; POLISSONOGRAFIA; APNÉIA DO SONO

Introdução: a polissonografia (PSG) é o teste padrão-ouro para diagnóstico de síndrome de apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono (SAOS), mas é um exame de custo elevado e torna-se útil a obtenção de critérios clínicos para estimar a probabilidade de SAOS. **Objetivos:** determinar se o escore clínico ACHaR (baseado no SACS – Sleep Apnea Clinical Score – Am J Respir Crit Care Med 1994) tem boa correlação com o diagnóstico de SAOS moderada e severa baseado no índice de apnéia/hipopnéia (IAH) obtido por PSG e avaliar sua validação em nossa população. **Métodos:** análise prospectiva de uma coorte de indivíduos adultos referenciados a um laboratório de sono, no Rio de Janeiro, para realização de PSG (equipamento Embla®), no período de julho a dezembro de 2007. As variáveis analisadas foram: gênero, idade, índice de massa corporal (IMC), circunferência do pescoço (CP), escala de sonolência de Epworth (ESE), ACHaR, IAH e saturação mínima de oxigênio (SatmO2). O critério ACHaR possui 4 itens: apnéia/engasgos presenciados, CP, hipertensão arterial e ronco; com pontuação variando de 0 a 110. A PSG foi considerada teste padrão-ouro, sendo utilizado, para o diagnóstico de SAOS moderada e severa, um IAH ≥ 15/h. A análise estatística foi feita pelo teste Mann-Whitney. A correlação entre o ACHaR, o IAH e a SatmO2 foi feita pelo coeficiente de correlação de Spearman (rs). Foram calculados a sensibilidade (S), a especificidade (E), o valor preditivo positivo (VPP), o valor preditivo negativo (VPN) e a acurácia (A) do ACHaR vs. diagnóstico de SAOS moderada e severa, além da curva ROC (receiver operator characteristic curve) com a área sob a curva (AUC) e o intervalo de confiança a 95% (IC95%) para comparar as diversas variáveis. **Resultados:** 149 pacientes (74,7% homens) foram estudados (média de idade = 50,3 ± 13,3 anos). Destes, 98 pacientes (65,8%) tiveram IAH ≥ 15/h. As médias do IMC, CP e ESE foram, respectivamente: 29,5 ± 5,4 Kg/m2; 40,8 ± 4,1 cm e 10,7 ± 5,4. As médias do ACHaR, do IAH e da SatmO2 foram, respectivamente: 19,4 ± 20,3; 32,7 ± 27,8/h e 81,8 ± 8,7%. O ACHaR foi correlacionado com o IAH e com a SatmO2 (respectivamente: rs = 0,427; rs = -0,470; ambos com $p < 0,001$). O IAH foi correlacionado com a SatmO2 (rs = -0,638; $p < 0,001$). Na curva ROC, as variáveis clínicas (ACHaR, CP, IMC e ESE) foram preditores independentes de IAH ≥ 15/h, porém o melhor preditor foi o ACHaR (AUC = 0,728; IC95% = 0,639-0,816), seguido do IMC (AUC = 0,718; IC95% = 0,630-0,806), da CP (AUC = 0,704; IC95% = 0,620-0,788) e da ESE (AUC = 0,631; IC95% = 0,533-0,729). O melhor ponto de corte (discriminatório) do ACHaR para estimar SAOS moderada e severa foi 9. Esse ponto de corte teve S = 78,6%, E = 62,7%, VPP = 80,2%, VPN = 39,6% e A = 73,2%. **Conclusão:** apesar de as variáveis clínicas serem bons preditores para o diagnóstico de SAOS moderada e severa, o ACHaR é melhor do que as variáveis isoladas. Seu melhor ponto de corte foi 9, obtendo acurácia de 73,2%.

A0056 DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO - QUAL O MELHOR PREDITOR CLÍNICO DO ÍNDICE DE APNÉIA/HIPOPNÉIA OBTIDO POR POLISSONOGRAFIA NOTURNA? ANÁLISE DE 4368 EXAMES.

RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE; FLAVIO JOSE MAGALHAES DA SILVEIRA; ANAMELIA COSTA FARIA; JOSE CARLOS BIAGINI JR.

SLEEP - LABORATÓRIO DE ESTUDO DOS DISTÚRBIOS DO SONO - CENTRO MÉDICO BARRASHOPPING, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PREDITOR CLÍNICO; POLISSONOGRAFIA; APNÉIA DO SONO

Introdução: idade, gênero, circunferência do pescoço (CP), índice de massa corporal (IMC) e escala de sonolência de Epworth (ESE) são parâmetros usados para prever o índice de apnéia-hipopnéia (IAH) e a saturação mínima de oxigênio (SatmO2). **Objetivos:** determinar a correlação de variáveis clínicas (idade, gênero, CP, IMC e ESE) com o IAH e com a SatmO2 obtidos por polissonografia (PSG) noturna, além de encontrar os preditores clínicos independentes da síndrome de apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono (SAOS) moderada a grave (IAH ≥ 15/h). **Métodos:** análise prospectiva de uma coorte de indivíduos adultos referenciados a um laboratório de sono, no Rio de Janeiro, para realização de PSG (equipamento Embla®) no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. As variáveis analisadas foram: gênero, idade (≥ 45 vs. < 45 anos), IMC (≥ 30 vs. < 30 Kg/m2), CP (≥ 40 vs. < 40 cm), ESE (≥ 10 vs. < 10), IAH (≥ 15 vs. < 15/h) e SatmO2. A análise estatística foi obtida com os testes Mann-Whitney, ANOVA e por regressão logística multivariada com o cálculo do odds ratio ajustado (ORa) e o intervalo de confiança a 95% (IC95%). A correlação entre a CP, o IMC, a idade e a ESE com o IAH foi feita com o coeficiente de correlação de Spearman (rs). Estas variáveis foram comparadas com o IAH (ponto de corte = 15 eventos/h) pela curva ROC (receiver operator characteristic curve) e com o cálculo da área sob a curva (AUC). Foi considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$. **Resultados:** 4368 pacientes (64,2% homens) foram estudados (média de idade = 45,3 ± 14,7 anos). As médias do IMC, CP e ESE foram, respectivamente: 29,0 ± 6,4 Kg/m2; 39,6 ± 4,5 cm e 9,9 ± 5,2. Na PSG, as médias da latência para o sono, da latência para o sono REM e da eficiência do sono foram, respectivamente: 35,9 ± 38,3 min.; 141,3 ± 77,8 min. e 79,1 ± 14,7%. As médias do IAH e da SatmO2 foram, respectivamente: 27,1 ± 24,6/h e 84,4 ± 9,0%. As médias do IAH e da CP foram estatisticamente maiores nos homens (vs. mulheres): 32,2 ± 25,6/h vs. 17,9 ± 19,7/h ($p < 0,001$) e 41,6 ± 3,6 cm. vs. 35,9 ± 3,6 cm ($p < 0,001$). A CP, o IMC, a idade e a ESE foram correlacionados positivamente com o IAH (respectivamente: rs = 0,478; rs = 0,375; rs = 0,297; rs = 0,187; todos com $p < 0,001$). O IAH foi correlacionado negativamente com a SatmO2 (rs = -0,630; $p < 0,001$). Na análise multivariada, a CP ≥ 40 cm (ORa = 3.50; IC95% = 3,03-4,05), a idade (ORa = 2,80; IC95% = 2,44-3,22), o IMC ≥ 30 Kg/m2 (ORa = 1,73; IC95% = 1,48-2,02), a ESE ≥ 10 (ORa = 1,35; IC95% = 1,17-1,55), foram preditores independentes para IAH ≥ 15/h. Na curva ROC, o melhor preditor para IAH ≥ 15/h foi a CP (AUC = 0,726; IC95% = 0710-0741), seguido do IMC (AUC = 0,673; IC95% = 0,656-0,691). **Conclusão:** na análise de diversas variáveis clínicas para predizer IAH ≥ 15/h obtido por PSG, a CP, o IMC, a idade e a ESE foram preditores independentes, porém destes o melhor preditor, seja por análise multivariada seja pela curva ROC, foi a CP.

A0057 DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO - ACHADOS POLISSONOGRÁFICOS E PREDITORES DE DESSATURAÇÃO DURANTE O SONO EM PACIENTES ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA.

CHRISTIANO PERIN[1]; SIMONE CHAVES FAGONDES[2]; FERNANDA CANO CASAROTTO[3]; ALESSANDRA NAIMAIER BERTOLAZI[4]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[5]; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[6].

1,2.HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,4,5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SONO; FIBROSE CISTICA ; DESSATURAÇAO NOTURNA

Introdução: Pacientes com Fibrose Cística (FC) comumente apresentam pronunciadas alterações em vias aéreas inferiores, obstrução crônica de vias aéreas superiores, tosse noturna e uso de múltiplas medicações. Desta maneira, estão predispostos a apresentar diminuição da qualidade do sono e distúrbios respiratórios durante o sono. Contudo, estudos sobre o assunto são escassos na literatura. **Objetivos:** Avaliar a arquitetura e os distúrbios respiratórios do sono em pacientes adultos com FC e correlacionar esses dados com informações clínicas, funcionais e ecocardiográficas. Métodos: Foram avaliados, prospectivamente, 35 pacientes adultos com FC e 20 pacientes hígidos controlados por idade, sexo e variáveis antropométricas. Todos os indivíduos foram submetidos a uma polissonografia de noite inteira e preencheram questionários de qualidade de sono: Escala de sonolência de Epworth (ESE) e Questionário de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI). Também, os pacientes com FC realizaram avaliação clínica e nutricional, função pulmonar, teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) e ecocardiografia, cujos dados foram correlacionados com os achados polissonográficos. **Resultados:** Os pacientes com FC apresentaram idade média de 24,4 ± 7,5 anos e VEF1 médio de 53,8 ± 21,3% do previsto. Latência para início do sono, latência para sono REM, eficiência do sono e percentual de estágios do sono não diferiram significativamente entre os grupos. Contudo, pacientes com FC apresentaram maior índice de microdespertares durante o sono (11,0 vs.7,6 /hora de sono; $p<0,05$) e maiores escores na ESE (7,8 vs. 5,5; $p<0,05$) e no PSQI (4,8 vs. 2,0; $p=0,001$) em relação aos controles. O índice de apnéia-hipopnéia (IAH) foi semelhante entre pacientes com FC e controles (0,31 vs 0,5 eventos/hora; $p>0,05$). Apenas um paciente com FC apresentou critério polissonográfico para Apnéia Obstrutiva do Sono. Dessaturação significativa da oxihemoglobina durante o sono foi muito mais comum nos pacientes com FC em relação aos controles (37,1% vs. 0%; $p<0,001$). A SpO2 noturna média (91,7% vs. 96%) e a SpO2 mínima durante o sono (85,9% vs. 92,4%) foram significativamente menores no grupo com FC. Escore clínico de Shwachman-Kulczycki, VEF1, SpO2 em vigília e a velocidade do jato de regurgitação tricúspide foram as variáveis que se correlacionaram significativamente ($p<0,05$) com a dessaturação durante o sono. A análise de regressão linear múltipla, método stepwise, identificou a SpO2 em vigília como a variável que melhor discriminaria pacientes com FC com probabilidade de dessaturação durante o sono. **Conclusões:** Pacientes com FC apresentam diminuição da qualidade do sono a despeito de uma arquitetura do sono pouco alterada. A dessaturação durante o sono é comum nos pacientes adultos com FC e não está associada a eventos obstrutivos durante o sono. A SpO2 em vigília foi a melhor variável preditora de dessaturação durante o sono.

A0058 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR - A RELAÇão Alfa-1-GLOBULINA/ALBUMINA COMO FERRAMENTA DE SCREENING PARA DETECÇÃO DE ALTERAÇÃO NA DIFUSÃO DE MONÓXIDO DE CARBONO EM PACIENTES COM DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO.

ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ SANTANA; MARILIA NIEDERMAYER FAGUNDES; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO; DANIEL DE MELO MENDES; BRUNO GUEDES BALDI; JOAO MARCOS SALGE; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS CARVALHO.

HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO; DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR; DIFUSÃO DE MONÓXIDO DE CARBONO

Introdução: O acometimento pulmonar é um importante problema no manuseio da doença mista do tecido conjuntivo (DMTC). Objetivos: Correlacionar com os dados da prova de função pulmonar completa, os dados de exames laboratoriais dos pacientes com DMTC acompanhados na FMUSP. **Métodos:** Avaliamos todos os pacientes com DMTC no ano de 2000, sendo incluídos aqueles em remissão de doença, e sem história de tabagismo. Os pacientes foram submetidos à prova de função pulmonar completa e a exames laboratoriais (eletroforese de proteínas séricas, glicose, creatinina, TGO, TGP, Hemograma completo). A análise estatística foi realizada no GraphPad Prism 5. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética. **Resultados:** Foram incluídos neste trabalho 41 pacientes, sendo apenas um do sexo masculino. A idade média foi 42,48 ± 11,24 anos. A difusão de monóxido de carbono corrigida pela hemoglobina (DLCO) correlacionou-se positivamente com albumina (r:0,501), e negativamente com alfa-1-globulina (r:-0,279), gama-globulina (r:-0,455), alfa-1-globulina/albumina (r:-0,461) e gama-globulina/albumina (r:-0,488). Já a capacidade vital forçada (CVF) correlaciomou-se positivamente com albumina (r:0,360), e negativamente com clearance de creatinina (r:-0,306), alfa-1-globulina (r:-0,379) e alfa-1-globulina/albumina (r:-0,508). Além disso, a capacidade pulmonar total (CPT) correlacionou-se positivamente com albumina (r:0,379), e negativamente com clearance de creatinina (r:-0,296), alfa-1-globulina (r:-0,379) e alfa-1-globulina/albumina (r:-0,492). Por último, a curva ROC entre DLCO e alfa-1-globulina/albumina teve uma área de 0,8012 (p:0,001); e considerando um cut-off de alfa-1-globulina/albumina maior que 0,05577, obteve-se uma sensibilidade de 94,44% e uma especificidade de 68,42% para detectar uma DLCO alterada (DLCO corrigida pela hemoglobina <80% do predito). **Conclusão:** A relação alfa-1-globulina/albumina pode

servir como ferramenta de screening para detecção de alteração na difusão de monóxido de carbono em pacientes com DMTC, especialmente em nosso meio, onde o acesso à prova de função pulmonar completa é mais difícil em comparação aos países desenvolvidos.

AO059 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR - CAUSAS E ABORDAGEM DIAGNÓSTICA EM 410 CASOS DE DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL - EXPERIÊNCIA DE UMA CLÍNICA PRIVADA.

CARLOS ALBERTO PEREIRA; ESTER MARTINS COLETTA.
UNIFESP.HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE PULMONAR; SARCOIDOSE; PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE

Introdução: Poucos dados são disponíveis a respeito da freqüência relativa das doenças intersticiais pulmonares (DPIs). O objetivo do estudo foi avaliar a freqüência dos diagnósticos em uma clínica privada, e os métodos diagnósticos empregados. Métodos-410 pacientes consecutivos foram avaliados retrospectivamente. Os diagnósticos anátomo-patológicos foram confirmados por revisão especializada em casos duvidosos. **Resultados:** A x idade foi de 59±15 anos. 216 casos eram do sexo masculino. Os diagnósticos finais mais freqüentes foram: fibrose pulmonar idiopática (FPI) 98 (23,9%); pneumonite de hipersensibilidade (PH) 52 (12,7%); sarcoidose 45 (11%); colagenoses 35 (8,5%); bronquiolites diversas 25 (6,1%); Lesão pulmonar por drogas 17 (4,1%); pneumonia em organização (PO) 16 (3,9%); vasculites 14 (3,4%). 26 casos (6,3%) não tiveram diagnóstico estabelecido. 25/98 (26%) casos de FIP foram confirmados por biópsia cirúrgica; 82,5% eram do sexo masculino. 18 tinham achados de enfisema na TCAR. 74% tinham TCAR típica. Na PH o diagnóstico foi feito por biópsia cirúrgica em 27 (51%), havendo achados típicos na biópsia em 16 (30%); por biópsia transbrônquica (BTB) em 8 (15%) e LBA típico em 5. Na sarcoidose o diagnóstico foi feito por BTB em 12 (27%), biópsia pulmonar cirúrgica em 6 (13%) e de locais diversos em 19 (42%), incluindo mediastinoscopia. Biópsias foram realizadas em 253 dos 410 casos (62%), sendo 146 cirúrgicas. BTB foi feita em 89, e contribuiu para o diagnóstico em 46. A diferença do rendimento da BTB se associou com o padrão tomográfico (x2 =18,6, p=0,017). A BTB teve maior rendimento nos pacientes com padrão na TC de consolidação/vidro-fosco (35% do total) e no padrão nodular (34% do total). A BTB teve maior valor diagnóstico na sarcoidose, PH, lesões por drogas e na pneumonia em organização. Padrões na TC: Infiltrado reticular com faveolamento foi visto em 116 casos - FPI em 63%; PH em 10%; colagenoses em 7% e outros. Infiltrado reticular sem faveolamento em 48-FPI em 23%; colagenoses, FBC, aspiração e PH (aproximadamente 10% cada). Padrão de consolidação/vidro fosco em 64-PO em 25%; drogas em 19%; PH em 9% e diversos. Sarcoidose e FPI resultaram em padrão em vidro fosco em apenas um paciente cada. **Conclusão:** FPI, PH e sarcoidose são as causas mais comuns de DPIs. A FPI é a doença intersticial fibrosante mais freqüente (52%). O diagnóstico final exige algum tipo de biópsia em aproximadamente 50% dos casos. A BTB é mais útil no padrão de consolidação/vidro fosco e no padrão tomográfico nodular e neste, especialmente na sarcoidose.

AO060 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR - USO DE MICOFENOLATO (DISSÓDICO OU MOFETIL) COMO AGENTE IMUNOSSUPRESSOR ALTERNATIVO NA GRANULOMATOSE DE WEGENER.

MARCELO JORGE DE SOUZA LEAO ANDRADE; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS; TELMA ANTUNES; FELIPE COSTA DE ANDRADE MARINHO; MAURÍCIO LEVY-NETO; SERVULO AZEVEDO DIAS JÚNIOR; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO.
HOSPITAL DAS CLINICAS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: WEGENER; MICOFENOLATO; IMUNOSSUPRESSÃO

Introdução: A Granulomatose de Wegener consiste em vasculite necrosante granulomatosa com acometimento pulmonar em até 85% dos casos. O tratamento convencional baseado em corticosteróides e ciclofosfamida é geralmente eficaz com taxas de remissão de até 90% em 1 ano. Nos casos refratários e/ou com contra-indicação à ciclofosfamida, alguns agentes imunossupressores têm sido alternativamente utilizados com taxas de sucesso variáveis. Nos últimos anos, o micofenolato (mofetil ou dissódico), um inibidor da enzima inosina monofosfato desidrogenase, com eficácia comprovada no transplante de órgãos sólidos, tem sido utilizado com alguma taxa de sucesso como agente imunossupressor alternativo no tratamento da Granulomatose de Wegener. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é avaliar o desempenho e toxicidade do micofenolato como agente imunosupressor alternativo em pacientes com Granulomatose de Wegener que apresentaram refratariedade clínica e/ou toxicidade/intolerância à ciclofosfamida. **Métodos:** Foram analisados, retrospectivamente, os resultados da utilização do micofenolato em pacientes com diagnóstico de Granulomatose de Wegener com acometimento pulmonar, de janeiro de 1998 a maio de 2008, em acompanhamento no ambulatório do Grupo de Vasculites Pulmonares da Disciplina de Pneumologia do Hospital das Clínicas/SP (HCFMUSP). A avaliação dos resultados foi realizada através da revisão de prontuários e baseada na análise dos parâmetros clínicos, radiológicos e laboratoriais marcadores de atividade da doença. **Resultados:** Foram identificados sete pacientes com idade média de 58 anos, sendo três do sexo masculino. O uso da ciclofosfamida foi interrompido por refratariedade clínica em dois casos e por toxicidade em cinco casos (hematúria sem dismorfismo ertitrocitário em dois casos e linfopenia em três casos). Foram utilizados o micofenolato mofetil na dose de 2g/dia ou micofenolato dissódico na dose de 1440mg/dia, por um período médio de 17 meses (com duração de uso variando de 1 a 33 meses). Durante o período analisado, nenhum paciente apresentou evidência clínica, radiológica ou laboratorial de reativação da doença, mantendo-se todos com adequada remissão. Não foi observado a presença de efeito colateral, toxicidade e/ou intolerância de relevância clínica no presente estudo. **Conclusão:** O micofenolato (dissódico ou mofetil) teve efeito imunomodulador com bons resultados clínicos sem o surgimento de efeitos colaterais significativos, controlando de forma adequada as manifestações graves da Granulomatose de Wegener nos sete pacientes envolvidos neste estudo.

AO061 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR - A SÍNDROME DA APNEIA HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO É UMA ASSOCIAÇÃO COMUM COM A FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA.

ANTONIO MONTEIRO CHIBANTE[1]; FLAVIO JOSE MAGALHAES DA SILVEIRA[2]; BERNARDO HENRIQUE MARANHÃO[3]; ANAMELIA COSTA FARIA[4]; RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE[5]; RAPHAEL ZENATTI[6]; JOSE CARLOS BIAGINI JR.[7]; RICARDO MARQUES DIAS[8].
1,2,3,6,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4,5,7.SLEEP - LABORATORIO DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA; SINDROME DA APNEIA DO SONO; SINDROME METABÓLICA

Introdução: A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) é uma doença progressiva, de causa desconhecida , de mau prognóstico e refratária aos tratamentos atuais. Refluxo gastro-esofágico (RGE), sonolência diurna excessiva (SDE), stress oxidativo (SO) e síndrome metabólica (SM) são situações constatadas tanto na FPI como na Síndrome da Apneia Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS). A coincidência destes fatores nos levou a pesquisar uma possível concomitância entre estas duas entidades. **Objetivos:** Tentar identificar através de polissonografia noturna a existência de SAHOS em portadores de FPI. **Método:** Vinte e três (23) portadores de FPI, diagnosticada conforme os critérios classificatórios da ATS/ETS, provenientes do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle e do Centro de Investigações Pneumológicas-RJ, foram submetidos, num estudo transversal, a polissonografia noturna num laboratório de excelência de estudo do sono (Sleep-RJ) com a finalidade de se confirmar a possível concomitância de SAHOS neste tipo de pacientes e os resultados foram confrontados com 20 portadores de SAHOS sem FPI com graus classificatórios de IAH semelhantes. Tendo em vista que a distribuição das variáveis foi normal (KS > 0,10), foi utilizado o teste t de Student para amostras não pareadas. Resultados: Dos 23 portadores de FPI 21 (91,3%), apresentaram SAHOS (Índices de Apneia Hipopneia/hora (IAH/h) superiores a 5 eventos) sendo 7 (33,3%) forma leve (de 5 a 14 episódios); 9 (42,8%) forma moderada (de 15 a 29 episódios) e 5 (23,8%) forma severa (mais de 30 episódios). Dos apnéicos não fibróticos 6 (30%) apresentavam a forma leve, 9 (45%) forma moderada e 5 (25%) forma severa. Os Índices de Massa Corporal (IMC) oscilaram de 18,9 a 37,0 em 20 fibróticos e de 23,0 a 40,0 em igual número de apnéicos não fibróticos. Houve diferença significativa no IMC entre apnéicos fibróticos e não fibróticos (25,24 e 29,6, respectivamente) com p=0,002. Com relação aos IAHs não houve diferença significativa (21,61 e 26,64 , respectivamente) sendo p=0,794. **Conclusões:** FPI e SAHOS configuram uma associação aparentemente freqüente podendo estar envolvidas com mecanismos fisiopatológicos comuns. Portadores de FPI apnéicos parecem apresentar IMCs significativamente inferiores aos dos apneicos não fibróticos. Por outro lado os IAHs entre eles não parecem apresentar diferenças significativas. Este é o primeiro estudo

nacional envolvendo a associação de FPI com SAHOS e que deve ser ampliado com casuística maior para melhores considerações sobre estas entidades.

AO062 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR - FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA simultânea a enfisema em pacientes tabagistas. .

DENISE ROSSATO SILVA[1]; MARCELO BASSO GAZZANA[2]; MARLI MARIA KNORST[3]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[4].

1,4.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL; HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ENFISEMA; FIBROSE PULMONAR; TABAGISMO

Objetivo: Descrever os achados± clínicos e funcionais de pacientes com a combinação de enfisema em lobos pulmonares superiores e fibrose pulmonar idiopática (FPI) em lobos inferiores, recentemente descrita na literatura médica. **Métodos:** Um grupo de 11 pacientes com a presença simultânea de enfisema e FPI foi identificado retrospectivamente. Todos os pacientes realizaram tomografia computadorizada de tórax com alta resolução e provas de função pulmonar. **Resultados:** Entre os 11 pacientes identificados, havia oito homens e três mulheres, com média de idade de 70,7 ± 7,2 anos (variação 61-86 anos). Todos os pacientes eram tabagistas (média de 61,5 ± 43,5 maços-ano). A capacidade vital forçada (CVF), o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e a relação VEF1/CVF foram 72,1 ± 12,7%, 68,2 ± 11,9% e 74,4 ± 10,8, respectivamente. Os volumes pulmonares foram normais em sete pacientes. Padrão restritivo foi observado em três pacientes e hiperinsuflação estava presente em um caso. A capacidade de difusão pulmonar apresentou redução moderada a grave em todos os pacientes (média 27,7 ± 12,9% do previsto). No teste da caminhada de 6 minutos, realizado em dez pacientes, a distância caminhada foi de 358,4 ± 143,1 m, ocorrendo dessaturação >= 4% em nove pacientes. Achados ecocardiográficos sugestivos de hipertensão pulmonar estavam presentes em quatro pacientes (média da pressão sistólica estimada da artéria pulmonar de 61,8 mmHg; variação 36-84 mmHg). **Conclusões:** A presença simultânea de enfisema e FPI causa alterações características nas provas de função pulmonar. O achado mais importante é a discrepância entre a capacidade de difusão e a espirometria.

AO063 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DA SARCOIDOSE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.

ALEX AMARANTE COSTA[1]; ROGÉRIO RUFINO[2]; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA[3]; PEDRO PERINEI[4]; MATEUS MONTEIRO BETTENCOURT[5]; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA[6]; VINICIUS DE LEMOS SILVA[7]; PAULO ROBERTO CHAUVET[8].

1,2,3,4,5,6,8.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA FCM/UERJ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 7.DISCIPLINA DE CLÍNICA MÉDICA FCM/UERJ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSE; ASPECTO DEMOGRÁFICO; DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

Introdução: No Brasil, a sarcoidose é dita acometer 10 pessoas para cada 100.000 habitantes, mas ainda nenhum estudo epidemiológico conseguiu estimar a sua real prevalência, isto se deve ao caráter silencioso da doença e à multiplicidade de especialidades envolvidas no seu atendimento, o que dificulta este cálculo. Outro aspecto antropológico peculiar é a importante miscigenação brasileira, que diferente de outros países com miscigenações menores, faz com que este aspecto não tenha relevância. **Objetivo:** Caracterizar os aspectos epidemiológicos de pacientes com sarcoidose tratados há pelo menos 2 anos no ambulatório de Doenças Intersticiais do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). **Métodos:** No período de junho de 2007 a maio de 2008, foram selecionados 58 pacientes, dentre 67, com diagnóstico de sarcoidose confirmado pela histopatologia, métodos laboratoriais e de imagem no ambulatório de Doenças Intersticiais da Disciplina de Pneumologia e Tisiologia do HUPE. Todos os pacientes já eram atendidos e tinham exames de prova de função respiratória, radiografia de tórax, tomografia computadorizada de alta resolução e múltiplos exames laboratoriais. Os dados epidemiológicos e as manifestações clínicas no primeiro atendimento da doença foi revista, bem como, o tratamento realizado com corticosteróides (CO). A sarcoidose pulmonar foi classificada em estágios de acordo com os achados radiográficos. Considerou-se respondedor ao tratamento preconizado, o desaparecimento dos sintomas e da descontinuidade do uso de CO. Resultados A população avaliada foi de 77,5% não-caucasiana e 18,9% caucasianos. Pacientes do sexo feminino foi a maioria (65,5%) e 39%, menores de 40 anos. A doença pulmonar em estágio I e II foi a apresentação mais freqüente (82,7%). A dispnéia foi o sintoma mais prevalente (70%) seguido pela tosse (25,8%). O envolvimento extratorácico foi observado em 28% dos casos, sendo a sarcoidose cutânea a manifestação mais comum. Quatorze pacientes têm histórico de tabagismo, sendo 5 desses pacientes com persistência dos sintomas respiratórios (dispnéia). Quinze pacientes (25%) mantinham-se em uso do CO: estágio I -2, estágio II – 6 e estágio III – 7. Vinte pacientes estão hipertensos (34%), 10 diabéticos (17%), 5 com distúrbios oculares (catarata e glaucoma) e 4 nefrolitíases. **Conclusões:** Apesar do tratamento, 25% dos pacientes mantiveram-se com sintomas respiratórios impedindo a suspensão dos CO. Isto aconteceu na população com alterações radiográficas parenquimatosas (estágio II e III) na fase de apresentação da doença.

AO064 DOENÇA PULMONAR AVANÇADA - LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE PULMONAR NO ESTADO DE SÃO PAULO: CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES E PREDITORES DE MORTALIDADE.

PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FRANCISCO COSTA DA SILVA JUNIOR; JOSÉ EDUARDO AFONSO JÚNIOR; MARLOVA LUZZI CARAMORI; MARCOS NAOYUKI SAMANO; FÁBIO BISCEGLI JATENE.

INCOR - INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE DE PULMÃO/ESTATÍSTICAS & DADOS NUMÉRICOS.; LISTAS DE ESPERA; ANÀLISE DE SOBREVIDA

Introdução: Atualmente, a alocação de pulmões aos candidatos a transplante pulmonar (TxP) no Brasil baseia-se no tempo de espera em lista, grupo sangüíneo e dados antropométricos. Apesar da necessidade de se avaliar a eqüidade e a efetividade do atual sistema de alocação de pulmões doados no Brasil, pouco se conhece acerca do perfil dos pacientes que adentram a lista de espera e os preditores de mortalidade em lista. **Objetivos:** (1) Estabelecer o perfil clínico-demográfico dos candidatos a receptor de TxP inscritos por nossa instituição, sabendo que ela é responsável por 75,8% das inscrições no Estado de São Paulo (SP), e (2) Identificar fatores preditores de mortalidade em lista. **Métodos:** Analisamos os prontuários de uma coorte retrospectiva de 164 pacientes inscritos na lista para o TxP por nosso serviço, de 2001 até 8 de junho de 2008. Coletamos variáveis demográficas, clínicas e de exames auxiliares dos pacientes. Os preditores de mortalidade em lista foram obtidos através de uma análise de riscos proporcionais de Cox, sendo obtidos hazard ratios (ou "riscos relativos", RR), intervalos de confiança a 95% (IC95%) e valores de p para cada variável. As variáveis contínuas foram dicotomizadas a partir de um valor de corte determinado por meio de uma análise de sensibilidade e especificidade na predição de óbito em lista, através de curvas ROC (Receiver Operating Characteristic). Valores de p<0,05 foram considerados significantes. **Resultados:** Os pacientes foram inclusos na lista com 40,9 ± 15,7 anos, sendo 43,3% do sexo feminino e 83,1% brancos. Enfisema foi a principal indicação de TxP (24,5%), seguido de fibrose cística e fibrose pulmonar idiopática (ambos com 20,2%). A distribuição de diagnósticos dentre todos os pacientes inscritos em lista de espera e os transplantados foi semelhante (p>0,05). A taxa de mortalidade em lista após 30 dias, 6 meses, 1 ano e 2 anos foi de 3%, 11%, 21% e 37%, respectivamente. O tempo médio entre a inclusão em lista e o óbito foi de 309 ± 316 dias, e o tempo médio entre a inclusão em lista e o transplante foi de 364 ± 275 dias. As curvas de sobrevida em lista estratificadas por ano de inscrição demonstraram que a probabilidade de óbito em lista tem-se mantido constante ao longo dos anos. O diagnóstico de enfisema ou bronquiectasias (RR=0,15; IC95% 0,04-0,50; p=0,002), tempo de tromboplastina parcial ativada > 30 segundos (RR=3,28; IC95% 1,53-7,04; p=0,002), albumina plasmática > 3,5 g/dl (RR=0,41; IC95% 0,18-0,93; p=0,033) e saturação da hemoglobina > 85% (RR=0,44; IC95% 0,21-0,93; p=0,031) foram correlacionados à mortalidade em lista na análise multivariada de Cox. **Conclusões:** (1) Algumas variáveis podem predizer a probabilidade de morte em lista de espera para TxP; (2) O melhor conhecimento das características dos receptores de TxP é essencial para guiar possíveis iniciativas que visem aprimorar os critérios de alocação de pulmões no Brasil.

AO065 DOENÇA PULMONAR AVANÇADA - COMORBIDADES INTERFEREM NA SOBREVIDA DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR AVANÇADA USUÁRIOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR.

FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA JÚNIOR; MARIA ENEDINA CLAUDINO DE AQUINO SCUARCIALUPI; AHMAD ABDUNY RAHAL; JOYCE MAIA; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; RENATA FERLIN ARBEX; MARIA CHRISTINA LOMBARDI OLIVEIRA MACHADO.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: COMORBIDADES; SOBREVIDA; OXIGENOTERAPIA

Introdução: Doença pulmonar avançada (DPA) é toda pneumopatia crônica que limita as atividades de vida diária e se caracteriza por diminuição da função pulmonar e das trocas gasosas. **Objetivo:** Avaliar se a presença de comorbidades interfere na sobrevida de pacientes com DPA usuários de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **Métodos:** Estudo prospectivo de coorte realizado em pacientes com DPA do Programa de ODP do Hospital São Paulo/Unifesp (jan./97 a julho/08). Na entrada (doença estável), coletamos os seguintes dados: idade, sexo, índice de massa corpórea, índice de comorbidades de Charlson, VEF1 %, PaO2, PaCO2 (ar ambiente), maços/ano fumados e internações prévias. Usamos o teste de Log Rank e a análise de regressão de Cox para avaliar o efeito das comorbidades na sobrevida destes pacientes. **Resultados:** Dos 426 participantes, 285 (66,9%) tinham DPOC e 141 (33,1%) não DPOC Características dos pacientes (medias): idade=63 anos, 228 (54 %) eram homens, VEF1= 34 % (nos portadores de DPOC), CVF= 55% (nos portadores de não-DPOC), PaO2= 50,2 mmHg e PaCO2 = 45,2 mmHg (ar ambiente), índice de massa corpórea (IMC) = 24,3 Kg/m2, 84% ex-tabagistas (64 maços/ano), tinham em media 2 co-morbidades, cor pulmonale clinico em 83% e todos tinham tido 1 internação previa. Tanto na análise univariada (p<0,004) como na multivariada, pacientes com > 2 co-morbidades morreram mais (Razão de Risco = 0,21, 95% Intervalo de Confiança = 0,05 - 0,90; p<0,03). **Conclusões:** Em portadores de DPA, a presença de >2 co-morbidades está associada com maior mortalidade independentemente da etiologia. Outros marcadores independentes de maior mortalidade encontrados foram: baixos valores de PaO2 e IMC e o sexo feminino.

AO066 DOENÇA PULMONAR AVANÇADA – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ESQUERDA VERSUS MORTALIDADE EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA HIPOXÊMICA.

FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA JÚNIOR[1]; MARIA ENEDINA CLAUDINO DE AQUINO SCUARCIALUPI[2]; AHMAD ABDUNY RAHAL[3]; JOYCE MAIA[4]; FERNANDO SÉRGIO STUDART LEITÃO FILHO[5]; LARISSA REGO VOSS[6]; MARIA CHRISTINA LOMBARDI OLIVEIRA MACHADO[7].

1,2,3,4,7.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 5,6.HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; MORTALIDADE; OXIGENOTERAPIA

Introdução: Na prática clínica, a presença de insuficiência cardíaca esquerda (ICE) associada à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) não é infrequente. Ainda não se sabe se esta presença interfere na mortalidade de pacientes com DPOC hipoxêmica e usuários de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **Objetivos:** Avaliar a influência da presença de ICE na mortalidade de pacientes com DPOC avançada em uso de ODP. **Métodos:** Estudo prospectivo de coorte realizado em portadores de DPOC de dois Serviços de Referência para ODP em SP/Capital (janeiro/96 a julho/07). Incluímos pacientes com DPOC confirmada, estável e com indicação de ODP (Consensos de DPOC). Na entrada do estudo coletamos os resultados do ecocardiograma (fração de ejeção < 0,50 + clínica = ICE) e os seguintes dados: idade, sexo, índice de massa corpórea, índice de co-morbidades de Charlson, VEF1 pós BD (% prev.), PaO2 e PaCO2 (ar ambiente), maços/ano fumados e número de internações prévias. Usamos o teste de Log Rank para comparar as curvas não ajustadas de sobrevida e o modelo de regressão de Cox (controlando-se as variáveis confundidoras) para comparar a sobrevida entre os portadores ou não de ICE. **Resultados:** Dos 550 participantes, 140 (25,5%) tinham ICE na entrada do estudo, com média do tempo de seguimento = 37,5 meses. Na análise univariada, a sobrevida foi pior no grupo com ICE (p<0,01). Após análise multivariada, pacientes com ICE ainda mostravam pior sobrevida em comparação com aqueles sem ICE (HR=1, 30, 95% IC= 1,05 a 1,64; p<0,01). **Conclusão:** A presença de ICE aumenta a mortalidade em pacientes com DPOC hipoxêmica e usuários de ODP.

AO067 DOENÇA PULMONAR AVANÇADA – PERFIL DOS PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR AVANÇADA USUÁRIOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR DO HOSPITAL SÃO PAULO /UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA JÚNIOR; MARIA ENEDINA CLAUDINO DE AQUINO SCUARCIALUPI; AHMAD ABDUNY RAHAL; JOYCE MAIA; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; RENATA FERLIN ARBEX; MARIA CHRISTINA LOMBARDI OLIVEIRA MACHADO.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; OXIGENOTARPIA; DOENÇA PULMONAR AVANÇADA

Introdução: Doença pulmonar avançada (DPA) é toda pneumopatia crônica que limita as atividades de vida diária e se caracteriza por diminuição da função pulmonar e das trocas gasosas. **Objetivo:** Avaliar o perfil do paciente com DPA usuário de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **Métodos:** Estudo prospectivo de coorte realizado em pacientes com DPA do Programa de ODP do Hospital São Paulo/Unifesp (jan./97 a julho/08). Na entrada do estudo foram coletados os seguintes dados (doença estável): idade, sexo, índice de massa corpórea, índice de co-morbidades de Charlson, VEF1 % pred, PaO2, PaCO2, maços/ano fumados e numero de internações prévias. **Resultados:** Dos 426 participantes, 285 (66,9%) tinham DPOC e 141 (33,1 %) não DPOC (fibrose pulmonar: 16,2%, bronquiectasias: 7,0 %, circulação pulmonar: 4,2 % e outras: 5,6 %). As características gerais dos pacientes na entrada do estudo foram (médias): 228 (54%) eram homens, com idade de 63 anos, VEF1= 34,5% (nos DPOC) , CVF = 55% (nos não-DPOC), PaO2 = 50,2 mmHg e PaCO2 = 45,2 mmHg (ar ambiente), índice de massa corpórea (IMC) = 24,3 Kg/m2, 84% eram ex-tabagistas (64 maços/ano), com 2 comorbidades em media, cor pulmonale clinico em 83% e todos tinham pelo menos 1 internação nos últimos 12 meses antes da ODP. **Conclusões:** A maioria dos pacientes com DPA é homem, portador de DPOC grave hipoxêmica, idoso, com baixo IMC, ex-tabagista importante, com cor pulmonale e 2 co-morbidades. Entre as doenças pulmonares avançadas, a DPOC é a mais prevalente, seguida pelas fibroses pulmonares, bronquiectasias e doenças da circulação pulmonar.

AO068 DOENÇA PULMONAR AVANÇADA - DIFERENÇAS NA SOBREVIDA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR AVANÇADA USUÁRIOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR.

FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA JÚNIOR; MARIA ENEDINA CLAUDINO DE AQUINO SCUARCIALUPI; AHMAD ABDUNY RAHAL; JOYCE MAIA; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; RENATA FERLIN ARBEX; CESAR YOSHITO FUKUDA; MARIA CHRISTINA LOMBARDI OLIVEIRA MACHADO.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; SOBREVIDA; OXIGENOTERAPIA

Introdução: Doença pulmonar avançada (DPA) é toda pneumopatia crônica que limita as atividades de vida diária e se caracteriza por diminuição da função pulmonar e trocas gasosas. **Objetivo:** Comparar a sobrevida de portadores de DPOC versus não-DPOC usuários de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **Métodos:** Estudo prospectivo de coorte realizado em portadores de DPA do Programa de ODP do Hospital São Paulo/Unifesp (jan./97 a julho/08). Na entrada (doença estável), coletamos os seguintes dados: idade, sexo, VEF1 %, PaO2, PaCO2 (ar ambiente), índice de massa corpórea (IMC), índice de co-morbidades de Charlson, maços/ano fumados, tempo de sobrevida e causas de morte. Usamos o teste de Log Rank e a análise de regressão de Cox para comparar a sobrevida entre portadores de DPOC e não-DPOC. **Resultados:** Dos 426 participantes, 285 (66,9%) tinham DPOC e 141 (33,1 %) não DPOC Características dos pacientes (médias): DPOC: 65,4 anos, 57,2% homens, VEF1= 34,5%, PaO2= 50,5 mmHg, PaCO2 = 46 mmHg, IMC= 24,6 Kg/m2, 65 maços/ano, 2,1 co-morbidades, sobrevida = 37,3 meses e dos pacientes não-DPOC: 60,4 anos, 46,1 homens, CVF= 55 %, PaO2= 49,4 mmHg, PaCO2 = 43,6 mmHg, IMC= 23,6 Kg/m2, 29,5 maços/ano, 1,4 comorbidades, sobrevida = 31,2 meses. Causas de morte foram insuficiência respiratória=68,3%, doença cardiovascular=6,3% outras causas=2,1% e desconhecida=23,3%. Tanto na análise univariada (p<0,004) como na multivariada, portadores de DPOC tiveram melhor sobrevida do que os não-DPOC (Razão de Risco = 0,21, 95% Intervalo de Confiança = 0,05-0,90; p<0,03). **Conclusões:** Em portadores de DPA hipoxêmica, pacientes com DPOC têm melhor sobrevida do que pacientes

com outras doenças não-DPOC. Insuficiência respiratória é a causa de morte mais prevalente.

AO069 DOENÇA PULMONAR AVANÇADA - CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA EM USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA.

DANIELA FERNANDES LIMA[1]; KARINA DELA COLETA[2]; RENATA FERRARI[3]; RENATA ANTONIALLLI FERREIRA DO AMARAL[4]; SUZANA ERICO TANNI[5]; IRMA DE GODOY[6].

1,2,3,4,5.UNESP - FACULDADE DE MEDICINA BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL; 6.UNESP- FACULDADE DE MEDICINA, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ODP; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA; HIPOXEMIA

Introdução: Insuficiência respiratória crônica (IRespC) é um evento terminal para muitos tipos de doenças respiratórias. Oxigênio suplementar é parte fundamental do tratamento e está associado à melhora da sobrevida em pacientes com DPOC. **Objetivo:** Caracterizar os pacientes encaminhados ao ambulatório de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Métodos:** No período de outubro de 2003 até dezembro de 2007, foram avaliados pacientes portadores de IRespC de qualquer etiologia. Na avaliação inicial foram coletados os seguintes dados: identificação pessoal (idade, gênero e diagnóstico principal), composição corporal (peso, estatura, índice de massa do corpo, massa magra e massa de gordura do corpo), medicações utilizadas, carga tabágica, espirometria (VEF1 e VEF1/CVF), gases sanguíneos (PaO2, PaCO2 e SpO2). Também foram aplicados o índice de dispnéia basal (BDI) e o questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (SGRQ). **Resultados:** Dos 349 pacientes encaminhados, 65 (18,6%) não tinham indicação de ODP. Portanto, 284 pacientes foram analisados: 146 ± 12,7 anos, carga tabágica 54,3 ±mulheres (51,4%), idade média 64,5 36,7 anos/maço. DPOC foi o diagnóstico principal observado em 183 pacientes (64,4%), seguido por ordem de prevalência: doença pulmonar intersticial em 31 pacientes (10,9%), doença vascular pulmonar (hipertensão pulmonar, cor pulmonale, tromboembolismo pulmonar) em 14 (4,9%), apnéia do sono em 8 (2,8%), cardiopatia (janela-aortapulmonar, insuficiência cardíaca congestiva, comunicação intraventricular, comunicação interatrial) em 7 (2,4%), bronquiectasia em 7 (2,4%) e 34 pacientes (11,9%) apresentaram outras patologias. A presença de depleção de massa magra foi encontrada em 106 pacientes (37,3%). Os ±dados obtidos de espirometria e gasometria arterial foram: VEF1 52,1 10,3± 10,7 mmHg, PaCO2 41,0 ± 17,7%, PaO2 53,6 ±25,5%, VEF1/CVF 56,7 18,3% e o± 7,6%. O escore total do SGRQ foi 55,4 ±mmHg e SpO2 85,5 2,8. Em relação à fonte de oxigênio domiciliar, o uso de±BDI 3,9 concentrador de oxigênio foi observado em 74% dos pacientes, cilindro em 25% e apenas 1% em uso de ventilação mecânica não invasiva (CPAP). **Conclusão:** Não houve diferença de prevalência dos gêneros entre os pacientes em uso de ODP. O diagnóstico de predomínio foi a DPOC. Os pacientes apresentaram depleção de massa magra acentuada, importante comprometimento da qualidade de vida e dispnéia intensa. Ressaltamos a importância de uma avaliação criteriosa para indicação correta de ODP.

AO070 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) - PAPEL DO FATOR DE NECROSE TUMORAL-ALFA (TNF-ALFA) COMO MARCADOR DO TABAGISMO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).

SUZANA ERICO TANNI[1]; APARECIDA YOOKO OUTA ANGELELI[2]; NILVA REGINA PELEGRINO[3]; CAMILA RENATA CORRÊA[4]; CORINA JULIETA CORRÊA[5]; LURDES YOSHIKO INOUE[6]; IRMA DE GODOY[7].

1,2,3,4,5,7.FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, SAO PAULO, SP, BRASIL; 6.DEPARTMENT OF BIOSTATISTICS UNIVERSITY OF WASHINGTON, SEATTLE, ESTADOS UNIDOS.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; DPOC; FATOR DE NECROSE TUMORAL-ALFA

Introdução: O tabagismo é capaz de gerar inflamação de vias aéreas, no entanto, apenas 30% apresentam amplificação do processo e desenvolve a DPOC. Alguns marcadores biológicos do processo inflamatório estão aumentados em pacientes com DPOC, como fator de necrose tumoral alfa (TNF-a), interleucinas (IL)-6 e IL-8; entretanto, há poucos dados na literatura que mostrem a influência do tabagismo na inflamação sistêmica. **Objetivo:** Avaliar a influência do tabagismo nos marcadores biológicos da inflamação em pacientes com DPOC e tabagistas. **Pacientes e métodos:** Foram avaliados 24 tabagistas (idade: 48,6±6,6 anos e VEF1: 105,4±16,2%), 53 pacientes com DPOC ex-tabagistas (idade: 66,5±7,7 anos e VEF1: 56,3±25,5%), 24 pacientes com DPOC fumantes (idade: 57,5±9,3 anos e VEF1: 59,4±22,1%) e 34 indivíduos controles (idade: 49,1±8,3 anos e VEF1: 111,2±15,2%). Foram realizados as seguintes avaliações: espirometria pré e pós broncodilatador e dosagem sérica de TNF-a, IL-6, IL-8 e proteína C-reativa (PCR). Foram realizados comparações múltiplas e equações de regressão múltipla linear com erro padrão robusto para avaliar a associação do tabagismo e presença de doença (DPOC) nos marcadores biológicos. **Resultados:** Os pacientes tabagistas com DPOC apresentaram níveis significativamente maiores em comparação aos ex-fumantes. Da mesma forma, os tabagistas sem DPOC apresentaram níveis significativamente maiores em comparação aos indivíduos controles. Os níveis de TNF-a foram associados com o tabagismo nas equações sem e com ajuste para idade, sexo, saturação periférica de oxigênio (SpO2) e massa magra (MM). A PCR e IL-6 foram associadas com a presença da doença na equação sem os ajustes. A IL-8 apresentou tendência na associação com a presença de doença em ambos os modelos. **Conclusão:** Os níveis de TNF-a estão associados com a presença do tabagismo.

AO071 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) - A INFLUÊNCIA DA INTERLEUCINA (IL)-6 NA DISTÂNCIA PERCORRIDA EM SEIS MINUTOS (DP6) EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).

SUZANA ERICO TANNI[1]; FERNANDA FIGUEIRÔA SANCHEZ[2]; NILVA REGINA PELEGRINO[3]; MARCIA MARIA FAGANELLO[4]; PAULO ADOLFO LUCHETA[5]; LURDES YOSHIKO INOUE[6]; IRMA DE GODOY[7].

1,2,3,4,5,7.FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, SAO PAULO, SP, BRASIL; 6.DEPARTMENT OF BIOSTATISTICS UNIVERSITY OF WASHINGTON, SEATTLE, ESTADOS UNIDOS.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; DISTANCIA PERCORRIDA EM SEIS MINUTOS; INTERLEUCINA 6

Introdução: A dispnéia, a obstrução da via aérea e a composição do corpo são preditores para a distância percorrida em seis minutos (DP6), no entanto, a influência da inflamação sistêmica no desempenho funcional de pacientes com DPOC ainda não está estabelecida. **Objetivo**: Avaliar a influência do processo inflamatório sistêmico na DP6. **Pacientes e métodos**: Foram avaliados 77 pacientes com DPOC estável (idade: 63,7±9,2 anos e VEF1: 57,2±24,4%) e realizados as seguintes avaliações: espirometria pré e pós broncodilatador, antropometria e impedância bioelétrica, escore de dispnéia Medical Research Council Modificado (MMRC), DP6 e dosagem sérica de interleucina (IL)-6. Para a avaliação dos preditores para a DP6 foi realizada análise de regressão múltipla incluindo-se as seguintes variáveis: idade (anos), sexo categorizado, MMRC, massa magra (kg), VEF1 (% do previsto) e IL-6 (pg/dL). **Resultados**: A idade (-2,46; IC95%:-4,43,-0,5; p=0,01) a IL-6 (-38,49; IC95%:-57,84,-19,14; p<0,001), o MMRC (-22,82; IC95%:-39,16,-6,49; p=0,006) e o sexo feminino (-54,23; IC95%:-103,81,-4,66; p=0,03) apresentaram associações significativas com a DP6, com R2 de 44,2%. **Conclusão**: a IL-6 é preditora para a DP6

AO072 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) - [2027] RELAÇÃO ENTRE VITAMINA A E INFLAMAÇÃO NO ESCARRO E SORO DE TABAGISTAS E PACIENTES COM DPOC.

RENATA ANTONIALLLI FERREIRA DO AMARAL; SUZANA ERICO TANNI; APARECIDA YOOKO OUTA ANGELELI; NILVA REGINA PELEGRINO; CAMILA RENATA CORRÊA; SANDRA REIKO; CORINA JULIETA CORRÊA; IRMA DE GODOY.

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; VITAMINA A; INFLAMAÇÃO

Introdução: Estudos em animais e humanos sugerem que vitamina A é necessária para o desenvolvimento e remodelamento pulmonar normal. Entretanto, pouco é conhecido sobre a concentração de vitamina A nas vias aéreas. **Objetivo**: Avaliar a associação entre vitamina A, inflamação sistêmica e de vias aéreas em tabagistas e pacientes com DPOC. **Casuística e métodos**: Dezenove tabagistas sem DPOC (73% homens, idade: 49,6 ± 6,4 anos, VEF1: 107,2 ± 15,9%) e 50 pacientes com DPOC (60% homens, idade: 64,0 ± 9,0 anos, VEF1: 49,9 ± 16,8%) foram avaliados por espirometria, gases sanguíneos, composição do corpo, inquérito alimentar e coleta de sangue e escarro. Número de células, vitamina A, TNF-α, interleucina (IL)-6 e IL-8 foram avaliados no sangue periférico e sobrenadante do escarro. Trinta e um sujeitos sadios (48% homens, idade: 48,2 ± 8,1 anos, VEF1: 111,8 ± 15,5%) foram

avaliados como controles para avaliar a ingestão dietética e concentração sérica de vitamina A. **Resultados**: A ingestão de vitamina A foi similar nos controles, tabagistas e pacientes com DPOC. Não foi observada correlação significativa entre ingestão dietética, níveis séricos e no escarro de vitamina A. Pacientes com DPOC apresentaram baixos níveis séricos de vitamina A e altos níveis de IL-6, proteína C-reativa no sangue e TNF-α no escarro quando comparados aos tabagistas. Vitamina A no escarro, IL-6 e IL-8 não foram diferentes entre tabagistas e pacientes com DPOC e também entre os estágios de gravidade da doença. Nível sérico de vitamina A foi associado com a relação VEF1/CVF (r=0,32; p=0,006). Vitamina A no escarro apresentou uma associação negativa significativa com neutrófilos (%) no escarro (r= -0,26; p<0,02). Correlações positivas foram encontradas entre o número de neutrófilos no escarro e concentrações no escarro de IL-6 (r= 0,35; p<0,02) e de IL-8 (r= 0,58; p<0,03). **Conclusões**: Estes resultados mostram que a vitamina A sérica está diminuída e a inflamação sistêmica aumentada em pacientes com DPOC. Mostram também que é possível quantificar a vitamina A no escarro induzido de tabagistas e de pacientes com DPOC e que a concentração da vitamina A é influenciada negativamente pelo número de células inflamatórias.

A0073 **Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) - IMPACTO DEL PROGRAMA "MANEJO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)" EN PACIENTES DE LA EPS SANITAS BOGOTÁ.**

ANDRES ALBERTO ALVAREZ CASTRO[1]; ANDRES SANTIAGO CABALLERO[2]; EMILIA MOJICA[3].

1,3.CLINICA REINA SOFIA-CLINICENTRO TOBERIN, BOGOTA, COLÔMBIA; 2.CLINICA REINA SOFIA, BOGOTA, COLÔMBIA.

PALAVRAS-CHAVE: EPOC-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA; VEF 1-VOLUMEN ESPIRATORIO FORZADO EN EL PRIMER SEGUNDO; CVF-CAPACIDAD VITAL FORZADA

Hr. Introducción: El tratamiento de la EPOC se basa, entre otros aspectos, en un adecuado manejo farmacológico, reacondicionamiento físico y educación del paciente y su familia. La EPS Sanitas, empresa de salud de aseguramiento privado, estableció el programa "Manejo Integral de la EPOC" para el control global del paciente con esta enfermedad. Es importante establecer el impacto del programa, para hacer los ajustes operativos necesarios para optimizar su funcionamiento. **Objetivo**: Establecer el impacto del programa sobre la calidad de vida y otras variables fisiológicas en pacientes con EPOC. **Material y metodo**: Estudio longitudinal (antes y después). Evaluamos 200 pacientes con EPOC (VEF1/CVF<70% postbroncodilatador), quienes ingresaron y completaron el programa de seis meses, con un grupo multidisciplinario conformado por Medico neumólogo, enfermera, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista y trabajadora social, consistente en talleres educativos sobre el EPOC, tratamiento farmacológico, Oxigenoterapia, uso de Inhaladores, Inmunización, dieta y nutrición. Sesiones de reacondicionamiento físico individual y grupal, recomendaciones nutricionales y apoyo psicológico. Se utilizó el cuestionario Saint George para Calidad de vida y la escala MRC modificada para medir el índice de disnea. Para medir los cambios en las variables cuantitativas se utilizó una t de student pareada, para las cualitativas, JI² de McNemar y la prueba de Wilcoxon exactas y asintóticas, a un nivel de significancia del 5% (p<0.05). **Resultados**: La edad promedio fue 71.26±8.54 años, 64.% hombres, y 36% mujeres, tabaquismo 42.68±25.32 paquetes/año, 53% tenían obstrucción moderada, 29.5% severa, 10.5.0% muy severa. Hubo incremento significativo en adherencia a: uso de inhaladores (incremento: 27.5% p<0.001), plan farmacológico (incremento: 21.0% p<0.001) y su correcta utilización (incremento: 61.% p<0.001) y disminución en el índice de disnea (p<0.001). **Conclusiones**: El programa de manejo integral del paciente con EPOC generó incremento significativos en calidad de vida, caminata de los 6 minutos, adherencia uso de inhaladores, adherencia al plan farmacológico, uso correcto de inhaladores y disminución significativa en índice de disnea, índice BODE y exacerbaciones. Aunque se observaron cambios en el VEF1 e IMC no fueron significativos.

Variable	Inicial	Final	Promedio cambio	IC 95% P
Calidad de vida	35.39±17,17	21,11±9,48	-14.29 (12.37, 16.20)	<0.001
Caminata 6 minutos	371.52±100,95	417.67±110,08	-46.16 (-54,49, -37,82)	<0,001
Exacerbaciones	w 1,53±2,25	0,47±0,902	1,06 (0.75, 1,37)	<0,001
Indice de disnea	1,67±0,881	0,95±0,768	0.72	<0,001
BODE	2,70±1,93	2,00±1,63	0.70 (0.53 a 0.87)	<0,001

A0074 **Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) - EFEITOS DA VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA E DA ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA, COM OS MEMBROS SUPERIORES, SOBRE A HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR DINÂMICA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.**

MARCO ANTÔNIO SOARES REIS[1]; ISABELA SCLAUSER PESSOA[2]; DIRCEU COSTA[3].

1.HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.PUC, BETIM, MG, BRASIL; 3.UNIMEP, PIRACICABA, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CAPACIDADE INSPIRATÓRIA; DPOC; HIPERINSUFLAÇÁO DINÂMICA

Introdução: Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) queixam-se de dificuldade em realizar atividades de vida diária (AVD) que envolvem a elevação dos membros superiores (MMSS). A hiperinsuflação dinâmica (HD) é considerada um dos mecanismos ventilatórios que pode contribuir para a limitação dessas atividades. Com o intuito de reduzir a HD propõe-se a utilização de sistemas de ventilação não-invasivos (VNI). **Objetivos**: Verificar se há HD e dispnéia durante a realização de uma AVD, se a CI (capacidade inspiratória) e a Fração Inspiratória (FI= CI/CPT, capacidade pulmonar total) são sensíveis para avaliar a HD, a influência do BiPAP® associado à AVD na HD e na dispnéia. **Métodos**: Foram selecionados 32 pacientes com idades entre 54 e 87 anos (x= 69,4 e s= 7,4). Para caracterizar a amostra foi utilizada a classificação da Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD); sendo (n=11) pacientes dos estágios II, (n=13) do estágio III e (n=8) do estágio IV. Todos os pacientes foram submetidos à espirometria e à pletismografia de corpo inteiro para caracterizar a presença de aprisionamento aéreo e/ou hiperinsuflação pulmonar. Para as manobras espirométricas e dos volumes pulmonares foi utilizado um sistema convencional Vmáx22 Autobox®. Após a realização dos testes de função pulmonar os pacientes realizaram a simulação de uma AVD com e sem a associação do BiPAP® com pressões inspiratórias de 10 cmH2O e expiratórias de 4 cmH2O. Foram avaliados, no repouso e no final do exercício, a CI e a escala de Borg para dispnéia. A AVD simulada constou em elevar potes com pesos de 0,5 a 5,0 kg durante 5 min pegando os potes em cima de uma superfície situada no nível da cintura pélvica e posicionando-os em uma prateleira localizada acima do nível da cabeça. A CI foi determinada usando um sistema de medidas ventilatórias VMax229d®. Para a análise dos dados foram utilizados o Teste t de Student para amostras dependentes e a correlação de Pearson. Os valores de Borg foram analisados pelo Teste de Wilcoxon (p>0,05). **Resultados**: Foi constatada a presença de HD pela diminuição da CI (2,06±0,60 x 1,69±0,59; p=0,0001), e da FI (0,30±0,07 x 0,24±0,08; p=0,0001) após a simulação da AVD. A CI e a FI também diminuíram quando a AVD foi associada à VNI (CI: 2,05±0,61 x 1,73±0,57; p=0,0001/ FI: 0,30±0,08 x 0,25±0,07; p=0,0001). Constatamos uma alta magnitude de correlação e significância entre a CI e a FI antes de iniciar a AVD (r=0,78; p=0,0000) e após (r=0,85; p=0,0000) como, também, na AVD associada à VNI na condição basal (r=0,79; p=0,0000) e após (r=0,81; p=0,0000). A dispnéia aumentou após a AVD com e sem a VNI, mas entre ambos não houve diferença. **Conclusão**: A simples elevação dos MMSS, simulando uma AVD corriqueira, resulta em aumento da HD e da dispnéia sendo as variáveis CI e FI sensíveis na detecção da HD. A VNI ofertada com pressões pré-estabelecidas não foi suficiente para evitar a HD e a dispnéia durante a elevação dos MMSS.

A0075 **Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) - DIFRENCIAS DE GENERO EN LA RESPUESTA AL PROGRAMA "MANEJO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)" EN PACIENTES DE LA EPS SANITAS EN BOGOTA.**

ANDRES SANTIAGO CABALLERO[1]; ANDRES ALBERTO ALVAREZ CASTRO[2]; EMILIA MOJICA[3]; MILCIADES IBAÑEZ[4]; SANDRA SOLER[5]; MARTA CAICEDO[6]; ILMAYE SANABRIA[7]; ANGELICA POSADA[8].

1.CLINICA REINA SOFIA, BOGOTA, COLÔMBIA; 2,3,5,6,7,8.EPS SANITAS, BOGOTA, COLÔMBIA; 4.UNIVERSIDAD NACIONAL, BOGOTA, COLÔMBIA.

PALAVRAS-CHAVE: EPOC ; GENERO; MANEJO INTEGRAL

Introducción: Se han descrito diferencias de género en la respuesta al tratamiento en pacientes con EPOC, en cuanto a suspensión del tabaquismo, mejoría en la función pulmonar, técnicas del uso de inhaladores y programas de

rehabilitación. No se ha evaluado en nuestro medio la respuesta por género y sus diferencias de un programa de manejo integral de la enfermedad. **Objetivo**: Comparar la respuesta por genero al programa manejo integral del paciente con EPOC de la aseguradora privada EPS Sanitas sobre la calidad de vida y otras variables fisiológicas. **Material y metodo**: Evaluamos 200 pacientes con EPOC (VEF1/CVF<70% postbroncodilatador), antes y después de participar en un programa de 6 a 8 meses consistente en talleres educativos, reacondicionamiento físico, sesiones individuales de nutrición, enfermería, neumología y psicología. En las variables cuantitativas se uso la prueba T-pareada y en las cualitativas dicotómicas la prueba ji-cuadrado de Mcnemar asintótica o exacta con la distribución binomial. Se evaluaron las diferencias de las variables cuantitativas antes y después por género mediante la prueba T-sudent para grupos independientes de varianzas homogéneas o heterogéneas (Test de Levene) previamente se evaluó normalidad con la prueba de Kolomogorov-Smirnov y Shapiro Wilks, en caso de no cumplirse con este supuesto se utilizó la prueba no-paramétrica de Mann Whitney. Las pruebas estadísticas se evaluaron a un nivel de significancia del 5% (p<0.05). **Resultados**: El grupo lo conformaron 128 hombres y 72 mujeres, no se encontró diferencias significativas de edad por genero (70.8±8.6 vs. 72.11±8.4, p=0.292) Hubo cambios significativos en calidad de vida, caminata de los 6 minutos, adherencia uso de inhaladores, técnica de inhaladores y disminución en el índice de disnea, índice BODE, exacerbaciones y hospitalizaciones en ambos sexos. **Conclusiones**: El programa de manejo integral del paciente con EPOC generó incremento significativo en la mayoría de las variables medidas en ambos géneros, sin embargo no hubo diferencias significativas por género en la gran mayoría de estas variables. Solo se observaron diferencias significativas en Calidad de Vida, especialmente en el dominio impacto, el cual fue mayor en las mujeres que en los hombres y en el test de la marcha de los seis minutos, cuyos cambios más notables fueron en hombres.

Variables	Genero Promedio± ds	Significancia P
BODE	M 0.6953±1,23313 F0.7083±1,20372	0,471
Calidad de vida	M .0795±12,61669 F 18,2097±14,85835	0,001
Sintomas	M 11,7043±21,53258 F 14,8986±26,89783	0,1795
Actividad	M 16,0714±23,23053 F 21,0449±22,56227	0,072
Impacto	M 7,5628±13,57625 F 15,2559±17,19788	0.0005
Marcha 6 minutos	M 51,6875±64,26014 F 36,3194±49,78201	0,0405
Exacerbaciones	M ,9453±1,99728 F1,2639±2,54532	0,181
Aprendizaje Tecnica Inh	M 62.5% F57.8%	0.561987
Adherencia	M 22.5% F26.5%	0.539835

AO076 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) – VALIDAÇÃO DE UM SISTEMA DE VISÃO COMPUTACIONAL PARA DETECÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE ENFISEMA PULMONAR POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO.

MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA; JOHN HERBERT DA SILVA FELIX; SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ENFISEMA PULMONAR; TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA; SISTEMA DE VISÃO COMPUTACIONAL

Introdução: A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) é uma excelente ferramenta para diagnóstico do enfisema na DPOC. Por outro lado, a leitura das imagens de TCAR está sujeita as limitações inerentes à subjetividade e à variabilidade intra e interobservadores. Um sistema de visão computacional para detecção e quantificação do componente de enfisema nas imagens tomográficas pode oferecer aos médicos e pesquisadores, uma importante ferramenta no auxílio ao diagnóstico e na avaliação da progressão da doença. **Objetivos**: Apresentar e validar um novo sistema de visão computacional para detecção e quantificação de enfisema pulmonar (SISDEP) em imagens de TCAR. Comparar o SISDEP ao sistema de acesso livre Osiris quanto à capacidade de: segmentação, extração de dados para análise quantitativa e identificação visual das áreas de enfisema por máscara colorida. **Métodos**: O sistema SISDEP foi desenvolvido a partir de técnicas de processamento digital de imagem, objetivando reunir ferramentas capazes de: segmentar de forma precisa e automática o parênquima pulmonar, incluindo as medidas de área, densidade pulmonar média (DPM), os valores de 15º percentil de baixa atenuação (Perc15), o percentual de área hiperaeradas compatível com enfisema (área relativa dos pixels com densidade <-950 UH, RA950) e visualização do enfisema por máscara colorida Foram utilizadas 33 imagens de TCAR de 11 pacientes com diagnóstico confirmado de DPOC com cortes tomográficos em ápice, hilo e base. O SISDEP foi comparado ao sistema Osíris quanto a: acurácia na segmentação do parênquima pulmonar, extração automática da área e dados relacionados à DPM, Perc15 e RA950. **Resultados:** Os sistemas Osiris e SISDEP tiveram uma alta correlação (>96%) para as medidas de área, DPM, RA950 e PERC15 com segmentação do parênquima pulmonar bastante acurada. A figura abaixo ilustra uma imagem de TCAR de um paciente com DPOC grave (VEF1<40%) com destaque das áreas de enfisema (verde claro) en contraste com as a´reas normais (azul) nos pulmões segmentados pelo SISDEP (RA950: 32%) **Conclusões**: O SISDEP se mostrou eficiente na segmentação automática das imagens, bem como uma grande correlação entre as medidas quantitativas obtidas. O SISDEP se apresenta como uma nova ferramenta computacional que agrega à TCAR possibilidades de análises quantitativas e qualitativas de modo semi-automático e automático para melhor avaliação diagnóstica e acompanhamento da evolução do enfisema em pacientes com DPOC.

AO077 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) A REABILITAÇÃO PULMONAR REDUZ O DANO DE DNA EM SANGUE PERIFÉRICO DE PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).

PAULO ZIMERMANN[1]; LUCIANA MOUSALLE[2]; SHARBEL MALUF[3]; CASSIA CINARA COSTA[4]; SUZANA FATIMA VETORAZZI[5]; LUCIANO BASSO DA SILVA[6].

1.CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE E UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,4,5,6.CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE, NOVO HAMBURGO, RS, BRASIL; 3.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; REABILITAÇÃO PULMONAR; INSTABILIDADE GENÔMICA

Resumo: O aumento no número de células inflamatórias, a produção anormal de citocinas pró-inflamatórias e o desequilíbrio entre a formação de radicais livres e a capacidade antioxidante geram alterações locais e sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), associada com disfunção e perda da massa muscular. A reabilitação pulmonar é uma modalidade de tratamento com evidência A, cujos desfechos são medidos através da melhora da capacidade de exercício físico e qualidade de vida, mas estudos recentes demonstram uma redução no estresse oxidativo induzido pelo exercício o que potencialmente reduziria o dano tecidual. A análise do dano de DNA em linfócitos de sangue periférico foi utilizada como possível medida de desfecho em 13 de 39 portadores de DPOC submetidos a um programa de reabilitação pulmonar (PRP) com duração de 4 meses. Todos os pacientes foram submetidos ao teste da caminhada dos seis minutos (TC6) e ao questionário de qualidade de vida Saint George (QQVSG), sendo que 13 pacientes coletaram sangue antes e depois do PRP para análise do dano de DNA pela técnica de micronúcleos. Do total de 39 portadores de DPOC, 69,23% eram do sexo masculino com idades de 63,33 ± 8,60 anos e média de VEF1 de 1,06 ± 0,55L. Após o PRP, ocorreu aumento significativo na distância percorrida no TC6 (366,84±108,42 [pré PRP] vs. 400,76±94,55 [pós PRP], p=0,001) e melhora em todos os domínios do QQVSG (Sintomas: 47,05±21,28 [pré PRP] vs. 35,28±16,92 [pós PRP], p=0,005; Atividades: 62,84±27,07 [pré PRP] vs. 56,02±24,09 [pós PRP], p=0,038; Impacto: 33,30±18,71 [pré PRP] vs. 19,97±12,11 [pós PRP], p<0,001; Total: 49,41±21,99 [pré PRP] vs. 37,61±18,96 [pós PRP], p<0,001). Quanto à avaliação do dano genético, obteve-se uma diminuição estatisticamente significativa (p=0,014) na freqüência de micronúcleos (5,53±2,14 [pré PRP] vs. 3,07±2,13 [pós PRP]), o que não ocorreu na análise das pontes nucleoplasmáticas e buds nucleares (1,15±0,89 [pré PRP] vs. 0,76±1,01 [pós PRP], p=0,244 e 1,69±1,43 [pré PRP] vs. 1,69±2,13 [pós PRP], p=0,804, respectivamente). A redução na freqüência de micronúcleos demonstrou que o PRP não somente melhorou a qualidade de vida e o desempenho na capacidade de exercício, mas também foi capaz de reduzir o dano de DNA.

AO078 **Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) - DIFERENÇAS ENTRE OS GÊNEROS EM PACIENTES COM DPOC EM USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA.**

DANIELA FERNANDES LIMA; KARINA DELA COLETA; RENATA FERRARI; SUZANA ERICO TANNI; IRMA DE GODOY.

UNESP - FACULDADE DE MEDICINA BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; OXIGENOTERAPIA; GÊNERO

Introdução: Alguns estudos sugerem diferenças entre homens e mulheres com DPOC em relação às variáveis de importante fator prognóstico. Entretanto, poucos estudos avaliaram essas diferenças em pacientes com DPOC muito grave. **Objetivo**: Comparar as características de homens e mulheres com DPOC em uso de ODP. Materiais e **Métodos**: Foram avaliados 155 pacientes com DPOC muito grave, atendidos no ambulatório de ODP, no período de outubro de 2003 a dezembro de 2007. A avaliação incluiu: identificação pessoal (idade e gênero), composição corporal (peso, estatura, índice de massa do corpo, massa magra e massa de gordura do corpo), história de tabagismo (carga tabágica), espirometria (VEF1, CVF e VEF1/CVF) e gases sangüíneos (PaO2, PaCO2 e SpO2). Também foram aplicados a escala de dispnéia de Borg, o índice de dispnéia basal (BDI) e o questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (SGRQ). Análise Estatística: Os dados foram analisados pelo programa Sigma Stat 2.03 e foram apresentados como média ± desvio padrão ou mediana (percentil 25 e percentil 75). A comparação entre os gêneros foi feita pelo teste T para variáveis com distribuição normal e o teste de Mann-Whitney foi utilizado para variáveis com distribuição não normal. **Resultados**: Foram avaliados 86 homens (55%) e 69 mulheres (45%). As mulheres eram mais jovens (64 ± 10 anos vs 67 ± 9 anos; p=0,03) e apresentaram menor carga tabágica [50 (20-60) anos/maço vs 54 (40-88) anos/maço; p=0,007] quando comparadas aos homens. Em relação à composição corporal, não houve diferença significativa entre os gêneros. Os valores de VEF1 (em L) foram menores nas mulheres (0,8 ± 6 L vs 0,9 ± 6L; p=0,01) e a relação VEF1/ CVF foi menor nos homens (45 ± 11% vs 51 ± 11%; p<0,001). Entretanto, entre os valores de VEF1 (em % do previsto) não houve diferença significante entre os gêneros. A análise dos gases sangüíneos, da escala de Borg, do BDI e do SGRQ não foi significativamente diferente entre os gêneros. **Conclusão**: As mulheres avaliadas neste estudo eram mais jovens, apresentavam menor carga tabágica, porém com obstrução brônquica similar aos homens.

AO079 **Doenças pleurais e mediastinais - PLEURODESE AMBULATORIAL POR INSTILAÇÃO DE NITRATO DE PRATA ATRAVÉS DE CATETERES DE FINO-CALIBRE.**

RICARDO MINGARINI TERRA[1]; ANDRE PORTELLA ALCOLÉA[2]; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA[3]; FRANCISCO SUSO VARGAS[4]; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES[5]; FÁBIO BISCEGLI JATENE[6].

1,2,4,5,6.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PLEURODESE; AMBULATORIAL; NITRATO DE PRATA

Introdução: Diversas estratégias têm sido utilizadas para o controle do derrame pleural neoplásico e a pleurodese com talco é o método mais popular. Porém, a necessidade de internação hospitalar e eventos adversos associados ao uso do talco levaram à busca de novas propostas terapêuticas para esta população. **Objetivos**: Verificar a eficácia e segurança da pleurodese ambulatorial com nitrato de prata no tratamento de derrame pleural maligno. **Métodos**: Estudo prospectivo incluindo pacientes com derrame pleural neoplásico recidivante. A intervenção consistiu em drenagem pleural com cateter tipo pig-tail, o qual foi introduzido em ambulatório. No retorno ambulatorial seguinte, procedeu-se à pleurodese. A técnica da pleurodese consistiu na instilação de 10 ml de xilocaína 2% sem vasoconstrictor pelo cateter de pig tail e, após 10 minutos, instilação 30 ml da solução de nitrato de prata a 0,5%. O dreno permanecia fechado por 2 horas, período após o qual o paciente era liberado. O dreno era retirado no próximo retorno ambulatorial. Os pacientes foram acompanhados clinicamente e com radiografias seriadas 1 e 3 meses após a pleurodese a fim de avaliar eventual recidiva. Foi considerado sucesso no tratamento os pacientes que não tiveram recidivas do derrame pleural (reacúmulo de derrame pleural à radiografia de tórax e/ou necessidade de novos procedimentos pleurais). **Resultados**: Foram incluídos no estudo 22 (15 mulheres e 7 homens) pacientes, com idade média de 59 (43–81) anos. O sítio primário da neoplasia foi: mama (9), pulmão (6), linfoma (6) e ovário (1). Sessenta por cento dos derrames foram à esquerda e 40% , à direita. Todos foram submetidos a uma média de 2 punções (1- 3) prévias. O tempo médio de drenagem foi de 12 (4–23) dias, com média de 2 dias entre a drenagem e a pleurodese (1–7). Complicações observadas foram: dor durante a pleurodese (4 pacientes), celulite peri-dreno (1) e obstrução do cateter (1). O tempo médio de seguimento foi de 2,6 meses. Foram observadas 2 recidivas durante o período estudado, este pacientes necessitaram nova punção. **Conclusões**: A pleurodese com nitrato de prata realizada ambulatorialmente se mostrou um procedimento seguro e eficaz, com taxa de sucesso de 91%.

AO080 **Doenças pleurais e mediastinais - QUALIDADE DE VIDA, EFICÁCIA E ASPECTOS RADIOLÓGICOS DA PLEURODESE POR INSUFLAÇÃO DE TALCO VIA VIDEOTORACOSCOPIA E POR INSTILAÇÃO DE TALCO VIA DRENO DE TÓRAX: ESTUDO COMPARATIVO.**

RICARDO MINGARINI TERRA; JADER JOEL MACHADO JUNQUEIRA; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; FRANCISCO SUSO VARGAS; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE.

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PLEURODESE; TALCAGEM; DERRAME PLEURAL MALIGNO

Introdução: A pleurodese por talco é uma opção terapêutica amplamente utilizada em pacientes com derrame pleural maligno recorrente. Entretanto, o melhor método para sua aplicação intrapleural ainda é um assunto controverso na literatura. **Objetivo**: Comparar dois métodos de aplicação de talco intrapleural (videotoracoscópico ou por dreno de tórax) e avaliar sua eficácia, segurança, qualidade de vida e aspecto radiológico pós-procedimento. **Método**: Estudo prospectivo randomizado em que foram incluídos 60 pacientes (45 mulheres, 15 homens, média de idade 55,2 anos) portadores de derrame pleural maligno recorrente. Estes pacientes foram distribuídos em dois grupos: insuflação de talco via videotoracoscopia (VATS) e instilação de suspensão de talco via dreno de tórax (TS). A eficácia foi avaliada por meio de aspectos clínicos (falência correspondendo a necessidade de novo procedimento) e radiológicos (falência correspondendo a reacúmulo de líquido verificado por dois observadores cegados em tomografia computadorizada de tórax controle). Foram ainda avaliados o tempo de drenagem, as complicações e o tempo de estadia hospitalar. Questionários de qualidade de vida (SF-36 e World Health Organization) foram aplicados aos pacientes no período anterior ao procedimento e em seguimento de um mês. Para a análise estatística foram utilizados os testes de qui-quadrado, Fisher, Kruskall-Wallis, análise de variância de duplo fator e log-rank, sendo considerado estatisticamente significante p<0,05. **Resultados:** O tempo médio de sobrevida dos pacientes foi de 9 meses e 6 meses para os grupos VATS e TS, respectivamente (p=0,793). Recorrências clínicas ocorreram em 9 pacientes (VATS=5, TS=4, p=0,999) e radiológicas em 17 (VATS=7, TS=10, p=0,390). A maioria das recorrências clínicas (77,7%) e radiológicas (52,9%) ocorreu no primeiro mês. Não houve diferença estatística entre os grupos no que diz respeito ao tempo de drenagem, às complicações, à estadia hospitalar e à qualidade de vida. A tomografia computadorizada de tórax pós-procedimento mostrou expansão pulmonar >90% em 60% e 30% dos pacientes no grupo VATS e TS, respectivamente (p=0,020). Não houve correlação entre a expansão pulmonar e o seguimento clínico. **Conclusão**: O método de escolha para a aplicação de talco intrapleural não influencia na eficácia da pleurodese, segurança ou qualidade de vida do paciente. A escolha da utilização da videotoracoscopia permite melhor expansão pulmonar, não havendo, porém, correlação com o seguimento clínico destes pacientes. Assim, talvez um procedimento menos invasivo seja mais apropriado para este tipo específico de paciente, ainda que apresente um pior resultado radiológico imediato.

AO081 Doenças pleurais e mediastinais - IMPACTO DA VIDEOTORACOSCOPIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO EMPIEMA PLEURAL.

RICARDO MINGARINI TERRA; DANIEL REIS WAISBERG; JOSÉ LUIZ JESUS DE ALMEIDA; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE.

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VIDEOTORACOSCOPIA; EMPIEMA PLEURAL; DECORTICAÇÃO PLEURAL E PULMONAR

Introdução: A cirurgia minimamente invasiva para o empiema pleural se popularizou nos últimos 10 anos, não obstante suas vantagens sobre os procedimentos abertos ainda são controversas. A videotoracoscopia para o tratamento de empiema pleural começou a ser usada amplamente em nosso serviço desde 2005. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da videotoracoscopia no tratamento cirúrgico do empiema pleural. **Método**: Conduziu-se uma análise retrospectiva de todos os pacientes submetidos à decorticação pleural e pulmonar em nossa instituição de 2003 a 2007. Os pacientes estudados foram divididos em dois grupos: Grupo 1, pacientes operados de janeiro de 2003 a dezembro de 2004; Grupo 2, pacientes operados de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Os resultados obtidos em cada grupo foram comparados. Utilizaram-se os testes de Fisher, t-Student, Mann-Whitney e qui-quadrado, quando apropriado; $p<0.05$ foi considerado significante. **Resultados**: 71 pacientes foram incluídos no Grupo 01 (G1) e 67 o foram no Grupo 02 (G2). 12% dos pacientes foram submetidos à videotoracoscopia no Grupo 01, ao passo que 57% dos pacientes o foram no Grupo 2 ($p<0.01$); o restante foi submetido à decorticação aberta. Não houve diferença estatística entre os grupos no tocante: ao tempo de operação (193 min (G1) e 202 min (G2)); ao tempo de permanência de dreno (6.5 dias (G1) e 7 dias (G2)); ao tempo de internação em UTI no pós-operatório (4.3 dias (G1) e 3.9 dias (G2)); à taxa de complicação (22.5% (G1) e 14% (G2)); ao número de reoperações (4.2% (G1) e 4.4% (G2)) e ao índice de mortalidade (14% (G1) e 11% (G2)). Os pacientes pertencentes ao G2 apresentaram idade mais avançada (46.1 anos vs. 39.1 anos, $p=0.011$) e foram encaminhados para decorticação mais precocemente (12.6 dias vs 14.9 dias, $p=0.011$). **Conclusões**: O uso mais amplo da videotoracoscopia não determinou modificações nos resultados para tratamento de empiema pleural em nossa instituição. Aparentemente, sua utilização encorajou o corpo clínico não somente a encaminhar pacientes mais idosos como também a encaminhá-los mais precocemente para a abordagem cirúrgica.

AO082 Doenças pleurais e mediastinais - [2016] MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO: EXPERIÊNCIA CLÍNICA DE 38 CASOS.

RICARDO MINGARINI TERRA[1]; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA[2]; RICARDO BEYRUTI[3]; JADER JOEL MACHADO JUNQUEIRA[4]; TERESA YAE TAKAGAKI[5]; FRANCISCO SUSO VARGAS[6]; FÁBIO BISCEGLI JATENE[7].

1,3,4,7.DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA - HC FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,5,6.DEPARTAMENTO DE PNEUMOLOGIA - HC FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO; PLEUROPNEUMONECTOMIA; NEOPLASIA PLEURAL

Introdução: O mesotelioma pleural maligno (MPM), apesar de raro, é a principal neoplasia maligna primária da pleura, a qual ganha progressivamente destaque e importância devido à incidência crescente observada nas últimas décadas e à agressividade demonstrada pela escassa sobrevida (média de 6 a 8 meses), mesmo com tratamento adequado (cirurgia, radioterapia - RT e/ou quimioterapia - QT). **Objetivos**: Avaliar a experiência com o diagnóstico e a terapêutica do MPM acumulada durante 8 anos em um hospital público terciário. **Método**: Avaliação retrospectiva dos prontuários dos pacientes com diagnóstico de MPM entre jan/2000 e jun/2008. O diagnóstico definitivo foi estabelecido por meio de estudos histológicos da pleura, e o estadiamento fundamentou-se na avaliação clínica e imagenológica. Todos os pacientes foram submetidos à radiografia de tórax e à tomografia computadorizada (TC) de tórax para estadiamento locorregional. Pacientes com doença disse¬minada ou com condição clínica precária foram submetidos apenas à TC de crânio como exame adicional, enquanto pacientes com doença localizada em um hemitórax foram submetidos à TC de crânio e à TC por emissão de pósitrons (a partir de 2002). Todos os pacientes foram inicialmente considerados para tratamento multimodal (pleuropneumonectomia seguida por QT e RT) e incluídos ou excluídos com base em achados do estadiamento e exames clínicos. O esquema de QT utilizado incluiu: cisplatina e doxorrubicina; em alguns casos adicionou-se ciclofosfamida. **Resultados**: Foram analisados 38 pacientes (33H / 5M), com idade média de 56,3 anos (13 e 76 anos). Os espécimes de biópsia para exame histopatológico foram obtidos por meio de pleuroscopia em 20 pacientes (52,6%), agulha de Cope em 13 (34,2%) e biópsia pleural por minitoracotomia em 5 (13,2%). Os tipos histológicos foram: epitelióide em 28 pacientes (73,7%), sarcomatóide em 4 (10,5%), bifásico em 4 (10,5%) e desmoplásico em 2 (5,3%). As terapêuticas instituídas foram: multimodal (pleuropneumonectomia com QT e RT adjuvante) em 17 pacientes (44,7%), QT e RT em 7 (18,4%), RT exclusiva em 3 (7,9%), QT exclusiva em 7 (18,4%) e 3 (7,9%) pacientes ainda se encontram em programação terapêutica. Terapêutica paliativa foi instituída em 1 (2,6%) paciente. A sobrevida global média, a partir do diagnóstico, foi de 11,2 meses (1 e 36 meses). Atualmente 10 pacientes (26,3%) permanecem vivos e em seguimento (média de 9,9 meses), sendo o maior seguimento de 28 meses. **Conclusões**: O tratamento do MPM exige atendimento multidisciplinar integrado e infra-estrutura hospitalar de alta complexidade que permita a realização de todas as etapas diagnósticas e terapêuticas. Nos casos referidos observamos que o atendimento multidisciplinar foi adequado e que a infra-estrutura atualmente disponível permitiu a realização das condutas compatíveis com as tendências da literatura. Apesar disso, a sobrevida média observada foi de apenas 11,2 meses, refletindo a agressividade da doença.

AO083 Doenças pleurais e mediastinais - NÍVEIS SÉRICOS E NO LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) DE IL-8, VEGF E TGF BETA DE COELHOS SUBMETIDOS À INJEÇÃO INTRAPLEURAL DE DOIS DIFERENTES TIPOS DE TALCO.

LEILA ANTONANGELO; EVALDO MARCHI; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE; ALINE PIVETTA CORA; MARCELO JOSE ANDRADE OLIVEIRA; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA-INCOR-DISCIPLINA DE PATOLOGIA CLÍNICA-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: INTERLEUCINA 8; INTRAPLEURAL; TALCO

Introdução: Insuficiência respiratória aguda é o efeito colateral mais grave observado após a indução de pleurodese com talco. O mecanismo fisiopatológico envolvido com este desfecho não é totalmente conhecido. A disseminação de partículas de talco, com conseqüente resposta inflamatória local ou sistêmica, é uma das prováveis desencadeantes deste tipo de reação. A elevação dos níveis séricos e no LBA de determinadas citocinas podem refletir este estado. **Objetivos**: avaliar níveis séricos e em LBA de citocinas após injeção intrapleural de talcos de diferentes tamanhos. **Métodos**: Cinqüenta coelhos da raça New Zealand (1,5 a 2,0 kg de peso) divididos em 2 grupos receberam talco (400mg/kg em 2mL de solução salina) na cavidade pleural direita. Um grupo composto por 25 animais (Grupo Talco Pequeno - TP) foi injetado intrapleuralmente com talco de partículas pequenas (D50=6,4 um) e os demais 25 animais (Grupo Talco Misto) foram injetados com talco de partículas de tamanho variado (D50=21 um), semelhante ao usado na prática clínica. Cinco animais receberam injeção intrapleural direita de solução salina (grupo Controle). Os animais foram sacrificados nos tempos de 6, 24, 48, 72 ou 96 horas depois da administração do talco. Amostras de sangue e de LBA (direito e esquerdo) foram coletadas para as análises. IL-8, VEGF e TGF beta foram quantificados por técnica de elisaimunoensaio. Análise Estatística: ANOVA e teste t ($p<0.05$). **Resultados**: Os níveis séricos e no LBA de IL-8, VEGF e TGF beta foram mais elevados nos dois grupos de talco quando comparados ao controle, em todos os tempos do estudo ($p<0,05$). Os níveis séricos e no LBA de Il-8 foram significativamente mais altos no Grupo TP que no Grupo TM em todos os tempos. Os níveis de Il-8 e VEGF foram mais elevados no LBA direito que no esquerdo para ambos os tipos de talco, em todos os tempos do estudo ($p<0,05$). Os níveis de TGF beta foram similares nos LBA direito e esquerdo. **Conclusão**: Os altos níveis observados de IL-8, VEGF e TGF beta no LBA sugerem a participação dessas citocinas na resposta inflamatória pulmonar e sistêmica. Os altos níveis séricos e no LBA de IL-8 nos animais injetados com talco de partículas pequenas sugerem uma resposta inflamatória mais pronunciada neste grupo, reforçando a hipótese de uma maior migração dessas partículas. Apoio: FAPESP, CNPq

A0084 Doenças pleurais e mediastinais – PAPEL DO GRADIENTE DE ALBUMINA E DOS NÍVEIS SÉRICOS E PLEURAIS DO PEPTÍDEO NATRIURÉTICO CEREBRAL (BNP) NO DIAGNÓSTICO DE TRANSUDATOS E EXSUDATOS PLEURAIS.

ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[1]; LEILA ANTONANGELO[2]; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO[3]; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE[4]; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA[5]; ROBERTO ONISHI[6]; FRANCISCO SUSO VARGAS[7]; JOSE FABRI JUNIOR[8].

1,3,4,5,6,7,8.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA INCOR - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA INCOR-DISCIPLINA DE PATOLOGIA CLÍNICA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BNP; DERRAME PLEURAL; INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

Introdução: Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) representa uma das principais causas de derrames pleurais transudativos. Os critérios de Light, apesar de apresentarem alta acurácia diagnóstica, falham em reconhecer esta condição clínica em até 25% dos casos. Nesta situação, o Gradiente de Albumina (GA) e o de Proteínas (GP) auxiliam no diagnóstico. Recentemente, estudos demostram que a associação da dosagem do BNP pode incrementar a caracterização do transudato pleural de origem cardíaca. **Objetivos**: 1) Avaliar a sensibilidade e a especificidade dos critérios de Light e dos gradientes de Albumina e Proteína na diferenciação entre transudatos e exsudatos pleurais; 2) Avaliar o desempenho do BNP no diagnóstico dos derrames pleurais de etiologia cardíaca. **Métodos**: Os níveis de Albumina, Proteína, Desidrogenase Lática (DHL) e BNP foram analisados no sangue (SG) e no líquido pleural (LP) de pacientes com derrames pleurais secundários à ICC (n: 11) e outras etiologias (n: 25). Albumina, Proteínas e DHL foram dosadas em equipamento automatizado convencional. O BNP foi dosado por quimioluminescência. Foi realizada curva ROC para estabelecer o melhor valor de corte sérico e pleural para o BNP. Foi utilizada a correlação de Spearman para testar a correlação entre os níveis de BNP com a fração de ejeção (FE) determinada pelo ecocardiograma e a classe funcional clínica (I - IV). **Resultados**: Não observamos correlação entre os níveis de BNP e a classe funcional clínica nos pacientes portadores de transudato de etiologia cardíaca. Entretanto, obtivemos correlação negativa significativa entre a FE e os níveis séricos de BNP (- 0,77; p<0,001) e no líquido pleural (- 0,60; p=0,02). **Conclusão**: A relação pleural/sérica da DHL foi o melhor parâmetro na diferenciação entre transudatos e exsudatos pleurais. A melhor caracterização dos transudatos de origem cardíaca foi obtida com os níveis séricos de BNP, os quais apresentaram uma boa correlação com a fração de ejeção observada no ecocardiograma .APOIO: FAPESP

	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	VPP (%)	VPN (%)	Acurácia (%)
Proteína (LP/SG < 0,5)	85,7	93,3	94,7	82,4	88,9
DHL (LP/SG < 0,6)	89,5	100	100	89,5	94,4
GA	100	47,1	67,9	100	75,0
GP	100	64,7	76,0	100	83,3
BNP sérico (132 pg/mL)	93,3	100	100	95,5	97,2
BNP LP (127 pg/mL)	93,3	61,9	63,6	92,9	75,0

A0085 Doenças pulmonares ocupacionais – EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A SÍLICA E A OCORRÊNCIA DE GRANDE OPACIDADE PULMONAR.

ALESSANDRO VITO LIDO.

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SILICOSE; FIBROSE MACIÇA PROGRESSIVA; PNEUMOCONIOSE

Introdução: A silicose é considerada como doenças pulmonares progressivas e irreversíveis (1) que pode evoluir formando massas fibróticas decorrente da coalescência dos pequenos nódulos no parênquima pulmonar, quadro descrito como fibrose maciça progressiva, identificadas através de exames radiológicos (radiografia simples do tórax ou na tomografia computadorizada) quando o tamanho da opacidade é maior que 3 cm em seu maior diâmetro (2). **Objetivo:** Analisar a sua ocorrência das grandes opacidades pulmonares nos pacientes com silicose pulmonares acompanhados no Hospital das Clinicas da Unicamp. **Material e metodo:** Foram analisados em nossa casuística 1061 casos de silicose diagnosticados nos Hospital das Clinicas da Unicamp, no período de 25 anos (1978 a 2003) (3), para a identificação das grandes opacidades no parênquima pulmonar. **Resultado:** Identificamos nos radiogramas do tórax de nossa população a presença de 192 (18 %) grandes opacidades, classificadas como A em 58 casos (5,5 %), B em 72 (6,8 %) e C em 62 (5,8 %). Os pacientes apresentam idade média de 47+10 anos, com tempo médio de exposição de 17 ± 8 anos. Destes 415 (39%) pacientes mantiveram seguimento em nosso serviço ao longo de 25 anos, 75 (18,12%) apresentaram progressão radiológica com formação de grandes opacidades pulmonares. Progrediram do tipo A para B, 12 pacientes (2,90 %), de A para C, 1 (0,24 %) e de B para C, 5 (1,21 %). Surgiram 57 grandes opacidades (13,77 %); dentre estas, do tipo A são 13 (3,14 %), do tipo B, 34 (8,21 %), e do tipo C, 10 (2,42 %). **Discussção:** São raros os estudos sobre as grandes opacidades pulmonares, alguns trabalhos somente descrevem a presença destas alterações em sua população de estudo como Prowse e colaboradores,(3) em 1989, realizaram um estudo com 276 ceramistas com diagnóstico de silicose, no Reino Unido, com tempo médio de exposição de 35 ± 10 anos; eles identificaram a presença de grandes opacidades nos radiogramas de 115 indivíduos com silicose (41,65 %), sendo do tipo A, 67 (24,30 %), do tipo B, 44 (15,90 %) e do tipo C, 4 (1,45 %) (16) . Essa grande diferença, em relação a estudo atual, possivelmente se deve ao maior tempo de exposição ou às condições relacionadas com o período da exposição. **Conclusão:** A alta ocorrência das grandes opacidades pulmonares nos pacientes com silicose pulmonar indica a necessidade mais estudos sobre essas alterações e a sua evolução. 1) INTERNATIONAL PNEUMOCONIOSIS CONFERENCE, 4, 1971. Report of the working grup on definitions of pneumoconiosis. Bucareste: Apimonda, 1971. 2) INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. Guidelines for the use of ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconiosis. Ed. revista 2000. Genebra: ILO, 2000 (Occupational Safety and Health Series n. 22). 3) LIDO, A.; KITAMURA, S.; BAGATIN, E.; Exposição ocupacional e ocorrência de pneumoconioses na região de Campinas (SP) Brasil, 1978-2003. J Bras Pneumol, 34(6), 2008. 4) PROWSE, K.; ALLEN, M. B.; BRADBURY, S. P. Respiratory symptoms and pulmonary impairment in male and female subjects with pottery workers' silicosis. Ann Occup Hyg, 33:375-85, 1989.

A0086 Fisiopatologia respiratória – EFEITOS DA VENTILAÇÃO ASSISTIDA PROPORCIONAL ASSOCIADA À SUPLEMENTAÇÃO DE O2 NO TEMPO DE ENDURANCE E OXIGENAÇÃO MUSCULAR PERIFÉRICA DE PACIENTES COM DPOC.

ANA CRISTINA BARROSO SIQUEIRA; AUDREY BORGHI SILVA; CLAUDIA REGINA CARRASCOSSA; CRISTINO CARNEIRO OLIVEIRA; JOYCE MAIA; DANILO CORTOZI BERTON; LUIZ EDUARDO NERY; JOSE ALBERTO NEDER.

SETOR DE FUNÇÃO PULMONAR E FISIOLOGIA CLÍNICA DO EXERCÍCIO-SEFICE, UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: OXIGENAÇÃO MUSCULAR PERIFÉRICA; EXERCÍCIO; DPOC

Introdução: A limitação ao exercício é o principal sintoma dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Recentemente demonstramos que, após elevação do trabalho respiratório durante exercício físico dinâmico, ocorre redução do fluxo sanguíneo para os membros inferiores ocasionando interrupção da atividade por provável fadiga da musculatura periférica (Borghi-Silva et al, Thorax, 2008 May 20.Epub ahead of print). A ventilação assistida proporcional (VAP) mostrou-se eficaz em reduzir o trabalho ventilatório com o potencial de aumentar a perfusão sanguínea da musculatura periférica. Por outro lado, a suplementação isolada de O2 também mostrou-se eficaz em aumentar a oferta periférica de O2. Entretanto, nenhum estudo prévio parece ter avaliado comparativamente os efeitos da VAP associada à suplementação de O2 ao uso isolado de O2 na oxigenação muscular periférica desta população. **Objetivos**: Verificar o impacto da VAP associada à suplementação de O2 no tempo de endurance e oxigenação muscular periférica em pacientes com DPOC. **Métodos**: Foi realizado um estudo aleatorizado, controlado, duplo-cego, prospectivo e transversal com a participação de 17 pacientes com DPOC moderada a grave (VEF1: 1,35 (0,42); VEF1/CVF: 42,9 (14,6), com média etária de 59,2 (6,0) anos e estáveis clinicamente. Os participantes realizaram um teste cardiopulmonar incremental em cicloergômetro, para determinar a carga máxima e, em dias separados, dois testes de carga constante foram efetuados até o limite da tolerância (80% da carga máxima), sendo: i) situação controle associada à suplementação de O2 (Sham + O2) e ii) VAP associada à suplementação de O2 (VAP + O2). Os valores de um índice de extração periférica de O2 (deoxihemoglobina ou ΔHHb) foram continuamente monitorados no músculo vasto lateral através do sistema de espectroscopia por raios quasi-

infravermelhos (NIRS - Hamamatsu NIRO 200TM, Hamamatsu Photonics KK, Japan). Também foram monitorados os níveis de lactato sanguíneo coletados do lobo da orelha do paciente, bem como, a sensação subjetiva de dispnéia e fadiga de membros inferiores pela escala de Borg modificada. **Resultados**: Os indivíduos apresentaram melhora no tempo de endurance durante a ventilação com VAP + O2 em comparação com a situação Sham + O2 (p=0,008). Similarmente, foi encontrado redução na extração periférica de O2 (delta HHb%) durante o período estado-estável do exercício de carga constante com a VAP+ O2 em relação a situação controle (p=0,05). Tais dados sugerem um aumento do fluxo sanguíneo gerando uma necessidade reduzida de extração de O2. Do mesmo modo, encontramos redução nos níveis de lactato sanguíneo (p=0,02) e nos valores da Escala de Borg modificada para fadiga em membros com a intervenção VAP + O2 (p=0,04) ao corrigirmos os mesmos pelo tempo limite de exercício (tlim). **Conclusão**: A VAP associada à suplementação de O2, potencializa a melhora no tempo de tolerância ao exercício físico dinâmico em pacientes com DPOC. Tal efeito parece estar associado, ao menos parcialmente, à redução das necessidades perfusivas de O2 para a musculatura periférica em atividade. Apoio: FAPESP, CNPq e CAPES

AO087 Fisiopatologia respiratória - RELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E FUNÇÃO PULMONAR EM SEIS GRUPOS DE IMC.

SAULO MAIA DAVILA MELO[1]; VALDINALDO ARAGÃO DE MELO[2]; RAIMUNDO SOTERO DE MENEZES FILHO[3]; FÁBIO ALMEIDA SANTOS[4]; BÁRBARA SANTANA DAVILA MELO[5]; SAULO SANTANA DAVILA MELO[6]; RAUL ANDRADE MENDONÇA FILHO[7]; ROGERIO DOS SANTOS RODRIGUES[8].

1,2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL; 3,4.SIGO, ARACAJU, SE, BRASIL; 5,6,7,8.HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FUNÇÃO PULMONAR; OBESIDADE MÓRBIDA; ESPIROMETRIA

Introdução: A prevalência de sobrepeso e obesidade na população mundial tem alcançado proporções epidêmicas. Estudos prévios da função pulmonar em obesos limitam-se em avaliar as alterações funcionais apenas em duas ou três classes de obesos. **Objetivos**: Determinar a influência do aumento progressivo do peso na espirometria, pressões musculares respiratórias (PMR), saturação periférica de oxigênio (SpO2) e frequência respiratória (FR) em diferentes graus de obesidade. **Métodos**: Estudo transversal, de janeiro a dezembro de 2007, na avaliação do risco cirúrgico para tratamento de obesidade, em dois serviços de cirurgia bariátrica (um público e outro privado), na cidade de Aracaju-SE. Grupo controle: pacientes em avaliação clínica ou cirúrgica ambulatorial. Selecionados 140 indivíduos maiores de 18 anos, de ambos sexos, com relação VEF1 / CVF e PMR normais, com ausência de patologias que influenciassem a função pulmonar, distribuídos em seis grupos conforme o nível do Índice de Massa Corpórea (IMC): Grupo I (n:26): IMC de 18.5 a 29.9 Kg/m2 (grupo controle), Grupo II (n:18) IMC de 30 a 34,9 Kg/m2 , Grupo III (n:24): IMC de 35 a 39,9 Kg/m2 , Grupo IV (n: 30):IMC de 40 a 44.9 Kg/m2, Grupo V (n:23):IMC de 45 a 50.9 Kg/m2 , Grupo VI (n:19): IMC ≥ 51 Kg/m2 . Espirometria (Spida 5 Microlab) feitas pela equação de Hankinson e pressões musculares respiratórias (Micro Medical Limited) pela equação de Neder para os valores relativos, e em valores absolutos. Realizado SpO2 com oxímetro de pulso (Nonin Medical), aferição da FR, circunferência do pescoço (CP) e abdominal (CA). Procedimentos realizados com normas técnicas padronizadas. **Resultados**: A média de 11,2 anos, sendo 60% mulheres e 40% homens, com±idade 36,4 distribuição homogênea quanto à idade, sexo, altura, atividade física regular e etnia, entre os grupos. Observou-se aumento progressivamente da CP e CA entre os grupos (p<0,0001) e diferenças significativas da FR e SpO2 entre os grupos (p=0,0001), com o grupo VI diferenciando-se dos demais. Na espirometria os valores relativos do VEF1 e CVF diferiram significativamente entre os grupos (p=0,0001) e (p=0,0002), respectivamente, e em valores absolutos VEF1 (p=0,03) e CVF (p=0,02), com teste de tendência revelando diminuição progressiva linear entre os grupos (p<0,0001). Em valores relativos, o grupo VI diferiu significativamente dos demais grupos (p≤0,01), exceto do grupo V, e em valores absolutos do grupo I com o VEF1 (p=0,01) e CVF (p=0,008). Observou-se comportamento homogêneo da VEF1/CVF, FEF25-75, PFE, PIMax e PEMax. **Conclusão**: A obesidade determina efeito deletério progressivo na função respiratória. O grupo de obesos mórbidos é um grupo heterogêneo com ponto de corte das alterações funcionais respiratórias com o IMC ≥ 51 Kg / m², sugerindo que em futuros estudos a divisão dos obesos mórbidos em subgrupos seja considerada para melhor avaliação e acompanhamento destes pacientes.

AO088 Fisiopatologia respiratória - TEMPO REAL DE BIOTELEMETRIA APLICADA AO TESTE DO DEGRAU DE 6 MINUTOS (TD6M).

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; ALEXANDRA ALBUQUERQUE HUBNER[2]; DANIEL LUNARDI SPADER[3]; DIEGO BONIATTI RIGOTTI[4]; PAULO STEFANI SANCHES[5]; DANTON PEREIRA SILVA JUNIOR[6]; ANDRE FROTA MULLER[7]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[8].

1,2,5,6,7,8.HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,4.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTE DA CAMINHADA ; TESTE DO DEGRAU; BIOTELEMETRIA

O TD6M avalia a capacidade funcional do paciente. Baseia-se nas diretrizes para o teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) da American Thoracic Society (ATS). A vantagem em relação ao TC6M é de não necessitar de um corredor de 30 metros , podendo ser realizado em um espaço mínimo. **Objetivo**: Desenvolver e avaliar um sistema portátil de biotelemetria sem fio para curtas distâncias com contagem automática de subidas de degrau, aplicados ao TD6M. **Método**: O paciente é instruído a realizar uma seqüência de subidas e descidas em seu próprio ritmo, o maior número de vezes que conseguir, em um único degrau (uma plataforma de 17,5 cm de altura), durante um período de 6 minutos. A saturação periférica da hemoglobina (SpO2) e a freqüência cardíaca (FC) são monitoradas por um oxímetro portátil durante todo o tempo do exame. O número de subidas é contado através de um sensor óptico, que está localizado na base da plataforma, o que permite calcular automaticamente a distância vertical percorrida. Estes parâmetros são transmitidos em tempo real por uma unidade portátil de biotelemetria, através de uma unidade remota conectada ao computador. Um software próprio permite a visualização em tempo real da curva e dos valores da SpO2 e da FC, bem como do número de degraus subidos. **Resultados**: Foram realizados 64 testes em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Os testes demonstraram uma precisão de SpO2 e FC de ± 3 dígitos e ± 3%, respectivamente e uma confiabilidade na contagem automática de subidas de degraus de 100%. O desenvolvimento do sistema apresentou uma aceitação do sinal de 92,18%. Os testes excluídos foram devido à falha na captação do sinal da SpO2. **Conclusão**: O sistema oferece um método eficaz e efetivo para a realização do TD6M, com avaliação simultânea da saturação e pulso durante o esforço.

AO089 Fisiopatologia respiratória - A MISTURA HÉLIO-HIPERÓXIA (HELIOX: 60%HE-40%O2) COMPARADO COM O2 À 40% ADICIONA ALGUM BENEFÍCIO NO DESEMPENHO AO EXERCÍCIO EM PACIENTES HIPOXÊMICOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA?

FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA JÚNIOR; ETHIANE DUARTE DOS SANTOS MEDA; GASPAR ROGÉRIO CHIAPPA; DANIELA MANZOLI BRAVO; ANA CRISTINA BARROSO SIQUEIRA; MARIA CHRISTINA LOMBARDI OLIVEIRA MACHADO; JOSE ALBERTO NEDER; LUIZ EDUARDO NERY.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO-UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HELIOX; DPOC; EXERCÍCIO

Introdução: O uso da mistura do gás hélio com o oxigênio (HELIOX) tem promovido melhora da tolerância ao exercício submáximo e da dispnéia em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (Eves et al., Am J Respir Crit Care Med. 174:763-71, 2006). Entretanto, não está claro atualmente, se o HELIOX adiciona valor ao O2 isoladamente, aumentando a capacidade de exercício nos pacientes com DPOC em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **Objetivo**: Avaliar se a mistura hélio-hiperóxia (60%He-40%O2) promove benefício adicional na capacidade máxima de exercício de pacientes com DPOC hipoxêmica, em comparação com gás controle (O240%-N260%-CONT). **Métodos**: Dez homens com DPOC estável (VEF1= 42.7 ± 11.1 % do previsto; PaO2 repouso= 54.2 ± 8.7 mmHg) foram aleatoriamente alocados para receber uma mistura hiperóxica (60% N2, 40% O2) ou HELIOX (60% He, 40% O2) durante testes de exercício incremental (TECRi) em cicloergômetro. **Resultados**: Houve melhora significativa na capacidade máxima de exercício com HELIOX comparado ao CONT (pico de exercício= 64.1 ± 9.6 W vs. 56.6 ±9.3 W; p<0.01). Esses resultados estiveram associados a maiores valores de VE, fluxo expiratório médio e menor PETCO2, no pico do exercício (p<0.05). Valores de lactato sangüíneo corrigidos para o pico de exercício foram menores com HELIOX em comparação com ao CONT(p<0.05). No TECRi em isocarga, o

HELIOX levou a uma diminuição consistente na freqüência cardíaca e no duplo produto. Além disso, nesta condição, a PETCO2 esteve menor e o VE/VCO2 maior com HELIOX do que com CONT (p<0.05). **Conclusão**: A mistura Hélio-O2 (60%/40%) aumentou a tolerância máxima ao exercício e a ventilação alveolar em pacientes hipoxêmicos com DPOC. Parte desse benefício pode ser atribuída à melhora do desempenho cardiovascular nessa subpopulação. Apoio: FAPESP/ CAPES/CNPq/Air Liquide(R).

AO090 **Fisiopatologia respiratória – EFEITOS DA IDADE NA RELAÇÃO OFERTA-CONSUMO DE O2 PERIFÉRICO DURANTE O EXERCÍCIO INTENSO EM INDIVÍDUOS SEDENTÁRIOS.**

JOYCE MAIA; AUDREY BORGHI SILVA; ETHIANE DUARTE DOS SANTOS MEDA; ANA CRISTINA BARROSO SIQUEIRA; DANIELA MANZOLI BRAVO; FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA JÚNIOR; LUIZ EDUARDO NERY; JOSE ALBERTO NEDER.

SEFICE - DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: IDOSOS; OXIGENAÇÃO MUSCULAR; EXERCÍCIO

Introdução: A cinética do consumo pulmonar de oxigênio (VO2p) é mais lenta em indivíduos idosos comparativamente aos jovens. Em estudo prévio DeLorey DS et al. (J Appl Physiol 98:1697, 2005) demostraram que a extração de O2 muscular, estimada por mudanças na deoxigenação muscular foi acelerada em idosos fisicamente ativos, sugerindo que a cinética lenta do VO2p foi secundária à lenta adaptação do fluxo local de oxigênio. Entretanto, é possível que a importância de fatores periféricos seja maior em idosos destreinados. **Objetivos**: avaliar os efeitos da idade na relação oferta-consumo de oxigênio periférico durante a resposta ao exercício de indivíduos sedentários. **Material e Métodos**: Desta forma, avaliamos 11 indivíduos com idade superior a 50 anos e 11 jovens, ambos sedentários e saudáveis, durante exercício supra-limiar de lactato, realizados até o limite da tolerância (Tlim). Um modelo mono-exponencial foi usado para estimar a τVO2p (fase 2) e a τHHb após o time delay (TD) no início do exercício. (HHb avaliada pela espectroscopia por raios quase-infra-vermelhos - NIRS - Hamamatsu NIRO 200TM, Hamamatsu Photonics KK, Japan). **Resultados**: Como esperado, os indivíduos idosos apresentaram lenta cinética do τVO2p e da freqüência cardíaca (FC) comparativamente com os indivíduos jovens (τVO2p = 43.0 ± 11. s vs. 31.0 ± 8.8 s e t1/2 FC= 70.6s ± 17.1 s vs. 42.3 ± 9.5 s; p<0.05). Surpreendentemente, entretanto, a cinética da HHb foi também mais lenta nos idosos (19.7 ± 2.8 s vs. 16.6 ± 1.0 s; p<0.05). Em vista destes dados, a razão entre as cinéticas do VO2/[HHb] , um índice da oferta microvascular de O2, não diferiu entre os indivíduos idosos e jovens (p>0.05). **Conclusões**: Estes dados indicam que a idade não está associada com alterações da relação oferta - consumo de O2 em indivíduos destreinados do sexo masculino. Por outro lado, nossos dados sugerem que fatores periféricos (intra-musculares) são determinantes da cinética lenta do VO2 em idosos, mesmo no exercício de alta intensidade. Apoio: FAPESP/ CNPq/ CAPES

AO091 **Fisiopatologia respiratória – INFLUÊNCIA DA OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS NO TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS.**

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; HENRIQUE DARTORA[2]; PAULINE ZANIN SIQUEIRA[3]; RENATA HECK[4]; DIEGO BONIATTI RIGOTTI[5]; ALEXANDRA ALBUQUERQUE HUBNER[6]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[7].

1.HOSPITAL DE CLINICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5.CENTRO UNIVERSITÁRIO METODISTA-IPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 6,7.HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS; OBSTRUÇÃO; ESPIROMETRIA

Os pacientes com doenças obstrutivas apresentam, muitas vezes, limitação nas suas atividades diárias com redução da força muscular dos membros inferiores. A avaliação da capacidade física, inclui a espirometria para graduar a obstrução e o teste da caminhada de 6 minutos (TC6) para avaliação dinâmica. **Objetivo**: Analisar o comportamento dos parâmetros do TC6 em pacientes com diferentes graus de obstrução. **Metodologia**: Selecionamos pacientes adultos normais(N) e com obstrução(DPFP2002): leve(DVOL), moderada(DVOM), grave(DVOG), encaminhados para realização de espirometria na Unidade de Fisiologia Pulmonar do Serviço de Pneumologia do HCPA. A espirometria foi executada em equipamentos da marca Jaeger, utilizando-se os previstos de Crapo. O TC6 foi realizado em um corredor de 27m, sendo o paciente instruído a caminhar o mais rápido possível durante 6 minutos, seguindo as normativas da ATS 2002. Foram mensuradas (antes e após a caminhada) as variáveis: distância caminhada, saturação periférica de O2(SpO2), freqüência cardíaca e dispnéia (Borg). **Resultados**: Incluimos 142 pacientes com uma média de idade de 64 anos. No grupo de pacientes, encontramos: 8 N, 23 DVOL, 42DVOM e 69DVOG. Houve diferença significativa na distância média percorrida entre os grupos, exceto entre o DVOL e DVOM, sendo: 544m no N, 461m no DVOL, 438m no DVOM e 366m no DVOG. O VEF1 mostrou correlação significativa com distância (r=0,408 p=0.001), com o Borg final (r=-210 p=0.012), com a SpO2 final (r=0.21 p=0.005). A correlação entre a variação do Borg e e a variação da SpO2 também foi significativa (r=0,22 p=0,008), no grupo total. Nos pacientes com DVOG, encontramos correlação do Borg final com a variação da SpO2 (r=0.434 p=0.001) e da SpO2 final com a variação do Borg (r=-0.415 p=0.001). **Conclusão**: Nosso estudo sugere que o grau de obstrução interfere na realização do teste, havendo tendência de menor desempenho e maior oscilação das variáveis nos pacientes com maior limitação do fluxo aéreo.

AO092 **Hipertensão pulmonar – PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO PULMONAR NA ESQUISTOSSOMOSE HEPATOESPLÊNICA.**

BRUNO ARANTES DIAS[1]; MÔNICA SILVEIRA LAPA[2]; ALBERTO QUEIROZ FARIAS[3]; JEANE MIKE TSUTSUI[4]; CAIO JULIO CESAR FERNADES[5]; CARLOS VIANA POYARES JARDIM[6]; MÁRIO TERRA FILHO[7]; ROGÉRIO SOUZA[8].

1,2,5,6,7,8.GRUPO DE CIRCULAÇÃO PULMONAR - DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA; INCOR - HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA - HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4.DEPARTAMENTO DE ECOCARDIOGRAFIA - INCOR - HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESQUISTOSSOMOSE; HIPERTENSÃO PULMONAR; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: A Esquistossomose é uma doença causada por parasitas trematodos, endêmica em várias regiões do Brasil e com morbidade variável. Cerca de 8% dos pacientes desenvolvem doença hepatoesplênica crônica; alguns estudos sugerem que até 30% dos pacientes com esquistossomose hepato-esplênica desenvolvem hipertensão pulmonar (HP), contudo, heterogeneidade na definição de HP e falta de confirmação invasiva da mesma impedem a extrapolação destes dados. **Objetivos**: O objetivo do estudo foi avaliar a prevalência real de HP em pacientes com esquistossomose hepatoesplênica. **Métodos**: Todos os pacientes com esquistossomose hepatoesplênica ativos do ambulatório de gastroenterologia de nosso hospital foram avaliados com ecocardiograma transtorácico. Aqueles com pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP) maior do que 40 mmHg foram submetidos a cateterização invasiva de artéria pulmonar para confirmação diagnóstica, sendo definido como HP a presença de pressão média de artéria pulmonar superior a 25 mmHg em repouso. **Resultados**: Sessenta e cinco pacientes foram incluidos (27 homens / 38 mulheres) com uma média de idade de 51 ± 12 anos. Doze pacientes (18,1%) apresentaram PSAP ao ecocardiograma superior a 40 mmHg e 11 desdes realizaram avaliação invasiva, confirmando HP em 5 pacientes (7,7% da amostra total). Se o paciente que não realizou a avaliação invasiva for considerado, uma prevalência máxima de HP de 9,2% seria encontrada. Em dois pacientes dos 5 pacientes com HP, o quadro foi atribuído à presença de distúrbio diastólico do ventrículo esquerdo, sendo os 3 remanescêntes diagnosticados como apresentando hipertensão pulmonar pré-capilar (4,6% da amostra total). **Conclussão**: Concluimos que a HP é complicação freqüente em pacientes com esquistossomose hepatoesplênica, podendo representar a causa mais prevalente de HP. Ressalta-se ainda a importância da avaliação hemodinâmica invasiva, não apenas para a confirmação da elevação pressórica mas também para a determinação do principal mecanismo fisiopatológico.

A0093 Hipertensão pulmonar – QUALIDADE DE VIDA PREVÊ SOBREVIDA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR.

BARBARA DO CARMO DOS SANTOS MARTINS; CARLOS VIANA POYARES JARDIM; ANA PAULA BREDA; CAIO JULIO CESAR FERNADES; VIVIANE MOREIRA CAMARGO; BRUNO ARANTES DIAS; ANDRE HOVNAVIAN; ROGÉRIO SOUZA.

GRUPO DE CIRCULAÇÃO PULMONAR DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - INCOR/ FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA; SOBREVIDA; HIPERTENSÃO PULMONAR

Introdução: Devido ao desenvolvimento dos novos tratamentos para hipertensão arterial pulmonar (HAP) tornou-se necessária a utilização de marcadores de resposta que possam refletir o prognóstico da doença e os efeitos dos tratamentos. Nas últimas décadas, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) avaliada através de questionários ganhou destaque e tem mostrado correlação com outros marcadoresde gravidade em HAP; sua capacidade prognóstica, entretanto, ainda é pouco conhecida. **Objetivo**: O objetivo desse trabalho foi estudar o papel prognóstico da avaliação da qualidade de vida em pacientes com HAP. **Método**: Setenta e oito pacientes com HAP foram avaliados através do questionário de qualidade de vida SF-36 antes de serem submetidos a algum tratamento específico. Depois de 16 semanas de tratamento, a medida de QV foi realizada novamente em um subgrupo de 54 pacientes para avaliar o efeito do tratamento específico. O grupo total de pacientes foi seguido prospectivamente para determinação da sobrevida. **Resultados:** Os pacientes apresentaram a média de idade de 44 ±13 anos. O padrão hemodinâmico foi compatível com dados previamente descritos na literatura, com débito cardíaco médio de 4,0± 1,4 L/min, resistência vascular pulmonar de 15,2 ±8,4 WU e pressão média da artéria pulmonar de 64 ±17 mmHg. A avaliação da QV mostrou uma diminuição nos escores dos 8 domínios do SF-36. O Componente Físico do questionário SF-36 apresentou correlação positiva com a distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos($r=0.45$, $p<0.001$) e correlação negativa com a Classe Funcional ($r=-0.55$, $p<0.001$). Houve um aumento significativo nos escores de QV do subgrupo de pacientes tratados, após 16 semanas ($p<0.001$). Após um seguimento médio de 30 meses, os pacientes que apresentaram Componente Físico basal maior que 32, apresentaram melhor sobrevida. **Conclusão**: a avaliação da qualidade de vida é útil na avaliação de rotina dos pacientes com HAP, pois se correlaciona com outros marcadores, reflete o resultado do tratamento específico e prediz sobrevida.

A0094 Hipertensão pulmonar – HIPERTENSÃO PULMONAR AVALIADA POR ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER EM PACIENTES ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA: PREVALÊNCIA E FATORES PREDITIVOS.

CHRISTIANO PERIN[1]; SIMONE CHAVES FAGONDES[2]; FERNANDA CANO CASAROTTO[3]; ALESSANDRA NAIMAIER BERTOLAZI[4]; BRUNA ZIEGLER[5]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[6]; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[7].

1,2.HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,4,5,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; HIPERTENSÃO PULMONAR; PREDITORES

Introdução: Estudos mostram que o achado de Hipertensão Pulmonar (HP) em pacientes com Fibrose Cística (FC) associa-se à diminuição da sobrevida. Desta forma, justifica-se a importância de identificar variáveis preditoras de HP e determinar qual o papel da hipoxemia durante o sono e durante o exercício no desenvolvimento da HP nesses pacientes. **Objetivos:** Determinar a prevalência de HP em pacientes adultos com FC através da ecocardiografia Doppler. Correlacionar os achados ecocardiográficos com variáveis clínicas, funcionais e polissonográficas objetivando determinar preditores de HP nesses pacientes. **Métodos**: Estudo transversal prospectivo em pacientes clinicamente estáveis (idade ≥ 16 anos) atendidos por um programa de adultos com FC. Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, ecocardiografia Doppler com obtenção da velocidade de regurgitação tricúspide (VRT), testes de função pulmonar, radiograma do tórax, teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) e polissonografia de noite inteira. **Resultados**: Foram estudados 35 pacientes com idade média de 24,4 ± 7,4 anos e VEF1 médio de 53,8 ± 21,3% do previsto. Considerando um ponto de corte da VRT de 2,5 m/s, a prevalência de HP foi de 28,6% (10 pacientes). Na análise univariada não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem HP para as variáveis: índice de massa corporal (IMC), tempo de diagnóstico, distância caminhada no TC6M, escore nas escalas de sonolência (Epworth) e de qualidade do sono (PSQI) ($p>0,05$). Por outro lado, o grupo com HP apresentou idade média maior além de escore clínico, volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e valores de saturação periférica de oxigênio (SpO2) em repouso, no final do TC6M e durante o sono significativamente menores ($p<0,001$). Na análise de regressão linear multivariada identificou-se a SpO2 em repouso como o melhor preditor independente de HP. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo da SpO2 em repouso ≤ 94% para HP foi, respectivamente, 80%, 84%, 66,5% e 91,3%. Dentre os pacientes com SpO2 ≤ 94% (12 pacientes), 91,6% dessaturaram durante o sono e 66,6% dessaturaram durante o TC6M. **Conclusões**: Os pacientes com FC apresentaram alta prevalência de HP. A principal variável preditora de HP foi a SpO2 em repouso. Com base nesses resultados, sugere-se que pacientes com SpO2 em repouso ≤ 94% realizem ecocardiografia doppler para pesquisa de HP subclínica além de oximetria durante o sono e o exercício para pesquisa de dessaturação da oxihemoglobina.

A0095 Hipertensão pulmonar – EFEITO DO ESTRADIOL NA APOPTOSE DE CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIAIS.

MÔNICA SILVEIRA LAPA[1]; PAUL JURASZ[2]; KRYSTYNA KULISZEWSKA[3]; DUNCAN J STEWART[4]; JOHN T GRANTON[5].

1.UNIVERSITY OF TORONTO/FMABC/ INCOR-HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4,5.UNIVERSITY OF TORONTO/SAINT MICHAEL|||||||'S HOSPITAL, TORONTO, CANADÁ.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; CÉLULAS ENDOTELIAIS PROGENITORAS; ESTRADIOL

Introdução:Pacientes do sexo feminino, ao atingirem a fase de pós-menopausa, apresentam maior suscetibilidade para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP).Um dos mecanismos que favorecem o aparecimento desta doença é a apoptose de células endoteliais em artérias pulmonares. Células progenitoras endoteliais (EPCs) são responsáveis pela homeostase do endotélio vascular e qualquer alteração na sua função ou na sua atividade pode contribuir para HAP.Estudos sugerem que os estrógenos aumentam o recrutamento de EPCs para a restauração vascular.Hipoteticamente, os ciclos hormonais femininos seriam protetores contra a lesão do endotélio e a cessação abrupta dos ciclos levaria à disfunção.Desta forma, a hipótese deste projeto é que os estrógenos modulam as atividades das EPCs aumentando a sobrevida e estimulando a sua diferenciação. **Objetivos**: 1)Avaliar o efeito do β-Estradiol na apoptose de EPCs em cultura 2)Avaliar a fenotipagem de EPCs tratadas com β-Estradiol durante 7 dias de cultura. Metodologia:EPCs foram isoladas de 20 indivíduos controles e 4 pacientes com HAP e cultivadas por 8 dias em meio de cultura padrão específico para células endoteliais (EBM-2MV com 20% FBS) e meio de cultura EBM-2MV, sem hidrocortisona, com 20% FBS inativado. β-Estradiol nas concentrações de 10, 1, 0.1, 0.01, 0.001uM foi adicionado ao meio de cultura. Apoptose:As células foram colocadas em placas no dia 0 com meio de cultura padrão; no dia 4 o meio de cultura foi trocado para aquele com FBS inativado e no dia 6 foi adicionado estradiol juntamente com a privação de soro.Em alguns experimentos, o estradiol foi adicionado em ambos os meios de cultura desde o dia 0.No sexto dia de cultura, as células foram induzidas à apoptose com privação de soro.No oitavo dia as células foram preparadas para apoptose celular .Fenotipagem:No sétimo dia as células foram incubadas com os anticorpos marcados com fluorescência: anti-CD31, anti-CD133,anti- VEGFR2, anti-CD14, lecitina e Di-LDL.**Resultados**: A apoptose sem estimulação das EPCs de controles foi de 12±2%.Com a privação de soro em meio de cultura padrão, a apoptose foi de 11±5.8% nas células sem E2, 8,3± 4,9% naquelas com 0.001uM de E2 e 9.8±5 % nas células com 1uM de E2 (NS).As células que tiveram FBS inativado a partir do dia 4 apresentaram apoptose de 12.8±6% sem E2, 14,3±4,2% nas com 0.001uM de E2 e 10,9±3,9% naquelas com 1uM de E2 (NS).Também não foi encontrada diferença entre os grupos com o método CaspACE. Quanto à expressão de marcadores celulares, as EPCs cultivadas em meio de cultura com FBS inativado com ou sem E2 foram 50% positivas para anti-CD14, 8% para anti-CD31 e tiveram aumento da fluorescência quando marcadas com anti-CD133. Foram também positivas para lecitina e Di-LDL. **Conclusões**:1)O efeito protetor do estradiol na apoptose de EPCs não foi observado2) As células cultivadas em meio de cultura com E2 e FBS inativado também expressaram os marcadores de membrana que caracterizam as EPCs.

A0096 Infecções respiratórias - PAPEL DA ANÁLISE DO ESCARRO NO DIAGNÓSTICO DA PNEUMONIA BACTERIANA DE ORIGEM COMUNITÁRIA: AVALIAÇÃO PRELIMINAR.

NILSON MOURA GAMBERO; EDUARDO ALEXANDRINO SERVOLO DE MEDEIROS; ROSALI TEIXEIRA DA ROCHA; JORGE NAKATANI; JOÃO PAULO DOS SANTOS GOUVEIA; ÉLCIO BAKOWSKI; CLISTENES DOYR SOARES SILVA.

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; ETIOLOGIA; ESCARRO

O papel do Gram e cultura do escarro no diagnóstico microbiológico da pneumonia comunitária (PAC) continuam controversos. O presente estudo tem como objetivo descrever sua importância. Para isso os autores conduziram estudo prospectivo longitudinal observacional, multicêntrico, do tipo descritivo, envolvendo pacientes consecutivos em 2 diferentes centros da cidade de São Paulo (Hospital São Paulo e Hospital Santa Marcelina); no período de agosto de 2006 até julho de 2008. Foram incluídos no estudo pacientes maiores de 18 anos com achados clínicos e radiológicos confirmatórios de pneumonia, segundo critérios estabelecidos por Fang et al 1990. Todos foram submetidos a coleta de escarro (para estudo bacterioscópico pelo método de Gram, pesquisa de BAAR e cultura para aeróbios e Legionella sp), 2 hemoculturas e pesquisa de antígeno urinário para S. pneumoniae e Legionella sp. Broncoscopia para coleta de lavado bronco-alveolar, aspirado endotraqueal e toracocentese foram utilizados conforme indicação clínica. Foram incluídos 75 pacientes, sendo 8 casos excluídos por erro diagnóstico. 58% dos pacientes eram homens; a média de idade foi de 50 anos e 37% foram classificados como classe 3,4 ou 5 pelo escore de Fine et al. 57 (85%) pacientes conseguiram fornecer amostra de escarro e destes 56 forneceram escarro de boa qualidade (> 25 polimorfonucleares e < 10 células epiteliais). O diagnóstico microbiológico foi feito em 21 (31%) casos (12 S. pneumoniae, 3 S. aureus, 3 Enterobacter sp, 2 Haemophilus sp e 1 Proteus mirabilis). A hemocultura apresentou um rendimento de 10% (7 casos) (5 S. pneumoniae e 2 S. aureus). O antígeno urinário apresentou rendimento de 12% (8 casos) casos, todos positivos para pneumococo. LBA foi colhido em 6 pacientes com isolamento de 1 Haemophilus sp. O Gram do escarro foi negativo (< 5 bactérias/ 10 campos) em 3 (5%) casos, positivo com flora mista (ausência de uma morfologia que representase >50% da amostra) em 14 (25%) casos e positivo com uma morfologia predominante em 39 (69%) das amostras. A cultura foi positiva em 11 (19%) amostras (3 S. pneumoniae, 3 S. aureus, 3 Enterobacter sp, 1 Haemophilus sp e 1 Proteus mirabilis). Com a análise do escarro houve um acréscimo no rendimento do diagnóstico etiológico em 7 (40%) casos. Observou-se concordância do Gram com a cultura em 6 amostras (1 S. pneumoniae, 03 S. aureus, 01 Enterobacter sp e 01 Haemophilus). Utilizando-se como padrão ouro a associação hemocultura + antígeno urinário a sensibilidade da cultura do escarro foi de 29%. Analisando-se somente os casos de S. pneumoniae a sensibilidade do Gram e cultura foram de 20%. Apesar de um número muito pequeno de casos, nas duas pneumonias por S. aureus a análise do escarro tanto pelo Gram como pela cultura foram positivas. Somente em 1 caso a conduta foi influenciada pela análise do escarro.

A0097 Métodos diagnósticos em pneumologia - ESOFAGOMANOMETRIA E PHMETRIA ESOFÁGICA PROLONGADA EM 1170 PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS.

MIRNA MOTA MACHADO; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; IANA OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO; IDILIO ZAMIN JUNIOR; RENE JACOBSEN EILERS.

LABORATÓRIO E MOTILIDADE DIGESTIVA-SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: REFLUXO GASTRO-ESOFÀGICO ; PHMETRIA; DOENÇA RESPIRATÓRIA

Introdução: Doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE) é afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado do conteúdo gastroduodenal para esôfago e/ ou órgãos adjacentes, com sinais e sintomas esofágicos ou extra-esofágicos, associados ou não a lesões teciduais. A DRGE afeta 40% dos portadores de tosse crônica e 34-89% dos asmáticos. **Objetivo**: Avaliar o perfil da esofagomanometria (EMN) e da pHmetria esofágica prolongada nos portadores de manifestações respiratórias, encaminhados para avaliação funcional esofágica. **Métodos**: Foram analisados retrospectivamente os resultados da EMN e da pHmetria. O critério de inclusão foi a presença de sintomas respiratórios, acompanhados ou não de sintomas digestivos. **Resultados**: Dos 1170 pacientes, 602(51,5%) relataram manifestações digestivas associadas às respiratórias (MDR) e 568(48,5%), apenas, respiratórias (MR). Asma foi relatada por 142 indivíduos sem manifestações digestivas (asmaMR) e por 201 com manifestações digestivas associadas (asmaMDR). Hipomotilidade ocorreu em 175 indivíduos (14,3% do grupo MDR e 15.6% do grupo MR) e hipotonia do EEI (esfíncter esofágico inferior) em 411(30,2% dos MR e 40.3% dos MDR), sendo a hipotonia do EEI o dado da EMN que se correlacionou com RGE (refluxo gastro-esofágico) patológico. A exposição do esôfago distal ao ácido foi marcadamente anormal no período de decúbito. A prevalência de RGE patológico foi de 39,8%. Já no subgrupo de asma, correspondeu a 44%, dos quais 50(35,2%) pertenciam ao asmaMR. **Conclusão**: hipotonia do EEI foi a alteração manométrica preponderante, correlacionando-se com RGE patológico. O período de decúbito foi o de maior exposição do esôfago distal ao ácido à pHmetria. RGE patológico foi mais evidente nos pacientes com queixas digestivas associadas, contudo, aproximadamente um terço dos pacientes sem sintomas digestivos apresentou RGE patológico (RGE silencioso). Os achados sugerem DRGE como possível causa extra-pulmonar de sintomas respiratórios crônicos, não responsivos à terapêutica convencional.

A0098 Métodos diagnósticos em pneumologia - ULTRASSOM ENDOSCÓPICO COM ASPIRAÇÃO POR AGULHA FINA (EUS-FNA): IMPACTO CLÍNICO NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES MEDIASTINAIS. EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA USP DE 2003 A 2008 (66 CASOS).

THIAGO OLIVEIRA MENDOÇA; TERESA YAE TAKAGAKI; RAFAEL SILVA MUSOLINO; GUSTAVO FAIBISCHEW PRADO; DÉCIO SAMPAIO COUTO JUNIOR; EVERSON LUIS ALMEIDA ARTIFON.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EUS-FNA; DIAGNÓSTICO; MEDIASTINAIS

Introdução: Ultrassom Endoscópico (EUS) com Aspiração por Agulha Fina (FNA) é um método minimamente invasivo utilizado para diagnosticar lesões mediastinais através de visibilização direta e punção aspirativa. As revisões mais atuais mostram que é um exame com boa sensibilidade, fácil execução, pequeno índice de complicações e que vem ganhando espaço em relação a métodos mais invasivos, como a mediastinoscopia. **Objetivos**: Avaliar o impacto clínico do EUS-FNA no diagnóstico de lesões mediastinais visibilizadas por outros métodos de imagem. Método: Análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes que realizaram EUS-FNA por lesões mediastinais entre 2003 e 2008. **Resultados**: Foram avaliados 66 casos de EUS, destes somente 8 não realizaram FNA por motivos técnicos ou por não visibilização da lesão. Cinqüenta e oito casos realizaram EUS-FNA e estes foram avaliados em relação a acurácia do método para diagnóstico confirmatório (histopatológico). Todos os pacientes possuíam lesões mediastinais diagnosticadas por outros métodos de imagem. O EUS-FNA confirmou o diagnóstico em 34 pacientes (59%), sendo destes 24/34 (71%) como câncer de pulmão. Dos 24 casos (41%) que não estabeleceram diagnóstico, 9/24 (37,5%) tiveram diagnóstico por outro método e 15/24 (62,5%) permaneceram sem diagnóstico. A análise estatística demonstrou sensibilidade de 79%, especificidade de 62,5 % e acurácia 84,5% para EUS-FNA em relação a patologias mediastinais. CONCLUSÃO: O EUS é uma ferramenta valiosa para o diagnóstico confirmatório de lesões localizadas no mediastino posterior e médio, através da análise histopatológica da punção por agulha fina (FNA). Uma das limitações do método é a dificuldade de acesso ao mediastino anterior, que pode ser complementado por outro método invasivo (mediastinoscopia) ou minimamente invasivo (ultrassom broncoscópico), devido a impossibilidade do ultrassom penetrar em estruturas preenchidas por ar, como a traquéia. Além de massas, é possível o acesso a linfonodos posteriores das cadeias 4L, 5 e 7, e no mediastino inferior às cadeias 8 e 9 (mapa linfonodal de Mountain-Dresler). É utilizado não só para estadiamento linfonodal do câncer de pulmão não pequenas células, mas pode ser indicado para diagnóstico de doenças granulomatosas (tuberculose), neoplasias mediastinais (linfoma, seminoma), metástase a distância de outros cânceres (melanoma, tumores da parede torácica, carcinoma do trato digestivo), entre outros. Portanto é um método acurado no diagnóstico de patologias mediastinais, com impacto clínico na conduta e prognóstico, principalmente para neoplasias.

A0099 Miscelânea - Micobactérias Não Tuberculosas Isoladas de Pacientes do Instituto Clemente Ferreira em Sao Paulo no Período 1995-2007.

MARCIA TELMA GUIMARAES SAVIOLI; FERNANDO FIUZA MELO; NELSON MORRONE; DENISE SILVA RODRIGUES.
INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; MICOBACTERIAS NAO-TUBERCULOSAS; MICOBACTERIOSE

Introdução: A identificação de micobactérias não tuberculosas (MNT) tem aumentado nos últimos anos, mas seu real significado é discutível em muitos casos. **Objetivo**: Avaliar o diagnóstico, a bacteriologia, aspectos clínicos, radiológicos e a evolução terapêutica de pacientes dos quais foram isolados MNT. **Métodos**: No período foram diagnosticados 9147 casos de TB, dos quais 124 (1,3%) portadores de MNT. Destes, foram analisados 101 pacientes que apresentavam documentação completa. Foram considerados doentes os sintomáticos com alterações radiológicas não estáveis e identificação de MNT em pelo menos uma amostra de espécime clínico; os assintomáticos ou com alterações estáveis foram classificados como colonizados muitas vezes com várias culturas positivas e contaminação quando incompatibilidade clínica e uma única amostra positiva. **Resultados**: M.kansasii foi isolado em 48 pacientes, MAC em 25, M. abscessus em 6 e outras (M. peregrinum, M. chelonae, M. fortuitum, M. gordinae, M. xenopi, M.szulgae, M.scrifulaceum) em 20; em 9 não foi possível a determinação da espécie. A proporção homem/mulher foi 2/3; a média de idade foi 46 anos (± 15). A forma pulmonar foi evidenciada em 92% dos casos. TB prévia foi relatada por 53 pacientes. Seis pacientes apresentavam silicose e HIV foi detectado em 8 de 55 testes realizados. Sessenta e quatro foram considerados doentes. Estes eram sintomáticos e suas radiografias revelavam cavidades bilaterais em 24% e unilaterais em 42% mesmo sem relato de tuberculose prévia. Em 12 casos mais de uma MNT foi isolada. Quarenta MNT de 43 eram resistentes ao teste fenotípico PNB. Testes de sensibilidade demonstraram resistência aos quimioterápicos comuns, com exceção do M. kansasii, dos quais 17 de 26 eram sensíveis à RMP. Resposta favorável foi observada em 21 casos de M kansasii e 16 deles com associação de RIZ ou RIZE. Taxa de abandono (18%) e transferência elevada comprometeram o tratamento. **Conclusões**: Há necessidade urgente de reavaliar ou desconsiderar os critérios clássicos para o diagnóstico de MNT por serem inaplicáveis na prática.. A prevalência de M. kansasii foi evidente nesta população com alta frequência de tuberculose. O esquema INH-RMP-PZA-EMB cura grande número de pacientes possivelmente diminuindo a real incidência de M. kansasii. No tratamento das outras MNT encontradas associamos drogas de 1ª linha e às vezes alcançando a cura, justificando que precisamos compreender melhor a discordância in vivo e in vitro. Os testes de sensibilidade devem ser realizados sempre que for identificada MNT. Há necessidade de novas drogas, teste de sensibilidade, estimular interação laboratório-médico, trabalhos cooperativos e um programa específico com notificaçao compulsória.

A0100 Miscelânea - GRUPO MULTIDISCIPLINAR HOSPITALAR DE ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO EM TÉCNICA INALATÓRIA - ATUAÇÃO E IMPACTO NA ASSISTÊNCIA.

MARIA ANGÉLICA PIRES FERREIRA; LEILA BELTRAMI MOREIRA; PAOLA PANAZZOLO MACIEL; BIANCA MICHEL SPINDLER; PAULO CORREA DA SILVA NETO; CAROLINA DAY; BRUNA SANTOS; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO.
HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: AEROSSOLTERAPIA; AEROSSOL DOSIMETRADO; TERAPÊUTICA INALATÓRIA

Introdução: A via inalatória é freqüentemente utilizada no tratamento de doenças prevalentes como asma e DPOC. Os dispositivos inalatórios dosimetrados (DID) são uma alternativa eficaz e, no caso dos nebulímetros dosimetrados (ND), mais custo-efetivos em relação à nebulização. Entretanto, problemas relacionados à má técnica no uso desses dispositivos são freqüentes em nível ambulatorial e hospitalar. Estudo de utilização recentemente conduzido pela Comissão de Medicamentos mostrou deficiências no uso de ND no HCPA, incluindo problemas estruturais como falta de aerocâmaras e falta de conhecimento da técnica pelos pacientes e funcionários. **Material e métodos**: Em uma iniciativa conjunta da Comissão de Medicamentos com os Serviços de Farmácia e Pneumologia, elaborou-se um projeto de desenvolvimento institucional visando à qualificação da assistência em terapêutica inalatória (TI). O projeto propôs a criação de um grupo multidisciplinar de orientação e treinamento em TI. As atividades do grupo incluem consultoria, planejamento e sistematização de rotinas assistenciais, atividades educativas, estudos de utilização e gerenciamento e implementação de tecnologias. Os pacientes em uso de DID são rastreados e avaliados através de check-list padronizado para cada dispositivo, recebendo orientação individualizada. Conforme avaliação, são feitos ajustes necessários como a adoção de aerocâmaras ou adaptadores específicos (traqueostomia e ventilação não invasiva), seguindo critérios pré-definidos em protocolos específicos. **Resultados**: No período de maio a julho de 2008, 80,3% dos pacientes adultos internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas em uso de algum DID foram avaliados e orientados pelo grupo (n=56). A média de idade dos pacientes foi de 63 anos. O diagnóstico mais comum foi DPOC (51,9%), seguido de asma ((32,7%). O VEF1 médio (% previsto) pré-broncodilatador foi 49,7%. O dispositivo mais usado foi o ND (83,3%), seguido de aeroliser (46%), e ambos foram usados concomitantemente em 29% dos casos. Nebulização foi usada concomitantemente com algum DID em 25 casos (46,2%). Dentre os 47 usuários de ND, 14 (29,7%) fizeram uso de aerocâmara de grande volume seguindo orientação do grupo. As intervenções mais comuns foram: ajuste da técnica (80,9%), orientação a familiares (37%), alertas e orientações à equipe assistencial/enfermagem (46,6%), adoção de aerocâmara de grande volume (29,7%) e mudança de dispositivo (13,8%). Paralelamente, o grupo tem realizado treinamento teórico-prático com funcionários de enfermagem. **Conclusão**: A estratégia adotada pelo grupo tem um custo baixo, qualifica a assistência em terapêutica inalatória e tem possibilidades de bons resultados a longo prazo .

A0101 Miscelânea - PERFIL POLISSONOGRÁFICO DE PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX.

SÉRGIO LINCOLN MATOS ARRUDA; MAYCON OLIVEIRA; PRISCILA CARVALHO MIRANDA; THIEGO PEDRO FREITAS ARAÚJO; CAMILA NAVES ABATH; MARIANA MELENDEZ; CIBELE NEVES; FÁBIO FRANÇA.
CLÍNICA DR. SÉRGIO ARRUDA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: POLISSONOGRAFIA; BYPASS GÁSTRICO; Y-DE-ROUX

Introdução: Há uma relação estreita e recíproca entre a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do sono (SAOS) e obesidade. A prevalência da SAOS tem aumentado bastante nas últimas décadas, em paralelo à recente epidemia mundial de obesidade. **Objetivo**: analisar o perfil de uma população de obesos submetidos ao exame de polissonografia no pré-operatório de gastroplastia redutora, observando-se o índice apnéia/hipopnéia (IAH), a saturação média de hemoglobina durante o sono e valores mínimos de saturação atingidos. **Métodos**: De janeiro/2004 a maio/2008 foram submetidos à cirurgia bariátrica 405 pacientes. Foram resgatados laudos de polissonografias de 195 pacientes. O teste estatístico utilizado foi o ANOVA com pós teste de Kruskal-Wallis. **Resultados**: Foram avaliados 195 pacientes obesos, sendo 151 (77,4%) do sexo feminino. A média de idade foi de 37,7 ± 11,3 anos (17-67). O IMC médio foi 42,5 ± 5 Kg/m2 (35-61). O IAH médio foi de 17,4 ± 24,6 por hora (0-130). O IAH foi < 5 (normal ou sem SAOS) em 87 (44,6%) dos pacientes, foi ≥5 e ≤ 15 (SAOS leve) em 44 (22,5%) pacientes, foi > 15 e ≤ 30 (SAOS moderada) em 26 (13,3%) pacientes e >30 (SAOS grave) em 38 (19,5%). A média de idade foi de 35,3 anos no grupo sem SAOS, 39,9 anos no SAOS leve, 40,4 anos no SAOS moderada e 38,8 anos no SAOS grave [p=0,06]. O IMC médio foi de 41,6 Kg/m2 no grupo sem SAOS, 42,7 Kg/m2 no SAOS leve, 40,8 Kg/m2 no SAOS moderada e 45,5 Kg/m2 no SAOS grave [p=0,0007]. O valor médio da saturação da hemoglobina foi de 93,2% no grupo sem SAOS, 92,1% no grupo SAOS leve, 92,0% no SAOS moderada e 88,9% no SAOS grave [p < 0,0001]. A média dos valores mínimos de saturação de hemoglobina atingidos durante o sono foi de 86,7% no grupo sem SAOS, 80,1% no grupo com SAOS leve, 80,2% no SAOS moderada e 67,7% no grupo SAOS grave [p<0,0001]. **Conclusões**: Não houve diferença estatisticamente significante quanto à idade entre os grupos analisados. Os pacientes com SAOS grave apresentaram maior IMC [p= 0,0007], menor valor médio de saturação de hemoglobina durante o sono [p < 0,0001] e atingiram menor índice médio de saturação de hemoglobina [p<0,0001].

A0102 Pneumopediatria - ANALISE QUANTITATIVA DO CONTROLE DA ASMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATRAVES DO ASTHMA CONTROL SCORE SYSTEM.

ROBERTA NASCIMENTO[1]; CARLOS MAURICIO ANTUNES[2]; LOUIS PHILIPPE BOULET[3]; JANAINA DINIZ BERNARDES[4]; ROSILEIA ALVES[5].

1,2.SANTA CASA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.LAVAL UNIVERSITY, QUEBEC, CANADÁ; 4,5.CENTRO DE REFERENCIA EM PNEUMOLOGIA, NOVA LIMA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ACSS; ASMA; PEDIATRIA

Introdução: A avaliação ideal do controle da asma deve ser realizada através de métodos objetivos que considerem parâmetros clínicos, fisiológicos e inflamatórios, o que não é possível com o modelo atual. Com este objetivo, foi desenvolvida uma ferramenta, o ACSS (Asthma Control Score System), recomendada pela Canadian Respiratory Association, que utiliza um escore para quantificar parâmetros clínicos (sintomas diurnos, noturnos, uso de beta-agonista e limitação de atividade física), fisiológicos (fluxos expiratórios) e inflamatórios (eosinofilia do escarro), validada recentemente em adultos asmáticos. Não há relatos na literatura que descreva seu uso em crianças e adolescentes asmáticos. **Objetivos**: Analisar os sintomas clínicos e fisiológicos em crianças e adolescentes asmáticos, através do ACSS, e sua possível correlação com qualidade de vida mensurada pelo PAQOL-A (Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire-Adapted). **Pacientes e métodos**: Sessenta e quatro pacientes asmáticos (33/31masculinos/femininos), idade 8-17 anos, recrutados do Ambulatório de Pneumologia, Nova Lima MG, foram submetidos à avaliações médica e fisioterápica (dados antropométricos, variáveis sócio-comportamentais, ACSS, espirometria e PAQOLQ-A). Todos os procedimentos foram realizados no Centro de Referência em Pneumologia, Fundação Hospitalar Nossa Senhora de Lourdes, Nova Lima. A associação entre os escores do ACSS e PAQOQ-A foi avaliada utilizando-se o modelo de regressão linear. **Resultados**: As médias (x±desvio padrão) do percentual previsto do volume expiratório forçado (VEF1%) e do pico de fluxo expiratório (PFE), foram 84,07±1,63 e 81,57±1,81, respectivamente. O escore total do ACSS (ACSS-T) variou de 25 a 95% (76,24±1,88); o escore clínico (ACSS-A) variou entre 30 e 100% (78,41±1,82) e o escore fisiológico (ACSS-B) entre 20 e 100%, (74,19 ± 2,83). O escore total do PAQOLQ-A (PAQOL-T) foi 4,49±0,13 (4,55±0,12 atividades, 4,29±0,14 sintomas e 4,63±0,17 emocional). O ACSS-T mostrou correlação positiva (r=0,48 p=0,0001) com o PAQOL-T; correlações positivas também foram observadas analisando os domínios sintomas (r=0,45 p=0,0001), atividade (r=0,38 p=0,002) e emocional (r=0,45 p=0,0003). A análise dos componentes do ACSS mostrou correlação positiva do ACSS-A com o PAQOL-T (r=0,68 p=0,000) e com todos seus domínios; entretanto, não foi observada associação entre o ACSS-B e o PAQOL-T.O ACSS-A mostrou correlação positiva com o VEF-1 e PFE (r=0,30 p=0,017 e r=0,25 p=0,046, respectivamente). **Conclusão**: O ACSS mostrou-se um instrumento prático, válido e reprodutível quando aplicados em crianças e adolescentes asmáticos. Os parâmetros clínicos medidos pelo ACSS predizem de forma eficaz o controle da asma e qualidade de vida nestes pacientes; resultados semelhantes não foram observados na análise dos parâmetros fisiológicos. Estratégias de controle da asma baseadas exclusivamente em parâmetros fisiológicos não serão eficazes para o manejo da doença nestes pacientes.

A0103 Pneumopediatria - PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ASMA E RINITE EM ESCOLARES DE 13 E 14 ANOS DE FORTALEZA AVALIADOS POR MEIO DO QUESTIONÁRIO ISAAC.

MARIA FATIMA GOMES DE LUNA[1]; PAULO; CÉSAR; ALMEIDA[2]; MARCELO; GURGEL CARLOS DA, SILVA[3]; FRANCISCO RANILSON ALVES DA SILVA[4]; ANTÔNIO CHAGAS GOMES[5]; MARIA DE NAZARÉ GOMES DO NASCIMENTO[6]; FRANCISCO CHAGAS GOMES[7].

1,2,3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4,5,7.HOSPITAL DA CRIANÇA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM, BELÉM, PA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; RINITE ; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: Asma e rinite são as principais doenças crônicas da criança e do adolescente, entretanto, no nosso meio, ainda são poucos os estudos sobre suas prevalências. **Objetivo**: Avaliar as prevalências de asma, rinite e sintomas relacionados, e suas relações com gênero, em adolescentes escolares de Fortaleza. **Método**: Aplicando-se o método ISAAC realizou-se estudo envolvendo 3.015 escolares de 13 e 14 anos, de escolas públicas e privadas, no período de 2006 a 2007. **Resultados**: As prevalências de "sibilos cumulativos" e "sibilos atuais" foram, respectivamente, 44,1% e 22,6%, com predomínio entre as meninas (p=0,001, RP: 1,11, IC95%: 1,043 - 1,188 e p=0,002, RP: 1,126, IC95%: 1,048 - 1,211, respectivamente), enquanto a taxa de "asma diagnosticada" foi de 11,6% sem diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. Para os sintomas associados à gravidade, como "sibilos com limite da fala", "quatro ou mais crises de sibilos no último ano" e "sono interrompido por sibilos uma ou mais noites por semana", as prevalências foram, respectivamente, 3,5%, 2,3% e 3,5%, sem diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros. A prevalência de "sibilos com limite da fala" esteve menor que a média nacional. A taxa de "sibilos pós exercícios" foi 25,2%, sem diferença estatisticamente significativa entre os gêneros, e a taxa de "tosse seca noturna" foi de 34,4%, com predomínio entre as meninas (p<0,0001 e RP: 1,283, IC95%: 1,203 – 1,367). "Rinite cumulativa", "rinite atual", "rinoconjuntivite" e "rinite diagnosticada" apresentaram taxas de prevalências de 56,7%, 43,2%, 18,7% e 20,2%, respectivamente, predominando no sexo feminino (p<0,0001 e RP: 1,296, IC95%: 1,209 – 1,389; p<0,0001 e RP:1,275, IC95%: 1,195 – 1,359; P<0,0001 e RP:1,269, IC95%: 1,183 – 1,362; p=0,001 e RP: 1,140, IC95%: 1,058 – 1,228, respectivamente). O relato de "atividades diárias atrapalhadas por rinite" foi registrado por 24% dos adolescentes, e esteve acima da média nacional, enquanto 4,7% referiram ter as suas atividades diárias atrapalhadas com moderada ou muita intensidade, com predomínio entre as meninas (p=0,005 e RP:1,223, IC95%: 1,081 – 1,383). **Conclusões**: As prevalências de sintomas de asma e rinite em escolares de 13 e 14 anos morando em Fortaleza mostraram-se elevadas, e acima das médias nacionais, com predomínio no sexo feminino, grupo que também apresentou maior taxa de morbidade para rinite. O estudo evidenciou também menor índice das formas graves da asma e maior índice das formas graves de rinite, quando comparadas às médias nacionais. Observou-se ainda que asma e rinite são subdiagnosticadas no nosso meio.

A0104 Pneumopediatria - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PNEUMONIA NECROSANTE: ANÁLISE DE 18 CASOS.

FERNANDO LUIZ WESTPHAL[1]; LUIZ CARLOS DE LIMA[2]; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO[3]; MARIA DO SOCORRO L CARDOSO[4]; INGRID LOUREIRO DE QUEIROZ LIMA[5]; DANIELLE CRISTINE WESTPHAL[6].

1,2,3,4.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, MANAUS, AM, BRASIL; 5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA NECROSANTE; EMPIEMA PLEURAL; LOBECTOMIA

Introdução: A pneumonia necrosante é caracterizada pela necrose do parênquima pulmonar na vigência de um processo infeccioso pulmonar. A patogênese está relacionada ao grau virulência do microorganismo e a trombose dos capilares alveolares associado a processo inflamatório adjacente com conseqüente necrose do parênquima pulmonar. A maioria dos casos de pneumonia necrosante tem uma boa resposta ao tratamento clínico, entretanto em um pequeno número de pacientes ocorre a perpetuação do processo infeccioso, sem resposta à substituição do esquema antibiótico inicial, com sinais sistêmicos de infecção generalizada. Além disto, neste grupo de pacientes é mais freqüente a associação de complicações da pneumonia, tais como, empiema pleural e fístula broncopleural. **Pacientes e métodos**: Estudo retrospectivo por meio de análise de prontuários de dezoito casos de pneumonia necrosante atendidas no Hospital Universitário Getúlio Vargas e Sociedade Beneficente Portuguesa, no período de março de 1997 a abril de 2008, na cidade de Manaus, submetidos a tratamento cirúrgico. **Resultados**: Foram analisados 18 casos de pneumonia necrosante e 10 (55%) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 30 meses O agente etiológico foi identificado em 11 pacientes (61,1%), sendo o mais comum o Staphylococcus aureus em 5, Klebsiela sp. em 2, Micrococus em 1 paciente, Streptococcus β hemolítico em 1, Staphylococus epidermidis em 1 e Mycobacterium tuberculosis em 1. A suspeita de pneumonia necrosante foi realizada inicialmente por achados de cavitações na telerradiografia de tórax em 14(77%) pacientes. Todos os pacientes foram submetidos a tomografia computadorizada do tórax que evidenciava múltiplas áreas de cavitações de tamanhos diferentes indicando necrose do parênquima pulmonar. A indicação cirúrgica foi sepse em 6(33,3%), fístula broncopleural em 4(22,2%), fístula broncopleural associada a sepse em 4(22,2%) e empiema com encarceramento pulmonar em 4(22,2%)casos. As cirurgias realizadas foram lobectomias em 11(61,1%) casos, segmentectomias em 6(33,3%) e bilobectomia em 1(5,5%). A descorticação pulmonar foi realizada em 9(50%) casos. Em 9(50%) pacientes não foram encontradas complicações cirúrgicas pós-operatórias. Em 4(22,2%)

pacientes observou-se escape aéreo persistente, em um caso hemorragia cerebral intraparenquimatosa(5,5%), 1 pneumatocele(5,5%) e 1 empiema(5,5%). A mortalidade foi observada em 2(11,1%) pacientes. Um dos óbitos ocorreu no segundo dia de pós-operatório conseqüente a insuficiência e outro ocorreu no sexagésimo dia pós-operatório de meningite. **Conclusão**: Em pacientes com infecção pulmonar , sem melhora com tratamento clinico, apresentando sinais de sepse ou escape aéreo prolongada após drenagem de empiema submetidos a tomografia computadorizada de tórax mostrando necrose pulmonar, a toracotomia com debridamento da área pulmonar desvitalizada é uma opção com boa evolução na maioria dos casos.

A0105 **Pneumopediatria - LIMIARES AUDITIVOS NAS FREQÜÊNCIAS ULTRA-ALTAS NOS PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA.**

SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[1]; LIESE LOUREIRO WEIGERT[2]; CERES HELENA BUSS[3].

1,2.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE(UFRGS), PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; LIMIARES AUDITIVOS; AMINOGLICOSÍDEOS

Palavras-chave: Limiares auditivos; Freqüências ultra-altas; Fibrose cística; Aminoglicosídeos. **Introdução**: Os aminoglicosídeos são os fármacos mais utilizados no tratamento antimicrobiano profilático e terapêutico dos pacientes com Fibrose Cística. Por serem ototóxicos, podem causar perda de audição, iniciando por freqüências muito agudas, as quais não são avaliadas na audiometria convencional até 8000 Hz. **Objetivos**: Detectar precocemente limiares auditivos alterados nas freqüências ultra-altas, de 9000 Hz a 16000 Hz, nos pacientes atendidos no ambulatório de Fibrose Cística do HCPA. **Métodos**: Realizamos audiometria tonal de 250 Hz a 16000 Hz com método descendente, utilizando audiômetro Unity PC, marca Siemens, fones HDA 200, calibração conforme norma ANSI s 3.6-1989. **Resultados**: O grupo ficou constituído de 25 pacientes, de 7 a 20 anos de idade, sendo 15 (60%) do sexo masculino. A média de idade foi 12,8 anos ± 3,64. Na audiometria tonal em altas freqüências, não houve diferença significativa entre as orelhas. Na orelha direita (OD), os piores limiares foram em 11200 Hz e 9000 Hz; na orelha esquerda (OE), foram em 10000 Hz, 11200 Hz e 9000 Hz. Os limiares auditivos observados estão na tabela abaixo. **Conclusões**: Os resultados preliminares deste estudo mostram aumento (piora) dos limiares auditivos a partir da freqüência de 6000 Hz, apontando para a necessidade de avaliação das freqüências ultra-altas como indicador de potencial lesão por ototoxicidade. Limiares auditivos nas freqüências de 9000 Hz a 16000 Hz em pacientes com fibrose cística. Freqüências (Hz) Orelha direita Orelha esquerda p* Média ± DP Mediana. (P25-P75) Média ± DP Mediana (P25-P75) 9000 12,6 ± 17,7 5 (5 – 15)b 11,8 ± 17,4 5 (2,5 – 15)b 0,454 10000 10,4 ± 18,2 5 (0 – 12,5)b 13,2 ± 17,1 5 (5 – 15)b 0,218 11200 12,0 ± 19,6 5 (5 – 12,5)b 14,2 ± 21,5 5 (5 – 12,5)b 0,764 12500 9,8 ± 18,3 5 (0 – 12,5)ab 12,0 ± 21,2 5 (0 – 10)b 0,847 14000 7,6 ± 17,4 0 (0 – 5)a 8,0 ± 18,5 0 (0 – 5)a 0,493 16000 9,4 ± 16,0 0 (0 – 15) ab 6,8 ± 14,0 0 (0 – 7,5)a 0,106 p** <0,001 <0,001 * teste de Wilcoxon ** teste de Friedman a,b Letras iguais não diferem pelo teste de Wilcoxon

A0106 **Pneumopediatria - PREVALÊNCIA DA ASMA E SINTOMAS ASMÁTICOS EM ESCOLARES DE 6 A 7 ANOS EM MANAUS – AM.**

MARIA DO SOCORRO L CARDOSO; PATRÍCIA GONÇALVES MIZOGUCHI; FERNANDO LUIZ WESTPHAL.

UFAM, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA ; ISAAC; PREVALÊNCIA

Introdução: O aumento significativo da prevalência de asma tem sido relatado ao redor do mundo, porém no Brasil os dados ainda são escassos. **Objetivos**: Estimar a prevalência da asma e sintomas asmáticos em escolares no município de Manaus. Material e métodos: Estudo prospectivo transversal. Utilizou-se o componente de asma do questionário escrito do estudo ISAAC, sendo auto-aplicado a escolares de 6 a 7 anos por amostra probalística. **Resultados**: Foram aplicados 3613 questionários, foram excluídos 502 incompletos, restando 3011 para análise. A prevalência de sibilos alguma vez na vida foi 47,5% (1429), sono perturbado por crises de sibilos foi 6,8% (206), tosse seca noturna sem infecção foi 38,8% (989), a prevalência de sibilo no último ano 24,4% (736), asma alguma vez na vida 20,9% (628), sibilos severos no último ano foi 6,6 % (198), havendo correlação com sintomas de rinite em 6,6 % dos casos. **Conclusão**: A asma brônquica tem alta prevalência na cidade de Manaus (AM).

A0107 **Políticas públicas - QUEIMA DE BIOMASSA EM AMBIENTE ABERTO E HOSPITALIZAÇÃO POR PNEUMONIA EM INDÍVIDUOS ACIMA DE 40 ANOS.**

MARCOS ABDO ARBEX[1]; ELISANGELA PROVIDELLO MOYSÉS[2]; SILVIA LETÍCIA SANTIAGO[3]; RENATA FERLIN ARBEX[4]; LUIZ ALBERTO AMADOR PEREIRA[5]; PAULO HILÁRIO NASCIMENTO SALDIVA[6]; ALFÉSIO LUIS FERREIRA BRAGA[7].

1,2,3,4.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL; 6.FACULDADE DE MEDICINA/USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 7.UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: POLUIÇÃO DO AR; QUEIMA DE BIOMASSA; PNEUMONIA

Introdução: Está bem estabelecida a associação entre queima de biomassa em ambientes internos e pneumonia em mulheres e crianças. Segundo a Organização Mundial de Saúde a pneumonia é causa de 2 milhões de mortes anuais sendo 900.000 em conseqüência de queima de biomassa em ambientes internos e é a maior responsável por mortes em crianças abaixo de 5 anos. Entretanto, não existem estudos sobre a relação entre queima de biomassa em ambientes abertos e pneumonia em indivíduos acima de 40 anos. No Brasil com a crescente utilização do etanol derivado da cana-de-açúcar como combustível veicular houve um grande aumento da área plantada de cana-de-açúcar. Porém a cana-de-açúcar é uma cultura singular uma vez que por razões de produtividade e segurança, a colheita é realizada após queima dos canaviais. Na região sudeste do país esta queima acontece entre maio e novembro e as populações das cidades das regiões canavieiras estão expostas a altos níveis de poluentes por seis meses todo ano. **Objetivo**: Avaliar a relação entre a variação diária do PTS (Partículas Totais em Suspensão) e total de internações diárias devido a pneumonias de origem infecciosa [CID 10: J12-J18] em indivíduos acima de 40 anos de idade na cidade de Araraquara, localizada na região canavieira do Estado de São Paulo. **Métodos**: Entre abril de 2003 e julho de 2004 (175 dias no período da não queima de cana e 318 dias no período da queima) obtivemos a concentração diária das PTS em µg/m3, e o total de internações diárias por pneumonia em pacientes acima de 40 anos no principal hospital da cidade. Obtivemos a temperatura e umidade relativa do ar diariamente no aeroporto local. Foi utilizado um modelo linear generalizado de regressão de Poisson para estimar o efeito da variação do poluente sobre as internações por pneumonia, controlando para temperatura, umidade, sazonalidade e dias de semana. Os resultados foram expressos em termos de aumento de percentagem para o desfecho em relação ao aumento de 10 µg/m3 na concentração de PTS. **Resultados**: Os níveis de PTS variaram dramaticamente entre os períodos de queima (56,8±25,1 µg/m3) e não queima (28,6±17,6 µg/m3). A média das internações hospitalares por pneumonia durante o período de queima foi 0,76±1,0 e na não queima 0,5±0,69. O efeito devido a variações do TSP foi agudo atingido o maior valor no segundo dia e permanecendo positivo até o quarto dia. Aumento de 10ug/m3 na média móvel de quatro dias esteve associado a aumento de 23,9% (IC 95%¨: 14,7-33,7) em hospitalização por pneumonia. **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 programar políticas públicas com o intuito de avaliar e controlar a emissão de poluentes.

A0108 **Tabagismo - EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO TABÁGICA NA QUALIDADE DE VIDA DE SEUS PACIENTES.**

MARIA DA PENHA UCHOA SALES[1]; MARIA IRENILZA OLIVEIRA[2]; ISABELA MELO MATTOS[3]; FLAVIANA XAVIER PORTELA[4]; RENATA MARIA ARAÚJO PINTO[5]; CYNTIA MARIA SAMPAIO VIANA[6]; EANES DELGADO BARROS PEREIRA[7].

1,2,4,5,6.HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 7.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; QUALIDADE DE VIDA; CESSAÇÃO TABÀGICA

Introdução: Conhecimento do impacto da cessação tabágica na qualidade de vida relacionada à saúde pode ser importante fator estimulador para o individuo parar de fumar. **Objetivo**: avaliar alterações na qualidade de vida 1 ano após cessação tabágica. **Métodos**: Ensaio clínico aberto, realizado

para avaliar a efetividade de um programa de tratamento de fumante com 60 pacientes atendidos em um hospital escola , durante o período de agosto de 2006 a dezembro de 2007. O tratamento foi baseado no aconselhamento para mudança comportamental e terapia medicamentosa com associação de bupropiona e terapia de reposição nicotínica.O programa consistiu de sessões de abordagem comportamental realizadas semanalmente durante o primeiro mês e reuniões quinzenais até o sexto mês, seguidas por telefonema mensal durante mais seis meses, com duração total de 1 ano. A abstinência foi confirmada pelo relato próprio do paciente e pela medida de monóxido de carbono exalado. A qualidade de vida dos pacientes foi medida através do questionário SF-36. Diferenças no escore de qualidade de vida entre ex-fumantes e fumantes ativos foram analisadas utilizando-se o teste T de student . RESULTADOS: Em 40 ex-fumantes foi registrado significativa melhora nos escores de qualidade de vida quando comparados com 20 fumantes ativos. A média de idade foi 54 anos, 55% era fumante pesado e a média do teste de Fagerström (TF) foi superior no grupo de fumante (p=0,028). Comparação da análise de dados do SF-36 antes e após a intervenção, demonstrou que ex-fumantes apresentaram melhora em todos os domínios; mesmo quando análise foi corrigida para sexo, idade e TF: capacidade funcional(p=0,005); aspectos físicos(p=0,04); dor(p=0,00); saúde geral (p=0,05); saúde mental(p=0,002); aspectos sociais(p=0,000); aspectos emocionais (p=0,049) e vitalidade(p=0,007) (tabela1). Na avaliação final, ex-fumantes apresentaram melhora significativa nos componentes físico e mental sumarizados (p=0,004; p=0,001). Após a intervenção, ex-fumantes apresentaram maiores escores no componente mental do que fumantes (p=0,001) (tabela2). **Conclusão**: Ao final da avaliação, houve diferença significativa entre ex-fumantes e fumantes relacionadas à qualidade de vida. Conseqüentemente, a cessação tabágica representa um instrumento valioso na melhora da qualidade de vida.

A0109 **Tabagismo – EXPERIÊNCIA DE UM TRATAMENTO PARA FUMANTE EM CLINICA PRIVADA COMPARANDO O USO DA ASSOCIAÇÃO BUPROPIONA E TRN VERSUS VARENICLINA.**

MARIA DA PENHA UCHOA SALES[1]; RAFAELA CÂMARA FERNANDES ROCHA[2]; CLARISSA MATTOS C C LEÃO[3]; EANES DELGADO BARROS PEREIRA[4]; JUVENCIO PAIVA CÂMARA JR[5].

1,2,3,5.CLINICA SPIRARE, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TRATAMENTO DO FUMANTE; VARENICLINA

Introdução: O conjunto da abordagem comportamental e associação medicamentosa e/ou novas medições têm sido tema de pesquisa com o intuito de se aumentar a eficácia terapêutica no fumante; a vareniclina tem se mostrado efetiva, sendo recomendada como droga de primeira escolha na cessação tabágica(A). **Objetivo**: avaliar taxa de abstinência tabágica entre pacientes que utilizaram terapia de reposição nicotínica (TRN) associado a bupropiona e aqueles tratados com vareniclina. **Métodos**: Realizado estudo retrospectivo em fumantes que procuraram clinica privada a fim de parar de fumar, sendo os mesmos distribuídos em dois grupos, grupo 1: tratado com TRN associado a bupropiona, no período de novembro de 2004 a maio de 2007; e grupo 2, que utilizou preferencialmente vareniclina,de maio 2007 a maio de 2008. Ambos grupos receberam abordagem terapêutica similar com 12 sessões de treinamento de habilidades realizadas em conjunto por psicólogo e pneumologista e associação medicamentosa. Registrados dados sócio-demográficos, além do grau de dependência nicotínica medida pelo teste de Fagerström (TF); história tabágica(inicio e tempo do tabagismo e idade da cessação) e a taxa de abstinência. Considerou-se abstênicos, aqueles que pararam de fumar há pelo menos seis meses(sucesso) e insucesso, os que não conseguiram parar de fumar mesmo com a medicação, recaída e abandono. Para avaliar o sucesso, foi utilizado o relato próprio do paciente. **Resultados**: No total foram avaliados 172 pacientes no grupo 1 e 79 no grupo 2. Comparando grupo 1 e 2, a análise da média dos dados demográficos revelou que a idade de início do tratamento foi 50 + 9.6 X 52 + 10 (p>0.05); a idade de inicio do tabagismo foi 17 + 4.9 X 18 + 5 (p>0.05); o tempo de anos de tabagismo foi 33 +9 X 35 + 4 (p<0.05), o teste de Fagerströn variou de 5.8 + 2.1 X 5.5 + 2.2 (p>0.05) e o número de meses sem fumar resultou no seguinte: 13.4 +14 X: 5.6 + 4.4 (p<0.05). Ambos apresentaram mais de uma tentativa prévia para cessar o tabagismo:1.2 + 0,8 X 1.2 + 1.1 (p>0.05). Quanto à taxa de sucesso do tratamento, a comparação entre os grupos, demonstrou que no grupo 1, 56% pararam de fumar (98/162), enquanto no grupo 2, 69 % atingiram este sucesso (55/79) (p=0,07). A taxa de recaída foi de 23% no grupo 1 X 15% (12/79) no grupo 2 (p=0.9), (tabela1). **Conclusão**: A taxa de sucesso do grupo da vareniclina (69%) foi superior ao do grupo que utilizou TRN com bupropiona (56%), com tendência à significância estatística. A importância do estudo é enfatizada pela falta de descrição na literatura sobre esta comparação. Outro fato relevante foi a elevada taxa de abstinência observada em ambos grupos, provavelmente devido à ação conjunta do psicólogo e médico em todas as sessões de atendimento do grupo.

A0110 **TERAPIA INTENSIVA – FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE EM PACIENTES QUE NECESSITAM DE VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO BRASIL.**

MAURÍCIO FARENZENA; LÉA FIALKOW; MARY CLARISSE BOZZETTI; SÍLVIA REGINA RIOS VIEIRA; RAFAEL ROBERGE SENS; SÉRGIO PINTO RIBEIRO.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VENTILAÇÃO MECÂNICA; EPIDEMIOLOGIA; FATORES DE RISCO

Introdução: Pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA) freqüentemente necessitam de Ventilação Mecânica (VM). Esta condição é responsável por elevadas taxas de mortalidade. Na América Latina, o conhecimento dos fatores de risco associados à mortalidade em pacientes que requerem VM é escasso. A identificação de tais fatores poderá melhorar abordagens terapêuticas. **Objetivo:** Identificar os fatores associados à mortalidade nos pacientes com IRpA em VM internados no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de um hospital geral, universitário, no sul do Brasil. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo com 1115 pacientes em VM por mais de 24 horas arrolados entre março de 2004 e abril de 2007, no CTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Dados foram coletados diariamente durante o curso da VM por até 28 dias. Diversas variáveis foram estudadas incluindo idade, sexo, escore APACHE II, insuficiências orgânicas desenvolvidas antes e/ou durante a VM e parâmetros ventilatórios. Inicialmente foi realizada uma análise univariada. Todas as variáveis com um p<0,25 e/ou relevância clínica foram incluídas em um modelo multivariado, através de regressão logística, para verificar a associação com a mortalidade. Foram consideradas estatisticamente significativas todas as variáveis com p<0,05. **Resultados:** A freqüência de VM foi de 46%, as taxas de mortalidade geral e específica foram de 23% e 51%, respectivamente. A idade média (±DP) foi de 57±18 anos; 52% eram do sexo masculino; o escore APACHE II médio (±DP) foi de 22,4±8,3; 69% eram clínicos; 93% estavam em VM Invasiva; a duração média da VM foi de 10±7,9 dias. As variáveis independentemente associadas à mortalidade foram: (1) fatores presentes no início da VM: idade (p=0,04), escore APACHE II (p<0,001), LPA/SARA (p=0,04) como causa de VM e insuficiência gastrointestinal (p=0,01); (2) fatores ocorridos durante o curso da VM: LPA/SARA (p<0,001), Sepse (p=0,007), insuficiências renal (p<0,001), cardiovascular (p=0,002) e hepática (p=0,009), uso de drogas vasoativas (p<0,001) e de opióides (p=0,04) e duração da VM (p<0,001). Cabe mencionar que as variáveis de monitorização ventilatória incluídas no modelo multivariado não foram associadas à mortalidade. **Conclusões:** A sobrevida de pacientes em VM depende de fatores presentes no início da VM e também do desenvolvimento de complicações e de aspectos relacionados ao manejo destes pacientes durante o período de VM. A identificação de fatores de risco para mortalidade poderá sugerir intervenções precoces visando otimizar estratégias terapêuticas, as quais poderiam ter um impacto importante na redução da mortalidade de pacientes que necessitam de VM. Apoio: PIBIC/CNPq/UFRGS, BIC/UFRGS.

A0111 TERAPIA INTENSIVA - PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COM QUADRO DE DPOC DESCOMPENSADO E SUBMETIDOS À VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA.

ARTHUR OSWALDO DE ABREU VIANNA; GUSTAVO AUGUSTO PORTO SERENO CABRAL; GUILHERME MARINHO CARLETI; THAIS CAZARIN COSTA; JOANA BURROWES CAMARA; ALUAN UNGIEROWICZ; VANESSA SALÓES; RENATO AZAMBUJA.

CLINICA SÃO VICENTE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VENTILAÇÃO MECÂNICA; DOENÇA PULMONAR OBSTRITIVA CRÔNICA; MORTALIDADE

Introdução: Atualmente, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é reconhecida como importante problema de saúde pública, figurando entre as principais causas de morte na população brasileira. Em virtude das freqüentes agudizações, eventualmente necessitando de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o impacto da DPOC sobre a morbimortalidade nesses indivíduos merece importante consideração. **Objetivos:** Identificar taxa de mortalidade e fatores relacionados a prognóstico desfavorável referentes a pacientes internados em uma UTI no Rio de Janeiro em virtude de exacerbação de quadro de DPOC e que necessitaram de VMI, comparando os dados obtidos com os da literatura médica. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo, em um único centro, incluindo pacientes internados na UTI entre 01 de Janeiro de 2005 e 31 de Dezembro de 2007 com diagnóstico de exacerbação de DPOC e que receberam assistência ventilatória invasiva. Foram avaliados parâmetros clínico-laboratoriais na admissão e durante a internação do paciente, assim como o desfecho da UTI. **Resultados:** Foram incluídos 16 pacientes no período, com média de idade de 77,3 ± 7,6 anos. O valor médio do APACHE II foi de 17,8 ± 7,6. 11 (68,75%) pacientes eram do sexo masculino. Na admissão, foram analisados os seguintes parâmetros: valor médio da pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial (pCO2) de 50,0 ± 14,6 mmHg, hematócrito médio de 36,8 ± 6,6 %, e a relação entre pressão parcial de oxigênio no sangue arterial e a fração inspirada de oxigênio (pO2/FiO2) média de 241,2 ± 29,1. O tempo médio de tubo orotraqueal (TOT) foi de 8,5 ± 1,4 dias. 43,75% (n=7) dos pacientes necessitaram de reintubação, dos quais 85,71% (n=6) foram extubados com êxito. Traqueostomia foi realizada em 43,75% (n=7) dos pacientes. A incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) foi de 18,75% (n=3). Insuficiência renal aguda com necesidade de diálise foi observada em 31,25% (n=5) dos pacientes. Nesse grupo, a taxa de mortalidade foi de 80%, havendo significância estatística (p=0,013). Sepse foi diagnosticada em 62,5% dos pacientes, e a mortalidade observada foi de 100%. Neste contexto, também houve associação estatística com mortalidade (p=0,029). 31,25% (n=5) dos pacientes evoluíram ao óbito. **Conclusão:** No presente estudo, a taxa de mortalidade mais elevada em relação a trabalhos anteriores pode ser justificada pelo pequeno número de pacientes. A ocorrência de sepse e a necessidade de diálise foram fatores associados com evolução desfavorável.

A0112 TERAPIA INTENSIVA - EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE POR LESÃO PULMONAR AGUDA NO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: COMPARAÇÃO ENTRE DOIS ESTUDOS DE COORTE.

MAURÍCIO FARENZENA; LÉA FIALKOW; MARY CLARISSE BOZZETTI; RAFAEL ROBERGE SENS; SÉRGIO PINTO RIBEIRO.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: LESÃO PULMONAR AGUDA; MORTALIDADE; FATORES DE RISCO

Introdução: A Lesão Pulmonar Aguda (LPA) é causa freqüente de internação em Centros de Tratamento Intensivo (CTI). A mortalidade é alta, apesar de avanços no manejo desses pacientes. O conhecimento sobre a evolução das taxas de mortalidade por LPA no Brasil poderia contribuir para a caracterização da dinâmica do perfil destes pacientes, e também potencialmente avaliar a influência de estratégias terapêuticas no desfecho dos mesmos. **Objetivos:** Comparar as taxas de mortalidade e os fatores associados a esta mortalidade entre duas coortes de um mesmo CTI em diferentes épocas: 1999/2000 (coorte 2000) e 2004/2007 (coorte 2007). **Métodos:** Coorte prospectiva que incluiu 1115 pacientes adultos que internaram no CTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) entre abril/2004 e abril/2007 e necessitaram ventilação mecânica (VM) por mais de 24 horas. Os resultados foram comparados com uma coorte prévia que arrolou 1301 pacientes entre abril/1999 e abril/2000. Foram incluídos os pacientes com LPA como causa ou desenvolvida no CTI. Os dados foram comparados entre as 2 coortes utilizando-se o teste T de Student ou o seu correspondente não paramétrico, para variáveis contínuas, e o teste qui-quadrado de Pearson, para variáveis categóricas. Regressão logística múltipla foi realizada para cada coorte para identificar os fatores associados à mortalidade por LPA. **Resultados:** Nos pacientes com LPA (n=50/coorte 2000; n=347/coorte 2007) houve uma elevação nas taxas de mortalidade hospitalar (de 50% na coorte 2000 para 67% na coorte 2007, p=0,02) e no CTI (de 44% para 63%, p=0,009). Na coorte 2007, os pacientes com LPA tiveram idade e escore de gravidade APACHE II médios (±DP) maiores que na coorte 2000 (idade: de 52±16,9 para 56±18,6, p<0,001; APACHE II: de 17,7±6,5 para 23,7±8,2, p<0,001). Além disso, aumentou o percentual de pacientes clínicos (de 53% para 74%, p=0,001) e do sexo masculino (de 40% para 57%, p=0,03). No grupo de pacientes sem LPA (n=1251 na coorte 2000 e n=768 na coorte 2007) também houve uma elevação nas taxas de mortalidade hospitalar (de 25% para 31%, p=0,03) e no CTI (de 20% para 28%, p<0,001) bem como no escore APACHE II (de 13,0±8,7 para 22,2±8,3, p<0,001). Na análise multivariada os fatores independentemente associados à mortalidade hospitalar nos pacientes com LPA foram: insuficiência renal (p=0,002) e hematológica (p=0,02) na coorte 2000 e insuficiência renal (p<0,001) e duração da VM (p<0,001) na coorte 2007. **Conclusões:** Observamos aumento nas taxas de mortalidade dos pacientes com LPA, os quais são mais graves e mais idosos. A insuficiência renal permanece independentemente associada à mortalidade nesses pacientes. Os resultados sugerem que os pacientes com LPA no CTI do HCPA apresentam maior gravidade nos últimos anos, o que poderia justificar o aumento na mortalidade, salientando a importância de um melhor entendimento deste contexto. Apoio: PIBIC/CNPq/UFRGS

A0113 TERAPIA INTENSIVA - ADERÊNCIA AO PROTOCOLO DE PROFILAXIA DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA.

ARTHUR OSWALDO DE ABREU VIANNA; THAIS CAZARIN COSTA; GUSTAVO GUIMARÃES RANGEL; FELIPE CALDAS; GUSTAVO AUGUSTO PORTO SERENO CABRAL; GUILHERME MARINHO CARLETI; ALESSANDRA ALVES; ANDREA AGUIAR.

CLINICA SÃO VICENTE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PROFILAXIA; PNEUMONIA ASSOCIADA Á VENTILAÇÃO MECÂNICA; ADESÃO

Introdução: A pneumonia nosocomial é a causa mais freqüente de morte por infecção hospitalar, com alta incidência no CTI (1). Por isso, visando reduzir os fatores relacionados à pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), é crescente o número de instituições adotando pacotes de prevenção desta. **Objetivo:** Apresentar a aderência ao protocolo de profilaxia de PAVM instituído em um CTI no Rio de Janeiro. **Material e Método:** O pacote foi preenchido do dia 1º de outubro de 2006 a 30 de novembro de 2007 e janeiro a maio de 2008, com um total de 113 pacientes analisados e 779 registros diários preenchidos, com uma média de 41 registros por mês. Houve falha no peenchimento em dezembro de 2007, por isso estes dados não foram computados. Tal protocolo é checado diariamente durante a visita multidisciplinar pela enfermagem para todos os pacientes intubados por mais de 24 horas. São avaliados os seguintes fatores: cabeceira elevada a 30º, cuidados com o tubo orotraqueal (TOT), sedação adequada, uso de clorexidina bucal, profilaxia de úlcera de estresse e de trombose venosa profunda (TVP) (2). Esse é um indicador "tudo ou nada"; portanto, recebe zero de aderência o dia em que houver falha em algum dos seis itens. Os resultados são levantados mensalmente, com retorno desses para a equipe. A meta adotada é de 95% de adesão, conforme a determinada pelo Institute for Health Improvement (IHI) (3). **Resultados:** A média de adesão encontrada no período analisado foi de 68,2%, tendo como variável de melhor adequação a profilaxia de TVP e a de pior adesão o cuidado com o TOT – média de 1% e 15% de pacientes sem adesão no item, respectivamente. É provável que tenhamos tido mais dificuldade de alcançar a meta porque nosso protocolo possui mais itens a serem checados do que o utilizado como modelo de meta de adesão (IHI). Além disso, o protocolo utilizado por nossa instituição possui itens de aderência mais difícil, como o cuidado com o TOT. Consideramos tais medidas essenciais, visto a importante morbi-mortalidade da PAVM. **Conclusão:** É importante que haja mudança na cultura da unidade, identificando prontamente os fatores com menor aderência, por meio da manutenção e melhora da educação da equipe quanto à importância da adesão

ao pacote de profilaxia de PAVM para redução da incidência dessa infecção no CTI.

A0114 TERAPIA INTENSIVA - USO DA TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA COMO FERRAMENTA DIAGNÓSTICA NA SUSPEITA DE PNEUMOTÓRAX BILATERAL.

LUCIANA TAMIÊ KATO; RAFAEL SILVA MUSOLINO; ADRIANA SAYURI HIROTA; CARLOS TOUFEN JR; EDUARDO LEITE VIEIRA COSTA; MARCELO AMATO; CARLOS CARVALHO.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FACULDADE DE MEDICINA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA; PNEUMOTÓRAX; VENTILAÇÃO MECÂNICA

Introdução: A detecção e tratamento precoces do pneumotórax em pacientes ventilados com pressão positiva podem evitar sérias complicações como instabilidade hemodinâmica, hipoxemia e mesmo óbito. Entre os métodos convencionais de diagnóstico, a radiografia de tórax pode apresentar falsos positivos e negativos e a tomografia convencional de tórax implica no transporte dos pacientes, algo inviável em doentes instáveis. A tomografia de impedância elétrica (TIE) é um método não invasivo, livre de radiação, que permite avaliar variações globais e regionais da impedância elétrica torácica ao longo do tempo. Baseia-se na medida de potenciais elétricos em um determinado plano transversal do tórax, onde são geradas correntes elétricas diminutas em eletrodos colocados na superfície da parede torácica. Fornece informações contínuas da ventilação e aeração pulmonares, possibilitando diagnósticos à beira do leito e em tempo real, o que torna o método valioso no contexto de pacientes em UTI, que muitas vezes não podem ser deslocados para realização de exames e precisam de rapidez no diagnóstico. **Objetivo:** Descrever um caso clínico no qual a TIE foi usada como ferramenta diagnóstica na suspeita de pneumotórax bilateral. **Método/resultados:** Paciente de 80 anos com diagnóstico de dermatomiosite secundária a câncer gástrico foi internada na enfermaria para controle das lesões cutâneas. Após pulsoterapia com metilprednisolona 1mg/kg/d evoluiu com dispnéia, hipoxemia e hemoptise. Foi submetida à intubação orotraqueal por insuficiência respiratória e encaminhada à UTI com suspeita de hemorragia alveolar. Logo após admissão, apresentou piora hemodinâmica e na troca gasosa, com necessidade de introdução de droga vasoativa e elevadas frações de oxigênio. Exame clínico mostrava extenso enfisema subcutâneo e murmúrio vesicular reduzido bilateralmente. Levantada hipótese de pneumotórax, sendo feita radiografia de tórax de difícil interpretação, em grande parte pelo extenso enfisema subcutâneo. Nesse momento, optou-se por associar o uso da TIE à investigação diagnóstica, visto que a paciente encontrava-se sem condições de ser transportada para realização de tomografia computadorizada e a confirmação do pneumotórax fazia-se necessária. Após colocação dos eletrodos as imagens geradas confirmaram pneumotórax bilateral, sendo realizada drenagem torácica. Ainda assim a paciente persistiu instável hemodinamicamente, e iniciou escape aéreo pela boca, ainda que a cânula orotraqueal estivesse adequada. Broncoscopia mostrou lesão extensa de parede posterior de traquéia provavelmente secundária à intubação, explicando o quadro clínico. Apesar da drenagem torácica, a paciente evoluiu com escape aéreo importante e dificuldade crescente de ventilação, evoluindo a óbito 3 dias após sua admissão. **Conclusão:** A TIE mostrou-se capaz de fazer a detecção à beira leito e em tempo real de pneumotórax bilateral associado a enfisema subcutâneo decorrente de lesão de traquéia.

A0115 Terapia intensiva - AJUSTE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA GUIADO PELA TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA EM PACIENTE COM PNEUMOTÓRAX E FÍSTULA AÉREA.

LUCIANA TAMIÊ KATO; RAFAEL SILVA MUSOLINO; ADRIANA SAYURI HIROTA; CARLOS TOUFEN JR; EDUARDO LEITE VIEIRA COSTA; MARCELO AMATO; CARLOS CARVALHO.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FACULDADE DE MEDICINA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA; PNEUMOTÓRAX; VENTILAÇÃO MECÂNICA

Introdução: Em pacientes com pneumotórax drenado que apresentam fístula aérea com grande fluxo de escape, o ajuste das pressões ventilatórias pode ser difícil pela necessidade de equilibrar as pressões administradas e o risco de aumento da fístula. Embora a radiografia de tórax seja o exame mais usado no diagnóstico e monitorização do pneumotórax, esta pode fornecer imagens de difícil interpretação e não possibilita a monitorização contínua e em tempo real da dimensão do pneumotórax após mudanças nos parâmetros ventilatórios. Nestes casos, a tomografia de impedância elétrica (TIE) pode ser aplicada à beira do leito, a custo relativamente baixo. Trata-se de método não invasivo, capaz de avaliar a ventilação pulmonar pela medida de potenciais elétricos na superfície torácica. As imagens geradas em tempo real e continuamente podem avaliar a ventilação do pulmão acometido a cada mudança de parâmetro ventilatório, permitindo seu ajuste. **Objetivo:** Relatar o uso da TIE como auxiliar no ajuste da ventilação mecânica em paciente com pneumotórax e fístula aérea com grande fluxo de escape. **Método/resultados:** Paciente de 26 anos com diagnóstico de miastenia gravis foi intubada por insuficiência respiratória secundária a pneumonia aspirativa. Após passagem de acesso central evoluiu com pneumotórax à direita. Mesmo após drenagem torácica e redução das pressões do ventilador, não houve expansão do pulmão direito, mantendo-se ainda escape aéreo evidente. Na tentativa de encontrar parâmetros ventilatórios mais adequados, foi utilizada a TIE para monitorização da doente. O método possibilita a avaliação global e por quadrantes de uma secção transversal do tórax, permitindo detectar diferenças regionais da ventilação. A paciente encontrava-se inicialmente com PEEP=5 e pressão de suporte (PS)=12 cmH2O, com assimetria importante da ventilação decorrente da participação dos quadrantes direitos em apenas 31% da ventilação detectada. Fixando-se a PEEP, foi aumentada a PS até 20 cmH2O, com aumento do escape aéreo e sem melhora da ventilação. Optou-se então por manter a PS em 20cmH2O, aumentando a PEEP até 10 cmH2O. Houve melhora da assimetria, agora com 44% da ventilação verificada à direta. A fim de evitar pressões alveolares elevadas e reduzir o escape aéreo, foi reduzida a PS para 16, mantendo-se a PEEP em 10 cmH2O, relação na qual se manteve a proporção de ventilação e houve menor escape. A redução do pneumotórax foi confirmada por radiografia de tórax. A paciente evoluiu com melhora infecciosa com antibioticoterapia e aumento de força muscular após plasmaférese, sendo extubada 2 dias depois. **Conclusão:** TIE foi capaz de detectar o pneumotórax de maneira não invasiva e à beira do leito. O fornecimento de informações em tempo real sobre a ventilação pulmonar possibilitou o ajuste dos parâmetros ventilatórios de maneira a proporcionar a situação de melhor ventilação.

A0116 TERAPIA INTENSIVA - TRAQUEOSTOMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

ARTHUR OSWALDO DE ABREU VIANNA; GUSTAVO AUGUSTO PORTO SERENO CABRAL; GUILHERME MARINHO CARLETI; GUSTAVO GUIMARÃES RANGEL; TEO HELOU; MARIA LUIZA SANTOS; MARIANA MITIDIERI.

CLINICA SÃO VICENTE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRAQUEOSTOMIA; PERCUTÂNEA; CIRÚRGICA

Introdução: Traqueostomia é um procedimento realizado com freqüência no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Há duas décadas, a técnica percutânea tornou-se uma opção para um procedimento menos invasivo, e desde então, vem sendo a técnica mais utilizada atualmente. **Objetivos:** Descrever a experiência com procedimentos de traqueostomia em uma UTI privada. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo, em um único centro, incluindo pacientes internados na UTI e submetidos a traqueostomia, no intervalo de 36 meses. A indicação do procedimento e a técnica utilizada foram decididas entre a equipe assistente e a rotina médica da UTI. Parâmetros clínico-laboratoriais foram analisados na admissão e durante a internação dos pacientes, incluindo o desfecho da UTI. **Resultados:** Foram incluídos 73 pacientes no estudo. A média de idade foi de 69 ± 19 anos, o valor do APACHEII variou de 2 a 34 com média de 20 ± 7. Os principais motivos de internação foram insuficiência respiratória aguda (26,02%), pneumonia (21,91%) e acidente vascular encefálico (13,69%). Em relação a indicação das traqueostomias, a mais freqüente foi a antecipação de ventilação mecânica prolongada (63 casos), seguida de proteção de via aérea (10 casos). A técnica percutânea foi realizada em 47 pacientes (64,38%) enquanto que a cirúrgica foi feita em 26 (35,62%). Não houve necessidade de conversão de técnica percutânea para convencional nos casos analisados. Todos os procedimentos de trsaqueostomia foram realizados na UTI. Complicações ocorreram em 16,43% (n=12) dos pacientes, e a principal foi o sangramento que ocorreu em 6 indivíduos (50%). As outras complicações observadas foram: infecção do sítio de traqueostomia (2 casos), abscesso, granuloma, decanulação, e implantação seletiva, cada um com um caso. Não houve mortalidade relacionada ao procedimento. **Conclusão:** A traqueostomia é um procedimento seguro que pode ser realizado a beira do leito com baixa

taxa de complicações. A técnica percutânea foi a mais utilizada, representando uma tendência em detrimento à técnica cirúrgica convencional.

A0117 TERAPIA INTENSIVA - EVOLUÇÃO DE PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA PROLONGADA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO BRASILEIRO.

ARTHUR OSWALDO DE ABREU VIANNA; GUSTAVO AUGUSTO PORTO SERENO CABRAL; JOANA BURROWES CAMARA; GABRIEL MELO TEIXEIRA; CARLOS ANDRE RIBEIRO; ALESSANDRA ALVES; ANDREA AGUIAR; RENATO AZAMBUJA.
CLÍNICA SÃO VICENTE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VENTILAÇÃO MECÂNICA PROLONGADA; MORTALIDADE; PROGNÓSTICO

Introdução: Em virtude dos avanços obtidos nas últimas décadas, é cada vez maior o número de pacientes que necessitam de ventilação mecânica prolongada (VMP). Tais indivíduos necessitam de abordagem especializada, utilizando recursos tecnológicos complexos e carreiam maior risco de infecção e reinternação na UTI. **Objetivos:** Descrever o perfil de pacientes sob VMP e a sobrevida dos mesmos após internação em uma UTI brasileira, comparando os resultados obtidos com a literatura mundial. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo, em um único centro, incluindo pacientes sob VMP (ventilação mecânica invasiva por mais de 21 dias) entre 1º Janeiro de 2006 a 31 de Dezembro de 2007. Foram avaliados parâmetros clínico-laboratoriais na admissão e durante a internação do paciente, testando variáveis que se correlacionam com a taxa de mortalidade. **Resultados:** Foram selecionados 39 pacientes, contabilizando 41 internações. A média de idade foi de 74,8 ± 14,5 anos, e em relação ao sexo, 53,7% (n=22) eram mulheres. A média do score APACHE II foi de 19,5 ± 8,1. Os três principais motivos de internação foram: respiratório (43%), pós-operatório (14%) e acidente vascular encefálico (12%). 80,48% (n=33) dos pacientes foram ventilados inicialmente através de tubo oro-traqueal (TOT). A média de duração da VM foi de 40,4 ± 19,1 dias. A taxa de re-intubação foi de 31,7 % (13 pacientes). Foram realizadas 32 traqueostomias, sendo 69% (n=22) através da técnica percutânea. A duração média de TOT foi de 14 ± 6 dias. 56,09% (n=23) dos pacientes evoluíram com insuficiência renal aguda. A taxa de mortalidade na UTI foi de 46,34% (n=19), e 15 (78,94%) desses indivíduos desenvolveram insuficiência renal aguda (IRA) com necessidade de diálise. Houve correlação estatística entre o desenvolvimento de IRA e taxa de mortalidade (p= 0,009), com risco relativo de 6,6. Do restante dos pacientes (n= 22), 54% (n=12) obtiveram alta da UTI para quarto, 27% (n=6) receberam alta para Home Care e 19% (n=4) foram transferidos para outras instituições. Dentre os sobreviventes, apenas 8 (36,36%) necessitaram de suporte dialítico durante a internação. **Conclusão:** o presente estudo mostra taxa de mortalidade (46,34%) dentro da faixa observada na literatura corrente. Em nossa casuística, a necessidade de diálise foi o único fator relacionado à mortalidade.

A0118 TERAPIA INTENSIVA - "AVALIAÇÃO TOMOGRÁFICA DOS EFEITOS DA POSIÇÃO PRONA E DA APLICAÇÃO DE CPAP NASAL SOBRE A HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM DPOC".

SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA[1]; GEÓRGIA FREIRE PAIVA WINKELER[2]; JOHN HERBERT DA SILVA FELIX[3]; EANES DELGADO BARROS PEREIRA[4]; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA[5].
1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2,3,4,5.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDEO, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; HIPERINSUFLAÇÃO; PRONA

Introdução: A ventilação mecânica não invasiva (VNI) é o tratamento de escolha para exacerbação da DPOC, porém o efeito dos diferentes níveis de pressão aplicados sobre a hiperinsuflação é controverso. Apesar de não existirem evidências que comprovem o benefício da posição prona na DPOC a sua utilização pode ser promissora. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da posição prona sobre a hiperaeração pulmonar em pacientes com DPOC, com e sem a utilização de CPAP. **Métodos:** Foram estudados 11 pacientes com DPOC moderada ou grave, estáveis. Os pacientes realizaram TCAR de tórax, sem e com CPAP de 10cmH2O, aplicada por máscara nasal, nas posições prona e supina de forma randômica. Foram realizados cortes tomográficos 2 cm acima do diafragma. Os cortes foram realizados em Capacidade Residual Funcional. Durante a realização do exame foram monitorados: Saturação de pulso de oxigênio (SpO2), volume corrente (VC), freqüência respiratória (f), freqüência cardíaca (FC) e a Escala de dispnéia de Borg. Os cortes tomográficos foram analisados através de um software livre: OSIRIS®. A Região de Interesse (ROI) dos dois pulmões foi selecionada com o método da máscara colorida. Foram mensurados os pixels contidos em cada imagem com o auxílio do histograma (função estatística da imagem que calcula o número de pixels em cada tonalidade) sendo analisados todo o pulmão e 3 sub-regiões: ventral, medial e dorsal. Foram calculados o percentual de áreas hiperaeradas com densidade <-950 UH (RA950) e a densidade pulmonar média (DPM). Foram comparados a RA950 e a DPM dos cortes sem e com CPAP nas posições supina e prona. **Resultados:** Na análise global da densidade pulmonar média (DPM), nas três regiões (ventral+ medial+ dorsal), não foi observado diferença estatística quando comparadas a posição prona vs supina. Houve aumento da DPM, na posição prona nas regiões ventral (Sem CPAP: -865 vs -823 UH; CPAP de 10 cmH2O: -880 vs -826 UH; supina vs prona) e medial (Sem VNI: -848 vs -834 UH; CPAP de 10 cmH2O: -852 vs -842 UH; supina vs prona), enquanto ocorreu redução da DPM, na posição prona na região dorsal (Sem VNI: -836 vs -883 UH; CPAP de 10 cmH2O: -847 vs -892 UH; supina vs prona). (p<0,01). Em geral a aplicação de CPAP resultou em aumento significativo da RA950 e redução da DPM. Na análise das variáveis fisiológicas foi observado um aumento na FC e queda na SpO2 na posição prona (p<0,05). Não ocorreu mudança significativa no grau de dispnéia. **Conclusões:** A posição prona redistribui o ar dos pulmões de pacientes com DPOC invertendo o gradiente ventro-dorsal de hiperaeração de modo similar aos seus efeitos sobre o colapso pulmonar nos pacientes com SARA. A aplicação de CPAP resultou em aumento da hiperaeração em todas as regiões na posição supina e predominantemente na região dorsal na posição prona.

	Posição	Pulmões-RA950	Ventral-RA950	Medial-RA950	Dorsal-RA950
Sem CPAP	Supina	25%	28%	27%	22%
Sem CPAP	Prona	27%	22%	26%	33%
CPAP 10 cmH2O	Supina	28%	32%	29%	23%
CPAP 10 cmH2O	Prona	28%	20%	26%	34%

A0119 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR - DETERMINACIÓN DE LA PROBABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

ALFREDO MALDONADO; ALEX ORTEGA; ROCIO BAENA.
CENTRO MÉDICO BOLIVIANO BELGA, COCHABAMBA, BOLÍVIA.

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; TEP; DIAGNÓSTICO TEP

Introducción: Mueren o padecen Tromboembolismo Pulmonar (TEP) la mayoría de enfermos sin diagnóstico, tratamiento y menos prevención; su diagnóstico confronta discriminar varios síndromes clínicos disímiles, con manifestaciones inespecíficas y parcialmente episódicos. La determinación de un índice de Probabilidad Diagnóstica frente a su reconocido bajo perfil confirmatorio, constituye un desafío primario. **Objetivos:** Establecer la utilidad de un modelo consistente para intentar mayor aproximación diagnóstica. **Métodos:** Estudio prospectivo de 68 pacientes hospitalizados elegidos de 108 casos de sospecha de TEP durante 4 años: 01, 2004 a 12, 2007. Promedio etareo 63 años. Protocolo preestablecido basado en estudio previo de 10 años: 1) factores de riesgo alto y moderado para tromboembolismo venoso = 3/3 puntos, 2) evaluación de síntomas y signos clínicos no dependientes de otra condición patológica = 3/3 puntos, 3) exámenes rutinarios: D. Dímeros > 500 ng/dl, hipoxemia sin hipercápnea, Rx. de tórax y electrocardiograma con datos no atribuibles a otras patologías = 4/4; la sumatoria de dichos criterios alcanza un score potencial de 10 puntos, postulando 6 o más puntos como Probabilidad Diagnóstica. Se efectuó tratamiento con Heparina IV inicial junto a warfarina bajo niveles terapéuticos, sin omitir la realización de exámenes confirmatorios factibles, evaluando durante los 2 meses iniciales la mantención o retiro de la anticoagulación basados en 2 criterios: la demostración de otro diagnóstico documentado ó la no mejoría del cuadro, en ambos casos se asumió falla de la probabilidad diagnóstica. **Resultados:** Alcanzaron score de 6 ó más puntos sobre diez 68 pacientes; de los cuales 77% presentaron factores de alto y moderado riesgo, la disnea y la taquipnea no atribuible a otra patología ocurrieron en 91%, los D. Dímeros > 500 ng/dl en 70%, gasometría arterial con hipoxemia sin hipercápnea en 79%, la Rx. de tórax y el Electrocardiograma no dependiente de otra patología diferencial en 60%. Los resultados del seguimiento durante 2 meses, evidenciaron mejoría clínica y funcional con tratamiento anticoagulante en 60/68 (88%), sin complicaciones hemorrágicas y un caso letal; no se registró ningún paciente con inestabilidad hemodinámica. Se pudo confirmar el diagnóstico de tromboembolismo

pulmonar en 15/68 (22%) mediante ecografía doppler de miembros inferiores y mínimamente con angioTAC torácico o gamagrafía pulmonar. **Conclusión:** El modelo de Probabilidad Diagnóstica del TEP, evidencia su utilidad en 88% de los pacientes estudiados que accedieron a tratamiento anticoagulante precoz, mejorando con el mismo sin dependencia obligada de tests de bajo nivel confirmatorio ni retardación del tratamiento. Los principales aportes para alcanzar ésta aproximación diagnóstica fueron: factores de alto y moderado riesgo 77%, D. Dímeros 70% y, a diferencia de Wells, disnea con taquipnea + hipoxemia 85% de los casos.

A0120 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR - INCIDÊNCIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM PACIENTES ONCOLÓGICO NA FCECON.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE[1]; FÁBIO ARRUDA BINDÁ[2]; ANGELA MARIA MELO DA SILVA[3]; BIANCA BARBOSA DE ANDRADE[4].
1,2,3.UEA, MANAUS, AM, BRASIL; 4.INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; NEOPLASIA; PROFILAXIA

Introdução: Comum na maioria das especialidades médicas, a trombose venosa profunda (TVP) continua sendo a doença mais negligenciada no cenário clínico atual (Castro 2002). As estatísticas demonstram que a TVP é responsável por número elevado de mortes súbitas que ocorrem no pós-operatório imediato por tomboembolia pulmonar (TEP), na maioria das vezes não diagnosticada, além de graves lesões que se manifestam tardiamente. É uma doença que afeta, anualmente, uma a duas pessoas em cada 1.000 habitantes. Tratou-se de um estudo prospectivo de corte transversal que foi realizado na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON) em Manaus-AM. A população foi constituída aleatoriamente de 60 pacientes com diagnóstico de doença oncológica, com fator de risco moderado e alto para o desenvolvimento de TVP, sendo que 30 foram indivíduos portadores de neoplasia maligna hematológica e 30 não hematológica. A Coleta de dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2008 e foi composta de dois momentos. No primeiro, houve a estratificação de risco dos pacientes para o desenvolvimento de TVP, através de entrevista e analise de prontuário, seguindo os critério da Sociedade brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular.. No segundo, os pacientes com estratificação moderado e alto para TVP foram submetidos a exames de ultrassonografia com doppler colorido, marca Sonoline G60S, transdutor linear 7,5-12 mHG, técnica com doppler. Foram considerados positivos para TVP a ausência de compressão e fluxo em relação à artéria das veias femorais, poplíteas, safenas. Os dados qualitativos serão avaliados pelo método do qui-quadrado, adotando um alfa de 5% e um IC de 95%. **Resultados:** Dos 60 pacientes selecionados, foram estudados integralmente 50 pacientes, sendo que 30 (60%) foram do sexo feminino e 20 (40%) do sexo masculino. A faixa etária variou de 18 a 74 anos, com uma média de 54,6. Os pacientes com risco alto para TVP foi à maioria com uma freqüência de 98% (49 pacientes). A incidência de TVP nos pacientes estudados foi de 12%. Quando cruzamos os dados com os métodos utilizados para prevenir a doença tromboembólica para esses pacientes, verificamos que foram utilizadas a deambulação precoce e elevação dos membros. Não houve diferença estatística na distribuição da incidência de TVP para os cânceres hematológicos e não hematológicos com p>0.5. A veia femoral foi a mais acometida com uma freqüência de 50%(3 pacientes), seguida da poplítea com 33,3% (2 pacientes). **Conclusão:** O exame ultrassonográfico, a incidência de TVP tanto nos pacientes hematológicos quantos nos não hematológicos é alta, com uma pequena prevalência do sexo feminino, sendo que o vaso sanguíneo mais acometido foi à veia femoral e que tais pacientes poderiam ser beneficiado com o uso de profilaxia medicamentosa para tal patologia.

A0121 TUBERCULOSE - TUBERCULOSE PULMONAR ABACILÍFERA – ATRASO EM SEU DIAGNÓSTICO.

FABIANA NAPOLI BORGES[1]; FABIANO NAPOLI BORGES[2]; ALLAN EURIPEDES REZENDE NAPOLI[3]; ALLAN KARDEC REZENDE NAPOLI[4].
1.HRC/SES-DF, BRASILIA, DF, BRASIL; 2.HFA, BRASILIA, DF, BRASIL; 3.PCT-HRC/SES-DF, BRASILIA, DF, BRASIL; 4.PCT-DF/SES-DF, BRASILIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; DIAGNOSTICO; TRATAMENTO

Introdução: A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, crônica, causada por um bacilo álcool-ácido resistente, aeróbico, denominado mycobacterium tuberculosis, transmitida de pessoa para pessoa através da inalação de partículas infectadas por este bacilo e que sorrateiramente vai minando o organismo de sua vítima. No Brasil são notificados cerca de 110 mil casos por ano e a cada dia cerca de 16 vidas são ceifadas por essa doença curável. Em adultos, 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar e 10% das formas extra-pulmonares. Sem tratamento, a tuberculose pulmonar evolui da forma mínima, passando pela moderada, até alcançar a forma avançada da doença. A história de contágio com o paciente portador de tuberculose pulmonar bacilífera é um fator importante para o diagnóstico, juntamente com a pesquisa do BAAR do escarro e o RX de tórax. **Objetivos:** Alertar os médicos para a importância de diagnosticar e tratar a tuberculose nas formas iniciais da doença para evitar as seqüelas pulmonares. **Método:** Relato de caso clínico. Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 31 anos, branco, solteiro, 2º grau completo, sem história de uso de drogas, etilismo ou tabagismo, foi submetido a cirurgia de coarctação da aorta em 16/01/2007. Na ocasião não apresentava nenhum problema respiratório, mas seu RX de Tórax revelou infiltrado intersticial no ápice pulmonar direito com lesão cavitária de permeio e sua broncoscopia revelou diminuição da luz e hiperemia do segmento posterior do lobo superior direito. Pesquisa para BAAR negativa; cultura para BK e fungos do lavado brônquico negativa. Citologia negativa para células neoplásicas. Quatro meses após a cirurgia, começou a apresentar tosse improdutiva e anorexia; negava febre ou suores noturnos. Acompanhado pela rede de saúde privada até então, não foi iniciada qualquer prova terapêutica para tuberculose. Em 19/12/07, procurou o ambulatório de tisiologia da SES do DF com história de piora da tosse improdutiva além de emagrecimento de cerca de 4 Kg e suores noturnos. Nos antecedentes familiares referiu que um irmão havia feito tratamento para tuberculose de janeiro a julho de 2007. Seu RX de Tórax revelou piora radiológica comparativamente. PPD em 24/12/2007: 0 mm; cultura para BK solicitada em 19/12/2007 mostrou-se positiva em 23/01/2008; Sorologia anti-HIV em 18/02/08: não reagente. Em 19/12/2007 iniciamos Esquema I. **Resultados:** Evoluiu com melhora clínica e radiológica. **Conclusão:** Em paciente jovem com tosse há mais de 3 semanas, com lesão radiológica sugestiva de Tuberculose, mesmo que não exista história de contágio, faz-se necessário solicitar cultura para BK e, imediatamente, iniciar prova terapêutica para Tuberculose. Descritores: Tuberculose; Diagnóstico; Tratamento

A0122 TUBERCULOSE - ANÁLISE DO PERFIL DOS PACIENTES EM TRATAMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE, DE ACORDO COM O TEMPO DE DEMORA DO DIAGNÓSTICO, NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE/SC, NO PERÍODO DE MAR/2007 A ABR/2008.

JAIME MATOS FERREIRA; MARA LÚCIA MONTEIRO; LUIZ CARLOS D´AQUINO.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, JOINVILLE, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DEMORA; PACIENTE; DOUTOR

Introdução: Joinville faz parte dos nove Municípios prioritários de SC, indicados pelo Ministério da Saúde. A partir de 2004 foi instituído, no Município, as ações de diagnóstico e tratamento supervisionado descentralizados. A análise do perfil dos pacientes admitidos para tratamento visa auxiliar o entendimento da equipe em relação a detecção de casos da doença. As sub-notificações de casos existentes nas comunidades são uma realidade atual e nos leva a repensar novas estratégias de ação para o controle da doença, investindo maiores esforços na redução de prazo do diagnóstico da Tuberculose no Município. **Objetivo:** Realizar análise dos fatores que influenciam na demora do diagnóstico da Tuberculose. **Método:** Este trabalho consiste num estudo epidemiológico analítico-descritivo de pacientes com tuberculose que foram admitidos para tratamento no Programa de Controle da Tuberculose de Joinville, no período de MAR/2007 a ABR/2008. A amostra foi constituída de 83 pacientes, sendo 79 casos novos e 04 recidivas, que iniciaram o tratamento e que apresentavam, pelo menos, três sintomatologias clássicas da Tuberculose. Os dados foram coletados dos registros dos prontuários. As variáveis utilizadas foram: grupo etário, gênero, forma de Tb, baciloscopia de escarro e infecção pelo HIV. **Resultados:** A análise geral dos dados identificou que em média, a "demora do paciente" foi de 94 dias (aumento de 268%), enquanto o tempo de "demora do doutor" foi de 30 dias (queda na ordem de 20%, em relação a estudos realizados anteriormente). Os valores obtidos no presente estudo, no que diz respeito ao gênero, mostram que o sexo não foi um fator determinante de caracterização do tempo de demora. A variável faixa etária mostrou-se significativa. Em relação a presença de co-infecção, o diagnóstico ocorreu mais tardiamente entre os pacientes HIV positivo que nos HIV negativos. A forma de tuberculose apresentada pelo doente também foi preeminente no tempo de demora, mostrando que os casos extra-pulmonares são os que apresentam

maiores obstáculos no traçado diagnóstico. Quanto a baciloscopia de escarro, tanto os pacientes BKE negativos, como os BKE positivos demoram a procurar o serviço de saúde. É preocupante o grande número de pacientes com BKE + que iniciam tratamento com mais de 60 dias de demora. O tempo de "demora do paciente" foi associado com uma busca de sintomáticos respiratórios deficiente. A "demora do doutor" foi relacionada ao diagnóstico tardio e ao despreparo dos profissionais de saúde em lidar com a doença. **Conclusão:** Joinville possui uma rede básica de saúde bem estruturada e preparada para realização do diagnóstico precoce da tuberculose, porém apesar de todas as condições favoráveis de acesso do paciente ao serviço de saúde e aos exames diagnóstico, o presente estudo demonstrou que muito ainda há por se fazer, e que controlar a Tuberculose requer muito mais que "condições", ou seja, não basta "poder fazer" é necessário o "querer fazer".

A0123 TUBERCULOSE - O CONTROLE DA TUBERCULOSE ATRAVÉS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

ALEXANDRE DA CRUZ PINTO[1]; IVONETE CUNTIERE[2]; SILVIA MARIA TAGÉ THOMAZ[3]; JANICE DA SILVA SANTOS[4]; NÁDIA APARECIDA DOS SANTOS IMAKAWA[5]; SUELI DOS SANTOS CRUZ[6]; ANA CLÁUDIA FREITAS DE VASCONCELOS[7]; DENISE PINTO DA FONSECA PICCININI[8].

1,3.PREFEITURA DE SANTOS/UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS-UNISANTOS, SANTOS, SP, BRASIL; 2,4,5,6,7,8.PREFEITURA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; POLÍTICAS PÚBLICAS; CONTROLE

Introdução: A criação do Sistema Único de Saúde(SUS), proporcionou reais avanços em relação ao acesso à saúde pública no país, atribuindo as ações de Atenção Básica aos municípios através da descentralização. Nessa linha, foram implantados os Programas de Controle da Tuberculose(PCT) nos municípios, tornando-os responsáveis pelo tratamento ambulatorial; porém, sem ter gerenciamento sobre as ações de controle da doença em hospitais. Essa ausência de ações articuladas é um fator que acarreta no abandono do tratamento pelo paciente, tornando-o vulnerável à forma mais grave da doença (TB-Multidrogaresistente). Em Santos, o índice de abandono ao tratamento em 2005 foi de 10,73%, enquanto que a OMS preconiza um número inferior a 5%. **Objetivos:** Diminuir a taxa de abandono ao tratamento, evitando o surgimento de bacilos resistentes através da disseminação de informações acerca da doença e da criação de vínculo com o paciente internado, visando a garantia das ações de controle. Promover a integração do PCT do município com o Hospital Estadual Regional Guilherme Álvaro(HGA) aperfeiçoando o processo de descentralização implantado através do SUS. Proporcionar ao paciente um acolhimento baseado na Política Nacional de Humanização-HUMANIZASUS. **Metodologia:** Visita semanal aos pacientes internados no HGA, em Santos; Quando da sua alta hospitalar, manter contato com paciente e com a Unidade Básica de Saúde(UBS) que realiza o tratamento, visando o acompanhamento das ações até a alta por cura; Visitas domiciliares aos pacientes faltosos com flagrante possibilidade de abandono do tratamento; Reuniões mensais com a equipe multidisciplinar do PCT do município para discussão de cada caso. **Resultados:** Este trabalho já dura 10 meses e até o momento não foi constatado nenhum caso de abandono ao tratamento. Dos 28 pacientes atendidos, 6 obtiveram alta por cura, 17 ainda continuam em tratamento, sendo acompanhados dentro do próprio município junto às UBS's e através de outros serviços da rede de atenção básica de saúde. Em outros 5 casos, os pacientes foram internados e atendidos, porém, devido a gravidade do quadro clínico e a vinculação com outras doenças associadas não resistiram e foram à óbito antes da alta hospitalar, o que não possibilitou utilizar as metodologias de monitoramento preconizadas por este trabalho. * Projeto selecionado e apresentado no COSEMS/SP, CONASSS, III Encontro Nacional de TB e CRICS8. **Conclusão:** As ações de controle idealizadas através deste trabalho estão proporcionando a confecção de um novo projeto envolvendo a participação de outros municípios da região metropolitana da Baixada Santista junto ao HGA. Os resultados mostraram que as ações inovadoras desenvolvidas através deste plano operativo aperfeiçoaram a vigilância e o monitoramento da doença, configurando desta forma, a Stop TB Strategy. Fica evidenciado que o trabalho articulado entre as diferentes esferas governamentais é fundamental para promover a operacionalização das políticas públicas.

A0124 TUBERCULOSE - TUBERCULOSE: DÚVIDAS, MEDOS E EXPECTATIVAS.

ANALUCI SILVA[1]; FABAIANA TROVATTO PRIETO[2]; APARECIDA MARSELLA BERNARDES[3]; TERESA KIYOKO GUNGI HIRATA[4]; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[5]; SIDNEY BOMBARDA[6]; MARA CRISTINA SOUZA LUCIA[7]; MÁRCIA SEISCENTO[8].

1.DIVISÃO DE PSICOLOGIA HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4.DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5,6,8.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - INCOR FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 7.DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; ESTIGMA; PRECONCEITO

Introdução: O abandono do tratamento da tuberculose é um dos problemas relacionados com o controle da doença. Fatores como a dificuldade em assimilar as informações sobre a doença e o tratamento, a relação médico-paciente e o tempo de duração da medicação podem interferir na adesão ao tratamento. No ambulatório de micobactérias do Hospital das Clinicas São Paulo, hospital público de nível quartenário, o abandono de tratamento dos casos notificados é inferior a 5%. **Objetivo:** Relatar a experiência de reuniões de grupo com pacientes portadores de tuberculose. **Método:** No período de janeiro de 2007 a julho de 2008, todos os pacientes encaminhados ao ambulatório com suspeita clínica de tuberculose e ou em tratamento, participaram antes da consulta médica, de uma reunião com duração de aproximadamente 60 minutos, sob a coordenação da assistente social e psicóloga. Neste grupo os pacientes foram estimulados a falarem sobre os seus conhecimentos a respeito da tuberculose, estigmas, medos e expectativas. As dúvidas foram discutidas e esclarecidas. As coordenadoras realizaram orientações sobre a proposta do tratamento quimioterápico, direitos trabalhistas, assistências e discutiram a responsabilidade do paciente em seguir o tratamento. Foram utilizados slides, painéis e folhetos informativos. **Resultados:** Foram realizadas 87 reuniões, das quais participaram 1305 pacientes. Através das falas foi possível identificar que ocorre falta de conhecimento correto sobre a doença, principalmente a etiologia e forma de transmissão. O preconceito e o estigma estavam presentes nos próprios pacientes quando procuram esconder a doença. Os principais questionamentos referiam-se a duração do tratamento, que consideravam longo demais. A expectativa era de cura rápida e o tempo pro-longado de tratamento gerava frustração. Também foi possível identificar nestes grupos que pacientes já em tratamento, ao sentirem-se melhor pensavam em parar de tomar a medicação. Os medos presentes estavam relacionados principalmente a possibilidade de discriminação e o afastamento do trabalho. Em relação aos médicos os pacientes queixavam-se do pouco tempo com o médico e dificuldades para discutir as dúvidas. Outra questão que apareceu nos grupos foi a falta de informação dos direitos aos benefícios previdenciários e auxílios. Alguns pacientes já em tratamento em outras Unidades de Saúde desconheciam tais benefícios. **Conclusões:** A atividade em grupo proporcionou maior reflexão sobre a importância da participação de equipe multiprofissional na abordagem do paciente com tuberculose. O acolhimento, a informação, e a possibilidade de expor a equipe suas duvidas, medos e expectativas e as orientações cria vinculo com a equipe, aumentando a adesão ao tratamento. Novos estudos são necessários para avaliar o impacto desta atividade na adesão ao tratamento, assim como estimular a participação do médico e enfermeiras nestas reuniões.

Apoio: FAPESP

A0125 TUBERCULOSE - EXPERIÊNCIA NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PLEURAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

ALEX AMARANTE COSTA; ROGÉRIO RUFINO; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA; MATEUS MONTEIRO BETTENCOURT.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA FCM/UERJ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; DERRAME PLEURAL; ADENOSINA DEAMINASE

Introdução: No ano de 2004, o Brasil notificou 74.540 casos de tuberculose (41/100.000 habitantes). Pouco mais da metade (53%) encontrava-se relacionada à forma pulmonar bacilífera. Nos EUA, no ano de 2003, a população de tuberculosos foi de 14.874, dos quais 3.029 foram exclusivamente extra-pulmonar e, destes, 559 de tuberculose pleural. Acredita-se, que a tuberculose pleural possui baixa notificação de diagnóstico nos EUA, o mesmo ocorrendo no Brasil. Na busca por novos métodos diagnósticos para a tuberculose pleural, a dosagem da adenosina deaminase (ADA) trouxe efetiva perspectiva na prática

médica.4 Mas, apesar deste avanço, a metodologia de investigação no Brasil permanece a inalterada desde 2000. **Objetivo:** Determinar o impacto da ADA no diagnóstico dos líquidos pleurais. **Métodos:** No período de janeiro de 2007 a julho de 2009, foram realizados procedimentos de toracocentese com biópsia pleural em 47 pacientes consecutivos encaminhados para o ambulatório de doenças pleurais. Todos realizaram dosagem de ADA, no departamento de bioquímica da UERJ, definindo o seu valor de diagnóstico acima de 39u/L. **Resultados:** Dos 47 pacientes que fizeram biópsia pleural, 21 apresentaram diagnóstico de tuberculose pleural (20 através de exame histopatológico e 1, pela cultura do fragmento pleural). Os demais pacientes tiveram diagnóstico de neoplasia (5 deles com células neoplásicas no líquido pleural), 1 com empiema, 3 transudatos e 17 com exsudatos inespecíficos (36%). A média de idade foi de 44 anos e havia x pacientes do sexo masculino. Somente três pacientes com tuberculose pleural não apresentaram ADA > 40u/L. Estes pacientes referiam início da sintomatologia clínica há menos de 1 mês. Nenhum paciente com outros diagnósticos apresentou nível elevado de ADA (> 40u/L). Isto representou 86,95% de sensibilidade da dosagem de ADA no líquido pleural para o diagnóstico de tuberculose, com 100% de especificidade, 82% de valor preditivo negativo e 100% de valor preditivo positivo. Foi verificada, também, correlação positiva entre as variáveis ADA e percentuais de linfócitos e monócitos presentes no líquido pleural nos pacientes com tuberculose, utilizando ANOVA e teste de Kruskal Wallis ($p < 0.0001$). **Conclusões:** A dosagem do nível de ADA no líquido pleural é um instrumento útil no diagnóstico da tuberculose pleural e deve ser incluída em todos os pleurogramas. Porém, devido ao elevado número de diagnósticos inconclusivos, a biópsia pleural ainda deve permanecer na rotina "inicial" no diagnóstico das doenças pleurais.

A0126 TUBERCULOSE - ASPECTOS TOMOGRÁFICOS DE DOENÇA PULMONAR POR MYCOBACTERIUM KANSASII.

SIDNEY BOMBARDA[1]; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[2]; ÉRICA CHIMARA[3]; ELISA MARIA SIQUEIRA LOMBARDI[4]; MARCOS SOARES TAVARES[5]; MÁRCIA SEISCENTO[6].

1,2,4,5,6.INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.INSTITUTO ADOLFO LUTZ, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS; DIAGNÓSTICO; TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Introdução: Nos últimos anos, as doenças causadas pelas micobactérias não tuberculosas (MNT) têm aumentado consideravelmente, em razão da associação com aids e outras doenças pulmonares e também pelo avanço tecnológico no diagnóstico. Dentre as MNT, o Mycobacterium kansasii tem sido reconhecido como o segundo maior causador de doença pulmonar sendo precedido apenas pelo Mycobacterium avium. O critério diagnóstico de doença pulmonar por MNT inclui o isolamento da micobactéria (cultura) em duas amostras de escarro ou uma amostra em fragmento de tecido ou lavado broncoalveolar associado à sintomas clínicos e achados radiológicos/tomográficos. **Objetivo:** Descrever os achados tomográficos em pacientes com doença pulmonar por M kansasii em um serviço de referência para diagnóstico e tratamento de micobacterioses. **Métodos:** Foram realizadas tomografias de tórax em 14 pacientes com doença pulmonar por Mycobacterium kansasii no período de setembro de 2006 a março de 2008 no ambulatório de micobactérias da Disciplina de Pneumologia do HCFMUSP. Todos os pacientes apresentavam pelo menos 2 culturas de escarro positivas para Mycobacterium kansasii, sintomas respiratórios e alterações na radiografia de tórax. Foram considerados sinais tomográficos sugestivos de doença: cavidades, nódulos, confluência de pequenos nódulos, nódulos mal definidos de distribuição segmentar, consolidação, massa, espessamento de paredes brônquicas, aspecto de "árvore em brotamento" e bronquiectasias. **Resultados:** Dos 14 pacientes, 8 eram homens e 6 eram mulheres com idade entre 24 e 71 anos. Foi observada doença bilateral em 9 pacientes e unilateral em 5 pacientes. O tratamento para tuberculose tinha sido instituído em 12 pacientes e em apenas 2 pacientes, o tratamento foi iniciado após a identificação da espécie. Os achados tomográficos foram: nódulos e bronquiectasias em 11 pacientes (78%), cavidades de paredes espessas em 10 (71%), pequenos nódulos de distribuição segmentar em 8 (57%), aspecto de "arvore em brotamento" em 7 (50%), pequenos nódulos confluentes em 4 (28%), espessamento de paredes brônquicas e cavidades de paredes finas em 3 (21%) e massa ou consolidação em 2 (14%). Bandas parenquimatosas também foram observadas em 8 pacientes (57%). **Conclusão:** É possível que muitos casos de doença pulmonar por Mycobacterium kansasii possam estar sendo tratados como tuberculose, uma vez os esquemas terapêuticos utilizados para o tratamento da tuberculose contém drogas parcialmente eficazes para o tratamento da doença por Mycobacterium kansasii. As alterações parenquimatosas observadas na tomografia computadorizada são semelhantes às da tuberculose pulmonar e a doença por Mycobacterium kansasii deve ser suspeitada no encontro desses achados, especialmente nas situações em que a resposta ao tratamento da tuberculose é inadequada. Apoio: FAPESP.

A0127 TUBERCULOSE - INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DAS AMOSTRAS DE ESCARRO NO RENDIMENTO DA REAÇÃO EM CADEIA DA POLIMERASE (PCR) PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR.

ROSEMERI MAURICI DA SILVA[1]; MARIA LUIZA BAZZO[2]; MARIANA CHAGAS[3].

1.UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, TUBARÃO, SC, BRASIL; 2,3.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; PCR; DIAGNÓSTICO

Introdução: A tuberculose pulmonar continua sendo um importante problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. O diagnóstico precoce e a instituição de tratamento adequado são fatores fundamentais para a redução da morbimortalidade, bem como para a prevenção de seqüelas. Indivíduos que apresentam o quadro paucibacilar da doença obtém o diagnóstico através da cultura, cujo resultado leva, em média, 3 a 6 semanas. Técnicas alternativas e mais rápidas são necessárias para o melhor controle da doença, destacando-se a reação em cadeia da polimerase (PCR). O rendimento desta técnica depende da qualidade das amostras encaminhadas, portanto, a determinação desta influência sobre o rendimento da técnica e definição dos critérios de aceitabilidade da amostra, objetivando melhorar a acurácia, são altamente desejáveis. **Objetivo:** Avaliar a influência da qualidade das amostras de escarro no rendimento da PCR para o diagnóstico da tuberculose pulmonar. **Métodos:** Durante o período de um ano foram avaliados consecutivamente todos os pacientes portadores de tuberculose pulmonar, acima de 18 anos, sem uso de tuberculostáticos ou em uso por no máximo 7 dias, no Hospital Nereu Ramos – Florianópolis – SC. Os indivíduos concordaram em participar através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram coletadas amostras de escarro, as quais foram encaminhadas para processamento em no máximo duas horas. Todas as amostras foram submetidas à baciloscopia e cultura para BAAR, PCR, celularidade total e diferencial e avaliação da viabilidade celular. Foram consideradas amostras de boa qualidade aquelas com mais de 40% de células viáveis e menos de 25% de células escamosas. Foi realizada também a tipificação das micobactérias. Foram calculadas a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia da técnica de PCR, tomando-se como padrão áureo o resultado da baciloscopia e cultura, para amostras com boa qualidade, qualidade ruim e amostras totais. Foram ainda avaliados 12 controles sem tuberculose pulmonar. **Resultados:** Foram avaliados consecutivamente 72 casos e 12 controles, com média de idade de 40,64 anos (DP±12,8), sendo 66(78,6%) caucasianos e 70(83,3%) do gênero masculino. Dos indivíduos avaliados, 34(40,5%) eram positivos ao vírus da imunodeficiência humana. O rendimento da PCR para o diagnóstico da tuberculose pulmonar, considerando todas as amostras, independente da sua qualidade, demonstrou uma sensibilidade de 55,6%, especificidade de 41,7%, valor preditivo positivo de 85,1%, valor preditivo negativo de 13,5% e acurácia de 53,6%. Nas amostras consideradas de boa qualidade (33), o rendimento da PCR demonstrou uma sensibilidade de 72,4%, especificidade de 50%, valor preditivo positivo de 91,3%, valor preditivo negativo de 20% e acurácia de 69,7%. Nas amostras consideradas de qualidade ruim (51), o rendimento da PCR demonstrou uma sensibilidade de 44,2%, especificidade de 37,5%, valor preditivo positivo de 79,2%, valor preditivo negativo de 11,1% e acurácia de 43,1%. **Conclusão:** A seleção de amostras de boa qualidade resultou em uma melhora do rendimento da PCR para o diagnóstico da tuberculose pulmonar, principalmente na sensibilidade e valor preditivo positivo.

A0128 TUBERCULOSE - O RENDIMENTO DO ESCARRO INDUZIDO PARA O DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

SABRINA BOLLMANN GARCIA[1]; CHRISTIANO PERIN[2]; MARCEL MULLER DA SILVEIRA[3]; GUSTAVO VERGANI[4]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[5]; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[6].

1,2,3.HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4,5,6.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESCARRO INDUZIDO; FIBROBRONCOSCOPIA; TUBERCULOSE

Introdução: O escarro induzido (EI) é um método efetivo para pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) e cultura de micobactérias em pacientes que não conseguem produzir escarro espontaneamente ou que apresentam pesquisa negativa para BAAR no escarro espontâneo. **Objetivo:** Avaliar o rendimento do EI para o diagnóstico de tuberculose pulmonar (TB) em uma localidade com alta prevalência de tuberculose. **Métodos:** Em um estudo transversal, retrospectivo, foram avaliados os prontuários de 417 pacientes consecutivos (internados e ambulatoriais) que foram encaminhados ao Serviço de Pneumologia do HCPA para realização de EI por suspeita clínica e/ou radiológica de TB. Nos casos onde a pesquisa de BAAR no EI foi negativa ou a amostra coletada foi considerada insatisfatória, a realização de fibrobroncoscopia com lavado broncoalveolar e/ou biópisa transbrônquica foi determinada a critério do médico assistente. **Resultados:** Dos 417 pacientes estudados, 83 (19,9%) tiveram resultado positivo no EI. Achados radiológicos de cavitação pulmonar (OR = 3,8; IC=1,9-7,6) e infiltrado de padrão miliar (OR=3,7; IC=1,6-8,6) foram significativamente associados com o diagnóstico de TB após análise de regressão logística. A fibrobroncoscopia foi realizada após resultado negativo ou insatisfatório do EI em 134 pacientes e acrescentou 25 novos diagnósticos de TB (o que correspondeu a 64,1% do total de novos diagnósticos). **Conclusões:** O EI é um método efetivo na avaliação inicial para o diagnóstico de TB em pacientes sem escarro espontâneo ou que apresentam pesquisa negativa para BAAR no escarro espontâneo. Contudo, este estudo mostrou que, na prática clínica, a freqüência de resultados positivos para TB após EI (19,9%) é menor que a previamente relatada na literatura. Além disso, demonstramos que a realização de fibrobroncoscopia após um EI com resultado negativo melhora significativamente o rendimento para o diagnóstico de TB.

A0129 TUBERCULOSE - RISK FACTORS FOR MORTALITY AMONG HOSPITALIZED PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED TUBERCULOSIS.

DENISE ROSSATO SILVA[1]; DIEGO MILLÁN MENEGOTTO[2]; LUIS FERNANDO SCHULZ[3]; MARCELO BASSO GAZZANA[4]; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[5].

1,2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,4.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL; HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; MORTALIDADE; FATORES DE RISCO

Background: Tuberculosis (TB) is one of the leading causes of morbidity and mortality. The purpose of this study was to identify the clinical and epidemiological factors associated with death in patients with TB, in a city with a high prevalence of TB and HIV. **Methods:** We conducted a retrospective, cohort study at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. We used the information contained in the SINAN (National System of Information on Notifiable Diseases) to identify the cases of TB, between April 2005 and April 2007. The patients who began the treatment for TB after the hospitalization were included. Predictors of mortality were assessed. The primary outcomes were the in-hospital mortality and the mortality after discharge. **Results:** We evaluated the medical records of 311 patients with TB. The overall mortality rate, the mortality rate during hospitalization, and after discharge were 99/311 (31.8%), 50/311 (16.1%) and 49/261 (18.8%), respectively. Mechanical ventilation ($p < 0.0001$), consolidation in CXR ($p = 0.005$), and sputum-smear negative ($p = 0.016$) were predictors of in-hospital death in multivariate analysis. Independent predictors of mortality after discharge in multivariate analysis included total duration of hospitalization ($p = 0.039$), and current smoking ($p = 0.031$). **Conclusions:** We find a high overall mortality rate among patients hospitalized with TB in a region with high TB and HIV prevalence. Respiratory failure requiring mechanical ventilation, consolidation in CXR, and smear-negative sputum were associated with in-hospital mortality. The risk factors associated with death after discharge were current smoking and total length of stay.

A0130 TUBERCULOSE - TUBERCULOSE EXTENSIVAMENTE RESISTENTE DIAGNOSTICADA NO INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA EM SÃO PAULO.

MARCIA TELMA GUIMARAES SAVIOLI; FERNANDO FIUZA MELO; NELSON MORRONE; DENISE SILVA RODRIGUES.

INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; EXTENSIVAMENTE RESISTENTE; MULTIRESISTENTE

Introdução: Tuberculose Extensivamente Resistente (XDR-TB), definida pela OMS como TB resistente a múltiplas drogas mais uma das quinolona e pelo menos uma das três drogas injetáveis de segunda linha, amica, capreomicina ou canamicina tem sido relatada em escala crescente nos últimos anos, causando grande preocupação em relação ao tratamento. **Objetivo:** Busca de casos de XDR-TB no período de 1994 a 2008. **Métodos:** No período foram diagnosticados 17 casos de XDR-TB. As culturas foram realizadas em meio de Lowenstein-Jensen e TS pelo método das proporções. TS pelo MIC em meio de Middlebrook, com revelação pelo Alamar-Blue para drogas de segunda linha, amicacina, ofloxacina, cicloserina e clofazimina foram realizadas no Instituto Adolfo Lutz. Os pacientes com resistência a um só aminoglicosídeo (SM) foram considerados à parte. Foram avaliados imunodeficiências, variação da sensibilidade em diferentes amostras, resistência primária ou adquirida, tratamento e desfecho. **Resultados:** Foram identificados 17 casos TB-XDR, imunodeficiência foi detectada em 4 pacientes (AIDS em 3 e DM em 1); resistência primária só foi verificada em 1 paciente. Todos os pacientes apresentavam mais de uma cultura e realizadas em períodos diferentes, em apenas 2 casos foi observado repetição do padrão XDR-TB e nos demais, uma amostra revelou XDR-TB e as outras apenas MR. Neste período todos esquemas usados tinham amicacina e uma quinolona e mais pelo menos 3 drogas. Foram verificadas 5 curas e 11 fracassos, dos quais 6 faleceram. Apenas um caso de falência foi considerado curado quando associado a cirurgia. Não houve relação entre cura ou falência, diversidade do TS e esquema adotado. A concordância dos TS não influenciou o desfecho. Em outro grupo, foram analisados 18 pacientes com resistência semelhante aos XDR-TB, a exceção foi a resistência à SM que segundo MS a considera droga de segunda linha. Dois pacientes eram portadores de AIDS. Em 3 casos, a resistência foi considerada primária. Foram observadas 4 curas, das quais uma associada a cirurgia e 14 falências, com 11 óbitos; 2 ainda continuam em tratamento.No total de 35 casos e 84 amostas de escarro encontramos 57/68% de resistência a ofloxacina. **Conclusões:** 1. É muito preocupante a detecção de elevado número de amostras resistentes à ofloxa, pois poderia ser reproduzida a experiência com a SM (uso de tuberculostáticos como antibióticos inespecíficos). 2. Também é preocupante a existência de XDR-TB primária, o que tem grande importância no tratamento da Tb latente. 3. A discordância dos testes de sensibilidade no mesmo paciente tanto pode ser determinada pela não reprodutibilidade absoluta do processo ou, o que acreditamos, pela presença de cepas diferentes no mesmo paciente; de qualquer forma, impõe-se a realização de vários testes de sensibilidade para melhor entendimento do problema. 4. Apesar do prognóstico sombrio, alguns pacientes podem ser curados ou, pelo menos, estabilizados.

A0131 TUBERCULOSE - DECORTICAÇÃO PULMONAR NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO EMPIEMA TUBERCULOSO CRÔNICO.

RICARDO MINGARINI TERRA[1]; MARCELA SANTANA DEVIDO[2]; MÁRCIA SEISCENTO[3]; SIDNEY BOMBARDA[4]; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES[5]; FÁBIO BISCEGLI JATENE[6].

1,2,4,5,6.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EMPIEMA; TUBERCULOSE; DECORTICAÇÃO PULMONAR

Introdução: O empiema tuberculoso é uma grave complicação da tuberculose pleural. A sua conduta cirúrgica é controversa e a decorticação pulmonar, tratamento clássico para o empiema de outras etiologias, é supostamente associada a altos índices de complicações e mortalidade. Tal fato justifica utilização, por muitos serviços, de procedimentos menores como a toracostomia aberta para o manuseio destes pacientes. **Objetivos:** Análise da efetividade e segurança do tratamento cirúrgico do empiema tuberculoso (ET) através da

decorticação pulmonar. **Métodos:** Estudo retrospectivo de todos os pacientes com ET tratados em um serviço terciário entre 01/2003 e 07/2007. Vinte pacientes (17 do sexo masculino e 3 do sexo feminino; idade média de 36,7 ± 13,2 anos) foram tratados durante o período do estudo. Todos tinham diagnóstico definitivo de tuberculose, líquido pleural purulento (confirmado por toracocentese) e espessura pleural > 2cm de acordo com TC de tórax. Decorticação pleural foi considerada procedimento de escolha nos pacientes com condições clínicas que permitissem tal procedimento. A toracostomia aberta foi reservada aos pacientes em mau estado clínico. **Resultados:** Durante o período do estudo, 18 pacientes foram submetidos a decorticação pulmonar, apenas 2 pacientes foram submetidos a toracostomia aberta (estes últimos foram excluídos da análise). O controle da sepse pleural foi atingido em todos os casos. O tempo médio de cirurgia foi de 241±91 min; a permanência em UTI foi de 1,4 dia; tempo drenagem foi de 6.6±4.8 dias e a permanência hospitalar média no pós-operatório foi de 9.8±6 dias. Não houve mortalidade pós-operatória. As complicações foram: (1 paciente) drenagem prolongada > 21 dias e (1) empiema em cavidade residual o qual necessitou drenagem com cateter pig-tail. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico do ET com decorticação pulmonar foi efetivo e associado a baixa morbidade.

Pôsteres com discussão

PD001 HEMANGIOMATOSE CAPILAR PULMONAR

AHMAD ABDUNY RAHAL

CLINAR, SANTA RITA DO SAPUCAI, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HEMANGIMATOSE PULMONAR; RELATO DE CASO; HIPERTENSÃO PULMONAR

Introdução: Relata-se caso de Hemangiomatose Capilar Pulmonar (HCP), uma rara doença vascular intersticial sistêmica com comprometimento pulmonar. **Caso:** M.M. , masculino, 27 anos, previamente hígido, motorista de caminhões, negando uso de drogas, álcool ou tabaco, iniciou quadro de dispnéia e cansaço de rápida progressão aos esforços de maneira gradativa, há um mês da primeira consulta. Refere chiado noturno e esporádico; exacerbação da falta de ar com moderados e pequenos esforços de forma gradativa, desde novembro de 2007. Durante todo o processo de investigação resultaram positivos os exames: - Tomografia computadorizada: hiperinsuflações localizadas em segmentos superiores nas periferias, com algumas áreas cístico-enfisematosas subpleurais, Presença de áreas de vidro-fosco nos segmentos postero-inferiores;- Espirometria: CVF: 4,93(96%), VEF¹: 3,07(74%), IT: 0,62(74%), sem resposta ao BD inalado;- Encaminhamos o paciente a Biópsia pulmonar à céu aberto, realizada em 7 de maio de 2008, a qual retirou dois fragmentos pulmonares de idêntica textura microbolhosa e menos firme que o habitual. O estudo histológico revelou : tecido pulmonar frouxo apresentando proliferações vasculares, com paredes delicadas, revestidas por células endoteliais e contendo sangue em seu interior, com conclusão de HEMANGIOMATOSE CAPILAR PULMONAR. **Discussão:** A HEMANGIOMATOSE CAPILAR PULMONAR,(PCH), é uma rar doença vascular intersticial que acomete de forma autossômica recessiva a adultos jovens de ambos os sexos por igual. Manifesta-se como dispnéia progressiva e rápida tal qual a hipertensão pulmonar primária ou mesmo a secundária , por colagenoses ou drogas. O interesse em relatar esse caso, está na raridade de sua freqüência, e por ser ainda uma doença de tratamento empírico na sua etiologia e indefinido no aspecto sintomático. A PCH está intimamente ligada a HAP; anteriomente, às de etiologias primárias e depois de nova diretriz internacional, foi alocada com sendo causa secundária e de etiologia vascular, o que seria correto pois a lesão endotelial proliferativa de delicado aumento e espessamento dos capilares pulmonares. **Referências Bibilográficas:** 1.Pulmonary capillary hemangiomatosis with severe pulmonary hypertension. Ito, K, et al; Circ Journal, 2003 Sep;67(9):793-5. 2. Pulmonary Capillary Hemangiomatosis With Atypical Endotheliomatosis. Ginns, LC, et al; Chest: 2003;124:2017-2022. 3.Pulmonary Capillary Hemangiomatosis: An Immunohistochemical Analysis of Vascular Remodeling in a Fatal Case.Sullivan, A, et al; Chest: 2005; 128: 576.

PD002 AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE, UM ANO APÓS TRATAMENTO COM ANÁLOGO DE HORMÔNIO LIBERADOR DE GONADOTROFINA

BRUNO GUEDES BALDI; SUZANA PINHEIRO PIMENTA; ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ SANTANA; PEDRO MEDEIROS JUNIOR; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS CARVALHO

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; FUNÇÃO PULMONAR; GOSERELINA

Introdução: Linfangioleiomiomatose pulmonar é uma rara doença que acomete principalmente indivíduos do sexo feminino, de etiologia indeterminada e sem tratamento estabelecido. Tratamento anti-hormonal ainda é o mais utilizado e outras opções estão sendo testadas, como rapamicina e doxiciclina. O volume pulmonar ao final da expiração (VEF1) é um parâmetro bastante utilizado no acompanhamento da evolução da doença e geralmente o que se observa nesse grupo de pacientes é uma queda em torno de 100 ml ao ano. **Objetivos:** Avaliação da função pulmonar em pacientes portadores de linfangioleiomiomatose antes e um ano após tratamento com goserelina (análogo de hormônio liberador de gonadotrofina – GnRH). **Métodos:** Análise retrospectiva da função pulmonar de 9 pacientes antes e após ano de tratamento com análogo de GnRH, enfatizando principalmente o volume pulmonar ao final do primeiro segundo (VEF1). A dose utilizada foi de 3,6 mg a cada 28 dias, por via subcutânea. **Resultados:** A média de idade das pacientes foi de 37,9 anos e 44% eram tabagistas (4 em 9). 88,9% (8 em 9) apresentavam dispnéia, 66,7% (6 em 9) tinham antecedente de pneumotórax e 22,2% (2 em 9) de quilotórax. Em relação à espirometria, após um ano de tratamento com goserelina, o VEF1 médio 0,48 l, (p=0,408); a porcentagem de□ 0,53 l para 2,30 □variou de 2,22 19%□ 19,6% para 85 □VEF1 média em relação ao predito variou de 78,7 0,5□(p=0,089); a CVF média (capacidade vital forçada) variou de 2,78 0,38 l (p=0,174); a porcentagem de CVF média em relação□l para 2,91 15,5% (p=0,036); a relação□ 16,6% para 91 □ao predito variou de 82,5 0,1, antes do tratamento;□VEF1/CVF média permaneceu estável (0,78 0,09, após tratamento).□0,78 **Conclusão:** Diferentemente do que se observa habitualmente na evolução do VEF1 das pacientes com linfangioleiomiomatose, os indivíduos tratados com goserelina apresentaram estabilidade desse parâmetro ao final de um ano.

PD003 FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTIA E SÍNDROME DA APNEIA HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: ENTIDADES DIVERSAS COM MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS COMUNS ?

ANTONIO MONTEIRO CHIBANTE[1]; FLAVIO JOSE MAGALHAES DA SILVEIRA[2]; BERNARDO HENRIQUE MARANHÃO[3]; ANAMELIA COSTA FARIA[4]; JOSE CARLOS BIAGINI JR.[5]; RAPHAEL ZENATTI[6]; RICARDO MARQUES DIAS[7]; MARIA EDUARDA MELO[8]

1,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,4,5,8.SLEEP - LABORATORIO DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE PULMONAR IDIOPATICA; SINDROME DA APNEIA DO SONO; SINDROME METABOLICA

Introdução: A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) e a Síndrome da Apneia Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) estão envolvidas com fenômenos

fisiopatológicos já reconhecidos que envolvem o Stress Oxidativo (SO) e a Síndrome Metabólica (SM) com produção e liberação de elementos inflamatórios, até certo ponto comuns. Por outro lado, o aumento da gordura visceral (GV) abdominal, presente na SAHOS, é considerado parâmetro sugestivo de SM embora seu aumento no mediastino não seja relevado. **Objetivos:** Submeter portadores de FPI a polissonografia noturna no intuito de correlacionar estas duas patologias e avaliar o possível aumento de gordura visceral no mediastino (normalmente só estudada no abdômen) tanto em portadores de FPI como de SAHOS. Método: Vinte e quatro (23) portadores de FPI, diagnosticada conforme os critérios classificatórios da ATS/ETS, provenientes do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (UNI-RIO) e do Centro de Investigações Pneumológicas-RJ, foram submetidos, num estudo transversal, a polissonografia noturna num laboratório de excelência de estudo do sono (Sleep-RJ) com a finalidade de se confirmar a possível coexistência de SAHOS. Paralelamente foi avaliada a distribuição no mediastino de GV, como sinal radiológico indireto de SM, no estudo da TC tanto nos portadores de FPI como em 20 pacientes com SAHOS, com graus classificatórios semelhantes de Índice de Apneia e Hipopneia (IAH). **Resultados:** Dos 23 portadores de FPI, 21 (91,3%) apresentaram SAHOS de graus variados. Vinte em 21 (95%) das TCs avaliadas evidenciaram excesso de GV no mediastino sendo que em 1, com carcinoma broncogênico, não se observou presença de GV e em outro, sem SAHOS, havia GV em excesso. Nos portadores de SAHOS e sem FPI, 20/20 (100%), observou-se aumento flagrante de GV sendo que em 1 (5%) a GV apresentava-se em menor concentração. **Conclusões:** Pelos achados obtidos concluímos que tanto na SAHOS como na FPI o aumento da GV no mediastino é chamativo e, da mesma forma que o aumento da GV no abdome, poderia representar um sinal indireto da SM. Ao mesmo tempo a presença de SAHOS em portadores de FPI faz supor que ambas as patologias devem apresentar em algum momento mecanismos fisiopatológicos comuns que poderiam justificar as coincidências observadas.

PD004 LESÕES LARINGEAS RELACIONADAS À INTUBAÇÃO TRANSLARÍNGEA EM PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

ASCÉDIO RODRIGUES; MIGUEL LIA TEDDE; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; NILZA SAYURI ABE; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA; MARCELO GERVILLA GREGÓRIO

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SEQUELAS; INTUBAÇÃO; POLITRAUMA

Introdução: Apesar do uso rotineiro da intubação laringotraqueal para manutenção da via aérea por tempo prolongado, não existem dados conclusivos sobre os tipos de lesões e as possíveis sequelas que podereão acometer as estruturas laríngeas e a traquéia dos pacientes que foram submetidos a este procedimento. **Objetivo:** Nosso objetivo é analisar endoscopicamente a laringe e a traquéia de pacientes politraumatizados submetidos a intubação translaríngea por mais de 48 horas identificando as prováveis alterações no momento da extubação. **Métodos:** Avaliação endoscópica da laringe e traquéia no momento da extubação translaríngea **Resultados:** Foram realizadas 20 avaliações (18 homens e 2 mulheres). O período mínimo de intubação foram 5 dias e o máximo 21 dias (tempo médio de 11,9 dias). Todos os pacientes apresentaram edema e enantema da supraglote e da glote. Foram observados tecidos de granulação na comissura posterior e nas apófises vocais de 14 (70%) dos pacientes. Houve 3 casos de lesões graves - 2 sinéquias de pregas vocais e 1 fístula traqueoesofágica. A fístula ocorreu no paciente que estava intubado por 21 dias. **Conclusão:** As lesões laringotraqueais estão presentes no cotidiano dos médicos intensivistas. Precauções como a escolha correta da dimensão do tubo orotraqueal, o treinamento correto para realização do procedimento e para a indicação de traqueostomia podem evitar lesões irreversíveis na via aérea do paciente. Aparentemente os pacientes politraumatizado apresentam um risco maior para as lesões secundárias à intubação pois são submetidos ao procedimento em caráter de emergência, na maioria das vezes.

PD005 TREINAMENTO DE FORÇA UTILIZANDO APARELHOS DE MUSCULAÇÃO NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

NEY RICARDO ALENCASTRO STEDILE; EVERSON BATASSINI DE LIMA; ANA PAULA CAMASSOLA; MAURÍCIO MICHELLI; ALEXANDRE VALSECCHI; ROSSANE FRIZZO DE GODOY; DAGOBERTO VANONI DE GODOY

INSTITUTO DE MEDICINA DO ESPORTE - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO PULMONAR; DPOC; TREINAMENTO FÍSICO

Introdução: A reabilitação pulmonar (RP) interfere na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) com abordagem de cuidados multidisciplinares que otimizam o desempenho físico e social. Os objetivos dos programas de RP (PRP) são reduzir o ritmo de progressão da doença, diminuir e controlar os sintomas respiratórios, melhorar a qualidade de vida, aumentar a capacidade física e reduzir o impacto psicológico da limitação física. Nas atividades de PRPs são utilizados exercícios aeróbicos para aumentar a concentração de enzimas oxidativas e mitocondriais, com conseqüente ganho no limiar aeróbio e no consumo máximo de oxigênio, e treinamento de força para musculatura de membros superiores e inferiores, visando à redução da intolerância ao exercício. O treinamento de força, seja com exercícios individualizados ou em grupo, tem variações na sua composição. Diversos PRPs utilizam pesos livres em exercícios com diagonais, outros, indiretamente, treinam as atividades de vida diária como reforço para membros inferiores e superiores. **Objetivos:** Avaliar a inserção de treinamento de força com aparelhos de musculação num PRP para portadores de DPOC. **Métodos:** O estudo analisou 21 pacientes com diagnóstico de DPOC (disfunção respiratória: leve=2; moderada=3; grave=10; muito grave=6), que foram avaliados pré e pós PRP com teste de 10RMs (resistência máxima adaptada em 10 repetições). O período de intervenção foi de três meses, com 24 sessões de reabilitação por indivíduo. As sessões foram realizadas duas vezes por semana com duração de uma hora. Para o treinamento de força foram utilizados aparelhos de musculação (world®). Os testes foram intercalados entre membros superiores e inferiores. Os pacientes estadiados como graves iniciaram o teste com carga baixa até alcançar um gradiente de força máxima para 10RMs. Os pacientes com disfunção respiratória leve ou moderada iniciaram o treinamento com cargas altas e, se necessário, reduzidas até um peso aceitável. Ao início e término dos testes de 10RMs, foram mensuradas: SpO2, freqüência cardíaca e o valor numérico na escala de BORG. Os resultados foram tabulados e analisados através de média e desvio padrão. Na comparação entre pré e pós-PRP foi utilizado o teste T de student para dados pareados com significância de $p \leq 0,05$. **Resultados:** o teste de 10RMs na remada obteve, na primeira avaliação, 34,28±11,21 Kg, e após o programa 45±16,43 Kg ($p \leq 0,01$). No supino a média foi de 21,57±12,40 Kg e após 27,90±12,44 Kg ($p \leq 0,01$). Os membros inferiores foram avaliados através da mesa extensora, sendo a avaliação inicial com média de 24,04±12,02 Kg e após 32,75±11,97 Kg ($p \leq 0,01$), mesa flexora com 30,75Kg ±7,66 e 39,52 Kg ±14,13 ($p \leq 0,01$) e, finalmente, máquina de leg press com 36,42±11,95 Kg inicialmente e 48,33±22,87 Kg ($p \leq 0,05$) após a execução do PRP. **Conclusão:** a realização de treinamento de força para membros superiores e inferiores com o emprego de aparelhos de musculação proporciona benefícios aos portadores de DPOC participantes de PRP. Apesar dos treinamentos com protocolos que priorizam atividades aeróbicas já demonstrarem modificações estruturais na arquitetura muscular de pacientes com DPOC, o estudo realizado, ratificou os benefícios alcançados com treinamento de força.

PD006 NÍVEIS DE STRESS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

ROSSANE FRIZZO DE GODOY; MAURÍCIO MICHELLI; NEY RICARDO ALENCASTRO STEDILE; ALEXANDRE VALSECCHI; DAGOBERTO VANONI DE GODOY

INSTITUTO DE MEDICINA DO ESPORTE - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO PULMONAR; DPOC; STRESS PSICOLÓGICO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se pela obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível, apesar de

ser prevenível e tratável. A presença de doença crônica leva à necessidade de adaptação a condições especiais tanto do paciente como de seus familiares. O reconhecimento de fatores estressores e de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes pode fornecer subsídios importantes para os profissionais que trabalham com estes pacientes. **Objetivos:** Avaliar o impacto de um Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) sobre os níveis de stress e sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes com DPOC. **Métodos:** 17 pacientes com DPOC foram avaliados no início (pré-teste) e ao final (pós-teste) do PRP com dois instrumentos de medida: ISSL, inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp e Inventário de Habilidades Sociais (IHS) para avaliar as estratégias de enfrentamento. **Resultados:** Participaram deste estudo 17 pacientes (52,9% do sexo masculino) com idade média de 67,2+10,8 anos. Sintomas de stress estiveram presentes em 41,1% dos pacientes no pré-teste e em 11,7% no pós-teste. No IHS os pacientes apresentaram uma média nas estratégias de enfrentamento de 58,6±33,5 no pré-teste e 71,9±25,9 no pós-teste com um p=0,04. **Conclusões:** Após a realização de um programa de reabilitação pulmonar, pacientes portadores de DPOC apresentaram redução dos níveis de stress e melhora nas estratégias de enfrentamento.

PD007 INFLUÊNCIA DO GÊNERO NO ESTADO DE SAÚDE EM PACIENTES COM DPOC

RENATA FERRARI[1]; DANIELA FERNANDES LIMA[2]; SUZANA ERICO TANNI[3]; PAULO ADOLFO LUCHETA[4]; MARCIA MARIA FAGANELLO[5]; FERNANDA FIGUEIRÔA SANCHEZ[6]; NILVA REGINA PELEGRINO[7]; IRMA DE GODOY[8]

1,2,3,4,7,8.UNESP - FACULDADE DE MEDICINA BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL; 5.UNISALESIANO DE LINS, LINS, SP, BRASIL; 6.CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO SALESIANO AUXILIUM, ARAÇATUBA, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ESTADO DE SAÚDE ; GÊNERO

Introdução: Estudos recentes mostram aumento da prevalência e do número de hospitalizações por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) entre as mulheres. No entanto, há poucos estudos comparando o impacto da doença no estado de saúde entre os gêneros. **Objetivo:** Comparar o estado de saúde e analisar os fatores preditores em homens e mulheres com DPOC. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados 99 pacientes com DPOC, no período de julho de 2004 a janeiro de 2006. A avaliação incluiu: espirometria, composição corporal (antropometria e bioimpedância), distância percorrida em 6 minutos (DP6), sensação da dispnéia por meio da escala modificada Medical Research Council (MMRC) e do índice de dispnéia basal (BDI) e a qualidade de vida por meio do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ). **Análise Estatística:** A comparação entre os gêneros foi feita pelo Teste T para variáveis com distribuição normal e o teste de Mann-Whitney foi utilizado para variáveis com distribuição não normal. Foi realizada análise de regressão linear múltipla para identificar as variáveis que influenciaram o escore total do SGRQ em ambos os gêneros. **Resultados:** Foram avaliados 69 homens (69,7%) e 30 mulheres (30,3%), as mulheres eram significativamente mais jovens (59 ± 8 versus 66 ± 9 anos). A relação VEF1/CVF foi menor nos homens; entretanto, os valores de VEF1 (% do previsto) não foram significantemente diferentes entre os gêneros. A massa magra (35 ± 6 versus 44 ± 5 kg) e a DP6, em metros e em % dos valores previstos (79 ± 16 versus 94 ± 16 metros), foram significativamente menores nas mulheres. As mulheres apresentaram maior comprometimento do estado de saúde em todos os domínios do SGRQ [total: 46 ± 18% vs 38 ± 18%, p = 0,047; sintomas: 62 (39-71)% vs 49 (23-59)%, p = 0,041; atividade: 58 ± 19% vs 48 ± 22%, p = 0,039; impacto: 35 ± 17% vs 27 ± 17, p = 0,042]. As variáveis que apresentaram correlação significativa com o escore total do SGRQ foram: VEF1 e BDI (homens) e VEF1, BDI e SpO2 (mulheres). A análise de regressão linear mostrou associação da dispnéia com o escore total do SGRQ para homens com R^2 de 0,38 e para mulheres com R^2 de 0,73. **Conclusão:** O estudo mostrou que entre pacientes com DPOC leve a muito grave, as mulheres apresentaram maior comprometimento do estado de saúde e a dispnéia teve maior influência no estado de saúde das mulheres quando comparadas aos homens.

PD008 COMPORTAMENTO DO ÍNDICE BODE E DO ESTADO DE SAÚDE EM PACIENTES COM DPOC NO PERÍODO DE TRÊS ANOS

RENATA FERRARI[1]; DANIELA FERNANDES LIMA[2]; SUZANA ERICO TANNI[3]; PAULO ADOLFO LUCHETA[4]; LAURA MIRANDA DE OLIVEIRA CARAM[5]; RENATA ANTONIALLLI FERREIRA DO AMARAL[6]; MARCIA MARIA FAGANELLO[7]; IRMA DE GODOY[8]

1,2,3,4,5,6,8.UNESP - FACULDADE DE MEDICINA BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL; 7.UNISALESIANO DE LINS, LINS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ÍNDICE BODE ; ESTADO DE SAÚDE

Introdução: O índice BODE foi desenvolvido para avaliar o prognóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), englobando os aspectos sistêmicos da doença: índice de massa corpórea (Body mass index), obstrução das vias aéreas (Obstruction), dispnéia (Dyspnea) e capacidade de exercício (Exercise) **Objetivo:** Verificar a evolução do índice BODE e do estado de saúde em pacientes com DPOC no período de três anos **Materiais e Métodos:** Foram acompanhados 59 pacientes com DPOC durante o período de três anos. A avaliação inicial e após três anos incluiu: espirometria pré e pós-broncodilatador, estado nutricional, sensação da dispnéia por meio da escala modificada do Medical Research Council (MMRC), tolerância ao exercício (distância percorrida em 6 minutos-DP6) e estado de saúde por meio do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ). O índice BODE foi calculado de acordo com os pontos de corte do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), do índice de massa do corpo, do MMRC e da DP6 estabelecido por Celli et al (1). Além disso, os pacientes foram classificados de acordo com o decréscimo (>1 ponto), estabilização (-1 a 1 ponto) ou aumento (>1 ponto) no índice BODE, como proposto por Martinez et al (2). **Análise Estatística:** A análise dos dados para verificar a evolução da doença foi realizada por meio do teste \"T\" pareado para variáveis com distribuição normal e de Wilcoxon para variáveis com distribuição não normal. **Resultados:** Foram avaliados 12 pacientes com DPOC leve, 20 com DPOC moderada, 12 com DPOC grave e 15 com DPOC muito grave. Trinta e oito (64%) eram homens e a idade média foi de 67 ± 8 anos. A DP6 diminuiu no período de três anos (444 ± 87 metros vs 421 ± 96 metros; p< 0,009). O VEF1 aumentou nesse período [1,18 (0,9-1,7) litros vs 1,21 (0,8-1,6) litros; p=0,003]. Não foi observada diferença estatística no VEF1 em % do previsto, MMRC, IMC e no Índice BODE. Verificou-se que 8,5% dos pacientes tiveram decréscimo no Índice BODE, 71,2% estabilização e 20,3% apresentaram acréscimo. Houve aumento significativo no domínio atividade do SGRQ [48 (36-70)% vs 55 (42-74)%; p=0,016] o que indica piora do estado de saúde no período. **Conclusão:** Pacientes com DPOC leve a muito grave apresentaram diminuição da tolerância ao exercício e piora do estado de saúde, apesar da estabilidade da obstrução das vias aéreas no período de três anos. Na maioria dos pacientes o índice BODE manteve-se estável durante o período.1- Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2004; 350(10):1005-12.2- Martinez F. Longitudinal change in the BODE index predicts mortality in severe emphysema. AJRCCM. 2008

PD009 ANÁLISE DA POSITIVIDADE DAS CITOLOGIAS ONCÓTICAS NOS DERRAMES PLEURAIS NEOPLÁSICOS DO AMBULATÓRIO DE PLEURA DA UNIFESP

DANIELE MENEZES TORRES; ERIKA CRISTINE TREPTOW; ROBERTA PULCHERI RAMOS; NAIENE GOMES GORDO STECCA; THÚLIO MARQUEZ CUNHA; JORGE NAKATANI; ROSALI TEIXEIRA DA ROCHA; ALEX MACEDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CITOLOGIA ONCÓTICA; DERRAME PLEURAL; BIÓPSIA PLEURAL

Introdução: A citologia oncótica é parte integrante na análise dos líquidos pleurais com suspeita de malignidade. Entretanto sua positividade é muito variada na literatura, dependendo dos métodos utilizados e da experiência do citologista, sendo sua sensibilidade e especificidade não totalmente definidas. **Objetivo:** Analisar a positividade das citologias oncóticas nos derrames pleurais neoplásicos no Ambulatório de Pleura da Universidade Federal de São Paulo. **Método:** Estudo retrospectivo das biópsias pleurais e suas correspondentes citologias realizadas no Ambulatório de Pleura da Universidade Federal de São Paulo de 1999 a 2007 (exceto 2003). **Resultados:** Foram realizadas 333 biópsias pleurais, sendo que 89 tiveram diagnóstico anatomopatológico de neoplasia. A

citologia oncótica mostrou-se positiva em 41 dos 89 pacientes, correspondendo a 46% de positividade. Dos 41 casos analisados, tivemos 28 pacientes do sexo feminino (68%) e 13 do sexo masculino (32%). A maioria dos pacientes tinha mais de 50 anos (35 casos - 85%). Acima de 80 anos tivemos dois casos (5%), entre 70-79: 7 casos (17,1%), entre 60-69: 12 casos (29,3%), entre 50-59: 14 casos (34%), entre 40-49: 5 casos (12,2%) e em menores de 40 anos: um caso (2,4%) **Conclusão:** Em pacientes com neoplasia e derrame pleural, a análise da citologia oncótica é um método rápido e eficiente para diagnóstico (1). A maioria dos estudos mostra uma positividade de 40 a 80% (1,2). Uma citologia negativa não indica ausência de processo maligno (3), nesses casos, devemos procurar outros métodos diagnósticos. Quando associamos biópsia pleural à citologia oncótica, o rendimento diagnóstico aumenta significativamente (2,4). Concluímos que a análise da citologia do líquido pleural é um bom método inicial na propedêutica dos derrames pleurais com suspeita de malignidade, porém com valor preditivo negativo baixo em nosso serviço. **Referências:** 1. R.W. Light. Diagnostic principles in pleural disease. Eur Respir J 1997; 10: 476-481 2. Angelo Fernandez, Fabio B. Jatene, Mauro Zamboni. Diagnosis and staging of lung cancer. J Pneumol 28(4) – jul-ago 2002 3. A Canto, G Ferrer, V Romagosa, J Moya and Bernat. Lung cancer and pleural effusion. Clinical significance and study of pleural metastatic locations. Chest 1985; 87; 649-652 4. Kuaban C, Essame-Oyono JL, Lekama-Assiene T, Nlend R. Experience with closed needle biopsy and pleural fluid cytology in diagnosis of malignant pleural effusions in Yaounde, Cameroon. East Afr Med J 1995 Oct:72(10):672-4

PD010 G O.D. SOBRE A FUNÇÃO PULMONAR, TOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO E DISPNÉIA EM PACIENTES COM DPOC MODERADA À GRAVE.G B.I.D E ASSOCIADO AO TIOTRÓPIO 18 ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO AVALIANDO OS EFEITOS DO USO ISOLADO DO FORMOTEROL 12

DANILO CORTOZI BERTON; MICHEL SILVA REIS; ANA CRISTINA BARROSO SIQUEIRA; DANIELA MANZOLI BRAVO; LUCIANA SHIMIZU TAKARA; SOLANGE ANDREONI; LUIZ EDUARDO NERY; JOSE ALBERTO NEDER

SETOR DE FUNÇÃO PULMONAR E FISIOLOGIA CLÍNICA DO EXERCÍCIO-SEFICE, UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FUNÇÃO PULMONAR; EXERCÍCIO; DPOC

Introdução: A intolerância ao exercício, característica principal da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), está comumente associada com redução da qualidade de vida e aumento da morbidade. O tratamento regular com β2-agonistas de longa ação e, mais recentemente com anticolinérgicos de longa ação (tiotrópio), demonstrou promover alívio mais sustentado dos sintomas, com conseqüente aumento da capacidade do paciente em superar as demandas físicas da vida diária. Há evidências sugerindo que o uso combinado de agonistas β2 adrenérgicos de longa ação associados com tiotrópio poderiam ter benefícios adicionais, considerando que essas drogas têm ações distintas e potencialmente complementares nas vias aéreas. **Objetivos:** Avaliar os efeitos do uso isolado do β2-adrenérgico de longa ação fumarato de formoterol (FOR) e combinado ao anticolinérgico de longa ação brometo de tiotrópio (TIO) sobre a tolerância ao exercício e dispnéia crônica relacionada às atividades da vida diária e espirometria de repouso em pacientes com DPOC estável moderada à grave **Metodologia:** Estudo cego, em um único centro, consistindo de 2 períodos de tratamento com duração de 2 semanas, intercalados e precedidos por uma fase de 3-5 dias de "washout". Os pacientes foram randomizados para FOR+TIO, ou 2)□uma das duas seqüências de tratamento: 1) FOR FOR. Cada paciente foi submetido a um total de 6 visitas: duas□FOR+TIO visitas iniciais de avaliação e teste de exercício cardiopulmonar incremental em esteira e 4 visitas subseqüentes com avaliação de função pulmonar antes e 2 horas após o uso dos broncodilatadores de longa ação, questionário de dispnéia de Mahler e teste de exercício submáximo em esteira com 80-85% da velocidade máxima atingida no teste incremental. **Resultados:** Foram incluídos 28 pacientes (VEF1: 1,28±0,46L ou 48±14% do previsto; Idade: 64±8 anos) que não apresentaram diferença significativa em relação à idade, gênero, tabagismo, VEF1 pós BD e índice de massa corpórea (IMC). Houve aumento significativo do VEF1 após o uso FOR+TIO (1,34±0,42L) em relação ao tratamento FOR (1,24±0,39L) (p=0,003). Em relação ao VEF1 antes do uso dos broncodilatadores de longa ação no dia da visita ("trough") não ocorreu diferença significativa entre os grupos (FOR: 1,14±0,07 L; FOR+TIO: 1,19±0,08 L, p=0,057). Entretanto, foi observado um aumento significativo em relação ao valor basal no tratamento FOR+TIO (de 1,12±0,08 L para 1,19±0,08 L; p=0,03), o qual não ocorreu no tratamento isolado com FOR (de 1,13±0,08 L para 1,14±0,07 L; p=0,7). Em relação ao tempo de tolerância ao exercício, houve um acréscimo significativo em relação ao basal nos 2 grupos (FOR: de 578±330 para 871±382 s; p<0,01; FOR+TIO: 546±309 para 921±294 s, p<0,001) além de uma tendência de melhora do índice de dispnéia transicional de Mahler com o tratamento combinado (FOR: 2,9±2,5 s; FOR+TIO: 3,8±1,8 s, p=0.06).Porém, não foram encontradas diferenças significativas entre os tratamentos (FOR: 292±225 s; FOR+TIO: 375±375 s, p=0,28). **Conclusão:** O uso contínuo de FOR, tanto isolado quanto combinado ao TIO, promoveu aumento significativo no tempo de tolerância ao exercício no teste submáximo em esteira ergométrica. Apesar da associação FOR+TIO ter proporcionado um aumento mais pronunciado do VEF1 pós-broncodilatador após 2 semanas de tratamento, isso não se refletiu em elevação no tempo de tolerância ao exercício. Apoio: FAPESP, CNPq e CAPES

PD011 TRATAMENTO DO EMPIEMA PLEURAL FASE II POR CIRURGIA TORÁCICA VIDEO-ASSISTIDA – CTVA

FERNANDO CESAR DAVID SILVA; PAULO ROBERTO CORREA DE BRITO; WASHINGTOM SERGIO GONÇALVES MILEZI; ANDERSON FONTES; PAULO CASOTTI

HOSPITAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EMPIEMA PLEURAL; TORACOSCOPIA; VIDEOTORACOSCOPIA

Introdução: O empiema pleural é uma afecção com várias etiologias, as principais são a pneumonia bacteriana e a tuberculose, este trabalho visa enfatizar a importância não só do diagnóstico etiológico como também o reconhecimento das fases evolutivas atualmente bem definidas. Enfatizam também o papel da Cirurgia Torácica Vídeo Assistida (CTVA) para o tratamento do empiema na fase II, fibrinopurulenta ou de loculação pleural, com o tratamento precoce dos pacientes portadores de empiema nesta fase, o que promove de forma rápida a reexpansão pulmonar, obliterando o espaço pleural e evitando nos pacientes sem comprometimento importante do parênquima pulmonar, a evolução para a fase III, onde as opções de tratamento são de maior morbidade. **Objetivos:** Avaliar os resultados do tratamento do empiema pleural na fase II por CTVA no período de Julho de 1996 a Dezembro de 2007. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado através de revisão de prontuários de pacientes que foram tratados no período de Julho de 1996 a Dezembro de 2007 em duas instituições. **Resultados:** Foram estudados 96 pacientes, onde 79 (83,3%) eram do sexo masculino e 17 (17,7%) do sexo feminino, a média de idade foi de 33,5 anos (23-59). Em relação aos sintomas a dispnéia ocorreu em 76% dos casos, a dor ou desconforto torácico em 73%, e febre em 65%. Todos os pacientes (100%) foram tratados com drenagem fechada, 21% dos casos foram submetidos a uma segunda drenagem fechada, todos os pacientes (100%) foram submetidos à CTVA em média com 18 dias de evolução e 11 pacientes (11,5%) foram submetidos à drenagem torácica aberta. Após a CTVA, houve reexpansão pulmonar até 11 dias em 68 (70,5%) pacientes, em 10 (10,4%) pacientes a reexpansão ocorreu de 11 a 70 dias, em 9 (9,3%) paciente não houve reexpansão pulmonar, e após sanear o espaço pleural residual foram necessários outros procedimentos para obliteração do espaço pleural, ocorrência de fístula bronco-pleural em 07 (7,2%) pacientes. O diagnóstico bacteriológico para germes inespecíficos ocorreu em 47% dos casos, a tuberculose por exames bacteriológicos ou histopatologia da pleura foi diagnosticada em 11% dos casos, em 42% dos casos o diagnóstico foi clínico e por imagem. **Conclusão:** O diagnóstico correto do empiema pleural permite o tratamento adequado, melhorando o prognóstico e minimizando as seqüelas. A fístula bronco-pleural é fator agravante no empiema e merece tratamento especial. A etiopatogenia está relacionada com o hiato de tempo para a cura, no empiema ocasionado por tuberculose, o tempo para a cura é maior. A CTVA na abordagem e tratamento do empiema na fase II, com o desbridamento da cavidade pleural, promove a reexpansão pulmonar precocemente e evita a evolução para fase III em 90% dos casos, evitando também os procedimentos mais invasisos e de maior morbidade

PD012 ESTUDO PILOTO RANDOMIZADO DUPLO CEGO CRUZADO DO USO DO BAMBUTEROL NA DPOC

FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN; MARILIA MONTENEGRO CABRAL; DANIELLE CLIMACO; ADRIANE DIAS NEVES.
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; BAMBUTEROL; BRONCODILATADOR

Introdução: O uso de broncodilatadores é fundamental na DPOC. Os BD de longa ação inalatórios são os preferidos (Barnes & Hansel, 2004). Um BD com longa ação e administrada por via oral é desejada. O Bambuterol é um pró-farmaco da terbutalina, atuando mais de 18 horas. (Rosenborg, 2000) Usado na Asma, com poucos estudos em DPOC. (D\'Alonzo, 1995) (Fugleholm, 1993) (Cazola, 1999) (Crompton, 1999) **Objetivo:** O objetivo principal foi melhora do Clinical COPD Questionary(CCQ), medida do estado de saúde. O TC6M, o MRC , VEF1 e CVF, e a SpO2 pré e pós TC6M..Os dados dos participantes estão na tabela 1. **Método:** O bambuterol na dose de 10 mg ao dia foi comparado ao placebo em estudo cruzado duplo cego, de seis semanas de duração. 14 portadores de DPOC grave ou muito grave, aleatorizados por sorteio, concordaram em participar, um braço do estudo recebeu por 15 dias 10 mg bambuterol, ou placebo, após 15 dias ocorreu o cruzamento com um intervalo de 15 dias com uso de BD de curta. O estudo foi duplo-cego, os pacientes receberam Salbutamol e Ipratróprio inalados como resgate. 11 concluíram o estudo, 2 foram excluídos na primeira fase devido a internação e 1 por evento coronariano agudo. O estudo foi aprovado no CEP do HOF e conduzido de março a julho de 2005. O método estatístico foi o teste de hipótese, ou seja, tanto o bambuterol como o placebo apresentam resultados iguais, hipótese de nulidade, não existe diferença entre os tratamentos. Masculino 10/ CVF% 60 / Idade 67 / VEF1/CVF 40/ MRC 2/ SpO2 inicio TC6 94 / Maços/ano 57 SpO2 fim TC6 87 / VEF1 (l) 0,69 / TC6M 469 / VEF1% 32 / CCQ 1,65 / CVF (l) 1,8/ Exacerbações 2 **Resultados:** Não houve variação estatística significativa, não houve modificação nos parâmetros. Dos 14 selecionados, três foram excluídos na visita de mudança de grupo, dos três excluídos dois estavam no grupo placebo. A tabela 2 traz os resultados estatísticos Teste Hipótese são iguais / b= bambuterol p=placebo vef1 b = vef p ccq b = ccq p vef1% b = vef1% p cvfl b = cvf l p Cvf% b = cvf% p Vef1 b / cvf b = vef1 p / cvf p SaO2 b = SaO2 p SaO2final b. = SaO2 final p Cam 6 min b. = cam 6 min p. desvio b. 0,35 1,16 18,65 0,69 31,81 8,65 3,62 5,25 117,96 desvio p. 0,28 1,24 15,93 0,71 33,11 13,86 3,85 7,10 113,97 correlação 0,86 0,83 0,82 0,84 0,85 0,55 0,62 0,52 0,60 T cal. 1,49 1,11 1,56 1,60 1,84 -1,12 -0,74 0,24 0,20 T tab. 2,23 2,2 2,23 2,23 2,23 2,23 2,23 2,23 2,23 Resultado: a hipotese não é rejeitada. **Conclusão:** O uso do bambuterol como BD de longa ação na dose estudada e em DPOC grave e muito grave, não mostrou resposta superior ao placebo Estudos anteriores em outra população de DPOC mostraram resposta satisfatória.não utilizamos corticóides inalados como preconizado para as formas graves e muito graves da DPOC, o estudo foi realizado em período de 15 dias em cada braço, pode ter sido tempo insuficiente para a resposta ao uso da medicação.

PD013 FUNÇÃO PULMONAR NAS POSIÇÕES SENTADA E DEITADA E DESSATURAÇÃO NOTURNA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

GERUZA ALVES DA SILVA; ANIBAL-VILAR DE FREITAS AURÉLIA
FMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; PARÂMETROS VENTILATÓRIOS; DESSATURAÇÃO NOTURNA

Introdução: a investigação da função ventilatória nos pacientes com DPOC representa um aspecto importante na valorização das complicações que podem resultar do agravamento das trocas gasosas como, a ocorrência de hipertensão pulmonar e cor-pulmonale. No sentido de obter informações precoces sobre essas alterações a avaliação das trocas gasosas e da espirometria na posição deitada representaria um passo intermediário entre a clássica rotina de realização desses exames na posição sentada e o estado de sono onde, normalmente o paciente adota a posição deitada e a ventilação se altera mais precocemente. **Objetivos:** investigar o comportamento dos índices gasométricos e espirométricos nas posições sentada e deitada durante a vigília em indivíduos com DPOC e suas relações com a dessaturação noturna. **Materiais e Métodos:** foram estudados 22 indivíduos do sexo masculino, alocados em dois grupos de 11 participantes. O grupo de estudo foi composto por pacientes com DPOC grave, com média de idade de 69 (± 9,6) anos, índice de massa corpórea (IMC) de 23 (± 3,4) Kg/m2 e fumantes de 75 (± 27,6) anos-maço. O grupo controle foi composto por indivíduos saudáveis não fumantes com média de idade de 57 (± 8,3) anos e IMC de 25 (± 3,6) kg/m2. Todos os participantes realizaram gasometria arterial seguida de espirometria completa, ambos nas posições sentada e deitada, respectivamente. Na seqüência, realizaram também polissonografia noturna. A análise estatística foi realizada pelo teste T student para amostras pareadas e não pareadas e teste de correlação, após confirmação de que a amostra tem distribuição normal, pelo gráfico de normalidade QQPlot. **Resultados:** na análise gasométrica, não houve diferença estatisticamente significante quando as duas posições foram comparadas, em nenhum dos grupos. O grupo com DPOC apresentou uma redução estatisticamente significante dos valores das variáveis CV(p=0,008), VRE (p=0,005) e VEF1 (p=0,001) na posição deitada em relação à sentada. Ocorreu ainda, aumento estatisticamente significante, do VR (p=0,022) na posição deitada em relação à sentada. O grupo controle apresentou redução estatisticamente significante para CV (p=0,033), VRE (p<0,001), CRF (p=0,03) e FEF25-75% (p=0,004) na posição deitada em relação à sentada. A diferença VEF1sentado-VEF1deitado teve correlação direta com o tempo de dessaturação noturna (r=0,688 e p=0,03) **Conclusões:** os pacientes com DPOC apresentaram aumento do volume residual na posição deitada, acompanhado de queda do volume de reserva expiratório e manutenção da capacidade residual funcional, bem como, piora do fluxo aéreo conforme representado pela diminuição do VEF1; só a ΔVEF1 guardou relação com o tempo de dessaturação noturna.

PD014 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE CÁNCER DEL PULMÓN

TOMÁS GUSTAVO NÚÑEZ[1]; HUGO ESTEVA[2]; TAMARA PORTAS[3]; JOSE LUIS ALSINET[4]
1,2.HOSPITAL DE CLÍNICAS, CAPITAL FEDERAL, ARGENTINA; 3,4.HOSPITAL DE CLINICAS, CAPITAL FEDERAL, ARGENTINA

PALAVRAS-CHAVE: CÀNCER DEL PULMÓN; BRONCOSCOPIA; STENT

Introducción: Alrededor del 75% de los enfermos con cáncer del pulmón no son operables al momento de la consulta, los que presentan obstrucción traqueobronquial además deben ser tratados endoscópicamente para paliar la disnea y/o establecer el diagnóstico definitivo. **Objetivos:** Evaluar la experiencia en el tratamiento endoscópico del cáncer del pulmón en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires. **Material y métodos:** Revisión de las historias clínicas y registros de video de los enfermos tratados entre 1990 y 2008. **Resultados:** Se trataron en forma endoscópica (Broncoscopia rígida) 147 enfermos de los cuales 32 (18 hombres, 14 mujeres) presentaron como diagnóstico definitivo cáncer del pulmón. El objetivo, salvo en 2 casos, fue el tratamiento de la obstrucción de la vía aérea y/o el diagnóstico de la enfermedad de base. La edad promedio fue de 59,7 años. Se realizaron 34 procedimientos: 15 resecciones endoscópicas (RS) como único procedimiento, 18 RS complementadas con la inserción de stent (7 stent en Y, 11 stent de Dumon), 4 sólo stent (2 en y), una dilatación y un caso donde el enfermo falleció por hemoptisis al biopsiar la lesión. La localización de la obstrucción fue la tráquea en 17 casos, de los cuales 3 comprometían la carina, 3 además el BFD y 1 caso de compromiso traqueal y bronquial bilateral; 12 casos de tumor endobronquial y 3 casos de estenosis bronquial extrínseca. El compromiso bronquial fue derecho en 4 casos, bilateral (sin compromiso carinal) en 2 e izquierdo en 6 enfermos. Se utilizó láser Nd-YAG en 8 procedimientos y electrobisturí en el resto. En 2 casos se realizó cirugía con intento curativo luego del procedimiento primario, una resección carinal y una neumonectomía izquierda. Presentaron complicaciones inmediatas 9 enfermos, de los cuales fallecieron 7 antes del egreso (incluida la muerte durante el procedimiento). Una enferma presentó un síndrome de vena cava agudo luego de la endoscopía que mejoró al retirar el stent en Y. Uno de los enfermos murió por una peritonitis por úlcera gástrica perforada 48 hs. luego del procedimiento. El resto de los enfermos falleció por insuficiencia respiratoria, neumonía o ambas. Una enferma falleció 2 meses después del procedimiento por bronquitis actínica luego de braquiterapia. Los enfermos que no presentaron complicaciones presentaron buena paliación de la disnea y pudieron continuar con el tratamiento médico. **Conclusión:** La broncoscopía rígida es una herramienta fundamental para el tratamiento paliativo y en algunos casos el diagnóstico definitivo de la obstrucción traqueobronquial por cáncer del pulmón. Tiene bajo índice de complicaciones que pueden ser prevenidas tratando a los enfermos precozmente

PD015 VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DOMICILIARES DE USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)

ILDA GODOY[1]; ROSANA SILVA MARTIN[2]; SUZANA ERICO TANNI[3]; KARINA DELA COLETA[4]; DANIELA FERNANDES LIMA[5]; RENATA ANTONIALLLI FERREIRA DO AMARAL[6]; RENATA FERRARI[7]; IRMA DE GODOY[8]

1,2.FACULDADE DE MEDICINA/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/ UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3,4,5,6,7,8.FACULDADE DE MEDICINA/ DEPARTAMENTO DE CLINICA MÉDICA/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OXIGENOTERAPIA; VISITA DOMICILIAR; DPOC

Introdução: A ODP é considerada o principal tratamento não farmacológico para portadores de DPOC e hipoxemia crônica. Entretanto, exige que o paciente e os seus cuidadores sejam esclarecidos sobre a técnica e cuidados com o uso domiciliar do oxigênio. Portanto, verificar as condições reais de uso da ODP no ambiente de moradia. **Objetivo:** Caracterizar os usuários ODP, subsidiado pela FMB ou pela prefeitura de Botucatu, considerando seu cotidiano. Métodos: Foram avaliados de forma retrospectiva os dados coletados nas fichas de visitas domiciliares realizadas no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Foram consideradas variáveis demográficas, exposição ao tabagismo, conservação e utilização adequada do concentrador, seguimento da prescrição (hora e fluxo), medicações farmacológicas, visitas ao pronto socorro, repouso, lazer e as orientações realizadas. **Resultados:** Foram visitados 79 usuários de ODP, 40 (50,6%) do sexo feminino. A idade média foi de 70 + 9,9 anos. Nenhum deles exercia atividade ocupacional, a maioria 91,1% tinha como meio de subsistência a aposentadoria e 8,9% não possuíam renda formal. DPOC foi o diagnóstico principal em 81% dos usuários. Dez pacientes eram tabagistas ativos, destes 7 possuíam familiares tabagistas; entretanto, somente 2 referiam fumar dentro de casa. O comprimento médio do intermediário foi de 5,0 (+ 4,1) metros. A maioria seguia a orientação do técnico da fornecedora do concentrador de O2 para usar água no umidificador, sendo a troca d'água realizada diariamente por 38%, a cada dois dias por 51,8%, 5,1% uma vez por semana e apenas 5,1% não utilizavam umidificador. Mais da metade 50,6% fazia uso incorreto em relação ao tempo e/ou ao fluxo. Número significativo 36,7% não usavam tratamento farmacológico específico e 19% usavam antidepressivo. Trinta pacientes procuraram o serviço de emergência no ano anterior, a maioria (63,3%) por problemas respiratórios. Vinte e sete referiram não dormir bem, em 88,9% devido a insônia causada pelo barulho do concentrador e em 11,1% devido a falta de ar. Atividades de lazer caracterizadas como ir à igreja, a praça, a reabilitação, caminhar, pescar, cuidar de animais, trabalhos manuais e limpar a casa forma relatadas por apenas 26,6% dos usuários. Os usuários de ODP expressam desejo de realizar atividades simples do cotidiano relacionadas com independência e autonomia. Na maioria dos casos foi necessário realizar orientações com relação à conservação e utilização do aparelho, fluxo e horas de uso do O2 (84,8%), cessação do tabagismo (12,6%), e somente dois usuários não necessitaram de orientação. **Conclusão:** As condições domiciliares do usuário de ODP precisa ser verificada para garantir o uso correto do tratamento. Orientações para melhorar a aderência ao tratamento prescrito, evitar a exposição ao tabaco e melhorar os cuidados com os equipamentos e acessórios precisam ser repetitivas. Discrepâncias entre a orientação médica e dos técnicos responsáveis pela instalação do equipamento com relação ao tratamento são comuns.

PD016 "PREVALENCIA DE ENTEROBACTERIAS Y PSEUDOMONAS EN EXACERBACION INFECCIOSA LEVE DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ESTADIOS GOLD I-II"

JOSE PADUA GARCIA; ALEJANDRA RAMIREZ VENEGAS; RAFAEL HERNANDEZ ZENTENO; CANDELARIA SANCHEZ ROMERO; FRANCISCO QUIÑONES FALCONI; RAUL SANSORES MARTINEZ; FULGENCIO DIAZ ORROSTIETA

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

PALAVRAS-CHAVE: PREVALENCIA; ENTEROBACTERIAS; EPOC

Introducción: Las exacerbaciónes en EPOC Clase Gold I-II son ocasionadas en un 50% por bacterias patógenas que, suelen ser: Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae y Moraxella Catarrhalis. Según lo observado en una serie de casos, el consenso mexicano de EPOC advierte el aislamiento de P.aeruginosa y enterobacterias en estadíos tempranos de la enfermedad, a diferencia de lo que se ha publicado en la literatura internacional. **Objetivos:** Conocer la prevalencia de enterobacterias y pseudomonas, y el tiempo libre de infección en sujetos con exacerbación leve de EPOC en estadios tempranos (Gold I-II) de la clínica de EPOC del INER. **Metodos:** Se incluyeron 93 pacientes con EPOC estable en estadios leve y moderado (VEF1 postbroncodilatador de 61%) secundaria a tabaquismo ó biomasa. Todos los sujetos que presentaron exacerbación infecciosa leve según los criterios de Anthonisen, y pudieron dar muestra para cultivo de expectoración fueron incluidos. Se les dio seguimiento por vía telefónica durante 12 meses para identificar el periodo libre de infección en el primer año. A través de un modelo de regresión logística se buscaron factores asociados al aislamiento de enterobacterias y pseudomonas. **Resultados:** De enero de 2006 a enero de 2008 se incluyeron 93 pacientes con 134 exacerbaciones leves de etiología infecciosa: 50 mujeres (53.8%) y 43 hombres (46.2%), con una edad media de 69 ±8 años, y con un promedio del VEF1 post-broncodilatador de 61% ±25%,relación VEF1/CVF de 53% ±15%. El 61.3% con EPOC secundario a tabaquismo, y el 38.7% con EPOC secundario a biomasa. En el 51% de los cultivos no hubo desarrollo bacteriano, mientras que en el 49% si hubo desarrollo. La frecuencia de las bacterias aisladas en los cultivos de esputo fue la siguiente: Enterobacterias 20.10%, Estreptococo pneumoniae 10.75%, Moraxella catarrhalis 10.75%, Pseudomonas aeruginosa 9.67%, Haemophilus influenzae 9.67%, Bacilos gram negativos no enterobacterias 2.15%, Estafilococo aureus 1.07%. El intervalo libre de infección promedio fue de 253 días. No hubo diferencias en la prevalencia de agentes infecciosos entre los pacientes con EPOC secundario a tabaquismo ó biomasa. No hubo asociación entre la prevalencia de gérmenes y el grado de obstrucción. Se observó una tendencia más alta del índice de BODE en pacientes con cultivos positivos para enterobacterias y pseudomonas comparado con pacientes cuyos cultivos desarrollaron otras bacterias, sin ser significativo (P=NS) (3.0 ± 2 puntos vs 2.4 ± 1.7 puntos respectivamente). Se hizo un modelo de regresión logística con la edad, género, uso de oxigeno suplementario e índice de BODE sin encontrar factor(es) de riesgo significativos para el desarrollo de cultivo positivo o enterobacterias y pseudomonas. El intervalo libre de exacerbación en modelos de sobrevida de acuerdo al tipo de exposición, si hubo cultivo positivo o no y si se aislo germen gram negativo o no, no influyeron en ello. **Conclusiones:** Aunque no se identificaron factores de riesgo para su desarrollo, se encontró una elevada prevalencia de enterobacterias y pseudomonas en exacerbaciones leves de EPOC en estadíos tempranos de la enfermedad (Gold I-II) en una cohorte representativa de la población mexicana. No se encontraron asociaciones entre el intervalo libre de infección con la presencia de enterobacterias ó pseudomonas en el cultivo de esputo, ó con el índice de BODE.

PD017 RELAÇÃO ENTRE A CARGA TABÁGICA E A PREVALÊNCIA DE DPOC NOS INDIVÍDUOS ATENDIDOS EM CAMPANHAS PELA LIGA DO PULMÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFG NOS ANOS DE 2007-2008

JOÃO AUGUSTO R. R. AZEVEDO; MARCELO FOUAD RABAHI; CAROLINA PARREIRA RIBEIRO CAMÊLO; TIAGO MARINHO ALMEIDA NOLETO; THIAGO FINTELMAN PADILHA; LUIS OTAVIO MANTOVANI BATAGLIN; THAIS DE TOLEDO LIMA; JORDANA EDUARDO REZENDE

FACULDADE DE MEDICINA/UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CARGA TABÀGICA ; PREVALÊNCIA; DPOC

Introdução: O risco de desenvolvimento de DPOC, além de outros fatores, relaciona-se com a carga tabágica, a qual pode ser calculada em anos-maço, unidade que representa o consumo diário de um maço (20 cigarros) durante um ano. Objetivo: Relacionar os resultados obtidos a partir da espirometria, a escala GOLD e índice BODE com a carga tabágica e averiguar se nessa amostra (n=56) a mesma influenciou diretamente no desenvolvimento da DPOC. **Métodos:** O estudo foi voltado a tabagistas e ex-tabagista maiores de 40 anos que participaram de duas campanhas contra a DPOC realizadas pela Liga Acadêmica do Pulmão em Piracanjuba e Pirenópolis, nos anos de 2007 e 2008, respectivamente. Para a análise, a amostra foi dividida em: P1 - Piracanjuba (n=29) onde foram levantados os dados a partir de: ficha de identificação, aplicação do questionário GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), realização da espirometria, teste de caminhada de 6 minutos e cálculo do índice de massa corporal. P2 - Pirenópolis (n=27), onde, além do que foi feito em P1, aplicou-se também a escala de dispnéia MRC, o que possibilitou a análise do índice BODE para esses indivíduos. **Resultados:** Na correlação entre a carga tabágica e a Escala GOLD em P1 foi possível observar relação positiva entre a carga tabágica e uma maior pontuação. Dos que apresentaram pontuação na Escala GOLD > 2, 13 (65%) apresentaram carga tabágica >20

anos-maço. Foi também positiva nesse grupo a associação entre a carga tabágica e relação VEF1/CVF <70%. Dos indivíduos com tal relação, 10 (71%) deles se enquadraram no grupo com a maior carga tabágica (maior que 20 anos-maço). Já em P2, diferente de P1, dos 16 indivíduos que apresentaram Escala GOLD > 2, 50% apresentou uma carga tabágica entre 0 e 9,9 anos-maço, e, dos outros 8 (50%), 6 deles se incluíam no grupo com carga tabágica maior que 20 anos-maço. Ainda em P2, todos os 4 indivíduos com relação VEF1/CVF <70% apresentaram carga tabágica menor que 20 anos-maço, sendo 3 (75%) deles pertencentes ao grupo com menor carga tabágica, entre 0 e 9,9 anos-maço. Com relação ao score BODE apenas 2 indivíduos apresentaram score igual a 3, o máximo encontrado em P2, e os mesmos se encontravam no grupo com menor carga tabágica. **Conclusão:** Em Piracanjuba (P1) houve uma correlação mais estreita entre a carga tabágica e o surgimento de DPOC, fato esse que não pode ser observado em Pirenópolis (P2). Logo, tal desproporção indica, possivelmente, que fatores outros, que não o tabagismo, influenciam na gênese da DPOC. Predisposição genética e estimulação ambiental, que não foram investigadas nesse estudo, certamente estão envolvidas no risco de dano funcional respiratório.

PD018 CAPACIDADE DE EXERCÍCIO EM PACIENTES COM DPOC AVALIADA PELO TESTE DE STEP CHESTER

KRISLAINY SOUSA CORRÊA[1]; LETÍCIA FERREIRA FERREIRA[2]; TAÍS REZENDE CAMARGO[3]; TALITA CRISTINA SILVA[4]; ANAMARIA FLEIG MAYER[5]

1,2,3,4.UNITRI, APARECIDA DE GOIANIA, GO, BRASIL; 5.UDESC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: AVALIAÇÃO; CAPACIDADE DE EXERCÍCIO; DPOC

Introdução: Instrumentos de avaliação da capacidade de exercício simples e de baixo custo apresentam maior aplicabilidade clínica na avaliação de indivíduos com DPOC. O teste de step Chester, ao que se sabe, nunca havia sido utilizado na avaliação da capacidade de exercício dessa população e é um teste simples, rápido, que necessita de espaço físico bastante reduzido para ser executado. **Objetivos:** Avaliar o desempenho de pacientes com DPOC no teste de step Chester e investigar sua aplicabilidade nesta população. **Métodos:** Participaram do estudo 10 indivíduos com DPOC moderada e grave e 10 indivíduos saudáveis da mesma faixa etária, sem história de tabagismo. Os indivíduos foram submetidos a um teste de step Chester (TStep), um teste shuttle (TShuttle) e um teste de caminhada de seis minutos (TC6min). **Resultados:** O grupo DPOC (VEF1%prev = 41 ± 12, idade = 64 ± 10 anos, IMC = 24 ± 5 kg/m2) apresentou menor distância no TC6min (435 ± 105 vs. 593 ± 87 m; p<0,05) e interrompeu os testes shuttle (nível 4,6 ± 1,2 vs. 6,7 ± 0,6; p<0,05) e step Chester (nível 2,1 ± 0,9 vs. 4,1 ± 1,1; p<0,05) em níves mais precoces de exercício. No grupo com DPOC o TStep apresentou forte correlação com o TC6min (r=0,73; p<0,05) e com o TShuttle (r=0,64; p<0,05). O grupo DPOC apresentou dessaturação significativa no TStep e maior índice de dispnéia (Borg) comparado ao grupo controle (p<0,05); a freqüência cardíaca aumentou de forma linear nos dois grupos (p>0,05). **Conclusão:** Estes resultados sugerem que o teste de step Chester apresenta capacidade discriminatória e que pode ser uma ferramenta útil e de baixo custo na avaliação da capacidade de exercício de pacientes com DPOC.

PD019 USO EFETIVO DO CORTICÓIDE INALATÓRIO NO TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO DA ASMA

PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[1]; LIANA FRANCISCATTO[2]; DIEGO MILLÁN MENEGOTTO[3]; FERNANDO SOLIMAN[4]; GLAUCO LUÍS KOZEN[5]; MARCELO DE FIGUEIREDO[6]; ANGELA ZANONATO[7]; ROSEMARY PETRIK PEREIRA[8]

1,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,5,6,7. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CORTICÓIDE INALATÓRIO; TRATAMENTO

Introdução: O corticóide inalatório (CI) é a principal medicação para o tratamento de manutenção da asma. A identificação dos fatores associados a sua não utilização na prática ambulatorial poderia contribuir para uma intervenção mais eficaz na busca do controle da doença. **Objetivos:** avaliar o uso efetivo do CI no tratamento de manutenção da asma e identificar fatores associados com a sua não utilização. **Métodos:** estudo transversal, prospectivo, em pacientes com diagnóstico de asma e em acompanhamento ambulatorial. A coleta dos dados clínicos foi realizada por questionário padronizado aplicado após consulta ambulatorial. **Resultados:** Foram estudados 260 pacientes, sendo que 233 (89,6%) relataram estar usando efetivamente o CI e 27 (10,4%) relataram não usar. Os pacientes que não estavam em uso de CI eram mais jovens 16,2 anos; p = 0,005). 17,3 versus 52,1 que o grupo em uso (42,8 Não houve associação do uso de CI com a renda familiar (p = 0,343), com o grau de instrução (p = 0,071) nem com forma de adquirir a medicação (p = 0,161). O uso do CI se associou com o grau de gravidade clínica da doença (p = 0,032): dos 27 pacientes sem uso do CI, 18 foram classificados como asma grave e 6 como asma moderada. O uso de CI se associou com o grau de controle da asma (p = 0,001), sendo que dos 27 pacientes sem uso de CI, 24 estavam com asma não-controlada. **Conclusões:** Uma percentagem significativa de pacientes ambulatoriais não utiliza efetivamente o CI. O fato desses pacientes se apresentarem com doença não controlada e grave, aponta para a premência de estratégias de intervenção que otimizem a utilização do CI.

PD020 ESPECTROS DE APRESENTAÇÃO DO LINFOMA PRIMÁRIO DE CAVIDADE PLEURAL: RELATO DE DOIS CASOS COM E SEM ASSOCIAÇÃO COM O VÍRUS HERPES-8 HUMANO

LEILA ANTONANGELO; ALINE PIVETTA CORA; ANNELISE CORREA WENGERKIEVICZ; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; ROBERTO ONISHI; FRANCISCO SUSO VARGAS

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA-INCOR;DISCIPLINA DE PATOLOGIA CLÍNICA-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFOMA; CAVIDADE PLEURAL; VÍRUS HERPES 8

Introdução: O Linfoma Primário de Cavidade Pleural é classificado como um Linfoma Não-Hodgkin de alta agressividade. Seu diagnóstico baseia-se na combinação de aspectos clínicos, achados morfológicos, virológicos, imunofenotípicos e genéticos. Inicialmente descrito em pacientes imunossuprimidos com positividade para o vírus herpes-8 humano (HHV-8), atualmente há relatos de caso em pacientes imunocompetentes, HHV8 negativos. Objetivo: Este relato propõe abordar dois casos de linfomas primários com envolvimento da cavidade pleural. **Método:** análise retrospectiva de prontuário médico. **Relatos:** 1) Paciente masculino, 65 anos, imunocompetente e com história prévia de ICC. Procurou atendimento médico por apresentar dispnéia e emagrecimento. Ao exame físico, constatou-se derrame pleural à esquerda. Submetido à toracocentese diagnóstica e exames laboratoriais e radiológicos complementares. 2) Paciente masculino, 39 anos, imunossuprimido, com quadro de dispnéia e dor torácica difusa. O único achado de exame físico foi um derrame pleural à direita. Também submetido à toracocentese diagnóstica e exames laboratoriais e radiológicos complementares. **Resultados:** Os pacientes, ambos masculinos, apresentavam queixas clínicas semelhantes, acometimento de cavidade pleural e ausência de linfonodos, massas sólidas ou visceromegalias à investigação radiológica. Entretanto, diferiram na faixa etária, no quadro imunológico e no perfil virológico. O 1º paciente era imunocompetente e HHV8 positivo; o 2º, imunossuprimido (AIDS) e com sorologia negativa para HHV-8. À imunofenotipagem, o 1º paciente apresentou fenótipo "Null" (antígeno leucocitário comum - CD45 negativo), enquanto o 2º expressava o CD45 positivo em membrana. Ambos os casos foram negativos para anticorpos monoclonais de linhagem T, B e NK. **Conclusão:** Nos últimos anos têm sido descritos casos de LPC em indivíduos sem história de imunossupressão, geralmente após a sexta década de vida e associado a doenças sistêmicas crônicas consuptivas. A incorporação do material genético dos vírus herpes-8 humano 8 e do Epstein Barr é freqüente neste tipo de linfom.Apoio: FAPESP, CNPq.

PD021 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM ASMA

LUCIENE ANGELINI; DAIANE DE OLIVEIRA SANTOS; PRISCILA BATISTA AMORIM; REGINA DE CARVALHO PINTO; ALBERTO CUKIER; RAFAEL STELMACH

HOSPITAL DAS CLINICAS, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; EDUCAÇÃO; ACT

Introdução: A educação em saúde é considerada pelas diretrizes um componente essencial no manejo da asma por promover conhecimento da doença, incluindo identificação de agravantes e desencadeantes, melhorar a aderência e conseqüentemente promover maior controle da doença. O

tratamento clínico, por sua vez, deve ser ajustado de acordo com o controle da asma (não controlada, parcialmente controlada e controlada) avaliado, de forma objetiva, pelo Teste de Controle na Asma - ACT. **Objetivo:** Avaliar se o controle da asma interfere no desempenho inicial de um programa estruturado de educação em asma. **Método:** O grau de controle da asma foi medido pelo escore de respostas ao ACT. Os pacientes foram divididos em 3 subgrupos de acordo com a somatória do ACT. Escore ACT 1-10 pontos: asma não controlada; escore ACT 11-19 pontos: asma parcialmente controlada; escore ACT 20-25 pontos: asma controlada. O conhecimento sobre a doença foi avaliado antes e depois (QA e QD, respectivamente) da intervenção educacional por questionário constituído por 12 questões com pontuação máxima 75 o que determina melhor conhecimento. **Resultado:** Foram selecionados 39 pacientes divididos de acordo com a média da pontuação do ACT : Grupo 1 (8); grupo 2 (14) e grupo 3 (22). Estes pacientes foram então alocados segundo a pontuação obtida nos questionários de conhecimento. Tabela 1. Não houve diferença significativa entre a médias da pontuação dos questionários obtidas nos sub-grupos. **Conclusão:** Houve um aumento progressivo do conhecimento nos três grupos e este ocorreu independente do valor do ACT. O controle da asma usando ACT não indica a principio, uma diferença de conhecimento que impeça a aplicação do programa educação.

	Asma não controlada	Asma parcialmente controlada	Asma Controlada
	Grupo 1 (5-10)	Grupo 2 (11-19)	Grupo 3 (20-25)
ACQ (X±DP)	8 (1,7)	14 (2,1)	22 (1,5)
QA (X±DP)	46 (13,3)	48 (10,6)	47 (10,2)
QD(X±DP)	67 (5,6)*	65 (9,6)*	66 (9,0)*
* p<0,001			

QA: questionário de conhecimento antes
QD: questionário de conhecimento depois
Os dados estão apresentados em média e desvio padrão.

PD022 SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: RELATO DE 2 CASOS

LUIZA REGINA SANTOS[1]; SORAIA APARECIDA SILVA[2]; FERNANDA BEATRIZ ARAUJO[3]; MARIANA LAGAZETA[4]
1,3,4.FACULDADE DA SAUDE E ECOLOGIA HUMANA, VESPASIANO, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR; DIAGNÓSTICO; PROGNOSTICO

Introdução: A síndrome da veia cava superior (SVCS) é definida como um conjunto de sinais e sintomas causados pela diminuição do fluxo sangüíneo pela veia cava superior. O câncer que mais freqüentemente causa a SVCS é o câncer broncogênico (75% dos casos). Os linfomas, cânceres metastáticos, timomas e tumores de células germinativas também podem ser a causa. Objetivos: Relatar 2 casos de SVCS, ressaltando os aspectos semiológicos dos pacientes, seus aspectos radiológicos e histológicos. **Métodos:** Descreveremos 2 casos de SVCS de desfechos distintos. **Resultados:** Relato 1º caso: Paciente LM, sexo feminino, 50 anos, melanoderma, admitida com queixa de dispnéia importante, tosse seca e dor ventilatorio-dependente, que se iniciaram há 15 dias. Afirma emagrecimento de 8 quilos nos últimos 2 meses associada a disfagia e hiporexia. Ao exame apresentava-se emagrecida, disfônica, com edema de face e membros superiores e telangiectasias difusas em região torácica anterior. À ausculta respiratória apresentava murmúrio vesicular abolido em base direita. Realizado radiografia de tórax que evidenciou lesão em lobo superior direito e derrame pleural também à direita. Evoluiu com piora do padrão respiratório e parada cárdio-respiratória sendo rapidamente revertida. Realizado tomografia computadorizada (TC) de tórax mostrou massa em região do mediastino superior e derrame bilateral mais importante à direita. Paciente, aguardando broncoscopia, 10 dias após internação evoluiu para óbito. Relato 2º caso: Paciente NMF, sexo masculino, 71 anos, melanoderma, admitido com queixa de dispnéia progressiva iniciada há aproximadamente 3 meses associado a tosse produtiva com escarro claro. Apresentava ainda edema cervical, de face e membros superiores, pior pela manhã, e emagrecimento de cerca de 4kg em 15 dias. Ao exame apresentava ingurgitamento jugular importante com o leito a 45° e também com o paciente assentado, linfonodo supraclavicular direito palpável de cerca de 0,5 cm de diâmetro móvel e de consistência elástica. À ausculta pulmonar murmúrio vesicular diminuído com crepitações em base bilateral, mais pronunciada a direita, som bronqueal localizado em ápice pulmonar direito. A radiografia de tórax mostrava alargamento de mediastino sugerindo massa volumosa. A TC mostrou linfonodomegalia axilares e supraclaviculares bilaterais e coalescentes e linfonodomegalia mediastinais coalescentes. Grande massa mediastinal paratraqueal à direita de contornos lobulados e limites imprecisos, a lesão citada está em contato com a veia cava superior. Paciente aguardando resultado de biopsia do linfonodo supraclavicular, que ficará pronto para apresentação em congresso. **Conclusão:** Apresentamos dois relatos de caso que tiveram diferentes desfechos, ressaltando a importância do reconhecimento precoce da SVCS, pois; apesar do prognóstico ruim; medidas paliativas visando melhorar condições clínicas do paciente são possíveis.

PD023 USO DE IMUNOGLOBULINA ENDOVENOSA NO TRATAMENTO DE HEMORRAGIA ALVEOLAR E NEUROPATIA PERIFÉRICA SECUNDÁRIAS ÀS VASCULITES SISTÊMICAS COM ACOMETIMENTO PULMONAR – SÉRIE DE CASOS

MARCELO JORGE DE SOUZA LEAO ANDRADE; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS; TELMA ANTUNES; FELIPE COSTA DE ANDRADE MARINHO; MAURÍCIO LEVY-NETO; SERVULO AZEVEDO DIAS JÚNIOR; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO
HOSPITAL DAS CLINICAS, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: IMUNOGLOBULINA; IMUNOSSUPRESSAO; VASCULITES

Introdução: A neuropatia periférica e a hemorragia alveolar são manifestações clínicas que podem ser associadas às formas graves de vasculites primárias, trazendo elevada morbimortalidade aos pacientes. O uso de corticosteróide e imunossupressores constituem a base do tratamento destas condições. Nos últimos anos, a imunoglobulina endovenosa vem sendo utilizada com algum sucesso nas formas graves de hemorragia alveolar e neuropatia periférica associadas às vasculites. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é relatar a experiência do nosso serviço com a utilização da imunoglobulina endovenosa e seus resultados no tratamento da hemorragia alveolar e formas graves de neuropatia periférica associadas às vasculites. **Métodos:** Retrospectivamente, foram analisados os resultados da utilização da imunoglobulina endovenosa em pacientes com quadro de hemorragia alveolar ou neuropatia periférica refratária associados à vasculites, que estavam em acompanhamento no ambulatório do Grupo de Vasculites Pulmonares da Disciplina de Pneumologia do Hospital das Clínicas/SP (HCFMUSP) no período de janeiro de 1998 a maio de 2008. **Resultados:** Foram identificados dois pacientes do sexo masculino que apresentaram quadro de hemorragia alveolar e foram submetidos ao tratamento com imunoglobulina endovenosa, além de pulsoterapia com corticosteróides em altas doses e ciclofosfamida (um caso de Granulomatose de Wegener, 37 anos e um caso de vasculite com síndrome pulmão-rim, 55 anos). Em ambos os casos houve boa resposta ao tratamento, com reversão total do quadro nos dias subseqüentes. Foram ainda identificados quatro pacientes com quadro de neuropatia periférica grave secundária a vasculite sistêmica e refratária ao tratamento com corticosteróides e ciclofosfamida (três casos de síndrome de Churg-Strauss e um caso de doença de Behçet). O tratamento com a imunoglobulina endovenosa na dose 400mg/kg/dia durante três dias consecutivos seguido de ciclos mensais durante seis meses resultou em controle total da neuropatia em dois casos e controle parcial nos outros dois casos. **Conclusão:** Em nosso estudo, a imunoglobulina endovenosa mostrou-se eficaz no tratamento da hemorragia alveolar e das formas graves de neuropatia periféricas relacionadas às vasculites sistêmicas, demonstrando o seu importante papel como terapia adjuvante destas condições.

PD024 ATRASO NO DIAGNÓSTICO DA SARCOIDOSE EM CENTROS TERCIÁRIOS – FATORES IMPLICADOS

MAURI MONTEIRO[1]; CARLOS ALBERTO PEREIRA[2]; JAQUELINA SONOE OTA ARAKAKI[3]
1,2.HSPE/UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSE; ATRASO; DIAGNÓSTICO

Introdução: Estudos feitos em outros países mostram que o diagnóstico da sarcoidose pode ser retardado por motivos diversos. **Objetivo:** Estabelecer no Brasil alguns fatores associados ao retardo do diagnóstico da sarcoidose. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes com sarcoidose confirmada por biópsia e com envolvimento pulmonar, com alguns dados obtidos da revisão de prontuário e outros da entrevista com o paciente, realizado em três serviços de pneumologia. Foram avaliados: A apresentação clínica da doença com o envolvimento de outros órgãos além do pulmão; As condições sócio-econômicas; o atraso no encaminhamento para o especialista; as dificuldades de acesso ao

sistema de saúde; A extensão da doença no pulmão, determinada através da radiografia; O grau de comprometimento funcional, avaliado pela espirometria e escala de dispnéia. § Variáveis diversas como idade, raça, escolaridade e a classe de saúde (SUS, Servidor, convênio ou particular) também foram avaliadas. O atraso no diagnóstico da sarcoidose foi definido como ³ 6 meses. **Resultados:** A média de idade foi 48±12 anos. 35 eram do sexo feminino. A mediana do tempo do início dos sintomas até a primeira consulta médica foi de 2 meses (1-120 meses e entre o início dos sintomas até o diagnóstico foi de 13 meses (1-180 meses) Tiveram diagnóstico tardio 33 casos (59%). A comparação entre os pacientes com e sem retardo diagnóstico não mostrou diferenças em: idade, sexo, raça, renda pessoal, nível de educação, presença de achados extra-pulmonares, sintomas sistêmicos, grau de dispnéia, presença de lesões de pele, adenomegalia extra-torácica, manifestações oculares, prova funcional anormal ou não, tipo de padrão funcional, presença de fibrose na TCAR ou não, e atendimento por tipo de especialista-29 foram vistos inicialmente por clínicos gerais, 11 por pneumologistas, e 16 por especialistas diversos. Doze pacientes tiveram o diagnóstico e foram tratados como portadores de tuberculose. Dez de 33 (30%) com retardo diagnóstico tiveram diagnóstico de tbc comparados a 2 de 23 (8%) no grupo sem retardo (x2=4,31, p=0,038). Dos 12 pacientes tratados para tbc, 9 foram por pneumologistas. **Conclusões:** Em nosso meio 60% dos casos de sarcoidose tem diagnóstico tardio. Não foram detectados fatores associados ao retardo diagnóstico, exceto o tratamento para tuberculose, que foi mais freqüentemente indicado por pneumologista

PD025 ELETROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUÇÃO NA SARCOIDOSE

ALEX AMARANTE COSTA[1]; ROGÉRIO RUFINO[2]; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA[3]; PEDRO PERINEI[4]; EDUARDO CORREA BARBOSA[5]; VINICIUS DE LEMOS SILVA[6]; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA[7]; MATEUS MONTEIRO BETTENCOURT[8]

1,2,3,4,6,7,8.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA FCM/UERJ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 5.DISCIPLINA DE CARDIOLOGIA FCM/UERJ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSE; ELETROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUÇÃO; ARRITMIA

Introdução: O eletrocardiograma de alta resolução (ECGAR) é um método diagnóstico digital não-invasivo de análise de sinais eletrocardiográficos, que permite a identificação de pessoas com risco de desenvolver arritmias ventriculares fatais. Em 1980, Fleming1 descreveu 163 casos de envolvimento cardíaco da sarcoidose, sendo a manifestação cardíaca mais comum a arritmia cardíaca ventricular (64) seguidas de bloqueio cardíaco incompleto (56), taquicardia supraventricular (35), doença miocárdica (34), bloqueio cardíaco completo (31) e morte súbita (26). Algumas alterações ocorrendo em um mesmo paciente. Na literatura médica, o envolvimento cardíaco na sarcoidose apresenta freqüência de 5 a 40%.2 Esta ampla faixa tem como uma das suas justificativas a abordagem diagnóstica da doença. O ECGAR pode ser mais um dos exames necessários no "screening" da identificação de possíveis pacientes com doença cardíaca silenciosa. Objetivo Identificar pacientes sarcoidóticos com potencial de arritmia ventricular fatal. **Métodos:** No período de abril de 2008 até julho de 2008, foram realizados 24 exames ECGAR numa corte de 72 pacientes com sarcoidose pulmonar, confirmados por critérios clínicos, laboratorias, histológicos e de imagem. Todos realizaram previamente ecocardiograma e ECG e o ECGAR foi realizado por um membro da equipe e três parâmetros foram analisados: duração total, RMS terminal e LAS terminal, sendo considerado exame potencial de risco com duas ou mais variáveis acima dos valores da normalidade. **Resultados:** Até o momento 24 pacientes realizaram o protocolo, sendo 21 pacientes considerados não caucasianos, 3 com HAS (um destes com história pregressa de IAM) e 2 pacientes com diabete melito. Um paciente utilizava beta-bloqueador. Um paciente apresenta ecocardiograma com disfunção ventricular sistólica. Quatro pacientes estavam em uso de corticosteróides.Três exames demonstraram potenciais tardios ventriculares. **Conclusões:** O número de pacientes ainda é insuficiente para estimar a freqüência de acometimento cardíaco e, em especial, de arritimias ventriculares malignas, mas aponta para 15%. Estes pacientes com risco de arritmias devem continuar a sua investigação adicionando a biópsia cardíaca ou métodos cintilográficos com gálio 67 na finalidade de estabelecer o envolvimento miocárdico pela sarcoidose. **Referências:** 1- Fleming AG. Sarcoid heart disease: a review and an appeal. Thorax 1980;35: 641-3. 2- Swanson N, Goddard M, McCann G, Andre Ng A. Sarcoidosis presenting with tachy- andbrady-arrhythmias. Europace 2007; 9:134-6. 3- Barbosa EC, Barbosa PRB, Bomfim AS, Boghossian SHC, Ribeiro RL, Veloso HH, Ginefra P. Eletrocardiograma de alta resolução: fundamento e metodologia.Revista Socerj 2004; 3:195-200.

PD026 RELAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE BODE E A QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DPOC

RENATA CLAUDIA ZANCHET[1]; MARCELA FERREIRA CIPRIANI[2]; OTACÍLIO ALVES DOS REIS[3]; JOÃO DANIEL BRINGEL REGO[4]

1.FUNIVERSA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2,3,4.UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; QUALIDADE DE VIDA; VEF1

Introdução: O índice de BODE é um sistema de graduação multidimensional que, ao avaliar aspectos sistêmicos, perceptivos e respiratórios da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pode prever a mortalidade melhor que o VEF1 ou outras variáveis isoladas, como o índice de massa corporal (IMC). **Objetivos:** Verificar se existe correlação entre o prognóstico e a qualidade de vida de portadores de DPOC. **Métodos:** A pesquisa, um estudo transversal não controlado, foi realizada em pacientes com DPOC. Foram incluídos pacientes portadores de DPOC admitidos no programa de Reabilitação Pulmonar da Universidade Católica de Brasília, todos ex-tabagistas há, no mínimo, seis meses e estáveis clinicamente. Os pacientes foram submetidos à espirometria, gasometria arterial, antropometria e teste de caminhada de seis minutos (TC6'). Os mesmos responderam o questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (SGRQ) e a escala de dispnéia Modified Medical Research Council (MMRC). O índice de BODE foi calculado de acordo com os valores de IMC, VEF1 pós-broncodilatador, distância percorrida no TC6' e grau de dispnéia, avaliado pelo MMRC. **Estatística:** Com o objetivo de caracterizar a distribuição dos dados, foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Como os dados apresentaram distribuição paramétrica foi aplicado o teste T de Student para amostras não-pareadas, para verificar as diferenças entre os grupos (sexo feminino vs sexo masculino), e o teste de correlação de Pearson, para verificar a correlação entre os dados estudados. O nível de significância considerado foi de 5%. **Resultados:** O estudo foi realizado com 29 pacientes, sendo nove do sexo feminino. Os pacientes apresentavam idade de 68 ± 8 anos, consumo médio de cigarro de 54 ± 34 anos-maço, IMC de 24 ± 5kg/m2, VEF1 44 ± 17% do previsto, PaO2 de 62 ± 12mmHg, PaCO2 de 39 ± 8mmHg, distância percorrida no TC6' de 381 ± 164m, MMRC de 3 ± 1, SGRQ (domínio sintomas 59 ± 21%; domínio atividades 79 ± 19%, domínio impacto 63 ± 20% e escore total 67 ± 18%). Do ponto de vista gasométrico, todos estavam estáveis clinicamente e apenas sete eram oxigenodependentes. Não houve diferença significativa entre os parâmetros estudados nos grupos separados por gênero (p>0,05). Quanto à relação entre as variáveis estudadas, no grupo total de pacientes, houve correlação positiva entre o índice de BODE e os domínios sintomas (r=0,467; p=0,014), atividades (r=0,638; p=0,000), impacto (r=0,558; p=0,002) e o escore total do SGRQ (r=0,624; p=0,001). **Conclusão:** Conclui-se que, para os pacientes estudados, o índice de BODE apresenta relação com os domínios sintomas, atividades e impacto do SGRQ. Sugere-se, portanto, que quanto pior o prognóstico desses pacientes, pior sua qualidade de vida.

PD027 FATORES PREDITORES DE SOBREVIVÊNCIA EM PACIENTES COM DERRAME PLEURAL MALIGNO DE REPETIÇÃO

RICARDO MINGARINI TERRA[1]; LEILA ANTONANGELO[2]; MILENA MAKO SUESADA[3]; VERA LUIZA CAPELOZZI[4]; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES[5]; FRANCISCO SUSO VARGAS[6]; FÁBIO BISCEGLI JATENE[7]

1,3,5,7.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,6.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.DISCIPLINA DE PATOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; SOBREVIDA; FATORES PREDITORES

Introdução: O derrame pleural maligno de repetição (DPM) é uma complicação comum das doenças metastáticas e está associado a baixa sobrevida. Várias são as estratégias terapêuticas utilizadas para esta população e a estimativa de sobrevivência é essencial para a escolha da melhor abordagem destes pacientes. **Objetivos:** Identificação de características clínicas e parâmetros do

líquido pleural como fatores preditivos de sobrevivência em pacientes com DPM. **Métodos:** Foi realizada uma revisão retrospectiva dos dados clínicos e características do líquido pleural de pacientes com DPM tratados em nossa instituição no período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2007. A análise estatística para a identificação de fatores preditores foi realizada utilizando-se a análise multivariada de Cox, sendo considerado como estatisticamente significante p<0,05. **Resultados:** Foram incluídos 124 pacientes (39 do sexo masculino, 85 do sexo feminino – idade média 58,4 anos). As neoplasias primárias foram: mama (60), pulmão (40), indeterminado (8), linfoma (5) e outros sítios (11). Os fatores associados com menor sobrevida foram: baixa concentração de linfócitos no líquido pleural (p=0,002, RR=20,373), ADA pleural aumentado (p=0,005, RR= 5,420) e baixos valores de pH pleural (p=0,005, RR= 3,694). As variáveis associadas com maior sobrevida foram: índice de Karnofsky >70 (p<0,001, RR= 0,038), alta concentração de globulina no líquido pleural (p=0,005, RR=0,099), menor tempo entre o diagnóstico de DPM e intervenção médica (p=0,001, RR=0,102) e baixa concentração de macrófagos (p=0,007, RR= 0,150); **Conclusão:** A performance status, a concentração de linfócitos e macrófagos no líquido pleural, assim como a ADA, pH e globulina pleural estão associados significativamente com a sobrevida de pacientes com DPM.

PD028 **Utilização de Endopróteses de Silicone no Tratamento das Estenoses Traqueobrônquicas**

RICARDO MINGARINI TERRA[1]; HÉLIO MINAMOTO[2]; SO YEON KIM[3]; RICARDO HELBERT BAMMANN[4]; ANGELO FERNANDEZ[5]; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES[6]; FÁBIO BISCEGLI JATENE[7]

1,5.HC-FMUSP, SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,6,7.HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.FMUSP, SAO PAULO, SP, COREIA DO SUL; 4.SIRIO LIBANES, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESTENOSE TRAQUEAL; PRÓTESE DE TRAQUÉIA; ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

Introdução: As endopróteses de traquéia vêm sendo utilizadas para o tratamento de estenoses de traquéia em pacientes não candidatos à cirurgia. Apesar de na literatura alguns centros relatarem grande experiência com o método, seu uso ainda não é freqüente em nosso meio. **Objetivo:** Avaliar o uso de endopróteses de silicone para o tratamento de estenoses de traquéia em um serviço terciário. **Método:** Análise prospectiva de pacientes com estenose de traquéia, não candidatos a tratamento cirúrgico pelas características da estenose ou por condições clínicas inadequadas. Os pacientes foram recrutados no período de outubro de 2007 a junho de 2008. Todos foram submetidos à broncoscopia flexível e tomografia computadorizada de laringe e traquéia para determinar as dimensões da estenose e sua distância das pregas vocais. Tais resultados foram a base para a seleção do tamanho das próteses. A inserção das mesmas foi realizada através de laringoscopia de suspensão com vídeo ou broncoscopia rígida. Foram analisadas as características dos pacientes e das lesões em estudo, bem como efetividade e complicações precoces e tardias do método. **Resultado:** Foram avaliados 11 pacientes (7 homens e 4 mulheres) com idade média de 46,3 anos (16 - 70). As estenoses foram causadas por neoplasia em 2 casos (tireóide e esôfago) e intubação orotraqueal em nove. Quatro pacientes tinham sido previamente submetidos a procedimentos para controle da estenose: traqueostomia (3) e traqueostomia com implante de Tubo-T (1). A distância média das pregas vocais à estenose foi de 2,4 cm e sua extensão média de 3,5 cm. Não foram observadas complicações durante a implantação das próteses e todos os pacientes foram encaminhados à recuperação pós-anestésica em ventilação espontânea. Os pacientes que não tinham traqueostomia e encontravam-se dispnéicos no pré-operatório tiveram resolução completa dos sintomas. Dois pacientes apresentaram discreto enfisema de subcutâneo após a implantação da prótese. Uma migração foi observada 4 dias após implante da prótese e um novo procedimento foi realizado para seu reposicionamento. Os demais não apresentaram complicações num tempo médio de seguimento de 6,12 meses. **Conclusão:** O uso de endopróteses de silicone para tratamento das estenoses de traquéia é seguro e associado a baixo índice de complicações.

PD029 **PERFIL MICROBIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO EMPIEMA PLEURAL**

RICARDO MINGARINI TERRA; JOSÉ ARNALDO SHIOMI DA CRUZ; JOSÉ LUIZ JESUS DE ALMEIDA; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MICROBIOLOGIA; EMPIEMA PLEURAL ; CIRURGIA

Introdução: Poucos estudos abordam os agentes etiológicos do empiema pleural em pacientes submetidos a procedimento cirúrgico para seu controle. O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil microbiológico de pacientes submetido a decorticação pulmonar por empiema pleural. **Método:** Conduziu-se uma análise retrospectiva de todos os pacientes com empiema pleural submetidos a decorticação pleural e pulmonar em nossa instituição, no período de 2003 a 2007. Foram coletadas as seguintes informações dos pacientes em estudo: dados demográficos, cirurgia realizada, complicações e resultados de culturas. **Resultados:** Um total de 167 pacientes (123 homens e 44 mulheres), com idade média de 45,8 anos, foram submetidos a decorticação pulmonar no período estudado. Destes, 157 (94%) pacientes tinham pesquisas microbiológicas do líquido pleural, sendo que em 68 (43,3%) estas foram positivas. Em 50 (73,5%) destes, apenas um microorganismo foi encontrado, em 14 (20,6%), dois microorganismos e, em 4 (5,9%) pacientes, três microorganismos foram identificados. Foram identificados: bactérias gram-positivas em 52 (58%) pacientes, bactérias gram-negativas em 25 (28%), fungos em 5, bactérias anaeróbias em 4 e micobactérias em 3. O microorganismo mais freqüentemente encontrado foi o Staphylococcus aureus, em 27 pacientes. Não houve diferença quanto ao tipo de microorganismo isolado e complicações ou mortalidade operatória. **Conclusões:** Em 43% dos pacientes com empiema pleural, foi possível identificar o agente etiológico, sendo que bactérias gram-positivas foram as mais freqüentes.

PD030 **DERRAME PLEURAL INDETERMINADO: PAPEL DA VIDEOPLEUROSCOPIA DIAGNÓSTICA**

ESTHER MIHWA OH CHOI; RICARDO MINGARINI TERRA; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: VIDEOPLEUROSCOPIA; DERRAME PLEURAL; DIAGNÓSTICO

Introdução: A investigação do derrame pleural baseia-se no estudo do líquido pleural e de fragmentos da pleura obtidos por punções biópsias. Porém, um pequeno número de pacientes permanece sem diagnóstico após estes procedimentos e, nestes casos, denominados derrames pleurais indeterminados, a videopleuroscopia é uma opção para prosseguir investigação diagnóstica. Poucos estudos abordam o rendimento e resultados da videopleuroscopia neste contexto. **Objetivo:** Avaliar o perfil de pacientes em investigação de derrame pleural indeterminado em um hospital terciário, avaliando a segurança e eficácia da videopleuroscopia como método. **Método:** Estudo retrospectivo, baseado em análise de prontuários de pacientes com derrame pleural indeterminado submetidos a videopleuroscopia diagnóstica no período de abril/2002 a junho/2007. Todos pacientes foram submetidos à pelo menos uma punção e biópsia por agulha antes de eleitos para investigação cirúrgica. Foram obtidos: características da população e do líquido pleural, tempo de drenagem, complicações e diagnóstico final. **Resultados:** Foram incluídos 42 pacientes (20F/22M) com idade média de 57,7 anos. Os principais antecedentes pessoais foram de ICC (3), neoplasia (14), tabagismo (20) e tuberculose (5). O tempo médio de drenagem, excluindo-se os casos de drenagem prolongada (mais de 10 dias), foi de 3,34 dias. As principais complicações foram: drenagem prolongada (3), empiema (1) e sangramento (2). Em 80,9% dos casos foi identificado algum diagnóstico específico, sendo os mais freqüentes: neoplasia em 29 (69%) pacientes e tuberculose em 4(9,5%) .**Conclusão:** A videopleuroscopia é importante ferramenta diagnóstica em derrame pleural com causa desconhecida, apresentando poucas complicações. Nos pacientes analisados, a neoplasia foi a principal causa identificada, reforçando a necessidade de investigação em derrame pleural indeterminado.

PD031 DERRAME PLEURAL POR AMILOIDOSE PRIMÁRIA SISTÊMICA: UMA PATOLOGIA SUBDIAGNOSTICADA?

LEILA ANTONANGELO; MARCELO JOSE ANDRADE OLIVEIRA; KLEINER VASCONCELOS PINHEIROS; THAIS ROMANO DI GIOIA; CARLOS VERRASTRO; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; ROBERTO ONISHI; FRANCISCO SUSO VARGAS

DISCIPLINA PNEUMOLOGIA-INCOR-DISCIPLINA DE PATOLOGIA CLÍNICA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: AMILOIDOSE; DERRAME PLEURAL; CITOLOGIA

Introdução: Amiloidose é a disfunção orgânica causada pela hiper-expressão de proteínas que se depositam nos tecidos na forma de fibrilas insolúveis. A Amiloidose Primária Sistêmica (APS) ocorre nas discrasias plasmocitárias, cujas células plasmocitárias clonais secretam cadeias leves de imunoglobulinas que se acumulam nos tecidos. O derrame pleural (DP) na APS é pouco relatado e sua fisiopatologia não está totalmente esclarecida. **Objetivo:** Descrever 3 casos de pacientes com DP secundário à infiltração pleural amilóide. **Métodos:** análise retrospectiva de prontuário. **Resultados:** Caso 1. Mulher de 60 anos com proteinúria, anasarca e DP bilateral há 2 meses. Internada, foi diagnosticada com gamopatia monoclonal IgA lambda. O diagnóstico de APS foi confirmado após biópsias de rim e tecido subcutâneo com coloração de vermelho do Congo. A avaliação do líquido pleural revelou tratar-se de um transudato (Proteínas:0,4 mg/dL e DHL:108 U/L), com predomínio de células linfoplasmocitárias e pico monoclonal IgA Lambda. A paciente foi submetida à quimioterapia (melfalan + dexametasona), tendo evoluído com piora do estado geral e DP recorrente de difícil controle. Realizou pleurodese com talco. Entretanto, cursou com agravamento do quadro sistêmico, tendo evoluído para óbito após 3 meses do diagnóstico. Caso 2. Mulher de 91 anos, com gamopatia monoclonal IgM kappa e anemia hemolítica por auto-anticorpos frios há 10 anos, em uso de prednisona e azatioprina. Foi internada com queda da hemoglobina (7,4g/dL), hipotensão, DP e pneumonia. O estudo do líquido pleural revelou exsudato neutrofílico com alto teor de DHL (2325U/L) e presença de 5% de plasmócitos. A reação de imunofixação do líquido pleural demonstrou pico monoclonal IgM kappa. A paciente evoluiu com choque séptico e óbito, 05 dias após a internação. Não foi realizada biópsia pleural. Caso 3. Mulher de 60 anos, portadora de mieloma múltiplo IgG kappa há 10 anos e nefropatia dialítica. Em uso de eritropoietina, levotiroxina e ciclos de dexametasona, talidomida e ciclofosfamida. Foi internada devido à dispnéia acentuada e exsudato pleural bilateral (DHL:2490 U/L e Proteína: 6,2g/dL), apresentando 4% de plasmócitos e pico monoclonal IgG kappa à imunofixação. A paciente evoluiu com DP de difícil controle e óbito após 6 dias da internação. A biópsia pleural revelou pleurite crônica ativa mononuclear, não tendo sido realizada a coloração específica para substância amilóide. **Conclusão:**O acometimento pleural na APS é demonstrado na biópsia de pleura parietal com coloração de violeta cristal ou vermelho do Congo. O DP que se desenvolve nos pacientes com APS pode ser exsudato ou transudato, sendo geralmente atribuído às comorbidades renais ou cardiológicas associadas. Este relato demonstra a possibilidade do diagnóstico de acometimento pleural por APS a partir do perfil citológico do líquido pleural (presença de células plasmocitárias) com pesquisa de paraproteínas no líquido pleural. Apoio:FAPESP.

PD032 EXPRESSÃO DAS METALOPROTEINASES (MMPS), DOS INIBIDORES TECIDUAIS DAS METALOPROTEINASES (TIMPS) E DO FATOR TRANSFORMADOR DE CRESCIMENTO BETA (TGF-BETA) NA TUBERCULOSE PLEURAL

LEILA ANTONANGELO; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO; LAIS PINTO DE ALMEIDA; FERNANDO LINHARES PEREIRA; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE; FRANCISCO SUSO VARGAS

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA-INCOR-DISCIPLINA DE PATOLOGIA CLÍNICA-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: METALOPROTEINASE; INIBIDORES TECIDUAIS; TUBERCULOSE PLEURAL

Introdução: As metaloproteinases são enzimas proteolíticas responsáveis pela quebra da matriz extracelular. O balanço entre a produção das metaloproteinases (MMPs) e de seus inibidores (TIMPs) têm sido associado à formação e à evolução do derrame pleural de origem tuberculosa. O TGF-beta é uma citocina pró-fibrótica relacionada com o desenvolvimento de espessamento pleural. **Objetivo:** Avaliar a expressão das MMPs, dos TIMPs e do TGF-beta em derrames pleurais (DP), correlacionando os achados com marcadores inflamatórios. **Métodos:** Foram incluídos 39 pacientes com derrame pleural por tuberculose (n=29) ou transudatos (n=10). A concentração das MMPs (1, 2, 8 e 9), dos TIMPs (1 e 2) e do TGF beta foram determinadas por ELISA; a Proteína C Reativa (PCR) por nefelometria e a desidrogenase lática (DHL) por ensaio enzimático. Análise estatística: teste de Mann Whitney e correlação de Spearman (*p<0.05). **Resultados:** Os derrames tuberculosos apresentaram níveis mais elevados das MMPs 1, 2, 8 e 9, do TIMP 1 e do TGF beta do que os transudatos. Observou-se moderada correlação entre os níveis de DHL com: MMP8 (R=0,50; p=0,006); MMP9 (R=0,39; p= 0,037) e TIMP 1 (R=0,42; p=0,024). A MMP1 se correlacionou positivamente com a MMP2 (R=0,62; p<0,0001) e negativamente com o TGF beta (R= -0,41; p=0,027); a MMP8 se correlacionou com a MMP9 (R=0,57; p=0,001) e a MMP9 se correlacionou com o TGF beta (R=0,47; p=0,01). Os linfócitos apresentaram correlação negativa com a MMP1 (-0,39; p=0,04), MMP2 (-0,42; p=0,025) e MMP8 (-0,42; p=0,026). Não observamos correlação entre os níveis de PCR e as MMPs, TIMPs ou TGF beta. **Conclusão:** A maioria das MMPs e o TIMP 1 parecem estar envolvidos na patogênese do derrame pleural de etiologia tuberculosa. A DHL, ao contrário da PCR, correlacionou-se positivamente com as metaloproteinases. Os resultados obtidos sugerem que os linfócitos não são as células envolvidas na secreção das MMPs. A correlação observada entre a MMP9 e o TGF beta pode estar relacionada com o espessamento pleural observado na evolução de alguns casos de tuberculose. Apoio: FAPESP, CNPq.

PD033 INFECÇÕES OPORTUNISTAS EM PACIENTES COM PROTEINOSE ALVEOLAR

CARLOS ALBERTO PEREIRA; ROBERTA PULCHERI RAMOS; LILIAN TIEMI KURANISHI; RAIMUNDO JENNER PARAISO PESSOA JUNIOR; ERIKA CRISTINE TREPTOW; FABIANA STANZANI; RIMARCS GOMES FERREIRA; JAQUELINA SONOE OTA ARAKAKI

UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PROTEINOSE ALVEOLAR; INFECÇÃO OPORTUNISTA; CRIPTOCOCOSE

Introdução: A proteinose alveolar é uma doença rara e se caracteriza pelo depósito anormal de surfactante nas vias aéreas distais e espaços alveolares, decorrente da disfunção dos macrófagos intra-alveolares responsáveis pelo clearance dessa substância. Sua etiopatogenia não é claramente conhecida e, apesar de poucos relatos na literatura, os pacientes acometidos apresentam maior risco de infecções por agentes oportunistas. **Objetivo:** Descrever os casos de proteinose alveolar acompanhados no ambulatório de doenças intersticiais da UNIFESP-EPM, com ênfase na evolução clinica e complicações infecciosas desses pacientes. **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários dos pacientes com diagnóstico de proteinose alveolar acompanhados no ambulatório de doenças intersticiais da UNIFESP-EPM. **Resultados:** Foram analisados 4 pacientes, sendo 2 homens e 2 mulheres; a idade média foi de 26 anos (intervalo de 19 a 31 anos). Os sintomas iniciais mais comuns foram tosse seca e dispnéia. Uma das pacientes era assintomática ao diagnóstico. A lavagem pulmonar total foi realizada em 3 pacientes, indicada pela dispnéia e hipoxemia em repouso ou ao exercício. Dois pacientes necessitaram de lavagem contralateral, com melhora da hipoxemia após o procedimento. Um dos pacientes apresentou, durante a evolução, criptococose sistêmica grave, com acometimento de sistema nervoso central, pulmão e pele; atualmente mantém-se estável e assintomático. A paciente de 19 anos não apresentava sintomas respiratórios e o diagnóstico foi feito após investigação de achado de imagem em radiografia de tórax durante internação por neurocriptococose. **Discussão:** A proteinose alveolar é uma doença rara que, apesar de poder se apresentar de maneira oligossintomática, pode predispor ao risco de infecções pouco comuns em pacientes imunocompetentes. Tal fato pode ser explicado pela disfunção macrofágica presente nesta doença, tornando seus portadores mais susceptíveis a infecções sistêmicas, incluindo infecções fúngicas graves. **Conclusão:** Apesar de rara, a proteinose alveolar deve suscitar especial atenção, devido ao risco de infecções potencialmente fatais que esses pacientes podem desenvolver. Devemos acompanhar tais pacientes, portanto, sob a ótica da imunodeficiência, mantendo-nos atentos à possibilidade de infecções oportunistas durante o seu curso clínico.

PD034 DISCINESIA DE LARINGE SIMULANDO ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE.

SAULO MAIA DAVILA MELO; ANA ANGÉLICA DOS SANTOS; BÁRBARA SANTANA DAVILA MELO; SAULO SANTANA DAVILA MELO; NORMA LÚCIA SANTOS; HYDER ARAGÃO DE MELO
HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DISCINESIA DE LARINGE; DISFUNÇÃO DE CORDAS VOCAIS; ASMA GRAVE

Introdução: Movimentação paradoxal das pregas vocais causa limitação do fluxo aéreo à nível da laringe, cujos sinais e sintomas clínicos podem ser confundidos com outras patologias respiratórias, principalmente asma brônquica. **Objetivos:** Relatar um caso de discinesia de laringe em tratamento de asma de difícil controle. **Métodos:** Revisão de prontuário e videolaringoscopia de paciente acompanhada no serviço de endoscopia respiratória do Hospital São Lucas em Aracaju-SE. **Resultados:** Paciente R.S.C., 37 anos, feminina, do lar, com crises súbitas de dispnéia de intensidade variável, algumas vezes com atendimento em serviço de urgência. Início das crises de dispnéia há 12 meses após trauma psíquico (assalto). Não refere fatores desencadeantes das crises. Nega alterações do sono, do apetite ou vícios (álcool, tabaco ou drogas ilícitas). Dificuldade de falar. Atendida em serviço de emergência com dispnéia intensa amparada por familiares, sem conseguir deambular, relatando ser portadora de asma e síndrome do pânico, em tratamento ambulatorial com várias medicações (corticóide oral e inalatório, broncodilatador inalatório, tranquilizantes) sem melhora. Feito diagnóstico na urgência de asma e prescrito: hidrocortisona, aerossol com brometo de ipratrópio e fenoterol, oxigenioterapia e benzodiazepínico. Sem melhora da crise foi repetido medicação broncodilatadora conforme protocolo para asma e feito internamento hospitalar, sendo prescrito corticóide venoso, broncodilatadores inalatórios, benzodiazepínicos, omeprazol venoso e oxigenioterapia. Realizado radiografia de tórax, tomografia de tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma, função tireoideana e rotina laboratorial que foram normais. Transferido caso para o serviço de pneumologia que solicitou videolaringoscopia com menos de 24 hs do internamento, sendo visualizado: movimentação paradoxal das pregas vocais na inspiração e início da fase expiratória com sintomas de falta de ar durante a realização do exame. Reflexos de tosse e abertura glótica normais durante manobras de relaxamento. Diagnóstico endoscópico: Discinesia de laringe. Solicitado acompanhamento psiquiátrico, fonoterápico e da fisioterapia respiratória, com melhora clínica e redução importante das medicações pneumológicas em uso. Alta hospitalar com acompanhamento multidiciplinar ambulatorial. **Conclusão:** Discinesia de laringe deve fazer parte da investigação diagnóstica de asma de difícil controle, com a videolaringoscopia sendo o exame de escolha, preferencialmente realizado durante as crises.

PD035 HISTIOCITOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS EM FUMANTE PASSIVA

THÚLIO MARQUEZ CUNHA; LILIAN TIEMI KURANISHI; ERIKA CRISTINE TREPTOW; RAIMUNDO JENNER PARAISO PESSOA JUNIOR; NILSON MOURA GAMBERO; RIMARCS GOMES FERREIRA; JAQUELINA SONOE OTA ARAKAKI; CARLOS ALBERTO PEREIRA
UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HISTIOCYTOSIS, LANGERHANS-CELL; HISTIOCYTOSIS; INTERSTITIAL LUNG DISEASES

Introdução: Histiocitose pulmonar de células de langerhans é caracterizada pela proliferação e infiltração por células de Langerhans. É associado ao tabagismo em cerca de 90% dos casos, apresentando bom prognóstico (sobrevida em 20 anos de 77%). **Relato de Caso:** Mulher, 29 anos, vendedora, apresentando tosse seca com raros hemoptoicos desde fevereiro de 2005 (2 anos de evolução), associado a dispnéia a grandes esforços e febre de até 39º, com sudorese predominantemente noturna e perda de 10 Kg neste período. Apesar de várias amostras de BAAR negativos (escarro), foi tratada com esquema I para tuberculose por 1 ano com melhora apenas da febre e com recuperação parcial do peso. Paciente sem história de tabagismo ficou presa entre 2002 e 2006 em uma cela com até 20 pessoas, sendo a maioria delas fumantes. Apresentava radiograma de tórax com infiltrado reticular difuso predominando em ápices pulmonares. A TC de Tórax mostrava inúmeros cistos de tamanho variados, paredes finas predominando em ápices pulmonares. A PFP mostrava distúrbio ventilatório misto moderado, sem resposta ao broncodilatador e difusão de monóxido de carbono moderadamente reduzida. Ecocardiograma normal. Gasometria arterial dentro dos limites da normalidade, sem dessaturação no TC6M. Biopsia cirúrgica e imunoistoquímica compatíveis com Histiocitose de Pulmonar de Células de Langerhans (CD1a, Proteína S100) **Discussão:** Em mais de 90% dos casos há associação com tabagismo, embora haja a descrição de pacientes não tabagistas ou tabagistas passivos na literatura. Mais comum em homens, mas vem aumentando nas mulheres pelo aumento do tabagismo neste grupo. A maioria dos pacientes apresenta-se com tosse seca e dispnéia, sendo 25% assintomáticos. Cerca 20% dos casos apresenta perda de peso significativa e apenas 15 % com febre, como foi observado neste caso. Na PFP observa-se vários padrões (normal, obstrução, restrição ou misto) e em 60-90% dos casos com redução da DCO. O radiograma de tórax é caracterizado por infiltrado intersticial micro/reticulonodular com predomínio de lobos superiores e médios. Os achados mais comuns na TC tórax de alta resolução são: cistos irregulares de paredes finas, nódulos pequenos centrolobulares ou peribronquiolares. Infiltrado reticular, vidro fosco e padrão em mosaico podem estar presentes. O predomínio das lesões ocorre nos lobos superiores, poupando os seios costofrênicos. Deve-se suspeitar do diagnóstico em adultos com infiltrado em lobos superiores e DCO baixa, devendo-se realizar biopsia em pacientes com quadro radiológico e história clínicas atípicas, como do caso em questão. Trata-se de uma paciente com apresentação clínica incomum, com exposição ao tabaco passivo. A melhora clínica da paciente coincide com a saída do presídio e cessação de exposição ao tabaco.

PD036 ASPECTOS CLÍNICOS E ENDOSCÓPICOS DE CORPOS ESTRANHOS DE VIAS AÉREAS EM ADULTOS

ANDRÉA LOISE FERREIRA; POLLYANNA BATISTA RIOS; PAULO ROGÉRIO SCORDAMAGLIO; ANDRÉ LOBO NAGY; LUCIANA PASCHOARELI BOSCO; MARCELO CENEVIVA MACCHIONE; MÁRCIA JACOMELLI; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOSCOPIA; CORPO ESTRANHO; ADULTOS

Introdução: Aspiração de corpo estranho (CE) é pouco comum em adultos e seu diagnóstico é difícil, podendo representar achado de exame, pelo fato dos pacientes nem sempre relatarem história de aspiração. **Objetivos:** Descrever aspectos clínicos e broncoscópicos de CE em vias aéreas inferiores de adultos. **Casuística e Métodos:** Realizamos estudo retrospectivo de um grupo de pacientes com diagnóstico de CE de árvore traqueobrônquica no Serviço de Endoscopia Respiratória do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Foi relatado: idade do paciente, sintomas clínicos, tempo de permanência, natureza e localização do CE, método utilizado para retirada e complicações apresentadas durante o exame. **Resultados:** Um total de 38 pacientes foi submetido à broncoscopia comprovando presença de CE de via aérea. A média de idade foi 53 anos (variando de 18 a 88 anos) e em 44,7% (n= 17) a idade foi igual ou maior do que 60 anos. O tempo de permanência do CE variou entre 6 horas e 6 anos. Vinte e um pacientes (55,3%) tinham história positiva de aspiração. As manifestações clínicas mais comuns foram: tosse crônica e pneumonias de repetição. Em 39,5% dos casos (n= 15) o CE era de natureza orgânica e em 60,5% dos casos (n= 23) era inorgânica. A localização mais freqüente do CE foi em árvore brônquica direita (65,8%; n=25), predominando no lobo inferior (52,6% n=20). Todos os pacientes foram avaliados inicialmente com broncoscopia flexível diagnóstica. Em 73,7% dos casos (n=28) o CE foi retirado com broncoscopia flexível e em 21% dos casos (n=8) com broncoscopia rígida. Houve complicação em apenas 1 caso, com migração do CE para árvore brônquica contralateral. **Conclusão:** Diferente do que ocorre em crianças, aspiração de CE em adultos pode passar despercebida com sintomas crônicos, de tosse crônica ou supuração. A broncoscopia é procedimento diagnóstico necessário em pacientes com suspeita clínica e/ou radiológica de CE em via aérea, possibilitando intervenção terapêutica por método flexível ou rígido, com baixo índice de complicações.

PD037 TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS NA RETIRADA DE CORPOS ESTRANHOS DE VIAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS

EVANDRO SCUSSIATO; MÁRCIA JACOMELLI; PAULO ROGÉRIO SCORDAMAGLIO; ASCÉDIO RODRIGUES; MARCELO GERVILLA GREGÓRIO; MARCELO CENEVIVA MACCHIONE; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOSCOPIA; CORPO ESTRANHO; CRIANÇAS

Introdução: Tratamento de corpo estranho de vias respiratórias pode ser condição dramática no atendimento emergencial em crianças e diferentes técnicas têm sido utilizadas para melhorar o sucesso terapêutico e minimizar riscos. **Objetivo:** Descrever as técnicas broncoscópicas no tratamento de corpo estranho de vias aéreas em crianças atendidas no serviço de Endoscopia Respiratória do HC-FMUSP. **Casuística e Método:** Análise retrospectiva de 78 crianças submetidas à broncoscopia para retirada de corpos estranhos atendidas em nosso serviço no período de fevereiro de 2003 a abril de 2008. **Resultados:** 78 pacientes com corpo estranho em vias respiratórias, com idade variando entre 08 meses e 14 anos, sendo 39 de natureza orgânica e 39 inorgânica. Nove corpos estranhos estavam alojados em via aérea central (4 em laringe e 5 em traquéia), 34 na árvore brônquica direita e 33 na esquerda. Em 02 casos houve aspiração bilateral. Todos os pacientes foram inicialmente submetidos à broncoscopia flexível diagnóstica. Equipamento rígido foi utilizado em 39 casos, broncoscópio flexível em 23 e associação de técnicas em 15 casos (broncoscopia rígida, broncoscopia flexível, laringoscopia de suspensão, radioscopia). **Discussão:** Apesar de a broncoscopia rígida ser considerada a principal ferramenta para retirada de corpo estranho em vias aéreas, outras técnicas vêm sendo utilizadas com maior freqüência, merecendo atenção durante o treinamento médico. **Conclusão:** O conhecimento e a associação de diferentes técnicas em broncoscopia pediátrica associam os benefícios de um método ao outro, minimizando as chances de insucesso terapêutico.

PD038 ULTRA-SONOGRAFIA ENDOBRÔNQUICA NO ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE ESÔFAGO

TERESA GARRIDO[1]; FAUZE MALUF FILHO[2]; EVANDRO SCUSSIATO[3]; MÁRCIA JACOMELLI[4]; RUBENS SALLUM[5]; IVAN CECCONELLO[6]; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO[7]; MIGUEL LIA TEDDE[8]

1,3,4,7,8.SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 5.SERVIÇO DE CIRURGIA ESÔFAGO DA DIVISÃO DE CLÍNICA CIRÚRGICA II DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 6.DIVISÃO DE CLÍNICA CIRÚRGICA II DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ULTRA-SONOGRAFIA ENDOBRÔNQUICA; ESTADIAMENTO; NEOPLASIA DE ESÔFAGO

Introdução: Atualmente, o estadiamento do câncer de esôfago tem sido realizado através de ecoendoscopia (EUS), broncoscopia convencional, tomografia computadorizada (TC) ou tomografia por emissão de pósitrons (PET). Enquanto a EUS é o exame de maior acurácia para os estádios T e N, a TC e o PET proporcionam avaliação de metástases à distância. A broncoscopia é utilizada para avaliar invasão da árvore traqueobrônquica, complementando achados da tomografia de tórax. A ultra-sonografia endobrônquica (EBUS) tem apresentado maior acurácia em relação à EUS, à TC e à broncoscopia para avaliar o acometimento da parede traqueobrônquica por câncer de esôfago. Recentemente, em nosso serviço, a EBUS vem sendo realizada em associação com a EUS para estadiamento da neoplasia de esôfago. **Objetivo:** Relatar os achados da EBUS em pacientes com neoplasia de esôfago, nos quais a broncoscopia convencional não apresentava sinais evidentes de invasão da parede traqueobrônquica. **Resultados:** Apresentamos 5 casos de pacientes com diagnóstico de câncer de esôfago em estadiamento pré-operatório, sem sinais evidentes de invasão traqueobrônquica à broncoscopia e à TC. Todos os pacientes foram submetidos à EBUS e à EUS com aparelho Olympus® modelo MH-908, na freqüência de 7,5MHz. Em dois pacientes não foi possível a transposição do aparelho da EUS através da estenose tumoral para avaliar a invasão locorregional. Nestes casos a EBUS mostrou invasão de via aérea ao contrário do que mostrava a TC. Em 1 caso houve concordância dos achados da EUS, EBUS e TC que não mostraram invasão. No quarto caso a EUS e a EBUS revelaram invasão da via aérea não observada à TC. No quinto caso, a EBUS mostrou invasão não observada à EUS e à TC. **Conclusão:** Em 4 casos a EBUS mudou o estadiamento cirúrgico dos pacientes, aumentando a contribuição da endoscopia respiratória para o estadiamento das neoplasias esofágicas, podendo mudar a conduta em casos específicos.

PD039 ESTENOSE SUBGLÓTICA TRATADA COM SUCESSO POR MOLDE TUBULAR APÓS FALHA DE DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA

NILZA SAYURI ABE; HÉLIO MINAMOTO; ASCÉDIO RODRIGUES; EVANDRO SCUSSIATO; POLLYANNA BATISTA RIOS; MARCELO CENEVIVA MACHIONE; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; EUNICE KOMO CHIBA

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESTENOSE SUBGLOTE; DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA; MOLDE TUBULAR

Introdução: A causa mais frequente de estenose subglótica é intubação. Os fatores fisiopatológicos envolvidos na gênese da estenose são edema, ulceração da mucosa, infecção superficial, formação de tecido de granulação, pericondrite, formação de tecido cicatricial e fibrose, que culminam com estreitamente da luz. A localização mais comum é a região subglótica, sendo a cricóide o local mais propenso ao dano da intubação. O manuseio da estenose subglótica adquirida é controverso. Uma variedade de métodos endoscópicos e cirúrgicos tem sido descrita para tratamento, com pequeno número de pacientes e graus variáveis de sucesso, tais como dilatação endoscópica, injeção tópica de corticóide, crioterapia, ressecção endoscópica com laser de dióxido de carbono, reconstrução cirúrgica, traqueostomia com ou sem associação com as modalidade de tratamento, inserção de próteses. **Objetivo:** Relatar a resolução de estenose subglótica severa por colocação de molde. **Relato de caso:** Criança com um ano de idade, foi admitida por apresentar dispnéia severa; uma semana antes, o paciente foi internado em outro hospital por pneumonia, sendo intubado e, posteriormente, traqueostomisado. A Broncoscopia, revelou estenose subglótica grave; a luz era puntiforme. Foram feitas sessões de dilatação, sem melhora, tornando-se total a estenose subglótica. Foi, então, realizado pemeabilização endoscópica, com colocação de pequeno molde tubular translaringeo e fixado a cânula de traqueostomia, por 30 dias. Durante esse período, a criança permaneceu sem intercorrência. Após 30 dias, o molde tubular foi retirado endoscopicamente e a criança foi submetida a duas sessões de dilatação. Após 4 meses, a luz era normal, sendo retirada a cânula de traqueostomia. No último controle, a luz continuava normal. **Conclusão:** a colocação de molde tubular em estenose subglótica em crianças é pouco relatada pela ausência de material disponível. O presente caso demonstra a utilidade deste método em crianças, com a utilização de material disponível amplamente.

PD040 ASPECTOS ENDOBRÔNQUICOS DA TUBERCULOSE PULMONAR

MARCELO CENEVIVA MACHIONE; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; MÁRCIA JACOMELLI; MARCELO GERVILLA GREGÓRIO; CLÁUDIA MOSCHEN ANTUNES; LUCIANA PASCHOARELI BOSCO; MARCIA SEISCENTO; SIDNEY BOMBARDA

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOSCOPIA; LESÕES ENDOBRÕNQUICAS; TUBERCULOSE

Introdução: O envolvimento da traquéia e brônquios principais na tuberculose foi descrito pela primeira vez por Morton, em 1698. A traqueobronquite tuberculosa está presente em 10 a 36,8% dos pacientes com suspeita de tuberculose pulmonar submetidos à broncoscopia e em até 60% dos casos estudados em autópsias. O comprometimento da árvore traqueobrônquica pode ocorrer durante o curso da doença aguda ou após o tratamento e, muitas vezes, seus sintomas são incorretamente diagnosticados como asma, neoplasia ou aspiração de corpo estranho. A tuberculose endobrônquica geralmente ocorre por: implantação direta do bacilo na traquéia e brônquios; contigüidade com linfonodos hilares e mediastinais infectados; disseminação linfática e hematogênica. **Objetivos:** descrever as principais alterações endobrônquicas nos pacientes com tuberculose pulmonar ativa ou prévia. **Métodos:** Foram estudados 143 pacientes com suspeita de tuberculose pulmonar ativa, encaminhados ao serviço de endoscopia respiratória do HC-FMUSP para realização de broncoscopia e coleta de material, no período de janeiro de 2006 a julho de 2007, dos quais 42 (29,4%) apresentavam alterações endobrônquicas. Todos foram submetidos a broncofibroscopia com aparelho padrão, sob

sedação endovenosa. Os exames foram armazenados em arquivo digital para análise final. As alterações encontradas foram classificadas da seguinte maneira: enantema, estenose, fibrose ou sinéquia, ulceração, granuloma, compressão extrínseca e malácia. **Resultados:** Dos 42 pacientes que apresentavam lesões endobrônquicas, 16 (38%) eram do sexo masculino e 26 (62%) do sexo feminino, com média de idade 38,9 ± 15 anos. Destes, 24 (57%) tinham antecedentes de tuberculose pulmonar e apresentavam culturas negativas para M. tuberculosis e 18 (43%) foram diagnosticados como tuberculose ativa (baciloscopia, cultura ou PCR positivos para M. tuberculosis). As principais alterações endobrônquicas encontradas foram: edema e enantema de mucosa (42,8%); estenose fibrótica (19%); brônquios em fenda (11,9%); compressão extrínseca (9,5%); malácia (4,7%); fistulização e lesão ulcerada (2,4%). Em 50% dos casos as lesões predominavam na árvore brônquica esquerda, 11,9% na traquéia e 7% com comprometimento laríngeo. **Conclusão:** Apesar de pouco descritas, as lesões endobrônquicas são comuns nos pacientes com tuberculose pulmonar ativa ou após o tratamento. O comprometimento da árvore traqueobrônquica altera significativamente a história natural da doença, tornando-se uma causa importante de morbidade, pois evolui com cicatrização concêntrica, broncoestenose, atelectasias, broquiectasias e infecções pulmonares de repetição. A broncoscopia desempenha papel importante no diagnóstico, tratamento e acompanhamento destas lesões.

PD041 HISTOPLASMOSE ENDOBRÔNQUICA: RELATO DE UM CASO

ANDRÉA LOISE FERREIRA[1]; MÁRCIA JACOMELLI[2]; PAULO ROGÉRIO SCORDAMAGLIO[3]; WILSON LEITE PEDREIRA JUNIOR[4]; LEONARDO ABREU TESTAGROSSA[5]; JORGE LUIS MELLO SAMPAIO[6]; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO[7]

1,2,3,7.SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4,5,6.FLEURY MEDICINA E SAÚDE, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HISTOPLASMOSE; BRONCOSCOPIA; ENDOBRÔNQUICA

Introdução: Lesões endobrônquicas compreendem um grupo heterogêneo de patologias. Muitas vezes a apresentação clínica é semelhante, com sinais e sintomas que incluem hemoptise, tosse, emagrecimento, estridor e obstrução ao fluxo de ar. Podem corresponder a lesões malignas (carcinoma de pequenas células, tumores neuroendócrinos - carcinóides, linfomas, lesões metastáticas ou carcinoma de células escamosas) ou benignas (infecciosas - bacterianas, micobacterianas ou fúngicas, hamartomas endobrônquicos, broncolitíase ou inflamatórias). O diagnóstico etiológico é fundamental para tratamento específico e eficaz. Embora rara, há uma forma definida de lesão endobrônquica causada pelo Histoplasma capsulatum. **Objetivo:** descrever a broncoscopia de paciente com comprometimento endobrônquico por histoplasmose. **Relato do caso:** Descrevemos o caso de um paciente do sexo masculino, portador do víurs de imunodeficiência adquirida, com múltiplas lesões cutâneas (sem diagnóstico definido) e infiltrado micronodular difuso à radiografia de tórax. Foi encaminhado para realizar broncoscopia com biópsia pulmonar. Durante o exame foram observadas múltiplas lesões ulceradas em subglote, traquéia e brônquios. O lavado broncoalveolar, a biópsia das lesões endobrônquicas e a biópsia transbrônquica foram compatíveis com diagnóstico de histoplasmose (Histoplasma capsulatum). **Conclusão:** A histoplasmose com presença de lesões endobrônquicas é forma rara de apresentação. A broncoscopia é um método eficaz para coleta de material, permitindo o diagnóstico diferencial por meio de culturas e anatomopatológico.

PD042 ECOENDOSCOPIA ESOFÁGICA NO DIAGNÓSTICO DE MASSA MEDIASTINAL

MARCO AURÉLIO D ASSUNÇÃO[1]; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO[2]; HÉLIO MINAMOTO[3]; EDUARDO JURKIV LOBO[4]; RENATA MIRANDA CHAVES[5]; KIYOSHI HASHIBA[6]

1,3,4,5,6.SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ECOENDOSCOPIA ESOFÀGICA; PUNÇÃO ECOGUIADA; MASSA MEDIASTINAL

Introdução: Até pouco tempo, a coleta de material para estudo anátomo-patológico de lesões mediastinais restringia-se a biópsia por mediastinoscopia e em centros mais especializados biópsia guiada por tomografia computadorizada de tórax. Recentemente, contamos com novo método diagnóstico e terapêutico pouco invasivo e muito seguro: a ecoendoscopia esofágica. **Objetivo:** Relatar um caso de punção ecoguiada de massa mediastinal com intuito diagnóstico e orientação terapêutica. **Relato de caso:** Paciente de 60 anos, submetido a nefrectomia por neoplasia de células claras há 2 anos. Em acompanhamento controle, apresentou massa tumoral mediastinal (3,5 cm de diâmetro em seu maior eixo) em região periesofágica esquerda. Realizou punção ecoguiada transesofágica que revelou tumor de células claras confirmando a suspeita de metástase mediastinal do tumor renal. **Conclusão:** A ecoendoscopia esofágica deve ser considerada como método de avaliação e de coleta quando a doença torácica estiver em proximidade com o esôfago. Estudos prospectivos devem ser realizados para a inclusão da ecoendoscopia esofágica no algoritmo de avaliação das doenças de localização torácica.

PD043 MANOBRA DE MUELLER NA INVESTIGAÇÃO DA APNÉIA NOTURNA

NILZA SAYURI ABE[1]; NELSON MORRONE[2]; NELSON MORRONE JUNIOR[3]; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO[4]

1,2,3.SANATORINHOS AÇÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4.SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MANOBRA DE MÜLLER; APNÉIA NOTURNA; LARINGOSCOPIA

Introdução: Ronco noturno é fator preditivo importante para a síndrome da apnéia do sono, cujo diagnóstico de certeza é feito pela polissonografia. Infelizmente, porém, este exame é quase inacessível para os pacientes atendidos pelo SUS. Portanto, exames mais simples, de baixo custo e disponíveis com facilidade são necessários com urgência. Exames que evidenciam fraqueza muscular do faringe seriam indicativos de colapso durante o sono. **Objetivo:** observar a obstrução retrolingual (ORL) e retropalatina (ORP) na manobra de Mueller em pacientes com roncos durante o sono. **Material e Métodos:** foram examinados 107 pacientes; todos foram submetidos à fibronasolaringoscopia em decúbito dorsal horizontal. Foram analisados aspectos anatômicos da região e assinaladas as ORL e ORP. **Resultados:** setenta e dois pacientes apresentaram obstrução, das quais setenta ORP e duas ORL exclusiva;em 23 casos, ambas as obstruções estavam presentes. Não foram observadas associações significativas da obstrução com sexo, arco palatino (normal ou baixo), desvio do septo nasal, hipertrofia de cornetos,de tonsilas palatinas e faringeanas, papilas linguais e comprimento da úvula. Não foi observada nenhuma intercorrência. **Conclusão:** Este exame tem custo baixo, não está associado a intercorrências graves, é facilmente realizável e traduz com fidelidade fraqueza da musculatura da faringe. Assim deve ser objeto de estudo complementado com a polissonografia. Na associação, a fibronasolaringoscopia poderá ser usada como método de triagem para a polissonografia.

PD044 DOENÇAS RELACIONADAS A EXPOSIÇÃO A SÍLICA

ALESSANDRO VITO LIDO

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOCONIOSE; SILICOSE; OCUPACIONAL

Introdução: A sílica (dióxido de silício - SiO2) é o mineral mais abundante na crosta terrestre. Ocorre naturalmente em três diferentes formas: cristalina (quartzo, tridimita e cristobalita), criptocristalina (calcedônia, jaspe e sílex) e amorfa (não-cristalina), sem propriedade fibrogênica para o parênquima pulmonar (KITAMURA et al., 1996; NIOSH, 2002). A exposição à sílica acontece em diversos tipos de atividades industriais, tais como: metalurgia, cerâmica, cerâmica vermelha de tijolos, corte e polimento de rochas, fabricação de vidro, mineração. Essa exposição também afeta diferentes profissionais: fundidores em moldes de areia, desmoldadores, esmeriladores, jateadores de areia, moleiros, joalheiros, polidores e serradores de pedras, ceramistas, cavadores de poços, artesãos, entre outros (NIOSH, 2002). Atualmente muitos estudos correlacionam a tuberculose, limitação crônica ao fluxo aéreo, doenças auto-imunes e o câncer de pulmão com a exposição à sílica. **Objetivo:** Analisar a prevalência de outras doenças relacionadas à exposição à sílica nos pacientes com silicose pulmonar acompanhados no Hospital das Clinicas da Unicamp. **Material e Método:** Foram analisados em nossa casuística 415 casos de silicose diagnosticados nos Hospital das Clinicas da Unicamp, no período de 25 anos (1978 a 2003) (3), para a identificação outras doenças relacionadas à exposição à sílica. **Resultado:** Ao analisarmos os antecedentes mórbidos nos prontuários dos pacientes, identificamos algumas doenças que podem ter associação com a exposição a sílica, das quais destacamos 3 casos (0,7 %) de neoplasia pulmonar e 1 (0,2 %) de neoplasia de mediastino, 71 casos (17 %) de tuberculose

pulmonar; dentre estes, 7 (1,7 %) foram diagnosticados como silicotuberculose pulmonar. Havia também 93 pacientes (22,4%) com doenças crônicas das vias aéreas inferiores e 9 (2,1 %) com doenças do colágeno (esclerose sistêmica progressiva, artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistêmico). **Discussão:** O risco de tuberculose é maior em indivíduos com história de exposição a sílica, com ou sem silicose. Alguns autores observaram o aumento do risco de 3,5 vezes entre expostos e sem silicose, com mais de 25 anos de exposição. Outros estudos revelaram o elevado risco relativo (30 vezes) e alta da taxa de incidência de tuberculose (68 casos/ 1000 pessoas ano) em indivíduos silicóticos com teste tuberculínico positivo. A associação de silicose com bronquite crônica, enfisema pulmonar e limitação crônica ao fluxo aéreo tem sido descrita em diversos estudos em humanos. Apesar das evidências da associação entre sílica e câncer do pulmão ser antiga, somente a partir de 1997 a Agência Internacional para Pesquisa contra o Câncer - IARC, classificou a sílica cristalina no grupo 1 como substância reconhecidamente cancerígena para o homem. A ocorrência de doenças auto-imunes é maior em indivíduos expostos á sílica com e sem silicose, com risco médio cinco vezes maior em relação a população não exposta. **Conclusão:** A prevalência da tuberculose, limitação crônica ao fluxo aéreo, doenças auto-imunes e o câncer de pulmão nos pacientes com silicose acompanhados no HC- Unicamp, indicam a associação dessas doenças com a exposição a sílica na população estuda.

PD045 AGENTES ETIOLÓGICOS DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN PACIENTES ADULTOS INMUNOCOMPETENTES EN EL DE SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA REINA SOFÍA (CRS), BOGOTÁ. COLOMBIA

ANDRES SANTIAGO CABALLERO[1]; ERNESTO POLANIA[2]; MARIA DEL ROCIO GORDILLO[3]; OSCAR MARTINEZ[4]; EDILMA TORRADO[5]; ALFREDO SAAVEDRA[6]; RUBEN DUEÑAS[7]; EUGENIA ROBINSON[8]

1,2,3,4,6,7,8.CLINICA REINA SOFIA, BOGOTA, COLÔMBIA; 5.CLINICA REINJA SOFIA, BOGOTA, COLÔMBIA

PALAVRAS-CHAVE: NEUMONIA; COMUNIDAD ; ETIOLOGIA

Introduccion: la NAC es una de las principales causas de morbilidad en Colombia. Es importante conocer la etiología de la NAC en CRS, lo cual nos facilitaría orientar las aproximaciones terapéuticas de primera intención. **Objetivo:** establecer la etiología de la NAC en adultos inmunocompetentes que consultan a Urgencias de la CRS. **Material y Método:** Se incluyeron 136 pacientes (p), con NAC que cumplieron criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. Se les realizó historia clínica, radiografía de tórax, cuadro hemático, Gram, BK, KOH y cultivos del esputo, coloración para Pneumocystis, hemocultivos, en suero de fase aguda anticuerpos IgM para Legionella pneumophila S1, Mycoplasma pneumoniae, Coxiella burnetti, Chlamydia pneumoniae, Adenovirus, VSR, Influenza A y B, Parainfluenza 1, 2,3. Escobillado nasofaríngeo para antígenos virales. Antígeno urinario para Legionella pneumophila y S. pneumoniae. **Resultados:** De los 136 p, hubo 73 mujeres (53.62%) y 63 hombres (46.37%), entre 18 y 93 años de edad, promedio 60.97± 21 años, la mayoría, 72 p (53%) mayores de 65 años. Tenían EPOC 49 p (36.0), exfumadores 48 p (35.3), vacunación contra influenza 35 p (25.7) y vacunación contra neumococo 17 p (12.5) El tiempo promedio de evolución fue de 5.48 ± 3.3 días. Los síntomas más frecuentes fueron tos 135 p (99,2%), fiebre 115 p (84.5) y disnea 109 p (80.1%). El (50%) 68 p, fueron del grupo 2 (CRB 65). Fueron hospitalizados 96 p (70.5%) en pisos, 1 p (0,73%) a UCI 2 p (1,47%) a UCI intermedios, 15 p (11.0%) a programa de cuidados domiciliarios y 17 p (12,5%) a casa. Se hizo diagnóstico etiológico en 62 p (45.5%), en 12 de ellos se aislaron dos gérmenes, para un total de 74 gérmenes aislados. En la tabla se describe los gérmenes aislados en orden de frecuencia. La mortalidad fue del 2.20% (3 p) **Conclusiones:**1. El germen mas frecuente es S. pneumoniae, con baja resistencia a la penicilina. 2. Debemos considerar la Legionella pneumophila como causa de NAC en nuestro medio. 3. La positividad de los hemocultivos es baja. 4. La mayoría de nuestra población es mayor de 65 años, lo cual puede explicar la baja etiología viral.

Gérmenes aislados	No (%)	Esputo (%)	Sensibilidad No	Resistente No (%)
S.peumoniae	30 (22.0)	10 (33.3)	Penicilina 10	Penicilina 2 (7.4)
L pneumophila	8 (5.9)			
H. parainfluenza	6 (4.4)	6 (100)	Ampicilina 3	TMS 2
S. aureus	4 (2.9)	4	Oxacilina 4	Penicilina 3 (75)
H. influenzae	4 (2.9)	4	Cefuroxima 1 Ampicilina 2	Amp/Sulbact 1 TMS 1
Virus Inf/parainf	3 (2.2)			
K. peumoniae	2 (1.47)	2	Amp/sulbac 2	Ampicilina 2
E. coli	2 (1.47)	2	Amp/sulbac 1	Ampicilina 1
M. tuberculosis	1 (0.73)	1		
S. viridans	1 (0.73)		Penicilina 1	
M. pneumoniae	1 (0.73)			
Otros	12 (8.8)			
Sin diagnóstico	74 (54.5)			
Total Pacientes	136			

PD046 SPOROTRICOSE PULMONAR

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR[1]; EDUARDO GARCIA[2]; FABIOLA SCHORR[3]; MILENE HOTA[4]; RANGEL OLSEN DE CARVALHO[5]; ANDRE BARRETO DA SILVA[6]; AMANDA BARRETO DA SILVA[7]; LUCIANO MULLER CORREA DA SILVA[8]

1,2,3,4,5,8.COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA - PAVILHAO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE, LAGES, RS, BRASIL; 7.HOSPITAL DE CLINICAS, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MICOSE PULMONAR; SPOROTRICOSE; SPOROTHRIX SCHENCKII

Introdução: é uma micose causada pelo fungo Sporothrix schenckii, que acomete o subcutânea do homem e uma grande variedade de animais. Geralmente é encontrado no solo, crescendo em plantas, cascas de árvores, vegetais e material em decomposição, estando preferencialmente presente em ambientes quentes e florestas úmidas. A distribuição da esporotricose é mundial, ocorrendo principalmente em áreas tropicais e subtropicais, como o nosso país. A esporotricose do gato doméstico apresenta algumas características diferentes daquela observada em outras espécies, a mais importante é a grande quantidade de células fúngicas nas lesões da pele. Essa superpopulação de fungos potencializa a capacidade infectante das lesões, quer ao homem, quer a outros animais. Sporothrix é característico das roseiras, dos arbustos ornamentais, do musgo esfagnáceo e de outros adubos. A esporotricose costuma afetar a pele e os vasos linfáticos próximos. A transmissão da esporotricose felina ao homem ocorre através de mordeduras e arranhaduras de gatos doentes, ou ainda pelo contato da pele ou mucosa com as secreções das lesões. As formas clínicas de esporotricose são: cutânea ou extra-cutânea (pulmonar e disseminada).Não há consenso para o tratamento, principalmente em formas invasivas, como a pulmonar, varias drogas já foram estudadas como iodeto de potássio, cetoconazol, cloroquina mas atualmente é mas aceito o tratamento com itraconazol. **Objetivo:** Relatar um caso de esporotricose pulmonar, doença muito rara, mas presente no nosso meio, que pode ser confundida com outras doenças e causa graves repercussões pulmonares. **Relato de caso:** L.F.S, branca, 77 anos, aposentada, em 2004 veio encaminhada com diagnostico de fibrose pulmonar, por apresentar há 6 meses dispneia progressiva, tosse seca persistente, sem sinais ou historia de infecção bacteriana. No exame físico: emagrecida, dispneia ao repouso, na ausculta pulmonar havia crepitações pulmonares bilaterais e difusas. No radiograma de tórax há infiltrado intersticial grosseiro com predomínio em bases, na tomografia de tórax havia infiltrado intersticial, áreas de vidro fosco e infiltrado intersticial e espessamento perivascular e linfático com predomínio em bases. O diagnóstico foi realizado através de biopsia pulmonar a céu aberto que foi levado a cultura onde foi isolado o fungo Sporothrix schenckii. **Conclusão:** O diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática deve ser alcançado com grande cautela por se tratar de uma doença grave sem tratamento curativo que não seja o transplante de pulmão e o tratamento paliativo é frustrante com resultados discretos e com grande potencial de reações adversas. No caso em questão se o diagnostico de fibrose fosse aceito, medicações como corticóide e imunossupressores teriam sido prescritas e a evolução desfavorável do caso ocorreria podendo interferir no prognóstico da paciente com grande impacto.

PD047 BRONQUIOLITE OBLITERANTE SECUNDÁRIA A INFECÇÃO POR VARICELA-ZOSTER: RELATO DE CASO

LISLIÊ CAPOULADE NOGUEIRA ARRAIS DE SOUZA; CAMILA AMARAL VENUTO; SYLVIA MARIA LEITE FREIRE

HRAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIOLITE OBLITERANTE; CRIANÇA; SIBILÂNCIA

Introdução: A bronquiolite obliterante é definida como lesão inflamatória das pequenas vias aéreas que promove obstrução crônica do fluxo aéreo. Patologia grave,apresenta prevalência cada vez mais elevada na infância. O diagnóstico é definido após exclusão de outras patologias pulmonares crônicas e baseia-se no quadro clínico - evolução arrastada da insuficiência respiratória, sinais

de hipoxemia - e nos achados radiológicos, principalmente tomográficos. A etiologia pós-infecciosa é citada com freqüência na população pediátrica, sendo considerada a principal causa. O seguimento criterioso de pacientes que evoluem com quadros respiratórios atípicos após episódios infecciosos graves é fundamental para definição diagnóstica. **Objetivo:** Descrever o caso de criança que desenvolveu bronquiolite obliterante após quadro de varicela necro-hemorrágica. **Métodos:** revisão de prontuário e pesquisa bibliográfica **Resultados:** Criança de dois anos e oito meses, masculino, internada com quadro de varicela hemorrágica e infecção cutânea secundária, desenvolveu insuficiência respiratória após cerca de três dias do início da doença. Encaminhado à unidade de terapia intensiva, permaneceu internado por 10 dias, período durante o qual apresentou agravamento do quadro respiratório e alterações radiológicas compatíveis com SARA. Foi submetida à ventilação mecânica, necessitando de altos picos de pressão inspiratória positiva e elevada fração de oxigênio inspirado sem resposta clínica favorável ou melhora na gasometria arterial. Permaneceu em ventilação mecânica por 10 dias. Fez uso de ceftriaxona e oxacilina por 21 dias, recebendo alta em boas condições. Após sete dias da alta, criança retornou ao serviço apresentando quadro compatível com pneumonia. Realizada antibioticoterapia e iniciada corticoterapia em decorrência de sibilância associada. Após a alta criança persistiu mantendo quadro respiratório. Laudo de tomografia computadorizada de tórax realizada 44 dias após internação inicial: sinais de doença intersticial difusa, com opacidade em "vidro fosco", espessamento do interstício axial e nódulos acinares centrolobulares em aspecto de "árvore em brotamento" (caracterizando enchimento de pequenas vias aéreas); achados associados a pequenas consolidações esparsas e discreta ectasia isolada de alguns brônquios segmentares. Tais achados, juntamente com quadro clínico descrito, possibilitaram então diagnóstico de bronquiolite obliterante. Atualmente, paciente evolui com melhora do quadro de sibilância persistente, dispnéia e tosse. Segue em uso de corticoterapia sistêmica contínua e broncodilatadores de curta duração nas exacerbações. Recebe suporte nutricional e fisioterápico e mantém calendário vacinal atualizado. **Conclusão:** A bronquiolite obliterante deve ser diagnóstico considerado sempre que quadros respiratórios infecciosos diferem da história natural esperada. Não existem relatos disponíveis acerca do papel do vírus varicela-zoster como agente desencadeante de tal agravo.

PD048 FISIOTERAPIA EM CRIANÇAS RESPIRADORAS ORAIS: ANÁLISE POSTURAL E DA CIRTOMETRIA TORÁCICA

CAMILA ISABEL DA SILVA SANTOS; MILENA ANTONELLI; PATRÍCIA BLAU MARGOSIAN CONTI; ELIZE FUMAGALLI; MARIA ANGELA GONÇALVES DE OLIVEIRA RIBEIRO

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PEDIATRIA; RESPIRADOR ORAL; POSTURA

Introdução: A Síndrome do Respirador Bucal (SRB) é uma condição patológica crônica onde o indivíduo respira predominantemente pela boca. A respiração bucal não se caracteriza como uma doença, podendo ser o reflexo de causas que levam a obstrução nasal, tendo como conseqüência alterações que podem acarretar disfunções morfofuncionais. **Objetivos:** Avaliar o impacto do tratamento fisioterapêutico na postura e na cirtometria torácica de crianças com respiração bucal, atendidas ambulatorialmente. **Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo e longitudinal, em pacientes do ambulatório de RB de um hospital universitário. Foram incluídos no trabalho crianças maiores de cinco anos, com diagnóstico de RB confirmado por exame clínico médico e nasofibroscopia. Pacientes com doença cardíaca grave ou com alteração esquelética foram excluídos. Durante atendimento ambulatorial foi realizado tratamento fisioterapêutico, baseado em alongamentos, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios respiratórios e reeducação diafragmática. Antes e depois de cada sessão foi verificada a cirtometria do perímetro torácico, com a fita métrica posicionada nas regiões axilar, xifóide e abdominal, na inspiração máxima e em seguida a expiração profunda. Após seis meses de tratamento fisioterapêutico foi feita avaliação postural pelo Teste de Nova Iorque (TNI), bem como a verificação do tipo respiratório (apical, abdominal ou misto). Para análise dos dados aplicou-se o teste de Wilcoxon e adotou-se um nível de significância de 0,05. **Resultados:** Participaram 14 pacientes, (seis femininos), com idade de cinco a 14 anos. A TNI identificou 45,5% das crianças com alterações posturais moderadas e graves (44,21+5,49 pontos) no início do tratamento, sendo que 60,5% delas passaram a ser classificadas como normais (60+1,92 pontos) após seis meses de fisioterapia. Houve mudança estatisticamente significativa na cirtometria torácica pré e pós-intervenção, havendo aumento da medida xifóide na inspiração de 70,46+8,04 para 72,46+6,55 (p=0,032), redução dos valores da xifóide na fase expiratória de 68,85+7,59 para 66,92 + 7,65 (p=0,054) e diminuição da cirtometria abdominal expiratória (68+8,53 x 64,54+10,19; p=0,045). Quanto ao tipo de respiração, na primeira avaliação 69,2% das crianças apresentaram respiração torácica, 7,7% respiração abdominal e 23,1% uma respiração mista. Na avaliação final, reduziu para 53,8% dos pacientes com respiração torácica e 46,2% apresentaram respiração mista. **Conclusão:** O acompanhamento fisioterapêutico ambulatorial regular proporciona melhora da postura e do padrão respiratório de crianças com SRB.

PD049 AVALIAÇÃO DA RESISTÊNCIA CENTREAL E PERIFÉRICA, DAS VIAS AÉREAS, EM OBESOS MÓRBIDOS, POR MEIO MDA OSCILOMETRIA DE IMPULSO

CLAUDIO ALBUQUERQUE[1]; FLÁVIO ANDRADE[2]; ROCHA MARCUS[3]; WALDEMAR LADOSKY[4].

1,4.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLINÍNICAS DA UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 3.HOSPITAL DAS CLINICAS, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OBESIDADE MÓRBIDA; RESISTÊNCIA CENTRAL; RESISTÊNCIA PERIFÉRICA

Introdução: Em portadores de obesidade mórbida, os testes de função pulmonar têm consistentemente mostrado redução da Capacidade Residual Funcional (CRF) e do Volume de Reserva Expiratório (VRE) Essas reduções podem contribuir para a alterações na Resistência das vias aéreas (Rva). Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar as resistências central e periférica em portadores de obesidade mórbida. **Métodos:** A Oscilometria de Impulso (OI) permite mensurar Rva independente da da força muscular respiratória de colaboração do paciente. Um grupo de 116 obesos foi dividido em 6 sub-grupos de acôrdo com o Indice de Massa Corporal (IMC): SG1 Normais / Contrôles (n=13) (IMC 18,5 a 24,9); SG2 Sobre Peso (n=19) (IMC 25 a 29,9) ;SG 3 Obesos (n=12) (IMC 30- 39,9) SG 4 Obesos mórbidos I (n=22) (IMC 40 a 49,9) SG 5 Obesidade mórbida II (n= 22) (IMC 50 a 59,9) e SG 6 Super Obesos (n =5) (IMC > 60). Todos tinham Rx normal de tórax e foram submetidos a espirometrai forçada e avaliação da Rva, utilizando um aparelho de OI da Jaegger. **Resultados:** Comparado ao Gr. Controle os pacientes Super Obesos apresentaram uma redução signiificativa da CVF (72,3 +/- 25,3 vs 105 +/- p < 0,05) de do VEF1 (70,18 +/- 26.9 vs. 95, 2 +/- 10,3 p< 0,05). A comparação entre os demais grupos e obesos e o contrôle se manteve significativamente inferior em todos eles (p, <0,05). Não houve variação significativa ,entretanto, entre os grupos na relação VEF1/CVF. A Resistência a 5 Hz foi menor nos contrôles do que nos demais grupos de obesos (p< 0,01); enquanto que a R 20 Hz se destacou dos Contrôles a partir do SG 3 Obesos (p< 0,05). As resistências centrais e periféricas aumentaram de maneira significativa (p < 0,001) de maneira crescente, de grupo a grupo. **Conclusão:** Foi encontrada uma relação inversa coerente entre o IMC e a CVF, VEF1 e a VRE, em obesos. Os valores das resistências das vias aéreas, tanto central quanto periférica estavam aumentados em ralação direta com o incremento do IMC. Este aumento das resistêcias pode ser o substrato funcional para as reduções de volumes encontrados.

PD050 DIAGNÓSTICO TARDIO DE FIBROSE CÍSTICA - RELATO DE CASO

CONCETTA ESPOSITO; FABIO SOUZA

HOSPITAL NEREU RAMOS - SES/SC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; DIAGNÓSTICO TARDIO; BRONQUIECTASIAS

Introdução: Os autores relatam o caso de uma mulher de 37 anos, com manifestações de tosse produtiva e dispnéia sibilante desde a infância. Atualmente a paciente apresenta significativa intolerância aos esforços, encontra-se emagrecida com prova de função pulmonar revelando acentuada obstrução ao fluxo de ar em vias aéreas, não responsiva ao broncodilatador e tomografia computadorizada do tórax com bronquiectasias saculares e císticas difusas, algumas preenchidas com material mucóide. A referida paciente sempre foi tratada como sendo portadora de asma brônquica, mas em consulta em ambulatório especializado em agosto de 2007, frente ao quadro clínico, radiológico e funcional, levantou-se e confirmou-se o diagnóstico de fibrose cística (FC), com a dosagem dos eletrólitos sódio e cloro no suor, respectivamente de 103 // 108 mmol/L e 98 // 107 mmol/L em duas aferições. O estudo genético mostrou ser heterozigota para as mutações R334W//G551D.

A FC é causada por mutação no gene que codifica a proteína reguladora da condução iônica trans-membrana da FC (CFTR), a qual é expressa na membrana apical das células epiteliais exócrinas. O objetivo do relato é apresentar o caso com seus aspectos clínicos e exames de imagem e função pulmonar, tecendo considerações especiais sobre o diagnóstico da FC na vida adulta, destacando a variada e pobre correlação entre genótipo da CFTR e o fenótipo da doença, sobretudo quanto à severidade das manifestações pulmonares.

PD051 CINÉTICA DA REOXIGENAÇÃO MUSCULAR ESQUELÉTICA APÓS EXERCÍCIO DE ALTA INTENSIDADE EM PACIENTES COM MIOPATIA MITOCONDRIAL

DANIELA MANZOLI BRAVO; ANA CRISTINA GIMENES OLIVEIRA; ETHIANE DUARTE DOS SANTOS MEDA; ANA CRISTINA BARROSO SIQUEIRA; GASPAR ROGÉRIO CHIAPPA; DANILO CORTOZI BERTON; JOSE ALBERTO NEDER; LUIZ EDUARDO NERY

SETOR DE FUNÇÃO PULMONAR E FISIOLOGIA CLÍNICA DO EXERCÍCIO-SEFICE, UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CINÉTICA; EXERCÍCIO; MIOPATIA MITOCONDRIAL

Introdução: Pacientes com Miopatia Mitocondrial (MM) apresentam deficiência na utilização de oxigênio durante o exercício, que pode impactar negativamente a reoxigenação muscular durante a recuperação. Portanto, postula-se que estes pacientes apresentem uma resposta hipercinética na oferta de oxigênio para contrabalancear uma extração reduzida. **Objetivos:** Determinar a relação dinâmica entre a oferta e a utilização de oxigênio durante a recuperação de exercício de carga constante em alta intensidade. **Métodos:** Em 8 pacientes com MM e 10 controles de mesma idade, o débito cardíaco (DC) foi determinado pela cardiografia por impedância transtorácica e um índice não invasivo de deoxigenação muscular foi obtido pela técnica de espectroscopia por raios quasi infravermelhos (ΔHHb). A cinética da recuperação do exercício foi analisada por equações de regressão não-linear. **Resultados:** Como esperado, o tempo de tolerância ao exercício foi significativamente reduzido nos pacientes ($p<0.05$). A cinética da ΔHHb e do consumo pulmonar de oxigênio (VO2p) foi significativamente mais lenta em pacientes comparados com controles saudáveis (MRT-HHb= 47.7 ± 18.1 s vs. 33.1 ± 3.4 s e τVO2p na fase II = 35.2 ± 11.5 s vs. 23.5 ± 6.7 s, respectivamente; $p<0.05$). A cinética do DC, entretanto, não diferiu entre os grupos (t 2DC= 50.1 ± 17.4 s vs. 48.9 ± 10.8 s). Similarmente, a razão τVO2 / MRT-HHb – um índice indireto de oferta microvascular de oxigênio – foi equivalente em pacientes e controles (0.9 ± 0.6 s vs. 0.7 ± 0.2 s). **Conclusão:** A reoxigenação muscular esquelética durante a recuperação de exercício em alta intensidade foi significativamente mais lenta em pacientes com MM. Entretanto, não houve evidência de que estes pacientes tenham desenvolvido um aumento compensatório na taxa de oferta convectiva de oxigênio. Apoio: FAPESP, CNPq e CAPES

PD052 HIPERTENSÃO PULMONAR EM PACIENTES COM DOENÇAS DA TIREÓIDE: RELATO DE 6 CASOS

DENISE ROSSATO SILVA[1]; DÉBORA RODRIGUES SIQUEIRA[2]; MARCELO BASSO GAZZANA[3]; ANGELA BEATRIZ JOHN[4]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[5]

1,2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,4,5.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; HIPERTIREOIDISMO; HIPOTIREOIDISMO

Introdução: Estudos recentes têm sugerido uma associação entre hipertensão arterial pulmonar (HAP) e tireoidopatias (hipotireoidismo e hipertireoidismo). O mecanismo exato envolvido na patogênese desta associação não está estabelecido, sendo a influência direta dos hormônios da tireóide e a auto-imunidade consideradas como hipóteses. A HAP geralmente é reversível com o tratamento da tireoidopatia. **Objetivos:** Descrever 6 casos de hipertensão pulmonar em pacientes com tireoidopatia (hipotireoidismo e hipertireoidismo). **Método:** Relato de 6 casos de hipertensão pulmonar em pacientes com doenças da tireóide. Os pacientes foram submetidos a ecocardiograma para medida da pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP), velocidade de regurgitação tricúspide (VRT) e diâmetro do ventrículo direito (VD). **Resultados:** Três pacientes tinham hipertireoidismo (doença de Graves em duas). Os outros três pacientes tinham hipotireoidismo (todos com tireoidite de Hashimoto). Apenas um paciente era do sexo masculino (com Hashimoto). A média de idade dos pacientes foi de 51,5 ± 13,4 anos. Todos os pacientes apresentavam dispnéia (classe I em 2 pacientes e classe II nos demais). A média do diâmetro do VD foi de 2,12 ± 0,46 cm. A VRT e a PSAP médios foram 2,7 ± 0,13 m/s e 37 ± 7,2 mmHg, respectivamente. Os pacientes irão repetir o ecocardiograma após três meses de tratamento da patologia tireoidiana para avaliar uma possível redução nos valores da PSAP. **Conclusões:** Os dados disponíveis na literatura médica até o momento indicam a presença de uma associação freqüente entre HAP e doenças da tireóide. O mecanismo exato envolvido na patogênese desta associação não está estabelecido, sendo necessários estudos adicionais. A avaliação da função da tireóide deve ser considerada na investigação de todo paciente com HAP.

PD053 ÍNDICE DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS ABDOMINAIS ALTAS

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE; ELAINE CRITINA MARINHO; DIEGO CARVALHO; CRISTIANE VIEIRA

UEA, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: COMPLICAÇÕES PULMONARES PÓS-OPERATÓRIAS; AVALIAÇÃO FUNCIONAL; RISCO CIRÚRGIC

Introdução: A incidência de complicações pulmonares no pós-operatório diverge muito na literatura em devido à falta de uma definição precisa, no entanto, deve-se considerar que as complicações pós-operatórias pulmonares (CPP) constituem-se em uma doença inesperada que trazem repercussão clínica para o paciente e prolonga, principalmente, o tempo de permanência no pós-operatório. **Metodologia:** Foi delineado um estudo de estudo de coorte prospectivo que investigou as complicações pulmonares ocorridas no pós-operatório de cirurgias abdominais altas na Fundação Hospital Adriano Jorge-UEA, na cidade de Manaus, tendo como objetos de estudo pacientes de ambos os sexos, sem alterações neuromusculares e ortopédicas conhecidas, com idade entre 20 a 80 anos, internados para realização de cirurgia abdominal alta eletiva, em um intervalo de seis meses. Foi aplicado questionário padrão e realizada a medida de VEF1, VEF6 e VEF1/VEF6. **Resultados e Conclusões:** Foram avaliados 54 pacientes de ambos os sexos, sendo 32 (59%) do sexo feminino e 22 (41%) masculino, cuja idade variou entre 20 a 80 anos, com média de 42 anos.O risco de complicações foi quantificado pela escala de Torrington e Henderson, sendo que os 54 pacientes foram classificados como baixo risco. Dos pacientes pesquisados, apenas 1 (2%) evoluiu com complicações pulmonares (Gráf. 2), sendo a atelectasia sintomática, única afecção pulmonar registrada.

PD054 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS PACIENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM HIPERTENSÃO PULMONAR NO ESTADO DO CEARÁ

FABRÍCIO ANDRÉ MARTINS DA COSTA; FLAVIANA XAVIER PORTELA; JOSÉ ENÉAS FILGUEIRA NETO

HOSPITAL DE MESSEJANA/CARLOS ALBERTO STUDART, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR; PARÂMETROS CLÍNICOS; HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR IDIOPÀTICA

Introdução: A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é condição clínica associada a elevada morbi-mortalidade e tratamento de alto custo, o que justifica a necessidade de detecção precoce, investigação etiológica orientada por protocolos validados e introdução de tratamento adequado. A necessidade de estabelecer estratégias para atingir esses objetivos fomentou a criação de um ambulatório especializado para a condução de pacientes com hipertensão pulmonar em um hospital de referência em Pneumologia e Cardiologia no estado do Ceará. **Objetivos:** Descrever as características clínicas dos pacientes acompanhados no Ambulatório de Hipertensão Pulmonar em um centro de referência cardio-pneumológica em Fortaleza - CE. **Métodos:** Análise de prontuários e fichas de acompanhamento ambulatorial. **Resultados:** Foram analisados dados de 31 pacientes acompanhados em nosso serviço de abril/2006 até julho/2008. A média de idade encontrada foi de 39,6 anos, e a maioria dos pacientes era do sexo feminino (61%). A classe funcional de 77% dos pacientes era III/IV (NYHA/OMS). A análise da pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP) obtida por ecocardiograma resultou em uma média de 95 mmHg. Cerca de 32% dos pacientes tinham HAP secundária a cardiopatias congênitas inoperáveis, enquanto 29% tinham hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPI), e 16% tinham HAP secundária a doença tromboembólica crônica. A avaliação da pressão média de artéria pulmonar por cateterização demonstrou valor médio de 68,58 mmHg (n=18 pacientes). Dos 31 pacientes, 27 realizaram

teste de caminhada antes do início de terapia específica (sildenafil); destes,19 finalizaram o teste, com média de 339 metros de distância percorrida.O tempo médio decorrido entre o início dos sintomas (dispnéia,dor torácica ou síncope) e o primeiro atendimento foi de 24 meses. Todos os pacientes que estavam em classe funcional III/IV receberam tratamento com sildenafil e são acompanhados com teste de caminhada e avaliação de classe funcional periodicamente. **Discussão:** Observamos que a maioria dos pacientes chegou ao serviço especializado após vários meses de sintomas e em classe funcional III/IV, fatores que têm sido associados a pior prognóstico. Ressaltamos a necessidade de um maior esclarecimento da comunidade médica em relação à HAP, para um diagnóstico e tratamento mais precoces. O número significativo de pacientes com HAP secundária a cardiopatias congênitas deve-se provavelmente ao perfil de atendimento da instituição. Além disso, entre os 9 pacientes com HAPI (29% do total), é provável que uma parcela tenha como causa primária da HAP doença tromboembólica crônica, não diagnosticada devido à limitação de recursos tais como angiotomografia e tomografia com multidetector no serviço.

PD055 COMPLACÊNCIA DO SISTÊMA RESPIRATÓRIO EM OBESOS MÓRBIDOS MEDIDA PELA OSCILOMETRIA DE IMPULSO

FLÁVIO ANDRADE[1]; MARCUS ROCHA[2]; CLAUDIO ALBUQUERQUE[3]; WALDEMAR LADOSKY[4]

1,4.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLINÍNICAS DA UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 3.HOSPITAL DAS CLINICAS, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OBESIDADE MÓRBIDA; COMPLACÊNCIA; OSCILOMETRIA DE IMPULSO

Objetivo: Devido à sobrecarga adiposa sobre o gradil costal e ao acúmulo de gordura no abdomen, reduzindo a incursão do diafrágma, os obesos mórbidos podem apresentar redução da complacência pulmonar e diminuição dos volumes pulmonares. Este trabalho objetiva analizar a complacência da árvore brônquica e comparar com as variáveis espirométricas em obesos mórbidos, com diferentes níveis de Indice de Massa Corporal (IMC) por meio da Oscilometria de Impulso (OI). **Material e Métodos:** - Foi realizada espirometria forçada e OI em 106 obesos mórbidos , divididos conforme o IMC em seis grupos: Gr. Contrôle IMC 18,5 a 24,9); Gr. Sobrepeso (IMC 25 a 29,9), Gr. Obeso (MC 30 a 39,9) Gr. Obeso mórbido I (IMC 40 a 49,9); Gr. Obeso mórbido II (IMC 50 a 59,9); Gr. Super obeso (IMC > 60).A suposição de normalidade dos dados foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov; para análise intergrupos das variáveis os testes ANOVA, Tuckey e Dunn\'s. As correlações entre IMC e os padrões fisiológicos respiratórios foram analisads pela regressão linear. A significância estatística foi considerada para um valor de p<0,05. **Resultados:** Ao aumento do IMC associam-se a redução do volume corrente (VC), do volume de reserva inspiratório (VRE), capacidade vital forçada (CVF), o aumento da reatância a 5HX e da frequência de ressonância. Os valores de VC, CVF e VRE estavam constantemente reduzidos nos obesos mórbidos e seu decremento guardou sempre relação inversa com o aumento do IMC. A impedância (X 5Hz) foi significativamente maior e diretamente relacionada ao IMC, o que significa uma redução da complacência. **Conclusão:** A complacência do sistema respiratório, medida pela oscilometria de impulso, reduz-se progressiva e proporcionalmente ao IMC. Essa redução está associada à diminuição dos volumes pulmonares e do volume de reserva expiratória e ao aumento da resistência na árvore brônquica.

PD056 EFEITOS DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA SOBRE O FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL E FUNÇÃO COGNITIVA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA GRAVE: RESULTADOS PRELIMINARES

MIRIZANA ALVES ALMEIDA; FRANCISCO DE ASSIS AQUINO GONDIM; CARLOS MAURÍCIO DE CASTRO COSTA; CRISTIANE MARIA CAVALCANTE SILVEIRA; RENESA PASCOAL R. CAVALCANTI; SORAIA MARIA DO NASCIMENTO REBOUÇAS VIANA; LUCAS GOMES PINHO; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; VNI; FLUXO SANGUINEO CEREBRAL

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é um importante problema de saúde pública no mundo e no Brasil, sendo a quarta causa de morbimortalidade crônica. A DPOC é uma doença que promove diversas alterações pulmonares e sistêmicas, sobretudo nos sistemas cardiovascular e neurológico, associada a comprometimento da função cognitiva, em especial da memória verbal e da atenção. A ventilação não invasiva (VNI) é uma das principais estratégias no tratamento de portadores de DPOC, sendo o de primeira escolha na sua exacerbação. O uso de forma crônica em pacientes estáveis apresenta resultados controversos. É possível que a VNI (BiPAP) cause repercussões agudas sobre o fluxo sanguíneo cerebral e as funções cognitivas correlacionadas as repercussões cardiorrespiratórias, não havendo estudos a respeito desta questão. **Objetivos:** Apresentar os resultados preliminares das repercussões agudas da administração da VNI (BiPAP) sobre as funções neurocognitivas e fluxo sanguíneo cerebral em portadores de DPOC grave. **Métodos:** Estudo aplicado, experimental, quantitativo e transversal em pacientes, randomicamente estratificados, de ambos os sexos, ex-fumantes na faixa etária de 40 a 75 anos, com diagnóstico de DPOC grave e estável, segundo os critérios do GOLD (2006). A pesquisa está sendo desenvolvida no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. O protocolo experimental consiste na coleta de medidas relacionadas ao fluxo sanguíneo cerebral através do Doppler transcraniano (índice de pulsatilidade-IP, Índice de resistência-IR e velocidade média- VM) e funções cognitivas através de testes neurocognitivos (Códigos, Trail A e B). É administrada a VNI ao paciente por uma hora e os dados são coletados antes (pré-VNI), durante e 30 minutos depois (pós-VNI). **Resultados:** Os resultados de dois pacientes que foram estudados se encontram na tabela abaixo: Quanto à avaliação neurocognitiva os aspectos investigados foram atenção e funções executivas que apresentaram déficit de ambos pacientes na fase pré-VNI e tendência de acentuação desses comprometimentos na fase pós-VNI. **Conclusão:** Embora de forma muito preliminar os resultados parecem apontar correlação entre o efeito da VNI sobre a ventilação alveolar e as alterações na hemodinâmica cerebral e função neurocognitiva. É necessário o aumento do número de sujeitos da pesquisa para que tratamento estatístico possa ser administrado e considerações mais seguras e objetivas possam ser feitas.

Paciente 01	Pré-VNI	Durante-VNI	Pós-VNI
IP	1,44	1,37	1,63
IR	0,68	0,72	0,86
VM (cm/s)	50,00	40,99	34,27
PaCO2 (mmHg)	45,60	42,60	32,20
Paciente 02	Pré-VNI	Durante-VNI	Pós-VNI
IP	0,85	0,86	0,93
IR	0,54	0,52	0,57
VM (cm/s)	47,33	40,63	38,39
PaCO2 (mmHg)	33,30	35,50	31,8

PD057 O SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA – MG

IRACEMA BATISTA[1]; GLAUCIMEIRE RODRIGUES ANDRADE[2]; SAMUEL LIMA[3]

1.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, UBERLANDIA, MG, BRASIL; 2,3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA, UBERLANDIA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA; DOENÇA PULMONAR AVANÇADA

Introdução: O Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar (OTD), contempla pacientes portadores de várias patologias e etiologias que culminam com insuficiência respiratória crônica, levando à necessidade de suplementação de oxigênio . O recurso utilizado para tal é, o empréstimo de concentradores de oxigênio. O Programa de Assistência Domiciliar (PAD) criado em 1996 no Hospital de Clínicas da UFU com os objetivos de; favorecer a desospitalização reduzindo os gastos do SUS, promover o conceito de saúde, orientar e favorecer a interação paciente e família cuidadora, é composto por equipe de trabalho multiprofissional. Em março de 2000, cria-se a parceria de do OTD e o PAD com o objetivo de otimizar o empréstimo do concentrador ao paciente no momento da alta, sem que houvesse necessidade de novo processo após alta hospitalar e acompanhamento multiprofissional especializado efetivo em domicílio. **Objetivo:** Levantar os indicadores do OTD/PAD considerando gênero, patologia, faixa etária e tempo de espera para receber o concentrador de oxigênio. **Métodos:** Os dados foram obtidos a partir de um estudo retrospectivo dos últimos 04 anos levantando aos dados da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Uberlândia. Tendo sido enquadrados apenas os pacientes ativos no serviço. **Resultados:** A maioria dos pacientes (96%) são portadores de Doença Pulmonar Avançada, 92% possuem idade superior a 50 anos; 66% são do sexo feminino, 91% dos pacientes receberam o concentrador no prazo máximo de 6 meses, sendo que, 20% receberam em menos de 15 dias. Não

havia até o término do estudo nenhum paciente em fila de espera aguardando o recurso. **Conclusão:** O OTD/PAD tem crescido nestes últimos quatro anos e o atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia no que tange ao Programa de Oxigenioterapia tem se mostrado mais efetivo quanto a utilização dos recursos, quanto a satisfação do usuário em seu atendimento.

PD058 HUMANIZAÇÃO, CIDADANIA, INCLUSÃO E RESPONSABILIDADE SOCIAL : O PACIENTE PORTADOR DE CUIDADOS ESPECIAIS

IRACEMA BATISTA; GLAUCIMEIRE RODRIGUES ANDRADE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA, UBERLANDIA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: INCLUSÃO SOCIAL; HUMANIZAÇÃO; PACIENTES PORTADORES DE CUIDADOS ESPECIAIS

Introdução: O Serviço Social tem se tornado essencial como membro participante no contexto do serviços de saúde. Sendo assim, desenvolveu um projeto visando mostrar a responsabilidade das instituições públicas, privadas e do terceiro setor na humanização, inclusão e a possibilidade da sua participação efetiva em atividades lúdico recreativas envolvendo cidadãos portadores de cuidados especiais. O Programa de Assistência Domiciliar PAD/UFU conta hoje com 257 pacientes. Tendo sido observado que, 93% não apresentam vida social inclusiva, os mesmos têm perda de autonomia funcional, sendo a maioria restrita ao leito ou em uso de oxigenoterapia. O Serviço Social em parceria com os demais profissionais da saúde, utilizando como foco datas comemorativas de domínio nacional (festa junina e natal), com a pespectiva de inclusão social e humanização dos serviços hospitalares, buscou apoio das instituições, bem como de voluntários e dos familiares/cuidadores dos pacientes. **Objetivos:** Promover a humanização dos serviços de saúde e garantir cidadania e inclusão social dos pacientes mostrando que, saúde, além do bem-estar físico e mental, é também bem-estar social, desta forma, envolvendo toda a sociedade local. **Método:** Foram realizadas 2 eventos com a participação da equipe multiprofissional do PAD, Instituições Públicas(Corpo de Bombeiros, Exercito e PM-MG), Privadas e do terceiro Setor. Todo o custo foi provido a partir de doações, captadas pelas profissionais envolvidos. E após a realização dos eventos, foi aplicado um questionário de avaliação e termo de consentimento para a divulgação dos resultados dos eventos. **Resultados:** Foi possível mostrar: ao paciente, que é possível exercer sua cidadania, abrindo as portas para que eles tenham uma participação de fato e de direito; ao cuidador, a importância dessa inclusão; as entidades, que é possível e viável esse tipo de evento. A recuperação da auto-estima dos pacientes foi alcançada, com perspectivas de melhoria do seu tratamento. A avaliação dos pacientes, familiares e demais participantes foi 100% positiva. **Conclusão:** No contexto geral fica a certeza de que o paciente ao sair do domicilio participa de fato e de direito da sociedade. A participação e parceria da comunidade (instituições, voluntários, família e equipe) foi essencial para o acontecimento do evento. Foi uma experiência bem sucedida que pode ser modelo em qualquer serviço de saúde.

PD059 ANTIBIOTICOTERAPIA INTRAVENOSA E FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA: EFEITOS EM PARÂMETROS CLÍNICOS E NA FUNÇÃO PULMONAR DE PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA INFECTADOS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

CAMILA ISABEL DA SILVA SANTOS; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO; ANDRÉ MORCILLO MORENO; MARIA ANGELA GONÇALVES DE OLIVEIRA RIBEIRO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; ANTIBIOTICOTERAPIA; EXACERBAÇÃO PULMONAR

Introdução: O efeito da antibioticoterapia intravenosa (AI) em pacientes com fibrose cística com infecção crônica em exacerbação pulmonar aguda por Pseudomonas aeruginosa (ICEPA) está bem estabelecido na literatura. No entanto, a repercussão de sua associação com técnicas de fisioterapia respiratória intensivas (TFR) nessa condição ainda exige investigação. **Objetivo:** avaliar o efeito da AI e de TFR em parâmetros da função pulmonar, aspectos nutricionais e escores clínicos de pacientes com fibrose cística com ICEPA, antes e após a desinfecção. **Método:** Estudo clínico prospectivo, de corte transversal, realizado no ambulatório de Fibrose Cística de um centro de referência. Todos os pacientes foram submetidos à avaliação clínica (SpO2, FC e FR) nutricional, espirometria, Escore de Shwachman (ES), Cystic Fibrosis Clinical Score (CFCS) e pontuação da Cystic Fibrosis Foundation (CFF), antes e após internação hospitalar por 14 dias. Todos receberam AI com ceftazidime + amicacina. Oxacilina era acrescentada quando havia associação com Staphilococus aureus. A aplicação de TFR foi realizada diariamente segundo o Clinical Guidelines for the Physiotherapy Management of Cystic Fibrosis (2002). Para análise dos dados, aplicou-se o teste de Wilcoxon e adotou-se um nível de significância de 0,05. **Resultados:** Participaram 18 pacientes (10 femininos) entre 7-28 anos (16,1+6,3); 14 com gravidade média ou moderada pelo ES. Na internação, o CFCS e o CFFS foram 32,4+7,2 e 6,4+1,7, respectivamente, e reduziram significativamente na alta, para 18,9+3,3 e 0,3+0,5($p<0,001$). Com AI+TFR, observou-se redução nas médias de FC ($p=0,055$), FR ($p=0,003$), aumento da SpO2 ($p=0,006$), do volume expiratório forçado no primeiro segundo ($p=0,021$), do peso e do índice de massa corporal ($p=0,002$). **Conclusão:** A AI+TFR contribuiu para melhora da clínica e da condição pulmonar de pacientes fibrocísticos em ICEPA.

PD060 DESEMPENHO DA VENTILAÇÃO PAV-PLUS EM DIFERENTES NÍVEIS DE ESFORÇOS RESPIRATÓRIOS NUM MODELO PULMONAR MECÂNICO

LARA POLETTO COUTO; ANDRE HOVNAVIAN; ROGERIO NADIM; PEDRO CARUSO; MARCELO AMATO; CARLOS CARVALHO; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS
HOSPITAL DAS CLINICAS HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PAV-PLUS; PRESSÃO SUPORTE; VENTILAÇÃO MECÂNICA

Introdução: PAV-PLUS é um novo modo ventilatório que assiste os pacientes de acordo com seus esforços e mecânicas respiratórias. No entanto, seu desempenho em diferentes níveis de esforços respiratórios ainda se encontra como objeto de diferentes estudos. **Objetivos do Estudo:** avaliar o desempenho da ventilação com PAV- PLUS num modelo pulmonar mecânico em quarto diferentes níveis de esforços inspiratórios e com diferentes níveis de assistência do PAV-PLUS comparando com a ventilação com pressão de suporte. **Métodos:** Avaliamos o modo ventilatório PAV-PLUS num modelo pulmonary mecânico no Laboratório de Ventilação mecânica experimental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Testamos o PAV-PLUS utilizando uma resistência respiratória (R) de 5 cmH20/L/seg, complacência (C) de 100 mL/cmH2O em quatro diferentes esforços inspiratórios (E) -2, -5, -8 e -15 cmH2O com um nível de assistência do PAV-PLUS de 95%, 85%, 75%, 65%, 55%, 45%, 35%, 25%, 15% e 5%. Medimos o volume corrente (VC-mL) a cada nível de assistência do PAV-PLUS e o nível necessário de pressão de suporte (PSV-cmH20)para manutenção do mesmo volume corrente. **Resultados:** C=100 R= 5 VC/ PSV E=-2 VC/ PSV E=-5 VC /PSV E=-8 VC/ PSV E=-15 PAV-PLUS 95% 740/ 40 820/ 47 994/ 53 1368/ 68 PAV-PLUS 85% 560/ 25 670/ 35 940/ 50 1289/ 63 PAV-PLUS 75% 420/ 15 511/ 23 717/ 33 1169/ 55 PAV-PLUS 65% 315/ 9 382/ 16 545/ 23 1010/ 44 PAV-PLUS 55% 270/ 6 316/ 11 435/ 15 761/ 26 PAV-PLUS 45% 235/ 4 275/ 8 363/ 9 643/ 16 PAV-PLUS 35% 210/ 2 242/ 5 325/ 7 555/ 9 PAV-PLUS 25% 194/ 1 220/ 4 278/ 3 490/ 5 PAV-PLUS 15% 187/ 0 208/ 2 253/ 1 442/ 0 PAV-PLUS 05% 189/ 0 208/ 2 249/0 430/ 0 **Conclusão:** A assistência do PAV-PLUS equivalente a níveis de PSV de 5 a 25 cmH20 foi de 50 % a 85% no esforço respiratório de -2 cmH20 e 25% a 55% no esforço respiratório de -15 cmH20.

PD061 EFICÁCIA DA VENTILAÇÃO PAV-PLUS EM DIFERENTES NÍVEIS DE COMPLACÊNCIA NUM MODELO PULMONAR MECÂNICO

LARA POLETTO COUTO; ANDRE HOVNAVIAN; ROGERIO NADIM; PEDRO CARUSO; MARCELO AMATO; CARLOS CARVALHO; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS
HOSPITAL DAS CLINICAS HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PAV-PLUS; PRESSÃO SUPORTE; VENTILAÇÃO MECÂNICA

Introdução: O novo modo ventilatório PAV-PLUS assiste os pacientes de acordo com seus esforços respiratórios e a mecânica respiratória. Entretanto, sua eficácia em diferentes situações de complacência do sistema respiratório ainda não são totalmente conhecidas. **Objectivo do Estudo:** avaliar a eficácia da ventilação PAV-PLUS num modelo pulmonar mecânico em diferentes complacências do sistema respiratório em diferentes níveis de assistência do PAV-PLUS e comparar com a ventilação de pressão de suporte. **Métodos:** Avaliamos a ventilação PAV-PLUS num modelo pulmonar mecânico no Laboratório Experimental de Ventilação Mecânica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Uma resistência inspiratória de 5 cmH20/L/seg em tres diferentes complacências pulmonares de 50 ml/cmH20, 100 ml/cmH20 e 150 ml/ cmH20 com um esforço inspiratório de 5 cmH20 e com uma

assistência do PAV-PLUS de 95%, 85%, 75%, 65%, 55%, 45%, 35%, 25%, 15% e 5%. Avaliamos o volume corrente a cada nível de assistência do PAV-PLUS e comparamos com os níveis de pressão suporte (PSV-cmH20) necessários para atingir um volume corrente (VC-mL) equivalente. **Resultados:** R= 5 cmH20/L/s E= -5 cmH20 VC C=50 PSV VC C=100 PSV VC C=150 PSV PAV-PLUS 95% 900 55 820 47 844 42 PAV-PLUS 85% 685 37 670 35 678 30 PAV-PLUS 75% 510 24 511 23 530 21 PAV-PLUS 65% 383 15 382 16 428 14 PAV-PLUS 55% 318 11 316 11 350 12 PAV-PLUS 45% 270 8 275 8 299 9 PAV-PLUS 35% 236 6 2 2 5 265 7 PAV-PLUS 25% 212 4 220 4 243 5 PAV-PLUS 15% 199 3 208 2 219 3 PAV-PLUS 05% 197 3 208 2 217 3 **Conclusão:** A assistência do PAV-PLUS equivalente a níveis de pressão de suporte de 5 a 25 cmH20 com um esforço inspiratório de -5 cmH20 foi de 30% a 75% para a complacência de 50 mL/cmH20 e de 25% a 70% para complacência de 150mL/cmH20 sempre com a resistência de 5 cmH20/L/seg.

PD062 OSCE COMO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DO RODÍZIO DE PNEUMOLOGIA DA DISCIPLINA CLÍNICA MÉDICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

LUIZA ALVARENGA LIMA; CAROLINA PARREIRA RIBEIRO CAMÊLO; EDNA REGINA SILVA PEREIRA; KARINE BORGES DE MEDEIROS; LUDMILA BRITO PORTO; MARCELO FOUAD RABAHI; MAYARA COUTO SARDINHA; WATTUSY ESTEFANE CUNHA DE ARAÚJO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OSCE; ENSINO; PNEUMOLOGIA

Introdução: Segundo Paulo Freire, no processo ensino-aprendizagem, o aluno deve aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e aprender a ser. As competências são um conjunto de habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas relevantes para um determinado fim, passível de ser ensinado, aprendido e avaliado. As avaliações são destinadas a medir os conhecimentos, aptidões e julgamentos necessários a um domínio. Nesse sentido, o acadêmico de Medicina deve adquirir condições de adaptar-se às necessidades dos pacientes visando alcançar a formação ética e humanística. A OSCE (Objective Structured Clinical Examination), introduzida na década de 70, é um método eficaz na avaliação das habilidades clínicas que preenche requisitos de validade e fidedignidade, sendo cada vez mais utilizado. **Objetivos:** Comparar o desempenho dos acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás no rodízio de Pneumologia da disciplina Clínica Médica na avaliação tradicional com o da OSCE. Averiguar a percepção dos alunos em relação à OSCE. **Métodos:** Os 111 alunos que estavam cursando o rodízio nos anos de 2007 e 2008 foram submetidos à avaliação teórica (discursiva e objetiva) ao término do mesmo. Também foram consideradas a assiduidade, a pontualidade e a participação referentes às atividades em enfermaria e ambulatório. Ao final da disciplina, foi realizada a OSCE referente a todos os rodízios. A prova constituiu-se em seis estações, com duração de 10 minutos cada, nas quais os alunos foram observados por um avaliador que aferia o desempenho destes na tarefa requerida, através de um check-list contendo os comportamentos esperados do aluno. A estação de Pneumologia objetivou avaliar raciocínio clínico, interpretação de exames complementares, relação médico-paciente, orientação sobre cessação de tabagismo e abordagem da DPOC. Através do método t de student foram comparadas as médias dos alunos das provas teórica e da OSCE. Após a OSCE os alunos preencheram questionário com avaliação da mesma. **Resultados:** Na avaliação tradicional a média das notas foi 7,61±0,97 e na OSCE, foi 7,34±0,5, sem diferença estatisticamente significativa (p=0,40). Cento e dez alunos responderam ao questionário. Destes, 78 (70,9%) afirmaram terem sido claros os objetivos da Estação de Pneumologia. Para 94 (85,5%) alunos houve correlação entre o assunto requerido na Estação e o conteúdo aprendido na disciplina. O tempo para realização das atividades na Estação foi suficiente segundo 63 (57,3%) alunos. O nível de exigência foi grande para 48 (43,6%) alunos e médio para 55 (50%). Além disso, 50 (45,5%) afirmaram ter obtido bom desempenho na Estação, enquanto que 41 (37,3%), desempenho regular. **Conclusão:** Os resultados comprovaram a concordância entre o conteúdo adquirido em Pneumologia na teoria e sua aplicação prática, o que é satisfatório para o processo de ensino-aprendizagem. Houve aprovação da OSCE pelos alunos como método eficaz de avaliação.

PD063 TEST DE CONTROL DE ASMA EN PEDIATRIA

BREA ROBALLO SYLVIA; MUIÑO GARCIA ADRIANA; MARQUEZ PIRIZ MARIA; TORELLO MELOÑO PATRICIA

CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL, MONTEVIDEO, URUGUAI

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ESPIROMETRIA; CONTROL

Introduccion: El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, con una prevalencia en nuestro medio, del 17% según International Study of Asthma and Alergies in Childhood (ISAAC). En la actualidad existen una gran variedad de guías de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del asma. La Iniciativa Global del Asma (GINA) ha servido desde hace varios años como referencia mundial, cuyo objetivo es lograr y mantener el control clínico del asma teniendo en cuenta la seguridad del tratamiento, los potenciales efectos adversos, y el costo del mismo. (GINA, 2007). El Test de Control Asma Infantil (ACT) se desarrolló para evaluar el control en niños de 4-11 años de edad, para su uso en la clínica y en domicilio. Es una prueba validada, sencilla que consta de siete preguntas, confiable y precisa, con la participación de los niños y los padres o cuidadores. **Objetivos:** 1. Evaluar la enfermedad asmática en términos de control de la misma, a través de un cuestionario estandarizado y validado:ACT, y datos clínicos según los niveles de control señalados en GINA. 2. Comparar los resultados de ACT y niveles de control clínico con los datos de la función pulmonar. **Metodologia:** Se realizó un estudio transversal, niños de 4 a 11 años que concurrieron al control clínico y espirométrico. Se utilizaron los siguientes instrumentos: 1.ACT análogo visual para niños de 4 a 11 años y sus padres, con un puntaje máximo total de 27, y seleccionando como punto de corte de posible control de la enfermedad 20 puntos o mas.2.Historia Clínica - Hoja de Evolución (síntomas diurnos, nocturnos, necesidad de medicación de rescate) que clasificó al grupo estudiado en controlado, parcialmente controlado y no controlado. 3. Espirometría estandarizada, con espirómetro ultrasónico (Easy – One®), considerando limitación al flujo aéreo VEF1/CVF ≤ 0.75. **Resultados:** Se estudiaron 121 niños, 63 varones (52,1%), edad media 8,95 ± 2,15 años; el 50% de los niños inició la enfermedad asmática antes del primer año de vida. El puntaje total del ACT fue en media de 21,43 ± 4,23 (mínimo 9 y máximo 27); 28,1% de los niños presentó cifras ≤ a 19 puntos. Los niveles GINA mostraron 74 niños (63,8%) controlados, 37 (31,9 %) parcialmente controlados, y 5 (4,3%) no alcanzaron el control de la enfermedad. Presentaron obstrucción bronquial el 19% de los niños estudiados. Los datos de obstrucción aportados por la espirometría presentaron una asociación estadísticamente significativa con los datos de ACT ≤ 19 (p= 0,019), sin embargo esta asociación no fue significativa con los niveles de control clínico de asma (p=0.779). **Conclusiones:** El ACT es una herramienta útil, de fácil aplicación en la práctica clínica, que permite diferenciar los niños que no alcanzan un control de la enfermedad, y en los que existe una mayor probabilidad de presentar alteraciones de su función pulmonar. Es en ellos que se deberá ajustar la terapéutica en forma adecuada.

PD064 REPRODUTIBILIDADE DO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS EM ADOLESCENTES E ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA

PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[1]; BRUNA ZIEGLER[2]; PAULA MARIA EIDT ROVEDDER[3]; CLAUDINE LACERDA DE OLIVEIRA[4]; FERNANDO ANTÔNIO DE ABREU E SILVA[5]

1,2,3,5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; CAPACIDADE DE EXERCÍCIO; TESTE DE CAMINHADA

Objetivos: Avaliar a reprodutibilidade do teste de caminhada de seis minutos (TC6) em pacientes atendidos em um programa de adultos para FC. Métodos: Estudo transversal e prospectivo em pacientes com FC (15 anos ou mais) com estabilidade clínica da doença, atendidos em um Programa para Adultos com FC. Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, aos testes de função pulmonar e a dois TC6 com intervalo de 1 hora. **Resultados:** O estudo incluiu 31 pacientes (19 femininos e 12 masculinos) com média de idade de 23,5 ± 6,7 anos e média de índice de massa corporal de 20,8 ± 2,2 Kg/m². A média do escore clínico de Shwachman-Kulczycki foi de 77,9 ± 13,6 pontos. A média de VEF1 % previsto, CVF % previsto e VEF1/CVF % previsto foi 60,8 ± 27,5%, 71,4 ± 22,9% e 80,6 ± 18,4%, respectivamente. A correlação entre os dois TC6 foi de r = 0,88 (p < 0,001) para a distância percorrida e r = 0,86 (p < 0,001) para a dessaturação. A distância percorrida no primeiro TC6 foi 583,5 ± 68,6 m e no segundo TC6 foi 590,0 ± 72,2 m. A média das diferenças entre o

primeiro e o segundo TC6 foi -6,5 m, o desvio padrão das diferenças (DPdiff) foi 34,9 m e o DPdiff/média foi 5,9%. Não foi observado efeito de treinamento no segundo TC6. No segundo teste, 1 (3,2%) dos pacientes aumentou a distância percorrida mais de 54 m (diferença clínica significativa) e 3 (9,7%) dos pacientes diminuíram mais do que isso. Em contraste, a dessaturação de oxigênio foi menos reprodutível. A dessaturação de oxigênio no primeiro TC6 foi 2,5 ± 4,5% e no segundo TC6 foi 1,8 ± 4,0%. A média das diferenças entre o primeiro e o segundo teste foi 0,6%, o DPdiff foi 2,3% e o DPdiff/média foi 107%. Na avaliação pelo método de Bland-Altman a média das diferenças entre a distância percorrida entre os dois TC6 foi -6,5 m e o intervalo de confiança de 95% para a concordância entre os dois testes ficou entre – 74,9 e 61,9 m. A média das diferenças para a dessaturação durante o TC6 foi 0,6% e o limite de concordância de 95% ficou entre – 3,9 e 5,2%. A avaliação da dispnéia por escore de Borg também foi reprodutível no segundo teste com um coeficiente de concordância (Kappa ponderado - Kw) de 0,79 ao início do teste e 0,71 no final do teste. Já a fadiga de membros inferiores avaliada pelo Borg foi menos reprodutível com um Kw de 0,34 no início do teste e 0,52 no final do teste. **Conclusão:** A distância caminhada durante o TC6 é reprodutível em pacientes com FC com 15 anos ou mais com mínimo efeito de treinamento. Em contraste, a dessaturação de oxigênio no TC6 foi associada com uma ampla variabilidade entre os testes. Este dado indica que, na avaliação de rotina dos pacientes com FC, a distância percorrida no TC6 é um instrumento confiável para avaliar a tolerância ao exercício.

PD065 INTOLERÂNCIA À GLICOSE EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA: ESTADO CLINICO, FUNÇÃO PULMONAR E CAPACIDADE DE EXERCÍCIO

PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[1]; BRUNA ZIEGLER[2]; PAULA MARIA EIDT ROVEDDER[3]; CLAUDINE LACERDA DE OLIVEIRA[4]; FERNANDO ANTÔNIO DE ABREU E SILVA[5]

1,2,3,5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; CAPACIDADE DE EXERCÍCIO; INTOLERÂNCIA Á GLICOSE

Objetivos: Determinar a relação entre nível glicêmico e estado clínico (escore de Shwachman-Kulczycki), testes de função pulmonar e teste de caminhada de seis minutos (TC6) em pacientes com fibrose cística (FC). **Métodos:** Estudo transversal e prospectivo em pacientes com FC (10 anos ou mais) com estabilidade clínica da doença, atendidos em Programa Pediátrico e em Programa para Adultos com FC. Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, à avaliação nutricional, a teste oral de tolerância à glicose (TOTG), a testes de função pulmonar e a TC6. Os pacientes foram classificados como tendo tolerância normal à glicose (TNG), intolerância à glicose (IG) ou diabete melito relacionado à FC (DMRFC). **Resultados:** O estudo incluiu 82 pacientes (41 femininos e 41 masculinos) com média de idade de 19,9 ± 7,3 anos. Foram identificados 57 pacientes com TGN, 13 com IG e 12 com DMRFC. Houve associação significativa entre a classificação de tolerância à glicose e o escore clínico de S-K (p = 0,043), insuficiência pancreática (p = 0,022), infecção bacteriana por Staphylococcus aureus (p = 0,001), saturação periférica de oxigênio (SpO2) em repouso (p = 0,011), SpO2 no final do TC6 (p = 0,003) e com a diferença entre a SpO2 no início e no final do TC6 (DSpO2) (p = 0,007). Não houve associação significativa entre o nível glicêmico e a idade (p = 0,242), gênero (p = 0,172), índice de massa corporal (p = 0,606), classificação nutricional (p = 0,378), infecção por Pseudomonas aeruginosa (p = 0,081) e Burkholderia cepacia (p = 0,178), distância percorrida no TC6 (p = 0,716), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) % previsto (p = 0,212), capacidade vital forçada (CVF) % previsto (p = 0,638), pressão inspiratória máxima (PImáx) % previsto (p = 0,630) e pressão expiratória máxima (PEmáx) % previsto (p = 0,155). A análise das correlações mostrou que o nível de glicemia correlacionou-se significativamente com a SpO2 em repouso (r = -0,29; p = 0,011), SpO2 no final do TC6 (r = -0,23; p = 0,045), VEF1 % previsto (r = -0,26; p = 0,030), VEF1/CVF% (r = -0,32; p = 0,007) e escore clínico de S-K (r = -0,25; p = 0,028) e não foi significativamente correlacionado com PImáx % previsto (r = -0,14; p = 0,251), PEmáx % previsto (r = -0,08; p = 0,506), CVF % previsto (r = -0,16; p = 0,193), distância percorrida no TC6 (r = -0,06; p = 0,604) e dessaturação no TC6 (r = 0,17; p = 0,134). **Conclusão:** Este trabalho demonstrou que, em pacientes com FC, o grau da intolerância à glicose correlacionou-se com pior escore clínico e com pior função pulmonar. A intolerância à glicose não se correlacionou com a distância percorrida no TC6, mas os pacientes com IG tiveram maior dessaturação durante o exercício. Além disso, a intolerância à glicose foi fortemente associada à insuficiência pancreática.

PD066 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS RESPIRATÓRIAS EM PRODUTORES DE CARVÃO VEGETAL EM TRÊS MUNICÍPIOS GAÚCHOS

PAULO ZIMERMANN[1]; RAFAEL MACHADO DE SOUZA[2]; FABIANA MICHELSEN ANDRADE[3]

1.CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE E PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3.CENTRO UNIVERSITÁRIO FEEVALE, NOVO HAMBURGO, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SINTOMAS RESPIRATÓRIOS DE TRABALHADORES; EXPOSIÇÃO A FUMAÇA; CARVÃO VEGETAL

Introdução: No Brasil, o carvão vegetal é produzido em uma escala primária de carbonização, dispondo de um mecanismo rudimentar muito dependente da mão-de- obra humana. A produção de carvão vegetal, através da queima de biomassa, expõe os trabalhadores a gases tóxicos, que são lançados pela fumaça oriunda dos fornos acesos. Objetivo: Avaliar a prevalência de sintomas respiratórios e a função pulmonar em trabalhadores de carvoarias na região sul do Brasil, nos municípios de Ivoti, Presidente Lucena e Lindolfo Collor. **Materiais e Métodos:** Foram avaliadas 45 propriedades, que incluíam a produção em 126 fornos, totalizando 67 trabalhadores expostos. Foi aplicado um questionários estruturado para a identificação dos sintomas respiratórios, hábito tabágico e para a análise funcional pulmonar foi utilizado espirômetro da marca Micro Lab. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS 10.0, observando a significância de P<0,05. **Resultados:** Do total de expostos, 50 (75%) eram homens e 17(25%) mulheres, com idade média de 46,52 ± 13,25 anos, IMC médio de 25,7 ± 3,85 kg/m2, média do VEF1 3,24±0,82 L/s (93,2±16,0 % previsto), CVF 4,02±0,92 L/s (95,5±14,3 % previsto) e VEF1/ CVF 80,31±9,82. Com relação aos sintomas respiratórios das vias aéreas superiores, 16% dos expostos apresentavam prurido nasal, 16% prurido ocular, 33% obstrução nasal, 36% espirros e 36% obstrução nasal. Na avaliação das vias aéreas inferiores 22% dos expostos apresentavam tosse, 7,5% tosse crônica, 7% chiado no peito, 23% expectoração, 10,4% expectoração crônica e 12% dispnéia. O hábito tabágico estava presente em 21 (31,3%) dos trabalhadores, principalmente nos homens (39,2% vs. 6,3%;p=0,014). Os tabagistas expostos apresentaram mais tosse OR 5,00; p=0, 01, obstrução nasal OR 3,50; p=0, 03, prurido ocular OR 8,80; p=0,01 e chiado no peito OR 10,0; p=0,03. O grau de redução do fluxo aéreo foi maior nos tabagistas expostos, com média do VEF1 (2,93 ± 0,80 vs. 3,38 ± 0,80L/s; p=0,04). **Conclusões:** A prevalência dos sintomas respiratórios e a redução do fluxo aéreo foram maiores nos trabalhadores tabagistas quando comparados aos não tabagistas.

PD067 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: CASUÍSTICA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SÉRGIO LINCOLN MATOS ARRUDA; PRISCILA CARVALHO MIRANDA; THIEGO PEDRO FREITAS ARAÚJO; CAMILA NAVES ABATH; JOÃO AUGUSTO DE LUNA; MARCOS AMORIM PIAUILINO; DENIZARD ALEXANDRE FERREIRA; PAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA

HOSPITAL SANTA LÚCIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; TEP; UTI

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma síndrome clínica resultante da oclusão da circulação arterial pulmonar por um ou mais êmbolos. No ocidente, sua incidência na população geral é estimada em 5/10.000 pacientes, com mortalidade quatro vezes maior quando o tratamento não é instituído[1]. OBJETIVO: Descrever os dados clínico-epidemiológicos dos pacientes internados por TEP em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Material e Métodos:** De janeiro de 2006 a junho de 2008, 61 pacientes com diagnóstico de TEP foram admitidos na UTI do Hospital Santa Lúcia. O estudo é do tipo observacional e os dados foram coletados prospectivamente por meio de entrevista aos pacientes e familiares e consulta aos prontuários e exames complementares. **Resultados:** 61 pacientes foram analisados. A média de idade foi de 61,19 ± 17,34 anos (17-87), sendo 34 pacientes do sexo feminino (55,73%). A média do IMC foi de 29,80 ± 8,32 Kg/m² (18,97-63,26). Hipertensão arterial sistêmica foi o fator de risco de maior prevalência (40,98%), seguido por TEP / trombose venosa profunda prévios (31,15%), cirurgia recente (até 6 meses antes da admissão) (27,87%) e obesidade (27,87%). Em relação às manifestações clínicas, dispnéia foi a de maior prevalência (81,97% dos pacientes), seguida por dor torácica (52,46%) e tosse (34,43%). Em 18 pacientes

(29,50%) foi dosado o D-dímero, sendo este positivo em 16 (88,88%). Em 57 pacientes (93,44%) foi realizada tomografia computadorizada, em 16 (26,22%) ecodoppler de membros inferiores, em 16 (26,22%) ecocardiograma e em 8 (13,11%) cintilografia. A taxa de complicações do evento tromboembólico foi de 22,9% (n=14), sendo a pneumonia a mais prevalente com 3 (4,92%) casos, seguida de hemorragia e edema agudo de pulmão, cada um com 2 pacientes (3,27%). Quanto ao tratamento, em 26 pacientes (42,62%) foi utilizada heparina de baixo peso molecular (HBPM), em 25 (40,99%) heparina não fracionada (HNF) e em 7 (11,47%) foi utilizado trombolítico. A mortalidade hospitalar foi de 9,83%. A média do tempo de internação na UTI foi de 6,73 dias ± 13,24 (0-84). **Conclusão:** Os fatores de risco mais prevalentes de TEP no estudo foram cirurgia recente, obesidade, TEP prévio e insuficiência venosa periférica, os quais são condizentes com a literatura[1]. Dispnéia e dor torácica foram as manifestações clínicas mais prevalentes. O D-dímero foi realizado em uma pequena porcentagem de pacientes por ser um exame de baixa especificidade. A tomografia computadorizada foi realizada em 93,44% dos pacientes, revelando-se importante ferramenta diagnóstica e um método de boa acurácia. Em nenhum dos pacientes foi realizada arteriografia pulmonar.

1. Diretriz de embolia pulmonar Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 83, Suplemento I, Agosto 2004

PD068 PREVALENCIA DE HIPERTENSAO PULMONAR EM PACIENTES COM FIBROSE PERIPORTAL ESQUISTOSSOMOTICA ATENDIDOS NO HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

RITA DE CASSIA DOS SANTOS FERREIRA[1]; ANA LUCIA COUTINHO DOMINGUES[2]; ANGELA PONTES BANDEIRA[3]; BRIVALDO MARKMAN FILHO[4]; EOLO SANTANA DE ALBUQUERQUE FILHO[5]; ANA CAROLINA CHIAPPETTA CORREIA ARAUJO[6]; LUIZ JOSÉ DE BARROS BATISTA[7]

1,3.HOSPITAL UNIVERSITARIO OSWALDO CRUZ, RECIFE, PE, BRASIL; 2,4,5,7. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL; 6.HOSPITAL ESPERANÇA, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSAO PULMONAR; ESQUISTOSSOMOSE MANSONICA; ECOCARDIOGRAFIA

Introduçao: a esquistossomose mansonica pode acometer diversos orgaos. A apresentaçao clinica pulmonar mais grave é a hipertensao pulmonar. Objetivo: determinar a prevalencia de hipertensao pulmonar (HP) em pacientes com fibrose periportal esquistossomotica. **Método:** os pacientes com fibrose periportal esquistossomotica atendidos no Hospital das Clinicas - Universidade Federal de Pernambuco, no periodo de abril a julho de 2007, foram submetidos à ecocdopplercardiograma transtoracico e aqueles com pressao sistolica de artéria pulmonar (PSAP) estimada > 35mmHg foram,posteriormente, submetidos à tomografia computadorizada multidetectores de torax (TCMD) com a utilizaçao de contraste. **Resultados:** foram incluidos 84 pacientes, sendo 53 pacientes do sexo feminino (63%) e a média de idade foi de 50,06<>12,25. HP esquistossomotica foi observada em 9 pacientes (10,7%, IC: 5,02-19,37) e a PSAP variou de 40 a 126mmHg (média 58,78><28,01). Esses 9 pacientes foram submetidos à TCMD de torax e foi encontrado: aumento do diametro do tronco pulmonar (66,6%), aumento da relaçao do diametro do tronco pulmonar com o diametro da aorta toracica (55,5%), aumento do diametro das artérias pulmonares principais (100%), aumento da relaçao do diametro dos vasos segmentares com o diametro dos bronquios adjacentes (88,8%), reduçao abrupta do calibre dos vasos periféricos (77,7%) e cardiomegalia (77,7%). Nenhum paciente teve evidencia de tromboembolismo pulmonar. **Conclusao:** a prevalencia de HP em pacientes com fibrose periportal esquistossomotica foi de 10,7%,justificando o rastreamento comecodoplercardiograma nessa populaçao de risco.

PD069 DRIVE RESPIRATÓRIA E FORÇA DE MÚSCULOS RESPIRATÓRIOS EM INDIVÍDUOS COM OBESIDADE MÓRBIDA

ROCHA MARCUS[1]; CLAUDIO ALBUQUERQUE[2]; FLÁVIO ANDRADE[3]; WALDEMAR LADOSKY[4]

1,4.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLINÍNICAS DA UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 3.HOSPITAL DAS CLINICAS, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OBESIDADE MÓRBIDA; DRIVE INSPIRATÓRIO; FORÇA DOS MÚSCULOS RESPIRATÓRIOS

Introdução: Dentre os diversos problemas que se associam à obesidade mórbida destaca-se a redução dos volumes e capacidades pulmonares o que poderia gerar uma demanda maior da força dos músculos respiratórios. Este estudo foi realizado com o intúito de avaliar o compromentimento da fisiologia dos músculos e da drive respiratória em obesos mórbidos. **Métodos:** Além dos parâmetros individuais, idade. sexo, índice de massa corporal (IMC) foram avaliados por oscilometria de impulso a CVL, CVF, o VEF1, o pico de fluxo expiratório (PF), o volume corrente (VC), o volume de reserva expiratória (VRE), a resistência total da árvore brônquica (R5 Hz), a força muscular inspiratória (Pi max), a força muscular expiratória (Pe max) e a pressão no primeiro mili segundo da expiração (P 0,1) que representa o drive inspiratório. Foram estudados 65 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 19 e 56 anos, sedentários, sem história de patologia respiratória presente ou pregressa e com Rx de tórax normal. Foram divididos em 5 grupos de acôrdo com o IMC: Gr. Contrôle (IMC 25 a 29,9); Gr. Obesos (IMC 30 a 39,9); Gr. Obesos mórbidos I (IMC 40-49,9); Gr. Obesos mórbidos II (IMC 50 a 59,9) e Gr. Super obesos (IMC > 60). **Resultados:** - Os volumes e fluxos pulmonares tiveram uma redução proporcional ao inverso da aumento do IMC (p < 0,05 ANOVA, Kruskal Wallis; e os testes de Tuckey e Dunn\'s). A resistência ao fluxo aéreo (R5 HZ) se elevou com o incremento do IMC (p< 0,05 Kruskal Wallis). A força muscular e o drive respiratório, entretanto, não se alteraram significativamente com o aumento da sobrecarga sobre a caixa torácica e do maior depósito de gordura na cavidade abdominal e a consequênte redução da incursão diafragmática na inspiração. **Conclusão:** A elevação do IMC leva a uma redução proporcional da CVF, VEF1, VRE e a um aumento da resistência ao fluxo nas vias aéreas. Apesar das alterações sistematicamente observadas na mecânica respiratória, o disparo respiratório e a força de contração dos músculos respiratórios não se encontram significativamente alterados.

PD070 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO PULMONAR EM DOIS CENTROS DE REFERÊNCIA EM BELO HORIZONTE-MG

RODRIGO LUÍS BARBOSA LIMA[1]; FREDERICO THADEU ASSIS FIGUEIREDO CAMPOS[2]; EDMUNDO CLARINDO OLIVEIRA[3]; OLAVO DIAS JÚNIOR[4]; VIRGÍNIA PACHECO GUIMARÃES[5]; ELIANE VIANA MANCUZO[6]

1,4.HOSPITAL JULIA KUBTSCHECK, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL JULIA KUBTSCHECK E HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 5,6.HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CIRCULAÇÃO PULMONAR; ESQUISTOSSOMOSE; HIPERTENSÃO PULMONAR.

Introdução: A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é uma situação clínica de elevada gravidade levando à insuficiência ventricular direita e ao óbito. Pode se desenvolver como conseqüência de várias situações clínicas. Quando nenhum fator causal pôde ser identificado é classificada como Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática (HAPI). Nos últimos anos, o aumento no conhecimento sobre a situação e terapia da HP possibilitou uma classificação etiológica de forma a agrupar situações clínicas em categorias que apresentassem características clínicas e/ou fisiopatológicas semelhantes. No Brasil existem poucos dados acerca da real incidência da HAP, bem como suas causas. Estima-se uma grande contribuição da esquistossomose como causa desencadeadora. **Objetivos:** Descrever as características clínico-epidemiológicas dos pacientes com hipertensão pulmonar de dois centros de referência para tratamento de HAP no estado de Minas Gerais. **Métodos:** Análise restrospectiva de prontuários de pacientes do Hospital Júlia Kubtischeck e Hospital Madre Tereza em Belo Horizonte onde é adotado o algoritmo diagnóstico proposto pela OMS acrescido de investigação da esquistossomose. Pacientes atendidos entre julho de 2004 a julho 2008. **Resultados:** Foram concluídos os diagnósticos de 83 pacientes. As etiologias são as descritas: HAPI 31 pacientes (37,3%), TEP crônico 17 pacientes (20,5%), esquistossomose 14 pacientes (16,8%), cardiopatias congênitas 10 pacientes (12%), doenças do tecido conectivo 8 pacientes (9,7%), miscelânea 2 (2,4%) e familial 1 caso (1,2%). A distribuição em relação à classe funcional foi: III (67,5%), II (18%), IV (13,3%) e I (1,2%). **Conclusão:** Os resultados apresentados realçam a importância da pesquisa da esquistossomose como agente causal da HAP no Brasil, tendo em vista que na maioria dos registros internacionais a esquistossomose não consta como agente causal de relevância. No Brasil todas as publicações a respeito da etiologia mostram que a esquistossomose é sempre um dos principais agentes etiológicos variando entre primeira à terceira causa, dependendo da endemicidade da região estudada. Outro fator relevante é o fato de que, em nossos centros, os diagnósticos têm sido feitos tardiamente o que se constata

analisando os dados na qual a predominância dos pacientes encaminhados era de classe funcional III ou IV (mais de 80%). Isto demonstra a necessidade de maior investimento na educação médica para que os pacientes com dispnéia sem uma causa estabelecida sejam estudados quanto à possibilidade de serem portadores de HAP.

PD071 OBESIDADE: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DISPNÉIA EM REPOUSO NA POSIÇÃO SENTADA

SAULO MAIA DAVILA MELO[1]; VALDINALDO ARAGÃO DE MELO[2]; RAIMUNDO SOTERO DE MENEZES FILHO[3]; FÁBIO ALMEIDA SANTOS[4]; BÁRBARA SANTANA DAVILA MELO[5]; SAULO SANTANA DAVILA MELO[6]; FERNANDO ANTONIO RABELO DE VASCONCELOS[7]; NORMA LÚCIA SANTOS[8]

1,2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL; 3,4.SIGO, ARACAJU, SE, BRASIL; 5,6,7,8.HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DISPNÉIA; ESCALAS DE DISPNÉIA; OBESIDADE MÓRBIDA.

Introdução: A prevalência de obesos mórbidos vem aumentando drasticamente no mundo. Apesar do conhecimento dos malefícios da obesidade, mesmo em países desenvolvidos não se tem evitado o aumento cada vez maior da sua prevalência em crianças e adultos, com conseqüências graves à saúde. Dispnéia é uma queixa comum em obesos, podendo ocorrer em repouso e com intolerância ao exercício, conforme o grau da obesidade. A relação entre obesidade e dispnéia implica em diversos questionamentos. Existem controvérsias na literatura quanto à associação de dispnéia em repouso e obesidade na ausência de doença significativa conhecida. **Objetivos:** Verificar a percepção de dispnéia em repouso na posição sentada nos diferentes graus de obesidade. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, de janeiro a dezembro de 2007, na avaliação do risco cirúrgico para tratamento de obesidade, em dois serviços de cirurgia bariátrica (um público e outro privado), na cidade de Aracaju-SE. Grupo controle: pacientes em avaliação clínica ou cirúrgica ambulatorial. Foram selecionados 140 indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos e alfabetizados. Todos os pacientes tinham Rx de tórax normal, ECG e ECO em repouso sem alterações que justificassem dispnéia, com relação VEF1 / CVF e pressões musculares respiratórias máximas normais, ausência de sintomas respiratórios e patologias que influenciassem a percepção de dispnéia. Explicado e aplicado nove descritores de dispnéia traduzidos e três escalas de dispnéia: Analógica visual (EAV), Diagrama de custo de oxigênio (DCO) e Medical Research Council (MRC). Distribuídos em seis grupos conforme o nível do Índice de Massa Corpórea (IMC): Grupo I (n:26): IMC de 18.5 a 29.9 Kg/m2 (grupo controle), Grupo II (n:18) IMC de 30 a 34,9 Kg/m2 , Grupo III (n:24): IMC de 35 a 39,9 Kg/m2 , Grupo IV (n: 30):IMC de 40 a 44.9 Kg/m2, Grupo V(n:23):IMC de 45 a 50.9 Kg/m2 , Grupo VI (n:19): IMC ≥ 51 Kg/m2 **Resultados:** A média de idade foi de 36,4 ± 11,2 anos, sendo 60,0% (84/140) do sexo feminino e 40% (56/140) homens, com distribuição homogênea quanto à idade, sexo, altura, atividade física regular e etnia, entre os grupos. A prevalência do relato da percepção de dispnéia em atividade física habitual na amostra foi de 57,1 % (80/140) IC 95% 48,5 a 65,5, definido pelas escalas DCO e MRC. Nenhum dos pacientes referiu dispnéia em repouso na posição sentada durante avaliação da percepção de dispnéia utilizando a EAV e DCO. De modo semelhante, na escala MRC apenas dois pacientes referiram não sair de casa devido à dispnéia, no entanto, sem especificar se possuíam dispnéia em repouso. **Conclusão:** Obesos nos diferentes graus de obesidade, na ausência de doença significativa conhecida, não apresentam dispnéia em repouso em posição sentada.

PD072 DESCRITORES DE DISPNÉIA EM OBESOS MÓRBIDOS

SAULO MAIA DAVILA MELO[1]; VALDINALDO ARAGÃO DE MELO[2]; RAIMUNDO SOTERO DE MENEZES FILHO[3]; FÁBIO ALMEIDA SANTOS[4]; BÁRBARA SANTANA DAVILA MELO[5]; SAULO SANTANA DAVILA MELO[6]; FERNANDO ANTONIO RABELO DE VASCONCELOS[7]; NORMA LÚCIA SANTOS[8]

1,2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL; 3,4.SIGO, ARACAJU, SE, BRASIL; 5,6,7,8.HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DISPNÉIA; DESCRITORES DE DISPNÉIA; ESCALAS DE DISPNÉIA

Introdução: Dispnéia é uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, cuja sensação é variável em intensidade entre os indivíduos, sendo talvez o mais importante sintoma em doença cardiorespiratória. Existe clara associação entre dispnéia e obesidade com relato de ser uma queixa comum em obesos. A definição dos principais descritores de dispnéia em obesos é escassa na literatura. **Objetivos:** Determinar os principais descritores de dispnéia na obesidade mórbida em avaliação pré-operatória. **Métodos:** Estudo descritivo, de janeiro a dezembro de 2007, na avaliação do risco cirúrgico para tratamento de obesidade, em dois serviços de cirurgia bariátrica (um público e outro privado), na cidade de Aracaju-SE. Grupo controle: pacientes em avaliação clínica ou cirúrgica ambulatorial. Selecionados 140 indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, utilizado nove descritores de dispnéia traduzidos e as escalas de dispnéia (Diagrama de custo de oxigênio e Medical Research Council), com explicação prévia e informados da possibilidade de escolher um ou mais dos descritores apresentados. Relação VEF1 / CVF e pressões musculares respiratórias máximas normais, e ausência de patologias que influenciassem a percepção de dispnéia, distribuídos em quatro grupos conforme o nível do Índice de Massa Corpórea (IMC): Grupo I (n:26) IMC de 18.5 a 29.9 Kg/m2 (grupo controle), Grupo II (n:18) IMC de 30 a 34,9 Kg/m2 , Grupo III (n:24) IMC de 35 a 39,9 Kg/m2 , Grupo IV(n:72) IMC ≥ 11,2 anos, sendo 60,0%-40 Kg/m2. **Resultados:** A média de idade 36,4 (84/140) do sexo feminino e 40% (56/140) homens, com distribuição homogênea quanto à idade, sexo, altura e atividade física regular, entre os grupos. A prevalência da percepção de dispnéia na amostra foi de 57,1 % (80/140) IC 95% 48,5 a 65,5. Os principais descritores de dispnéia dentre os indivíduos que referiram dispnéia (n=80) foram: cansaço no peito (58,7%), fôlego curto (47,5%), dificuldade de respirar (36,2%), falta de ar (31,2%), respiração rápida (17,5%). Quanto aos demais descritores de dispnéia tais como sufocamento (15%), respiração pesada (13,7%), fome de ar (11,2%) e opressão torácica (6,2%) demonstrou-se uma menor proporção. No grupo de obesos mórbidos (Grupos IV) os principais descritores de dispnéia foram: cansaço no peito (48,6%), fôlego curto (40,2%), dificuldade de respirar (29,1%), falta de ar (27,7%) e respiração rápida (16,6%). Verificou-se diferença significativa ao longo dos grupos para os seguintes descritores de dispnéia: cansaço no peito, falta de ar, sufocamento, respiração rápida, fôlego curto e dificuldade de respirar. **Conclusões:** Os descritores de dispnéia facilitaram o entendimento da linguagem e identificação de dispnéia nos obesos. Os principais descritores de dispnéia na obesidade mórbida foram em ordem decrescente: cansaço no peito, fôlego curto e dificuldade de respirar, ficando falta de ar em quarta colocação.

PD073 PERFORMANCE DAS PRESSÕES MUSCULARES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS NA OBESIDADE

SAULO MAIA DAVILA MELO[1]; VALDINALDO ARAGÃO DE MELO[2]; RAIMUNDO SOTERO DE MENEZES FILHO[3]; FÁBIO ALMEIDA SANTOS[4]; BÁRBARA SANTANA DAVILA MELO[5]; SAULO SANTANA DAVILA MELO[6]; RAUL ANDRADE MENDONÇA FILHO[7]; MARTA MARIA GALVÃO DE SOUZA MAGALHAES[8]

1,2,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL; 3,4.SIGO, ARACAJU, SE, BRASIL; 5,6,7.HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: : PRESSÕES MUSCULARES; FUNÇÃO PULMONAR; OBESIDADE

Introdução: A capacidade para conduzir adequadamente a troca gasosa no organismo depende basicamente do bom funcionamento da bomba respiratória, composta pela caixa torácica (gradil costal e músculos) e pulmões. Existem controvérsias na literatura sobre o efeito da obesidade nas pressões musculares respiratórias máximas (PMR). **Objetivos:** Avaliar os efeitos do peso corporal no desempenho das PMR nos variados graus de obesidade. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, de janeiro a dezembro de 2007, na avaliação do risco cirúrgico para tratamento de obesidade, em dois serviços de cirurgia bariátrica (um público e outro privado), na cidade de Aracaju-SE. Grupo controle: pacientes em avaliação clínica ou cirúrgica ambulatorial. Selecionados 140 indivíduos maiores de 18 anos, ambos os sexos, com relação VEF1 / CVF normal e com ausência de patologias que influenciassem a função pulmonar, distribuídos em seis grupos conforme o nível do Índice de Massa Corpórea (IMC): Grupo I (n:26): IMC de 18.5 a 29.9 Kg/m2 (grupo controle), Grupo II (n:18) IMC de 30 a 34,9 Kg/m2 , Grupo III (n:24): IMC de 35 a 39,9 Kg/m2 , Grupo IV (n: 30):IMC de 40 a 44.9 Kg/m2, Grupo V(n:23):IMC de 45 a 50.9 Kg/m2 , Grupo VI (n:19): IMC ≥ 51 Kg/m2 . Valores das PMR mensurados com manovacuômetro digital (Micro Medical Limited) expressos em valores relativos pela equação de Neder, e em valores absolutos, seguindo normas técnicas 11,2 anos, sendo 60% padronizadas. **Resultados:** A média de idade 36,4 mulheres e 40% homens, com distribuição homogênea quanto à idade, sexo, altura, atividade física

regular e etnia, entre os grupos. O valor 27,10 cm H2O em valores médio da PIMax 105,79 absolutos e 118,37 32,97-31,41 em valores relativos. Já os valores médios da PEMax 129,15 26,94 em valores relativos.□cm H2O para valores absolutos e 118,82 Verificou-se aumento progressivo das pressões musculares respiratórias máximas, com uma tendência ascendente, à medida que se aumenta o IMC, com os maiores valores relativos e absolutos sendo demonstrados nos obesos mórbidos (grupos IV, V e VI), todavia, os grupos tiveram distribuição homogênea tanto em valores relativos (PEMax com p=0,26 e PIMax com p=0,88) quanto em valores absolutos (PEMax com p=0,70 e PIMax com p=0,73). Conclusão: As pressões musculares respiratórias máximas (Inspiratórias e Expiratórias), foram normais nas diferentes classes de obesos, não havendo efeito deletério nas pressões musculares respiratórias máximas causadas pela obesidade, pelo contrário, verificou-se aumento progressivo das pressões musculares respiratórias máximas, à medida que se aumenta o IMC, com os maiores valores sendo demonstrados nos obesos mórbidos (grupos IV, V e VI).

PD074 PREVALÊNCIA DA PERCEPÇÃO DE DISPNÉIA EM ATIVIDADES FÍSICAS HABITUAIS NOS DIFERENTES GRAUS DE OBESIDADE

SAULO MAIA DAVILA MELO[1]; VALDINALDO ARAGÃO DE MELO[2]; RAIMUNDO SOTERO DE MENEZES FILHO[3]; FÁBIO ALMEIDA SANTOS[4]; BÁRBARA SANTANA DAVILA MELO[5]; SAULO SANTANA DAVILA MELO[6]; HYDER ARAGÃO DE MELO[7]; ROGERIO DOS SANTOS RODRIGUES[8]

1,2,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL; 3,4.SIGO, ARACAJU, SE, BRASIL; 5,6,8.HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DISPNÉIA; SINTOMAS RESPIRATÓRIOS; ESCALAS DE DISPNÉIA

Introdução: Número expressivo de publicações na literatura médica chama a atenção para o aumento alarmante da prevalência de sobrepeso e obesidade na população mundial, alcançando proporções epidêmicas. Dispnéia é uma queixa comum em obesos, tornando-se um novo desafio para os profissionais da saúde que trabalham com doenças respiratórias. Poucos estudos relatam à prevalência de dispnéia na obesidade, com escassez de estudos prévios. **Objetivos:** Determinar a prevalência da percepção de dispnéia em diferentes graus de obesidade em atividades físicas habituais. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, de janeiro a dezembro de 2007, na avaliação do risco cirúrgico para tratamento de obesidade, em dois serviços de cirurgia bariátrica (um público e outro privado), na cidade de Aracaju-SE. Grupo controle: pacientes em avaliação clínica ou cirúrgica ambulatorial. Selecionados 140 indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, utilizados as escalas de dispnéia (Diagrama de custo de oxigênio e Medical Research Council). Relação VEF1 / CVF e pressões musculares respiratórias normais e ausência de patologias que influenciassem a percepção de dispnéia, distribuídos em seis grupos conforme o nível do Índice de Massa Corpórea (IMC): Grupo I (n:26): IMC de 18.5 a 29.9 Kg/m2 (grupo controle), Grupo II (n:18) IMC de 30 a 34,9 Kg/m2 , Grupo III (n:24): IMC de 35 a 39,9 Kg/m2 , Grupo IV (n: 30):IMC de 40 a 44.9 Kg/m2, Grupo V(n:23):IMC de 45 a 50.9 Kg/m2 , Grupo VI (n:19): IMC ≥ 51 Kg/m2 . 11,2 anos, 60%do sexo. **Resultados:** A média de idade foi de 36,4 feminino e 40% homens, com distribuição homogênea quanto à idade, sexo, altura e atividade física regular, entre os grupos. A prevalência da percepção de dispnéia em atividade física habitual na amostra foi de 57,1 % (80/140) IC 95% 48,5 a 65,5. Verificou-se um aumento da prevalência do relato da percepção de dispnéia entre os grupos (p<0,0001), grupo I = 3,8%, grupo II= 33,3% , grupo III = 62,5%, grupo IV = 86,7% , grupo V = 65,2% e alcançando 89,5% no grupo VI. No grupo dos pacientes em avaliação cirúrgica para obesidade (Grupos III, IV, V e VI) a prevalência de dispnéia foi de 76,0% (73/96) IC 95% 66,3 a 84,2 e nos grupos de obesos mórbidos (Grupos IV, V e VI) foi de 80,5% (58 / 72) IC 95% 69,5a 88,9. Observaram-se diferenças significativas entre o grupo controle e todos os demais grupos de obesos (G I vs G II p= 0,009,G I vs G III p<0,0001,G I vs G IV p<0,0001,G I vs G V p<0,0001,G I vs G VI p<0,0001), com aumento progressivo da percepção de dispnéia, à medida que se eleva o IMC. No grupo de obesos mórbidos, observou-se um comportamento homogêneo da percepção de dispnéia (G IV vs G V p= 0,06,G IV vs G VI p=0,77 e G V vs G VI p= 0,07). **Conclusão:** A prevalência da percepção de dispnéia crônica em atividades físicas habituais é elevada em todos os graus de obesidade, principalmente nos grupos de obesos mórbidos, acentuando-se à medida que se eleva o IMC, principalmente quando o IMC excede a 51 Kg/m².

PD075 ANÁLISE DA MORTALIDADE DE PACIENTES COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SÉRGIO LINCOLN MATOS ARRUDA; PRISCILA CARVALHO MIRANDA; THIEGO PEDRO FREITAS ARAÚJO; CAMILA NAVES ABATH; ÁLVARO ACHCAR; JEAN NEWTON LIMA COSTA; DILMA LÚCIA LOPES ALBUQUERQUE; VINÍCIUS LUCENA

HOSPITAL SANTA LÚCIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; MORTALIDADE; UTI

Introdução: O Tromboembolismo pulmonar (TEP) decorre da obstrução aguda da circulação arterial pulmonar pela instalação de coágulos sangüíneos, geralmente oriundos da circulação venosa sistêmica. Apesar do TEP ser uma doença freqüente, com incidência média de 650,000 casos novos por ano nos EUA, é pouco diagnosticado por apresentar sinais e sintomas pouco específicos. A demora no diagnóstico e no conseqüente tratamento é relacionada a uma maior mortalidade de pacientes com TEP. **Objetivo:** Analisar os fatores de risco relacionados à mortalidade em pacientes internados por TEP em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Material e Métodos:** No período de jan/06 a jun/08, 61 pacientes com TEP foram admitidos na UTI do Hospital Santa Lúcia. O estudo é do tipo observacional e os dados foram coletados prospectivamente por meio de entrevista aos pacientes e familiares e consulta aos prontuários e exames complementares. A análise estatística foi feita pelo teste exato de Fisher. **Resultados:** Foram analisados 61 pacientes. A média de idade foi de 61,19 ± 17,34 anos (17-87), sendo 34 pacientes do sexo feminino (55,73%). A média do IMC foi de 29,80 ± 8,32 Kg/m² (18,97-63,26). 40,98% dos pacientes eram hipertensos, 31,15% tinham episódio prévio de TEP/trombose venosa profunda, 31,15% eram tabagistas ou ex-tabagistas, 27,87% tinham restrição de locomoção, 27,87% haviam sido submetidos à cirurgia recente (até 6 meses antes da admissão hospitalar) e 27,87% eram obesos (IMC ≥ 30). Na análise da prevalência dos fatores de risco para TEP com óbito, não houve diferença estatisticamente significativa para nenhum deles (p>0,05). O D-dímero foi dosado em 18 (29,50%) pacientes, sendo este positivo em 16 (88,88%). Outros exames realizados foram tomografia computadorizada (93,44%), ecodoppler de membros inferiores (26,22%), cintilografia (13,11%). 16 pacientes (26,23%) realizaram ecocardiograma na internação hospitalar. Destes, foi diagnosticado hipertensão arterial pulmonar (HAP) em 8 (50%), dos quais 1 foi a óbito (12,5% dos pacientes com HAP) . Não houve óbitos no grupo dos 8 pacientes sem tal achado. A média do tempo de internação na UTI foi de 6,73 ± 13,24 dias (0-84). A taxa mortalidade hospitalar foi de 9,83%, sendo 7,40% entre os homens e 11,76% entre as mulheres, sem significância estatística (p=0,6848). Dos 6 pacientes que evoluíram para óbito, 3 (50%) eram hipertensos, 2 (33,33%) tinham insuficiência cardíaca congestiva, 1 (16,66%) era obeso, 1 (16,66%) havia tido episódio prévio de TEP/TVP, 1 (16,66%) havia sido submetido à cirurgia recente, 4 (66,66%) haviam evoluído na UTI com algum tipo de complicação (pneumonia, cor pulmonale agudo com falência circulatória, EAP e PCR), 1 (16,66%) havia sido submetido à ventilação não-invasiva e 3 (50%) à intubação orotraqueal e ventilação mecânica. **Conclusão:** A mortalidade hospitalar do estudo foi 9,83%, compatível com a da literatura, que varia entre 6 e 15%1. Na análise da prevalência dos fatores de risco para TEP com óbito, não houve diferença estatisticamente significativa para nenhum deles (p>0,05). Não houve significância estatística na análise da mortalidade entre os pacientes com hipertensão arterial pulmonar e aqueles sem este achado, provavelmente devido ao número pequeno da amostra.1. PULMONARY THROMBOEMBOLISM: DIAGNOSIS AND THERAPY Flavia Álvares et al. Medicina, Ribeirão Preto,

PD076 EDEMA AGUDO PULMONAR: CASUÍSTICA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SÉRGIO LINCOLN MATOS ARRUDA; PRISCILA CARVALHO MIRANDA; THIEGO PEDRO FREITAS ARAÚJO; CAMILA NAVES ABATH; WÂNIA ROMAGUEIRA CALIXTO; WALTER EMANOEL DE PAULA; SÉRGIO MURILO DOMINGUES JÚNIOR; ALLAN RICARDO COUTINHO FERREIRA

HOSPITAL SANTA LÚCIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EDEMA AGUDO PULMONAR; UTI; CASUÍSTICA

Introdução: O Edema Agudo Pulmonar (EAP) é uma entidade clínica caracterizada por acúmulo súbito e anormal de líquido nos espaços extravasculares do pulmão, seja no interstício ou nos alvéolos. Representa uma das mais angustiantes síndromes cardiorrespiratórias, de elevada freqüência nas unidades de emergência e de terapia intensiva, com incidência média

de 150,000 casos novos por ano nos EUA. 1 . **Objetivo:** Analisar os dados clínico-epidemiológicos dos pacientes internados por EAP em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Material e Métodos:** De novembro de 2004 a fevereiro de 2008, 49 pacientes com o diagnóstico de EAP foram admitidos na UTI do Hospital Santa Lúcia. O estudo é do tipo observacional e os dados foram coletados prospectivamente por meio de entrevista aos pacientes e familiares e consulta aos prontuários e exames complementares. A análise estatística foi feita utilizando-se o teste exato de Fisher. **Resultados:** Foram analisados 49 pacientes. A média de idade foi de 68,46 ± 12,09 anos (35-91), sendo 20 pacientes do sexo masculino (40,81%). A média do IMC foi de 27,07 ± 8,38 Kg/m^2 (16-54,83) . Hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi o fator de risco mais prevalente com 45 (91,83%) pacientes, seguido por internação prévia por doenças cardiovasculares (53,06%), diabetes mellitus (44,89%), tabagismo/ex-tabagismo (42,85%) e coronariopatias (38,77%). As manifestações clínicas mais prevalentes foram dispnéia franca (87,75% dos pacientes), taquipnéia (48,97%) e intolerância aos exercícios (46,93%). 10 (20,40%) pacientes apresentaram disfunção sistólica e/ou diastólica ao ecocardiograma. Quanto ao tratamento, 79,59% dos pacientes utilizaram diuréticos, 32,65% utilizaram nitroprussiato, 30,61% opiáceos, 24,48% foram submetidos à ventilação não-invasiva e 18,36% à intubação orotraqueal e ventilação mecânica. A taxa mortalidade hospitalar foi de 6,12%, sendo 5,00% entre os homens e 6,89% entre as mulheres, sem significância estatística (p>0,05). A média do tempo de internação na UTI foi de 4,91 dias ± 5,36 (0-21). **Conclusão:** O fator de risco mais prevalente foi HAS. A taxa de mortalidade entre as mulheres foi maior do que a dos homens, porém sem significância estatística. A porcentagem de pacientes que foram submetidos à ventilação não-invasiva foi superior aos que foram submetidos à intubação orotraqueal, principalmente a partir de 2006, demonstrando que a utilização de recursos cada vez menos invasivos tem sido prevalente sobre os métodos invasivos. **Referência Bibliográfica:** 1. ABORDAGEM VENTILATÓRIA NÃO-INVASIVA NO TRATAMENTO DO EDEMA AGUDO PULMONAR CARDIOGÊNICO – CPAP x BIPAP Rodolfo Luiz da Silva et al. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba

PD077 JOVEM PÓS TRANSPLANTADO RENAL COM TOSSE PRODUTIVA

KARIN MUELLER STORRER; THÚLIO MARQUEZ CUNHA; CESAR YOSHITO FUKUDA; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; ROSANA DE MORAES VALLADARES; JORGE NAKATANI; EMMANUEL CAVALCANTI CAMPELO NETO

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MYCOBACTERIUM; MYCOBACTERIUM ABSCESSUS; ATYPICAL MYCOBACTERIA

Introdução: As micobactérias de crescimento rápido (MCR) são uma subespécie de micobactéria não tuberculose (MNT) sendo a doença pulmonar crônica sua manifestação clínica localizada mais comum. **Relato de caso:** Paciente 23 anos, masculino, natural e procedente de São Paulo, solteiro, trabalhador doméstico. Início há 5 meses com tosse com expectoração amarelada, em moderada quantidade, sem dispnéia, febre ou hemoptoicos; perdeu 6Kg em 4 meses. Transplante renal em 1996 (doador cadáver) e, após rejeição, realizou 2° transplante em 2004 (rim materno). Atualmente estava em uso de imunossupressores. Apresentava ao RX tórax alterações inespecíficas e TC tórax com lesões em árvore de brotamento em lobo inferior E. Foi internado para investigação, sendo solicitado broncoscopia que demonstrou bronquite crônica inespecífica e cultura do LBA, positiva para Mycobacterium abscessus. **Discussão:** As micobactérias de crescimento rápido são representadas principalmente por M abscessus, M fortuitum e M chelonae. Sua prevalência não é bem conhecida, porém ocorrem mais comumente em mulheres idosas, brancas e geralmente sem doença pulmonar subjacente e quando acometem indivíduos mais jovens (abaixo de 50 anos), geralmente estão relacionadas com comorbidades. A doença pulmonar crônica é a manifestação clínica localizada mais comum e dentre as MCR o M abscessus é responsável pela maioria (80%). A apresentação clínica habitual não é específica e podem ser erroneamente interpretadas como bronquite ou bronquiectasias. Sintomas como febre, perda ponderal e sudorese noturna ocorrem menos freqüentemente que na tuberculose. Além disso, a história natural da doença vai depender da presença ou não de comorbidades associadas, sendo mais agressiva no último caso. O RX tórax geralmente apresenta infiltrado intersticial multilobar, mosaico ou reticulo-nodular com predominância dos lobos superiores. Cavitações ocorrem em apenas 15% dos casos. À TCAR, podem ser evidenciadas bronquiectasias cilíndricas ou nódulos múltiplos, pequenos associados. O diagnóstico deve ser feito da associação do quadro clínico associado à imagem sugestiva e presença de cultura positiva para MNT. As MCR são geralmente resistentes aos agentes tuberculostáticos, mas sensíveis a antibióticos comuns como claritromicina (100% sensibilidade), amicacina (90%), cefoxitina (70%) e imipenem (50%). Entretanto alguns estudos recentes têm demonstrado que monoterapia com macrolídeo não é suficiente para curar M abscessus, sendo recomendado associação de doses baixas de amicacina com altas doses de cefoxitina por 2-4 semanas. Ressecção cirúrgica, principalmente em pacientes com doença pulmonar prévia localizada, também pode ser curativa. Algumas vezes é necessário terapia supressora com antibiótico parenteral periódico ou macrolídeo via oral contínuo para controle de sintomas e progressão da doença.

PD078 ACHADO DE FLUXO SUPRA NORMAL EM ASMÁTICOS COM ESPIROGRAMA NORMAL

WALDEMAR LADOSKY[1]; MARCUS ALBERTO MACHADO BOTELHO[2]

1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLINÍNICAS DA UFPE, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; FLUXO SUPRA NORMAL; FIBROSE INTERSTICIAL

Introdução: O Fluxo Supra Normal (FSN) (FEF 25-75/CVF > 1,30) foi descrito por Tan e Tshkin (1986) em pacientes com fibrose intersticial difusa (FID). O Consenso Brasileiro de Pneumologia (2002) considera como sinal de agravamento da enfermidade e piora do prognóstico. O FSN seria a consequência da retração elástica sobre os alvéolos e perda da tração sobre os brônquios o que levaria a um aumento de seu diametro e diminuição da resistência ao fluxo. O achado frequênte de FSN em espirometrias de rotina em pacientes sem FID nos conduziu a sistematizar este estudo. **Material e métodos:** Foram realizadas, em espirometro fluxométrico Jaegger, espirometria fluxo/volume em 120 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 8 e 66 anos, com diagnóstico clínico de asma firmado por pneumologista ou pneumo pediatra. Os exames foram realizados segundo as normas do Consenso Brasileiro de Espirometria (2002) e utilizados od padrões Pereira (1992) para adultos e os de Mallozzi (1996) para crianças e adolescentes (8 a 17 anos). Resultados - Os espirogramas apresentaram os seguintes resultados: Normal 37 (31%); Obstrutivo 45 (38%); Restritivo (CVF < 80 e Tiffeneau > 80) 27 (23%) e Misto 11 (9%). Entre os Normais 42% apresentou FSN e entre os Restritivos 52%. Não foi encontrada correlação estatísticamente significativa eentre FSN e faixa etária ou FSN e sexo. **Conclusões:** O achado de FSN em pacientes sem FID e em outros com espirograma normal sugere fortemente que o mesmo deve ser encarado como achado fortúito e portanto sem maior valor diagnóstico ou prognóstico em pacientes das vias aéreas.

PD079 ACHADO DE FSN EM ESPIROGRAMA DE ROTINA DE OBESOS MÓRBIDOS

WALDEMAR LADOSKY[1]; MARCUS ALBERTO MACHADO BOTELHO[2]

1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLINÍNICAS DA UFPE, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OBESIDADE MÓRBIDA; FLUXO SUPRA NORMAL; FIBROSE INTERSTICIAL

Introdução: O Fluxo Supra Normal (FSN) (FEF25-75/CVF) foi descrito por Tan e Tashkin (1986) em portadores de fibrose intersticial difusa (FID). Seria a consequência do aumento da retração elástica que exerceria maior pressão sobre os alvéolos e uma redução da tração radial sobre os brônquios e bronquiolos. Os dois fatores combinados resultariam num aumento do fluxo. O achado frequênte de FSN em exames de rotina em pacientes Obesos Mórbidos, candidatos a gastroplastia, nos levou a sistematizar esse estudo. **Material e Métodos:** Foram estudados 285 Obesos Mórbidos, 60 homens e 225 mulheres, com Obesidade Morbida, IMC entre 40,02 e 93,42, com idade entre 17 e 57 anos. Todos pacientes passaram por Rx de tórax e nenhum apresentou qualquer anomalia do parênquima pulmonar. As espirometrias com prova de bronco dilatação (BD) (Salbutamol 400ug), foram realizadas com um espirometro fluxométrico da Jaegger e os procedimentos de acôrdo com o Consenso de Espirometria (2002). Para o cálculo do valor teórico foram utilizadas as equações de Pereira (2007). **Resultados:** Dos 350 pacientes analisados 169 apresentaram espirograma \"Normal\"; 108 \"Restritivo\"; 5 Misto e 2 \"Obstrutivo\". Dentre os \"Normais\" 60 (36%) apresentaram FSN e foram separados com \" Normal c/FSN\" , e entre os \"Restritivos\" 51 (47%) passaram a \"Restritivo c/ FSN\". Após BD, 25% dos pacientes \"Normais\" passaram a apresentar FSN devido a

aumento do FEF 25-75; entre os \"Restritivos\" 39% passaram a \"Restritivo c/ FSN\" pela mesma razão. **Comentários:** O achado de FSN em pacientes obesos mórbidos, sem substrato anatômico de subversão da estrutura do parênquima, é insólito. O único defeito funcional, identificado por oscilometria de impulso, foi a redução da complacência da caixa torácica, que pode ser atribuida à sobrecarga sobre a mesma e à redução da incursão do diafragma. O aumento para FSN em \"Normais\" e \"Restritivos\" após BD, sustenta a idéia que o FSN depende especialmente do fluxo aéreo e não de modificações estruturais do pulmão. O FSN em pacientes obesos deve então ser encarado como um achado de laboratório, sem significado funcional e sem valor prognóstico.

PD080 PADRONIZAÇÃO DE PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÕES PULMONARES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

PATRÍCIA NERYS KAMINSKI; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; LUIZ ALBERTO FORGIARINI JR

COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA; PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA; RESSECÇÃO PULMONAR

Introdução: A participação da fisioterapia no período pós-operatório é considerada como essencial na prevenção das complicações pulmonares. A atenção fisioterapêutica no pós-operatório de ressecções pulmonares tem como objetivo expandir as áreas pouco ventiladas, evitar o colapso e a consolidação pulmonar, promover a eliminação de secreções brônquicas e evitar complicações circulatórias. **Objetivos:** Padronizar o atendimento fisioterapêutico em pacientes pediátricos submetidos a ressecções pulmonares na prevenção de complicações cardiorrespiratórias no período pós-operatório. **Métodos:** No período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007 foram revisados os prontuários de 55 pacientes submetidos a ressecções pulmonares no Hospital da Criança Santo Antônio devido a diferentes patologias. Oito pacientes foram excluídos por prontuários incompletos. Os quarenta e sete pacientes restantes foram divididos em dois grupos de acordo com o atendimento fisioterapêutico realizado. Os pacientes incluídos no grupo 1 (n=27) não receberam atendimento padronizado enquanto que os pacientes do grupo 2 (n=20) foram submetidos a uma seqüência padronizada de manobras fisioterapêuticas no período pós-operatório. Os pacientes do grupo 1 foram aqueles atendidos no ano de 2006 (pré-protocolo) enquanto os do grupo 2 foram aqueles de 2007 (início do protocolo). Os pacientes do grupo 1 foram submetidos a várias técnicas fisioterapêuticas sem padronização específica e com variabilidade no atendimento diário. O protocolo fisioterapêutico instituído em 2007 consistia de três atendimentos diários e técnica de terapia expiratória manual passiva (TEMP), uso de pressão expiratória positiva final (EPAP) e tosse. Nestes dois grupos foram registradas as complicações cardiorrespiratórias, tempo de utilização de drenos torácicos, realização de fibrobroncoscopia pós-operatória e tempo de internação hospitalar. Na análise dos dados utilizou-se o teste t de Student para a comparação entre os grupos com nível de significância de 5% ($p<0,05$). **Resultados:** Não houve diferença significativa em idade (grupo1: 7,14 anos, grupo 2: 5,38), patologias de base e tipo de ressecção pulmonar entre os dois grupos. Também não foram observadas diferenças significativas no tempo de utilização de dreno torácico e tempo de internação hospitalar. Os pacientes do grupo 1 apresentaram maior número de complicações cardiorrespiratórias em relação ao grupo 2 ($p<0,0001$). A realização de fibrobroncoscopia para higiene brônquica foi mais utilizada no grupo 1 ($p<0,0001$). **Conclusão:** A instituição de um protocolo padronizado de fisioterapia respiratória no pós-operatório de pacientes pediátricos submetidos a ressecção pulmonar, apesar de não interferir no tempo de internação hospitalar, auxilia na redução das complicações cardiorrepiratórias e reduz o número de intervenções por fibrobroncoscopias nestes pacientes.

PD081 MEDIASTINITE NECROSANTE DESCENDENTE; ANÁLISE DE 10 CASOS CONSECUTIVOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

ROBERTO SAAD JUNIOR; VICENTE DORGAN NETO; MARCIO BOTTER; ROBERTO GONÇALVES; JORGE HENRIQUE RIVABEN; ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR; GIBRAN RIBEIRO ROCHA; FABIO ARNONI GONÇALVES

SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINITE NECROSANTE DESCENDENTE; CLAMSHELL; DIAGNOSTICO PRECOCE

Introdução: Trata-se de infecção do tecido conectivo mediastinal geralmente associado com derrame pleural. É uma moléstia grave e deve-se a progressão de infecções primárias da região cervical. OBJETIVO: Analisar o perfil geral dos pacientes, o estado clínico e o resultado após o tratamento cirúrgico de pacientes com diagnóstico de infecção cervical que evoluiram para mediastinite. **Métodos:** Trabalho retrospectivo descritivo baseado na coleta de dados dos prontuários de 10 pacientes consecutivos com diagnóstico de mediastinite operados entre o ano de 2003 e 2008. Tabulação e análise dos dados com Microsoft Excel. **Resultados:** Dos 10 pacientes operados, seis eram do sexo masculino, quatro do sexo feminino. A média de idade foi de 46 anos (19 a 68). 50% dos pacientes eram diabéticos. Todos tiveram o diagnóstico de abscesso cervical. 70% procuraram atendimento médico previamente a internação e em média, referiam sintomas há 7,8 dias (2 a 16). 40% queixavam-se de disfagia e 20% tinham trismo ao exame físico. No momento da internação 40% tiveram diagnóstico de sepse. Todos pacientes tiveram diagnóstico de mediastinite confirmado por tomografia de tórax. Os pacientes foram operados em média dois dias após a internação, moda igual a um (1 a 6). Todos os pacientes foram submetidos a cervicotomia em associação com incisão de clamshell (50%), toracotomia antero-lateral (30%), toracotomia póstero-lateral (20%). 70% foram submetidos a traqueostomia. Somente um paciente precisou de uma segunda abordagem cirúrgica no tórax. Dos 10 pacientes 3 (30%) foram a óbito sendo que todos os três óbitos ocorreram até o 2º pós-operatório. Dos 7 (70%) pacientes que receberam alta hospitalar, o tempo médio de drenagem pleural foi de 15,3 dias (7 a 27) e o tempo médio de internação foi de 40,2 dias (11 a 90). Cinco dos sete pacientes receberam nutrição enteral que se iniciou entre o 2º e 3º dias de pós-operatório. Dos três paciente que foram a óbito, todos eram diabéticos e todos procuraram serviço médico antes da internação sendo que dois tiveram o diagnóstico de sepse no momento da internação. **Conclusão:** Percebe-se que o quadro clínico de entrada do paciente no hospital influencia o prognóstico e que o tratamento cirúrgico deve ser indicado precocemente. A cirurgia deve ser ampla para possibilitar uma única limpeza das cavidades pleurais e do mediastino.

PD082 CIRURGIA DE RESSECÇÃO PULMONAR EM DOENÇA NEOPLÁSICA E SUPURATIVA. HÁ DIFERENÇA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA E DE COMPLICAÇÕES?

ANTERO GOMES NETO; JOSÉ SANTANA MOREIRA RAMOS JÚNIOR; FÁBIO ALÉRCIO COSTA RODRIGUES; RAFAEL FERNANDES VIANA ARAÚJO; LEONARDO CÉSAR SILVA DE OLIVEIRA; ALEXANDRE MARCELO RODRIGUES LIMA; ALFREDO SÁVIO MONTEIRO NOGUEIRA

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: RESSECÇÃO PULMONAR ; NEOPLASIA PULMONAR; DOENÇA PULMONAR SUPURATIVA

Introdução: O aprimoramento das técnicas cirúrgicas de ressecção pulmonar tem contribuído para a diminuição da mortalidade e complicações cirúrgica, mas alguns fatores tais como: faixa etária elevada, magnitude da ressecção realizada, doença pulmonar de base e grau de reserva pulmonar, entre outros, ainda contribuem para o aumento dessas complicações. **Objetivos:** Avaliar a incidência de mortalidade e complicações em pacientes portadores de doenças neoplásicas e supurativas submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar, e ainda os fatores que contribuem para essas complicações. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 431 pacientes submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar, no período de abril 2004 a maio de 2008. Incluíram-se no estudo somente 370 pacientes portadores de doenças neoplásicas (Grupo I, n = 246) e supurativas (Grupo II, n = 124). Os demais pacientes (61) portadores de doenças congênitas, intersticiais e bolhas foram excluídos. Foram estudadas as variáveis faixa, etária, gênero, tipo de doença pulmonar, complicações e mortalidade. As diferenças entre os dois grupos foram avaliadas pelo teste-t e 2).Qui-quadrado **Resultados:**

No Grupo I (54,4% masculino) foram realizadas 18 pneumonectomias (PNMN) e 228 lobectomias e ressecções menores (LRM). Houve 24,4% de complicações e 4,9% de mortalidade, sendo 11,1% em PNMN e 4,4% em LRM. No Grupo II (51,6% masculino), 30 PNMN e 94 LRM. Houve 23,4% de complicações e 1,6% de mortalidade, sendo 3,3% em PNMN e 1,1% em LRM. A média de idade foi maior no Grupo I que no Grupo II (57,2±15,6 vs 37,2 ±14,3 anos, $p < 0,0001$), mas não houve diferença ($p > 0,05$) entre os dois grupos em relação ao sexo, incidência de complicações e mortalidade. **Conclusões:** As taxas de complicações foram semelhantes nos dois grupos. Houve tendência a uma maior mortalidade cirúrgica no grupo das doenças neoplásicas em relação às supurativas e nas pneumonectomias em relação às ressecções lobares, que pode ser atribuída a maior faixa etária no primeiro grupo e à magnitude das ressecções pulmonares realizadas.

Pôsteres

PO001 DERRAME PERICÁRDICO E QUILOTÓRAX: RELATO DE CASO

ADRIANA SIQUEIRA CARVALHO; RICARDO THADEU CARNEIRO DE MENEZES; DÉBORA CHAVES DA SILVA; GUILHERME BARONI DE MACEDO; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN; MARCELO BASSO GAZZANA; MARLI MARIA KNORST

HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; QUILOTÓRAX; DUCTO TORÀCICO

Introdução: o quilotórax ocorre quando há lesão do ducto torácico e quilo penetra no espaço pleural. Objetivo: relatar o caso de um paciente que desenvolve quilotórax após derrame pericárdico presumivelmente tuberculoso. **Relato**: homem, 28 anos, colador de outdoor, referia queda de altura de 3 metros, sem necessitar atendimento médico na ocasião. Alguns meses após, durante avaliação clínica de IVAS e tosse, foi evidenciado um extenso derrame pericárdico ao rx de tórax. Internado no Serviço de Cardiologia, foi submetido a punção e janela pericárdica. Feito o diagnóstico presuntivo de tuberculose pericárdica (ADA de 37 e biópsia pericárdica com inflamação crônica, sem granulomas e pesquisa baar negativa), iniciados RHZ e prednisona. 4 meses após, queixando-se de desconforto torácico em região intercostal esquerda, foi solicitado nova radiografia de tórax, a qual mostra extenso derrame pleural à esquerda. A toracocentese diagnóstica mostrou líquido de aspecto leitoso, com critérios para exsudato e triglicerídeos de 1991mg/dL, diagnóstico de quilotórax. A pleuroscopia mostrou ingurgitamento dos linfáticos da pleural visceral. Feita drenagem torácica, com expansão insatisfatória do pulmão esquerdo. À TC de tórax observa-se volumoso derrame pleural e espessamento pericárdico, sem adenomegalias ou outras alterações. A linfangiografia bipodal foi insatisfatória pela lenta circulação do contraste. A linfangiocintilografia mostrou drenagem do radiofármaco de forma ascendente para os vasos linfáticos de membros inferiores, ilíacos e abdominais e acúmulo na projeção do mediastino e possivelmente no espaço pleural esquerdo. O manejo inicial foi com dieta via oral rica em triglicerídeos de cadeia média, sem melhora. Iniciada nutrição parenteral total, ainda mantendo débito do dreno em torno de 1 a 2 litros/dia. Devido à evolução para desnutrição, com perda de 13Kg em duas semanas e queda progressiva da albumina sérica e linfopenia, foi submetido a ligadura do ducto torácico ao nível da veia ázigos. Houve resolução do quilotórax e a radiografia de controle é normal, mostrando expansão completa do pulmão esquerdo. O paciente encontra-se assintomático e recuperou 11 dos 13 Kg perdidos. **Discussão:** O diagnóstico de tuberculose foi presuntivo e não houve resposta à terapia empírica. Acreditamos que o derrame pericárdico foi a manifestação inicial do quadro, originado no trauma torácico após queda de 3 metros de altura. Não há dados sobre dosagem de triglicerídeos no líquido pericárdico ou sobre o aspecto do líquido, já que são dados de outro serviço. No entanto, naquela internação cardiológica, foi fornecida ao paciente a informação sobre "problemas em sua caixinha de gordura". Diante da evolução inexoravelmente insatisfatória, optamos pela ligadura do ducto torácico, com excelente resposta. **Conclusão:** a presença de derrame pleural simultânea ou logo após derrame pericárdico deve alertar ao médico sobre a presença de quilotórax.

PO002 PROTEINOSE ALVEOLAR ASSOCIADA A DOR TORÁCICA: RELATO DE CASO

ADRIANA SIQUEIRA CARVALHO; RICARDO THADEU CARNEIRO DE MENEZES; DÉBORA CHAVES DA SILVA; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO; TIAGO BORTOLINI; ROBERTO BERTEAUX ROBALDO

HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PROTEINOSE ALVEOLAR; DOENÇA INTERSTICIAL; DOR TORÀCICA

Introdução: A Proteinose Alveolar Pulmonar (PAP) é uma doença rara, associada ao acúmulo intra-alveolar de material lipoprotéico, podendo repercutir na função respiratória. **Relato do Caso:** homem, 29 anos, apresentando dor torácica inferior atípica, há 7 anos, com provas cardíacas normais, sem sintomas respiratórios. Encaminhado do interior a hospital terciário por alterações tomográficas sugestivas de PAP, lavado broncoalveolar com conteúdo proteináceo e biópsia transbrônquica com material amorfo intra-alveolar PAS+, em março de 2006. Segue acompanhamento de função pulmonar e radiológico desde então, interna por piora da dor torácica em janeiro deste ano. Ausência de dor à palpação de estruturas osteomusculares. Excluídas causas cardíacas para a dor torácica. Repetidas provas de função pulmonar (espirometria e difusão), normais, e exames tomográficos com discreta evolução das características lesões em vidro despolido (crazy-paving), predominando em bases pulmonares. **Discussão:** a doença compreende 3 formas clínicas distintas: Congênita, Secundária e Adquirida. Sua patogênese relaciona-se com uma disfunção no clearance macrofágico e alterações da estrutura molecular do surfactante, resultando em uma pneumopatia restritiva com espectro evolutivo variando entre remissão espontânea a falência respiratória pelo depósito do material proteináceo no alvéolo. O paciente não apresenta dispnéia, tosse ou astenia, sintomas mais comuns ao diagnóstico. Exame físico normal. Excluídas causas secundárias e congênitas, relaciona-se o diagnóstico à forma adquirida, que compreende 90% dos casos. Na ausência de outras condições que explicassem a dor torácica, relacionamos, assim, o quadro álgico à PAP, sintoma infreqüente, porém já descrito em outras publicações. As opções terapêuticas da PAP são o controle dos sintomas e, em casos selecionados, a remoção mecânica do material. Neste caso apresentado, não há indicação de Lavagem Pulmonar Total, porém não parece estar evoluindo para resolução espontânea.

PO003 CONDROSSARCOMA ESTERNAL-RELATO DE CASO

VICENTE GUERRA FILHO; ALEXANDRE VINHAL DESIDERI; ADRIANO LANA PEREIRA; CINTHIA CARDOSO MOREIRA

HOSPITAL SANTA TEREZINHA, RIO VERDE, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CONDROSSARCOMA ; ESTERNO; PAREDE TORÀCICA

A paciente ESC, 18 anos apresentava lesão em parede torácica anterior com crescimento progressivo, associado a dor local, desconforto torácico e abaulamento esternal. Tal quadro clínico se iniciou há um ano e tornou-se mais intenso há 3 meses. Haviam diversos exames de imagem (Rx e TC de tórax), que evidenciavam o acometimento de 2/3 do corpo esternal. Fez-se então exames laboratoriais rotineiros, que se mostraram dentro dos limites da normolidade e procedemos à biópsia incisional da lesão, tomando o cuidado em deixar a incisão em local de fácil remoção quando dacirurgia definitiva. A anatomia patológica mostrou-se tratar de condrossarcoma esternal. Programamos então a realização da cirurgia definitiva caracterizada por esternectomia quase total com margem cirúrgica de 5 cm em todas as direções. A reconstrução da parede torácica se deu com um sanduíche de 2 telas de prolene, intermediadas por

metilmetacrilato. Cobriu-se a referida prótese com o músculo peitoral maior. Devido a abertura das cavidades pleurais e do extenso descolamento tecidual, indicou-se a drenagem torácica bilateral em regime fechado e a colocação de dreno de Portovac. A evolução pós-operatória foi excelente com alta hospitalar no 8º DPO, após a retirada dos drenos. Encontra-se em ótimo estado geral no 8º mês de pós-operatório.

PO004 TUMORES TORÁCICOS SINCRÔNICOS- RELATO DE CASO

VICENTE GUERRA FILHO; ALEXANDRE VINHAL DESIDERI; ADRIANO LANA PEREIRA; CINTHIA CARDOSO MOREIRA
HOSPITAL SANTA TEREZINHA, RIO VERDE, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOMA; ADENOCARCINOMA; PAREDE TORÁCICA

A paciente LRN, 54 anos foi encaminhada para avaliação de massa volumosa em parede torácica com 6 meses de evolução e causando dores intensas associado a limitação funcional da articulação acrômio-clavicular direita. Foram solicitados Rx e TC de tórax com evidenciação de tumor volumoso emm parede torácica direita e também lesão em segmento 6 à esquerda de aproximadamente 2x2 cm de características neoplásicas. Foram solicitados os exames pré-operatórios e avaliação cardiológica, todos dentro de normalidade. Realizou-se primeiramente um biópsia incisional da massa em parede torácica e posteriormente biópsia transtorácica guiada por TC de tórax. Os resultados da anatomia patológica evidenciaram presença de sarcoma fusiforme mixóide de parede torácica e adenocarcinoma moderadamente diferenciado em segmento 6. A primeira cirurgia foi feita em conjunto.Inicialmente mediastinoscopia e biópsia pré-escalênica para estadiamento da neoplasia torácica associada a exérese do sarcoma de parede torácica. Em um segundo tempo procedemos à lobectomia inferior esquerda, uma vez que o estadiamento não mostrou positividade tumoral. A segunda cirurgia foi radical e caracterizou estadiamento introperatório T1N0M0. A paciente encontra-se no 3º mês de pós-operatório em ótimo estado geral e realizando QT para complementação do tratamento do sarcoma.

PO005 FERIMENTO CARDIO-PULMONAR POR FIO DE KIRSCHNER

AHMAD ABDUNY RAHAL
CLINAR, SANTA RITA DO SAPUCAI, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FERIMENTO CARDIO-PULMONAR; FIO DE KIRSCHNER; FRATURA DE ÚMERO

Introdução: Relata-se caso incomum de migração de órtese de síntese óssea (Fio de Kirschner), utilizado em fixação de fratura de ombro esquerdo, levando a ferimento cardio-pulmonar. Os fios de Kirschner (F.K.) são amplamente utilizados em todo o mundo, em diversas especialidades cirúrgicas, como elemento de síntese entre ossos compactos e tendões, e na síntese inter-óssea. **Caso:** J.B.R., masculino, 73 anos, portador de hipertensão arterial, fazendo uso regular de inibidor de ECA, e sem outras co-morbidades, sofreu queda em escada com fratura de úmero esquerdo, sendo internado e submetido cirurgia de osteossíntese com F.K., onde se colocaram três elementos de rosca cortical de contenção, sob anestesia de bloqueio braquial e sedação, sob radioscopia e radiografia de confirmação. Apresentou boa evolução, recebendo alta no 2º dia de pós-operatório, com medicação analgésica oral e imobilização. Em 11º dia de pós-operatório retornou com seu facultativo, referindo forte dor torácica alta à esquerda durante a noite anterior, e que persistia apesar da medicação em uso. Pedido radiograma torácico e de ombro, que mostraram a presença de apenas dois fios no MSE e um deles em posição intratorácica e intrapleural. Realizado exame de tomografia computadorizada de Tórax que mostrou elemento de síntese (FK), intrapleural e intraparenquimatoso pulmonar, próximo a Aorta descendente. Internado para cirurgia de remoção do FK, foi operado inicialmente por CTVA, que localizou o FK, em posição intrapulmonar, foi isolado da Aorta descendente, porém durante as tentativas de rotação para sua remoção, apresentou tamponamento cardiaco por hemopericárdio e hemoptise. Foi submetido à toracotomia anterior no IV EICE, identificado FK penetrando ao saco pericárdico e hemopericárdio com tamponamento. Feita Pericardiotomia com rápida melhora hemodinâmica e sangramento em transição AV por perfuração de VE, realizada miocardiorrafia, revisão de hemostasia pulmonar em LSE e LIE, pericardiorrafia, toracostomia com drenagem fechada. Evoluiu de maneira satisfatória tanto pelo aspecto pulmonar, cirúrgico e hemodinâmico. Recebeu alta da UTI no 3º P.O., dreno pleural retirado no 6º P.O. e alta hospitalar no 8º P.O., sem apresentar alterações ao ECG e apenas poucas atelectasias laminares em região basal de HTE. Apresentou boa recuperação cardio-pulmonar e ortopédica, até cerca de 30 meses de pós-operatório. Discussão: Os acidentes e deslocamentos dos materiais de síntese ortopédica podem ocorrer, quando colocados em qualquer local de fratura, gerando diversas complicações, com quaisquer materiais que se possa pesquisar na literatura médica. Material de síntese se rompe, esgarçamento de tecido e perda da contensão, fratura de bordos ósseos, ou ainda deslocamento desse material dos ossos migrando a tecidos e órgão vizinhos, por contigüidade ou embolização arterial e venosa, causando ferimentos danosos, e por vezes fatais. No presente caso teve favorável desfecho graças à rápida intervenção cirúrgica, porém cumpre ressaltar que devido às possibilidades de complicações deve ser realizado por cirurgião torácico, sempre que possível, e pela via de acesso que melhor couber a experiência e prática do cirurgião. **Referências Bibilográficas:** [Vídeo-assited thoracoscopic surgery for migration of an orthopedic fixation wire in the mediastinum: report case]. Kamiyoshihara M., et al; Kyobu Geka, 58(5): 403-5, May 2005. [Migration of the wire after osteosynthesis]. Fueter-Tondury M.; Schweiz Med Wochenschr, 106(52):1890-6, Dec 1976. Intrathoracic migration of a Kirschner wire. Fuster S, Palliso F, Combalia A, Sanjuan A, Garcia S. Injury, 21(2): 124-6, 1990 Mar. Kirschner wire embolization to the heart: an unusual cause of pericardial tamponade. Goodsett JR, Pahl AC, Glaspy JN, Schapira MM. Chest,115(1):291-3,Jan 1999. Chronic heart perforation with 13.5 cm long Kirschner wire without pericardial tamponade: an unusual sequelae after shoulder fracture. Medved I, Simic O, Bralic M, Stemberga V, Kovacevic M, Matana A, Bosnar A. Ann Thorac Surg.;81(5):1895-7Ann Thorac Surg. 2006 May;81(5):1895-7; May 2006. Migration of a Kirschner wire used in the Migration of a Kirschner wire used in the fixation of a subcapital humeral fracture, causing cardiac tamponade: case report and review of literature. Am J Forensic Med Pathol, 2007 Jun; 28(2): 155-6.

PO006 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO ENTRE MÉDICOS DE SÃO LUÍS DO MARANHÃO

ALCIMAR NUNES PINHEIRO; LORENA ROSA VASCONCELOS DE ARAÚJO; ADEN LUIGI CASTRO TESTI; EDSON VIRIATO MEMÓRIA; THIARA CASTRO DE OLIVEIRA
UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; MÉDICOS; CAMPANHAS ANTITABÀGICAS

Introdução: Antigamente, o tabagismo era visto como um estilo de vida e, hoje, ele é a principal causa evitável de doenças e morte prematura no mundo, sendo a maior causa isolada de mortes na sociedade contemporânea. Daí, passou a ser considerado um sério problema de saúde pública. Esta grave situação pode ter seu impacto diminuído se grandes contingentes da população abandonarem o tabagismo. Para isso, é necessária a ajuda de pessoas que sejam líderes ou formadores de opinião, podendo constituir-se em eficientes colaboradores de uma campanha antifumo, como é o caso dos médicos. Assim, é imperioso que o médico não fume ou, ao menos, evite fumar em público e nunca à frente dos pacientes, para dar o exemplo. **Objetivo:** Determinar a prevalência de tabagismo na categoria médica da cidade de São Luís-MA, em 2008. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, do tipo inquérito, predominantemente descritivo, realizado entre outubro de 2007 a maio de 2008, com os médicos de São Luís, Maranhão, cadastrados no CRM-MA. A amostra foi de 156 médicos, baseando-se na estimativa de que 15% da população desta cidade sejam fumantes e considerando erro alfa de 5% e intervalo de confiança de 95%. Os dados foram coletados através de um questionário elaborado pela OMS (1983) para estudos de tabagismo entre profissionais de saúde. Esses dados foram digitados e analisados, respectivamente, no Epi-Info 3.2.2 e Stata 8.0. O teste qui-quadrado foi utilizado para análise estatística. Resultados: Dos 156 médicos, 58,97% eram do sexo masculino, havendo variação de idade entre 23 e 62 anos, com média de 35,67 anos. Quanto à prevalência de tabagismo: 84,62% declararam-se não fumantes, 8,97% enquadraram-se como ex-fumantes e 6,41% classificaram-se como fumantes, sendo 3,85% fumantes regulares e 2,56% fumantes ocasionais. Considerando o tabagismo regular e o gênero, a distribuição foi de 1,56% entre as mulheres e de 5,43% entre os homens ($p>0,05$). Ao analisar a idade dos fumantes, observou-se que 70% estavam abaixo dos 41 anos, sendo a maioria do sexo masculino, 85,71% ($p<0,05$). Com relação às especialidades médicas, a maior prevalência de fumantes foi encontrada entre os ginecologistas-obstetras, 25%, seguido dos clínicos e cirurgiões, 7% e 4,4%, respectivamente. A média do consumo de cigarros, em maços/ano, foi de 5,34 e, em cigarros/dia, foi de 6,16. A média da idade de início do hábito tabágico foi de 19,5 anos, existindo diferença significativa ($p<0,001$) entre os sexos: todos os homens iniciaram antes dos 18 anos e todas as mulheres, depois dos 20 anos. A motivação apontada para

iniciar este hábito foi a influência dos amigos, 50%, e a vontade própria, 50%. CONCLUSÃO: Percebe-se que a prevalência de tabagismo entre os médicos de São Luís – MA (6,41%) é inferior à brasileira, mas ainda inaceitável para a classe médica. Isso demonstra a necessidade de campanhas antitabágicas, entre os médicos, mais conscientizadoras da sua importância como exemplos à sociedade.

PO007 PNEUMONIA LIPÓIDE: RELATO DE CASO

ALESSANDRA FRACARO CAMARGO; MORGANA PERELLES; EDUARDO FELIPE BARBOSA SILVA; RITA HELOÍSA MENDES; SILVANA AUGUSTA JACARANDÁ DE FARIA; LUCIANA DE FREITAS VELLOSO MONTE; RODRIGO ABDALLA DE VASCONCELOS

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA LIPÓIDE; SÍNDROMES ASPIRATIVAS; BRONCOFIBROSCOPIA

Introdução: Doença rara, a Pneumonia Lipóide exógena é causada pela aspiração crônica de emulsões lipídicas. De apresentação clínica, geralmente é assintomática, e quando estão presentes os sintomas são inespecíficos, destacando-se desta forma a importância de uma anamnese ao evidenciar a exposição a potenciais agentes causadores. Exames complementares como a tomografia computadorizada e a broncofibroscopia com lavado broncoalveolar também são importantes no diagnóstico. O tratamento consiste na suspensão da exposição ao agente oleoso. Corticosteróides têm sido utilizados sem eficácia comprovada. **Objetivos:** Relatar um caso de Pneumonia Lipóide exógena em Pediatria. Métodos: Relato de caso e revisão de literatura. Resultados: Pré-escolar, 2a7m, natural e procedente de Minaçu (GO). Genitora relatava história de tosse, febre e dispnéia recorrentes há 4 meses. Tratamento para pneumonia comunitária neste intervalo em 4 ocasiões com antibioticoterapia inespecífica, havendo melhora parcial dos sintomas. Fazia tratamento para constipação intestinal com óleo mineral, tendo tosse e engasgos durante a ingestão da medicação. Radiografia de tórax evidenciava opacidades em bases pulmonares repetidas vezes. Tomografia computadorizada de tórax apresentava áreas salpicadas difusas com consolidações. Submetida a broncofibroscopia cujo lavado broncoalveolar realizado em brônquio do lobo inferior esquerdo demonstrava aspecto leitoso e cuja análise do mesmo revelou numerosos macrófagos com acúmulo de gordura em seu interior. Fez-se a suspensão do óleo mineral e introdução de corticoterapia. Encontra-se atualmente em acompanhamento ambulatorial na Pediatria com melhora clínica. Conclusões: Os autores chamam atenção para a grande importância da história clínica no diagnóstico desta patologia, bem como na contribuição da tomografia computadorizada, demonstrando áreas de consolidações, e da broncofibroscopia no diagnóstico desta entidade pouco comum.

PO008 ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH: VALIDAÇÃO PARA O PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL

ALESSANDRA NAIMAIER BERTOLAZI; SIMONE CHAVES FAGONDES; CHRISTIANO PERIN; ANGELA BEATRIZ JOHN; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH; SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA; ESTUDOS DE VALIDAÇÃO

Introdução: A Escala de Sonolência de Epworth (ESS) é amplamente utilizada na avaliação subjetiva da sonolência diurna em pacientes com transtornos do sono. No entanto, a ESS não foi validada no Brasil até o momento. Objetivo: Validar a ESS para a língua portuguesa falada no Brasil. **Métodos:** A versão da ESS para o português falado no Brasil (ESS-BR) foi desenvolvida de acordo com as seguintes etapas: a) tradução; b) retrotradução; c) comparação da tradução e retrotradução por um grupo de especialistas; d) aplicação em bilíngües. A ESS-BR foi posteriormente aplicada em pacientes de 18 a 65 anos, com diagnóstico clínico de ronco primário, insônia psicofisiológica/idiopática e Síndrome da Apnéia-Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS), que realizaram o exame de polissonografia de noite inteira (PSG) no período de Janeiro de 2006 a Setembro de 2007, no Laboratório do Sono do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Um grupo controle foi composto por indivíduos que não apresentavam queixas relacionadas ao sono e cujo resultado da PSG foi normal. Resultados: Um total de 114 pacientes (34 com ronco primário, 21 com insônia e 59 com SAHOS) e 21 controles completaram a ESS-BR e realizaram a PSG. Não observou-se dificuldade no entendimento das questões que compõem a escala. O coeficiente de confiabilidade (alfa de Cronbach) dos 8 itens da escala foi de 0,83, indicando alto grau de consistência interna. A média ± desvio padrão (DP) dos escores da ESS-BR nos grupos foi de: 5,2 ± 3,0 nos controles; 8,8 ± 3,4 no ronco primário; 5,3 ± 2,6 na insônia; 13,5 ± 5,1 na SAHOS. Demonstrou-se diferenças significativas nos escores do ESS-BR entre os quatro grupos ($p<0,001$). Testes Posthoc de Duncan entre grupos pareados mostraram que, em relação aos controles, os escores nos grupos de pacientes com SAHOS e ronco primário foram significativamente maiores ($p<0,05$) o que não ocorreu com relação ao grupo de insônia ($p>0,05$). Quando comparados SAHOS e ronco primário, os escores do primeiro grupo foram significativamente maiores que os do segundo ($p<0,05$). Conclusão: Os dados desse estudo demonstram que a ESS-BR é um instrumento facilmente aplicado em indivíduos em avaliação de sonolência diurna, sendo equivalente à sua versão original, quando aplicada em indivíduos de língua portuguesa falada no Brasil.

PO009 VIDEOPERICARDIOSCOPIA PARA DERRAMES PERICÁRDICOS INDETERMINADOS: MELHORANDO A SENSIBILIDADE DA BIÓPSIA DE PERICÁRDIO

ALESSANDRO WASUM MARIANI[1]; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES[2]; FABIO FERNANDES[3]; BARBARA M IANNI[4]; FÁBIO BISCEGLI JATENE[5]

1,2,5.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3,4.DISCIPLINA DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: VIDEOPERICARDIOSCOPIA; DERRAME PERICÀRDICO ; PERICÀRDIO

Introdução: Os derrames pericárdicos de etiologia indeterminada, muitas vezes, representam um desafio diagnóstico. A biópsia pericárdica é um recurso que possui alta especificidade, porém, com baixa sensibilidade. O advento da videocirurgia abriu uma nova perspectiva, pois permite direcionar área mais adequada a ser biopsiada. **Objetivo:** Demonstrar a utilidade da videopericardioscopia no diagnóstico de derrames pericárdicos de etiologia indeterminada. **Método:** Estudo retrospectivo baseado em dados coletados de prontuários de pacientes que foram submetidos a videopericardioscopia por via subxifoídea para diagnóstico e tratamento de derrames pericárdicos de origem indeterminada. **Resultados:** Entre Janeiro de 1998 a Junho de 2007, 103 pacientes foram submetidos ao procedimento para investigação e tratamento de derrames pericárdicos indeterminados. Dez pacientes foram excluídos devido a dados incompletos. Dados demográficos: 51 pacientes do sexo masculino; idade média 52 anos (mínimo 14 e máximo 76 anos). Todos os pacientes apresentavam moderado ou importante derrame pericárdico avaliado por ecocardiografia ou tomografia computadorizada de tórax. Os diagnósticos estabelecidos foram: pericardite inespecífica, 50 casos (53,76%); doença neoplásica, 24 casos (25,80%); tuberculose, 11 casos (11,82%); processo bacteriano, 3 casos (3,22%); quilopericárdio, 2 casos (2,15%); infecção fúngica, 2 casos (2,15%); infecção viral, 1 caso (1,07%). A videopericardioscopia garantiu um melhor índice de diagnósticos etiológicos, 46,26% em comparação com 10,5% descrito em relato prévio de nosso próprio serviço com 38 casos de biópsia pericárdica realizados sem o auxílio da videocirurgia. O maior ganho foi garantido pelo melhor desempenho da biópsia pericárdica que foi responsável por 37,63% dos diagnósticos etiológicos, enquanto a análise do líquido isoladamente esclareceu 13,97% dos casos. Todos os pacientes apresentaram melhora imediata dos sintomas após o procedimento. O índice geral de complicações foi de 4,3%, com apenas um óbito devido a tamponamento cardíaco. A complicação mais freqüente foi a presença de arritmias no transoperatório que, na maioria dos casos, eram revertidas com a retirada dos instrumentais de dentro da cavidade pericárdica. **Conclusão:** A videopericardioscopia é um método seguro e eficiente para a melhora da sensibilidade da biópsia pericárdica no diagnóstico de derrames pericárdicos indeterminados, por meio da visualização da cavidade pericárdica, além de apresentar resultados terapêuticos satisfatórios.

P0010 TRANSPLANTE PULMONAR EM PACIENTE DEPENDENTE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA – RELATO DE CASO

ALESSANDRO WASUM MARIANI[1]; RAFAEL CARRARO[2]; MARCOS NAOYUKI SAMANO[3]; JOSÉ EDUARDO AFONSO JÚNIOR[4]; MARLOVA LUZZI CARAMORI[5]; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES[6]; FÁBIO BISCEGLI JATENE[7]

1,3,6,7.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,4,5.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE PULMONAR; VENTILAÇÃO MECÂNICA ; PRÉ-OPERATÓRIO

Introdução: A ventilação mecânica pré-operatória é considerada uma contra-indicação relativa a realização de transplante pulmonar. A longa espera em lista pode fazer com que os pacientes piorem e, em alguns casos, necessitem de ventilação mecânica. Trabalhos publicados apresentam resultados conflitantes em relação ao prognóstico desses pacientes após o transplante. Objetivo: Apresentar um caso de transplante pulmonar em paciente dependente de ventilação mecânica com revisão de literatura. Relato de caso: Paciente de 20 anos, sexo feminino, portadora de fibrose cística desde 1 ano de idade, incluída em lista para transplante pulmonar em 2006. Nos últimos seis meses em fila houve rápida deterioração clínica, com quatro internações prolongadas e uso de antibioticoterapia terapêutica, sendo que na última apresentou descompensação severa necessitando de ventilação mecânica. Neste momento, houve notificação de um doador compatível. A paciente apresentava-se sedada, com suporte ventilatório invasivo havia três dias, recebendo antibióticos de largo espectro, estável hemodinamicamente e sem uso de aminas vasoativas. Optando-se pela realização do transplante, foi submetida ao implante bilateral seqüencial com necessidade de circulação extra-corpórea (CEC). O tempo de isquemia total foi de 493 minutos. Houve síndrome de reperfusão e resposta inflamatória sistêmica (SIRS) grave, com instabilidade hemodinâmica, mas melhora gradativa a partir do 2ºPO. O tempo de ventilação mecânica pós-operatória foi de 5 dias. Atualmente está em bom estado geral, SpO2 92-93% em ar ambiente. Segue em programa de treinamento fisioterápico, sem sinais de processo infeccioso atual não-controlado ou disfunção de outros órgãos vitais. Discussão: Dados do registro internacional de transplantes identificaram a presença de ventilação mecânica no período pré-operatório imediato como um fator de risco associado a maior mortalidade no pós-operatório (risco relativo=1.85). A incidência aumentada de colonização de vias aéreas e efeitos deletérios do período de imobilidade são razões apontadas para este impacto desfavorável no resultado. Entretanto, trabalhos prévios demonstram que a seleção adequada destes doentes possibilita a obtenção de uma curva de sobrevivência em 1 ano próxima à de pacientes não dependentes de ventilação mecânica (78% e 83%, respectivamente). Em nosso caso apesar da insuficiência respiratória aguda e quadro infeccioso, a paciente possuía boa reserva funcional dos demais órgãos e encontrava-se estável clinicamente. **Conclusão:** Apesar do direcionamento da literatura apontando a maior mortalidade no transplante pulmonar realizado no paciente em vigência de ventilação mecânica é possível a obtenção de bons resultados, desde que haja rigor na indicação, estabilidade clínica e nenhuma disfunção de outros órgãos.

PO011 CONTRIBUIÇÃO DO ÍNDICE DE BODE NA PRÁTICA AMBULATORIAL UTILIZANDO A CLASSIFICAÇÃO DO GOLD.

ALEX AMARANTE COSTA[1]; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA[2]; ROGÉRIO RUFINO[3]; ARNALDO JOSE NORONHA FILHO[4]; MARGARETH MARTINS GOMES[5]; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA[6]; MIRIAN DIAS GUERRA[7]

1,2,3,4,5,6.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA FCM/UERJ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 7.FISIOTERAPIA DO SETOR DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA FCM/UERJ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; BODE; PROGNÓSTICO

Introdução A Doença Pulmonar Obstrutiva Cônica (DPOC) é muito comum e responsável por alto índice de mortalidade e de internações hospitalares. Recentemente, foi publicado um índice para avaliar os pacientes com DPOC (índice de BODE). Esta ferramenta reúne a avaliação do VEF1 (% do teórico), IMC (Índice de Massa Corpórea), distância percorrida no teste da caminhada (TC) de 6 minutos e a avaliação da dispnéia através do MMRC (Modified Medical Research Council), fornecendo um índice final que varia entre 0-10, sendo os valores mais altos relacionados a pior prognóstico. Objetivo Avaliar os pacientes regularmente acompanhados no ambulatório utilizando o índice de BODE. Métodos No período de julho de 2007 a junho de 2008 foram avaliados 157 pacientes com DPOC estável há pelo menos 3 meses no ambulatório do HUPE. Destes, 132 pacientes realizaram todos os procedimentos necessários para o cálculo do índice de BODE. Os demais foram excluídos pela presença de doenças cardiovasculares ou por incapacidade de realizar o teste da caminhada (doença osteoarticular ou necessidade de oxigênio). As exacerbações da doença e a necessidade de internação hospitalar têm sido registradas. Os pacientes foram classificados como tendo doença leve, moderada, grave ou muito grave, de acordo com a classificação do GOLD. As distâncias percorridas no teste da caminhada (TC) de 6 minutos foram comparadas aos valores teóricos previstos, resultando em dados percentuais (TC%). **Resultados:** Foram avaliados 13 pacientes com DPOC leve (VEF1% > 80), os quais apresentaram TC% dentro da normalidade (100% + 18.63) e índice de BODE entre 0 (8 pacientes) e 1 (5 pacientes). Não houve correlação entre o índice de BODE e VEF1% ou TC%. Os 48 pacientes com DPOC moderada (VEF1% >50-80) tiveram média do VEF1% de 62,44 + 9,24, TC% 92,24 + 23,83 e índice de BODE 1,56 + 1,45. Houve correlação entre índice de BODE e VEF1% (r= -0,58;p<0,0001) e TC% (r= -0,29; p=0,04). Verificando os 54 pacientes com DPOC grave (VEF1% >30 - 50), observamos queda do TC% (81,60 + 19,44) e uma forte correlação entre este teste e o índice de BODE (r= -0,62; p<0,0001). Também houve correlação entre o índice de BODE e o VEF1% (r= - 0,41; p=0,0018) apesar da ampla variação deste índice nos pacientes com doença grave (média 3,44 + 1,59). Nos pacientes classificados como muito grave (VEF1%< 30) observamos variabilidade ainda maior do índice de BODE, em relação aos pacientes com doença grave (média 6,11 + 2,42). Houve forte correlação negativa entre o índice de BODE e o TC% (r= -0,83; p<0,0001), mas não com o VEF1% (r= -0,36, ns). Conclusões O índice de BODE não se correlaciona com o VEF1% nos pacientes com doença leve e muito grave. Os pacientes com doença mais grave apresentam grande variação do índice de BODE, mas estes valores se correlacionam com o TC%. Esta informação sugere que os pacientes classificados como grave ou muito grave pelo GOLD podem não apresentar o mesmo prognóstico.

P0012 PNEUMONIA POR HIPERSSENSIBILIDADE: RELATO DE CASO

ALEX AMARANTE COSTA; ARNALDO JOSE NORONHA FILHO

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA FCM/UERJ-HOSPITAL UNIVRSITÁRIO PEDRO ERNESTORIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA POR HIPERSSENSIBILIDADE; DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR; RELATO DE CASO

Introdução: A pneumonia de hipersensibilidade é uma doença de natureza imunológica secundária à inalação crônica de poeiras orgânicas ou químicas. O diagnóstico na sua fase crônica é difícil devido à apresentação clínica e radiológica semelhante à de outras doenças intersticiais, sendo freqüentemente necessária a realização de biópsia pulmonar para seu diagnóstico. **Objetivo:**Relatar um caso de pneumonia por hiperssensibilidade em paciente exposta a pássaros. **Relato de caso:** paciente feminina, 60anos, casada, auxiliar administrativa, natural e residente do Rio de Janeiro. Início do quadro clínico em 2007, com tosse seca , dispnéia aos médios esforços e febrícula, sendo realizado vários tratamentos para pneumonia atípica com macrolídeos e quinolona respiratória. HP: ex-tabagista(CT:15maços-ano) parou há 18anos. **História epidemiológica**: possui 28 pássaros. Exame físico sem alterações. Sorologia para Clamídia, Micoplasma e Pneumocistis jiroveci negativa. Exames laboratoriais normal. Broncoscopia flexível(2007): normal, com exame citológico e micobacteriológico negativo. Prova de função respiratória: CVF reduzida sugerindo distúrbio ventilatório restritivo leve. Radiografia de tórax (figura 1 e 2): infiltrado pulmonar de aspecto intersticioalveolar bilateral com mudanças de localização ao longo de radiografia sucessivas. Paciente encaminhada oito meses após quadro clínico inicial, para realização de biópsia pulmonar. Devido ao quadro clínico-radiológico-epidemiológico, foi suspeitado de pneumonia por hiperssensibilidade. Paciente foi afastada dos pássaros, com melhora clínica-funcional e com a radiografia tornando-se normal (figura3). **Conclusão:** Conclui-se que o diagnóstico necessita profunda abordagem para possíveis exposições ambientais, de alto índice de suspeita e de extensa investigação para confirmar seu diagnóstico e afastar outros possíveis diagnósticos diferenciais. A exposição contínua e a conseqüente resposta inflamatória podem levar à destruição pulmonar progressiva e irreversível

se este diagnóstico não for suspeitado. Uma vez diagnosticada, o paciente deve, na medida do possível, ser afastado da fonte antigênica ou diminuída ao máximo sua exposição. Nos casos sintomáticos, está indicada a terapia corticosteróide em doses imunossupressoras, sendo necessária documentação radiológica e espirométrica da melhora clínica, uma vez que existe importante dissociação clínico-laboratorial.

PO013 BACTÉRIAS MULTI – RESISTENTES EM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL SOUSA MARTINS

ALEXANDRA ISABEL TAMEM BENTO; CARLA ANTONIO; ANA PAULA GONÇALVES

HOSPITAL SOUSA MARTINS, GUARDA, PORTUGAL

PALAVRAS-CHAVE: INFECOES RESPIRATORIAS; BACTERIAS MULTIRESSISTENTES; STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO – RESISTENTE

Introdução: Diversos estudos têm demonstrado uma incidência crescente por agentes multirresistentes em doentes em regime de internamento. Entre esses agentes incluem-se: Staphylococcus aureus meticilino - resistente, a Pseudomonas aeruginosa e o Acinetobacter baumannii. **Objectivo:** Melhor conhecimento da população bacteriana nas infecções respiratórias no Serviço de internamento de Pneumologia bem como das suas resistências aos antibióticos. **Material e Método:** Os autores realizaram um estudo retrospectivo dos agentes bacterianos em infecções respiratórias, isolados em amostras colhidas nas secreções respiratórias de doentes internados no serviço de Pneumologia do Hospital Sousa Martins no periodo de um ano. Demos ênfase aos agentes multi – resistentes. Para cada agente abordamos as características epidemiológicas e comorbilidades associadas; proveniência, tempo médio internamento e destino dos doentes; o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos.Resultados: Durante o ano de 2006 ocorreram 826 internamentos, com uma demora média de 9.92 dias e uma taxa de mortalidade de 9.44%. Realizados 351 exames bacteriológicos das secreções respiratórias e isolado agentes bacterianos em 63 exames (17,94%). Os agentes isolados foram: 2 Serratia, 2 Haemophilus influenza, 1 Haemophilus parainfluenza, 6 Escherichia coli, 1 Proteus mirabilis, 2 Citrobacter, 3 Pseudomonas aeruginosa, 1 Enterobacter, 26 Staphylococcus aureus meticilino - resistente, 1 Staphylococcus aureus, 2 Pneumococos , 4 Klebsiella, 2 Acinetobacter baumanii. **Conclusão:** Dos agentes encontrados o Staphylococcus aureus meticilino – resistente foi o agente mais isolado.

PO014 GRANULOMATOSE LINFOMATÓIDE OU LINFOMA PULMONAR?

ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; SERVULO AZEVEDO DIAS JÚNIOR; CRISTIANE WU; FABIOLA DEL CARLO BERNARDI; JULIANA NEVES RAVANINI; ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ SANTANA; TELMA ANTUNES; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: GRANULOMATOSE LINFOMATÓIDE; LINFOMA; VASCULITE

Introdução: Previamente conhecida como linfoma angiocêntrico de células T, a granulomatose linfomatóide é agora entendida como uma rara doença linfoproliferativa de células B, variavelmente agressiva, pobremente responsiva ao tratamento e relacionada com infecção pelo vírus Epstain-Barr. Normalmente ocorre entre a quarta e sexta décadas de vida e tem uma maior incidência em indivíduos imunossuprimidos, particularmente naqueles com HIV, mas não é exclusiva desse grupo de pacientes. Pode acometer pele, rins, fígado e sistema nervoso central, porém, os pulmões são os órgãos mais freqüentemente envolvidos. **Objetivo:** Descrever os casos de Granulomatose Linfomatóide atendidos no ambulatório de Vasculites do HCFMUSP. Métodos: Série de casos retrospectiva com revisão de prontuário. **Resultados:** No nosso serviço foram atendidos 13 casos de granulomatose linfomatóide, sendo 7 mulheres e 6 homens, média de idade 37,6 anos (de 23 a 70 anos) ao diagnóstico. Destes, três pacientes apresentaram biópsia compatível com linfoma em sítios diferentes, um submetido a quimioterapia com fludarabina e ciclofosfamida (pulmão), outro a radioterapia e interferon (pele) e outro a radioterapia e cirurgia (encéfalo e medula óssea). Nenhum paciente apresentava positividade para o HIV. Os dados sobre tratamento foram perdidos para um paciente, enquanto que todos os outros receberam prednisona em dose imunossupressora, dez pacientes receberam ciclofosfamida, um recebeu cloroquina, um recebeu azatioprina e um recebeu rituximab. Todos os pacientes tinham lesão pulmonar, a segunda lesão mais freqüente foi cutânea (3 pacientes, 23%). Durante o acompanhamento 5 pacientes foram a óbito (38%) por razões múltiplas. **Conclusão:** Os achados clínicos dos pacientes com granulomatose linfomatóide não são definidores da doença e se caracterizam por febre, tosse, dor pleurítica, mal-estar, perda de peso e febre. Radiologicamente notam-se nódulos pulmonares difusamente distribuídos e/ou massas cavitadas. A função pulmonar e os exames laboratoriais não revelam alterações específicas e o diagnóstico definitivo se dá através da biópsia pulmonar. A confirmação histopatológica da granulomatose linfomatóide requer a tríade: infiltrado linfóide polimórfico, invasão da parede de artérias e veias por células linfóides e áreas focais de necrose dentro dos infiltrados linfóides. Observa-se uma importante marcação de uma população de células T policlonais reativas e não-neoplásicas associada a uma população de linfócitos B monoclonais. A evolução para linfoma ocorre em alguns casos, podendo serem espectros diferentes da mesma doença. O curso clínico da granulomatose linfomatóide é variável. Vinte por cento podem apresentar remissão espontânea, entretanto, a maioria tem uma doença progressiva com uma sobrevida média de variando de 14 a 72 meses. Não há esquema terapêutico definido, embora séries retrospectivas e relatos de casos sugiram que os corticóides, os quimioterápicos e a ciclofosfamida devam fazer parte do tratamento.

PO015 PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA, SÍNDROME DE SJÖGREN E HIPERTENSÃO PULMONAR

ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; GABRIEL FERREIRA ROZIN; RAFAEL SILVA MUSOLINO; MARISA DOLHNIKOFF; CARLOS VIANA POYARES JARDIM; ROGÉRIO SOUZA; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS CARVALHO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA; SÍNDROME DE SJÖGREN; HIPERTENSÃO PULMONAR

A Síndrome de Sjögren é uma desordem crônica inflamatória caracterizada por infiltração preferencial de células linfocíticas em glândulas salivares e lacrimais, raramente apresentando lesão pulmonar. Pode ocorrer de forma primária ou em associação a outras colagenoses. Dentre os vários acometimentos pulmonares, descreve-se a bronquiolite folicular, associada ou não a pneumonia intersticial linfocítica (PIL), e a hipertensão pulmonar (HP). Descrevemos um caso de uma paciente não tabagista de 55 anos com história de dispnéia progressiva aos esforços iniciada um ano antes do acompanhamento em nosso serviço, além de xeroftalmia e xerostomia. Não havia sinais de doença articular, cutânea ou renal. Já estava em uso de prednisona 1mg/kg/dia e havia realizado biópsia pulmonar. Exames laboratoriais mostraram FAN 1/320 padrão citoplasmático reticular, fator reumatóide 779UI/ml e restante dos auto-anticorpos reumatológicos negativos; tomografia de tórax com várias lesões císticas e vidro despolido difuso; angiotomografia de tórax com aumento da artéria pulmonar e sem evidências de tromboembolismo pulmonar; prova de função pulmonar completa com diminuição isolada do DLCO (43%), e ecodopplercardiograma com pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 90mmHg. Decidido por cateterismo de câmaras direitas que mostrou pressão arterial pulmonar média de 57mmHg, pressão de oclusão de artéria pulmonar de 6mmHg e débito cardíaco de 3,4l/min. Colhido peptídio natriurético cerebral (BNP) de 508pg/ml; feito teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) de 380 metros com variação da saturação periférica de oxigênio de 87% a 83%. Revisão da biópsia pulmonar mostrou bronquiolite folicular e remodelação vascular grau II (Heath-Edwards), biópsia de lábio confirmou diagnóstico de Sjögren primária. Iniciado sildenafil 60mg/dia e pulsoterapia com ciclofosfamida 600mg/mês, com queda do BNP para 194pg/ml, aumento de distância ao TC6M (441m) e melhora da saturação periférica basal de oxigênio para 92%. A associação entre PIL e Sjögren é conhecida, com evolução habitualmente benigna. Nos casos onde há hipertensão pulmonar associada não há tratamento bem estabelecido. Há na literatura apenas um caso descrito de PIL e HP em um paciente HIV positivo, aproximadamente 20 casos descritos de Síndrome de Sjögren e HP. Este, em nosso conhecimento, é o primeiro caso de HP, PIL e Síndrome de Sjögren.

PO016 **O QUE É, O QUE É? MULHER JOVEM NÃO FUMANTE COM PNEUMOTÓRAX E CISTOS PULMONARES**

SUZANA PINHEIRO PIMENTA; ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ SANTANA; BRUNO GUEDES BALDI; PEDRO MEDEIROS JUNIOR; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS CARVALHO
HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SINDROME BIRT-HOGG-DUBÉ; CISTOS PULMONARES; DOXICICLINA

Paciente sexo F, 44 anos, iniciou em 2004 dispnéia aos esforços e 1 episódio de pneumotórax espontâneo em 2005. Mãe e 2 irmãos com história de pneumotórax espontâneo de repetição. Na TCAR evidenciaram-se cistos difusos e bolhas subpleurais. Realizada pleurodese e biópsia de pulmão e estabelecido diagnóstico de linfangioleiomiomatose pulmonar (LAM). Iniciado em 2005 tratamento com análogo de GnRh, sem melhora da dispnéia. Em 2006 optado por doxiciclina 100mg/dia por 6 meses, sendo realizada avaliação nos meses 0, 3 e 6 através de prova função pulmonar completa (PFP), tomografia de tórax de alta resolução, questionário de qualidade de vida (SF36), dosagem de metaloproteinases (MMP 2 e 9) urinária e sérica e teste de caminhada de 6 minutos com holter de oximetria (TC6M). Neste último a oximetria foi medida a cada 2 segundos, plotada em gráfico no programa EXCEL e então obtida a área total da saturação de oxigênio (SaO2). Esta área foi dividida pela distância caminhada em metros (m) obtendo-se o índice SaO2/m. A redução deste índice pós doxiciclina demonstra melhora funcional. Na PFP, CVF pré doxiciclina 2,87 L e pós 3,12 L , DLCO pré 16,84 e pós 19,7 ml/min/mmHg, além de redução da VR/CPT de 137% para 97%. No TC6M, queda no índice de 2,2 para 1,7 e incremento de 33 metros na distância percorrida. Importante melhora no domínio limitação física do SF 36 (pré 0 e pós 75 ± 43). Em 2007 surgiram lesões em face evidenciadas como acrocordons na biópsia cutânea. Este achado, associado à história familiar levou à revisão da biópsia pulmonar, confirmando o diagnóstico de síndrome de Birt-Hogg-Dubé (SBHD). Rara, a SBHD possui herança autossômica dominante, com mutação no gene FLCN (responsável também pela síndrome do Pneumotórax Espontâneo) caracteriza-se por cistos pulmonares, neoplasias cutâneas (acrocordons, fibrofoliculomas), renais (carcinoma) e intestinais e não possui atualmente tratamento efetivo. A melhora clínica e funcional observada neste caso após uso da doxiciclina sugere uma possibilidade terapêutica para a SBHD, porém uma coorte com número maior de casos é necessária.

PO017 **IMPACTO DA DOXICICLINA NO TRATAMENTO DA LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR**

SUZANA PINHEIRO PIMENTA; ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ SANTANA; BRUNO GUEDES BALDI; PEDRO MEDEIROS JUNIOR; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS CARVALHO
HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; METALOPROTEINASES; DOXICICLINA

Introdução: A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença rara que afeta mulheres em idade fértil, caracterizada por cistos pulmonares, redução de 75 ± 9 ml / ano no VEF1 e evolução para insuficiência respiratória crônica. Alguns estudos têm mostrado um aumento nas metaloproteinases (MMP) 2 e 9 na LAM, levando à degeneração do colágeno da matriz extracelular, disseminação de células LAM e fibrose pulmonar; a doxiciclina reduz os níveis de MMP, justificando sua indicação para esta doença. **Objetivos:** 1) avaliar o perfil clínico, funcional, radiológico e de qualidade de vida das pacientes portadoras de LAM tratadas com doxiciclina 2) dosar metaloproteinases 2 e 9, correlacionando os títulos com os parâmetros funcionais obtidos. **Métodos:** estudo clínico prospectivo com 31 pacientes (4 aguardam avaliação de 6 meses) recebendo doxiciclina 100 mg/dia por 6 meses. Elas foram submetidas à prova de função pulmonar completa (PFP), tomografia de alta resolução de tórax, questionário de qualidade de vida (SF36), dosagem de MMP 2 e 9 sérica e urinária e teste de caminhada de 6 minutos com holter de oximetria (TC6M). Neste último a oximetria foi medida a cada 2 segundos, plotada em gráfico no programa EXCEL e então obtida a área total da saturação de oxigênio (SaO2) . O endpoint primário consiste na resposta do índice SaO2/m, criado a partir da análise do TC6M e obtido pela razão entre a SaO2 e a distância caminhada em metros (m). A redução no índice pós doxiciclina demonstra melhora funcional e resposta ao tratamento. Variáveis contínuas são apresentadas como média ± desvio padrão e comparações analisadas por teste t. **Resultados:** 27 pacientes com idade média ao diagnóstico 40 ± 9 anos, sendo o principal sintoma dispnéia (89%). Pneumotórax ocorreu em 15 pacientes (56%) e angiomiolipoma em 44%. O diagnóstico foi estabelecido por biópsia pulmonar em 22/27 pacientes. MMP 2 sérica pré doxiciclina 546 e pós 448 pg/ml (p 0,024) e MMP 9 sérica pré 946 e pós 790 ng/ml (p 0,051). Quatorze pacientes reduziram e 13 estabilizaram ou aumentaram o índice. O grupo respondedor (N=14) apresentou discreta redução no VEF1 e na difusão (DLCO) pós doxiciclina, respectivamente 2,2 ± 0,58 L para 2,17 ± 0,61 L (p 0,436) e 17,6 ± 6,7 ml/min/mmHg para 16,6 ± 5,9 ml/min/mmHg (p 0,204). Em contraste, o grupo não respondedor (N=13) obteve importante queda no VEF1 de 1,66 L ± 0,85 para 1,53 L ± 0,86 (p 0,298) e queda de 1.6 ml/min/mmHg na DLCO. Conclusão: a doxiciclina mostrou-se efetiva em reduzir MMP sérica de pacientes com LAM, além de incrementar a condição funcional de um subgrupo destas pacientes.

PO018 **EXPOSIÇÃO AMBIENTAL E ACHADOS CLÍNICOS DOS 206 PACIENTES COM SARCOIDOSE ACOMPANHADOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP**

AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO; FABÍOLA GOMES RODRIGUES; ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ SANTANA; FÁBIO HENRIQUE ALDEGHERI PASCHOAL; CARLOS EDUARDO GALVÃO BARBOZA; CARLOS CARVALHO; RONALDO ADIB KAIRALLA
HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSE; EXPOSIÇÃO AMBIENTAL; DOENÇA GRANULOMATOSA

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica de etiologia desconhecida, atualmente compreendida como reação a um ou mais antígenos. Embora alguns fatores de risco ocupacional e ambiental tenham sido descritos, não há exposições comprovadamente relacionadas, e a lista de possíveis antígenos continua a aumentar. Nosso objetivo é descrever os achados clínicos e de exposição ambiental de uma série de pacientes. **Métodos:** Aplicação de questionários e revisão sistemática de prontuários médicos para acessar dados clínicos e ocupacionais ou de risco ambiental. Todos os pacientes do Ambulatório de Sarcoidose da Disciplina de Pneumologia do Hospital das Clínicas foram incluídos. Os dados dos pacientes ativos (consultas em 2007-8) foram colhidos por meio de questionário e revisão de prontuário. Os dados dos pacientes inativos (consultas de 2000 a 2006) foram colhidos por revisão de prontuário. **Resultados:** Foram listados 206 pacientes, dos quais 103 em atendimento recente e 93 inativos. A maioria dos pacientes é constituída de mulheres (71%). A distribuição racial foi 51% negros ou pardos, 47% brancos e 2% amarelos. A idade de início dos sintomas variou de 18 a 73 anos, com um pico entre 30 e 34 anos e outro, mais acentuado, aos 50-54 anos. A idade média de adoecimento foi de 46,1 anos. A classificação radiológica inicial foi grau 2 em quase metade dos pacientes (48%). Os órgãos mais envolvidos foram pulmões (66%), linfonodos (62%) e pele (33%). Confirmação histológica foi possível em 99% dos casos. O status tabágico foi distribuído da seguinte forma: 64% não fumantes, 28% ex-fumantes, 8% fumantes. Exceto pela atividade doméstica (25%), as atividades mais prevalentes foram relacionadas à indústria (12,1%), vendas (8,3%) e limpeza (7,6%). Os ramos industriais representados foram metal e eletrônicos (13,4%), têxtil (6,4%) e corantes (3,2%). Exposição doméstica a pássaros (36%) e mofo (42%) foi verificada. Tintura de cabelo periódica foi relatada por 47% dos pacientes, e processos de alisamento capilar por 27%. Três pacientes relataram pintura de cabelo como um fator temporalmente relacionado ao surgimento ou recrudescimento do eritema nodoso na região do pescoço ou couro cabeludo. **Conclusão:** Os dados clínicos e de exposição desta amostra são semelhantes aos reportados por outros centros. A relação da doença com a exposição a processos químicos de tintura e alisamento capilar precisa ser verificada por estudos analíticos.

PO019 SEQUESTRO PULMONAR INTRALOBAR ASSOCIADO À INFECÇÃO POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS

ALÍPIO BARBOSA BALTHAZAR[1]; ALBA BRAGA SALLES BALTHAZAR[2]; JULIANA FERREIRA JORGE[3]; FRANCISCO GUILHERME MAIS[4]; PAULO CELSO DELTREGGIA[5]; SILVIO MORAES DE RESENDE[6]; REYNALDO QUAGLIATO JÚNIOR[7]; EDUARDO MELO DE CAPITANI[8]

1,5,6,7,8.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL; 2,3,4.HOSPITAL FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MICOBACTERIA; SEQUESTRO PULMONAR; PNEUMONIA

Introdução: Seqüestro pulmonar é uma malformação congênita rara. Existem dois tipos de seqüestro pulmonar: o extralobar (encerrado dentro de sua própria membrana pleural) e o seqüestro pulmonar intralobar (SPI), definido como um segmento do parênquima pulmonar situado dentro do revestimento pleural normal do pulmão, não conectado à árvore traqueobrônquica e suprido por circulação arterial sistêmica anômala. O paciente com SPI geralmente tem história de pneumonia de repetição. Micobactéria não tuberculosa (MNT) refere-se a outras espécies de micobactérias que não as causadoras da hanseníase ou da tuberculose. Várias espécies já foram identificadas, entre elas, a Mycobacterium abscessus, um coco gram positivo, encontrado no ambiente (água, solo, poeira, animais e alimentos) de crescimento rápido em meio de cultura. A transmissão se dá por ingestão ou inalação de partículas contaminadas, não sendo relatado casos de contaminação interpessoal. O acometimento pulmonar é variado sendo comum a ocorrência de opacidades, bronquiectasias e cavitações. **Objetivo:** Relatar um caso de seqüestro pulmonar associado à infecção pelo micobacterium abscessus. **Método:** Relato de caso. **Resultado:** Paciente do sexo feminino, 61 anos, do lar, não tabagista, com antecedente de asma brônquica e história de pneumonia recorrente (5 episódios) durante os últimos 6 anos, manifestando-se geralmente com tosse seca, as vezes pouco produtiva, fadiga, inapetência e febre baixa. Referia também perda de peso lenta e gradual. Todos os episódios foram tratados com antibioticoterapia, com melhora clínica parcial. Durante investigação, realizou tomografia computadorizada de tórax com achados de bronquiectasias císticas em lobo inferior direito, com sinais de disseminação brônquica. Submetido a broncofibroscopia sem anormalidades e lavado brônquico que isolou o micobacterium abscessus. Posteriormente dois exames de escarro foram também positivos para o Ziehl Nielsen. Iniciado tratamento com imipenem + cilastina e claritromicina e após 30 dias de tratamento foi submetido à ressecção cirúrgica com sucesso, sendo feito o diagnóstico de seqüestro pulmonar no intra-operatório e confirmado pelo anatomopatológico. Conclusão: O seqüestro pulmonar deve ser pensado em todo paciente com quadros de pneumonias de repetição principalmente na base pulmonar E. O diagnóstico deve ser confirmado por tomografia de tórax (angiotomografia) e principalmente por arteriografia, para programação cirúrgica adequada. Os pacientes com diagnóstico de M. abscessus devem, além de um tratamento clínico prolongado, serem submetidos à ressecção cirúrgica para erradicação dessa micobactéria. Assim o procedimento cirúrgico foi terapêutico tanto para o seqüestro com também para a MNT sendo que nessa última complementar ao tratamento antimicrobiano.

PO020 CARCINOMA BRONQUÍOLO-ALVEOLAR EM PACIENTES JOVENS: RELATO DE DOIS CASOS

AMANDA DA ROCHA OLIVEIRA; LARISSA RODRIGUES ALVES; MARIA CONCEIÇÃO CASTRO ANTONELI MONTEIRO DE QUEIROZ; DANIELA GRANER SCHUWARTZ TANNUS SILVA; MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA

FACULDADE DE MEDICINA DA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOMA BRONQUÍOLO-ALVEOLAR; ADENOCARCINOMA; FAIXA ETARIA

Introdução: o Carcinoma Bronquíolo-Alveolar é um subtipo raro do adenocarcinoma primário de pulmão, de crescimento insidioso, com origem nos bronquíolos terminais e alvéolos, sem evidência de invasão estromal, vascular ou pleural. Representa 2,6-4,3% de todas as neoplasias primárias de pulmão, com discreto predomínio no sexo feminino e a maioria dos pacientes na faixa etária entre 40 e 70 anos. A neoplasia tende a ocorrer na periferia do pulmão, e por isso, mais da metade dos pacientes são assintomáticos até que a doença esteja muito avançada. Os sintomas mais comumente encontrados são dispnéia, tosse, expectoração, hemoptise e perda de peso. Apresenta-se radiologicamente como nódulo solitário, múltiplos nódulos ou múltiplas áreas de consolidação. Esse último padrão, pela semelhança com pneumonia, geralmente tem o diagnóstico tardio. **Relato dos casos:** paciente masculino, 37anos, tabagista 6 anos/maço, com tosse e dispnéia aos grandes esforços há 9 meses, e perda de 7 kg no último mês. Paciente feminino, 42 anos, não tabagista, com tosse produtiva e expectoração esbranquiçada há 8 meses, febre diária, e perda de 4 kg nos últimos 2 meses. Ambos apresentavam BAAR negativo no escarro. As radiografias de tórax dos pacientes mostravam opacificações extensas e bilaterais. Os pacientes foram transferidos de outros serviços, após tratamento prévio para pneumonia sem melhora clínica. A tomografia de tórax, em ambos os casos, mostrou consolidações e nódulos em vidro fosco sugerindo apresentação multifocal do carcinoma bronquíolo-alveolar. A broncoscopia com biópsia transbrônquica não foi elucidativa para o diagnóstico, sendo, então, realizada, em ambos, biópsia percutânea guiada por tomografia computadorizada. Os achados histopatológicos revelaram carcinoma bronquíolo-alveolar. Nenhum dos pacientes apresentava evidências clínicas ou imaginológicas de metástases. Os pacientes foram encaminhados para tratamento quimioterápico. **Discussão:** descrevemos dois casos de pacientes com carcinoma bronquíolo-alveolar de apresentação difusa. Esses casos chamam a atenção devido ao fato do carcinoma bronquíolo-alveolar ser um dos tipos histológicos menos freqüentes dentre os cânceres de pulmão especialmente na faixa etária jovem, na qual a incidência é de apenas 5-10% dos casos de câncer de pulmão.

PO021 TUBERCULOSE PULMONAR SEM CONFIRMACÃO BACILOSCÓPICA

AMANDA DA ROCHA OLIVEIRA; MARCELO FOUAD RABAHI; ELIANE CONSUELO ALVES RABELO; LUIS OTAVIO MANTOVANI BATAGLIN; THIAGO FINTELMAN PADILHA; CAROLINA PARREIRA RIBEIRO CAMÊLO; LUIZA ALVARENGA LIMA; MAYARA COUTO SARDINHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DIAGNÓSTICO; RADIOLOGIA; BACILOSCOPIA NEGATIVA

Introdução: A Tuberculose (TB) é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como uma emergência global e considerada prioridade pelo governo brasileiro desde 2003. Dados do Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) mostram que são notificados 85 mil casos de TB por ano. As recomendações para o inicio do tratamento são: confirmação por baciloscopia ou cultura ou baseado nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares. Dentre os exames complementares, a radiografia de tórax é uma arma importante no diagnóstico. As metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro são de diagnosticar 70% dos casos de tuberculose estimados e curá-los em 85%. **Objetivos:** Estimar o número de indivíduos que tiveram o diagnostico de tuberculose, sendo iniciado o tratamento, porém apresentaram baciloscopia negativa ou não realizada. **Métodos:** Analisar os dados do DATASUS (departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil) relativos aos casos confirmados de acordo com o ano do diagnóstico e com a baciloscopia do escarro no período de 2001 a 2006. **Resultados:** Dados do DATASUS mostram que no período de 2001 a 2006 foram notificados 582.342 casos de tuberculose no Brasil, desse total 466.760 eram de pacientes maiores de 14 anos apresentando a forma pulmonar da doença (2001: 72.502; 2002: 78.537; 2003: 79.488; 2004: 79.778; 2005: 81.909 e 2006: 74.546). Dentre esses pacientes, 93.194 (19,97%) foram diagnosticados com baciloscopia de escarro negativa e 69.944 (14,99%) sem a realização da mesma; 65,05% dos casos revelaram baciloscopia de escarro positiva. **Discussão:** Observou-se que 34,95% dos pacientes que iniciaram o tratamento para TB não apresentaram confirmação baciloscópica, o que sugere que o diagnóstico tenha sido feito por meio da história clínica e outros exames complementares. As diretrizes do PNCT citam que o raio-X de tórax deve ser utilizado para diagnóstico de TB, porém não destaca quais são as alterações que sugerem a atividade da doença. As Diretrizes Brasileiras para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), publicadas em 2004, descrevem os padrões radiológicos associados à atividade da doença. É importante considerar que tais informações se colocadas nas diretrizes do PNCT poderiam nortear o tratamento de probabilidade de uma forma mais padronizada, uma vez que ele acontece em mais de um terço dos casos de TB pulmonar em adultos no Brasil.

PO022 PROGRAMA DE ASMA: UMA PROPOSTA PARA REDUÇÃO DA MORBIDADE E INTERNAÇÕES EM PACIENTES ASMÁTICOS

ANA CAROLINA MUNIZ COSTA; JOSÉ HIDELBLAND CAVALCANTE DE FARIAS; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; DÉBORAH MOREIRA RANGEL; CYNTHIA FREITAS DE DEUS VALE; RENATO PALÁCIO DE AZEVEDO; ÉRICA MILENA FERNANDES RABELO; MARYANNE MIRANDA MATIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; EDUCAÇÃO; MORBIDADE

Introdução: A asma é uma doença crônica caracterizada por hiperreatividade das vias aéreas inferiores e limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. É uma das doenças crônicas mais comuns no mundo e importante causa de morbidade e hospitalização. Muitos autores já demonstraram que o aumento da morbidade e da mortalidade relacionados à asma devem-se a uma abordagem inadequada por médicos e pacientes. Neste contexto, os programas de asma (dotados de enfoques educacionais e terapêuticos) são fundamentais para a redução dos agravos causados pela doença. Tais programas são constituídos por equipe multiprofissional e são responsáveis pela instrução de autocontrole da asma e pelo acompanhamento periódico dos pacientes asmáticos, e em muitos casos até pelo fornecimento da medicação específica. Assim, despontam como importante estratégia de saúde pública para o controle desta enfermidade. **Objetivos:** Demonstrar a importância de um programa de asma para a redução da morbidade e das internações por asma. **Métodos:** Foram revisados os prontuários dos pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Foram avaliadas a ocorrência de exacerbações e hospitalizações referidas pelos pacientes e registradas nas fichas de acompanhamento, no ano de 2007. Os dados foram analisados pelo programa Epi Info 3.4.3. **Resultados:** De um total de 466 pacientes, 176 (37,8%) apresentaram exacerbação, 289 (62%) não apresentaram e apenas 1 (0,2%) não teve este dado registrado. Quanto à hospitalização, de 440 pacientes analisados, apenas 17 (3,9%) referiram hospitalização no período avaliado pelo estudo, e, 422 (95,9%) não referiram hospitalização, apenas 1 não teve este dado registrado. **Conclusão:** Os pacientes participantes do PAPA da Universidade Federal do Maranhão apresentaram taxas pequenas de episódios de exacerbação e notadamente de hospitalização. As atividades educacionais (tais como oferecimento de informações sobre a natureza da doença, medidas de controle e hábitos a serem adotados pelos pacientes), conjuntamente com um plano terapêutico bem estabelecido e consultas periódicas proporcionam um grande impacto na redução da morbidade e da hospitalização causadas pela asma. Assim, depreende-se que os programas de asma têm uma importante função de saúde pública no que diz respeito à diminuição das taxas de internação e de assistência geradas pela doença.

PO023 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2000 A 2007

ANA CAROLINA MUNIZ COSTA; ALCIMAR NUNES PINHEIRO; HÉLIO PALÁCIO ANDRADE; TAINÁ LIMA REIS; ROSYANE MOURA DA ROCHA; RENATO PALÁCIO DE AZEVEDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; MULTIRRESISTENTE; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: A tuberculose multirresistente (TBMR), definida como uma doença provocada por cepas do Mycobacterium tuberculosis resistentes a mais de uma droga, em especial à rifampicina (R) e à isoniazida (H), preocupa, seja pela possibilidade de disseminação de cepas multirresistentes (MR), seja pelas dificuldades de se estabelecer esquemas terapêuticos efetivos. Portanto, é de suma importância que se tenha conhecimento das características e peculiaridades dos pacientes com TBMR em uma determinada região, para a elaboração de medidas de controle e propostas terapêuticas. **Objetivos:** Identificar aspectos epidemiológicos de portadores de TBMR atendidos no centro de referência para a doença no Maranhão, Hospital Presidente Vargas. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado a partir de análise de 43 prontuários de pacientes que receberam tratamento para TBMR em Serviço de referência do Hospital Presidente Vargas, em São Luís/MA, no período de 2000 a 2007. A análise estatística foi feita no programa Epi Info 3.4.3. Resultados: Dos 43 casos, 27 foram do sexo masculino (62,8%) com idade variando entre 14 e 68 anos, sendo a média de 37 anos, e do total, 79,1% com 47 anos ou menos. Doze (27,9%) pacientes não tiveram seu dado sobre raça registrado nos prontuários, dezesseis (37,2%) eram pardos, 12 (27,9%) eram brancos e apenas 3 (7%) eram negros. Dezessete (39,5%) tinham entre 4 e 7 anos de estudo e 13 (30,2%) tinham entre 8 e 11 anos e apenas 2 (4,7%) tinham mais de 12 anos de estudo. Quarenta e um (95,3%%) apresentaram-se como TBMR pós-primária, ou seja, após realização de tratamentos anteriores, e 2 (4,7%) não possuíam esta informação disponível. Dentre as comorbidades, 6 (14%) não tiveram informações encontradas, 23 (53,5%) pacientes não apresentaram doenças associadas, 5 (11,6%) apresentaram DM tipo II, 4 (9,3%) eram etilistas, 3 (7,0%), tabagistas e 2 (4,7%) hipertensos. Quarenta e um (95,4%) eram HIV negativos, 1 (2,3%) não tinha esta informação registrada, e 1 (2,3%) tinha investigação para HIV em andamento. Quanto às alterações radiológicas, 24 (55,8%) apresentavam lesões bilaterais e 18 (41,9%), unilaterais. Trinta e quatro (79,1%) apresentaram cavitações, sendo 18 (52,9%) bilaterais e 7 (16,3%) sem lesões cavitárias. **Conclusão:** De acordo com os achados, permite-se concluir que o perfil dos pacientes portadores de TBMR em estudo assemelha-se em vários aspectos ao perfil relatado na bibliografia brasileira, onde encontra-se maioria do sexo masculino, em idade produtiva com média de 37 anos. A baixa escolaridade dos indivíduos acometidos reflete o cunho social da tuberculose sensível e de sua variedade multirresistente. A grande maioria constitui-se de TBMR pós-primária. E a co-infecção com HIV, ainda não apresenta uma associação estreita como já ocorre em países desenvolvidos.

PO024 HISTÓRICO DE TRATAMENTOS ANTERIORES EM PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2000 A 2007

ANA CAROLINA MUNIZ COSTA; ALCIMAR NUNES PINHEIRO; HÉLIO PALÁCIO ANDRADE; TAINÁ LIMA REIS; ROSYANE MOURA DA ROCHA; RENATO PALÁCIO DE AZEVEDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; TRATAMENTOS ANTERIORES; RESISTÊNCIA

Introdução: A tuberculose multirresistente (TBMR), definida como uma doença provocada por cepas do Mycobacterium tuberculosis resistentes a mais de uma droga, em especial à rifampicina (R) e à isoniazida (H), preocupa, seja pela possibilidade de disseminação de cepas multirresistentes (MR), seja pelas dificuldades de se estabelecer esquemas terapêuticos efetivos. No Brasil podemos afirmar que a maior parte dos casos é pós-primária ou adquirida, não relacionada a HIV/SIDA ou a outros surtos institucionais, resultando da irregularidade e do abandono do tratamento. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado a partir de análise de 43 prontuários de portadores de TBMR atendidos em Serviço de referência do Hospital Universitário Presidente Dutra, em São Luís/MA/Brasil, no período de 2000 a 2007, diagnosticados a partir de baciloscopia e teste de sensibilidade às drogas usuais. A análise estatística foi feita no programa Epi Info 3.4.3. **Objetivos:** Retratar o histórico de tratamentos anteriores, quantidade e resultados clínicos, aos quais portadores de TBMR, assistidos em Serviço de Referência, foram submetidos com ou sem sucesso. Resultados: Dos 43 casos, 27 foram do sexo masculino (62,8%) com idade entre 14 e 68 anos, sendo a idade média de 37 anos. Nenhum deles apresentou co-infecção com HIV/AIDS comprovada. Sete (16,3%) pacientes haviam sido submetidos a 1 ou 2 tratamentos anteriormente ao atual, 21(48,8%) a 3 tratamentos anteriores, 9 (20,9%) a 4 tratamentos, e 4 (9,3%) a 5 ou mais tratamentos anteriores e apenas 2(4,7%) não tinham esta informação disponível. Os resultados clínicos dos primeiros tratamentos estavam disponíveis em 35 (81,4%) prontuários, deste número, 3 (7%) foram falência, 16 (37,2%) foram abandono e outros 16 (37,2%) foram cura. Dos segundos tratamentos, os resultados mais freqüentes foram a cura (30,2%) e o abandono (27,9%). Dos terceiros tratamentos, o desfecho clínico mais relevante foi a falência, representada por 9 casos (20,9%) seguida do abandono que correspondeu a 7 casos (16,3%). Conclusão: Nos primeiros e nos segundos tratamentos, cura e abandono foram os resultados mais freqüentes, dos terceiros em diante a falência passa a ter mais relevância. Isso demonstra a necessidade de monitoramento mais rigoroso tanto no acompanhamento (adesão do paciente) quanto na avaliação dos critérios de cura. Em nosso meio, e em outras regiões do país, a tuberculose multirresistente é fundamentalmente relacionada a tratamentos inadequados, e portanto, considerada por muitos, um evento iatrogênico. Faz-se necessária a prevenção do abandono do tratamento e a estruturação mais adequada dos serviços que permita realizar um diagnóstico mais precoce da variante multirresistente e que impeça a realização de inúmeros tratamentos desnecessários e que apenas retardam o diagnóstico.

PO025 PERFIL DE RESISTÊNCIA DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2000 A 2007

ANA CAROLINA MUNIZ COSTA; ALCIMAR NUNES PINHEIRO; HÉLIO PALÁCIO ANDRADE; TAINÁ LIMA REIS; ROSYANE MOURA DA ROCHA; RENATO PALÁCIO DE AZEVEDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; PERFIL DE RESISTÊNCIA; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: Nos países em desenvolvimento, a tuberculose mantém-se como um problema de saúde pública. A moderna farmacoterapia constitui-se na principal arma contra a doença, porém, um dos fatores limitantes à completa eficácia do tratamento é o desenvolvimento de resistência do bacilo aos fármacos utilizados nos esquemas terapêuticos. A tuberculose multirresistente (TBMR) é definida, no Brasil, como aquela que apresenta resistência comprovada in vitro à rifampicina e isoniazida e a mais um antibiótico dos esquemas padronizados. Com o advento da TBMR, conhecer e/ou monitorar o padrão de resistência do Mycobacterium tuberculosis é de fundamental importância para a vigilância sobre a doença, bem como, para a realização de esquemas terapêuticos adequados e eficientes. **Objetivos:** Estabelecer o perfil de resistência às drogas dos esquemas padrozinados dos pacientes tratados para tuberculose multirresistente (TBMR) no Maranhão no período de 2000 a 2007. **Métodos:** Estudo retrospectivo no qual foram analisados as culturas e os testes de sensibilidade aos antibióticos (TSA) dos pacientes tratados para tuberculose multirresistente no hospital de referência do Maranhão, Hospital Presidente Vargas, no período de 2000 a 2007. Os dados foram compilados em um banco de dados e submetidos à análise estatística no programa Epi Info 3.4.3. **Resultados:** Foram analisados 43 casos de tuberculose multirresistente notificados no Maranhão durante o período de abrangência do estudo. Deste total de 43, 3 (7%) foram sensíveis a todas as drogas; e outros 3 (7%) não tinham seus perfis de sensibilidade registrados. A freqüência de resistência aos antibióticos foi de: 35 casos (81,3%) para a rifampicina, 34 (79%) para a isoniazida, 18 (41,8%) para a estreptomicina, 13 (30,3%) para o etambutol, 5 (11,5%) para a pirazinamida e outros 5 (11,5%) para a etionamida. Resistência isolada a um antibiótico ocorreu apenas em 2 casos (1 para isoniazida e 1 para rifampicina), o mais comum foi a ocorrência de resistência combinada à isoniazida e à rifampicina correspondendo a 9 casos (20,9%). Resistência à rifampicina, isoniazida e estreptomicina simultaneamente correspondeu a 16,3% do resultado, e, à associação de isoniazida, rifampicina, estreptomicina e etambutol foi responsável por 6 casos (14%). **Conclusão:** A isoniazida e a rifampicina fazem parte da própria definição de tuberculose multirresistente uma vez que são as drogas com maiores taxas de resistência desenvolvidas pelo bacilo, o que já é estabelecido por inúmeros estudos. Em nosso meio, estas duas drogas também apresentaram taxas elevadas de resistência, representando a maioria dos casos. A monorresistência é fenômeno infreqüente. A terceira droga de maior prevalência de resistência em nosso meio foi a estreptomicina o que está de acordo com muitos estudos semelhantes realizados no Brasil (São Paulo, Minas Gerais).

PO026 MICROLITÍASE ALVEOLAR PULMONAR

ANA CAROLINA PEREZ RABELO; MUNIRA MARTINS OLIVEIRA; LUIZ EDUARDO MENDES CAMPOS

HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHECK, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Pp Palavras-chave: MICROLITÍASE; ALVEOLAR; PULMONAR

Introdução: A Microlitíase Alveolar Pulmonar é uma doença rara, de etiologia e patogênese não estabelecidas, caracterizada pela deposição de inúmeros cálculos minúsculos no espaço alveolar. Em mais de 50% dos casos, há uma ocorrência familiar e a maior incidência da doença ocorre na faixa etária de 20 a 50 anos. Muitos pacientes são assintomáticos na ocasião do diagnóstico. Há dissociação clínico-radiológica. O sintoma mais comum é a dispnéia que está associada a distúrbio restritivo e alterações em trocas gasosas. Com o desenvolvimento de fibrose intersticial, podem surgir crepitações inspiratórias, hipocratismo digital e cor pulmonale. A apresentação radiológica é considerada patognomônica e o diagnóstico pode ser firmado com segurança com os exames de imagem associados ao quadro clínico. Alguns casos requerem confirmação anatomopatológica. As alterações radiológicas clássicas são: inúmeros nódulos em "grão de areia", de diâmetro menor que 1mm (aspecto em tempestade de areia), calcificados, distribuídos bilateralmente, com predomínio em lobos inferiores e em regiões dorsais. O tratamento é de suporte. **Objetivo:** Relatar três casos atendidos no Hospital Júlia Kubitscheck de Belo Horizonte, dois do sexo masculino, ambos com 25 anos de idade à admissão e um do sexo feminino, com 35 anos. Todos assintomáticos na ocasião do diagnóstico, admitidos devido à extensa alteração em radiografia de tórax. **Métodos:** Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica completa e propedêutica com radiografia de tórax, tomografia computadorizada de tórax de alta resolução, espirometria, teste de caminhada de seis minutos e exames laboratoriais. **Resultados:** Dois dos pacientes tinham história familiar de doença similar (em um, confirmada). Um apresentava hipocratismo digital, crepitações inspiratórias, espirometria com restrição leve e evidências de distúrbio de trocas gasosas (gradiente alvéolo-arterial aumentado e dessaturação ao teste de caminhada). Em 15 anos de acompanhamento, ele manteve os parâmetros espirométricos e de teste de caminhada estáveis. Os outros dois apresentavam exame físico e complementar sem alterações, sendo que um deles evoluiu com hipertensão pulmonar e cor pulmonale, em 28 anos de diagnóstico. Todos os pacientes foram orientados e aconselhados em relação a sua doença e aquele que desenvolveu cor pulmonale recebeu tratamento para falência cardiorrespiratória. **Conclusão:** A Microlitíase Alveolar Pulmonar é uma doença silente e lentamente progressiva. São poucos os casos relatados na literatura. Apesar da associação familiar bem estabelecida e do quadro clínico-radiológico bem definido, sua patogênese permanece obscura e seu tratamento específico desconhecido.

PO027 PSEUDOCISTO DE PÂNCREAS COM FORMAÇAO DE FÍSTULA PLEURAL

BRENO CYPRIANI RODRIGUES DA SILVA; ANA CATARINA OLIVEIRA SOARES; JOSÉ RODRIGUES NETO; CHRISTIANA MOURA LEITE DA SILVEIRA; MARCELO MENDONÇA TASSARA; WALLASSY OTHONI DE MOURA MELO; GLÁUCIA VIANA BRANDÃO; DANIEL LAGE DE ASSIS ROCHA

SANTA CASA DE BH E CPG CENTO DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO-FCMMG FACULDADE DE CIÊNCIAS MEDICAS MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PSEUDOCISTO; FÍSTULA; PLEURAL

Introdução: Pseudocisto de pâncreas é uma coleção que contém tecidos,fragmentos,enzimas pancreáticas e sangue encerrados por parede não epitelizada de tecido fibroso ou de granulação que se origina de pancreatite aguda ou crônica ou de trauma pancreático. Em média 5% dos pacientes com pseudocisto desenvolvem derrame pleural,sendo este mais frequente à esquerda como decorrência de fistula pancreático-pleural. **Objetivo:** Descrever um caso incomum de pseudocisto de pâncreas associado à derrame pleural maciço à direita devido à extensão do pseudocisto por trajeto direto com espaço pleural passando pelo diafragma. **Método:** Relato de Caso. **Resultados:** Pcte A.C.C,40 anos,com clínica há 6 meses de dispnéia,tosse mucóide, febre vespertina e perda de peso. História pregressa de HAS e pancreatite crônica.Tabagista e etilista. Primeira internação:Rx de tórax com derrame pleural à direita;BAAR 3 amostras negativo;hemoculturas negativas,TC de tórax com derrame pleural à direita;US abdominal:pancreatite crônica e hepatoesplenomegalia. Citologia do líquido pleural com ausência de células neoplásicas. Biópsia pleural:pleurite crônica inespecíficas. Pcte recebeu alta hospitalar e foi encaminhado para controle ambulatorial. Após 2 meses reinternou com derrame pleural à esquerda.Feita nova Tc de tórax evidenciando derrame pleural à esquerda,atelectasia adjacente e 2 coleções líquidas arredondadasjunto à parede gátrica e ao campo pancreático. Tc de abdome mostrando pancreatite crônica calcificada e formação cística na cavidade abdominal, podendo corresponder a pseudocisto pancreático.Citologia do líquido pleural com amilase de 60.469UI/L.Conclusão:Deve-se atentar sempre para as causas incomuns de derrame pleural,dentre as quais a fístula pancreática,nunca deixando de excluir todos os diagnósticos diferenciais.

PO028 CANCRO DO PULMÃO NO IDOSO

ANA FERREIRA ALVES; S GONÇALVES SILVA; M LIEBERMANN; J SARAIVA CRUZ; J ROQUE DIAS

HOSPITAL DE SANTARÉM, SANTARÉM, PORTUGAL

PALAVRAS-CHAVE: CANCRO DE PULMÃO; IDOSO; PULMÃO

Introdução: O cancro do pulmão (CP) pode ser considerado uma doença típica do idoso, uma vez que mais de 50% dos casos de carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC) são diagnosticados em doentes com mais de 65 anos e cerca de um terço dos casos em doentes com mais de 70 anos. A definição de idoso é controversa, mas a maioria dos ensaios clínicos utiliza o limite etário dos 70 anos. **Objectivo:** Comparar o grupo de doentes idosos com o grupo

de doentes mais novos no que se refere às características epidemiológicas, clínicas, terapêuticas e de sobrevida. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva de todos os casos de CP diagnosticados no nosso Serviço num período de 14 anos (1994-2007). Foram incluídos 232 doentes idosos (idade ≥ 70 anos) num universo de 528 doentes (43,9%). Considerou-se diferença com significância estatística quando p -< 0.05 (programa de análise estatística SPSS 14,0). **Resultados:** A média etária dos doentes idosos foi de 76,1 anos, sendo 81,9% do sexo masculino. Do ponto de vista histológico, o adenocarcinoma foi o subtipo mais frequente (40,1%), seguido do carcinoma epidermóide e do carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC). Quanto aos hábitos tabágicos, 23,6 % dos idosos eram fumadores activos versus 53,4% dos doentes com idade inferior a 70 anos (p < 0,001). A distribuição por estadios TNM nos doentes idosos não se mostrou diferente da verificada no grupo dos doentes mais novos. Em relação ao estado geral, 19,2% dos doentes idosos apresentaram-se com performance status (PS) ≥ 3 em oposição a 8,3% dos doentes com idade < 70 anos (p = 0,001). No que concerne à primeira opção terapêutica no grupo de doentes idosos: 50,0% fizeram modalidade simples (2,6%: cirurgia; 45,5%: quimioterapia; 1,9%: radioterapia), 18,6% foram submetidos a esquemas combinados e 24,7% receberam a melhor terapêutica de suporte. Apenas houve diferença significativa no que se refere à percentagem de doentes submetidos a terapêutica de suporte: < 70 anos: 13,2%, ≥ 70 anos: 24,7% (p= 0,011). A sobrevida mediana global foi de 6,7 meses no grupo dos idosos e de 8,0 meses nos indivíduos com idade < 70 anos (p=0,332). A percentagem de sobreviventes ao 1 ano foi idêntica nos 2 subgrupos. Conclusões: O subgrupo de idosos em análise não apresentou diferenças significativas no que se refere aos subtipos histológicos, distribuição por estadios à apresentação da doença e sobrevidas ao 1º e 2º anos. Quanto às opções terapêuticas identificou-se uma maior percentagem de idosos a fazer terapêutica de suporte, mas a percentagem de doentes submetidos às restantes modalidades não se mostrou significativamente diferente. Um dos aspectos mais relevantes na abordagem dos doentes idosos com CP é que a idade isoladamente não deverá ser um critério de selecção para o tratamento.

PO029 COMPORTAMENTO DA FUNÇÃO PULMONAR E FORÇA MUSCULAR INSPIRATÓRIA APÓS TORACOCENTESE

ANA MARIA CARTAXO; FRANCISCO SUSO VARGAS; BIANCA FERNANDES MARCONDES; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE; ROBERTO ONISHI; CARLOS VERRASTRO; JOAO MARCOS SALGE; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA INCOR - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; FUNÇÃO PULMONAR; TORACOCENTESE

Introdução: Derrame pleural volumoso causa dispnéia, limitação da função pulmonar e de atividades físicas. Muitos fatores podem contribuir para esses efeitos: redução do volume pulmonar associado ao acúmulo de líquido na cavidade pleural, atelectasia, perda da posição de vantagem mecânica do diafragma e redução da força muscular inspiratória. A Toracocentese é a opção terapêutica para alívio sintomático em pacientes com derrame pleural. A melhora da função pulmonar observada após a toracocentese pode ser explicada pela simples remoção de líquido pleural e por aumento de volume pulmonar. A melhora da força muscular após este procedimento pode estar associada ao retorno do diafragma a uma posição de melhor vantagem mecânica. Objetivos: Verificar correlação entre melhora da função pulmonar e força muscular inspiratória 48 horas após a toracocentese. **Métodos:** 24 pacientes com derrame pleural volumoso unilateral foram estudados nos momentos pré e 48 horas após a toracocentese. Todos os pacientes foram submetidos a prova de função pulmonar, Capacidade vital forçada (CVF) e Fluxo Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF1) foram avaliados de acordo com os valores preditos de Knudson. A mensuração da pressão inspiratória máxima (Pimax) foi realizada com auxílio do manovacuômetro digital MVD 300. Análise estatística: Teste t pareado, Correlação de Pearson para variáveis com distribuição normal e Correlação de Wilcoxon para variáveis com distribuição não normal, p<0,05. Resultados: A média de líquido pleural removido foi de 1,6L. Houve aumento de: 0,33L no VEF1 (p<0,001); 0,41L na CVF (p<0,001) e de 22cmH2O, em média, na Pimax (p<0.001) 48 horas após a toracocentese. Encontramos correlação entre Pimax e CVF (r=0,59) e Pimax e VEF1 (r=0,54) antes da toracocentese. Não existe correlação entre a melhora da função pulmonar e da Pimax 48 horas após a toracocentese. **Conclusão:** Pacientes com força muscular inspiratória preservada apresentam melhor função pulmonar na presença de derrame pleural. Embora exista melhora da função pulmonar e da pressão inspiratória máxima, essas variáveis não se correlacionam 48 horas após a toracocentese. **Apoio Financeiro:** FAPESP, CNPq

PO030 TERAPIA ANTI-RETROVIRAL DE ALTA EFICÁCIA (HAART) NA CO-INFECÇÃO TUBERCULOSE (TB)-HIV: SEGURANÇA E EFEITO NA SOBREVIDA APÓS DIAGNÓSTICO DE TB

ANA PAULA GOMES DOS SANTOS[1]; AFRÂNIO LINEU KRITSKI[2]; VALÉRIA CAVALCANTE ROLLA[3]; SÔNIA REGINA LAMBERT PASSOS[4]; FERNANDA CARVALHO QUEIROZ MELLO[5]
1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,5.UNIVESIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3,4.FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; AIDS; HAART

Introdução: O advento do HAART contribuiu para mudar o prognóstico da infecção pelo HIV, mas o tratamento conjunto da co-infecção TB-HIV ainda é um desafio pelas interações medicamentosas e possíveis eventos adversos (EA). **Objetivo:** Avaliar as alternativas de manejo farmacológico conjunto da co-infecção TB-HIV na ocorrência de EA e na letalidade após o diagnóstico de TB. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo realizado no Complexo Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) - Instituto de Doenças do Tórax (IDT) da UFRJ e no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas da FIOCRUZ, com a análise de 549 prontuários de pacientes tratados para TB com esquema I ou IR entre 01/01/95 e 31/12/03. Os pacientes foram categorizados de acordo com a terapia antiretroviral (ARV) utilizada concomitantemente: HAART, não HAART ou nenhum ARV. O HAART foi avaliado de acordo com a sua composição. Foi realizada análise bivariada seguida da análise multivariada por regressão logística para controle dos fatores de confundimento associados à EA. A análise de sobrevida foi realizada pelos métodos de Kaplan Meyer e modelo de regressão de Cox. **Resultados:** O uso de HAART - ritonavir + saquinavir e HAART - outros estiveram associados de forma independente com a ocorrência de EA quando comparados aos não uso de ARV (OR 9,11, IC95% 3,79 - 21,91 e OR 2,55, IC95% 1,22 - 5,30, respectivamente). Esta associação não foi observada com uso de HAART - efavirenz (EFZ) (OR 1,62, IC95% 0,89 - 2,97). A análise de sobrevida de uma ano de seguimento após o diagnóstico de TB revelou um efeito protetor do HAART para óbito (HR 0,17, IC95% 0,07 - 0,33), independente da droga utilizada para compô-lo.**Conclusões:** O esquema HAART, independente da sua composição, teve efeito protetor para o desfecho óbito após o diagnóstico de TB. Apesar da ocorrência de EA com uso de HAART - EFZ, este esquema revelou-se como o mais seguro ao ser associado ao esquema anti-TB com rifampicina. **Finaciamento:** ICOHRTA 5 U2R TW 006883-02 e Ministério da Saúde do Brasil - Programa de AIDS.

PO031 TUBERCULOSE E AIDS EM DOIS CENTROS DE REFERÊNCIA NO RIO DE JANEIRO: PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO

ANA PAULA GOMES DOS SANTOS[1]; AFRÂNIO LINEU KRITSKI[2]; VALÉRIA CAVALCANTE ROLLA[3]; SÔNIA REGINA LAMBERT PASSOS[4]; FERNANDA CARVALHO QUEIROZ MELLO[5]
1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,5.UNIVESIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3,4.FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; AIDS; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: A tuberculose permanece um grave problema de saúde pública e a infecção pelo HIV atualmente é considerada uma das principais responsáveis pelo aumento do número de casos. Informações sobre as características epidemiológicas e clínicas destes casos podem ser importantes para o planejamento de ações de controle da co-infecção TB-HIV. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico bem como as características clínicas e radiológicas da TB em pacientes com a co-infecção TB-HIV. **Métodos:** Estudo descritivo realizado no Complexo Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) - Instituto de Doenças do Tórax (IDT) da UFRJ e no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) da FIOCRUZ, com a análise de 549 prontuários de pacientes tratados para TB entre 01/01/95 e 31/12/03. **Resultados:** Dos 549 casos, 402 (73,2%) pertenciam ao núcleo do HUCFF e 147 (26,8%) foram acompanhados no IPEC. 70,7% eram do sexo masculino e 29,3% pertenciam ao sexo feminino. A idade variou entre 18 e 77 anos, com mediana de 34 anos (IIQ 29-40 anos). A maioria dos casos era não branca (49,7%), não casada (61,6%), cursou até o antigo 1° grau (58,5%), e tinha renda mensal menor que 3 salários mínimos (42,6%). 124 casos (22,6%) tinham história

prévia de tuberculose. Apresentaram a forma clínica pulmonar 237 pacientes (43,2%), sendo 13 (5,5%) com comprometimento pleural, extrapulmonar (EP) 141 (25,7%) e disseminada 171 (31,1%) pacientes. As apresentações EP mais freqüentes foram: ganglionar, hepatoesplênica, meningoencefálica, pericárdica e intestinal. As manifestações clínicas mais comuns foram: febre (463 - 84%), tosse (363 - 66,1%) e emagrecimento (287 - 52%). A apresentação radiológica nas formas pulmonares foi considerada típica em apenas 107 casos (19,5%) e atípica em 335 casos (61%). 33% (181) dos pacientes tinham contagem sérica de linfócitos totais acima de 1000 céls/mm³ e 40,3% (221) vinham em fase mais avançada de imunodepressão, com linfócitos totais abaixo de 1000 céls/mm³. **Conclusão:** A TB como doença oportunista relacionada à Aids acometeu adultos jovens e de as camadas populacionais menos favorecidas. As manifestações clínicas da TB podem ser semelhantes aos pacientes HIV soronegativos, mas as apresentações pulmonares atípicas e as formas disseminadas da TB foram muito freqüentes entre os pacientes infectados HIV, demonstrando a potencial gravidade e a necessidade de suspeição e investigação de TB entre pacientes com Aids sintomáticos. **Financiamento:** ICOHRTA 5 U2R TW006883-02 e Ministério da Saúde do Brasil – Programa de AIDS.

PO032 AVALIAÇÃO DO USO DA ASSOCIAÇÃO FORMOTEROL E BUDESONIDA EM DOENÇAS OBSTRUTIVAS EM UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM RIO DAS OSTRAS – RJ

ANALUCIA ABREU MARANHÃO; SONIA REGINA CARVALHO
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS OSTRAS, MACAE, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; DPOC; PFR

A Asma e o DPOC são doenças caracterizadas por obstrução das vias aéreas decorrente de processo inflamatório crônico. O tratamento para Asma utilizando drogas antiinflamatórias associadas a broncodilatadores é atualmente o de escolha por sua alta eficácia. Na DPOC essa indicação é mais recente. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do tratamento de pacientes com asma e DPOC com a associação formoterol 6mcg e budesonida 200 mcg bid. As exacerbações foram tratadas com aumento temporário das doses desta associação. Método: Foram realizados exames de espirometria com determinação das curvas VT e FV nas fases pré e após inicio do tratamento com a associação formoterol e budesonida em um ambulatório de referencia em Rio das Ostras – RJ. 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 87 pacientes (54F e 33M) com média de idade de 62,15 (16-81 anos). Setenta e um com asma e 16 com DPOC, intervalo médio entre os exames de 8,33 meses. . A tabela abaixo mostra os valores expressos pela média para as principais variáveis estudadas: Concluímos que a utilização regular da associação entre formoterol e budesonida mostrou-se eficaz no tratamento da Asma e do DPOC e que a prova de função respiratória é um excelente método de diagnóstico e acompanhamento destes pacientes.

	1 aval	2 aval	p	
CVF%	71,94	82,24	0,000891	s
CVF	2,22	2,52	0,017259	s
VEF1%	53,56	63,3	0,00266	s
VEF1	1,35	1,58	0,016016	s
VEF1/CVF	60,14	61,98	0,190395	ns

PO033 PERFIL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM RIO DAS OSTRAS – RIO DE JANEIRO

ANALUCIA ABREU MARANHÃO; IVANI SOUZA CUNHA; RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA; HILDA GUIMARÃES DE AZEVEDO
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS OSTRAS, RIO DAS OSTRAS, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; SINTOMÀTICO RESPIRATÓRIO; BAAR

O Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 paises responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. O Estado do Rio de Janeiro é o recordista de casos, e Rio das Ostras reflete esta realidade. Apresentamos a seguir dados do P.C.T. _R.O no período de 01 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2007. No período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007 foram realizadas 913 consultas médicas, 62 visitas domiciliares, 460 sintomáticos respiratórios com 801 BAAR realizados. Nossas metas alcançadas foram de 56% de detecção de casos de Tb positivos, 100% de casos notificados, 76% de casos encerrados, 7% de abandono e 78% dos casos realizaram anti-HIV. **Conclusões:** Houve uma melhora na busca de casos novos em nosso município decorrendo de estratégias de educação e de treinamento da equipe do PCT de Rio das Ostras.

Dados do PCT-PMRO

Ano	2005	2006	2007
Casos Novos	50	49	54
Cura	38	40	25
Óbitos	3	1	2
Transferência	2	0	6
Falência	2	3	1
Abandono	4	2	4
Mudança diag e/ ou tto.	1	2	16

PO034 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO EM IDOSOS INTERNADOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL

ANDERSON ALBUQUERQUE CARVALHO[1]; WENDERSON SOUZA SILVA[2]; HÉLIA COSTA SILVA[3]; LUCY GOMES VIANNA[4]
1.FACULDADE LOURDES SANTANA E UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2,3.FACULDADE LOURDES SANTANA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; IDOSOS; INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Objetivo: Conhecer a prevalência do tabagismo e o grau de dependência nicotínica nos idosos internados em Instituições de Longa Permanência para Idosos do Distrito Federal. **Métodos:** No período de março a maio de 2007 foi realizado um estudo epidemiológico descritivo e transversal, com a finalidade de identificar a prevalência, no Distrito Federal, nos fumantes regulares, idosos (≥ 60 anos) internado em Instituições de Longa Permanência para Idosos, totalizando quinze instituições, sendo excluídas duas instituições, em que o uso do tabaco era proibido. A identificação dos idosos tabagistas se deu através de informações cedidas pela equipe de enfermagem local somada a observação do entrevistador e confirmação do idoso. O grau de dependência foi avaliado através do Questionário de Tolerância de Fagerstrom, acrescidos de informações como, identificação, motivação em deixar o fumo nos próximos seis meses, tempo de fumo, número de tentativas em cessar o hábito e auto-avaliação dos malefícios do tabaco à saúde. A aplicação do questionário ocorreu durante entrevista individual, isolada, com cada idoso, após a assinatura do termo de livre consentimento esclarecido. O ponto de corte para identificar dependência elevada adotado foi ≥ 7 pontos obtidos no questionário de Fagerstrom. A análise estatística foi realizada através do pacote estatístico SPSS (versão 14.0). Para medir a associação entre variáveis, foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson. Considerou-se com significância estatística p<0,05. RESULTADOS: Do total de 573 idosos com idade ≥ 60 anos internados nas 13 ILP pesquisadas, 99 (17.3%) eram fumantes regulares, sendo 64.6% do sexo masculino e 35.4% do sexo feminino. A média de idade foi 68,6 (± 8,6) anos, variando de 60 a 94 anos. Intenção de deixar o tabagismo: 63,6% sim, sendo 46 (71,9%) do sexo masculino e 17 (48,6%) do sexo feminino (p<0,05). Quanto ao grau de dependência nicotínica, 25 (25.3%) apresentaram elevada dependência nicotínica, sendo destes, 17 (68%) homens e 8 (32%) mulheres (p<0,05). Auto-avaliação dos malefícios do tabaco à saúde: 58,6% sim (p>0,05). Foi encontrada associação entre grau de dependência nicotínica e consumo diário de cigarros ou tempo até fumar o primeiro cigarro do dia ou fumar quanto doente (p<0.001). **Conclusão:** A prevalência de tabagistas institucionalizados no Distrito Federal é alta, com grande dependência nicotínica. O presente estudo contribui para elucidar o perfil da dependência à nicotina nos idosos internados nessas Instituições de Longa Permanência. Traz dados importantes acerca da magnitude da dependência nicotínica nessa população e se presta como fonte informativa para o planejamento de estratégias específicas que objetivem a implantação de um programa de cessação do tabagismo nestes locais.

PO035 TRÁFICO DE CIGARROS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL

ANDERSON ALBUQUERQUE CARVALHO[1]; WENDERSON SOUZA SILVA[2]; JOÃO PEÇANHA SOUZA[3]; LUCY GOMES VIANNA[4]
1.FACULDADE LOURDES SANTANA E UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2,3.FACULDADE LOURDES SANTANA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; IDOSOS; INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Objetivos: Identificar quantos idosos tabagistas vivem em Instituição de Longa Permanência (ILP) do DF, qual o grau do vício, como têm acesso ao cigarro, qual sua renda mensal, qual o percentual que gastam de sua renda com a

compra do tabaco, e como é feito o tráfico de cigarros dentro da Instituição. **Material e Método:** Foi feito estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados resultantes da pesquisa de campo foram obtidos através de entrevista semi-estruturada oral e questionário abordando os seguintes temas: fonte de cigarro, número de cigarros fumados por dia e renda mensal. **Resultados:** De 96 idosos vivendo na ILP, 35 fumavam. Entre eles, 13 (37%) fumavam 10 cigarros ou menos, 15 (43%) usavam de 11 a 20 cigarros/dia, 1 (3%) fumava de 21 a 30 cigarros/dia e 6 (17%)idosos mais de 30 cigarros/dia. O custo mensal com o vício foi de R$ 39,00 a R$ 75,00 para 14 (40%), seguido de R$ 38,00 ou menos para 13(37%) idosos, R$ 113,00 ou mais para 7(20%) e R$ 76,00 a R$ 113,00 para 1(3%). A maioria (62%) dos idosos tabagistas recebe mensalmente um salário mínimo; 10 (29%) não têm fonte de renda e 3 (9%) recebem mais que um salário mínimo. Naqueles com fonte de renda, o gasto mensal, variando de R$ 38,00 a R$ 113, corresponde de 10 a 29,7% do salário mínimo. Familiares e/ou visitantes foram descritos por 12 (34%) como a fonte de obtenção dos cigarros, seguidos pelos funcionários da instituição apontados por 9 (26%). Nove (26%) deles saem para comprar cigarros e 5 (14%) os recebem de outro idoso. Entre os 10 idosos que não possuem renda, 5 (50%) apontam funcionários como a fonte de obtenção de cigarros, 4 (40%) indicam familiares e/ou visitantes e 1(10%) recebe cigarro de outros idosos. Familiares e/ou visitantes foram a maior fonte para os que fumam 31 cigarros/dia ou mais, fornecendo-os para 3 (50%) idosos, seguidos pelos funcionários apontados por 2 (33%) e 1 (17%) que recebe de outro idoso. **Conclusão:** O gasto mensal com cigarros retira porcentagem expressiva da fonte de renda mensal de grande parte dos idosos tabagistas investigados, o que poderia ser usado em lazer e cuidados à saúde. Como o cigarro é fornecido por familiares e/ou visitantes aos que fumam diariamente maior quantidade de cigarros, fica evidente a importância da participação desse grupo nas campanhas anti-tabágicas. Quanto à participação dos funcionários da ILP neste tipo de tráfico, medidas urgentes são necessárias para solucionar o problema. As informações obtidas na presente pesquisa poderão embasar políticas públicas para o combate ao tabagismo em ILPs.

PO036 SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD E ABSCESSO PULMONAR

ANDRESSA MATEUS CUNHA; PAULO TARSO MULLER; LEONARDO RAFAEL POZZOBON; VITOR HORTA LIMA; GABRIEL RAHAL COSTA
UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD; ABSCESSO PULMONAR; ANTIBIOTICOTERAPIA

Introdução: A Síndrome de Swyer-James é uma doença relativamente rara, adquirida, que por etiologia uma afecção pós-infecciosa de bronquiolite obliterante, que tem como principal agente causal uma pneumonite por adenovírus, ou por aspirações, ambas em fase precoce da vida. Caracterizada pela hipertransparência unilateral ao exame radiográfico, acompanhada de uma hipoperfusão e represamento aéreo, estando o pulmão diminuído ou não. **Objetivos:** Relatar caso de paciente com Síndrome de Swyer-James, atendido no Hospital Universitário de Campo Grande. **Métodos:** revisão de prontuários e exames. **Resultados:** C.G.S., 14 anos, sexo masculino, com diagnóstico de Síndrome de Swyer-James-MacLeod há 6 anos, através de história clínica e exames laboratoriais com uma cintilografia com acentuado déficit de ventilação e perfusão do pulmão direito. Foi admitido no pronto atendimento do HUCG referindo tosse produtiva de coloração amarelada de moderada quantidade, febre aferida diária de 40° C, associado à dispnéia, lipotímia, astenia, hiporexia há 7 dias. Relata ter procurado a UBS e feito uso de amoxicilina por 6 dias sem melhora do quadro, quando então foi encaminhado ao HUCG. Ao exame físico o paciente encontrava-se taquipnêico, taquicárdico, febril com 40° C, PA 90x60 mmHg, murmúrio vesicular reduzido nos 2/3 inferiores do hemitórax direito com presença de sopro tubário, expansibilidade diminuída, submacicez a percussão e dor durante a inspiração profunda a direita; à esquerda MV fisiológico sem ruídos adventícios. Demais exames segmentares sem alterações. Hemograma com 32% Ht, 10,7 %/dl Hb, plaquetas 403.000, leucócitos 32.600 (3% Meta, 33% Bastões, 39% Segmentados, 24 % Linfócitos e 1% Monócitos), Radiografia de tórax com opacidade com múltiplos níveis líquidos no hemitórax direito, pulmão vicariante à esquerda, desvio do mediastino a direita e abscesso pulmonar. Hemocultura negativa. Tc tórax: formações cavitárias com imagens de nível hidro-aéreo no interior, ocupando todo o pulmão direito; pulmão esquerdo hiperinflado; desvio das estruturas do mediastino para a direita; pequeno derrame pleural à direita. Paciente foi tratado com antibioticoterapia por 1 mês obtendo melhora clínica, indicado pneumectomia devido extensas áreas de bronquiectasias e atelectasias, porém paciente recusou-se a realizar o procedimento. **Conclusão:** Observa-se com certa freqüência a presença de complicações pulmonares em pacientes com Síndrome de Swyer-James-MacLeod , principalmente infecções de repetição.

PO037 ESTENOSE IDIOPÁTICA DE TRAQUÉIA: DETECÇÃO TARDIA IMPLICANDO SOFRIMENTO PROLONGADO

LUIS ARMANDO PATUSCO; ANDRESSA MATEUS CUNHA; MARIA ILIZABETI DONATTI; LILIAN CRISTINA ANDRIES; PAULO TARSO MULLER
UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRAQUÉIA; ESTENOSE; IDIOPÀTICA

Introdução: Patologias traqueais não são freqüentes e, quando presentes, o diagnóstico costuma ser inicialmente confundido com outras doenças mais comuns devido semelhança entre os sintomas apresentados pelo paciente, além do fato das alterações anatômicas não serem facilmente perceptíveis em radiografias simples de tórax, sendo necessário alto grau de suspeita clínica para avançar na investigação por meio de outros métodos complementares. **Objetivo:** relato de caso de paciente portadora de estenose idiopática de traquéia. **Método:** revisão de prontuário de paciente atendida no ambulatório de pneumologia do NHU-UFMS. **Resultados:** I.S.P., 61 anos, do lar. Há 19 anos iniciou quadro depressivo necessitando tratamento com fluoxetina, associando dispnéia importante aos esforços, chiado torácico e pigarro. Sintomas se intensificavam ao inalar fumaça e em períodos de baixa umidade relativa do ar e baixa temperatura. Quadro psiquiátrico cedeu após 5 anos de tratamento – sendo o tratamento com antidepressivo interrompido pelo próprio paciente, não havendo, porém, melhora dos sintomas respiratórios, o que levou a mesma a ser tratada como asmática ao longo deste período.Nos últimos 6 meses apresentando piora importante da dispnéia, a despeito do tratamento. Nega tabagismo e outras patologias prévias. Exame físico mostrando estridor à inspiração profunda. RX e TC de tórax sem alterações. Achatamento de alças expiratória e inspiratória à espirometria com fluxos normais. Broncoscopia: anel fibroso em topografia da primeira cartilagem traqueal com estenose parcial, estreitamento progressivo até o segundo anel traqueal, não permitindo a progressão do fibrobroncoscópio. TC com reconstrução multiplanar evidenciando estenose. **Conclusão:** por se tratar de uma patologia rara, a estenose traqueal idiopática, pode ser subdiagnosticada ou ter um grande retardo no seu diagnóstico, levando a um tratamento incorreto dos sintomas apresentados – os quais podem simular outras doenças pulmonares, em especial, a asma. Neste caso em específico, ressalta-se a importância de avaliar as curvas do teste de função pulmonar, destacando-se a FLUXO x VOLUME.

PO038 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE(PH) SUB-AGUDA DEVIDO AO ECTOPARASITICIDA CYPERMETHRIN (CY) EM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA

ANDRESSA MATEUS CUNHA; LUIS ARMANDO PATUSCO; MARIA ILIZABETI DONATTI; LILIAN CRISTINA ANDRIES; PAULO TARSO MULLER; LUIS AUGUSTO CARNELOS; MARCELA LOPES ANDRADE
UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE; BARRAGE; DISPNÉIA

Introdução: Os inseticidas do grupo dos piretróides estão entre as causas de PH descritas na literatura. Vários relatos são específicos para o Cy ("Barrage"). É uma molécula complexa que pode causar sintomas neurológicos, cutâneos e respiratórios. Descrevemos um caso com probabilidade clínica elevada para PH, ao qual se associou exame histopatológico de tecido pulmonar compatível, induzida por esta substância. **Objetivo:** relatar uma ocorrência de PH associado a comportamento e técnica de uso inadequado de veneno carrapaticida. Método: revisão de prontuário e exames. **Resultado:** H.Q.A., sexo feminino, 51 anos de idade, não-tabagista, costureira, atendida em ambulatório de pneumologia, após atendimento prévio um unidade básica de saúde. Referia sintomas por 15 dias. Dor torácica mal definida, em aperto, difusa, associada a cansaço, fadiga e, às vezes, dispnéia, de moderada intensidade, constante, que piorava aos esforços físicos, acompanhada de chiado no peito. Há 3 dias houve piora, com tosse seca, desânimo, mal estar, sonolência e parestesias de mãos e câimbras nos pés. Não soube definir se teve febre. Revelou que há 3 meses adquirira o hábito de "lavar" os pisos, paredes e teto de sua casa com veneno carrapaticida chamado "Barrage", e que há aproximadamente um mês vinha notando tosse, sintomas de parestesias nas extremidades e chiado no peito, algumas horas após o uso

do veneno. Como antecedentes referia HAS, controlado com captopril (25mg 3x/dia), HCTZ 25mg/dia propanolol 40 mg 2x/dia e metildopa 250mg 2x/dia, todos em uso regular por dez anos. O exame físico revelava PA=120/80 mmHg, FC=88bpm, FR=17irpm, com estertores crepitantes bi-basais. Ausculta cardíaca normal. Pele, mucosas, e demais sistemas normais ao exame físico. Sem cianose ou edemas. Ao Rx de tórax simples, opacidades interstício-alveolares em campos inferiores pulmonares. Biópsia transbrônquica revelando pneumonite e fibrose intersticial com processo inflamatório crônico. A paciente iniciou tratamento com prednisona 40 mg e foi orientada a não usar mais o veneno, apresentando rápida regressão clínica dos sintomas e da imagem radiológica. Mantida a mesma medicação anti-hipertensiva prévia. **Conclusão:** a relação temporal estreita entre a exposição ao veneno e os sintomas foi indispensável para a conclusão do caso, uma vez que a paciente usava medicamentos com potencial para causar os mesmos sintomas (captopril e propanolol). Existem estudos que levantam a possibilidade de vírus e drogas serem fatores predisponentes para o aparecimento da PH. O fumo seria protetor, uma vez que 95% dos casos de PH se desenvolvem em pacientes não fumantes

PO039 CIANOSE POR FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR

ANDRESSA MATEUS CUNHA; LUIS ARMANDO PATUSCO; MARIA ILIZABETI DONATTI; LILIAN CRISTINA ANDRIES; PAULO TARSO MULLER; LUIS AUGUSTO CARNELOS; MARCELA LOPES ANDRADE
UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA; CIANOSE; CONGÊNITA

Introduçao: As malformações arteriovenosas (MFAV) podem ser congênitas ou adquiridas, estas são mais freqüentes sendo pós-traumáticas, iatrogênica e pós-inflamatórias. As congênitas são mais raras e podem ocorrer com lesões confinadas aos pulmões ou fazer parte de uma entidade denominada telangiectasia hemorrágica-hereditária (doença de Rendu-Osler-Weber), mais comumente encontradas nos lobos inferiores, em geral junto a pleura visceral. Cerca de 2/3 dos casos apresentam-se como fistulas múltiplas e nem sempre visíveis nos exames radiográficos. Seus sintomas mais comuns são dispnéia, platipnéia, ortodeoxia, hemoptise, epistaxe, ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral. A taxa de mortalidade das MFAV é cerca de 10%, sendo 2/3 destas mortes por complicações no SNC, principalmente em pacientes com cianose e policitemia. **Objetivos:** Relatar caso de MFAV intrapulmonar. **Métodos:** Paciente acompanhado pelo serviço de pneumologia do hospital Universitário de Campo Grande-MS. **Resultado:** L. N. F., 16 anos, sexo masculino. Aos 8 anos apresentou crise convulsiva e foi submetido a cirurgia, não sabendo a causa. Evoluindo temporariamente com paresia do hemídio direito. Aos 9 anos começou a se queixar de dispnéia aos grandes esforços e cianose de extremidades, evoluindo para dispnéia aos mínimos esforços e cianose central em 7 anos. Aos 15 anos refere tosse crônica e eliminação de escarro esbranquiçado, diária. Exame físico: cianótico 4+/4+, FC 140bpm, FR 24irpm, PA 100x70mmHg. Murmúrio vesicular diminuído em base de pulmão esquerdo. Cardiovascular: sem alterações. Baqueteamento digital. Exames laboratoriais: Hb 19 g/dl, Ht 66%. RX: opacidade do lobo inferior esquerdo; Tomografia de crânio: seqüela de isquemia cerebral frontal esquerda; Ecocardiograma: prolapso de valva mitral sem comunicações entre câmaras; TC de tórax: massas com densidade de partes moles de contornos irregulares com realce do contraste em lobo inferior-posterior-esquerdo; Espirometria normal. Cineangiografia de artéria pulmonar: má formação Artério Venosa com fistula de alto débito em lobo pulmonar inferior esquerdo. O paciente foi submetido à cirurgia, sendo realizado lobectomia inferior esquerda com sucesso. CONCLUSÃO: As MFAV pulmonares são infreqüentes, seu diagnóstico depende da suspeita. Seus sinais e sintomas costumam aparecer em fases tardias. O período de maior incidência dos sintomas depende da magnitude do shunt. A cirurgia deve sempre ser precedida por estudo angiográfico, pois a embolização das comunicações mostrou-se alternativa terapêutica quando o vaso aferente tiver diâmetro inferior a 2,5 – 3,0mm sendo de escolha nesses casos. A cirurgia ainda continua sendo necessária para os demais casos

PO040 SÍNDROME HEPATOPULMONAR: RELATO DE CASO

ANDRESSA MATEUS CUNHA; LUIS ARMANDO PATUSCO; MARIA ILIZABETI DONATTI; LILIAN CRISTINA ANDRIES; PAULO TARSO MULLER; CAROLINA FARIA SOUZA
UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME HEPATOPULMONAR; CIRROSE; DISPNÉIA

Introdução: Síndrome hepatopulmonar refere-se à coexistência entre disfunção hepática e dilatações vasculares pulmonares que podem induzir a baixas concentrações arteriais de oxigênio. A causa da hipoxemia e o surgimento da angiodisplasia hepatogênica nos pacientes com cirrose não são claros. A apresentação clínica é geralmente pobre, podendo ser encontrado dispnéia progressiva, platipnéia e ortodeoxia. Dentre os achados no exame físico hipocratismo digital e cianose; no tórax nenhuma particularidade é observada. **Objetivos:** Relatar caso de paciente com cirrose alcoólica e posterior desenvolvimento de síndrome hepatopulmonar. **Métodos:** Coleta de dados do prontuário de paciente admitido no Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul em março de 2008. **Resultados:** N.S. 59 anos, masculino, pedreiro, há 10 anos iniciou quadro de dispnéia aos moderados esforços com piora dos sintomas há 4 anos, quando dispnéia apresentou-se aos pequenos esforços e ao repouso. Nega tosse ou outros sintomas associados. Refere episódios anteriores de hemorragia digestiva alta há 1 ano. Cirurgia para correção de úlcera gástrica e esplenectomia há 5 anos. Etilista há 40 anos cerca de 1 garrafa de pinga ao dia. Nega tabagismo. Ao exame físico: FR: 32 irpm, FC: 98bpm, PA: 120x80mmHg, cianose labial e de extremidades, baqueteamento digital, cardiopulmonar sem alterações, abdome flácido sem visceromegalias.Gasometria em ar ambiente: pH 7.51, pCO2: 19.1mmHg, pO2: 40.3mmHg, HCO3: 15.4mmol/L, Sat O2: 82.2% Rx de tórax: espessamento e pequenas opacidades peribroncovasculares em lobo médio, língula e lobos inferiores. TC de tórax: dilatações vasculares em bases pulmonares. US de abdome: fígado de dimensões reduzidas, ecotextura granular, sugestivo de cirrose, veia porta dilatada com calibre médio de 1,5 cm. Baço ausente. Ecocardiograma: insuficiência discreta das válvulas mitral e tricúspide. Cintilografia pulmonar perfusional realizado após injeção de macro-agregado de albumina humana com imagens de corpo inteiro revelam concentração de radiofármaco em ambos os campos pulmonares notando-se desvio para circulação sistêmica evidenciado pela concentração do radiofármaco no cérebro e rins, mostrando presença de "shunt" da circulação pulmonar para circulação sistêmica. Ventriculografia: excluiu shunt intracardíaco, pressão pulmonar normal. **Conclusão:** A síndrome hepatopulmonar é uma patologia incomum, porém seu diagnóstico deve ser considerado em pacientes cirróticos com dispnéia progressiva sem doenças pulmonares pregressas.

PO041 O RETALHO DO GRANDE OMENTO NA SOLUÇÃO DE PROBLEMAS CIRÚRGICOS COMPLEXOS

ANGELO FERNANDEZ; RICARDO MINGARINI TERRA; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PAREDE TORÀCICA; RECONSTRUÇÃO; OMENTO

Introdução: O grande omento é um elemento de grande versatilidade na transposição de tecidos, pela facilidade de manuseio, extensão e mobilidade do arco de rotação, e por sua estrutura anatômica, que permite tanto a cobertura de grandes áreas planas, quanto o preenchimento de espaços tridimensionais. Além disso, as peculiaridades angiogênicas e imunológicas que o caracterizam fazem dele uma excelente opção para recobrir e revascularizar estruturas intra e extratorácicas, mesmo na presença de necrose ou infecção. Objetivo: Mostrar a utilidade do grande omento na reconstrução da parede torácica, na revascularização de territórios isquêmicos, no fechamento de fístulas brônquicas e na obliteração de cavidades empiemáticas crônicas. Método: Análise retrospectiva de 28 casos de transposição do grande omento no período de 1998 a 2008. **Resultados:** As indicações são apresentadas na Tabela 1. Nos casos de cobertura superficial, em 1 paciente o omento foi colocado diretamente sobre o pulmão, em 14, sobre uma tela de polipropileno usada para estabilizar a parede e, em 6, para revascularizar superfícies isquêmicas e infectadas. Em 8 pacientes, o retalho foi usado como base para enxerto livre de pele. Nos casos de empiema, com ou sem fístula brônquica, o retalho foi usado como complemento à toracoplastia. Os resultados a longo prazo atingiram o objetivo, com baixa morbidade. As complicações se restringiram a 3 hérnias incisionais, duas das quais necessitaram de reparo cirúrgico

tardio. Tabela 1. Indicações para utilização de retalho pediculado do grande omento. **Conclusões:** O grande omento, transposto como retalho isolado ou como retalho secundário associado a outras técnicas de rotação muscular ou músculo-cutânea, pode ser usado com segurança em diversas situações em que haja necessidade de cobertura de defeitos extensos, obliteração de cavidades residuais ou fechamento de fístulas brônquicas. O método é seguro e eficiente, com baixo índice de complicações.

Indicação	Casos (n)
Cobertura de extensos defeitos da parede torácica	15
Revascularização de áreas isquêmicas	6
Obliteração de cavidade residual em empiemas crônicos	4
Fechamento de fístulas de coto brônquico	3

PO042 BOLA FÚNGICA E SÍNDROME DE BANTI

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR[1]; ANDRE BARRETO DA SILVA[2]; FABIOLA SCHORR[3]; MILENE HOTA[4]; AMANDA BARRETO DA SILVA[5]; RANGEL OLSEN DE CARVALHO[6]; EDUARDO GARCIA[7]; LUCAS SALDANHA ORTIZ[8]

1,3,4,7.COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA - PAVILHAO PERREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,8.UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE, LAGES, SC, BRASIL; 5.HOSPITAL DE CLINICAS, CURITIBA, PR, BRASIL; 6.COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BOLA FUNGICA; ASPERGILOSE; HEMOPTISE

Introdução: A colonização fúngica intracavitária pulmonar (bola fúngica) tem como agente etiológico predominante o Aspergillus fumigatus e como principal fator predisponente a cavidade tuberculosa saneada. Nesta, a fibrose pericavitária e a epitelização endocavitária, oriunda das comunicações brônquicas, dificultam a fagocitose dos propágulos fúngicos o que permite a colonização. O muco presente sobre o epitélio brônquico propicia o meio de cultivo. A colonização fúngica intracavitária pulmonar pode ocorrer em outras lesões cavitárias fibróticas como bronquiectasia, sarcoidose, neoplasia e infarto pulmonar. A associação de hepatopatia crônica, hipertensão portal, esplenomegalia e, com frequência, anemia, leucopenia ou pancitopenia é denominada de síndrome de Banti. **Objetivo:** Relatar um caso de micetoma, uma condição de alta prevalência em pacientes com seqüela pulmonar de tuberculose. **Relato de caso:** JDO, branca, 45 anos, natural e procedente de Encruzilhada do Sul, etilista e tabagista 20 anos/maço. Paciente teve o primeiro diagnostico de tuberculose pulmonar há 21 anos, nesse período relata episódios de hemoptise. Paciente realizou uma cirurgia no pulmão há 15 anos, na tentativa de melhorar os sangramentos, mas desde então os sangramentos são quase diários. Paciente relatou que todos os membros da casa já tiveram um episódio de tuberculose. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, eupnéico, sinais vitais estáveis e emagrecimento. Na ausculta respiratória evidenciava-se murmúrio vesicular reduzido em ápices bilateral, com roncos difusos. Paciente apresentava uma anemia hipocrômica microcitica(Ht:29,1; Hb:10,1; VCM: 81fl), leucopenia (2540) e plaquetopenia 25000. Sorologias negativas. Biopsia de medula não mostrou alterações. Na endoscopia digestiva alta havia varizes esofágicas. A imunodifusão e hemocultivo para fungos foram negativas. Na ultrassonografia abdominal foi evidenciado fígado diminuído e com superfície micronodular e hiperesplenismo além da presença da ascite. A pancitopenia foi atribuído ao comprometimento hepático. Fibrobroncoscopia: Obstrução parcial lingular e cúlmen. O tratamento cirúrgico foi contra-indicado por não haver função pulmonar adequada para intervenção. A paciente foi levado a arteriografia pulmonar para imobilização e evoluiu com melhora satisfatória das hemoptises. **Conclusão:** O aspergiloma é constituído pela presença de hifas mortas ou viáveis do fungo, muco, células mortas, leucócitos e hemácias, formando uma massa sólida no interior da cavidade, em comunicação com a arvore brônquica. A lesão costuma ser localizada e geralmente não há sintomas sistêmicos. Um espaço aéreo circular ou em forma de crescente poderá ser visível entre o micetoma e a parede da cavidade. A mobilidade da massa pode ser mostrada por aquisição da imagem na posição prona. O micetoma tem um aspecto esponjoso e contem múltiplos focos de ar.

PO043 OSTEOARTROPATIA HIPERTRÓFICA SECUNDÁRIA

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR[1]; ANDRE BARRETO DA SILVA[2]; FABIOLA SCHORR[3]; MILENE HOTA[4]; AMANDA BARRETO DA SILVA[5]; RANGEL OLSEN DE CARVALHO[6]; EDUARDO GARCIA[7]; LUCAS SALDANHA ORTIZ[8]

1,3,4,7.COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA - PAVILHAO PERREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,8.UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE, LAGES, SC, BRASIL; 5.HOSPITAL DE CLINICAS, CURITIBA, PR, BRASIL; 6.COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OSTEOARTROPATIA HIPERTROFICA; SINDROME PARANEOPLASICA; NEOPLASIA PULMONAR

Introdução: A osteoartropatia hipertrófica(OAH) secundária é uma alteração sistêmica que acomete os ossos, articulações e partes moles, sendo secundária a alguma patologia intratorácica. É uma síndrome de periostite proliferativa crônica dos ossos longos, baqueteamento dos dedos das mãos, dos pés ou ambos, e oligoartrite ou poliartrite. Pode ser classificada em: (1) primária, freqüentemente, hereditária, mas com casos idiopáticos em adultos; e (2) secundária, freqüentemente, associada com neoplasias malignas, principalmente brônquicas. As duas classificações exibem os mesmos sinais patognomônico, não sendo possível diferenciar as duas formas, a não ser pelo curso clinico e pela exclusão de lesões pulmonares primitivas. **Objetivo:** Relatar um caso de OAH, uma condição paraneoplasica que pode ajudar no diagnóstico de neoplasia pulmonar. **Relato de caso:** PPD, branco, com 36 anos, natural e procedente de Santa Maria-RS, etilista e tabagista por 18 anos/maço. Paciente com história de dor e edema nas articulações dos joelhos e nos pés, bilateral e simétrico, com início há 1 ano. No mesmo período percebeu perda de peso ponderal progressiva, 10kg no último ano. Refere outros sintomas concomitantes, tosse crônica, alguns episódios de hemoptise e dor retroesternal principalmente no fim do dia. Há 1 mês, o paciente refere início de disfonia "aguda". Há 17 dias procurou atendimento médico, devido piora da dor retroesternal e em hemitórax esquerdo, acompanhada de piora da tosse. Nega febre, dor ventilatório - dependente e/ou hemoptise. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, eupnéico, sinais vitais estáveis. Na ausculta respiratória evidenciava-se murmúrio vesicular reduzido em hemitórax superior esquerdo, sem ruídos adventícios. Evidencia espessamento cutâneo das mãos e dos pés, com aumento de tecidos moles e volume articular. Apresenta hipocratismo digital e unhas em vidro de relógio. Realizou radiografia de MMII que evidenciou reação periosteal de ossos longos das coxas e pernas, compatível com osteoartropatia hipertrófica, apresentando osteopenia. Nos MMSS há espessamento periosteal do terço distal dos rádios e ulnas. Realizou fibrobroncoscopia que evidenciou paralisia de corda vocal esquerda, presença de lesão vegetante que se protrui da emergência do brônquio lobar superior esquerdo, causando obstrução completa de sua luz. Realizada biópsia da lesão o anamopatológico evidenciou: mucosa respiratória com carcinoma não pequenas células, tipo adenocarcinoma. **Conclusão:** a OAH é uma síndrome clinica associada a neoplasia pulmonar que pode ser identificada com um exame físico e anamnese adequado, ajudando no diagnostico ou reforçando a suspeita clinica de neoplasia pulmonar.

PO044 TUMOR DE CÉLULAS CLARAS PULMONAR E CARCINOMA EPIDERMÓIDE ASSOCIADOS

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR[1]; EDUARDO GARCIA[2]; FABIOLA SCHORR[3]; RANGEL OLSEN DE CARVALHO[4]; MILENE HOTA[5]; ANDRE BARRETO DA SILVA[6]; GRACIELE DE MEDEIROS MARTINS[7]; AMANDA BARRETO DA SILVA[8]

1,2,3,4,5.SANTA CASA /PAVILHAO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 6,7.UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE, LAGES, SC, BRASIL; 8.HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR DE CÉLULAS CLARAS; CARCINOMA EPIDERMÓIDE; TUMORES DE AÇUCAR

Introdução: Os tumores de células claras também são conhecidos como tumores de açúcar devido ao seu alto teor de glicogênio, estes tumores apresentam-se como nódulos pulmonares solitários a radiografia de tórax e em pacientes, assintomáticos. Eles são extremamente raros, ocorrendo principalmente em adultos de meia idade. O sucesso do diagnóstico por aspiração por agulha fina tem sido documentado. Grosseiramente, os tumores não são encapsulados. No entanto, eles permanecem distinto do tecido circundante. Eles não estão associados com brônquios. Histologicamente, estes tumores lembram o

carcinoma de células claras dos rins e o melanoma expressando antígenos e, por isso, são confundidos com lesões metastáticas. Ressecções conservadoras são consideradas curativas. O carcinoma epidermóide é o tipo histológico mais freqüente de câncer de pulmão. É o mais patológico relacionado com o habito de fumar, geralmente tem localização central no tórax. Pode esta associado a cavitações por apresentar necrose central simulando nesses casos, abscesso pulmonar. O prognostico é de 35% em cinco anos após a ressecção. Não encontramos associação de tumor de células claras e carcinoma epidermóide pulmonar na literatura. **Objetivo:** Descrever um caso de associação de tumores primários de pulmão, tumor células claras e carcinoma epidermóide. **Relato De Caso**: negra, 76 anos, ex-tabagista (110 anos/maço), faxineira, apresentando achado ocasional de nódulo pulmonar em radiografia de tórax. Nega outros sintomas como perda ponderal, dispnéia, tosse, febre ou dor. Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, ausência de lindonodomegalias e outras alterações. Ausculta pulmonar e cardíaca não apresentavam alterações relevantes. Exames laboratoriais: Hb13,4g/dl; Leucócitos10.190/mL; Plaquetas278.000; Creatinina 1,4; LDH151U/L; Fosfatase Alcalina 45U/L. No radiograma de tórax é evidenciado nódulo de aproximadamente 2 cm no LIE, sem outras manifestações infecciosas ou neoplásicas compatíveis . Tomografia computadorizada de tórax evidenciou nódulo periférico com cerca de 3cm de diâmetro em LID e outro pequeno nódulo (0,5cm de diâmetro) em LIE. A tomografia de abdome foi normal. Submetida à mediastinoscopia que não mostrou comprometimento do mediastino, também foi submetida a biópsia do nódulo pulmonar em LIE no mesmo ato cirúrgico, cujo anátomo-patológico evidenciou carcinoma de células claras pulmonar. Planejado segmentectomia em LID; o anátomo-patológico da peça cirúrgica mostrou que o nódulo pulmonar desta topografia tratava-se de carcinoma epidermóide. **Conclusão**: A ocorrência de 2 tumores primários de pulmão é rara mais tem que ser considerada na pratica clinica, pois o tratamento e o prognósticos desses casos são muito diferentes. Entre os diagnósticos diferenciais, deve-se considerar o carcinoma bronquioloalveolar, o tumor carcinóide e os implantes secundários.

PO045 NÓDULO PULMONAR - HISTOPLASMOMA: RELATO DE CASO

EDUARDO GARCIA[1]; ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR[2]; FABIOLA SCHORR[3]; MILENE HOTA[4]; RANGEL OLSEN DE CARVALHO[5]; ANDRE BARRETO DA SILVA[6]; GRACIELE DE MEDEIROS MARTINS[7]; AMANDA BARRETO DA SILVA[8]

1,2,3,4,5.SANTA CASA /PAVILHAO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 6,7.UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE, LAGES, SC, BRASIL; 8.HOSPITAL DE CLÍNICAS, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HISTOPLASMOSE; HISTOPLASMOMA; NODULO PULMONAR

Introdução: Histoplasma capsulatum é o nome da forma unicelular ou levedura de reprodução assexuada do fungo dimórfico cuja forma multicelular sexuada se denomina Emmonsiella capsulata. A espécie sexuada multicelular é um ascomicota que tropismo por solos com alto teor de nitrogénio como os das cavernas de morcegos, ou zonas de cidades com alto número de pombos, ou galinheiros. A infecção humana ocorre após inalação dos seus esporos, podendo se manifestar de várias formas, dependendo da quantidade do fungo inalado, da imunidade do hospedeiro e de alterações no parênquima pulmonar. O histoplasma existe naturalmente na natureza nos estados do Rio Mississipi nos EUA, na América do Sul, incluindo Brasil; Histoplasmoma é caracterizado por processo cicatricial da lesão primária, apresentando-se como nódulo pulmonar único, raramente progredindo. Nódulo pulmonar tem como diagnóstico diferencial processos neoplásicos e granulomatosos. Histoplasmoma é uma forma comum de apresentação de nódulo pulmonar no Brasil, com zonas endêmicas no RJ, SP, RS e MG. Geralmente apresenta-se como nódulo pulmonar único, não causando sintomas, sendo vistos em exames de rotina. Caracteriza-se por lesão primária cicatrizada, envolta por uma cápsula de fibrose observado em biópsias. Os nódulos por histoplasmoma têm crescimento lento, podendo alcançar 2 a 3 cm em 10 a 20 anos. **Objetivo:** discrever um caso de diagnostico diferencial de nodulo pulmonar, com caracteristicas radiologicas lesao maligna. Relato de Caso: EBB, 69 anos, branca, do lar, casada, natural e procedente de Canoas – RS, interna para investigação de nódulo pulmonar. A paciente é ex –tabagista, fumou por 40 anos/maço. Paciente não apresenta tosse, dispneia, febre, perda ponderal ou episódios de hemoptise. É portadora de hipertensao arterial em uso de Captopril, Hidroclorotiazida e Digoxina. É ex-tabagista há 10 anos, fumou cerca de 30 anos/maço. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, normocorada, hidratada, acianótica e eupneica. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Ausência de baqueteamento digital e linfonodomegalia cervical. Exames laboratoriais normais. Radiograma de tórax apresentando nódulo pulmonar em lobo superior direito, com aproximadamente 2 cm de diâmetro, sem calcificações. Na tomografia de toráx o nodulo apresnta 3cm com limites imprecisos, com espiculas. Endoscopia respiratória e lavados brônquico e broncoalveolar não forneceram informações validas para o diagnostico. Espirometria com prova broncodilatadora normal e sem resposta ao BD. Paciente submetida a nodulectomia, com boa evolução clínica após a cirurgia. Resultado de biópsia de peça evidenciando histoplasmoma (utilizando técnica de coloração de Gromori-Grocott). Pesquisa de fungos da peça positiva, com numerosos pequenos elementos leveduriformes ovalados com brotamento simples. Pesquisa de BAAR foi negativa. Conclusão: O diagnóstico de histoplasmose deve ser considerda na investigacao de nodulo pulmonar no nosso país.

PO046 HIPERTENÇÃO PULMONAR DA GESTAÇÃO: EVOLUÇÃO DE 5 CASOS

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR[1]; GISELA MARTINS BOHNS MEYER[2]; FABIOLA SCHORR[3]; EDUARDO GARCIA[4]; MILENE HOTA[5]; RANGEL OLSEN DE CARVALHO[6]; AMANDA BARRETO DA SILVA[7]; FERNANDA BRUM SPILIMBERGO[8]

1,2,3,4,5,6,8.SANTA CASA/PAVILHAO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 7.HOSPITAL DE CLINICAS, CURITIBA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; GESTAÇÃO; EISENMENGER

Introdução: A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) compreende um conjunto de doenças que têm achados patológicos comuns, porém, apresentam diferenças fisiopatológicas e prognósticas. Hemodinamicamente, define-se HAP por uma pressão média da artéria pulmonar > 25mmHg em repouso ou > 30 mmHg durante exercício, com pressão de oclusão de artéria pulmonar ou pressão de átrio esquerdo menor que 15 mmHg, medidas através de cateterismo cardíaco direito. Estima-se que a incidência anual da HAP na população geral seja em torno de um a dois casos por milhão. A incidência é maior nas mulheres (1,7: 1) e compromete predominantemente indivíduos jovens. As alterações hemodinâmicas que ocorrem durante a gestação contribuem para aumento da mortalidade materna em portadoras de hipertensão pulmonar. O aumento progressivo do volume plasmático, que atinge cerca de 50% acima dos valores iniciais no início do terceiro trimestre, compromete ainda mais o ventrículo direito e pode desencadear insuficiência cardíaca direita. A doença vascular pulmonar preexistente restringe esse maior fluxo de sangue para os pulmões e sobrecarrega o ventrículo direito. À medida que a resistência vascular periférica diminui as pacientes com HAP apresentam aumento do fluxo da direita para a esquerda, exacerbando a hipóxia preexistente, que, por sua vez, pode piorar a vasoconstrição pulmonar. O grau de hipoxemia materna é o maior preditor de prognóstico fetal. Níveis de saturação de oxigênio arterial menor ou igual a 85% anterior à gestação estão associados com apenas 12% de nascimentos vivos, enquanto níveis de saturação de 90% ou mais estão associados a 92% de nascimentos vivos. A Síndrome de Eisenmenger é considerada uma contra-indicação à gravidez devido à elevada taxa de mortalidade materna (maior que 50%), considerável risco fetal e aumento do risco de tromboembolismo. **Objetivos:** Relatar a evolução da HAP em 5 pacientes femininas durante a gestação. **Relato dos Casos:** A idade das pacientes no momento da concepção variou entre 16 e 34 anos, com tempo médio de diagnóstico da doença de 6,4 anos. Entre as 5 pacientes, 3 apresentavam HAP idiopática e 2 eram portadoras de cardiopatia congênita (comunicação interatrial e Síndrome de Eisenmenrger - comunicação interventricular). As pacientes se encontravam em classe funcional (WHO) II ou III previamente à gestação e não foi observado piora clínica significativa durante a gravidez ou puerpério. A via de parto foi vaginal em 3 das 5 pacientes, sem intercorrências. As pacientes permaneceram com acompanhamento clínico cardiológico durante toda a gestação, no momento do parto e após. **Conclusão:** Nas pacientes relatadas a gravidez e o parto transcorreram sem complicações significativas e apesar de dados desanimadores da literatura não houve óbitos e nem mesmo piora da classe funcional.

PO047 METÁSTASES PULMONARES COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA COLÔNICA

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR[1]; GISELA MARTINS BOHNS MEYER[2]; FABIOLA SCHORR[3]; EDUARDO GARCIA[4]; MILENE HOTA[5]; RANGEL OLSEN DE CARVALHO[6]; AMANDA BARRETO DA SILVA[7]; FERNANDA BRUM SPILIMBERGO[8]

1,2,3,4,5,6,8.SANTA CASA/PAVILHAO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 7.HOSPITAL DE CLINICAS, CURITIBA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MESTÁSTASE PULMONAR; NEOPLASIA DE CÓLON; TUMORES COLORRETAIS

Introdução: Metástases de neoplasias de órgãos sólidos constituem a causa mais comum de nódulos pulmonares múltiplos, perfazendo cerca de 80% dos casos, e incluem neoplasia primária de testículos, ovários, mama, rins, colorretal, melanoma e sarcoma. As lesões apresentam variabilidade de tamanho e localização, com preferência para as bases pulmonares (devido à melhor perfusão) e com bordos caracteristicamente bem delimitados. A ocorrência de cavitação das lesões metastáticas é rara, ocorrendo em menos de 5% dos casos. A tomografia computadorizada é o método de escolha para detecção desta entidade, sendo bastante sensível, embora nem sempre específica. **Objetivos:** Descrever o diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares múltiplos. **Relato de Caso:** A.B., 41 anos, branco, ex-trabalhador de indústria calçadista - coureiro (trabalhou durante 20 anos, afastado há 3 anos), previamente hígido, apresentando tosse seca com início há 6 meses, inicialmente acompanhada de episódios febris e de escarro hemoptóico (ambos com remissão espontânea), evoluindo com dor ventilatório-dependente e dispnéia, sem outros sintomas respiratórios ou constitucionais. Na época do início da sintomatologia realizou teste de Mantoux (15mm), sendo-lhe prescrito tuberculostáticos de 1ª linha durante 3 meses, sem melhora clínica. Internado no Serviço de Pneumologia da Santa Casa de Porto Alegre/RS, apresentava-se eutrófico, em bom estado geral, com dispnéia aos mínimos esforços e hipoxemia em ar ambiente. Radiograma de tórax evidenciava infiltrado nodular difuso bilateral. TC de tórax mostrava múltiplas opacidades, algumas confluentes e com necrose no interior, disseminadas em ambos os pulmões. Fibrobroncoscopia normal, com bacteriológico, pesquisa de fungos e BAAR negativos. Anti-HIV e imunodifusão para fungos também negativos. Submetido à biópsia pulmonar a céu aberto em LIE, cujo anátomo-patológico evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado em parênquima pulmonar com limites cirúrgicos comprometidos. Imunohistoquímica do material biopsiado foi compatível com metástase pulmonar de adenocarcinoma colônico moderadamente diferenciado (CDX2 e citoqueratina 20 positivos, citoqueratina 7 e TTF1 negativos). Realizado colonoscopia, que evidenciou lesão vegetante e friável em sigmóide impedindo a progressão do aparelho; anátomo-patológico confirmou adenocarcinoma colônico. **Conclusão:** Devido à drenagem venosa do trato intestinal via sistema porta, o primeiro sítio de disseminação hematogênica é usualmente hepático, seguido pelo pulmão, osso e outros sítios, como o cérebro. Entretanto, tumores colorretais com origem no reto distal podem metastatizar inicialmente para o pulmão por causa da drenagem da veia retal inferior ocorre com maior freqüência para a veia cava inferior do que para o sistema porta. Aproximadamente 20% dos pacientes com neoplasia colônica possuem doença metastática ao tempo do diagnóstico.

PO048 COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA E GANGRENA EM PACIENTE COM NÃO-PEQUENAS CÉLULAS DE PULMÃO

EDUARDO GARCIA; ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR; FERNANDO KESSLER BORGES; FABIOLA SCHORR; JEFERSON GASS; MILENE HOTA; GABRIELA DAS NEVES FEIJO GUIMARAES; RANGEL OLSEN DE CARVALHO

SANTA CASA/HOSPITAL PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: NEOPLASIA PULMONAR; SÍNDROMES PARANEOPLÀSICAS; COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA

Introdução: Os fenômenos paraneoplásicos podem ser um prenúncio de recidiva de câncer ou podem ser a manifestação inicial de um câncer. As manifestações paraneoplásicas relacionadas a eventos tromboembólicos descritas na literatura incluem trombose venosa migratória recorrente, trombose arterial, microangiopatia, endocardite trombótica não-bacteriana, e aguda ou crônica coagulação intravascular disseminada. Descrevemos um caso de uma paciente que evoluiu com múltiplas tromboses, ainda que em vigência de anticoagulação, e posterior gangrena de mão, sendo atribuidos a um caso de síndrome paraneoplásica devido a neoplasia pulmonar. Objetivos: relatar um caso de câncer de pulmão associado com coagulação intravascular disseminada grave. **Caso clínico:** T.S. branca de 43 anos, tabagista 20 anos-maço, previamente hígida, procedente do interior de Rio Grande, interna por tromboses venosas de repetição e aumento do volume cervical. Afirmava que ter tinha apresentado dor e edema de membro inferior esquerdo MIE e MSE e recebeu o diagnóstico de trombose venosa profunda extensa, sendo iniciado anticoaguloterapia. Uma semana antes da chegada ao nosso serviço, iniciou com quadro de edema em MSDo e aumento importante de volume da região cervical, acompanhado de sintomas compressivos, tais como disfonia e leve dispnéia. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, hidratada, corada, lúcida, orientada, normotensa, taquicárdica (FC = 119) e eupneica, saturando 95% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Em região cervical evidenciava-se aumento do volume, com massa endurecida, imóvel, bilateral. Presença de baqueteamento digital em membros superiores, além de necrose e gangrena úmida da mão e pé esquerdo. Linfonodos palpáveis em região cervical. Exames laboratoriais evidenciando anemia, tempo de tromboplastina parcial 87s e tempo de protrombina/RNI >14,5. Na ocasião foi iniciada antibioticoterapia sendo ainda suspensa terapia anticoagulante e realizada transfusão de plasma fresco de 6/6horas por 48 horas. Realizou tomografia de tórax que evidenciou achados sugestivos de neoplasia pulmonar primária em lobo superior direito com disseminação linfática e linfonodal, e sinais de trombose em veia jugular interna esquerda, seio sigmóide esquerdo, veia subclávia esquerda, veia jugular externa direita e veia subclávia e jugular direita. Após 48 hs do diagnostico principal evoluiu com insuficiência respiratória e septicemia necessitando UTI. Foi realizado biópsia de linfonodo axilar que evidenciou metástase de carcinoma de não pequenas células, sendo que a paciente evolui para óbito 48 hs após o diagnostico. **Conclusão:** O risco de trombose em pacientes com câncer de pulmão está aumentado aproximadamente 20 vezes quando comparado com a população em geral. Em pacientes com câncer de pulmão, o fenômeno tromboembólico pode ser um indicativo de pior prognóstico, com sobrevida de menos de 6 meses, a partir do evento até a morte.

PO049 LINFOMA NÃO-HODGKIN E DERRAME PLEURAL

EDUARDO GARCIA; FABIOLA SCHORR; ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR; FERNANDO KESSLER BORGES; JEFERSON GASS; MILENE HOTA; GABRIELA DAS NEVES FEIJO GUIMARAES; RANGEL OLSEN DE CARVALHO

SANTA CASA/HOSPITAL PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFOMA NÃO HODGKIN; DERRAME PLEURAL; LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

Introdução: Os linfomas não-Hodgkin (LNH) compreendem um grupo heterogêneo de neoplasias do tecido linfóide com distintos subtipos histológicos e apresentação clínica. Representam a quinta forma mais comum de câncer no Brasil, com incidência de 55 mil casos por ano e mais de 26 mil mortes. Os tumores hematológicos, como os linfomas e as leucemias são a terceira causa neoplásica de derrame pleural, onde há comprometimento dos linfonodostorácicos em praticamente todos os pacientes. O derrame pleural isolado sem outro acometimento torácico ou pulmonar é raro no LNH, sendo encontrados alguns relatos na literatura. **Objetivo:** relatar um caso de linfoma Não Hodgkin, sem envolvimento pulmonar causando derrame pleural em paciente adulto imunocompetente. **Caso:** pardo 45 anos, procurou à emergência por quadro de dor em hemitórax esquerdo há 3 meses, ventilatório-dependente, sem irradiação, com piora progressivo; Há 30 dias evoluiu com dispneia moderada, sudorese noturna e anorexia, relatando melhora parcial com uso de analgésicos. Negava emagrecimento, febre, tosse e/ou outros sintomas respiratórios. Em sua história pregressa, relatava tabagismo por 30 anos/macos. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, afebril e eupnéico e com murmúrio vesicular abolido na metade inferior do hemitórax esquerdo, com macicez à percussão. O radiograma do tórax mostrou derrame pleural volumoso esquerdo. Exames laboratoriais mostraram: leucocitose leve sem desvio (12200 leucócitos totais), LDH de 982, anti-HIV e hemocultura negativos e o exame do liquido pleural evidenciou: glicose: 102; LDH: 1393; pH: 7,4; proteínas: 5,3; células: 7680; com predomínio de neutrófilos(66%); bacterioscópico e bacteriológico: negativo e citológico: Negativo para células malignas; numerosos polimorfonucleares, linfócitos e células mesoteliais

– predomínio de neutrófilos. Após 7 dias, realizada nova toracocentese de alivio e biópsia de pleura associada cujo o anátomo-patológico evidenciou: inflamação crônica linfohistiocitária, com fibrose e exsudação neutrocitária, associado a hiperplasia de células mesoteliais; BAAR: negativo, Fungos: negativo; ADA: 56. A nova análise do liquído mostrou as mesmas características da análise anterior com execção do predomínio de linfócitos e aumento de amilase. A tomografia de tórax não agregou informações adicionais, enquanto a tomografia abdominal apresentou volumosa lesão expansiva de contornos bem definidos e lobulados e que engloba a cauda do pâncreas, baço, rim e adrenal esquerda e a hemicúpula diafragmática ipsilateral, não se observou presença de adenomegalias em retroperitônio lombar. A biópsia dessa massa abdominal revelou o diagnóstico: Linfoma Difuso de Grandes Células B, sendo encaminhado para tratamento oncológico. **Conclusão:** Apesar de não haver acometimento pulmonar, o linfoma deve ser sempre lembrado como causa nos casos de derrame pleural aparentemente sem etiologia identificada.

PO050 PERFIL DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL

GISELA MARTINS BOHNS MEYER; EDUARDO GARCIA; ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR; FABIOLA SCHORR; RANGEL OLSEN DE CARVALHO; FERNANDA BRUM SPILIMBERGO; MILENE HOTA; LUCAS JESUS DE MEDEIROS

SANTA CASA/HOSPITAL PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; CARDIPATIA CONGÊNITA; ESQUISTOSSOMOSE

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar compreende um conjunto de doenças com achados patológicos comuns, porém, que apresentam diferenças fisiopatológicas e prognósticas. Hemodinamicamente, define-se hipertensão pulmonar pela medida da pressão média da artéria pulmonar maior que 25 mmHg em repouso ou maior que 30 mmHg durante o exercício, com pressão de oclusão da artéria pulmonar ou pressão de átrio esquerdo inferior a 15 mmHg, medidas através de cateterismo cardíaco. Estima-se uma incidência anual de um a dois casos por milhão de habitantes. Na abordagem desta entidade, faz-se necessário a exclusão de causas associadas e, após confirmado o diagnóstico, realizar avaliação da gravidade, a qual implicará na seleção da terapia adotada . Antes do advento das novas terapias, a sobrevida média era de 2,8 anos pós-diagnóstico. Os principais fatores prognósticos incluem a classe funcional da New York Heart Association (NYHA), avaliação da capacidade de exercício, variáveis ecográficas, medidas hemodinâmicas ao cateterismo cardíaco direito, marcadores bioquímicos e questionários de qualidade de vida. A abordagem terapêutica divide-se em tratamento dos fenômenos associados, e dilatação e anti-remodelação vascular pulmonar. **Objetivo:** Relatar o perfil de uma amostra de pacientes atendidos no ambulatório de hipertensão pulmonar do Pavilhão Pereira Filho, componente do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre/RS, através da revisão de prontuários médicos, com um período de seguimento de 6 meses. **Método:** A amostra constituiu-se de 106 pacientes, com média geral de idade de 39 anos, sendo 58,5% mulheres (média de 40 anos) e 41,5% homens (média de 39 anos). As principais etiologias da hipertensão pulmonar verificadas foram: cardiopatia congênita (36%), idiopática (28%), tromboembólica (18%), colagenose (9%) e outras (9%). Ao final de 6 meses de tratamento houve melhora da classe funcional em 52% dos casos segundo critérios da NYHA (86% deles reduziram uma classe funcional, enquanto que em 14% dos casos houve regressão de duas classes funcionais); em 33% dos pacientes não houve alteração da classe funcional e apenas em 15% deles ocorreu piora no período estudado. **Conclusão:** Nossa amostra teve como principal etiologia as cardiopatias congênitas e causa idiopática, diferindo do restante do país, onde a esquistossomose constitui a maior parte dos casos. Observou-se melhora na classe funcional na maioria dos pacientes, o que não é visto na maioria dos dados da literatura.

PO051 HISTOPLASMOSE PLEURAL

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR; FABIOLA SCHORR; MILENE HOTA; RANGEL OLSEN DE CARVALHO; EDUARDO GARCIA; GRACIELE DE MEDEIROS MARTINS; AMANDA BARRETO DA SILVA; LUCAS JESUS DE MEDEIROS

SANTA CASA/HOSPITAL PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; HISTOPLAMOSE; SIDA

Introdução: A histoplasmose é uma micose causada pela inalação do fungo Histoplasma capsulatum que geralmente acomete primariamente os pulmões e apresenta sintomatologia variada. No entanto, os indivíduos com SIDA e com contagem de células T CD4 menor do que 200/µl têm maior risco de desenvolver histoplasmose disseminada aguda. Além disso, os casos de histoplasmose pleural são infreqüentes e podem apresentar prognósticos severos, principalmente quando o diagnóstico é tardio. **Objetivos:** Descrever um caso clínico de histoplasmose pleural em paciente imunodeprimido. **Relato de Caso:** branco, 42 anos, Auxiliar de Enfermagem, procedente de Novo Hamburgo (RS) e com diagnósticos prévios de SIDA e de talassemia minor. Há 40 dias o paciente foi encaminhado ao Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre para investigar quadro clínico de derrame pleural no hemitórax esquerdo associado à tosse seca, dor torácica, perda de peso, febre intermitente de até 38,5ºC, dispnéia progressiva, sudorese noturna, mucosas descoradas e pancitopenia. A contagem de células T CD4 foi de 48/µl e a tomografia computadorizada de tórax não evidenciou adenomegalias ou lesão pleuro-pulmonar. A dosagem de adenosina deaminase (ADA) foi de 25 U/L e o BAAR foi negativo no líquido pleural. A reação em cadeia da polimerase (PCR) para o vírus Epstein-Barr (EBV) foi positiva e para o Mycobacterium tuberculosis negativa. Na cultura de fragmento de pleura foi encontrado o agente causador da histoplasmose, sendo instituído tratamento com Anfotericina B. CONCLUSÃO: O tempo prolongado de cultura do agente causador da histoplasmose, o diagnóstico tardio da SIDA com a evolução das complicações imunológicas e as doenças oportunistas relacionadas à SIDA que apresentam quadros clínicos semelhantes ao da histoplasmose, tais como tuberculose e linfoma, são fatores agravantes dos casos de histoplasmose aguda em pacientes com SIDA. Além disso, a baixa dosagem de ADA no líquido pleural é de fundamental importância no diagnóstico diferencial de derrame pleural, pois esse teste apresenta alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de tuberculose pleural. Entretanto, outros métodos rápidos, sensíveis e específicos, além de um elevado grau de suspeição clínica são necessários para o estabelecimento de prognósticos mais tênues nesses casos.

PO052 PLEUROSTOMIA COM RESSECÇÃO COSTAL NO EMPIEMA PLEURAL CRÔNICO: RESULTADOS DE UMA SÉRIE DE CASOS

ANTERO GOMES NETO; JOSÉ SANTANA MOREIRA RAMOS JÚNIOR; FÁBIO ALÉRCIO COSTA RODRIGUES; RAFAEL FERNANDES VIANA ARAÚJO; LEONARDO CÉSAR SILVA DE OLIVEIRA; ALEXANDRE MARCELO RODRIGUES LIMA; ALFREDO SÁVIO MONTEIRO NOGUEIRA

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EMPIEMA PLEURAL; DRENAGEM ABERTA; PLEUROSTOMIA

Introdução: Empiema pleural é definido como o acúmulo de secreção purulenta na cavidade pleural. Os casos não resolvidos precocemente evoluem para a fase crônica, caracterizada por espessamento pleural, demarcação do espaço pleural, fixação da pleura e encarceramento pulmonar. O tratamento de eleição nesta fase é a drenagem pleural aberta, denominada de pleurostomia, que consiste na confecção cirúrgica de uma fistula pleuro-cutânea. Isto permite a drenagem, o saneamento da cavidade e, na maioria das vezes, a reexpansão pulmonar. **Objetivos:** Avaliar a etiologia, microbiologia, complicações e resultados clínicos de pacientes portadores de empiema pleural crônico submetidos à pleurostomia. **Métodos:** Estudo retrospectivamente de 174 pacientes com o diagnóstico de empiema pleural crônico, operados no período de maio 2004 a maio de 2008. As variáveis avaliadas, obtidas de registros de banco de dados do serviço de cirurgia torácica do hospital, foram as seguintes: gênero, faixa etária, microbiologia, doença pulmonar de base, complicações e resultados clínicos da pleurostomia. **Resultados:** Dos 174 pacientes, 134 (77%) eram do sexo masculino. A média de idade foi 43,1±17,5 anos, variando de 13 a 86. Em relação à microbiologia, a cultura foi positiva em 82 (47%)

casos, com predomínio de germes Gram negativos 47(57,3%). Quanto à doença de base, 127 (72,9 %) era pós-pneumonia; 12 (6,9 %) pós-derrame pleural neoplásico; 12 (6,9 %) pós-cirurgia de ressecção pulmonar; 12 (6,9 %) misto pós-tuberculose; 7 (4,0 %) pós-trauma; 4 (2,3%) pós-perfuração esofágica. Houve 15 complicações (8,6 %), sendo 6 fechamentos precoces da pleurostomia, 3 infecção da ferida cirúrgica, 2 pneumotórax, 2 óbitos, 1 acidente vascular cerebral e 1 sangramento. **Conclusão:** O empiema pleural acometeu uma população de faixa etária jovem e com predomínio do sexo masculino. A doença de base mais comum foi pneumonia com predomínio de bactérias gram negativa. A pleurostomia possibilitou a cura da maioria dos pacientes, apresentando baixo índice de complicações e mortalidade.

PO053 ESTENOSE TRAUMÁTICA DE BRÔNQUIO FONTE ESQUERDO

ANTONIO BONAPARTE SANTANA FERREIRA JUNIOR; MANOEL XIMENES NETTO; MARCOS AMORIM PIAUILINO; JOAQUIM EUCLIDES MELO ARAUJO; HUMBERTO ALVES OLIVEIRA; RAFAEL MARQUES RIBEIRO PESSOA; FREDERICO AUGUSTO BERNIZ ARAGÃO; REINALDO OLIVEIRA SILVA

HOSPITAL DE BASE, BRASILIA, DF, BULGÁRIA

PALAVRAS-CHAVE: TRAUMA TORACICO; ESTENOSE; BRONCOPLASTIA

Introdução: O traumatismo torácico é responsável por 25% das mortes nos politraumatizados. A alta incidência se deve principalmente ao aumento no número de veículos e os elevados índices de violência. As lesões de vias aéreas superiores são pouco freqüentes com incidência dos traumas traqueais e brônquicos variando de 0,3% a 1%, estando geralmente associados a traumatismo fechado. Suas manifestações são variáveis e o diagnostico geralmente retardado. O sucesso do tratamento depende do diagnostico precoce e correção cirúrgica adequada. Objetivos: Relatar o caso de uma paciente com trauma torácico que evoluiu com estenose completa de brônquio fonte esquerdo. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, 28 anos com historia de acidente automobilístico e trauma torácico, após quinze dias evoluiu com piora da dispnéia e da dor torácica. Ao exame apresentava expansibilidade diminuída do HTE e MV abolido; o raio-X de tórax mostrava opacificação do HTE. Foi submetida à drenagem torácica em selo d'água sem reexpansão pulmonar e então encaminhada ao nosso serviço. Apresentava-se assintomática em repouso com MV abolido em HTE, dreno oscilante com baixo debito e sem fuga aérea. A planigrafia traqueal revelou estenose brônquica em segmento proximal do BFE e a broncoscopia evidenciou processo inflamatório subagudo. TC de tórax mostrou atelectasia total do pulmão esquerdo e hidropneumotorax ipsilateral. Após 40 dias do trauma foi submetida à toracotomia exploradora com broncoplastia do BFE com anastomose termino-terminal. Resultados: O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. A paciente permaneceu com dreno torácico ate o oitavo dia de pós-operatório e reabilitação pulmonar com fisioterapia. Apresentou melhora da sintomatologia e no controle radiológico os pulmões expandiram completamente. A TC de tórax mostrou reexpansão total do pulmão esquerdo e a planigrafia traqueal e brônquica confirmou brônquio fonte esquerdo pérvio com discreta estenose cicatricial. Conclusão: As lesões traqueobrônquicas são raras e no trauma torácico envolvem grande risco de morte. As suas manifestações são variáveis e não é incomum o diagnóstico ser retardado. O sucesso no diagnóstico e tratamento, freqüentemente, requer alto grau de suspeição e a correção cirúrgica como método de escolha. O rompimento da árvore traqueobrônquica, ocasionado por acidentes em alta velocidade e grande liberação de energia, geralmente está associado a outras lesões. Os sinais comumente presentes são: enfisema subcutâneo, dispnéia e hemoptise. Os achados radiológicos mais comuns incluem pneumotórax, pneumomediastino, fraturas de costelas e clavículas. A broncoscopia rígida ou flexível é considerada um método de diagnóstico eficaz, desde que manuseado por profissional treinado. O diagnóstico precoce deve ser enfatizado, pois evita as complicações associadas ao reparo tardio das lesões.

PO054 RELAÇÃO DA VACINAÇÃO BCG COM O RESULTADO DO TESTE TUBERCULÍNICO EM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE EM SALVADOR (BAHIA-BRASIL)

ANTONIO EDSON SOUZA MEIRA JÚNIOR[1]; EVELIN SANTOS OLIVEIRA[2]; JAQUELINE SILVA RODRIGUES[3]; CARLOS MAURÍCIO CARDEAL MENDES[4]; THEOLIS COSTA BARBOSA[5]; SÉRGIO MARCOS ARRUDA[6]; JAMOCYR MOURA MARINHO[7]

1,7.ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA - EBMSP, SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,5.LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA E IMUNOREGULAÇÃO - CPQGM/FIOCRUZ, SALVADOR, BA, BRASIL; 4.CENTRO DE PESQUISA FIMA LIFSHITZ - HUPES/UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; 6.LABORATÓRIO AVANÇADO DE SAÚDE PÚBLICA - CPQGM/FIOCRUZ, SALVADOR, BA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BCG; TESTE TUBERCULÍNICO; MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Introdução: A prevalência da infecção pelo Mycobacterium tuberculosis entre estudantes da área de saúde é alta. A detecção precoce da infecção tuberculosa na ausência de sintomas é realizada através do teste tuberculínico (TT). Esse teste pode sofrer influência da vacinação BCG. Sabendo que no Brasil a vacinação BCG é obrigatória, é importante conhecermos o efeito da vacinação no resultado do TT. **Objetivo:** Analisar a relação da vacina BCG com o resultado do teste tuberculínico em estudantes da área de saúde em Salvador-BA. **Métodos:** Alunos voluntários matriculados no 1º ano dos cursos da área de saúde em Salvador-BA assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam um questionário padronizado e fizeram o Teste tuberculínico. O questionário tinha informações sobre as características demográficas e história de vacinação pelo BCG. O TT foi realizado por profissional treinado, usando a técnica de Mantoux, utilizando o PPD RT23 de acordo com as normas do Ministério da Saúde. A leitura foi realizada 48 a 72h após a aplicação. Os alunos não reatores ao TT (0-4 mm) foram convidados para realização de um 2º TT, entre 7 a 15 dias após o 1º TT para detectar falsos negativos. Para fazer a análise estatística foi utilizado o teste de qui-quadrado. **Resultados:** Dentre os 639 alunos que completaram a avaliação, 215 (36,64%) eram do sexo masculino, 424 (66,35%) do sexo feminino e a idade média foi de 19,76 (± 2,55). Desses 639 alunos, 153 foram excluídos, pois não responderam ou não sabiam informar sobre história de vacinação BCG. Dos 486 alunos, 476 (97,94%) foram vacinados com BCG e 10 (2,05%) não foram vacinados. Dos 476 vacinados, 168 (35,3%) foram não reatores ao TT (0-4 mm), 164 (34,5%) fraco-reatores (5-9 mm) e 144 (30,3%) forte-reatores (≥10 mm). Sendo assim, utilizando o teste do qui-quadrado a relação da vacinação BCG no resultado do TT não foi estatisticamente significante (p=0,6169). Conclusão: A vacinação BCG não influenciou no resultado do teste tuberculínico entre estudantes da área de saúde.

PO055 EFEITO BOOSTER NA REALIZAÇÃO DO TESTE TUBERCULÍNICO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DA ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ANTONIO EDSON SOUZA MEIRA JÚNIOR[1]; EVELIN SANTOS OLIVEIRA[2]; CINARA DOURADO PEREIRA CORRÊIA SANTOS[3]; IGOR VIEIRA[4]; CARLOS MAURÍCIO CARDEAL MENDES[5]; THEOLIS COSTA BARBOSA[6]; SÉRGIO MARCOS ARRUDA[7]; JAMOCYR MOURA MARINHO[8]

1,3,4,8.ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA - EBMSP, SALVADOR, BA, BRASIL; 2,6.LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA E IMUNOREGULAÇÃO - CPQGM/FIOCRUZ, SALVADOR, BA, BRASIL; 5.CENTRO DE PESQUISA FIMA LIFSHITZ - HUPES/UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; 7.LABORATÓRIO AVANÇADO DE SAÚDE PÚBLICA - CPQGM/FIOCRUZ, SALVADOR, BA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EFEITO BOOSTER; TESTE TUBERCULÍNICO; ESTUDANTES DE MEDICINA

Introdução: O teste tuberculínico (TT) é realizado para diagnosticar infecção pelo Mycobacterium tuberculosis. A avaliação do teste tuberculínico deve ser realizada em duas etapas para avaliar o efeito booster. Esse fenômeno ocorre em indivíduos infectados pelo Mycobacterium tuberculosis que apresentam um teste tuberculínico (TT) inicial negativo (0-4 mm) e um segundo teste, realizado após uma a duas semanas, apresentando uma enduração ≥ 10 mm. Deixar de avaliar este fenômeno pode levar a resultados falso-negativos. **Objetivo:** Avaliar a prevalência do efeito booster entre estudantes do primeiro ano de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal em alunos voluntários matriculados no

primeiro ano de medicina da EBMSP em Salvador (Bahia, Brasil). O TT 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 (0-4 mm), foram convidados para realização de um segundo teste, entre 7 a 15 dias, com objetivo de avaliar o efeito booster. **Resultados:** Dos 401 alunos voluntários que responderam ao questionário e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, 367 alunos (91,52%) realizaram o primeiro teste e retornaram para leitura. Destes, 223 foram não reatores (0-4 mm); 105 não realizaram o 2º TT ou não retornaram para leitura, 118 fizeram o 2º TT e retornaram para leitura. Dos alunos que completaram a avaliação, 97/118 (82,20%¨) continuaram não reatores ao TT, 13/118 (11,01%) foram reatores fracos e o efeito booster foi verificado em 8/118 (6,77%). **Conclusão:** O efeito booster foi verificado em uma parcela elevada dos voluntários (6,77%). Em pessoas que apresentam TT negativos no 1º teste, a não realização de um 2° teste pode levar a um resultado falso-negativo.

PO056 HISTÓRIA DE CONTATO COM TUBERCULOSE EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE

ANTONIO EDSON SOUZA MEIRA JÚNIOR[1]; JAMOCYR MOURA MARINHO[2]; CARLOS MAURÍCIO CARDEAL MENDES[3]; EVELIN SANTOS OLIVEIRA[4]; ELISABETE LOPES CONCEIÇÃO[5]; JAQUELINE SILVA RODRIGUES[6]; THEOLIS COSTA BARBOSA[7]; SÉRGIO MARCOS ARRUDA[8]

1,2.ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA - EBMSP, SALVADOR, BA, BRASIL; 3.CENTRO DE PESQUISA FIMA LIFSHITZ - HUPES/UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; 4,6,7.LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA E IMUNOREGULAÇÃO - CPQGM/FIOCRUZ, SALVADOR, BA, BRASIL; 5,8.LABORATÓRIO AVANÇADO DE SAÚDE PÚBLICA - CPQGM/FIOCRUZ, SALVADOR, AP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TESTE TUBERCULÍNICO; MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS; INFECÇÃO

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença de transmissão aérea. O Mycobacterium tuberculosis é transmitido quando uma pessoa com tuberculose pulmonar ou laríngea elimina pequenas gotículas através da fala, tosse ou espirro. Dentre os fatores que determinam a chance de uma pessoa se infectar, destaca-se a intensidade e freqüência do contato com um paciente bacilífero. Essa infecção pelo bacilo da TB é diagnosticada através do teste tuberculínico. Profissionais de saúde, em contato mais freqüente com doentes de tuberculose, apresentam um risco mais elevado de infecção e de adoecimento que a população. Sendo assim, é importante conhecer a história de contato entre alunos do primeiro ano do curso da área de saúde com pessoas com TB, destacando se esse contato influencia ou não no resultado do teste tuberculínico. **Objetivo**: Analisar a associação entre o contato com pessoas com tuberculose pelos estudantes da área de saúde com o resultado do teste tuberculínico. **Métodos:** Alunos voluntários matriculados no 1º ano dos cursos da área de saúde em Salvador-BA assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam um questionário padronizado e fizeram o teste tuberculínico (TT). O questionário tinha informações sobre as características demográficas e história de contato com pessoas com TB. O TT foi realizado por profissional treinado, usando a técnica de Mantoux, utilizando o PPD RT23 de acordo com as normas do Ministério da Saúde. A leitura foi realizada 48 a 72h após a aplicação. Os alunos não reatores ao TT (0-4 mm) foram convidados para realização de um 2º TT, entre 7 a 15 dias após o 1º TT para detectar falsos negativos. Para fazer a análise estatística foi utilizado o teste de qui-quadrado. **Resultados:** Dentre os 639 alunos que completaram a avaliação, 215 (36,64%) eram do sexo masculino, 424 (66,35%) do sexo feminino e a idade média foi de 19,76 (± 2,55). Desses 639 alunos, 13 foram excluídos, pois não responderam ou não sabiam informar sobre história de contato com tuberculose. Dos 626 alunos, 54 (8,62%) tiveram contato com pessoa com tuberculose e 572 (91,37%) não tiveram contato. Dos 54 que tiveram contato, 15 (27,8%) foram não reatores ao TT (0-4 mm), 19 (35,2%) fraco-reatores (5-9 mm) e 20 (37,0%) forte-reatores (≥10 mm). Sendo assim, utilizando o teste do qui-quadrado a relação do contato com TB no resultado do TT não foi estatisticamente significante (p=0,2846). **Conclusão:** A maioria dos estudantes (91,37%) no inicio do curso da área de saúde não tiveram contato com pessoas com tuberculose. Não houve associação estatística entre o contato com TB e o resultado do teste tuberculínico.

PO057 CONDROSARCOMA GIGANTE DE PAREDE TORÁCICA MIMETIZANDO CÂNCER DE MAMA

ROBERTO SAAD JUNIOR; VICENTE DORGAN NETO; MARCIO BOTTER; ROBERTO GONÇALVES; JORGE HENRIQUE RIVABEN; ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR; GIBRAN RIBEIRO ROCHA; ALEXANDRE CURADO SOBRAL COSTA

SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CONDROSSARCOMA; PAREDE TORÁCICA; TUMOR

Introdução: Condrossarcoma é o tumor maligno caracterizado pela produção de cartilagem neoplásica, apresenta comumente evolução clinica lenta com metástase infreqüente e tardia1. São tumores incomuns, que correspondem à terceira causa de tumores osseos1,sendo que os de parede torácica anterior perfazem 3,4% dos casos3. Aparecem mais na quarta década de vida e com predileção pelo sexo masculino2, 3,4. O tratamento para a maioria dos casos é cirúrgico, priorizando-se a ressecção em bloco1. **Objetivos:** relatar um caso de condrossarcoma que mimetizava uma neoplasia mamária. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, branca, 63 anos, com queixas de surgimento de tumoração em topografia mamária (indolor) de crescimento progressivo e perda ponderal de 5Kg, há 4 meses. Encaminhada ao serviço de mastologia da IMSCSP, onde foi submetida à mamografia cujos achados clínico-radiológicos foram altamente suspeitos de malignidade. Não possuía antecedentes patológicos e era tabagista com carga tabágica de 30 maços.ano. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, presença de abaulamento medindo cerca de 10cm em mama direita (topogafia de 4° arco costal direito), sem sinais flogísticos, aderido a planos profundos, de consistência endurecida, sem limites definidos e bordos irregulares. À radiografia de tórax, observa-se lesão radiopaca em região de mama direita. Realizada biópsia por agulha fina, cujo diagnóstico foi condrossarcoma grau II. Submetida à ressonância nuclear magnética de mama onde se observou: lesão de formação expansiva insuflativa destrutiva, medindo 11cm no maior diâmetro, comprometendo a porção anterior do 4° arco costal direito, com áreas de necrose central e sinais de matriz condral de permeio. Parênquima mamário sem lesões focais. Paciente encaminhada ao serviço de cirurgia torácica da ISCMSP sendo submetida à toracectomia direita com ressecção do 3°,4° e 5° arcos costais com preservação da glândula mamária. Não evidenciado acometimento de parênquimas mamário e pulmonar. À macroscópica, peça de 626g medindo 15cm, constituída de 3 segmentos. Saliência ovóide, delimitado por pseudocápsula, e o aspecto do corte é de tecido cartilaginoso, com área central irregular e com necrose. **Resultados:** Paciente teve boa evolução recebendo alta no 4° dia de pós-operatório e encontra-se em acompanhamento ambulatorial há 4 meses sem sinais de recidiva. **Conclusões:** Condrossarcoma é o mais comum tumor maligno de costela2, entretanto nenhum relato com as características descritas neste caso, foi encontrado na literatura. O condrossarcoma de mama é relatado, mas com baixa incidência5. O fato de mimetizar outro tipo de tumor pode dificultar o diagnóstico correto e atrasar a conduta, piorando o prognóstico.

PO058 GANGLIONEUROMA DE MEDIASTINO POSTERIOR E TRAUMA DE TÓRAX

ROBERTO SAAD JUNIOR; VICENTE DORGAN NETO; MARCIO BOTTER; ROBERTO GONÇALVES; JORGE HENRIQUE RIVABEN; ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR; GIBRAN RIBEIRO ROCHA

SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: GANGLIONEUROMA; TRAUMA DE TORAX; TORACOTOMIA

Introdução: Ganglioneuromas são tumores benignos raros, originados do sistema nervoso periférico e ocorrem a cada 1 em 100.000 indivíduos. São de crescimento lento e geralmente descobertos em exames de rotina ou investigação de outras patologias. Aparecem entre a primeira e quarta década de vida e o tratamento é feito através da ressecção tumoral. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente vítima de acidente automobilístico com trauma de tórax encaminhado para o serviço de cirurgia torácica da Santa Casa de São Paulo para avaliação devido opacidade em terço superior do hemitórax direito pela radiografia de tórax inicial. **Método:** Relato do caso de um paciente de 27 anos vítima de acidente automobilístico grave, colisão auto versus auto com capotamento e choque contra um muro, sendo ejetado para fora do veículo juntamente com o assento. Na avaliação inicial encontrava-se praticamente assintomático, apesar da gravidade do mecanismo de trauma, queixava-se de dor leve em ombro direito em local de escoriação. Vias aéreas pérveas,

respiração espontânea, estável hemodinamicamente, glasgow 15 e sem sinais de fraturas, com escoriações em membros superiores e inferiores. O Rx de tórax inicial evidenciava opacidade de terço superior de hemitórax direito, sem outras alterações. Foi realizado TC de Tórax que mostrou opacidade homogênea de todo terço superior do hemitórax direito. Mantido em observação no serviço de emergência assintomático e encaminhado para avaliação da Cirurgia Torácica. O paciente negava qualquer patologia prévia e devido o mecanismo de trauma foi solicitado uma angiorressonância de tórax que excluiu a possibilidade de lesão vascular. Paciente submetido a toracotomia direita sendo ressecado tumoração extensa de mediastino posterior com diagnóstico histológico de gânglioneuroma. **Resultado**: O paciente evoluiu bem sem complicações, em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Tumores de mediastino posterior são geralmente oligossintomáticos sendo que a linhagem mais comum é a de origem nervosa. A peculiaridade deste caso foi a possibilidade de lesão relacionada ao trauma pois a gravidade do acidente faz aventar a hipótese de lesão de grandes vasos por desaceleração, apesar do paciente estar bem clinicamente, o que não exclui a possibilidade deste tipo de lesão.

PO059 CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO: UM TUMOR RARO NO TÓRAX

ROBERTO SAAD JUNIOR; VICENTE DORGAN NETO; MARCIO BOTTER; ROBERTO GONÇALVES; JORGE HENRIQUE RIVABEN; GIBRAN RIBEIRO ROCHA; ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR
SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CISTO OSSEO ANEURISMATICO; ESCAPULA; ESCAPULECTOMIA

Introdução: O cisto ósseo aneurismático é uma lesão pseudoneoplásica benigna, de origem ainda não determinada, caracterizada por processo expansivo osteolítico, constituído por lacunas sanguíneas irregulares, delimitadas por septos de tecido conjuntivo e células gigantes multinucleadas. Pode ser primário, quando isolado, ou secundário quando acompanhar outros processos patológicos, neoplásicos ou não. Em 70% dos casos ocorre em ossos longos e estruturas posteriores da coluna vertebral, sendo raramente encontrado no arcabouço ósseo torácico. **Objetivos:** Relatar um caso de um paciente com diagnóstico de cisto ósseo aneurismático em escápula direita, operado na Disciplina de Cirurgia Torácica da FCMSCSP. **Materiais e Método:** Paciente do sexo masculino, pardo, 34 anos de idade, cursando com quadro clínico de dor em região escapular direita, com tumoração de crescimento progressivo, além de limitação aos movimentos de abdução e elevação do membro superior ipsilateral com início havia 6 meses, sem perda ponderal. Ao exame físico, apresentava tumoração na topografia da escápula direita, de consistência fibrocística, indolor à palpação, aderida à escápula, medindo cerca de 20 centímetros. À radiografia de tórax não evidenciava lesões em campos pulmonares, porém havia perda do contorno da escápula direita. À tomografia de tórax, presença de lesão insuflativa no corpo escapular direito, preenchida com baixos coeficientes de atenuação, com realce heterogêneo após injeção do contraste.Sendo assim, optou-se por realização de biopsia incisional da tumoração, sendo firmado o diagnóstico de Cisto Ósseo Aneurismático. Paciente foi, então, submetido a escapulectomia parcial direita, com ressecção da lesão com dimensões de 20 x 13 x 8 cm e peso de 1472 g. Aos cortes da peça , identificou-se tumor de consistência mole e de aspecto carnoso multiloculado, entremeado por áreas hemorrágicas. À microscopia, presença de inúmeras cavidades irregulares no tamanho e forma, repletas de sangue e delimitadas por septos de tecido conjuntivo com células multinucleadas e traves osteóides, confirmando o diagnóstico prévio. **Resultado:** Paciente em pós-operatório 1 ano de escapulectomia parcial direita, em acompanhamento ambulatorial, com moderado déficit motor à elevação do membro superior direito, porém com força muscular preservada. À tomografia de controle não se observa recidiva tumoral.Conclusão:O cisto ósseo aneurismático pode comprometer qualquer faixa etária, mas predomina na segunda década, sendo pouco freqüente acima dos 20 anos de idade e com mesma distribuição entre os sexos. À radiografia simples, no início, apresenta caracteres de lesão insuflativa excêntrica, circundada pela cortical. Internamente, apresenta-se com aspecto bolhoso. Ocorre em 70% na metáfise e na epífise dos ossos longos e estruturas posteriores da coluna vertebral. A superfície de corte apresenta múltiplas lacunas de tamanhos variados, abarrotadas de sangue. O tratamento de eleição é cirúrgico, uma vez que pode ocorrer malignização, além da possibilidade de fratura patológica ou necrose avascular. Outra indicação cirúrgica seria pela associação desta doença com outras lesões ósseas (30%), tanto malignas quanto benignas. Quanto ao tipo de cirurgia empregada dependerá da localização do mesmo. Em alguns casos o procedimento deverá ser precedido de embolização dos vasos nutrientes. Quando completamente ressecado a cura será definitiva. Em casos de curetagem a recidiva ocorrerá em 30%. Entre os diagnósticos diferenciais, o mais importante é com o osteossarcoma telangectásico

PO060 ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA BROQUIECTASIA, NO PERÍODO DE 2004 A 2007 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UNIDADE PRESIDENTE DUTRA, SÃO LUIS-MA

ANTÔNIO COÊLHO GALVÃO JÚNIOR[1]; DIEGO MUNIZ DOS SANTOS[2]; KENARD DA SILVA MARTINS NETO[3]; ANA LÍVIA MUNIZ DA SILVA[4]; THIAGO TEIXEIRA SILVA[5]; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES[6]; MARCOS ROBERTO DIAS MACHADO JÚNIOR[7]; RAFAEL CAMPOS SILVA[8]
1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8.FEDERAL DO MARANHAO, SÃO LUIS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIA; EPIDEMIOLOGIA; MARANHÃO

Introdução: A bronquiectasia é uma dilatação anormal e permanente das vias aéreas subsegmentares. Esta dilatação encontra-se associada a uma destruição inflamatória dos tecidos musculares e elásticos das paredes brônquicas. Deste modo, material de supuração e exudato se acumulam nos brônquios que estão distendidos. Nestes são observadas anormalidades, como deformações, estenoses, retrações e/ou colapsos, que podem resultar em uma obstrução ao fluxo aéreo e uma ineficaz drenagem de secreções. **Objetivos:** Determinar o perfil epidemiológico da bronquiectasia no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, da Universidade Federal do Maranhão. **Métodos:** Realizou-se estudo retrospectivo em 333 pacientes vítimas de afecções pulmonares, que se encontravam internados no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, da Universidade Federal do Maranhão, no período de 2004 à 2007. Após consulta em prontuários, fez-se o levantamento dos casos de bronquiectasia. Os dados foram analisados pelo programa EPIINFO 3.4.3.RESULTADOS: Dos 333 pacientes estudados, 38 pacientes eram portadores de bronquiectasia, o que corresponde a 11,4% de prevalência em se tratando de doenças respiratórias. A incidência de bronquiectasia não mostrou diferença significativa entre os dois sexos, mas ocorreu uma leve predominância no sexo feminino, com 21 (55,3%) diagnósticos. Em relação à faixa etária, esta doença foi mais prevalente em pacientes entre 20 e 59 anos, com a observação de 23 casos (62,2%), contra três em pacientes menores de 20 anos (8,1%) e 11 em maiores de 59 anos (29,3%). No que diz respeito à mortalidade, não foi observado um quadro significativo, tendo a maioria dos pacientes evoluído para alta, o que corresponde a 36 casos (94,7%) e tendo sido registrados apenas dois óbitos (5,3%), ambos, observados entre os adultos. **Conclusão:** Estes resultados contribuem para traçar o perfil epidemiológico desta afecção pulmonar em um serviço de referência deste Estado, permitindo assim que haja melhores condições de tratamento e reabilitação nestas unidades.

PO061 MEDIASTINITE DESCENDENTE NECROSANTE: UM RELATO DE CASO

ANTÔNIO COÊLHO GALVÃO JÚNIOR[1]; RENATA PORTO STYPULKOWSKI[2]; FÁBIO CALANDRINI[3]; ANA LÍVIA MUNIZ DA SILVA[4]; DIEGO MUNIZ DOS SANTOS[5]; THIAGO TEIXEIRA SILVA[6]; KENARD DA SILVA MARTINS NETO[7]; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES[8]
1,4,5,6,7,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SAO LUIS, MA, BRASIL; 2,3.UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINITE DESCENDENTE NECROSANTE; INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS; CASO CLÍNICO

Introdução: A mediastinite descendente necrosante (MDN) é uma variedade necrosante difusa que ocorre após complicação de infecções odontogênicas ou cervicofasciais, espalhando-se dos planos fasciais profundos para o mediastino. A propagação tem sido atribuída à contínua drenagem do pescoço para o mediastino, pressão intratorácica negativa e crescimento bacteriano sinergista. O quadro clínico inicial não é específico. A sintomatologia quanto à localização cervical são edema inflamatório, disfagia e crepitação à palpação. O envolvimento do mediastino deve ser suspeitado sempre que houver dispnéia ou murmúrios pulmonares anormais. A tomografia computadorizada (TC) é critica para determinar o nível da infecção, para monitorar o progresso do tratamento e avaliar a progressão não-suspeita da MDN. Basicamente o tratamento da MDN consiste de antibioticoterapia intravenosa, drenagem

e debridamento cirúrgicos e manutenção das vias aéreas pérvias. A taxa de mortalidade da MDN ocorre em cerca de 30 a 50% dos casos. **Caso clínico:** Paciente J. F. S.S., 26 anos, apresentou aumento de volume doloroso em região submandibular direita e submentual, fraqueza, mal-estar e inapetência. O paciente relatou exodontia recente do dente 46 com destruição por cárie. No exame inicial, o paciente apresentava-se em estado geral regular, desidratado, febril e eupnéico, apresentando murmúrios vesiculares fisiológicos bilaterais, hemodinamicamente estável, e apresentando trismo moderado. Negava disfagia ou dificuldade respiratória. Exames laboratoriais revelaram leucocitose acentuada com desvio à esquerda. Durante o tratamento hospitalar foi iniciada hidratação endovenosa e antibioticoterapia com Clindamicina 900 mg E.V. a cada 8 horas. Foi realizada drenagem submandibular, além de exploração e irrigação do sítio de exodontia recente. Apesar do tratamento inicial, o paciente evoluiu com piora, apresentando febre alta, disfagia importante, trismo severo, e dispnéia leve. Verificou-se ainda, edema e eritema em região anterior de tórax. Foi solicitado parecer à cirurgia torácica que diagnosticou mediastinite. O paciente foi então submetido à drenagem agressiva de espaços fasciais da face e do pescoço, e do mediastino, com a instalação de drenos torácicos e cérvico-fasciais. Após oito dias de internação o paciente recebeu alta com melhora total do quadro infeccioso. **Conclusão:** A DNM é uma infecção rara, porém com uma alta taxa de mortalidade. Uma simples infecção dentária, especialmente em pacientes diabéticos, imunocomprometidos ou debilitados, não deve ser subestimada na sua habilidade em causar a mediastinite. A utilização da TC é crítica para o rápido diagnóstico e tratamento e auxilia melhorar a progressão clínica. Não há dúvida de que somente a antibioticoterapia não é suficiente no tratamento da DNM, entretanto, as técnicas atuais são bastante controversas com relação à sua invasividade, necessitando-se, assim, de mais estudos para se obter melhores opções cirúrgicas.

PO062 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS AFECÇÕES PULMONARES MAIS PREVALENTES, NO PERÍODO DE 2004 A 2007, NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SÃO LUÍS-MA

ANTÔNIO COÊLHO GALVÃO JÚNIOR; ANA LÍVIA MUNIZ DA SILVA; DIEGO MUNIZ DOS SANTOS; KENARD DA SILVA MARTINS NETO; THIAGO TEIXEIRA SILVA; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES; VINICIUS MENDES ALBUQUERQUE; GISELE MARIA CAMPELO DOS SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUIS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EPIDEMIOLOGIA; DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA; DOENÇA PULMONAR RESTRITIVA

Introdução: Uma afecção pulmonar é entendida como qualquer doença ou distúrbio que cause ou indique uma função pulmonar deficiente. Podemos enquadrar estas doenças em três categorias: doenças pulmonares obstrutivas, onde ocorre uma redução do fluxo de ar, causada pelo estreitamento ou obstrução das vias aéreas, como asma, enfisema, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e bronquite crônica; e doenças pulmonares restritivas em que há uma diminuição na quantidade de ar inalada, pois existe uma diminuição da elasticidade ou quantidade de tecido pulmonar; a terceira categoria engloba as infecções. **Objetivos:** Determinar a amplitude das afecções pulmonares em nosso estado, assim como determinar seu perfil epidemiológico geral. **Métodos:** Realizou-se estudo retrospectivo em 333 pacientes vítimas de afecções pulmonares, que se encontravam internados no serviço de clínica médica do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, da Universidade Federal do Maranhão, entre os anos de 2004 e 2007. Após consulta em prontuários, fez-se o levantamento dos casos relacionados a doenças respiratórias. Os dados foram analisados pelo programa EPIINFO 3.4.3. **Resultados:** Dos 333 pacientes com doenças pulmonares estudados, 71 pacientes eram portadores de DPOC, o que corresponde a 21,32% se caracterizando como a afecção respiratória mais prevalente em nosso serviço. Ocupando a segunda posição, temos a pneumonia não-especificada com 12,60% e, logo em seguida a bronquiectasia com 11,40% de prevalência. A incidência de enfermidades pulmonares por sexo não mostrou diferença significativa entre os dois sexos, mas ocorreu uma leve predominância no sexo feminino, onde 184 (55,3%) eram do sexo feminino e 149 (44,7%) do masculino. Em relação à faixa etária, foram mais prevalentes entre adultos (20 a 59 anos), com a observação de 157 casos (47,15%) e entre maiores de 59 anos com 154 casos (46,25%), contra 22 casos em jovens menores de 19 anos (6,60%). No que diz respeito à mortalidade, foi observado que a maioria dos clientes obteve alta, o que corresponde a 290 casos (87,10%) e 43 deles evoluíram para óbito (12,90%), sendo estes, observados em maior número dentre maiores de 60 anos, com 23 casos (53,50%), seguidos por 18 casos (41,85%) de clientes entre 20 e 59 anos e dois casos (4,65%) em menores de 20 anos. A afecção onde a prevalência de óbitos foi maior corresponde à insuficiência respiratória não-classificada com 16 casos (37,20%), seguida por DPOC com cinco casos (11,60%) e empatadas pneumonia não-especificada e derrame pleural em afecções classificadas em outra parte, com dois casos (4,70%). **Conclusão:** Conclui-se após análise estatística, que é de extrema relevância a existência de condições estruturais e humanas no diagnóstico, na evolução da terapêutica e na reabilitação de pacientes portadores de DPOC, pneumonia não-especificada e bronquiectasia, uma vez que estes afecções apresentaram freqüência bastante elevada e taxas de óbitos significativas.

PO063 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COQUELUCHE NO MARANHÃO, BRASIL: ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE INCIDÊNCIA E COBERTURA VACINAL NO PERÍODO DE 2003 A 2007

ANTÔNIO COÊLHO GALVÃO JÚNIOR; DIEGO MUNIZ DOS SANTOS; KENARD DA SILVA MARTINS NETO; THIAGO TEIXEIRA SILVA; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES; ANA LÍVIA MUNIZ DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: COQUELUCHE; MARANHAO; INFECÇÃO RESPIRATORIA

Introdução: Coqueluche é uma doença infecciosa das vias aéreas, causada pelas bactérias Bordetella pertussis e Bordetella parapertussis, que se desenvolvem no nariz, boca e garganta e após um período de incubação de até 14 dias invade o aparelho respiratório liberando nele suas toxinas que fazem com que haja superprodução do muco, diminuição da fagocitose e alterações na regulação macrófagica. Os sintomas são inflamação dos brônquios, febre baixa, tosse seca, coriza, espirros, vômito, sudorese, expectoração e posteriormente com a agravação da doença pode ocorrer perda de consciência, convulsão, pneumonia, encefalite, lesões cerebrais e até evolução para óbito. A doença pode ser prevenida através da vacina tríplice (DTP) que é administrada na criança com dois meses de vida com reforços subseqüentes. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico da coqueluche no estado do Maranhão através de dados da vigilância epidemiológica e sua correlação com a vacinação no período de 2004 a 2007. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo utilizando os dados fornecidos pela Superintendência de Vigilância Epidemiológica sobre o número de casos registrados de coqueluche no período de 2003 a 2007, analisando-se as seguintes variáveis, como sexo, raça, faixa etária e número de doses de vacinas (DPT e Dt), utilizando para isso a base de dados do EpiInfo. **Resultados:** Foram notificados 136 casos de coqueluche no Estado do Maranhão e, deste total, verificou-se a predominância de crianças com idade menor que 1 ano (58%), do sexo masculino (55,14%), de indivíduos pardos (67,6%) e brancos (22%). Com relação à vacinação, a grande maioria dos pacientes (40,6%) não havia sido vacinada, 16,1% dos pacientes haviam tomado apenas uma dose das vacinas, 3,6% haviam tomado duas doses, 10,9% três doses, 8% três doses mais o reforço e 20,8% foram contabilizados como Ign/Branco. Outro resultado obtido, diz respeito ao aumento significativo do número de casos nos anos de 2005 e 2006 (41 e 70 casos respectivamente) contabilizando 81,6% do total de casos analisados, o que retrata o alerta epidêmico que teve esta patologia em nosso estado. **Conclusão:** Devido à grande importância desta doença, e à alta incidência em crianças na primeira infância, faz-se necessário a revisão da cobertura vacinal em nosso estado e a análise da eficácia das doses ministradas. No Maranhão, a coqueluche esteve em nível epidêmico em 2006, representando importante causa de morbimortalidade em crianças menores de um ano. Portanto, serão necessários estudos sobre o comportamento da doença nos próximos anos e determinação de possíveis fatores envolvidos nesse ressurgimento.

PO064 SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

ANTÔNIO PEREIRA COELHO NETO; CARLOS ENIO AMARO FELINTO; ELIZETE MIRANDA CORREA; CYBELE CAMOLEZI DA SILVA; PAULO JOSÉ LEME DE BARROS

CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE; DISPNÉIA E HEMOPTÓICOS

Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF) e Tromboembolismo Pulmonar (TEP) Departamento de Clínica Médica Conjunto Hospitalar do Mandaqui São Paulo – BRASIL Neto, A.P.C; Felinto, C.E.A; Corrêa, E.M; Camolezzi, C; Barros,

Paulo.J.L. Introdução Relato de um caso clínico de paciente jovem previamente hígido, que apresentou como primeira manifestação da síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) quadro clínico de tromboembolismo pulmonar (TEP). Objetivo Tem por objetivo mostrar que a síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) deve fazer parte das hipóteses diagnósticas de tromboembolismo pulmonar (TEP) em pacientes sem fatores de risco para apresentar fenômenos trombóticos venosos ou arteriais. **Resultados:** A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) caracteriza-se pela presença de tromboses arteriais ou venosas repetidas com a concomitante presença de anticorpos direcionados a proteínas ligadas a componentes fosfolipídicos. Essa síndrome possui um quadro clinico e laboratorial exuberante, de difícil diagnóstico para o clinico. Algumas formas desta síndrome evoluem de forma indolente a despeito de adequada terapêutica instituída ao paciente. **Conclusão:** Os autores descrevem um caso de tromboembolismo pulmonar associado à presença de anticorpos antifosfolipídeos que, a despeito de adequado tratamento, evoluiu insatisfatoriamente e discutem os aspéctos da síndrome evolutivamente a despeito de terapêutica adequada.

PO065 ATRESIA BRÔNQUICA: RELATO DE CASO

ALEX AMARANTE COSTA; ARNALDO JOSE NORONHA FILHO
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA FCM/UERJ-HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ATRESIA BRÔNQUICA; BRONCOCELE; NÓDULO PULMONAR

Introdução: A atresia brônquica é uma anomalia congênita rara que usualmente produz massa justa-hilar com hipertransparência distal à radiografia simples. A maioria dos pacientes é jovem e não apresenta sintomas. A tomografia computadorizada confirma o diagnóstico, permitindo o manejo conservador nos casos assintomáticos. O diagnóstico foi estabelecido por meio dos achados da radiologia convencional, da tomografia computadorizada e da comparação com radiografias convencionais e tomografia linear prévios, que já demonstravam alterações. Realizou-se uma revisão sobre os achados clínicos e radiológicos dessa malformação. **Objetivo:** relatar um caso de atresia brônquica em paciente jovem. **Relato de caso:** L.R.T., feminina, 34anos, assistente social, natural do Rio de Janeiro, encaminhada para nosso serviço, para investigação de dispnéia e alteração na radiorafia de tórax. HP: Três pneumonias entre 8 e 11anos. Laudo da radiografia(1980): condensação pneumônica em lobo superior direito(LSD) com abaulamento cisural. Laudo da radiografia(1993): Lesão cística parcialmente preenchida em lobo superior direito.Ao exame: paciente em bom estado geral, com exame físico sem alterações. Prova de função respiratória(2008):distúrbio ventilatório obstrutivo leve com resposta broncodilatadora positiva em fluxo. Radiografia de tórax de (figura1 e 2):Lesão de aspecto nodular com evolução para imagem alongada com hipotransparência perilesional em LSD. Tomografia computadorizada de tórax(2008FIGURA 3): imagem digitiforme com oligoemia perilesional. Broncoscopia flexível: sem alterações. Paciente em acompanhamento ambulatorial com tratamento conservador **Conclusão:** A maioria dos pacientes com atresia brônquica constitui-se de adultos jovens, entre a primeira e a segunda décadas de vida. Entretanto, o diagnóstico pode ocorrer em qualquer faixa etária, normalmente com tratamento conservador, porém o tratamento cirúrgico está indicado nos casos de infecção de repetição e de prejuízo funcional por compressão do parênquima adjacente ao segmento hiperinsuflado.

PO066 LIPOMA ENDOBRÔNQUICO TRATADO ENDOSCOPICAMENTE

NILZA SAYURI ABE[1]; ASCÉDIO RODRIGUES[2]; NELSON MORRONE JUNIOR[3]; NELSON MORRONE[4]; POLLYANNA BATISTA RIOS[5]; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA[6]; MARCELO GERVILLA GREGÓRIO[7]; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO[8]
1,2,5,6,7,8.FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3,4.SANATORINHOS AÇÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LIPOMA; ENDOBRONQUICO; BRONCOSCOPIA

Entre os tumores brônquicos benignos, o lipoma é um dos mais raros. **Objetivo:** apresentar dois casos de pacientes com lipoma endobrônquico que foram tratados através de ressecção por eletrocautério de argônio. Caso 1: Homem de 69 anos, em tratamento de asma desde 2002 com beclometasona e com repetidas espirometrias normais. Em dezembro de 2007, radiografia do tórax de rotina revelou atelectasia do LID; a asma continuava bem controlada , com espirometria normal. Ao exame físico estava em bom estado geral com abolição do murmúrio vesicular nabase direita. Fibrobroncoscopia mostrou lesão arredondada, lisa, de coloração amarelada, depressível ao toque da pinça de biópsia, ocluindo quase totalmente a luz do brônquio intermédio na sua origem. A biópsia revelou lipoma. O paciente foi submetido à broncoscopia rígida, sendo realizada ressecção por eletrocautério de argônio e desobstrução mecânica. Na radiografia do tórax observou-se expansão total lobo inferior direito. Caso 2: Homem, 39 anos, com queixa de dispnéia há 2 meses. Radiografia de tórax com velamento total do pulmão esquerdo. Tomografia de tórax mostrou obstrução do brônquio fonte esquerdo. Broncoscopia com lesão obstrutiva de brônquio fonte esquerdo a 3 cm da carina principal.O paciente foi submetido à broncoscopia rígida, sendo realizada ressecção por eletrocautério de argônio e desobstrução mecânica. Após o procedimento houve expansão total somente do lobo superior esquerdo. Comentários: o lipoma endobrônquico é um tumor de crescimento lento, originário do tecido adiposo normalmente presente na submucosa de brônquios principais e lobares. Constituem 0,1% de todos os tumores pulmonares e 13% de todos os tumores benignos do pulmão. Os sintomas presentes são tosse, hemoptise, dispnéia, pneumonias recorrentes decorrentes da obstrução brônquica. O lipoma é recoberto por mucosa respiratória normal ou por focos de metaplasia escamosa e pode ser flexível a apreensão da pinça de biópsia. O rendimento diagnóstico pode ficar em torno de 50%. Em alguns casos, a ressecção pode ser necessária. O tratamento incluem excisão broncoscópica, broncotomia, lobectomia ou pneumectomia. O tratamento endoscópico pode ser indicado nos casos de tumores pequenos, pediculados, para pacientes de alto risco cirúrgico, para lesão assintomática que tenha curto tempo de história. As técnicas endoscópicas de ressecção estão associadas a poucas complicações e necessitam curto período de internação ou às vezes não necessitam. O tratamento endoscópico foi efetivo na desobstrução brônquica e até o momento não houve recidiva tumoral.

PO067 MESOTELIOMA EPITELIÓIDE DE PLEURA: RELATO DE UM CASO COM 5 ANOS DE EVOLUÇÃO

AURELIO ROCHAEL ALMEIDA[1]; LAIR ZAMBON[2]; ARISTÓTELES SOUZA BARBEIRO[3]; ALÍPIO BARBOSA BALTHAZAR[4]; JOAO PAULO AGUIAR JORDÃO MAINARD[5]; IVAN FELIZARDO C. TORO[6]; LEANDRO L.L. FREITAS[7]; EDUARDO MELO DE CAPITANI[8]
1,2,3,4,6,7,8.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 5.UNICA MP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MESOTELIOMA; EPITELIÓIDE; ATÍPICO

O mesotelioma maligno (MM) de pleura é uma neoplasia rara relacionada principalmente com exposição à asbesto. A forma epitelióide pode ser confundida com adenocarcinoma metastático, sendo muito importante a historia ocupacional, a forma de coleta de material, e análise imunohistoquímica para se definir o diagnóstico. A idade média de acometimento é dos 40 aos 70 anos, pois apresenta tempo de latência muito longo a partir da exposição. O sintoma mais freqüente é a dor torácica, quase sempre contínua e de difícil controle. Pode apresentar derrames pleurais volumosos e dispnéia acentuada em conseqüência. Independente da terapêutica adotada (quimio, radioterapia ou cirurgia) a doença apresenta uma evolução ruim, com sobrevida média variando de 8 a 14 meses. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 57 anos, encaminhado há 1 ano ao nosso serviço para investigação de derrame pleural recidivante há 4 anos. O mesmo queixava-se de dispnéia progressiva para mínimos esforços sem queixas álgicas. Na história ocupacional foi constatada exposição à asbesto em atividade de isolamento térmico. Referia emagrecimento de 5 kg nos últimos 3 meses. Tomografia revelou espessamento pleural com derrame unilateral e encarceramento pulmonar, optando-se decorticação. Observou-se durante procedimento, presença de derrame pericárdico, sendo então realizada drenagem e biópsia do mesmo que mostrou células neoplásicas. Análise histopatológica e imunohistoquimica descartou diagnóstico de adenocarcinoma e concluiu pelo diagnóstico de Mesotelioma Epitelióide. Em seguimento clínico, o paciente negou-se a realizar qualquer tipo de tratamento quimio e/ou radioterápico, mostrando melhora da dispnéia, ausência de limitações em suas atividades diárias e ausência de dor torácica, permanecendo estável e assintomático até o momento. **t** Trata-se de um caso de MM de evolução atípica, sem sintomatologia, progressão ou metastatização da doença durante 5 anos, contrastando com o prognóstico esperado de sobrevida média de 8 a 14 meses.

PO068 SILAGEM DE MILHO NA CRIAÇÃO DE GADO COMO CAUSA INCOMUM DE PNEUMONIA POR HIPERSENSIBILIDADE: RELATO DE CASO

AURELIO ROCHAEL ALMEIDA[1]; LEANDRO L.L. FREITAS[2]; RONALDO FERREIRA MACEDO[3]; ELZA MARIA PEDREIRA FIGUEIRAS DE CERQUEIRA[4]; ALÍPIO BARBOSA BALTHAZAR[5]; MÔNICA CORSO PEREIRA[6]; REYNALDO QUAGLIATO JÚNIOR[7]; EDUARDO MELO DE CAPITANI[8]

1,2,3,4,6,7,8.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 5.UNICA MP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SILAGEM; PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE; ANTÍGENOS ORGÂNICOS

Introdução: Na literatura européia e norte-americana, a maior freqüência de casos, e o paradigma da pneumonia por sensibilidade (PH) é o que denominam de "farmer's lung", PH secundária à exposição a produtos de ensilagem da planta inteira de milho e sorgo, ou estocagem e manipulação de feno. No Brasil, através de revisão da literatura científica nacional, não houve relatos até o momento de casos de PH relacionados à ensilagem de milho e sorgo. **Objetivos:** Apresentar um caso de PH relacionado à exposição crônica, intermitente, à manipulação de silagem de milho para gado de leite. **Métodos:** relato de caso clínico. **Resultados:** Paciente masculino, 49 anos, queixa de dispnéia e tosse aos esforços, sem febre ou emagrecimento com início há 6 anos atrás. Sintomas pioraram de forma gradual e progressiva quando, há 3 anos, apresentou emagrecimento de cerca de 5 kg em dois meses sendo tratado presuntivamente para paracoccidioidomicose por 3 meses sem melhora. Pesquisas para TBC negativas. Tabagista de 4 anos/maço parou há 20 anos. História ocupacional desde a infância relacionada à lavoura, com manipulação de silos de milho para alimentação de vacas (silagem) por 15 anos. Há 10 anos atrás trabalhou exposto a asbesto em fusão de alumínio por 6 anos. Exame físico: BEG, 60 kg, afebril, acianótico; PA= 13/10; sem linfadenomegalias; FR= 20 ipm; FC= 72 bpm; SpO2= 89%; Estertores creptantes difusos bilateral/ em terços médios e inferiores.Espirometria: CVF=3,06L (67%); VEF1=2,88L (77%), Índice de Tiffeneau= 94%; FEF25-75%=6,12 (167%). Rx simples de tórax: opacidades heterogêneas de padrão retículo-nodular, bilaterais, mais intensas na cortical dos terços médios. TCAR de tórax: padrão de alteração intersticial e de doença de pequenas vias aéreas com bronquiectasias e bronquiolectaias de tração com distorção arquitetural, nódulos subpleurais e espessamento intersticial interlobular irregular e peribroncovascular, com tênue vidro fosco difuso bilateral e áreas de aprisionamento aéreo difuso nos cortes em expiração. Pleura sem alterações. Ausência de linfonodos. Biópsia transbrônquica mostrou quadro de pneumonia intersticial linfocitária com microcalcificações e reação granulomatosa do tipo corpo estranho focal.Tratado com predinisona 60 mg/kg/dia e afastamento da exposição, mostrando melhora sintomática sensível e melhora da SpO2= 94%. **Conclusão:** Quadro histopatológico e tomográfico compatível com pneumonia por hipersensibilidade crônica, provavelmente relacionada à exposição a antígenos orgânicos em processo de manipulação de silagem de milho. Revisão da literatura científica nacional mostra ser este o primeiro caso de PH descrito nesse tipo de atividade ocupacional.

PO069 EDEMA AGUDO NÃO CARDIOGÊNICO POR INTOXICAÇÃO AGUDA POR BLOQUEADOR DE CANAL DE CÁLCIO (DILTIAZEM)

AURELIO ROCHAEL ALMEIDA; MARIANA LOUSADA FERREIRA; GUILHERME Z. LORENTZ; MÔNICA CORSO PEREIRA; ANA MARIA CAMINO; REYNALDO QUAGLIATO JÚNIOR; EDUARDO MELO DE CAPITANI

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: INTOXICAÇÃO; DILTIAZEM; EDEMA AGUDO

Introdução: O Diltiazem, um bloqueador de canal de cálcio, é utilizado em diversas patologias cardiovasculares, como hipertensão arterial, angina e taquiarritmias supraventriculares. A ingestão de altas doses de diltiazem provoca depressão miocárdica e vasodilatação periférica produzindo bradicardia, bloqueio AV e hipotensão. Edema agudo de pulmão não cardiogênico como conseqüência de intoxicação por esta medicação é uma situação rara, tendo sido descrito apenas um caso na literatura até o momento. **Métodos:** relato de caso. **Resultados:** Paciente de 17 anos, feminina, portadora de LES, ingeriu 2 cartelas e meia de Diltiazem 30 mg (Dose total estimada de 1,5g) em tentativa de suicídio. Apresentou-se ao serviço de emergência 4 horas após a ingestão com vômitos, hipotensão (PA=90/0 mmHg) e hipoxemia (SaO2= 87,7%), que evoluiu com presença de secreção rósea e estertoração em ambos os pulmões. Avaliação radiológica mostrava área cardíaca normal e opacidades difusas de preenchimento alveolar compatíveis com diagnóstico de edema agudo de pulmão. Evoluiu com piora da insuficiência respiratória com gasometria com pO2: 47 mmHg; pCO2: 39,6 mmHg; Sat: 74%. ECG com FC= 70 bpm e BAV de 2° grau. Após estabilização do quadro com uso de drogas vasoativas (noradrenalina e dopamina), realizou ecocardiograma que mostrou fração de ejeção de 76% e mínima insuficiência mitral. TC tórax (48 horas após ingestão) mostrava opacidades alveolares difusas em terços médios e inferiores basais, sugerindo preenchimento alveolar. Clinicamente, paciente respondeu bem ao uso de dopamina e noradrenalina, com reversão da hipotensão, reversão do edema agudo sem uso de diuréticos, e reversão do BAV com reposição de cálcio e uso de insulina. **Conclusão:** Trata-se de caso incomum de manifestação pulmonar aguda com edema de pulmão de causa não hemodinâmica secundária a doses tóxicas de diltiazem. Bloqueadores de cálcio são conhecidos por causar vasodilatação pré capilar associada à produção de edema periférico, sendo este, provavelmente, o mecanismo de produção do edema pulmonar na ausência de falência cardíaca, por elevação da pressão de gradiente no capilar pulmonar gerando transudação, como neste caso.

PO070 PNEUMONIA POR RHODOCOCCUS EM PACIENTE HIV POSITIVO

AURELIO ROCHAEL ALMEIDA; MARIANA LOUSADA FERREIRA; GUILHERME Z. LORENTZ; SILVIO MORAES DE RESENDE; ILMA APARECIDA PASCHOAL; EDUARDO MELO DE CAPITANI; ALÍPIO BARBOSA BALTHAZAR

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; HIV; RHODOCOCCUS

Introdução: Pneumonia por Rhodococcus é uma infecção não muito comum mesmo em pacientes imunossuprimidos.Trata-se de uma infecção oportunista, que acomete principalmente o pulmão, tendo como principal diagnóstico diferencial a tuberculose pulmonar. **Relato de caso:** Paciente de 60 anos, masculino, com quadro de tosse produtiva com expectoração amarelada e hemoptóicos, febre não medida, sudorese noturna, adinamia e dor torácica há 3 meses. Referia, também, emagrecimento de cerca de 13 quilos nesse período. Tomografia de tórax evidenciou presença de massa mediastinal, comprimindo brônquio fonte esquerdo, nódulos esparsos em parênquima contralateral , linfonodomegalia mediastinal e consolidação em base esquerda. A broncoscopia mostrava hiperemia e edema de mucosa endobrônquica com semioclusão de brônquio segmentar de lobo superior esquerdo e ausência de lesões endobrônquicas. Pesquisas de fungos e BK em escarro negativas. Durante a internação, foi diagnosticado HIV e iniciado tratamento para pneumoconiose com sulfametoxazol + trimetoprima. O diagnóstico de infecção por Rhodococcus foi feito através da cultura do lavado bronco-alveolar. Mantido antibioticoterapia, apesar de não ser a primeira escolha de tratamento, devido a melhora clínica. **Conclusão:** No caso apresentado chamam a atenção as imagens radiológicas: massa mediastinal comprimindo brônquio, linfonodomegalia hilar e mediastinal e nódulos no pulmão contralateral, que, no conjunto, poderiam sugerir neoplasia. Apesar de infreqüente, a pneumonia por Rhodococcus em pacientes HIV positivo deve fazer parte do diagnóstico diferencial das infecções oportunistas, para instituição de terapêutica adequada e, consequentemente, melhora da sobrevida.

PO071 CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA EM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

AURELIO ROCHAEL ALMEIDA; GUILHERME Z. LORENTZ; MARIANA LOUSADA FERREIRA; GISELE NUNES YONEZAWA; ILMA APARECIDA PASCHOAL; MÔNICA CORSO PEREIRA; ALÍPIO BARBOSA BALTHAZAR; REYNALDO QUAGLIATO JÚNIOR

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CRIPTOCOCCUS; IMUNOCOMPETENTE; DOENÇA DISSEMINADA

Introdução: A Criptococose é mais freqüente em pacientes imunossuprimidos, atingindo especialmente doentes com neoplasias, diabetes, transplantados, HIV positivos e em vigência de tratamento com medicamentos imunodepressores. É possível a infecção em indivíduos sadios, porém é mais rara nestes. O Criptococcus neoformans acomete principalmente pulmão e/ou sistema nervoso central, podendo ainda envolver pele, próstata e olhos, ou ter apresentação em vários órgãos, com disseminação. Relato de caso: Mulher de 54anos, tecelã, ex-tabagista, iniciou quadro de dor torácica à direita súbita ventilatório-dependente, há 45 dias e cefaléia. Negava febre e referia emagrecimento de 2kg no período. Fez uso de antibióticos sem melhora do quadro. Na

investigação foi identificada massa em lobo médio e linfonodomegalia mediastinal na TC tórax. Cultura foi positiva para Criptococcus neoformans variante Gatti, no lavado brônquico, biópsia transbrônquica e líquor. A TC crânio inicial, não evidenciou lesão. Elisa anti HIV negativo, VHS 23mm, demais exames laboratoriais normais. Iniciado tratamento com Anfotericina B e 5-Flucitosina, até normalização da Pressão Intracraniana (PIC) e melhora da cefaléia, quando foram substituídos por Fluconazol. Recebeu alta para término de tratamento ambulatorialmente com fluconazol na dose de 400 mg/d. Evoluiu com piora da cefaléia e optado por repetir exames de imagem. À RNM evidenciou lesões granulomatosas e alterações meníngeas compatíveis com neurocriptococose. Paciente foi internda novamente para administração de anfotericina e controle de PIC. Recebeu alta e em seguimento evoluiu com negativação da cultura em LCR e encontra-se hoje em BEG e em seguimento ambulatorial. **Conclusão:** Nos pacientes imunocompetentes, cerca de um terço dos casos é assintomático, diagnosticados apenas com achados radiológicos, nos quais a variante Gatti é a mais comum. Ressaltamos ainda que a doença disseminada ou pulmonar extensa (nódulos múltiplos ou opacidades difusas) em imunocompetentes também cursa freqüentemente com complicações e recidiva, sendo seu tratamento semelhante ao do imunossuprimido. A conduta expectante é reservada para a criptococose pulmonar isolada nos pacientes imunocompetentes assintomáticos e com sorologia sérica negativa.

PO072 PARESIA DIAFRAGMÁTICA BILATERAL E HIPOTIREOIDISMO: RELATO DE CASO

AURELIO ROCHAEL ALMEIDA; GUILHERME Z. LORENTZ; ARISTÓTELES SOUZA BARBEIRO; MÔNICA CORSO PEREIRA; ANA MARIA CAMINO; MARIANA LOUSADA FERREIRA; ILMA APARECIDA PASCHOAL; EDUARDO MELO DE CAPITANI

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PARESIA DIAFRAGMATICA; HIPOTIREOIDISMO; NEUROPATIA

Introdução: Relata-se o caso de um paciente com paresia diafragmática bilateral idiopática, evento raro e nem sempre fácil de ser diagnosticado. **Relato de caso:** Paciente masculino, 41 anos, ex-tabagista, encaminhado para investigação de dispnéia há 5 dias ao decúbito dorsal. Negava dispnéia aos esforços, tosse, traumas e IVAS recente, sintomas consumptivos ou de outros aparelhos. Negava alterações de força muscular ou intervenções cirúrgicas no tórax. Apresentava-se eupnéico em repouso, tornando-se taqui-dispnéico quando assumia posição supina. Ao deitar-se, imediatamente o padrão respiratório se tornava rápido e superficial, com movimentação paradoxal de tórax e abdome. Não havia cianose ou baqueteamento digital, saturação de 98% mesmo ao decúbito. À ausculta pulmonar percebiam-se pulmões limpos, com murmúrio vesicular diminuído nas bases. O restante do exame físico, inclusive a avaliação neurológica, não apresentava alterações. O radiograma de tórax mostrava área cardíaca normal, elevação de hemi- cúpula diafragmática esquerda, TC de tórax sem alterações. Fluoroscoscopia evidenciou ausência de mobilidade diafragmática à esquerda e pouca mobilidade à direita à inspiração profunda. A avaliação laboratorial evidenciou hipotiroidismo (TSH 100uUI/dl, T4L 0,08ng/dl) sem outras alterações significativas (hemograma, leucograma, funções renal, hepática, avaliação de atividade inflamatória, complemento). A pesquisa de auto-anticorpos, inclusive anca-c e anca-p, foi negativa. Realizada espirometria em duas posições que evidenciou piora acentuada ao decúbito dorsal. Foram medidas as pressões inspiratória e expiratória máximas por meio de um manuvacuômetro, e detectadas pressão inspiratória máxima de 50 cmH20 e pressão expiratória máxima de 140 cmH20. Realizada Eletroneuromiografia que revelou comprometimento do nervo frênico bilateral; no lado direito as perdas pareciam mais axonais e/ou neuronais, à esquerda com componente desmielinizante associado, o que descartava algum tipo de doença do neurônio motor. Paciente evoluiu com melhora do quadro clínico apesar dos padrões espirométrico e radiológico mantidos. **Conclusão:** Diversas situações podem estar associadas à paresia e/ou paralisia diafragmática, doenças neuromusculares, traumas, traumas cirúrgicos diretos ou secundários à hipotermia, polineuropatias infecciosas, não infecciosas e idiopáticas, lúpus eritematoso e síndrome paraneoplásica. Em muitos casos, nenhuma etiologia pode ser estabelecida. Chama a atenção neste paciente a associação com hipotiroidismo, situação na qual neuropatias periféricas localizadas ou difusas já foram descritas, inclusive com componente desmielinizante..

PO073 PNEUMONIA INTERSTICIAL POR METAL DURO: CASO CLÍNICO COM APRESENTAÇÃO TÍPICA

AURELIO ROCHAEL ALMEIDA; MARIANA LOUSADA FERREIRA; GUILHERME Z. LORENTZ; ALÍPIO BARBOSA BALTHAZAR; LEANDRO L.L. FREITAS; EDUARDO MELO DE CAPITANI

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: COBALTO; METAL DURO; PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIADE

Introdução: O metal duro é uma composição sintética de carbeto de tungstênio e cobalto denominado vídia. O metal duro (vídia) tem a dureza próxima do diamante e é usado principalmente para corte de outros metais e em brocas para perfuração de concreto. Pneumonia Intersticial por Células Gigantes (PICG), ou Pneumoconiose por Metal Duro, é uma doença intersticial difusa do pulmão secundária à exposição de partículas contendo Cobalto, provenientes principalmente do manuseio de vídia, sem proteção adequada. Os achados anatomopatológicos são semelhantes àqueles encontrados na pneumonia por hipersensibilidade porém com a peculiaridade da presença intensa de células gigantes, o que confere a este achado uma alta especificidade para a doença. Relato de caso: Paciente masculino 38 anos, apresentou quadro de dispnéia aos esforços e tosse pouco produtiva há 1 ano. Durante 13 anos trabalhou em empresa de ferramentas no setor de afiação, tendo contato com rebolo de diamante para afiação de ferramentas composta de metal duro na maior parte do período sem proteção adequada. Ao exame paciente apresentava estertores creptantes bilateralmente. Prova de função pulmonar com VEF1= 3,05L(66%), CVF= 3,07L (55%) e VF1/CVF= 99%, SpO2 em ar ambiente 98%. Paciente não cooperou durante procedimento de broncoscopia. No exame histopatológico foi observada a presença de células gigantes com áreas de fibrose e infiltrado linfocitário intersticial com padrão de pneumonia de hipersensibilidade. **Conclusão:** O achado histopatológico de PICG está intimamente relacionado com resposta à inalação de poeiras contendo Cobalto, ocorrendo mais freqüentemente entre trabalhadores expostos à poeira de metal duro.

PO074 ANÁLISE CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

BEATRIZ JOLY CAMPOS; RUDOLF KRAWCZENKO OLIVEIRA; JOSE ANTONIO CORDEIRO; AIRTON HAJIME SANOMIA; LUIZ HOMSI; MARISA RICHARD LIMA

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO- FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO; HOSPITALIZAÇÕES; DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Introdução: As doenças respiratórias representaram, segundo dados do DATASUS, no período de janeiro a dezembro de 2007, 13,82% do total de internações do Brasil considerando todas as faixas etárias, sendo as mais prevalentes a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, a asma e a pneumonia. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico- epidemiológico dos pacientes internados na enfermaria de pneumologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto - São Paulo, hospital universitário com atendimento terciário. MATERIAIS E **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes internados no período de 01 de fevereiro de 2007 a 31 de janeiro de 2008 com a análise de dados relatados em prontuários. As variáveis foram causa e tempo da internação, idade, sexo, tabagismo e mortalidade. **Resultado:** O número total de pacientes foi 520 com idade média de 60,21 anos, variando de 13 a 97 anos. Destes, eram do sexo masculino 357 (68,65%) e do sexo feminino 163 (31,35%). Quanto ao tabagismo, 208 fumavam (40%), 187 eram ex- tabagistas (35,96%) e 125 não fumavam (24,03%). As causas mais freqüentes de internação foram: DPOC - 153 (29,42%), pneumonia - 131 (25,19%), câncer de pulmão - 57 (10,96%), derrame pleural - 47 (9,04%), tuberculose - 40 (7,69%), doenças intersticiais - 15 (2,88%), bronquiectasia - 12 (2,31%), empiema - 12 (2,31%), embolia pulmonar - 9 (1,73%), pneumoconiose - 8 (1,53%) e causas não respiratórias - 56 (10,77%). O tempo médio de internação foi de 7,73 dias, variando de 1 a 56 dias. e mortalidade encontrada foi de 14,42% (75 casos). **Conclusão:** Pacientes tabagistas e ex-tabagistas representaram a maioria de nossos pacientes. Assim como na literatura, a DPOC e a pneumonia foram as doenças respiratórias mais prevalentes.

PO075 EFEITOS DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO SOBRE O TRANSPORTE MUCOCILIAR

BEATRIZ MARTINS MANZANO; DIONEI RAMOS; ERCY MARA CIPULO RAMOS; CAROLINA BAGNARIOLLI DIAS ROCHA; ALEXANDRE LEMOS SALOMÃO; RAFAELA BONFIM; DANIELA MIZUSAKI IYOMASA; LUCIANA CRISTINA FOSCO

FCT - UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TRANSPORTE MUCOCILIAR; SACARINA

Introdução: Deixar de fumar reduz sintomas respiratórios, diminui a morbidade respiratória e melhora a função mucociliar, que é intensamente prejudicada pela ação do cigarro. **Objetivos:** Avaliar os efeitos imediatos do fumo ativo e após sete e 15 dias de abstnência. **Materiais e Métodos:** Foram recrutados 12 indivíduos (sete mulheres; 42 ± 15 anos, 34 ± 24 anos/maço [média ± DP]) participantes do Programa de Orientação e Conscientização Anti-Tabagismo da Faculdade de Ciências e Tecnologia FCT/UNESP – Presidente Prudente. A velocidade do transporte mucociliar foi mensurada por meio do teste do tempo de transporte da sacarina (TTS), imediatamente após o ato de fumar, e após abstinência de sete e quinze dias. Os indivíduos foram posicionados sentados, com a cabeça levemente estendida para a introdução de cinco microgrãos de sacarina sódica granulada a dois centímetros dentro da narina direita. O registro da velocidade de transporte foi realizado por meio de um cronômetro, disparado no momento da colocação da sacarina na narina direita de cada indivíduo e interrompido no instante do relato da sensação adocicada em sua boca. Os indivíduos foram orientados a não andar, falar, tossir, espirrar, coçar ou assoar o nariz, além de serem instruídos a engolir poucas vezes por minuto. As coletas de dados foram realizadas no mesmo período do dia (entre 17-19 horas). **Análise estatística:** Foram utilizados para análise o teste t para dados pareados e coeficiente de correlação de Pearson, com p-valor < 0.05. Resultados: Não houve diferença significante entre os TTS analisados. Não houve correlação significante entre as variáveis anos/maço, TTS imediato (11,50 ± 8 minutos), TTS sete dias (9,95 ± 5,86 minutos) e TTS 15 dias (8,42 ± 3,34 minutos), porém nota-se uma diminuição progressiva da média e do desvio padrão no decorrer do tempo. **Conclusão:** Ao considerar que os valores de TTS imediatamente após o ato de fumar estão próximos dos valores de referência de normalidade descritos na literatura, os dados sugerem que a diminuição do TTS observado nestes indivíduos imediatamente após o ato de fumar pode refletir uma resposta de defesa do organismo frente às substâncias nocivas inaladas durante o fumo. Porém, a partir de sete dias de cessação, a diminuição progressiva dos valores parece indicar uma recuperação na motilidade ciliar dos indivíduos estudados.

PO076 TRANSPORTE MUCOCILIAR: EFEITOS CINESIOTERAPÊUTICOS EM INDIVÍDUOS COM DPOC

BEATRIZ MARTINS MANZANO; DIONEI RAMOS; ERCY MARA CIPULO RAMOS; KÁTIA TERUMI SATO; JULIANA ALEXANDRE CERVEIRA; LUCIANA CRISTINA FOSCO; RAFAELA BONFIM; LUIZ CARLOS MARQUES VANDERLEI

FCT - UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPORTE MUCOCILIAR; DPOC; SACARINA

Introdução: Sabe-se que a atividade física proporciona melhora no mecanismo de defesa do trato respiratório com efeito positivo sobre o transporte mucociliar. Na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) o clearance mucociliar é prejudicado devido às alterações anatômicas e histopatológicas como a metaplasia das células caliciformes, hipertrofia do músculo liso, excesso de muco, infiltração por células inflamatórias e perda de cílios. A fisioterapia respiratória, por meio da cinesioterapia, possibilita ao doente crônico melhorar sua capacidade física e assim, promover transporte mucociliar mais efetivo. **Objetivos:** Verificar a eficácia de um programa de tratamento fisioterapêutico no clearance mucociliar nasal de indivíduos portadores de DPOC. **Materiais e Métodos**: Foram analisados dados de cinco voluntários DPOC portadores de distúrbio obstrutivo moderado a grave de acordo com o Consenso de Espirometria 2002, com média de idade 71 ± 8 anos, que realizaram cinesioterapia para membros superiores e inferiores de 2 a 3 vezes por semana, durante 6 meses no Centro de Estudos e Atendimentos em Fisioterapia e Reabilitação da FCT/UNESP de Presidente Prudente-SP. O transporte mucociliar nasal foi avaliado pelo teste de transporte de sacarina (TTS). Uma quantidade de aproximadamente 5µg de sacarina sódica foi posicionada a 2 cm para dentro da narina direita e o tempo que os voluntários levaram para sentir o gosto doce na boca foi cronometrado. Durante o teste não foi permitido andar, falar, tossir, espirrar, coçar ou assoar o nariz até a percepção do gosto. As coletas foram realizadas antes e após três e seis meses de início do tratamento. Análise estatística: Foi utilizado os teste não-paramétricos de Friedman e o de Tukey, e considerado p valor de 0,05. **Resultados:** Após três meses de tratamento não foi observada diferença significativa do TTS (p > 0,05), porém, após seis meses o TTS foi estatisticamente significante em relação aos dados de TTS anteriores ao tratamento (4mim e 10mim [mediana], respectivamente; p = 0,039). **Conclusões:** Nos voluntários estudados, a cinesioterapia foi eficaz na melhora do transporte mucociliar após seis meses de tratamento.

PO077 ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO NA QUALIDADE DE VIDA, CAPACIDADE FUNCIONAL E FUNÇÃO PULMONAR

BEATRIZ MARTINS MANZANO; DIONEI RAMOS; ERCY MARA CIPULO RAMOS; GUILHERME SHIMOCOMAQUI; ALEXANDRE SIERPIEN XAVIER; LUCIANA CRISTINA FOSCO; DANIELA MIZUSAKI IYOMASA; RAFAELA BONFIM

FCT - UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA; FUNÇÃO PULMONAR; CAPACIDADE FUNCIONAL

Introdução: A Organização Mundial da Saúde contabiliza mais de quatro milhões de vítimas fatais do cigarro a cada ano. Estudos evidenciam que o hábito tabágico favorece a deterioração do aparelho respiratório com prejuízo não só a função pulmonar, mas como também a capacidade funcional, que podem refletir na qualidade de vida de tabagistas. A qualidade de vida (QV) é alvo de pesquisas nas mais variadas áreas, entre as quais o tabagismo por ser um instrumento de grande importância como uma forma de identificar e quantificar o impacto de uma doença ou determinada condição de uma população. Tendo em vista os malefícios causados pelo fumo e a possibilidade de uma relação entre a capacidade funcional, função pulmonar e qualidade de vida, estudos são necessários para um maior esclarecimento que permita ao profissional da saúde realizar uma melhor intervenção em favor da cessação do tabagismo. **Objetivo:** Verificar a função pulmonar, a capacidade funcional e da qualidade de vida de tabagistas participantes do Programa de Orientação e Conscientização Anti-tabagismo da FCT/UNESP – Presidente Prudente, e suas possíveis correlações. **Materiais e métodos:** a casuística foi composta por 30 tabagistas com idade 41 ± 13 anos; altura 164 ± 9 cm; peso 71 ± 15 Kg; anos.maço 23 ± 15; e pontuação média no questionário de fagerstrom 6 ± 2. Nesta amostra foram avaliadas a capacidade funcional por meio do Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6) realizada de acordo com as Diretrizes da ATS (2002), utilizando, para cálculo do valor previsto, as fórmulas de Enright e Sherril (1998); a função pulmonar, por meio da espirometria de acordo com o II Consenso de Espirometria (2002); e a QV, por meio do questionário Short-Form Health Survey (SF-36). Análise estatística: Foi realizada análise descritiva e teste de correlação de Spearmam, com p < 0,05. **Resultados:** A média da porcentagem da distância predita percorrida pelos indivíduos foi de 89,65±11,50%; as médias da porcentagem dos valores preditos das variáveis espirométricas CVF, VEF1, VEF1/CVF%, e FEF25-75% foram 103,69%, 93,41%, 90,86% e 78,37%, respectivamente. Além disso, foi encontrada correlação positiva entre a porcentagem da distância predita obtida no TC6 e domínio saúde mental do questionário SF-36. **Conclusão:** O tabagismo pôde ser fator responsável pela diminuição da capacidade funcional e da variável espirométrica FEF25-75% que evidencia alterações no fluxo aéreo das vias aéreas periféricas e que reflete uma deterioração destas últimas na população estudada. Ademais, a queda na capacidade funcional pôde refletir uma piora do estado de saúde mental dos indivíduos tabagistas observados. Categoria do trabalho: 18 - Tabagismo

PO078 ESTUDO DA VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO CHRONIC RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (CRQ)

BEATRIZ MARTINS MANZANO[1]; GRACIANE LAENDER MOREIRA[2]; FÁBIO PITTA[3]; CINTHIA CARVALHO[4]; DANIELLE BARZON[5]; ANTONIO FERNANDO BRUNETTO[6]; DIONEI RAMOS[7]; ERCY MARA CIPULO RAMOS[8]

1,2,7,8.FCT - UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL; 3,4,5,6.UEL, LONDRINA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA, DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA, QUESTIONÁRIO.

Introdução: A qualidade de vida do ser humano tem adquirido cada vez mais importância no mundo científico nos últimos anos, e sua avaliação tem

sido uma prática muito freqüente na literatura científica atual. O Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) é considerado o melhor e mais utilizado instrumento para avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). No entanto, este questionário ainda não conta com uma versão validada em língua portuguesa. **Objetivo:** Investigar a validade e reprodutibilidade de uma versão em língua portuguesa do CRQ em pacientes com DPOC. **Materiais e Métodos:** 30 pacientes portadores de DPOC (17 homens; 69±9 anos; VEF1 44±14% predito) responderam por duas vezes (com intervalo médio de sete dias) à versão em português do CRQ fornecida pela Universidade de McMaster, detentora dos direitos do questionário. O CRQ apresenta 4 domínios: dispnéia, fadiga, função emocional e autocontrole, foi aplicado em formato de entrevista. O questionário de qualidade de vida Saint George na doença respiratória (SGRQ), já validado em português, foi aplicado para uso como critério de validação. Também foram realizados espirometria e teste da caminhada de seis minutos (TC6min) para análise de correlações com os valores do CRQ. **Análise Estatística:** Para a análise da reprodutibilidade na aplicação e reaplicação do CRQ, o coeficiente de correlação intraclasse (CCI) foi utilizado, assim como o teste de Wilcoxon. A consistência interna do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. A validade do CRQ em relação ao SGRQ foi investigada por meio do coeficiente de correlação de Spearman, assim como sua correlação com variáveis da espirometria e com o TC6min. **Resultados:** Não foram observadas diferenças significantes entre a aplicação e reaplicação do CRQ ($p>0.05$ para todos os domínios). O coeficiente de correlação intraclasse entre os dias 1 e 2 foi de 0.81, 0.85, 0.79 e 0.87 para dispnéia, fadiga, função emocional e autocontrole, respectivamente. O coeficiente alfa de Cronbach foi 0.93. Os domínios do CRQ se correlacionaram significativamente com os domínios do SGRQ ($-0.35 < r < -0.78$; $p \leq 0.05$), exceto para função emocional com o domínio sintomas do SGRQ ($r=-0.13$; $p=0.50$). Não houve correlação significante dos domínios do CRQ com as variáveis espirométricas nem com o TC6min ($p>0.05$ para todos). **Conclusão:** A versão em português do CRQ demonstrou ser reprodutível e válida em pacientes brasileiros portadores de DPOC.

PO079 CONSECUENCIAS CARDIOMETABÓLICAS Y SU FRECUENCIA EN PACIENTES CON SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

BENITO RAMON RODRIGUEZ; INGRID NUÑEZ; ALEXA PINEDA
UDO, BARCELONA, VENEZUELA

PALAVRAS-CHAVE: APNEA DEL SUEÑO; ALTERACIONES CARDIOVASCULARES; SINDROME METABOLICO

Introducción: El Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) es una entidad patológica que en la actualidad afecta a más del 9% de la población mundial, su importancia radica en que produce un sueño poco reconfortante y excesiva somnolencia diurna y debido a los microdespertares asociados a hipoxemia, condiciona la aparición o empeoramiento de diferentes enfermedades cardiovasculares, metabólicas, neuropsiquiatritas y pulmonares, entre otras. **Objetivo:** Estudiar las alteraciones cardiometabólicas más frecuentes en pacientes con SAHS que consultaron al Hospital IVSS "Dr. Domingo Guzmán Lander", Barcelona - Edo. Anzoátegui y Laboratorio del Sueño de Oriente, en el período enero 2002 – julio 2007. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio clínico, retrospectivo donde la muestra estuvo constituida por 84 historias clínicas de pacientes diagnosticados con SAHS que consultaron al Hospital IVSS "Dr. Domingo Guzmán Lander" en el período enero 2002 – julio 2007 según las manifestaciones clínicas y resultados de Polisomnografia Nocturna. Los datos recolectados estuvieron constituidos por la edad, el sexo, peso, talla, antecedentes, signos y síntomas presentados, exámenes paraclínicos, estos fueron procesados con el software estadístico SPSS para Windows, versión 12.0. **Resultados:** Se encontró que el SAHS tiene mayor frecuencia en el sexo masculino representando un 74% del total de los pacientes, el promedio de edad era de 45,61(11,80) años y el IMC promedio de la muestra estudiada fue de 36,96(7,87)kg/m2. Los síntomas presentados por los pacientes estudiados con mayor frecuencia fueron la hipersomnia diurna y los ronquidos ambos con un 85,71% respectivamente, seguidos por las apneas observadas en un 77,39% y el mal descanso nocturno con 72,82%. Al examen físico nasofaringeo, los hallazgos más frecuentemente encontrados fueron la hipertrofia velopalatina con un 71, 4 % y la hipertrofia de cornetes inferiores con un 64,3%. En la polisomnografía nocturna, se encontró que la mayoría de la muestra estudiada, un 60,7%, presentaba para el momento del diagnóstico un SAHS severo. La comorbilidad cardiovascular presentada en mayor porcentaje fue la hipertensión arterial sistémica con un 55,95%, seguida por la insuficiencia cardiaca con un 14,29% y la comorbilidad metabólica más frecuente fue la dislipidemia con un 46,43%. **Conclusiones:** El SAHS se presenta más frecuentemente en el sexo masculino, con una edad promedio entre la 4ta y 5ta década e la vida, roncador crónico y en estado de obesidad. Las consecuencias cardiometabólicas más frecuentemente presentadas fueron la Hipertensión Arterial Sistémica y la Dislipidemia.

PO080 METÁSTASE PULMONAR DE MENINGIOMA CEREBRAL: RELATO DE 2 CASOS

BENOIT JACQUES BIBAS; JOÃO PAULO PÁDUA; FERNANDO CONRADO ABRÃO; PEDRO HENRIQUE NABUCO DE ARAÚJO; RICARDO BEYRUTI; FÁBIO BISCEGLI JATENE
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MENINGIOMA; METÀSTASE PULMONAR ; CIRURGIA

Introdução: Meningioma é considerado um tumor de crescimento lento, com origem nas células aracnóides das meninges. Apresenta características histológicas de benignidade, mas podem invadir osso, partes moles, seios paranasais e cérebro. Estes tumores representam 14% a 19% das neoplasias intracranianas e intra-espinhais. Apesar da ressecção completa, a recorrência local ocorre em 9% a 32% dos casos. Meningiomas metastáticos são raros, com incidência estimada menor que 1 em 1000 casos. A raridade de metástases extracranianas deve-se à coesão das células tumorais e ausência de vasos linfáticos intracranianos. **Objetivos:** Descrever um caso raro de metástase pulmonar de meningioma cerebral e revisar os dados pertinentes na literatura sobre o tema. **Relato dos Casos:** Caso 1: V.L.G., 49 anos, sexo masculino, branco, natural e procedente de São Paulo (SP), com história de ressecção de meningioma cerebral em 2005, ressecção de recidiva local em dezembro de 2007 (com exame anatomopatológico mostrando meningioma atípico) e ressecção de meningioma metastático em coluna cérvico-torácica (C7-T1) em janeiro de 2008. Sincronicamente, foi encontrada massa pulmonar heterogênea, bem delimitada, no lobo superior esquerdo, medindo 5,2 x 4,2 cm, sendo elaboradas as hipóteses: neoplasia primária do pulmão ou metástase extracraniana de meningioma. Biópsia transbrônquica mostrou processo inflamatório inespecífico. Optou-se, então, pela operação e foi submetido a toracotomia vertical esquerda, com biópsia e estudo histológico por congelação que evidenciou neoplasia, sugestiva de meningioma, sendo realizada lobectomia superior esquerda. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou metástase pulmonar de meningioma. Caso 2: DMG, 64 anos, sexo feminino, natural e procedente de São Paulo (SP), submetida a ressecção de meningioma cerebral em março de 2008, com diagnóstico pré-operatorio de massa pulmonar a esclarecer. Após boa evolução da ressecção cerebral, a paciente foi submetida a toracotomia exploradora em abril de 2008, com biópsia de congelação evidenciando meningioma. A paciente foi submetida a bilobectomia inferior, sem intercorrências. **Conclusão:** Metástase extracranianas de meningioma são raras, ocorrendo em apenas 0,1% dos pacientes. Entretanto, o parênquima pulmonar é o sítio mais comumente acometido. Sendo assim, em pacientes com ressecções prévias de meningioma, especialmente se houver recorrência local, e nódulo pulmonar a esclarecer, a metástase pulmonar deve ser parte da hipótese diagnóstica.

PO081 EFEITOS COLATERAIS DOS TUBERCULOSTÁTICOS

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ; BLANCARD SANTOS TORRES; ESDRAS XAVIER PEREIRA; SEVERINO SOUZA; LUANA LEAL
UFPE, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EFEITOS ADVERSOS; TUBERCULSTÀTICOS; TRATAMENTO

Introdução: A tuberculose (TB) pulmonar permanece como um grande desafio para a saúde pública, responsável por altas taxas de morbi-mortalidade em todo o Mundo, principalmente nos países em desenvolvimento que concentram a maioria dos casos notificados. O tratamento correto é um dos pilares para o controle desta enfermidade que atinge milhões de pessoas. **Objetivo:** Este estudo procura identificar e descrever a ocorrência de efeitos indesejáveis, secundários a medicação, durante o tratamento. **Métodos:** Realizado um levantamento do prontuário de 89 pacientes atendidos no Hospital das Clínicas da UFPE (Recife) e na Policlínica Mariinha Melo (Jaboatão dos Guararapes), no período de 2006 a 2008, com diagnóstico confirmado de tuberculose, e acompanhados nestes locais durante o tratamento. **Resultados:** Num total de 89 pacientes, com idade média de 39,6 anos, 47 homens e 42 mulheres, encontramos os seguintes

resultados: reações gastrointestinais em 30,3%; artralgia e edema em membros inferiores 17,9%; prurido em 11%; sintomas gerais (cefaléia, febre) em 10 %; erupções cutâneas 6,7%; alterações no apetite em 3,3 %, queda do cabelo em 2,2%, parestesia, impotência e hepatotoxicidade em 1,1%. **Conclusão:** A maioria dos pacientes completa o tratamento sem experimentar qualquer efeito colateral relevante. Os efeitos são mais pronunciados naqueles pacientes com alguma co-morbidade (infecção pelo HIV, alcoolismo, desnutridos ou outra doença crônica grave), não foi isso que observamos neste estudo, embora o tipo de efeito tenham sido os mesmos relatados na literatura, a freqüência variou em muitos casos.

PO082 FREQÜÊNCIA DO NÍVEL SÉRICO DE IGE TOTAL EM ASMÁTICOS NUMA ÁREA CARENTE DO RECIFE

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ; BLANCARD SANTOS TORRES; ESDRAS XAVIER PEREIRA; SEVERINO SOUZA; LUANA LEAL
UFPE, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; IGE; EOSINOFILIA

Introdução: Encontram-se elevados a contagem de eosinófilos e o nível de IgE sérica total em indivíduos alérgicos. Contudo outros fatores associados podem influenciar no nível de IgE total, pois esta representa não apenas uma expressão de atopia, mas pode indicar infecção crônica parasitária. Objetivo: Verificar em pacientes acompanhados no ambulatório de pneumologia com diagnóstico de asma os níveis de eosinofilia e IgE. **Método:** Estudo prospectivo, desenvolvido no ambulatório de pneumologia do Real Hospital Português de Beneficência, que contempla a população carente do Coque, em Recife. Os pacientes tinham diagnóstico de asma, foi mensurada os níveis de eosinofilia e IgE total. **Resultados:** Foram acompanhados 49 pacientes, com idade média de 53 anos, com 24 homens e 25 mulheres. Os níveis de IgE variaram de 31 a 6238,com média de 990, os níveis de eosinófilos periféricos tiveram uma média de 4,7%. **Conclusão:** Níveis elevados de IgE total e eosinofilia estão associados não apenas com alergia. Apesar de no nosso estudo 24,4% dos asmáticos respiratórios apresentaram contagem de eosinófilos sangüíneos dentro dos limites aceitáveis, isto não exclui a possibilidade de inflamação eosinofílica em tecido pulmonar. O papel da IgE sérica total no que se refere à gravidade ou mesmo à persistência de hiper-reatividade brônquica vem sendo questionado. Atualmente, considera-se a IgE total como um fraco indicador de doença alérgica respiratória. Níveis muito elevados de IgE sérica total, como o encontrado em nosso estudo, pode ser resultado destes pacientes residirem em locais com infestação crônica de parasitas, embora o parasitológico de fezes tenha se mostrado positivo em apenas 5% destes pacientes. O estudo necessita ser aprofundado e aumentada amostra, além de outros fatores que possam gerar confusão serem controlados.

PO083 ANALISE DO ESQUEMA DE RETRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS NOS ANOS DE 2004 A 2007

BRUNO HORTA ANDRADE; MARIA TEREZA COSTA OLIVEIRA; NATALIA PRISCILA LACERDA; DIRCEU BARTOLOMEU GRECO; RICARDO AMORIM CORREA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; RETRATAMENTO; RESISTENCIA BACTERIANA

Introdução: Os esquemas de tratamento da tuberculose surgiram em 1979 padronizados como: primeira linha - Esquema I: 2RHZ/4RH e, segunda linha ou de reserva - Esquema III: 3SZEEt/9EEt. A partir de 1995 surgiu, para situações de recorrência da doença após abandono ou cura, a recomendação da adição do etambutol aos esquemas de retratamento - Esquema IR: 2RHZE/4RHE. Este esquema vem sendo usado desde então e, com o natural desenvolvimento de resistência secundária. Hoje se discute a proposta de utilização deste como esquema inicial de tratamento no Brasil a fim de se prevenir o desenvolvimento de resistências. **Objetivos:** O estudo avaliou os retratamentos com esquema IR em um centro de referência do Estado de Minas Gerais nos anos de 2004 a 2007. Foram, observados os resultados ao final destes tratamentos, a evolução dos óbitos durante todos os retratamentos e analisada a disponibilidade dos resultados dos testes de sensibilidade solicitados. **Métodos:** Foram revistos os prontuários de pacientes com tuberculose pulmonar em situação de retratamento após cura ou abandono, submetidos ao esquema IR, no Hospital Júlia Kubitscheck (HJK) no período de janeiro de 2004 e dezembro de 2007. Os resultados dos tratamentos de pacientes encaminhados a unidades básicas de saúde ou não informados nos prontuários do hospital foram ainda revistos pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e pelo SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) da SES/MG (Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais). O exame de cultura, em meio Löwenstein-Jensen (LJ), e o teste de sensibilidade (TS) foram realizados pelo Laboratório Central do Estado (Fundação Ezequiel Dias - Funed). Os dados foram analisados pelo programa SPSS versão 13.0. **Resultados:** Foram analisados 206 retratamentos de 170 pacientes; 20 pessoas foram retratadas duas vezes, 5 delas três vezes e 2 delas quatro vezes no período do estudo. Apenas 87 pacientes (42,2%) receberam alta por cura e, entre os tratamentos restantes, que não promoveram cura, 48 (23,3%) resultaram em novo abandono, 17 (8,3%) em óbito e 15 (7,3%) em falência. Dentre as ocorrências de óbito, 7 (41%) ocorreram no primeiro retratamento e 11 (64,7%) no seu primeiro mês. O teste de sensibilidade esteve disponível em 71,3% dos retratamentos que obtiveram cura e em apenas 35% nos casos que foram á óbito. **Conclusão:** A incidência de cura desses retratamentos, com indicação clínica inicial de utilização de esquema IR foi de 52%. A disponibilidade do teste de sensibilidade variou com o desfecho do tratamento sendo menos disponível nos casos que evoluíram para óbito. Os pacientes que evoluíram à óbito o fizeram predominantemente nos primeiros retratamentos e, de forma predominante no seu primeiro mês. Esse achado pode estar relacionado á fatores de virulência do agente, ao estado nutricional ou condição clinica do paciente que não pode ser quantificada neste estudo.

PO084 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES PORTADORES DE BRONQUIECTASIA ATENDIDOS NO PAPA EM 2007

BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; DÉBORAH MOREIRA RANGEL; CYNTHIA FREITAS DE DEUS VALE; RAYSSA YASMIN PEREIRA SAUAIA; FERNANDO MOREIRA DA SILVA NETO; HAMILTON BARBOSA DE SOUSA; ÉRIKA SALES LOPES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIA; FUNÇÃO PULMONAR; ASMA

Introdução: A bronquiectasia é caracterizada pela dilatação crônica e distorção irreversível dos brônquios, em decorrência dos componentes elásticos e muscular de sua parede. Tal doença tem maior prevalência nos países subdesenvolvidos e como outras pneumopatias, é causadora de piora da função pulmonar. Um conjunto de provas denominado provas de função respiratória mede a capacidade de retenção do ar, assim como as capacidades inspiratória, expiratória e de troca de oxigênio e de anidrido carbônico. Essas provas são adequadas para determinar o tipo e a gravidade das perturbações pulmonares. **Objetivos:** Analisar as características espirométricas de pacientes portadores de bronquiectasia atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), em São Luís - MA, no ano de 2007. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo, no qual foi analisada as provas de função pulmonar de pacientes com bronquiectasia atendidos no PAPA, por meio de levantamento de prontuário. Destes, 6 foram excluídos por falta de dados espirométricos datados até o ano proposto (2007). Foram analisados CVF, VEF1, variação VEF1 pós broncodilatador (BD) e o índice de Tiffeneau. **Resultados:** 11 pacientes (78,57%) possuíam CVF < 80% indicando um padrão restritivo. 14 pacientes (100%) possuíam VEF1 < 70%, 8 destes (57,14%) apresentavam variação de VEF1 > 0,2l após BD, enquanto 9 (64,28%) possuíam índice de Tiffeneau < 70%. Assim, 13 pacientes (92,85%) apresentavam um padrão obstrutivo, dentre eles, 2 (15,38%) classificados como padrão obstrutivo leve, 5 (38,46%) classificados como padrão obstrutivo moderado e 6 (46,15%) classificados como padrão obstrutivo grave. Dessa forma, de 14 pacientes estudados, 11 (78,85%) possuíam um padrão restritivo e algum tipo de padrão obstrutivo. **Conclusão:** Todos os pacientes apresentavam pelo menos uma redução de VEF1 sendo que a maioria possuía padrão obstrutivo. O grave foi o padrão mais freqüente. Verificou-se também que o padrão misto é marcante entre os pacientes estudados, e que a maioria apresentava boa resposta a prova broncodilatadora, propondo assim, uma grande relação entre asma e bronquiectasia nos pacientes estudados.

PO085 PREVALÊNCIA DE PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA EM PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PAPA EM 2007

RENATO PALÁCIO DE AZEVEDO; BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; MARYANNE MIRANDA MATIAS; RAISSA PEREIRA MOREIRA LIMA; LAURA CAROLINA RODRIGUES BERNARDES; CYNTHIA FREITAS DE DEUS VALE; MAGNO RIBEIRO ROCHA JÚNIOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: COMORBIDADE; PRESSÃO ARTERIAL; ASMA

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica é a doença de maior ocorrência no mundo, e uma comorbidade presente em um grande número de pacientes acometidos pelas mais variadas patologias. Os pacientes com asma brônquica possuem alguns fatores predisponentes para apresentarem uma alteração na pressão arterial: uso crônico de corticóide, dificuldade para adquirir hábitos de vida saudáveis, devido a limitações para realização de atividades físicas, e obesidade, presente em boa parte dos pacientes, por vezes ocasionada pelos 2 fatores anteriores. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de pressão arterial alterada em pacientes asmáticos atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático, em São Luís-MA. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, observacional, através de dados colhidos durante as consultas dos pacientes e registrados em ficha-protocolo. A pressão arterial (PA) foi medida pela enfermagem, durante uma pré-consulta, através de método auscultatório indireto. A classificação da PA foi feita de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica. Os dados foram analisados no programa de estatística SPSS 11.0. O teste do qui-quadrado foi avaliado para comparar variáveis qualitativas. **Resultados:** Foi avaliado um total de 448 pacientes, dos quais 70,4% eram do sexo feminino. A média de idade da amostra estudada era de 46,4 anos. Em relação a medicação em uso, 92,1% dos pacientes fazia uso de corticóide inalatório. A pressão arterial estava alterada em 16,1% dos pacientes, sendo que dentre esses 63,8% era classificado como hipertenso classe I. A incidência de PA alterada nos homens foi de 29,1%, comparado com 15,4% na mulheres (p=0,04). Em relação a classificação da asma dos pacientes que se apresentaram hipertensos, tivemos que 8,6% tinham asma intermitente, 13,6% asma leve, 17,2% moderada e 20,3% grave (p=0,4). Quando comparado o controle da asma entre os hipertensos, também não houve diferença (14,3% controlados contra 18,1% não controlados; p=0,3). **Conclusão:** A prevalência de PA alterada se mostrou baixa na nossa amostra, comparada com estudos epidemiológicos nacionais que demonstram uma prevalência de Hipertensão arterial sistêmica entre 22 a 43% da população. Houve uma maior prevalência de PA alterada entre os homens. Embora não significativa, houve uma diferença crescente quando comparadas as classificações da asma, assim como uma maior prevalência de PA alterada entre os pacientes não controlados.

PO086 AVALIAÇÃO ENTRE FUNÇÃO VENTILATÓRIA E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL EM PACIENTES ASMÁTICOS

ÉRICA MILENA FERNANDES RABELO; BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO; VANESSA SANTANA LOBO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; MARYANNE MIRANDA MATIAS; RENATO PALÁCIO DE AZEVEDO; DANIEL LUCENA DE AGUIAR; ANA CAROLINA MUNIZ COSTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ÍNDICE DE MASSA CORPORAL; FUNÇÃO VENTILATÓRIA

Introdução: Estudos epidemiológicos têm mostrado que o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido associado a uma maior prevalência da asma em adultos. As anormalidades mais comumente relatadas na função pulmonar são a redução do volume expiratório de reserva e capacidade residual funcional devido à redução da parede torácica e complacência pulmonar e maior resistência respiratória secundárias à obesidade,que podem ocasionar piora dos sintomas de asma.Entretanto, a relação entre asma e obesidade ainda permanece controversa. **Objetivos:** Correlacionar o IMC, a função ventilatória e controle dos sintomas de pacientes asmáticos atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA). **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, que analisou 459 prontuários de pacientes acompanhados no ambulatório PAPA,durante o ano de 2007,submetidos a medições antropométricas (peso e estatura) e à espirometria. Considera a capacidade vital forçada (CVF) e o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) como medidas da função ventilatória. O IMC foi classificado segundo a Organização Mundial de Saúde em peso normal ou baixo peso com IMC<25Kg/m2, sobrepeso com IMC entre 25 e 29.9Kg/m2 e obesos com IMC≥30 kg/m2.Utiliza os programas EPIINFO2005 e BIOESTAT 3.0 para análise estatística e cálculo do qui-quadrado, respectivamente. **Resultados:** Constata que dos 459 pacientes analisados, 320 (69.7%) eram do sexo feminino. A média de idade da amostra estudada foi de 46,4 anos, com variação de 12 a 86anos. O valor médio do IMC entre os asmáticos foi de 26.52 ± 0,49 kg/m2 (IC 95%),com variação entre 15,61 e 46,9 kg/m2. Faz conhecer que 36 (7,8%) pacientes apresentaram baixo peso, 165 (35,9%) peso normal, 152(33,1%) sobrepeso e 93(20,3%) obesidade. Evidencia que dos 245 (53,3%) pacientes com IMC ≥ 25 kg/m2, 5(2,0%) apresentavam asma intermitente, 80 (32,6) asma leve, 124 (50,6%) asma moderada e 31 (12,6%) asma grave. Apenas 14 (5,7%) pacientes com IMC≥30kg/m2 tinham asma grave. Revela que dos 245 pacientes com IMC ≥ 25 kg/m2, 62 (25,3%) tinham CVF<80%, 109 (44,5%) CVF ≥ 80%, 38 (15,5%) VEF1 <70% e 84 (34,28%) VEF1 ≥ 80%.Demonstra que desses pacientes, 158(64,5%) estavam com os sintomas controlados,21(8,5%) parcialmente controlados e 49(20%) não estavam controlados.Chama atenção para o fato de que somente 57(23,26%) pacientes com IMC acima de 25kg/m2 apresentaram simultaneamente CVF<80% e VEF1<70%. Destes, 35 (61,4%) estavam controlados, 6(10,5%) parcialmente controlados e 15(26,3%) não controlados. Não houve diferenças significativas nas CVF e VEF1(p>0,05). **Conclusão:** Em nossa amostra, observamos alta prevalência de sobrepeso e obesidade, entretanto a gravidade da asma nos pacientes com IMC elevado não diferiu muito daqueles com peso normal ou baixo. O parâmetro espirométrico que mais se reduziu com a elevação do IMC foi o CVF. A correlação entre a sobrepeso/obesidade e o controle dos sintomas da asma não se mostrou estatisticamente significante.

PO087 PERFIL TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM BRONQUIECTASIA ATENDIDOS NO PAPA EM 2007

MARYANNE MIRANDA MATIAS; BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; RENATO PALÁCIO DE AZEVEDO; LAURA CAROLINA RODRIGUES BERNARDES; RAYSSA YASMIN PEREIRA SAUAIA; FERNANDO MOREIRA DA SILVA NETO; VANESSA SANTANA LOBO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIA; TRATAMENTO; ASMÁTICO

Introdução: A base do tratamento das bronquiectasias inclui tratar a causa específica quando possível, administrar antibióticos para tratamento da exacerbação e para supressão da carga microbiana, reduzir a excessiva resposta inflamatória, promover a higiene brônquica, controlar a hemorragia brônquica e remover cirurgicamente segmentos ou lobos extremamente danificados que possam se constituir em focos de infecção ou sangramento. Outras recomendações envolvem manter boa nutrição, realizar atividade física regular e evitar o tabagismo. **Objetivos:** Analisar o perfil terapêutico medicamentoso utilizado em pacientes com bronquiectasia atendidos no Programa de Atendimento ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), em São Luís - MA. **Métodos:** Foram avaliados os pacientes portadores de bronquiectasia atendidos no PAPA do HUPD. Os resultados obtidos foram tabulados e analisados no programa EpiInfo 3.4.2. **Resultados:** Dos 20 pacientes estudados, 18 (90%) eram do sexo feminino. 55% destes apresentavam mais de 50 anos. Dos 20, 15% (3) dos pacientes não fizeram uso de medicação. 35% (7) fizeram uso de beta-agonista de ação prolongada (LABA) + corticóide inalatório (CI) na dose de 12/400mcg, 2 vezes por dia, e 20% (4), na dose de 6/200mcg, sendo que 15% (3) utilizaram a medicação 2 vezes por dia e 5% (1), 1 vez por dia. Destes pacientes que fizeram uso de LABA + CI, 72,7% utilizaram beta-agonista de curta (BD) associado, na dose de 100mcg, em caso de exacerbação. 20% (4) do total de pacientes utilizaram beclometasona, 10% (2) na dose de 250mcg, 2 vezes ao dia, e 10% (2) na dose de 400mcg, sendo que 5% (1), 2 vezes ao dia e 5% (1), 1 vez ao dia. 20% (2) do total de pacientes fizeram uso de antibiótico, destes 15% (3) utilizaram macrolídeo na dose de 500mg, 1 vez ao dia, por 5 dias, e 5% (1) de quinolona na dose de 500mg, 2 vezes ao dia, por 10 dias. 15% (3) fizeram uso de corticóide sistêmico, iniciando pela dose de 40mg, sendo que 10% (2) fizeram esta dose por 5 dias e 5% (1) fizeram-na por 3 dias e continuaram o tratamento com 20mg por mais 4 dias. 5% dos pacientes com bronquiectasia do PAPA fizeram uso de ciclosonida na dose de 160mcg, 1 vez por dia, sendo que estes fizeram uso associado ao BD de curta duração, no caso de exacerbação. **Conclusão:** A terapêutica dos pacientes portadores de bronquiectasias deve ter como objetivos melhorar os sintomas, evitar ou reduzir a progressão da doença, prevenir ou reduzir a freqüência de exacerbações e manter uma boa

qualidade de vida. Nesse contexto, destaca-se a importância de uma reavaliação constante desses pacientes para que as medidas terapêuticas estejam sempre de acordo com as necessidades mais recentes destes e, assim, se possa alcançar o tratamento mais efetivo possível para cada um.

PO088 AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO EM 2007

RAISSA PEREIRA MOREIRA LIMA; BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; MARYANNE MIRANDA MATIAS; LAURA CAROLINA RODRIGUES BERNARDES; FERNANDO MOREIRA DA SILVA NETO; JOSÉ HIDELBLAND CAVALCANTE DE FARIAS; GUSTAVO PEREIRA CAMARA DE CARVALHO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CONTROLE; CLASSIFICAÇÃO

Introdução: A asma é uma das doenças crônicas mais comuns em todo mundo, caracterizada principalmente pela inflamação brônquica. A principal meta do tratamento é a obtenção e manutenção do controle da doença, ou seja, controle das manifestações clínicas e funcionais. **Objetivo:** Avaliar o controle da doença em pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), em 2007. **Metodologia:** Realizou-se estudo transversal com 486 pacientes atendidos pelo programa, no ano de 2007. Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizados aplicados aos pacientes durante a consulta. A classificação do controle da asma foi realizada baseada nos critérios definidos pelas IV Diretrizes Brasileiras para Manejo da Asma e questionário ACT (Asthma Control Test). **Resultados:** Dos 486 pacientes, 237 (48,7%) apresentaram sintomas diurnos como tosse, dispnéia, sibilância ou dor torácica, sendo 105 (21,6%) com freqüência menor que 2 vezes por semana e 132 (27,2%) com maior ou igual a 2 vezes por semana. Quanto aos despertares noturnos, 324 (66,7%) pacientes não os apresentaram e 162 (33,3%) acordaram pelo menos uma vez durante noite. Em relação à intensidade dos sintomas, 150 (63,3%) apresentaram sintomas leves, que não afetaram suas atividades habituais; 62 (26,6%), sintomas moderados, que dificultaram a realização de atividades e 25 (10,54%) relataram que os sintomas os impossibilitavam da realização dessas. O uso de β-2 agonista de curta duração (BD) foi feito por 223 asmáticos para alívio de sintomas, sendo que 80 (16,4%) necessitaram de BD duas ou mais vezes por semana. Quanto ao pico de fluxo expiratório (PFE), 55,7% obtiveram valor menor que 80% do valor predito. A presença de exacerbações foi relatada por 176 (36,2%) pacientes. Uma associação de três ou mais desses parâmetros foi observada em 120 (24,7%) pacientes. Observou-se que 302 (62,1%) pacientes tinham asma controlada, 64 (13,2%) asma parcialmente controlada e 120 (24,7%) asma não controlada. **Conclusão:** Verificou-se o predomínio de asma controlada entre os pacientes atendidos no PAPA em 2007. No entanto, alguns fatores como a falta ou uso inadequado de medicação, mudança climática e exposição a alérgenos foram freqüentes, podendo justificar a considerável taxa de pacientes não controlados.

PO089 ESPIROMETRIA EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL DR. ENRIQUE GARCES DE LA CIUDAD DE QUITO - ECUADOR

BYRON AUGUSTO CANELOS-ESTRELLA; NELSON CEVALLOS SALAS; ANA LUCIA PESANTEZ OSORIO; AUGUSTO ALEJANDRO ARIAS
PUCE, QUITO, EQUADOR

PALAVRAS-CHAVE: HIV; SIDA; ESPIROMETRIA

Resumen Objetivo: Comparar la frecuencia de patrones pulmonares espirométricos en pacientes infectados con VIH de la Clínica de VIH/SIDA del Hospital Dr. Enrique Garcés en Quito-Ecuador. **Métodos:** Se condujo un estudio de tipo transversal, entre pacientes con VIH y pacientes con SIDA. La evaluación incluyó un cuestionario que valoró tiempo de estadiaje de la infección, antecedentes importantes que causen cambios en la espirometría, examen clínico en busca de sobrepeso, bajo peso y evidencia de enfermedad pulmonar activa. Se tomaron espirometrías siguiendo las especificaciones de ATS. **Resultados:** De 142 pacientes, 71 pacientes son portadores del VIH y 71 pacientes se encontraban en fase SIDA. Del total de patrones espirométricos un 69% fue normal, 11.30% fue mixto, 10.60% restrictivo y 9.20% obstructivo. En resumen la prevalencia de las alteraciones de los patrones espirométricos en pacientes VIH en nuestro estudio fue 31.10%. Se observó una relación significativa entre patrón obstructivo y estadiaje de VIH encontrándose que el 4.3% de los pacientes con VIH y el 14.1% de los pacientes en fase SIDA presentaban patrón obstructivo. Al cruzar la variable de estadiaje de la enfermedad con la exposición a humo de leña se encontró una relación estadísticamente significativa (p= 0.0287; IC 1.1392 – 4.377). **Conclusiones:** De las espirometrías realizadas el patrón normal es el más común. Entre las espirometrías alteradas el patrón mixto fue el predominante seguido del restrictivo y al final el patrón obstructivo. Se observa mayor patrón obstructivo entre los pacientes con fase SIDA.

PO090 FUNCIÓN PULMONAR Y BACTERIOLOGIA DE ESPUTO EN PACIENTES EPOC DEL HOSPITAL GENERAL DE LAS FF AA QUITO-ECUADOR

BYRON AUGUSTO CANELOS-ESTRELLA[1]; ANDRES HERRERA ROMERO[2]
1.HOSPITAL METROPOLITANO, QUITO, EQUADOR; 2.NOVACLINICA SANTA CECILIA, QUITO, EQUADOR

PALAVRAS-CHAVE: EPOC; ESPIROMETRIA; CULTIVO

Introducción: La EPOC es un proceso con gran repercusión al momento de hablar de costes por atención cuando hablamos de exacerbaciones o atención de pacientes graves. Las agudizaciones usualmente se deben al desarrollo de infección y la bacteriología en los pacientes portadores de EPOC es diversa y más compleja conforme la funcionalidad empeora. **Objetivo:** Demostrar que los gérmenes gram-negativos se encuentran afectando a los pacientes con mayor deterioro funcional en las espirometrías, contribuyendo al mayor daño en los pacientes EPOC en el Hospital General de las Fuerzas Armadas. Materiales y métodos: Se efectuó un estudio analítico transversal de datos en enfermos de EPOC pertenecientes al Hospital General de las Fuerzas Armadas Quito-Ecuador desde Enero del 2006 hasta Septiembre del 2007. Se revisó 33 historias clínicas de pacientes EPOC, cuya función fue valorada por medio de espirometría y que fueron atendidos por exacerbaciones y en los que se aisló en el cultivo de esputo bacterias; obteniéndose los datos de 17 pacientes para el grupo de estudio y 16 para el control. La muestra del grupo control será conformada por los casos en quienes se detecten gérmenes gram-positivos y los casos de grupo estudio serán quienes tengan cultivos con agentes gram-negativos y en los que esperaremos encontrar mayor afectación pulmonar en sus espirometrías. En relación a lo específico del estudio, quienes no lograron recolectar secreciones idóneas o no tenían prueba espirométrica fueron excluídos. El error alfa esperado sería de 1.96, dándonos una significancia del 95% y un error beta de 0.84 con una potencia del 80%. El programa CalculeK admitió una muestra de 17 pacientes para el grupo de estudio y 16 para el control, para alcanzar especificidad estadística. Resultados: Trece de los 17 pacientes del grupo estudio fueron varones y en el grupo control hubo 9 mujeres. Los pacientes se encuentran entre los 45 y los 90 años. De acuerdo a la función y la bacteriología, de los 17 pacientes en quienes se aisló agentes gram-negativos en el esputo, 16 presentaron obstrucción severa de las vías aéreas en la espirometría; mientras que de los 16 pacientes del grupo control (aislamiento de bacterias gram-positivas) 14 presentaron una alteración leve en sus vías aéreas. La evaluación estadística con estos datos estableció una diferencia significativa entre ambos grupos con Chi cuadrada con un valor para p<0.05 p=0,000025. **Conclusión:** Se logró demostrar lo planteado como hipótesis, que los agentes gram-negativos se encuentran con mayor frecuencia en los pacientes con mayor afectación pulmonar en mayor grado que los gérmenes gram positivos; en una relación estadística significativa con una p=0,0000025.

PO091 CRIANÇAS COM ENFERMIDADES PULMONARES CRÔNICAS: EFEITOS DE TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

CAMILA ISABEL DA SILVA SANTOS; MILENA ANTONELLI; ESTÉR PIACENTINI CORREA; JULIANA THAIS SILVA REIS; PATRÍCIA BLAU MARGOSIAN CONTI; MARIA ANGELA GONÇALVES DE OLIVEIRA RIBEIRO
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOPATIA CRÔNICA; FISIOTERAPIA; PEDIATRIA

Introdução: Pneumopatias crônicas (PnC) de origem obstrutiva são doenças pulmonares caracterizadas por aumento de secreções, hiperresponsividade, inflamação e destruição das paredes brônquicas. O efeito das técnicas de fisioterapia respiratória nessas afecções tem sido discutido na literatura, bem como a técnica mais eficiente nessa condição. **Objetivos:** Avaliar o efeito da Técnica de expiração forçada (TEF) e da Oscilação Oral de Alta Freqüência (OOAF) em parâmetros cardiorrespiratórios (FR, FC e SpO2), força muscular respiratória (PImáx, PEmáx e Pico de Fluxo Expiratório) e aspecto da secreção

expectorada de crianças com PnC em acompanhamento ambulatorial. Método: Foi realizado um estudo do tipo intervenção, transversal e randomizado, com crianças do ambulatório de fisioterapia pediátrica de hospital universitário. Foram selecionados os pacientes com PC, colaborativos, fora de quadros de exacerbação pulmonar. A escolha da OOAF e da TEF foi aleatória, e a coleta das variáveis foi feita antes e imediatamente após aplicação de cada técnica. Para análise dos dados, aplicou-se o teste de Wilcoxon e adotou-se um nível de significância de 0,05. **Resultados:** Participaram onze pacientes (seis femininos), de cinco a quatorze anos, sendo cinco com fibrose cística, um com pneumonia de repetição, três com asma e dois com outras doenças (Síndrome de Kartagener e Bronquiectasia). Não houve diferença significativa na FC, FR, SpO2, PImáx, PEmáx, Pico de fluxo expiratório e expectoração de muco após a aplicação de cada técnica. Houve aumento significante da Pimáx após aplicação da TEF, em comparação a OOAF (p=0,037). **Conclusões:** A TEF pareceu ativar os músculos inspiratórios durante sua execução em pacientes com PnC. Esse efeito merece ser investigado em estudos com desenho metodológico e tamanho amostral adequados.

PO092 PERFIL CLÍNICO-RADIOLÓGICO DE 14 CASOS DE PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DANIEL YARED FORTE; CAMILO FERNANDES; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; ANTÔNIO CÉSAR CAVALLAZZI; EMILIO PIZZICHINI; LUIZ FELIPE DE SOUZA NOBRE

UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE; INTERSTÍCIO PULMONAR; EXPOSIÇÃO ANTIGÊNICA

Introdução: A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) ou Alveolite Alérgica Extrínseca engloba um conjunto de patologias de acometimento intersticial pulmonar com componente inflamatório linfocitário, granulomatoso e fibrótico em resposta à inalação repetida de substâncias antigênicas, usualmente orgânicas. O envolvimento pulmonar é resultado de reações imunológicas do tipo hipersensibilidade aos antígenos repetidamente em contato com indivíduos suscetíveis. Em geral, as exposições são ocupacionais, entretanto outras atividades como criar pássaros, podem estar relacionados à etiologia da PH. Até o momento, existem poucos relatos do perfil de pacientes com PH na região sul do país. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico-radiológico no momento do diagnóstico e evolução clínica dos casos confirmados de PH atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina nos últimos 6 anos.Método: Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo com revisão de prontuários. Foram analisados 14 prontuários de pacientes com confirmação diagnóstica de PH através de biópsia pulmonar nos últimos 6 anos. Os seguintes parâmetros foram registrados: idade, sexo, sintomas, exposição antigênica, tabagismo, apresentação clínica, padrão espirométrico, tomografia computadorizada, duração e resposta ao tratamento. **Resultados:** A média de idade foi de 47,1 anos. Oito pacientes (57,1%) eram homens. Todos pacientes apresentaram tosse seca e dispnéia, apenas 5(35,7%) apresentaram sibilância. Doze pacientes (85,7%) não eram tabagistas e 2(14,3%) eram ex-tabagistas. Em treze dos 14 casos, foram identificados exposição antigênica relacionados à PH. Onze pacientes (78,6%) com exposição a fungos e 2(14,3%) proteínas aviárias. Treze casos (93%) apresentaram forma crônica e 1 caso a forma subaguda. Parâmetros espirométricos (média e Desvio Padrão): capacidade vital forçada (CVF): 62,8%(18,5), Volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1): 65,9%(20,4) e relação VEF1/CVF: 0,85(6,8). Achados tomográficos predominantes: nódulos centrolobulares em vidro-fosco, padrão de atenuação em mosaico, espessamento septal, reticulação fina com bronquiectasias de tração e hiperinflação localizadas em lóbulos pulmonares secundários e faveolamento. Todos pacientes foram orientados quanto ao afastamento da exposição e receberam corticoesteróides durante um tempo que variou de 4 a 48 meses. Dez pacientes (71,4%) apresentaram melhora clínica, sendo um após transplante pulmonar. Um paciente evoluiu para óbito. Três indivíduos não demonstraram resposta à terapia instituída. **Conclusões:** O perfil dos pacientes avaliados é composto de homens não fumantes, de 47 anos em média, com tosse seca e dispnéia, padrão ventilatório restritivo leve e achados tomográficos sugestivos de fibrose. A forma crônica foi mais freqüentemente diagnosticada, o que sugere atraso na suspeita diagnóstica. A história ocupacional e do ambiente domiciliar é fundamental para o diagnóstico e plano de tratamento da PH.

PO093 SIMPATECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA. EXPERIENCIA EN 626 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR EL MISMO CIRUJANO

CAMILO OSORIO

UNIVERSIDAD DE LA SABANA. FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL, BOGOTA, COLÔMBIA

PALAVRAS-CHAVE: SIMPATECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA; CIRUGIA DEL SIMPÀTICO; HIPERHIDROSIS

Introducción: La Simpatectomía Videotoracoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección en el manejo de los síntomas de la hiperfunción simpática, como la hiperhidrosis palmar, axilar, facial y el rubor facial, que afectan en forma importante en su vida cotidiana y aun en su autoestima de los pacientes que la sufren, llevándolos incluso a extremos como la fobia social. Sin embargo, este procedimiento es realizado actualmente con gran variedad de técnicas dependiendo del cirujano y del centro donde se practican, dificultando su estandarización y la evaluación a largo plazo de sus resultados. **Objetivos:** Evaluar este procedimiento, su técnica, resultados, complicaciones al ser realizado por el mismo cirujano con una técnica similar. **Métodos:** Se revisaron en forma retrospectiva la descripción quirúrgica de 626 procedimientos realizados en 314 pacientes por el mismo cirujano, su seguimiento posterior a través de evaluación en consulta externa, los detalles de la técnica, sus resultados, satisfacción con el procedimiento, complicaciones, fallas y recidivas. **Resultados:** Con el procedimiento se logró una mejoría total en la hiperhidrosis palmar en el 98% de los pacientes y del 82% en la axilar. La Hiperhidrosis compensatoria se presentó en el 80% de los pacientes, pero fue catalogada como severa por el paciente en solo el 4,9%. Se presentaron complicaciones como resultado de la cirugía en el 2,6% de los pacientes, pero fue importante, requiriendo tratamiento quirúrgico en el 0,7%. Fallas de los resultados se presentaron en el 0,6% de las hiperhidrosis palmares y de las axilares y en el 1,7% de las faciales. Los pacientes manifestaron una satisfacción con los resultados de la cirugía superior al 90% en el 95% de los casos, siendo para la palmar del 98,6%, del 81,8% para la axilar, del 95,5% para la facial y del 94% para el rubor facial **Conclusión:** La Simpatectomía videotoracoscópica en el tratamiento de los síntomas de la hiperfunción simpática, realizada como un procedimiento estandarizado, es un procedimiento que, además de tener buenos resultados, tiene un bajo índice de complicaciones y de recidivas, además de una importante satisfacción para los pacientes.

PO094 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATRAVÉS DA AMOSTRA DE PACIENTES ATENDIDOS NO HC/UFMG EM BELO HORIZONTE (MG) NO PERÍODO DE UM ANO

CARLA DISCACCIATI SILVEIRA; FLÁVIA DE BARROS ARAÚJO; ELIANE VIANA MANCUZO; LUIZ FERNANDO FERREIRA PEREIRA; RICARDO AMORIM CORREA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; TRATAMENTO; DIRETRIZES

Introdução: A asma é uma doença prevalente, responsável por impacto significativo em termos de morbidade, qualidade de vida e recursos dispendidos no seu tratamento, principalmente em casos não controlados. A dificuldade de controle da asma na rede pública está relacionada ao difícil acesso à terapêutica, devido ao baixo poder aquisitivo dos pacientes e não disponibilização gratuita do medicamento, associado à falta de adesão ao tratamento. Estudos verificaram que a não aplicação das diretrizes de diagnóstico e tratamento da asma também contribui significativamente para a ausência de controle da doença. **Objetivos:** Avaliar a adequação da assistência a asmáticos adultos na rede pública de saúde, tendo como amostra aqueles encaminhados para primeira consulta no Ambulatório de Asma do HC/UFMG, em relação às diretrizes disponíveis. Foram avaliadas propedêutica e terapêutica previamente empregadas e sua adequação ao GINA e o grau de informação recebida pelos pacientes quanto à doença. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, no qual foram incluídos pacientes com idade superior a 18 anos, encaminhados da rede pública com diagnóstico de asma e atendidos em primeira consulta no HC/UFMG no período de novembro de 2006 a novembro de 2007. Foi aplicado questionário composto por variáveis sociais, demográficas, econômicas e clínicas avaliando a adequação da assistência prévia em relação às diretrizes de diagnóstico e tratamento do GINA (Global Initiative for Asthma). Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Foram incluídos 102 pacientes sendo 70 confirmados como asma, sete possuíam

outros diagnósticos, 24 não retornaram para as consultas subsequentes e um não completou o questionário. Dentre os asmáticos, a idade média foi de 47,6 anos, a maioria possuindo baixa escolaridade e renda familiar inferior a três salários mínimos. Haviam consultado pneumologista previamente 47,1%, em média há 4 anos. Esses pacientes não apresentaram tratamento mais adequado em relação àqueles tratados por não especialistas (p=0,249). Metade dos pacientes já havia realizado espirometria e 34,3% manobra do pico de fluxo expiratório. Receberam informações sobre a doença 21,4% dos pacientes e 45,7% foram orientados sobre como proceder em caso de crise. Dentre os asmáticos 62 (88,6%) estavam em uso de medicação: 90,3% ß2 agonista de curta duração, 37% corticóide inalatório (CI), 16,1% associação CI/ß2 agonista de longa duração e 4,8% ß2 agonista de longa duração isolado. Eram portadores de asma persistente 94,29% dos pacientes. A maioria (70%) procurou Pronto Socorro no ano anterior por crise. O tratamento prévio em relação ao GINA foi inadequado em 57 pacientes (81,4%). Conclusão: A assistência prestada por médicos não especialistas do sistema público de saúde em Belo Horizonte e região metropolitana a adultos asmáticos está, em sua maioria, em desacordo com as diretrizes e recomendações de diagnóstico e tratamento da asma.

PO095 ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA NÃO TRAUMÁTICO ROTO:TRATAMENTO COM ENDOPRÓTESE

CARLOS ALBERTO ALMEIDA DE ARAÚJO[1]; CRISTIANA NUNES[2]; FERNANDO ANTÔNIO ARAÚJO MOURA[3]; EDUARDO JOSÉ PAIVA HIPÓLITO[4]; ANA PATRÍCIA TERTULIANO SANTOS[5]; JUREMA SAMARA FONSECA VERAS[6]; PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE[7]

1,2,3,5,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL; 4.HOSPITAL DO CORAÇÃO, NATAL, RN, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ANEURISMA DE AORTA TORÀCICA; ENDOPRÓTESE VASCULAR; HEMOTÓRAX ESPONTÂNEO

Introdução: A ruptura de aneurisma da aorta torácica constitui um risco iminente de vida. A maioria dos pacientes more dentro das primeiras 6 horas após a ruptura. Além da alta mortalidade, observam-se graves morbidades, como paraplegia, falência renal e cardíaca. A mortalidade é fortemente influenciada quando se observa parada cardíaca3. Ingoldby et al4, em 1986, relatou que 62% desses pacientes morrem antes de chegar ao hospital. Desde o relato seminal de Lam e Aram em 1951, muitas mudanças têm ocorrido na técnica da reconstrução das lesões da aorta torácica. Dos 26% de mortalidade peri-operatória observados em 1965, evoluiu-se para índices de 2% em centro especializados. O tratamento dessas lesões, historicamente, envolveu a realização de cirurgia aberta e substituição do segmento aórtico. Contudo, com a crescente experiência adquirida, a cirurgia passou a ser realizada em pacientes com co-morbidades importantes, que elevam muito a morbi-mortalidade cirúrgica. Isso é particularmente influente em situações emergenciais, cujo índice de mortalidade chega a mais 67%. Consequentemente, método menos invasivo, como a utilização de endopróteses vasculares(EPV), tem ganhado espaço como alternativa de tratamento. Além disso, mostrou-se de menor custo, e mais meritoriamente, com melhores resultados clínicos e redução da morbi-mortalidade. Esses dados foram tão emblemáticos, que o método passou a ser também utilizados em situação eletiva, mostrando os mesmos significantes ganhos nos resultados. Doss et al, em 2003, comparando a cirurgia aberta e a utilização de EPV, chega a conclusão que a utilização das EPV levaram a melhor resultado clínico, tanto em situação eletiva quanto emergencial. Enfatizaram os autores, que os índices de paraplegia, falência respiratória e renal, e a necessidade de re-operação, foram menores. **Objetivos:** Apresentar um caso de aneurisma não traumático de aorta torácica, roto, tratado com EPV. **Método:** Os autores apresentam caso de paciente feminina, 79 anos, com quadro de dor torácica de 10 dias de duração, de forte intensidade, em HTE. Um exame radiológico do tórax evidenciou sinais de derrame pleural à esquerda. Uma TC do tórax evidenciou sinais de derrame pleural à esquerda, aneurisma de aorta torácica e sinais de extravasamento de contraste. A paciente mostrava-se em regular estado geral, orientada, moderadamente dispnéica e com hipotensão leve. **Resultados:** A paciente foi submetida com colocação de EPV. A drenagem do derrame pleural rendeu 2.800 ml de sangue. A paciente recuperou-se muito bem, sem qualquer intercorrência e teve alta hospitalar após oito dias. **Conclusões:** O tratamento dos aneurismas rotos da aorta torácica possui alta morbi-mortalidade e mantém-se como um desafio, apesar dos grandes avanços tecnológicos. Os autores observam que a utilização de EPV é método de tratamento rápido, seguro e eficaz.

PO096 QUILOTÓRAX E QUILOPERICÁRDIO: APRESENTAÇAO DE QUATRO CASOS

CARLOS ALBERTO ALMEIDA DE ARAÚJO[1]; HYLAS PAIVA DA COSTA FERREIRA[2]; CRISTIANA NUNES[3]; ISADORA ROSADO AMARAL[4]; ANA PATRÍCIA TERTULIANO SANTOS[5]; PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE[6]; RONNIE PETERSON MELO LIMA[7]

1,4,5,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL; 2,3.FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: QUILOTÓRAX; QUILOPERICÁRDIO; VIDEOTORACOSCOPIA

Introdução: Uma lesão no ducto torácico ou vasos acessórios leva a formação de derrame pleural ou pericárdico quiloso. Portanto, quilotórax e quilopericárdio representa o acúmulo de linfa, rico em triglicerídios e quilomicrons, no espaço pleural ou pericárdico resultante de ruptura, laceração ou obstrução do ducto torácico. O quilotórax tem incidência de 0,25% a 0,5% nos casos de cirurgia torácica. O quilopericárdio foi descrito em 1888 por Hasebrock e revisado em 1935, quando foram identificados três casos de quilopericárdio entre 100 casos de quilotórax. Suas causas mais comuns são as neoplasias, trauma, causas congênitas, infecções e trombose venosa do sistema da veia cava superior. Na ausência desses fatores denomina-se espontâneo. Em geral, seu tratamento é conservador, através de drenagem de espaço pleural em selo d'água, associado à nutrição parenteral total ou dieta oral hipolipídica, com uso de triglicerídeos de cadeia média (TCM). Atualmente tem-se estudado o uso de Octreotide com resultados satisfatórios. A abordagem cirúrgica deve ser analisada na ineficácia do tratamento conservador, não havendo ainda consenso sobre quando indicá-la. As opções de tratamento cirúrgico incluem pleurodese, ligadura de vasos linfáticos e ligadura do ducto torácico. Fahimi e cols. relatam que a ligadura do ducto torácico por cirurgia torácica vídeo-assistida para o tratamento precoce do quilotórax pós-operatório persistente tem um ótimo resultado, em virtude do baixo custo e a facilidade de manuseio, associados a um menor índice de mortalidade. Objetivos: Apresentar os resultados do tratamento em 4 casos de derrame quiloso, 2 quilotóraces e 2 quilopericardios. **Método:** Os autores apresentam 4 casos de derrame quiloso. Em um paciente não foi demonstrado uma causa aparente, sendo rotulado de espontâneo. Nos outros três a etiologia foi trauma cirúrgico: pós esofagectomia em um e pós cirurgia cardíaca em dois. **Resultados:** No paciente com quilotórax espontâneo bilateral o tratamento foi desafiador. Inicialmente foi realizada drenagem pleural bilateral e dietoterapia por 21 dias. Duas vídeo-toracoscopias com ligadura do ducto torácico e pleurodese bilateral não teve sucesso. Uma toracotomia aberta com ligadura em bloco do tecido entre o esôfago e aorta, pleurectomia, uso de cola biológica no mediastino e NPT também não se obteve êxito. O uso da somastatina, 3g de 12/12h, e nova NPT por 30 dias resolveu o caso. Nos outros três pacientes a ligadura do ducto torácico, aberta ou por vídeo-toracoscopia, mostrou-se completamente eficaz. **Conclusões:** Os autores concluem que o nos pacientes com uma causa bem definida, como na lesão cirúrgica do sistema linfático intratorácico, o tratamento através da ligadura do ducto é factível, eficaz, segura e permite uma rápida recuperação do paciente. No caso rotulado como espontâneo, ou sem causa aparente, o tratamento demonstrou-se desafiador.

PO097 SEQUESTRAÇÃO PULMONAR EM ADULTO

CARLOS ALBERTO ALMEIDA DE ARAÚJO; HYLAS PAIVA DA COSTA FERREIRA; CRISTIANA NUNES; PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE; KLEBER GIOVANI LUZ; ANA PATRÍCIA TERTULIANO SANTOS; JUREMA SAMARA FONSECA VERAS; LEONARDO PUFAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SEQUESTRO PULMONAR; HEMOPTISE; LOBECTOMIA

Introdução: A sequestração pulmonar (SP) é uma malformação congênita rara, representa entre 0,15 a 6,45%, caracterizando-se por massa sem função, separada do tecido normal e com vascularização arterial sistêmica aberrante. Descrita pela 1ª vez por Rokitansky e Rektorzic há mais de 100 anos. A teoria da tração de Pryce é a mais aceita para explicar a anormalidade. O revestimento pleural próprio é uma das diferenças entre a sequestração intralobar (SPIL), sem revestimento, e extralobar (SPEL), com revestimento1. A SPIL localiza-se no segmento posterior do lobo inferior esquerdo. A SPEL é nos lobos inferiores, especialmente no seio costodiafragmático esquerdo e assintomático, podendo ser um achado à toracotomia. A alimentação arterial na SPIL é única e calibrosa, na SPEL são várias e finas. A drenagem venosa é para a veia pulmonar na SPIL

e para a ázigos ou porta na SPEL. A comunicação com a árvore brônquica é rara, sendo mais freqüente na SPIL. A SPEL tem uma prevalência, 80%, no sexo masculino, sendo diagnosticada usualmente na infância e em 80% dos casos à esquerda. A SPIL permanece assintomática até os 20 anos de idade. O tratamento mais frequentemente utilizado é a ressecção cirúrgica. **Objetivos:** Apresentar o quadro clínico, radiológico e tratamento cirúrgico de um caso de SPEL. **Métodos:** Os autores apresentam um caso de paciente feminina, 44 anos, com quadro de expectoração purulenta com escarros hemáticos por 20 anos. Uma avaliação radiológico demonstrou um lobo inferior direito (LID) hepatizado, bronquiectásico e vascularização aberrante. Uma broncofibroscopia demonstrou árvore brônquica do LID dilatada, com grande quantidade de muco e secreção purulenta. **Resultados:** Uma toracotomia direita demonstrou um lobo inferior sem aeração e com inúmeras pequenas artérias penetrando no lobo pela face diafragmática. Uma lobectomia com linfadenectomia hilar e mediastinal foi realizada. O pós-operatório foi sem intercorrência. Nove meses após a cirurgia a paciente encontra-se assintomática, sem tosse e sem infecção pulmonar. **Conclusões:** Os autores concluem que em todos os casos que se observa quadro de bronquiectasia de lobo inferior, mesmo nos pacientes adultos, deve-se aventar a possibilidade de SP.

PO098 TROMBOEMBOEMBOLISMO PULMONAR EM PORTADOR DE GRANULOMATOSE DE WEGNER (GW)

CARLOS ALBERTO FERRARI VIEIRA[1]; CINTHIA SOBRAL VIEIRA[2]; GISELE RODRIGUES LOBATO[3]

1.HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3.HED, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EMBOLIA PULMONAR; GRANULOMATOSE DE WEGNER; VASCULITE ANCA POSITIVA

Introdução: as patologias ANCA c frequentemente estão asasociadas a Granulomatose de Wegner com especificidade de 80-100%. Acomete homem:mulher 1:1, idade média 41 anos, prevalência 3/100.000 com predomínio em caucasianos.O comprometimento geralmente é sistêmico: otorrinolaringológicas, pulmonares, renais, oculares, cutânea, músculo-esqueléticas, neurológicas, gastro-intestinais ecardiológicas **Objetivo:** demonstrar um quadro típico de vasculite: Granulomatose de Wegner (GW) associada a Tromboembolismo Pulmonar (TEP) **História Pregressa:** feminino, 65 anos, branca, obesa, com infecções respiratórias de repetição, constipação intestinal crônica, crises hemorroidárias e dores articulares difusas. Portadora de HAS. BIÓPSIA RENAL EM 1990: Glomerulonefrite por GW, quando necessitou hemodiálise por 6 meses, sendo tratada com ciclofosfamida e corticóide por 1 ano com recuperação de função renal. Em 2004 recidivou a doença sendo reiniciado corticóide e ciclofosfamida. EXAMES (JUNHO 2004): RX DE TÒRAX: opacidades mal definidas, periféricas no 1/3 médio do pulmão D e provável nódulo com cavidade central no LSE. TC TÓRAX: lesão cavitada no lobo superior E totalmente necrosada e com paredes finas, com áreas de vidro fosco adjacente. RX de seios da face: normal.Hto: 25%. ANCA C: reagente 120, ANCA p: negativa. Uréia: 73, 8; creatinina: 1,74; DCE: 41,9 ml/min HISTÓRIA ATUAL:. Internou em Janeiro de 2005, com cansaço, fraqueza, dispnéia, hipotensão arterial, lesões cutâneas e cianose. pH=7,42, pO2=38mmHg, sat. Hb=73%. RX DE TÓRAX: aumento da área cardíaca com lesão cavitada em ápice pulmão E. Foi tratada para sepsis respiratória, sem melhora clínica sendo realizada TC DE TÓRAX que demonstrou aterosclerose aórtica, lesão cavitada em pulmão esquerdo, atelectasias no pulmão D e tromboembolismo pulmonar agudo multisegmentar. **Ecodoppler Colorido De Veias De Membros Inferiores:** trombose venosa profunda. **Conclusão:** a tríade clássica de apresentação da GW é: granuloma necrotizante do trato respiratório, vasculite sistêmica e glomerulonefrite focal. As manifestações de pele aqui demonstradas são típicas de GW assim como as lesões em tórax. TEP não faz parte do quadro de GW. Por tratar-se de paciente com riscos de TEP como obesidade, difícil locomoção, com doença de vasos, TEP deveria fazer parte do diagnóstico diferencial inicial e tratado em conjunto com a doença básica.

PO099 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA ASSOCIADA A GROMERULOPATIA ANTICORPO ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA P) POSITIVO

CARLOS ALBERTO FERRARI VIEIRA[1]; CINTHIA SOBRAL VIEIRA[2]; GISELE RODRIGUES LOBATO[3]; LUIZ FELIPE S. GONÇALVES[4]

1.HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4.HED, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: VASCULITE; HEMORRAGIA ALVEOLAR; POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA

Introdução: as doenças associadas a ANCA p (ANCA perinuclear) mais freqüentes são: poliangeíte microscópica : 40-80% podendo ser vista também na artrite reumatóide, doença inflamatória de intestino, HIV, amebíase ou reação à droga. **Objetivo:** demonstrar a manifestação de hemoptise, relacionado a achado tomográfico com infiltrado alveolar difuso, associada a glomerulopatia com anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA-p) positivo **História Pregressa:** Há 20 dias tratamento para pneumonia com escarro hemático. Nega doença prévia apenas prostatectomia há 1 ano por hiperplasia benigna.. **História Atual:** Masculino, branco, 70 anos, ex-tabagista. Internou em 02 de junho de 2008 com escarro hemático, dispnéia aos mínimos esforços e astenia há cerca de 30 dias. Ao exame físico: lúcido, orientado, descorado, PA: 140/80 mm HG, FC: 86, apirético, sem lesões de pele e nasofaringe, paO2: 102, paCo2: 23, pH: 7,34, HCO3: 12, Saturação Hg: 98.(ar ambiente), creatinina: 11,35, uréia: 179 mg/dl. Função hepática normal. Hematócrito: 23%, Hemoglobina:7,8 g/dl, leucócitos 9.500, bastões: 3%, plaquetas, 274.000, EPF: negativo. E.Q.U: hemoglobina 4+, proteínas 3+, 200 leucócitos/c, hemácias: 30/c. proteinograma sérico com albumina: 2,90, K: 5,8. RX tórax: infiltrado pulmonar bilateral, TC de tórax: infiltrado intersticial bilateral difuso, ¨vidro fosco¨, e consolidações nos lobos inferiores . Paciente foi encaminhado para hemodiálise. Foram solicitados: Anca C: não reagente, Anca p: reagente 1:320, FAN: pontilhado 1:80, anti DNA: negativo, proteína C reativa: 77,9, anticoagulante lúpico negativo, anticogulante lúpico circulante lúpico positivo, marcadores virais negativo para HCV, HBSag e HIV, C3 e C4: normais. Proteinúria: 1,45 g/24 horas, DCE: < 5 ml/min. Evoluiu com intensa astenia, cansaço aos mínimos esforços, apesar de estar em hemodiálise a função renal permaneceu inaterada. Foi realizada pulsoterapia com metilprednisolona 1 gr ev por 3 dias antes dos resultados de ANCA e biópsia renal: glomerulonefrite crescêntica necrotizante em fase de esclerose proeminente com imunofluoresecência negativa. Após o resultado foi pulsado com ciclofosfamida. Evoluiu para hemorragia alveolar difusa com hemoptise maciça e óbito no 10º dia de internação. **Conclusão:** a patologia acima descrita por ser ANCA p + , sem granulomas, ou lesões escavadas não sugere Granulomatose de Wegner (ANCA c +), nem Churg Strauss por não apresentar quadro clínico de asma. Trata-se de uma vasculite cujo diagnóstico diferencial inclui os já descritos anteriormente. Apesar de não ter sido feita biópsia pulmonar devido a situação crítica do paciente os dados sugerem fortemente tratar-se de poliangeíte microscópica.

PO100 ESPECTRO DE SEQUESTRO: RELATO DE CASO

CARLOS ALEXANDRE POLONIO; ERICA NISHIDA HASIMOTO; ANDRÉ LUIZ OKIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SEQUESTRO BRONCOPULMONAR; MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA; PULMÃO

Introdução: A malformação adenomatóide cística congênita (MACC) e o seqüestro broncopulmonar (SBP) são anomalias congênitas pulmonares classicamente descritas com embriologia, patologia e história natural distintas. A MACC consiste na proliferação e distensão dos bronquíolos terminais, que ocorre na fase canalicular do desenvolvimento embrionário. Possui comunicação com a árvore traqueobrônquica normal e tem suprimento sanguíneo proveniente da circulação pulmonar. Em contraste, o SBP é caracterizado por uma massa de tecido pulmonar imaturo e não funcionante, separada da árvore traqueobrônquica normal, que ocorre na fase pseudoglandular do desenvolvimento embrionário. É vascularizado por uma artéria sistêmica anômala, comumente derivada da aorta torácica. Enquanto a MACC tende a desenvolver-se conforme o crescimento fetal, levando a hidropsia fetal e poliidrâmnio, o SBP tende a involuir, até tornar-se imperceptível após o nascimento. A ultra-sonografia pré-natal uterina é geralmente eficaz em

diagnosticar a MACC, mas raros são os relatos de identificação da artéria sistêmica no SBP. **Relato do Caso:** RN feminina, nascida de parto normal à termo. Durante a gestação, a primeira ultra-sonografia realizada observou imagens císticas sugestivas de MACC em pulmão esquerdo, mas em exames posteriores, as imagens foram desaparecendo. Após o nascimento, apresentou desconforto respiratório e a radiografia torácica mantinha a suspeita, com presença de múltiplos cistos em base esquerda e hiperinsuflação do pulmão ipsilateral. A tomografia computadorizada de tórax mostrou múltiplas imagens císticas em lobo inferior esquerdo, sugestivas de MACC tipo II, com rebaixamento de cúpula frênica e desvio do mediastino contra lateral, não sendo identificado vaso anômalo. Foi submetida, com 10 dias de vida, a toracotomia esquerda, evidenciando múltiplos cistos pulmonares hiperinsuflados e a presença de um vaso de médio calibre (artéria), proveniente da aorta torácica descendente. Após a lobectomia inferior esquerda, evoluiu bem, recebendo alta no 5º pós-operatório. O anátomo-patológico foi consistente com a histologia tanto de SBP, quanto de MACC do tipo II. Em acompanhamento após 1 ano de cirurgia, encontra-se assintomática. **Conclusão:** Lesões híbridas, com componentes de MACC e SBP têm sido descritas na literatura, o que pode significar uma origem embriológica comum e uma possível mudança na nomenclatura das doenças congênitas pulmonares. E vários autores têm sugerido que a associação de ambas as patologias apresentam um melhor prognóstico para o tratamento, condizendo com a evolução do nosso caso.

PO101 PSEUDOANEURISMA DE VENTRÍCULO ESQUERDO COM FÍSTULA PARA PAREDE TORÁCICA: RELATO DE CASO

ERICA NISHIDA HASIMOTO[1]; CARLOS ALEXANDRE POLONIO[2]; DENISE CRISTINA DE FREITAS OKUYAMA[3]; DANIELE CRISTINA CATANEO[4]; MARCELLO LANEZA FELICIO[5]; RUBENS RAMOS DE ANDRADE[6]; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO[7]

1,2,3,4,7.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 5,6.DISCIPLINA DE CIRURGIA CARDÍACA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PSEUDOANEURISMA; VENTRÍCULO ESQUERDO; ARTERIOGRAFIA

Introdução: Geralmente os pseudoaneurismas de ventrículo esquerdo (VE) desenvolvem-se devido a ruptura aguda de uma área infartada da parede ventricular. A ruptura da parede livre é contida pelo pericárdio adjacente e aderente nessa região, formando um pseudoaneurisma. É uma complicação rara pós-infarto do miocárdio ou cirurgia cardíaca. Muitos dos casos não chegam a ser diagnosticados a tempo devido a evolução fatal. Outros podem evoluir de forma assintomática ou oligossintomática, sem que haja ruptura, levando a um quadro progressivo de insuficiência cardíaca congestiva. O diagnóstico pode ser feito através de métodos não invasivos como o ecocardiograma (ECO) ou ressonância nuclear magnética, porém métodos mais acurados como a cineangiocardiografia (CATE) ajudam no diagnóstico e também no planejamento cirúrgico. O tratamento de escolha é a correção cirúrgica. **Relato de Caso:** Paciente de 71 anos, masculino, procurou nosso serviço devido a abaulamento em região lateral de hemitórax esquerdo, na altura do mamilo, de crescimento progressivo, há 10 dias. Ao exame evidenciava-se uma massa endurecida, indolor, sem margens definidas, aderida a planos profundos, sem sinais flogísticos e pulsátil, em região lateral de hemitórax esquerdo. Negava dispnéia ou dor torácica. Há 20 anos apresentou um infarto ântero-septal, sendo realizada revascularização do miocárdio e aneurismectomia de VE. Há 2 anos foi submetido à toracotomia esquerda devido a achado tomográfico de lesão pulmonar sugestiva de neoplasia, sendo realizado segmentectomia em outro serviço. Após discussão conjunta com a equipe da Cirurgia Cardíaca foi realizado ECO que evidenciou um aumento moderado do átrio esquerdo, hipertrofia leve do VE, insuficiência mitral leve, além de imagem sugestiva de comunicação da região apical do VE com região muscular da parede torácica, que sugeria rompimento da parede muscular do VE. Para complementação diagnóstica foi realizado CATE que mostrou uma grande massa pulsátil que comunicava-se com a ponta do VE com presença de trombo em seu interior, disfunção grave de VE e lesões triarteriais graves. Foi então submetido a correção cirúrgica, através de toracotomia mediana trans-esternal, estabeleceu-se a circulação extracorpórea e desfez-se as aderências sobre o pseudoaneurisma que localizava-se no local da correção cirúrgica prévia, com orifício de aproximadamente 3,0 x 2,0 cm que foi corrigido com placa de pericárdio bovino. A cirurgia foi realizada sem intercorrências e o paciente evoluiu satisfatoriamente. **Conclusão:** Os pseudoaneurismas de VE são raros porém apresentam uma alta taxa de morbidade e mortalidade, portanto, sempre que se suspeitar desse diagnóstico, deve-se realizar a investigação o mais precoce possível, devido o risco de ruptura da parede ventricular. Confirmando-se o diagnóstico o tratamento de escolha é cirúrgico.

PO102 CORIOCARCINOMA GESTACIONAL PRIMÁRIO DE PULMÃO EM PACIENTES ASSINTOMÁTICAS: RELATO DE DOIS CASOS

CARLOS ALEXANDRE POLONIO[1]; ERICA NISHIDA HASIMOTO[2]; DANIELE CRISTINA CATANEO[3]; IZILDINHA MAESTÁ[4]; ODAIR CARLITO MICHELIN[5]; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO[6]

1,2,3,6.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4.DISCIPLINA DE OBSTETRÍCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 5.DISCIPLINA DE ONCOLOGIA 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 sinciciotrofoblásticas secretoras de 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 retroperitôneo, mediastino e glândula pineal. Menos frequentemente é encontrado na vesícula, fígado, estômago e cólon, onde há combinação com o adenocarcinoma. O coriocarcinoma gestacional primário de pulmão (CGPP) é um evento raro, na literatura há cerca de 20 casos. A origem do tumor nesse sítio é desconhecida, mas há várias teorias como a da metástase de tumor gonadal primário com regressão espontânea ou a da diferenciação ou metaplasia trofoblástica de um tumor de pulmão primário e mesmo da migração anômala de células germinativas durante a fase embriônica. As características que marcam a Síndrome do Coriocarcinoma são: sangramento da lesão e elevação sérica de hCG, que também é um fator diagnóstico, de prognóstico e muito útil no seguimento. O prognóstico é ruim, mesmo associando a ressecção à quimioterapia (Qt), e à radioterapia é não responsivo. **Relato dos Casos:** Duas pacientes jovens, assintomáticas, com antecedente de mola hidatiforme completa, hCG elevado, sem gravidez associada, foram admitidas em nosso centro de doenças trofoblásticas. A primeira, com massa pulmonar em lobo inferior direito há 18 meses, foi encaminhada após resposta parcial à Qt. O estadiamento FIGO 2000 foi III:13. A segunda paciente, sem localização da neoplasia trofoblástica, iniciou tratamento com Qt, sem sucesso. Reavaliada, identificou-se massa pulmonar isolada em lobo inferior esquerdo, estadio III:6. Realizada Qt com resposta parcial. Em ambas as pacientes, após investigação negativa de focos de doença ativa em outros órgãos, foi realizada lobectomia pulmonar e linfadenectomia mediastinal sistemática, com margens livres. Foi observada invasão da veia pulmonar inferior direita junto ao átrio na primeira paciente. Estudos anatomopatológico, imunohistoquímico e de genética molecular confirmaram CGPP. O hCG da primeira paciente caiu rapidamente no pós-operatório e voltou a aumentar. Na vigência de Qt, houve desenvolvimento de metástases hepáticas, identificadas por PET-CT, posteriormente ressecadas. Após, o hCG decaiu durante 28 dias, porém retomou ascensão, mesmo com Qt. Esta paciente foi a óbito por insuficiência hepática, três anos depois do diagnóstico. A segunda paciente, duas semanas após lobectomia, teve normalização de hCG e recebeu consolidação com dois ciclos de Qt. Está em remissão há seis meses. **Conclusão:** O diagnóstico precoce na fase assintomática da doença, o tratamento multiprofissional imediato e ausência de invasão vascular indicam melhor prognóstico da doença. A análise genética molecular determina a origem gestacional ou não gestacional do tumor.

PO103 ESTADO GENERAL DE SALUD Y SEVERIDAD DE LA DISNEA EN PACIENTES CON EPOC GOLD I: ESTUDIO PLATINO

MARIA MONTES DE OCA[1]; CARLOS TALAMO[2]; DOLORES MORENO[3]; ANA MENEZES[4]; MARIA LOPEZ VARELA[5]; ADRIANA MUIÑO[6]; ROGELIO PEREZ PADILLA[7]

1,2,3.UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, VENEZUELA, VENEZUELA; 4.UNIVERSIDAD FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, PA, BRASIL; 5,6. UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA, MONTEVIDEO, URUGUAI; 7.INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, MEXICO, MÉXICO

PALAVRAS-CHAVE: SALUD; DISNEA; EPOC

Introducción: En la actualidad existe un importante debate sobre la relevancia clínica del estrato I en la clasificación GOLD de la EPOC. Algunas autores

recomiendan limitar el diagnostico de la EPOC a los estratos GOLD II en adelante con el fin de minimizar los falsos positivos del criterio espirométrico FEV1/CVF < 0.70 post-broncodilatador. Existe limitada información sobre la percepción de la severidad de la enfermedad y calidad de vida en los sujetos con EPOC GOLD I provenientes de estudios de base poblacional. **Objetivo:** Utilizando los resultados del estudio PLATINO se compararon la percepción del estado general de salud (EGS) y severidad de la disnea entre los sujetos estratificados como EPOC GOLD I y la población no obstruida. Método: Se utilizo la relación post-broncodilatador FEV1/FVC< 0.70 y FEV1 > 80% para definir la EPOC GOLD I. La percepción de los sujetos de su EGS fue analizada con la pregunta "¿En general como diría usted que es su salud: excelente, muy buena, buena, regular o pobre?". La severidad de la disnea fue evaluada con la escala MRC. **Resultados:** Se realizo espirometría en 5,314 sujetos. Entre estos 4,554 no tenían obstrucción y 759 tenían criterios de obstrucción (post-broncodilatador FEV1/FVC< 0.70) de los cuales 451 eran GOLD I. El EGS y la severidad de la disnea entre los sujetos sin obstrucción y los EPOC GOLD I se muestran en las graficas anexas. En general la proporción de sujetos en las diferentes categorías de EGS y severidad de disnea fue similar entre ambos grupos. Conclusión: Los resultados de este estudia indican que no existe diferencia significativa en la percepción del EGS y la severidad de la disnea entre los sujetos con EPOC GOLD I y los sujetos sin obstrucción. Es probable que esto pueda ser explicado por la influencia de múltiples factores entre ellos el número de falsos positivos por el uso de la relación fija como criterio diagnóstico.

PO104 SÍNDROME DE CIMITARRA: RELATO DE CASO

CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; JULIANA RODRIGUES E SILVA; LUIZ JEAN XIDIS; NANCILENE GOMES MELO; IRACEMA FERREIRA SANDERS; MELÂNIO PAULA BARBOSA; CLARICE GUIMARÃES FREITAS
HBDF, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CIMITARRA; RELATO; CASO

Introdução: A Síndrome de Cimitarra é rara, representa 3% dos casos de drenagem das veias pulmonares, caracterizada pelo retorno anômalo parcial da drenagem venosa pulmonar para a veia cava inferior. Existem duas formas da doença: infantil e adulto. Predomina no sexo feminino e há relato de ocorrência familiar. As anomalias cardíacas ocorrem em 2/3 casos. **Objetivo:** Relatar caso da Síndrome de Cimitarra e revisão de literatura **Material: Relato de caso: Resultados:** Mulher, 48 anos, ex-tabagista, com dispnéia desde a infância, cianose de extremidades e edema pulmonar na gestação. Ao exame clínico evidenciava-se cifoescoliose torácica, MV diminuído, com crepitações base E e sinais de insuficiência de VD. A Radiografia de tórax sugeriu a hipótese de Síndrome da Cimitarra e Tomografia confirmou a Síndrome do pulmão hipogenético, associado a hipoplasia da artéria pulmonar direita, retorno venoso pulmonar anômolo à Direita com veia pulmonar única desembocando na veia cava inferior. Aumento de átrio e ventrículos direitos. Perfusão pulmonar em mosaico e aprisionamento aéreo. Alterações vertebrais e fusão parcial costelas. Ecocardiograma transtorácico mostrou aumento importante câmaras direitas, dilatação de tronco e ramos pulmonares, insuficiência tricúspide de grau moderado a importante. PSAP: 80 mmHg. A cintilografia pulmonar mostrou déficit perfusional à direita e Shunt pulmonar . O cateterismo cardíaco D e E evidenciou anomalia congênita envolvendo arco aórtico, retorno venoso pulmonar D e retorno venoso sistêmico para seio coronário. Retorno pulmonar anômalo para AD. Veia inominada e VCS E drenando em seio coronariano. Ausência de desvio pulmonar. Hipertensão pulmonar e hipertensão veno-capilar moderada. Realizada cirurgia cardíaca e feita anastomose do coto proximal de veia pulmonar direita em átrio esquerdo. Paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, entretanto apresentou trombose em coto sendo reoperada, evoluindo a óbito. **Conclusão:** a Síndrome da Cimitarra, apesar de rara, apresenta radiografia de tórax altamente sugestiva. O diagnóstico precoce é fundamental pois o tratamento cirúrgico pode evitar complicações futuras.

PO105 LIPOMA ENDOBRÔNQUICO: RELATO DE CASO

CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; MELÂNIO PAULA BARBOSA; LUIZ CARLOS LOPES
HBDF, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LIPOMA ; ENDOBRÔNQUICO; CASO

Introdução: Lipoma endobrônquico é tumor benigno raro que pode causar obstrução brônquica e pneumonia. Os tumores brônquicos benignos representam menos de 4% das neoplasias pulmonares e o lipoma endobrônquico 0,1-0,5% de todos tumores pulmonares. São lesões bem circunscritas, amareladas e nodulares compostas de tecido adiposo maduro, sem atipias. Os sintomas clínicos são causados pela obstrução brônquica. **Objetivo:** Relatar caso de lipoma endobrônquico e revisão de literatura Material e Método: relato de caso **Resultado:** Homem 51 anos, previamente hígido, encaminhado à Unidade de Pneumologia com história de tosse com expectoração amarelada, febre e astenia. Tratado com antibióticos, apresentou melhora clínica e radiológica, obtendo alta. Seis meses depois reapresentou os mesmos sintomas e consolidação em base pulmonar E. Ao exame clínico apresentava bom estado geral, com redução dos ruídos respiratórios e crepitações em base E. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou consolidação com componente atelectásico de lobo inferior esquerdo. O PPD foi não reator. Demais exames complementares foram normais. A broncofibroscopia revelou lesão pedunculada em brônquio fonte esquerdo. Os resultados do lavado e escovado foram negativos para malignidades. A biópsia foi sugestiva de lipoma. O doente foi encaminhado à ressecção cirúrgica em virtude da presença de alterações destrutivas em parênquima pulmonar adjacente, com confirmação diagnóstica. **Conclusão:** A avaliação endoscópica fornece diagnóstico precoce e possibilita a terapêutica antes das complicações broncopulmonares tornarem-se irreversíveis, evitando seqüelas provenientes de uma toracotomia. A ressecção endoscópica ou a laser deve ser considerada como primeira opção de tratamento, por ser segura, eficaz, rápida e menos dispendiosa. A cirurgia está indicada quando da possibilidade de tumor maligno, crescimento extra brônquico, dificuldades técnicas e naqueles com doença parenquimatosa periférica.

PO106 MONONEURITE MÚLTIPLA, EOSINOFILIA, ANCA POSITIVO

CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; JULIANA RODRIGUES E SILVA; LUIZ JEAN XIDIS; CLAÚDIA GOMES CORDEIRO; MELÂNIO PAULA BARBOSA; CLARICE GUIMARÃES FREITAS
HBDF, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MONONEURITE MÚLTIPLA ; EOSINOFILIA; ANCA POSITIVO

Introdução: A mononeurite múltipla esta associada a diversas doenças. Quando relacionada a vasculites com ANCA positivo, devemos pensar em granulomatose de Wegener, angeíte de Churg Strauss e poliangeíte microscópica. **Objetivo:** Relatar um caso de Mononeurite Múltipla com eosinofilia e ANCA positivo **Metodologia: Relato de caso: Resultado:** Homem, 58 anos, branco, ex-tabagista, há 4 meses da internação, apresentando tosse produtiva, dispnéia e sibilância episódica. Há 1 mês com parestesia em hemiface esquerda, membro superior esquerdo com queda de mão E, e parestesia de membros inferiores. Relatava episódios de redução de acuidade visual. Antecedente de rinite e atopia desde a juventude e asma há 5 meses. Ao exame apresentava hipoestesia, propriocepção abolida e Lasègue positivo em hemicorpo E. Redução de força em membros superiores e inferiores. Fundo de olho normal. Apresentou hemoptise e SpO2 =78%.em ar ambiente A TC tórax evidenciou infiltrado intersticial peri-hilar bilateral de predomínio em lobos superiores e derrame pleural D, sendo iniciada hidrocortisona. Exames laboratoriais com eosinofilia, sorologias para Hepatite B, C, HIV: negativas, FAN: 1/80, FR:256, Anti-DNA e VDRL: não reagentes,. p-ANCA: positivo 1:20. EAS normal. A Eletroneuromiografia foi compatível com polineuropatia motora de predomínio mielínico. O líquor era normal. Exames de escarro negativos para BAAR. No Ecocardiograma havia disfunção contrátil segmentar de VE e comprometimento de função sistólica. Na cintilografia miocárdica havia hipoperfusão nas regiões médias e basais do VE. A IMR de crânio e coluna cervical foram normais. A Biópsia de nervo sural evidenciou discreto infiltrado linfocítico. A colonoscopia, TC de abdome e mielograma excluíram malignidade. Recebeu alta em uso de prednisona 40mg/dia e fisioterapia motora diária. Houve melhora do quadro motor e resolução do infiltrado pulmonar nos exames de imagem. **Conclusão:** A mononeurite múltipla associada a asma, rinite alérgica, comprometimento cardíaco, hemoptise, infiltrado pulmonar difuso, eosinofilia periférica, Anca P positivo, sugerem diagnóstico de angeíte de Churg Strauss, que responde ao tratamento com corticosteróide, devendo-se atentar às recaídas.

PO107 **PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TABAGISMO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PROJETO DE EXTENSÃO DESENVOLVIDO NA COMUNIDADE**

CAROLINA PARREIRA RIBEIRO CAMÊLO; LUIZA ALVARENGA LIMA; MAYARA COUTO SARDINHA; HEITOR ALVES ROCHA; LUIS OTAVIO MANTOVANI BATAGLIN; THAIS DE TOLEDO LIMA; JORDANA EDUARDO REZENDE; JOÃO AUGUSTO R. R. AZEVEDO

UFG, GOIANIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; COMUNIDADE; DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Introdução: A Liga Acadêmica do Pulmão (LAPu) é um projeto de extensão na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), composta por acadêmicos de Medicina. Ela focaliza a integração ensino-serviço relacionada ao tabagismo e suas repercussões, sendo a maior delas a Doença Obstrutiva Pulmonar Crônica (DPOC). **Objetivos:** Relato das atividades desenvolvidas em projeto de extensão pela Liga Acadêmica do Pulmão. **Métodos:** As atividades promovidas pela Liga envolvem a participação de seus integrantes no ambulatório de tabagismo do Hospital das Clínicas (HC) da UFG acompanhando as consultas com os residentes e médicos pneumologistas, aplicando testes que avaliam a dependência do fumante ao tabaco, auxiliando o profissional de saúde no processo de convencimento deste à cessação do tabagismo. Outro foco da Liga são as participações nas campanhas realizadas pela Faculdade em cidades do interior de Goiás, onde os acadêmicos atuam na população buscando alertar sobre os males do cigarro, enfatizar os benefícios advindos da cessação do tabagismo, aplicar questionários aos fumantes e ex-fumantes, realizar a espirometria nos pacientes com indicação e o teste da caminhada. Um projeto de grande importância da Liga é o "Juventude sem Tabaco", realizado com os alunos de escolas públicas de Goiânia-GO com o objetivo de alertar os jovens, que cada vez estão iniciando o fumo mais cedo, sobre os perigos do fumo e as formas de como parar de fumar. Todos os dados colhidos nos ambulatórios, campanhas e projetos da Liga são armazenados e analisados para a utilização em trabalhos científicos e publicação em revistas de renome. A Liga promove a Corrida contra o Tabagismo ("Largue o Cigarro Correndo") juntamente com a Sociedade Goiana de Pneumologia e Tisiologia e participa de campanhas mundiais e nacionais, como o Dia Mundial sem Tabaco, auxiliando na abordagem e conscientização dessa doença à população interessada. **Resultados:** A Liga atuou na população com intuito de conscientizá-la sobre os males do cigarro, os benefícios em de parar de fumar e a forma de como fazê-lo, de diagnosticar precocemente a DPOC, avaliar essa prevalência, sua relação com o tabagismo e alertar a população fumante e ex-fumante quanto aos riscos do fumo. Os benefícios desse projeto não se restringem apenas à população, mas também aos alunos da Liga envolvidos, que adquirem experiência com o mesmo. Os integrantes da Liga puderam colocar em prática a medicina preventiva e a relação médico-paciente nessa população. **Conclusão:** Os médicos e estudantes de medicina possuem um papel muito importante nos programas antifumo, devendo ser mobilizados para uma atuação principalmente preventiva, com ações educativas junto à população, de modo a influenciar na diminuição do número de pessoas que se iniciam no tabagismo. Tendo-se em vista a possibilidade de as ações da Liga contribuírem para melhorar este quadro, justifica-se, portanto, o desenvolvimento deste projeto de extensão.

PO108 **AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PAPA EM 2007**

CAROLINE ALMEIDA OLIVEIRA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; RAISSA PEREIRA MOREIRA LIMA; MARCUS VINÍCIUS DUARTE COSTA; ANA CAROLINA MUNIZ COSTA; MARYANNE MIRANDA MATIAS; RONALDO ANDERSON OLIVEIRA RODRIGUES; RENATO PALÁCIO DE AZEVEDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; FATORES DE RISCO; MORBIDADE

Introdução: A asma brônquica representa uma das doenças crônicas mais prevalentes na população adulta, apresentando um aumento na sua morbidade e mortalidade nas últimas décadas, apesar do conhecimento de sua patogênese. Portanto, faz-se necessário uma avaliação que aponte os principais fatores de risco associados à asma, haja visto tratar-se de uma doença multicausal (fatores genéticos, ambientais, socioeconômicos e outros). **Objetivos:** Avaliar os fatores de risco da asma em pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA). **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, a partir da análise dos dados de 459 prontuários de pacientes acompanhados no ambulatório PAPA durante o ano de 2007. Foram consideradas informações demográficas, antecedentes pessoais e história de atopia pessoal. **Resultados:** Verificou-se que 101 (22%) pacientes tinham entre 50 e 59 anos, 21 (4,6%) entre 10 e 19 e 102 (22,2%) apresentavam idade superior a 60 anos. O sexo feminino representou 69,7% (320) da amostra, enquanto o sexo masculino correspondeu a 30,3% (139) do total. Quanto ao IMC, 161 (35,1%) pacientes tinham índice de massa corpórea adequado ao seu peso e altura (IMC entre 20 e 24,9), 155 (33,8%) apresentavam sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9) e 94 (20,5%) eram portadores de obesidade (IMC≥30).Constatou-se que 39,6% (175) dos pacientes apresentaram rinite alérgica; por outro lado, apenas 16,6% (71) apresentaram sinusopatia. No que se refere à exposição a fatores desencadeantes, 248 (66,1%) pacientes não referiram algum tipo de contato com os mesmos. Dentre os que tiveram algum contato (33,9%), prevaleceram alérgenos como poeira e fumaça (40% e 10%, respectivamente), embora 16,7% referiram ter contato com dois ou mais tipos de fatores desencadeantes. **Conclusão:** Demonstrou-se que o sexo feminino e a idade avançada tiveram associação com a prevalência de asma, assim como as manifestações alérgicas, caracteristicamente a rinite. Não foi possível determinar qualquer tipo de relação entre obesidade e asma brônquica. Observou-se que os principais tipos de fatores desencadeantes da asma estão relacionados aos alérgenos típicos e aos poluentes do ar, não descartando a associação destes com outros tipos nem deixando de recordar que estes são fatores de risco possíveis de serem controlados ou evitados.

PO109 **ASSOCIAÇÃO CLÍNICA ENTRE RINOSSINUSITE ALÉRGICA E ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PAPA EM 2007**

DANIEL LUCENA DE AGUIAR; CAROLINE ALMEIDA OLIVEIRA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; RAYSSA YASMIN PEREIRA SAUAIA; HAMILTON BARBOSA DE SOUSA; ÉRICA MILENA FERNANDES RABELO; VANESSA SANTANA LOBO; MARCUS VINÍCIUS DUARTE COSTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; RINITE; SINUSITE

Introdução: Estudos sobre a coexistência de rinite alérgica e asma têm mostrado a importância das infecções das vias aéreas superiores como fator de exacerbação da asma e da presença de rinite como um fator de risco para as sinusites. Inquéritos epidemiológicos demonstram a inter-relação entre asma e rinossinusite alérgica, pois a rinite alérgica encontra-se associada à asma e constitui-se em fator de risco independente para o seu aparecimento, além disso, o controle da rinite favorece o controle da asma. Desta forma, deve-se alertar os profissionais de saúde que cuidam exclusivamente das vias inferiores para considerar uma abordagem das vias superiores e vice-versa. **Objetivos:** Verificar a prevalência da associação entre rinite e sinusite, avaliar a freqüência de pacientes asmáticos portadores de rinossinusite alérgica e o grau de controle da asma nesses pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA), no ano de 2007. **Métodos:** Estudo descritivo transversal que analisou o prontuário médico de 459 pacientes asmáticos acompanhados no PAPA, em 2007. Foi utilizado o teste de correlação de Pearson para avaliar a associação entre rinite e sinusite, e o teste do qui-quadrado para comparação de outras variáveis qualitativas. O $p<0,05$ foi considerado significante. **Resultados:** A rinite alérgica apresentou uma freqüência de 39,6% e a sinusite apresentou uma freqüência de 16,6%. Houve associação de rinite e sinusite em 14,98% dos pacientes (coeficiente de correlação de Pearson = 0,450 ; $p<0,001$). Foi verificada a existência de rinite e sinusite, respectivamente, em 60% e 26,3% dos pacientes com asma intermitente, 39,1% e 17,2% com asma persistente leve, 40% e 14,7% com asma persistente moderada e 30,2% e 20% com diagnóstico de asma persistente grave. A rinite alérgica e a sinusite foram evidenciadas, respectivamente em 37,5% e 14,7% dos pacientes com asma controlada, em 37% e 6,8% dos pacientes com asma parcialmente controlada e em 47,9% e 27,7% dos pacientes com asma não controlada ($p=0,06$ para renite e $p=0,02$ para sinusite). **Conclusão:** Houve uma boa associação entre a ocorrência de renite e sinusite na amostra estudada. Observamos ainda uma correlação significativa entre a piora do grau de controle da asma persistente e a presença de rinossinusite. Estes achados enfatizam a importância da educação médica na avaliação e no tratamento concomitante de ambas as doenças.

PO110 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA COMORBIDADE AIDS/ TUBERCULOSE NO MARANHÃO EM 2007

CAROLINE ALMEIDA OLIVEIRA; ALESSANDRA PORTO PEREIRA GALDEZ; AMABLY PESSOA CORRÊA; ANA CAROLINE FONSECA ALVES; ANDRÉ LACERDA CAVALCANTE; ELINE PINHEIRO WEBA; JULIANA LACERDA CAVALCANTE; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES
UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; AIDS; CO-INFECÇÃO

Introdução: A síndrome da imunodeficiência humana (AIDS) leva ao comprometimento progressivo do sistema imune, em especial a imunidade mediada pelos linfócitos T CD 4, fundamental na resposta protetora do hospedeiro em relação ao M. tuberculosis. Pacientes com AIDS são particularmente suscetíveis à tuberculose (TB), tanto por reativação de uma infecção latente quanto por rápida progressão de uma infecção recente para doença ativa. Enquanto que nas pessoas imunocompetentes o risco anual de uma infecção tuberculosa evoluir para doença tuberculosa é de 0,5% a 1%, em indivíduos imunodeprimidos este risco varia de 5% a 15%, sendo freqüentemente a primeira infecção detectada, antes mesmo que a profunda imunodepressão tenha se instalado. Nos indivíduos com comprometimento imune acentuado, com CD 4 abaixo de 200 cél/mm3, a tuberculose ocorre tanto na forma pulmonar quanto na extrapulmonar. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi delinear o perfil epidemiológico de uma população de pacientes com diagnóstico de tuberculose associada à AIDS no estado do Maranhão. **Metodologia:** Estudo descritivo utilizando dados fornecidos pela Superintendência de Vigilância Epidemiológica do Maranhão sobre os casos notificados de tuberculose em pacientes com AIDS no ano de 2007. Resultados: Foram notificados 99 casos de tuberculose em pacientes com AIDS no Estado do Maranhão no ano de 2007. Quanto à faixa etária, verificou-se que 13,13% (13) dos casos ocorreram em indivíduos com até 19 anos; 56,56% (56) tinham entre 20 e 39 anos; 16,16% (16), 40 a 59 anos; e 14,14% (14) apresentavam 60 anos ou mais. Os casos novos representaram 71% (70) dos casos, as recidivas 5% (5) e reingresso após abandono 4% (4). Quanto à forma, 74% (73) apresentaram a forma pulmonar, 21% (21) extrapulmonar e 5% (5) pulmonar e extrapulmonar. A evolução foi para a cura em 40% (40) dos casos, abandono em 8% (8) e óbito em 3% (3), sendo ignorada em 37% (37) dos casos. **Conclusão:** A população acometida foi principalmente de adultos do sexo masculino, com manifestações clínicas variáveis. Com a expansão da AIDS, espera-se um aumento nos casos de tuberculose-doença e dos casos de doença extrapulmonar, alterando a epidemiologia e a história natural da doença.

PO111 FORMAS CLINICAS DE TB EXTRAPULMONAR E CO-INFECÇÃO HIV EM SANTA CATARINA

CID GOMES[1]; NARDELE MARIA JUNCKS[2]; NADMARI CÉLI GRIMES[3]
1.SECRETARIA SAUDE SANTA CATARINA, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL; 2,3. SECRETARIA SAUDE, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CO-INFECÇÃO; TB EXTRA PULMONAR; SANTA CATARINA

Introdução: Na co-Infecção Tuberculose (TB) / HIV/AIDS as formas clinicas extra pulmonares se apresentam de modo atípico em relação aos TB imunocompetentes, mascarando e/ou dificultando o diagnostico. **Objetivo:** Conhecer nos casos novos a proporção de formas clínicas extra pulmonares nos portadores de TB com e sem co-infecção em Santa Catarina no período de 2002 a 2006. **Método:** Analisados 7.800 casos novos de tuberculose notificados no SINAN-NET da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde no período de 2002 a 2006. Selecionadas as seguintes variáveis da ficha de notificação/investigação: forma clínica e agravos associados. A partir destas variáveis coletadas em base DBF utilizou-se o Tab para Windows – TABWIN VERSÃO 3.0, desenvolvido pelo Datasus para proceder à tabulação e análise dos dados, onde foram construídas tabelas de freqüência e gráficos que mostraram a distribuição das variáveis estudadas. **Resultados:** No período analisado 17.6 % do total de casos novos de tuberculose eram portadores de HIV/AIDS (n. 1.370) distribuídos em 31.0 % de formas extra pulmonares e 69.0 % de formas pulmonares. Dos casos notificados 82,4% não eram infectados por HIV (n 6.430) sendo 14.8 % de formas extra pulmonares e 85.2% formas pulmonares. As formas clinicas predominantes nos extrapulmonares com co-infecção foram a ganglionar 27.8% dos casos, seguidos da pleural com 26.1 %, miliar 15.4%, meningite 13.2% ,genital 1.1% ,ocular 0.4% e óssea 2.0%. Nos casos de extrapulmonares sem co-infecção, os achados foram respectivamente ganglionar 11.4%, pleural 51.0%, miliar 7.7%,meningite 4.4%, genital 5.1% e ocular 2.3% e óssea 3.9%. . As demais formas não mostram diferenças estatisticamente relevante. **Conclusões:** Os casos novos com co-infecção TB/ HIV/Aids em SC apresentaram um percentual maior de formas ganglionar, miliar e meningite, chamando a atenção para a predominância das formas mais graves de tuberculose, indicando a necessidade da realização do teste anti-HIV para estas formas.

PO112 CO-INFECÇÃO TB/HIV/AIDS EM SANTA CATARINA

CID GOMES[1]; NARDELE MARIA JUNCKS[2]; NADMARI CÉLI GRIMES[3]
1.SECRETARIA SAUDE SANTA CATARINA, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL; 2,3. SECRETARIA SAUDE, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CO-INFECÇÃO; TB/HIV/AIDS; SANTA CATARINA

Introdução: Este estudo procurou avaliar a situação da co-Infecção TB/ HIV/ AIDS no Estado de Santa Catarina, a fim de mostrar que esta relação contribui para agravar manutenção da incidência em altos níveis. **Objetivo:** Avaliar o perfil da co-infecção TB/ HIV/AIDS em Santa Catarina. **Método:** Foram analisados 7.800 casos novos de tuberculose notificados no SINAN-NET da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde no período de 2002 a 2006. Selecionadas as seguintes variáveis da ficha de notificação/investigação: forma clínica e agravos associados. A partir destas variáveis coletadas em base DBF utilizou-se o Tab para Windows – TABWIN VERSÃO 3.0, desenvolvido pelo Datasus para proceder a tabulação e análise dos dados, onde foram construídas tabelas de freqüência, gráficos e mapas que mostraram a distribuição das variáveis estudadas. **Resultados:** No período analisado 17.6 % do total de casos novos de tuberculose eram portadores de HIV/AIDS (n 1.370) distribuídos em 31.0 % de formas extra pulmonares e 69.0 % de formas pulmonares. Dos casos notificados 82.4% não eram infectados por HIV (n 6.430) sendo 14.8 % de formas extra pulmonares e 85.2% formas pulmonares. Evidenciou-se que as formas extrapulmonares são mais comuns nos imunodeprimidos, fato este que sugere uma investigação mais acurada nos casos sintomáticos que não tenham manifestações pulmonares. **Conclusão:** Considerando a freqüência da co-Infecção TB/HIV/AIDS em Santa Catarina ser uma das maiores Brasil, manter a garantia na rotina dos serviços de saúde da rede pública a oferta do teste anti-HIV, para todos os casos novos de Tuberculose bem como, a quimioprofilaxia conforme a indicação para portadores do HIV.Este procedimento visa entre outras ações identificar precocemente os casos afim de instaurar rapidamente o tratamento compatível, prevenir danos e alcançar a cura da Tuberculose e consequentemente melhorar a qualidade de vida do paciente,tanto no coletivo ,como no individual.

PO113 TERATOMA MEDIASTINAL- RELATO DE CASO

VICENTE GUERRA FILHO; ALEXANDRE VINHAL DESIDERI; ADRIANO LANA PEREIRA; CINTHIA CARDOSO MOREIRA
HOSPITAL SANTA TEREZINHA, RIO VERDE, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TERATOMA; MEDIASTINO; MASSA

Introdução: A paciente JSP, 8 anos apresentava tosse persistente e progressiva, associada a emagrecimento, desconforto torácico, palpitações e posteriormente febre. Os sintomas pioraram de forma severa no último mês. Os métodos de imagem (Rx e TC de tórax) já sugeriam a possibilidade de teratoma mediastinal, devido a heterogenicidade da referida lesão. Foram solicitados os exames pré-operatórios rotineiros sem quaisquer achados adicionais. Procedemos à toracotomia póstero-lateral direita com identificação de extensa massa comprimindo o pulmão, o coração e a veia cava superior, já com rotura de sua cápsula e exterioração de material esverdeado de seu interior. Tal espécime foi levado à cultura sem indícios de infecção. Não havia invasão e sim aderência às estruturas supracitadas. Foi realizado o descolamento progressivo da tumoração até a sua completa liberação. A cavidade pleural foi submetida a drenagem anterior e apico-posterior em regiem fechado. O anatomopatológico mostrou-se tratar de teratoma mediastinal maduro. A evolução pós-operatória foi espantosa com alta hospitalar no 4º DPO, após a retirada dos drenos. A paciente encontra-se no 2º mês de pós-operatório completamente recuperada.

P0114 ANÁLISE DOS CASOS DE ASMA COM TRATAMENTO ENTRE CRISES E CORRELAÇÃO COM A FÁRMACO-ECONOMIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS ADMITIDOS NO INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA EM SÃO PAULO

CLAUDIO AMARAL ANTONIO; MARCIA LAVALHEGAS; DENISE SILVA RODRIGUES; FERNANDO FIUZA MELO

INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; FARMACO-ECONOMIA; ASMA EM CRIANCA

Introdução: A asma é a doença crônica mais prevalente na infância, sendo responsável pela maior parte das internações. Na faixa pediátrica a incidência mundial é bastante variável, mas com tendência crescente em todos os países. Tem um impacto importante no sistema de saúde publico, sendo a principal razão de admissões hospitalares pediátricas. O Instituto Clemente Ferreira tem desenvolvido um projeto designado para a atenção de asma em crianças. O objetivo e levar a discussão da asma como um problema de saúde publica. Isso envolve ter um melhor entendimento da doença através de informações a pacientes e familiares dos mecanismos de redução da exposição e melhora da qualidade de vida dos pacientes, limitando a gravidade e custo das exacerbações dos casos de asma. O programa foca no fato que o impacto do tratamento requer uma interação efetiva na divisão de responsabilidades entre o profissional e o paciente. **Métodos:** Durante 12 meses do programa, 15 pacientes menores de 14 anos foram avaliados para determinar o impacto do programa nos fatores determinantes da qualidade de vida de crianças com asma. Foram avaliados o numero de crises de asma e de admissões no hospital causadas por doenças respiratórias associadas, bem como o impacto na fármaco-economia. **Resultados:** Antes da entrada no programa a média de internações hospitalares foi de 3,2 episódios por paciente. Após o primeiro ano do programa esse valor caiu para zero. A freqüência de broncopneumonia diminuiu de 1,8 para 0,006 episódios por pacientes apos o inicio do programa. O número de crises de asma diminuiu de uma media de 18,7 para 2.2 episódios por pacientes. O custo custo por pacientes em atendimentos a nível ambulatorial, gasto pelo SUS em 2004, foi de R$ 182,00 por dia de tratamento, incluindo material humano, medicamentos e exame radiológico. O custo elevou-se em caso de internação em UTI, passando a R$ 441,27 por dia. Como estas crianças têm em média 12-18,7 recorrências por ano, o custo per capita anual passa a ser de R$ 3.403,00 por ano. Considerando os dados do Instituto Clemente Ferreira, para o custo de R$ 137,79/mês, o dispêndio per capita anual será de R$ 1.652,40 por paciente. Usando o valor de R$ 87,00 por mês, esse custo cai para R$ 1.044,00/ano. Portanto, em ambos os casos o gasto será 50% ou mais inferior ao tratamento apenas assistencial, com uma economia que pode chegar a 70%. **Conclusão:** Os dados mostram que a introdução de um programa direcionado a uma patologia crônica como a asma é crucial para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuir a taxa de morbidade. Os resultados apontam para um programa de abrangência nacional que valorize o atendimento preventivo e tratamento intercrise da asma com conseqüente diminuição da morbidade, redução do custo de internações e tratamento.

P0115 IDENTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS, TESTE DE SENSIBILIDADE E DESFECHO DE TRATAMENTO EM PACIENTES DE UMA UBS DA COORDENADORIA SUDESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SANDRA APARECDA RIBEIRO[1]; CLAUDIO SHOKI KAVAGUTI[2]

1.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.PREF. DIADEMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; RESISTÊNCIA; DESFECHO

Introdução: Os inquéritos de resistência às drogas antituberculosas são realizados periodicamente no Brasil e o conhecimento dos seus resultados são de fundamental importância para prevenção e tratamento. **Objetivos:** Este trabalho teve por objetivo analisar os resultados das culturas e testes de sensibilidade para micobactérias, realizados em laboratórios de referência, pela técnica das proporções, em 55 pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar bacilífera, matriculados consecutivamente em uma Unidade Básica de Saúde, São Paulo, Brasil, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Paralelamente, oferecia-se a todos os pacientes a realização de sorologia para HIV. **Resultados:** Foram analisadas culturas de 55 pacientes, sendo 33 (60%) do sexo masculino e 22 (40%) do sexo feminino, sendo 51 casos virgens de tratamento e 4 casos retratamento. A média de idade dos pacientes foi de 33,7 anos para o sexo feminino e 42,1 anos para o sexo masculino. Somente 22 pacientes realizaram o teste de HIV sendo que em todos o resultado foi negativo. Das 55 culturas para micobactérias realizadas, 45 foram conclusivas (5 foram contaminadas, 4 não tiveram crescimento e 1 foi acidentada). Das 45 culturas conclusivas, em 37 (82%) houve crescimento de M. tuberculosis sensível às drogas testadas (isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol e estreptomicina). Em 3/45 (6,7%) houve crescimento de micobactérias não-TB (2 casos de M. abscessus e 1 caso de M. Kansasii) e em 5/45 (11,1%) houve crescimento de M. tuberculosis resistente a uma ou mais drogas sendo: 2 casos resistentes a uma única droga (1 resistente à SM e outro resistente à rifampicina) e 3 casos resistentes à duas drogas (2 resistentes à isoniazida e rifampicina e 1 resistente à isoniazida e pirazinamida). Apenas um dos casos de resistência à isoniazida e rifampicina era retratamento. Quanto ao desfecho de tratamento, houve 41 (74,5%) casos de cura, 6 (10,9%) abandonos, 7 (12,7%) transferências e 2 (3,6%) óbitos (sendo um óbito relacionado à M. Kansasii). Dois casos de monorresistência e 1 caso de resistência a duas drogas curaram (retratamento), enquanto que 2 casos de resistência a duas drogas foram transferidos e não se soube o desfecho. **Conclusões:** No local de estudo a chance de doença por micobactéria não-TB e de algum tipo de resistência foi elevado, ressaltando-se a importância da realização rotineira de cultura e teste de sensibilidade para micobactérias nos casos de tuberculose.

P0116 EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE EM MENORES DE 15 ANOS EM CUIABÁ/MT

CARINE MACHADO RODRIGUES COSTA[1]; REGINA MARIA VERAS GONÇALVES SILVA[2]; CLOVIS BOTELHO[3]

1.UNIC/UFMT, CUIABÁ, MT, BRASIL; 2,3.UFMT, CUIABA, MT, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE ; EPIDEMIOLOGIA; TUBERCULOSE INFANTO-JUVENIL

Introdução: A atual situação epidemiológica da tuberculose infanto-juvenil ainda é pouco conhecida. Em geral, as crianças adquirem a doença a partir de adultos bacilíferos com os quais mantém proximidade e contato prolongado **Objetivos:** Analisar as características epidemiológicas dos casos de TB em menores de quinze anos no período de 2000-2005.Métodos: Estudo tipo descritivo, ecológico, de série histórica de casos de tuberculose infanto-juvenil ocorridos em Cuiabá/MT. Baseado em dados secundários, foram estudados todos os casos de tuberculose em menores de 15 anos ocorridos nos anos 2000 a 2005, utilizando os dados do SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação. As seguintes variáveis foram compiladas: tipo do agravo, data do diagnóstico, sexo, faixa etária e exames realizados. Os dados foram tabulados, digitação dupla, no Epl-Info 2000 e analisados em programa SPSS versão 11.0. **Resultados:** Houve pequena variação do número total de casos na série histórica estudada, com mínimo de 21 casos em 2002 e 27 casos em 2001. Ocorreu maior número de casos no sexo masculino e maior proporção nos menores de 5 anos, com ceficiente de incidência de 27,7/100.000 habitantes. A forma pulmonar esteve presente em 81,9% dos casos, com predominância da raça não branca. A realização do exame radiológico ocorreu em 97,3% dos menores estudados, o PPD realizado em 61,7% e a baciloscopia realizada em somente 32,7%. **Conclusões:** Os resultados mostram que a maioria dos pacientes de Cuiabá com tuberculose infanto-juvenil pertence ao sexo masculino e encontra-se na faixa etária menor de 5 anos de idade.

P0117 SINTOMAS RESPIRATÓRIOS E TABAGISMO EM TRABALHADORES DE CERÂMICAS

EDILAURA NUNES RONDON[1]; REGINA MARIA VERAS GONÇALVES SILVA[2]; CLOVIS BOTELHO[3]

1.UFMT/UNIVAG, CUIABÁ, MT, BRASIL; 2,3.UFMT, CUIABÁ, MT, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; SINTOMAS RESPIRATÓRIOS; DOENÇAS OCUPACIONAIS

Introdução: O tabagismo pode exercer efeito somativo com a poluição nos ambientes de trabalho, o que dificulta a identificação do nexo causal dos agravos respiratórios ocupacionais **Objetivo:** Analisar as características do tabagismo e os sintomas respiratórios em trabalahdores de cerâmicas. **Métodos:** Estudo transversal, dados primários, realizado nas cerâmicas de Várzea Grande/MT. Para a coleta de dados foi aplicado questionário da FUNDACENTRO/SP modificado. Para esta análise foram utilizadas variáveis sócio-demográficas, tabagismo e sintomas respiratórios. Os dados foram tabulados no EpiInfo 2000, versão 6.04 e analisados com axílio do SPSS for windows, versão 11.0. Resultados: A Iniciação do tabagismo ocorreu em 44,2% dos trabalhadores e destes 85% continuaram a fuamr cigarros. A prevalência de fumantes foi de 28,4, ex-fumante de 9,1% e não fumante de 62,5%. A prevalência de

sintomas respiratórios gerais foi de 78% e de sintomas respiratórios graves (chiado, ronquiera e dispnéia) foi de 34,6%. A carga tabágica está associada a prevalência de sintomas respiratórios graves, sendo cerca de duas vezes maior naqueles trabalhadores que fumavam mais de 20 cigarros /dia (OR = 2,12; IC = 0,98-458). **Conclusões:** A prevalência do tabagismo foi a esperada para esta população. A prevalência de sintomas respiratórios gerais foi alta e a prevalência de sintomas graves está associada com a carga tabágica, possivelmete exercendo efeito somativo com a poluição no ambiente de trabalho.

PO118 SINTOMAS RESPIRATÓRIOS EM TRABALHADORES DE CERÂMICAS

EDILAURA NUNES RONDON[1]; REGINA MARIA VERAS GONÇALVES SILVA[2]; CLOVIS BOTELHO[3]

1.UFMT/UNIVAG, CUIABÁ, MT, BRASIL; 2,3.UFMT, CUIABÁ, MT, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇAS OCUPACIONAIS; SINTOMAS RESPIRATÓRIOS; POLUIÇÃO

Introdução: As doenças pulmonares ocupacionais são caracterizadas pelo nexo causal ente os danos à saúde do trabalhador e a exposição ambiental a determinados fatores de risco encontrados no ambiente de trabalho. **Objetivo:** Analisar a prevalência de sintomas respiratórios graves e sua associação com características sócio-demográficas e do ambiente de trabalho. **Método:** Estudo transversal, dados primários, realizado nas cerâmicas de Várzea Grande/MT. Foi aplicado em todos os 464 trabalhadores encontrados questionário da FUNDACENTRO modiifcado. Para esta análise utilizou-se as variáveis sócio-demográficas, características do ambiente de trabalho e a presença de sintomas respiratórios considerados como graves (dispnéia, chiado e ronquiera). Os dados foram tabulados no EpiInfo 2000, versão 6.04 e analisados no SPSS for windows, versão 11.0. **Resultados:** A prevalência de sintomas respiratórios graves foi de 34,7%, sendo a dispnéia o sintoma mais frequente com 23%. Os sintomas respiratórios graves estão associados com as seguintes variáveis: anos de estudo (OR = 1,97; IC 1,28 - 3,06), inalação de poeiras (OR = 3,36; IC = 1,86-6,07) e inalação de produto químico (OR = 1,76; IC = 2,15-2,7). **Conclusões:** A prevalência de sintomas respiratórios graves é alta e está associada com a poluição do ar que os trabalhadores de cerâmica enfretam no ambiente de trabalho.

PO119 TABAGISMO E ATIVIDADE FÍSICA EM UNIVERSITÁRIOS

HINDENBURG SOARES GASPAR; REGINA MARIA VERAS GONÇALVES SILVA; CLOVIS BOTELHO

UFMT, CUIABÁ, MT, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ATIVIDADE FÍSICA; UNIVERSITÀRIOS

Introdução: Poucos são os estudos sobre o tema tabagismo e atividade física e ainda não existe evidência suficiente para explicar porque a maioria dos fumantes são inativos. Possilvemente a inserção de atividade física pode colaborar nos programas de cessação do tabagismo. **Objetivo:** Analisar a associação entre atividade física e tabagismo em universitários. **Método:** Estudo transversal, utilizando questionário auto-preenchido, não identificado, em uma amostra de universitários de instituições públicas e privadas de Cuiabá e Várzea Grande/MT. Para avaliação da atividade física foi aplicado o \"International Physical Activity Questionaire\". Os dados foram tabulados no EpiInfo 2000, versão 6.4 e analisados com auxílio do SPSS for windows, versão 11.0. **Resultados:** Foram estudados 1501 unuversitários e dentre eles a prevalência de fuamntes foi de 7,7%, sendo maior naqueles com idade superior a 40 anos, sexo masculino e aqueles que estudavam em escolas públicas (8,9% x 4,7%). Após regressão logística as seguintes variáveis estão associadas com o tabagismo: instituição de ensino, turno escolar, sexo e idade. Não foi encontrada associação entre tabagismo e atividade física entre os universitários estudados. **Conclusão:** Não foi encontrada associação entre atividade física e tabagismo na população estudada.

PO120 AVALIAÇÃO DO PEPTÍDEO NATRIURÉTICO DO TIPO B E DOS ÍNDICES DE DEFORMAÇÃO MIOCÁRDICA (STRAIN/ STRAIN RATE) NA EXACERBAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

CLÁUDIA MYRIAM AMARAL BOTELHO[1]; JOSÉ LUIZ BARROS PENA[2]; ENRICO ANTÔNIO COLOSIMO[3]; MARIA DA CONSOLAÇÃO VIEIRA MOREIRA[4]

1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3.DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA ICEX UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 4.FACULDADE DE MEDICINA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: STRAIN/STRAIN RATE; BNP; EXACERBAÇÃO DA DPOC

Introdução: A identificação de marcadores bioquímicos, neuro-hormonais ou ecocardiográficos de disfunção do ventrículo direito poderia ajudar na compreensão das alterações hemodinâmicas cardiovasculares durante a exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Objetivos:** O presente estudo tem como objetivo avaliar o comportamento do peptídeo natriurético do tipo B (BNP) e dos índices de deformação miocárdica, strain (S)/ strain rate (SR), durante as exacerbações da DPOC. **Métodos:** Estudo clínico, observacional, longitudinal, comparativo e autopareado, onde foram obtidas dosagens de BNP plasmático e realizados ecocardiogramas transtorácicos, incluindo avaliação por Doppler tecidual e índices de deformação miocárdica (S/SR) em segmentos basal, médio e apical da parede livre do ventrículo direito (PLVD), em 12 pacientes com DPOC sem doença cardíaca conhecida, durante a estabilidade e a exacerbação. Sete pacientes sem doença cardíaca ou pulmonar conhecida participaram como controles. **Resultados:** Doze pacientes com DPOC GOLD ≥ II (9 homens), 68±7 anos e volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1 pós-broncodilatador em percentagem do valor previsto) de 39±15%, foram estudados durante a estabilidade e a exacerbação. A pressão sistólica na artéria pulmonar foi maior nos pacientes com DPOC estável que em controles (PSAP, 37±7 x 29±2 mm Hg, p=0,02) , mas não os níveis plasmáticos de BNP (15,9±12,3 x 21,9±12,9 pg/mL, p=0,34). Não houve variação significativa na fração de ejeção do ventrículo esquerdo, no índice de performance miocárdica (índice de Tei) do ventrículo direito (VD) e nas velocidades miocárdicas (Doppler tecidual) dos segmentos basal, médio e apical da PLVD, entre pacientes estáveis e exacerbados. Os níveis plasmáticos de BNP (32,2±16,8 x 15,9±12,3 pg/mL, p=0,00) e a PSAP (47±6 x 37±7 mm Hg, p=0,00) foram significativamente maiores na exacerbação que na estabilidade, assim como SR sistólico (basal: −1,31±0,19 x −1,55±0,23; médio: −1,47±0,22 x −1,75±0,34; apical: −1,38±0,32 x −1,67±0,39 s-1; p≤0,02) e S sistólico (médio: −20,84±5,01 x −26,18±5,45; apical: −17,06±4,05 x −21,91±5,06%, p<0,02) foram significativamente menores. Os níveis plasmáticos de BNP não se correlacionaram com PSAP ou com S/SR sistólicos na presente amostra. **Conclusões:** Durante a exacerbação da DPOC, ocorreram alterações cardiovasculares hemodinâmicas, caracterizadas por aumento significativo e independente dos níveis de BNP plasmático e da PSAP. Este estudo foi o primeiro a demonstrar a redução de S/SR como marcador de disfunção ventricular direita na exacerbação da DPOC.

PO121 IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL – APRESENTAÇÃO DE 3 CASOS

CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; NANCILENE GOMES MELO; IRACEMA FERREIRA SANDERS; MELÂNIO PAULA BARBOSA; CLARICE GUIMARÃES FREITAS; JULIANA RODRIGUES E SILVA; CLÁUDIO LUIZ VIEGAS

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: IMUNOGLOBULINA; INFECÇÕES DE REPETIÇÃO; BRONQUIECTASIAS

Introdução: A imunodeficiência comum variável é um grupo heterogêneo de desordens imunológicas de causa desconhecida, que causam infecções recorrentes do trato respiratório, sendo mais prevalente na 2ª e 3ª décadas de vida. Pode ser acompanhada por alterações hematológicas, renais e hepáticas. Radiologicamente se apresenta com sinais de bronquiectasias e infecções pneumônicas de repetição, podendo atingir outros sítios. **Objetivo:** Apresentar três casos de portadores de imunodeficiência comum variável, acompanhados na Unidade de Pneumologia do Hospital de Base do Distrito Federal. **Relatos dos casos:** Caso nº 1: Homen, 37 anos, ex-tabagista, ex- usuário de drogas ilícitas, apresentando desde os 15 anos infecções respiratórias evoluindo com mastoidite e bronquiectasias difusas. Dosagem IgE, IgA, IgM indectectáveis, IgG 219mg/dl. HIV negativo. Grave déficit de função respiratória(VEF1: 35%). Caso

nº 2: Mulher, 33 anos, com infecções de repetição de vias aéreas superiores evoluindo com abscesso de parótida direita e bronquiectasias difusas. Dosagem de IgG 33.4 mg/dl, IgA <3: Mulher, 33 23,4 mg/dl e IgM 27,4 mg/dl. HIV negativo. Caso n anos, com infecção respiratória de repetição evoluindo com meningite criptococócica, endocardite, pansinusite e empiema pleural. HIV negativo. Imunoglobulinas: IgG<8,2mg/dl, IgA<27,5 mg/dl, IgM <17,4mg/dl, IgE <2,3mg/dl. **Evolução:** Na atualidade todos realizam sessões de injeções de imunoglobulinas na dose de 30g EV tendo até o momento controle de suas doenças. **Conclusão:** Os dois pacientes completam o perfil definido pela doença; o prognóstico é reservado e o tratamento está dentro do proposto pela literatura médica.

P0122 CÂNCER DE PULMÃO: ANÁLISE CASUÍSTICA DOS PACIENTES INTERNADOS NA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

THAÍS PEREIRA DE ALMEIDA; FABIANA MARIA COIMBRA PEIXOTO; NANCILENE GOMES MELO; MELÂNIO PAULA BARBOSA; CLÁUDIO LUIZ VIEGAS

HBDF, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; NEOPLASIA DE PULMÃO; CARCINOMA BRONCOGÊNICO

Introdução: O câncer de pulmão se constitui numa das neoplasias mais freqüentes a nível mundial, com aumento de 2% na sua incidência ao ano, representando uma das maiores taxas de malignidade. No Brasil, a mortalidade é de cerca de 15000 pessoas/ano, sendo o tipo de câncer que mais faz vítimas. Sua incidência é maior na 5ª, 6ª e 7ª décadas de vida e no sexo masculino, porém com tendência a igualar essa predominância. O tabagismo é o maior fator de risco para o desenvolvimento deste câncer e os tabagistas têm cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolvê-lo. Devido às dificuldades no diagnóstico precoce tem uma das menores taxas de cura – a sobrevida média cumulativa total em cinco anos varia entre 7 e 10% nos países em desenvolvimento. Mais de 95% são de origem epitelial, representadas na sua maioria pelo carcinoma espinocelular ou epidermóide(CEC), adenocarcinoma (adenoca), carcinoma indiferenciado de pequenas células(CIPC) e carcinoma indiferenciado de grandes células (CIGC). **Objetivo:** Análise retrospectiva de todos os novos casos de câncer de pulmão admitidos e diagnosticados na enfermaria da Unidade de Pneumologia-HBDF. **Material e Métodos:** Foram estudados 43 pacientes portadores de câncer de pulmão no período de junho de 2007 a junho de 2008, registrando-se a idade, sexo, carga tabágica, sinais e sintomas, tempo de início dos sintomas até a procura do médico, estado nutricional do paciente e o tipo histológico predominante do tumor. **Resultados:** A idade média foi de 63,57 anos em mulheres e 69,28 anos em homens e houve predominância no sexo masculino (51,16% dos casos). Da totalidade da amostra, 83,72% eram fumantes. Dos fumantes, 55,55 % eram homens. A carga tabágica média foi de 39,92 maços/ano, para ambos os sexos. Quanto aos sintomas, a tosse foi predominante (83,72%), seguida por dor torácica (67,44%), dispnéia (55,81%) e escarro com sangue (37,2 %). O tempo médio para a procura de assistência médica foi de 5,3 meses e a maioria dos pacientes encontrava-se desnutrida ao diagnóstico (62,79%). Em relação ao tipo histológico o adenoca foi o mais prevalente (37,21%), seguido pelo CEC (34,89%), CIPC (9,31%) e CIGC (2,32%). Outros tipos representaram 16,27% dos casos. Entre os fumantes predominou o CEC (38,88%) e entre os não fumantes predominou o adenoca (57,14%). **Conclusão:** Não houve diferença significativa em relação ao sexo. A maioria dos pacientes era tabagista, sendo que os homens fumavam mais do que as mulheres. A tosse foi o sintoma mais referido. O tipo histológico predominante foi o adenoca, mas o CEC foi o mais associado ao tabagismo.

P0123 CARCINOMA SARCOMATÓIDE PULMONAR

AUTORES: FABIANA MARIA COIMBRA PEIXOTO, THAÍS PEREIRA DE ALMEIDA, NANCILENE GOMES MELO E SILVA, MELÂNIO DE PAULA BARBOSA, CLAUDIO LUIZ VIEGAS

UNIDADE DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOMA SARCOMATÓIDE PULMONAR; NEOPLASIA SARCOMATÓIDE PULMONAR; TUMOR SARCOMATÓIDE PULMONAR

Introdução: Os carcinomas sarcomatóides de pulmão são tumores incomuns altamente agressivos e com comportamento biológico controverso, representados pelo grupo dos carcinomas com elementos pleomórficos, sarcomatóides ou sarcomatosos e que não eram abrangidos pela classificação de 1981 (carcinoma com células fusiformes e/ou células gigantes, carcinossarcoma, blastoma pulmonar e outros). **Objetivo:** Descrever o caso de um paciente com carcinoma sarcomatóide de pulmão. **Relato do caso:** Homem de 72 anos, branco, foi internado na Unidade de Pneumologia com história de escarros de sangue há três meses, discreta dispnéia aos esforços e emagrecimento de 8 kg desde o início dos sintomas, sem haver anorexia. Exame físico com estado geral regular, mucosas descoradas, afebril e dedos em baqueta de tambor. Pulmões com diminuição do murmúrio vesicular em ápice direito. Ritmo cardíaco regular, FC 72 bpm, PA 120x90 mmHg. Abdomen normotenso, sem evidência de visceromegalias. Imagens radiográficas de tórax, incluindo a tomografia computadorizada, mostravam massa hilo-pulmonar direita, adenomegalia adjacente e atelectasia de LSD. Radiologia óssea e cintilografia de corpo inteiro normais. Mediastinoscopia revelou gânglios com antracose. Exames laboratoriais: cálcio=8,3 / LDH=201 / fosfatase alcalina = 189 / proteínas = 6,3 / TGO = 15 / TGP = 11 / uréia = 40 / creatinina = 0,9 / Ht = 28,6% / Hb = 9,2. Paciente foi então submetido a lobectomia superior direita, cuja descrição anátomo-patológica da peça cirúrgica revelou neoplasia maligna pleomórfica de lobo superior direito, com dimensões de 5,5 x 5 x 4cm, brônquio principal livre de neoplasia e grau histológico G3 (pouco diferenciado). Estadiamento: pT2, pN1, pMx. Estudo imuno-histoquímico: positivo para Pan CK e Vimentina, apontando para o diagnóstico de carcinoma sarcomatóide em lobo superior de pulmão direito. Atualmente em acompanhamento clínico na Unidade de Oncologia. **Conclusão:** O diagnóstico de carcinoma sarcomatóide pulmonar deve ser considerado, tendo em vista o seu comportamento biológico.

P0124 PNEUMONIA INTERSTICIAL AGUDA DE EVOLUÇÃO FAVORÁVEL. ASSOCIAÇÃO COM EXPOSIÇÃO AMBIENTAL?

CRISTIANE WU; CARLOS EDUARDO GALVÃO BARBOZA; SERVULO AZEVEDO DIAS JÚNIOR; BRUNO GUEDES BALDI; FABIOLA DEL CARLO BERNARDI; TERESA YAE TAKAGAKI; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS CARVALHO

HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA INTERSTICIAL AGUDA; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA; EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

Introdução: Descrição do caso: Mulher, 53 anos, natural e procedente de SP, do lar, dispnéia progressiva iniciada em setembro de 2007, associada a mialgia e fraqueza, sem outros sintomas ou sinais associados. Exposição domiciliar a pássaros. Antecedentes de hipotireoidismo e depressão. Tabagismo cessado há 1 ano do início do quadro clínico. Exames inicias de imagem (setembro): condensações esparsas e elevação de cúpula diafragmática direita. TC tórax de outubro: intensificação de condensações bilaterais, com predomínio à direita. Espirometria: distúrbio restritivo grave. No final de outubro evoluiu com insuficiência respiratória, Sat 76% em AA; RX e TCAR tórax: múltiplos focos bilaterais de consolidação pulmonar esparsos, associados a opacidades em vidro fosco. Realizada IOT e pulsoterapia com metilprednisolona. Submetida a biópsia pulmonar a céu aberto de lobo médio, que mostrou pneumonia intersticial aguda em fase exsudativa (membrana hialina) e proliferativa (tecido de granulação). Pesquisa negativa para agentes infecciosos. Provas reumatológicas negativas. Extubada após 7 dias de ventilação mecânica. Melhora progressiva das áreas de condensação e vidro fosco. Apresentou melhora funcional e alta hospitalar em dezembro de 2007, em uso de prednisona, Sat 88% em AA. Durante acompanhamento ambulatorial apresentou melhora clínica até janeiro de 2008, quando houve piora da dispnéia (Sat 89% em AA), após reexposição a pássaros. Melhora do quadro após aumento de corticóide (pulsoterapia), Sat 93% em AA, e retirada da exposição. No seguimento melhora progressiva clínica e funcional. **Conclusão:** Trata-se de um caso de AIP com boa evolução pós corticóide. A presença de exposição a pássaros sugere uma relação causal, principalmente pela reagudização após nova exposição.

	17/10/7	03/12/7	28/01/2008
CVF	0,96 30%	1,63 48%	1,66 59%
VEF1	0,86 33,79%	1,43 51%	1,51 64%
VEF1/CVF	0,89	0,88	0,91
FEF25-75	1,47 54%	2,13 70%	2,45 80%
SatO2 (AA)	85%	88%	93%

PO125 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA COM PNEUMONIA ORGANIZANTE

CRISTIANE WU; GABRIEL FERREIRA ROZIN; FÁBIO HENRIQUE ALDEGHERI PASCHOAL; ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; CARLOS EDUARDO GALVÃO BARBOZA; CHRISTINA SHIANG; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS CARVALHO

HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA; PNEUMONIA ORGANIZANTE COM BRONQUIOLITE OBLITERANTE; INFILTRADO PULMONAR MIGRATÓRIO

Introdução: Descrição do caso Mulher, 49 anos, natural da Bahia e procedente de SP, doméstica, há 5-6 meses 4 episódios de febre 38,5-39ºC, tosse com expectoração amarelada, dor pleurítica. Várias idas a serviços de emergência, onde eram receitados antibióticos, com melhora clínica rápida. Negava perda de peso, artralgia ou outros sintomas associados. Negava uso de medicações e drogas ilícitas. Tabagista 34 maços-ano, atualmente 5 cigarros/dia. Apesar de negar há forte suspeita de exposição a mofo. RX tórax seriados mostram opacidades alveolares migratórias. TC tórax mostra condensações e vidro fosco migratórios. Protoparasitológico de fezes negativo em 3 amostras. PCR 160mg/L, VHS 26mm, FAN, FR e ANCA não reagentes. Hemograma com 100 eosinófilos. Espirometria normal. Pesquisa de agentes infecciosos no escarro negativo. Paciente permaneceu 8 dias internada, período em que houve queda do valor de PCR (14,20mg/L), apesar de não ter sido instituído nenhum tratamento específico, o que favorece exposição associada. Feita biópsia transtorácica: pneumonia em organização associado a ocasionais coleções de eosinófilos, que favoreciam diagnóstico de pneumonia eosinofílica crônica associada a pneumonia organizante com bronquiolite obliterante. Antes de introduzida corticoterapia, paciente teve novo episódio e RX tórax com opacidade alveolar em local diferente de RX prévios. Introduzido prednisona 20mg/dia, com melhora clínica. Paciente permaneceu em uso de prednisona por 1,5 mês, tendo cessado por conta própria. Após 4 meses assintomática, novo episódio de tosse, dispnéia, febre e dor torácica. RX e TC tórax mostraram nova opacidade em LSD com melhora após antibioticoterapia. **Conclusão:** Apesar da ausência de eosinofilia periférica e alveolar, temos um caso de pneumonia eosinofílica crônica com áreas de pneumonite organizante. Escassez de eosinófilos em tecidos pode ocorrer em alguns casos possivelmente refletindo cronicidade ou flutuação da intensidade de reação imunológica; focos de pneumonia organizante são encontrados em 25% dos casos.

PO126 HIPOTRANSPARÊNCIA TOTAL DE HEMITÓRAX

CÁSSIO SAMPAIO DIAS; BERNARDO GIUSEPPE AGOGLIA; MARIA SANTOS RIBEIRO MORARD; RAPHAEL ZENATTI; FREDERICO DE SOUZA MARQUES; TATIANE SOARES COSTA MACEDO; BERNARDO HENRIQUE MARANHÃO; RICARDO MARQUES DIAS

UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MASSA MEDIASTINAL; TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS; HIPOTRANSPARÊNCIA DE HEMITÓRAX

Introdução: Os tumores de células germinativas (TCG) acometem freqüentemente indivíduos jovens, brancos e têm tendência a crescimento rápido e comportamento agressivo. Podem ser gonadais ou extra-gonadais. Podem ser considerados curáveis mesmo quando metastáticos. Os TCG testiculares podem ser classificados como seminomatosos ou não seminomatosos, sendo que estes têm prognóstico pior. **Relato de Caso:** J.L.S, 18 anos, natural do Rio de Janeiro, previamente hígido, sem histórico de tabagismo, iniciou quadro de astenia, febre e tosse seca em fevereiro de 2008. Procurou atendimento médico em clínica particular sendo medicado com amoxicilina por 3 semanas e ulteriormente com penicilina G benzatina. Como não houve melhora do quadro, procurou outro serviço particular, desta vez, com dispnéia. Solicitado RX Tórax que evidenciou velamento total do hemitórax esquerdo, sendo então prescrito ceftriaxone associado a azitromicina por 10 dias, juntamente com sintomáticos. Apresentou melhora parcial, mas, houve piora dos sintomas em abril de 2008, o que o levou a procurar ambulatório de pneumologia do hospital HUGG. De posse do exame de imagem, foi tentado toracocentese diagóstica em 09/04/08, sem sucesso. Solicitado parecer para serviço de C.Torácica, que, tentou novamente toracocentese diagnóstica em 10/04/08, também sem sucesso, o que levou a questionar o diagnóstico de derrame pleural. Pcte foi encaminhado nesta mesma data a outro hospital do SUS para realização de TC de Tórax, a qual revelou volumosa massa de conteúdo hipodenso e aparentes áreas de maior densidade de permeio, determinando velamento total do HTE e desvio contralateral relevante das estruturas do mediastino. Realizada toracotomia exploradora em 12/04/08. Retirada de grande parte da massa tumoral recobrando expansibilidade do pulmão esquerdo que encontrava-se com aspecto saudável porém comprimido pela massa. Pcte encaminhado ao CTI entubado e acoplado ao respirador mecânico, com necessidade de amina vasopressora em doses crescentes para manutenção de pressão arterial. Em 13/04/08 evoluiu com acidose respiratória importante, insuficiência hepática e sepse grave, culminando com PCR em assistolia, refratária às manobras de ressucitação e óbito. Histopatologia: Tumor de células germinativas. **Discussão:** O tumor de células germinativas é a malignidade sólida mais comum em homens entre 15 e 34 anos. O diagnóstico de um TCG testicular metastático pode se basear na combinação de variáveis clínicas e marcadores tumorais elevados (ß-HCG e alfa-feto proteína), principalmente em casos de sintomas abdominais e pulmonares agudos, secundários a metástases, com risco iminente de vida, casos estes em que a quimioterapia ou a intervenção cirúrgica tem indicação de urgência. **Conclusão:** Os tumores de células germinativas possuem um prognóstico amplamente favorável quando diagnosticados precocemente. Observamos no entanto, como no presente caso que o atraso no diagnóstico e intervenções apropriadas podem ser fatais.

PO127 ALTERNATIVAS TERAPEÚTICAS EN ESTENOSIS TRAQUEAL BENIGNA

CÉSAR AUGUSTO ANGULO

CAJA NACIONAL DE SALUD, COCHABAMBA, BOLÍVIA

PALAVRAS-CHAVE: REESTENOSIS; MITOMICINA; CIRUGÍA

Introducción: La estenosis traqueal benigna en la gran mayoría es secundario a intubación traqueal prolongada, en pacientes manejados con ventilación mecánica, durante más de 8 días. El cuadro clínico es insidioso y progresivo luego de 45 a 60 días de la extubación, con manifestaciones de dificultad respiratoria. Al diagnóstico se llega con, la anamnesis, los antecedentes, el examen físico y los eámenes auxiliares como la traqueografia, la TAC traqueal y la endoscopia, que permiten determinar la magnitud del problema. Las alternativas terapeuticas son: la cirugía de primera elección y lo que proponemos como alternativa es la dilatación traqueal utilizando Mitomicina, (producto antimitótico, quimioterápico). que aplicamos en 4 pacientes, en 2 a 4 sesiones y la evolución, controlada durante 8 a 12 meses, muy favorable, uno de ellos fue reestenosis post operatoria **Objetivos:** Demostrar la eficacia de la Mitomicina, en el manejo de la estenosis traqueal benigna, como alternativa terapeútica. Diseño. Estudio prospectivo, de casos 4 atendidos por estenosis traqueal, que no llegaron a cirugía en tres y uno que reestenosó al 3º mes post operatorio **Resultados:** Fueron 56 pacientes,con patología traqueal, de los que 35 son estenosis traqueal, de ellos 31 se operaron y en 4 se hizo dilataciones traqueales con Mitomicina, preparada como gel y aplicadaa la lesión con los dilatadores de Jackson y el tubo orotraqueal que dejamos por 8 a 12 horas, para luego darlos de alta. Se repitieron las sesiones por dos veces en dos pacientes jóvenes de 16 y 18 años (una mujer). Tres y cuatro sesiones en dos pacientes varones, uno que era reestenosis en 3º mes post operatorio de cirugía traqueal y el otro que tenia doble estenosis y previa mediastinitis post operado de puente coronario, de 62 años de edad. La evolución fue favorable, controlados en 8 y doce meses, sin síntomas de estenosis. **Conclusiones:** 3. Que la cirugía de resección traqueal es de primera elección 4. El uso de la Mitomicina en las dilataciones traqueales, en pacientes que por alguna razón no quieren o no pueden ser sometidos a cirugía, es una alternativa muy prometedora, pero requiere de mayor estudio

PO128 TUMORES DE MEDIASTINO LOCALIZACION INUSUAL

CÉSAR AUGUSTO ANGULO

CAJA NACIONAL DE SALUD, COCHABAMBA, BOLÍVIA

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINO; VIDEOTORACOSCOPIA; EXCÉRESIS

Introducción: Los Tumores mediastinales, no son muy frecuentes, pero aun son menos frecuentes que los tjmomas o bocios tiroideos se localicen en mediastino posterior, o que Neurofibromas, sean encontrados en mediastino anterior, o que los quistes broncogénicos sean hallados en mediastino posterior y para vertebrales. Del total de 47 pacientes atendidos portadores de tumores de mediastino, entre 1995 y 2008, los linfomas son los más numerosos, fueron tomados en cuenta de todos ellos 15, que se diagnosticaron por biopsia percutanea de pulmón o pleura, de los 7 timomas, dos fueron hallados en mediastino posterior, de los 6 bocios intratóracicos, uno fue retirado de

mediastino posterior, entre traquea y esófago, de los 9 quistes peridárdicos y broncogénicos operados, tres estaban en mediastino posterior, paravertebrales y uno entre aorta y 6º vértebra dorsal, y de 10 neurofibromas operados, dos estaban en mediastino anterior. Todos ellos daban manifestaciones clínicas no coherentes, y los exámenes complementarios no fueron concluyentes, por lo que llegaron a la cirugía con diagnóstico diferente. **Objetivos:** Establecer que los auxiliares de diagnóstico por imagen no son exactos, pero el apoyo de la videotoracoscopia puede ser vital en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones de mediastino Diseño. Estudio retrospectivo transversal, de casos operados de tumores de mediastino, diferenciando los que fueron hallados en localización fuera de lo habitual, pero que se hixo diagnóstico y excéresis en el mismo acto Resultados. Fueron encontrados 8 casos de pacientes con tumores de mediastino en localización inhabitual, diagnosticados en el acto quirúrgico, por Toracotomia axilar vertical Amplia o por videotoracoscopia **Conclusiones:** 1. Que la presencia de tumores en mediastino no es muy frecuente 2. Que el tratamiento de estas lesiones es quirúrgico exceptuando los linfomas 3. Que la cirugía puede ser por toracotomia o por videotoracoscopia 4. Las complicaciones si se presentan son de poca morbilidad

PO129 MANEJO DE LAS RUPTURAS DE ESÓFAGO

CÉSAR AUGUSTO ANGULO
CAJA NACIONAL DE SALUD, COCHABAMBA, BOLÍVIA

PALAVRAS-CHAVE: RUPTURA; TRAUMÀTICAS ; IATROGENIAS

Introducción: La ruptura de esófago es un cuadro muy poco frecuente y de difícil diagnóstico, porque sus manifestaciones clínicas son muy pobres y nada específicas, por ello el diagnóstico es tardío y desde luego el tratamiento, no siendo precoz, el riesgo de fracaso es alto, con morbimortaalidad también elevadas. En el presente estudio retrospectivamente encontramos que en nuestra institución atendimos, entre enero de 1995 y junio de 2008, a 17 pacientes con ruptura de esófago, de los que 5 fueron mujeres (29,4%) y 12 fueron hombres (70,6%). Respecto a la etiología, el mayor porcentaje correspondió a la traumática, con 7 casos (41,2%), seguida de la iatrogénica, 5 casos (29,4%), las fístulas traqueoesofágicas y esófago pleural, fueron 3 casos (23,5%) y las espontáneas 2 casos (13,5%). Los síntomas fueron disfagia, dolor retroesternal, y en algunos hipertermia, mal estado general y disnea. Para el diagnóstico además de la clínica se utilizaron la esofagografía en todos los casos y en algunos además endoscopia esofágica. El tratamiento fue quirúrgico, con reparación directa, en los casos de trauma, drenaje pleural en una perforación por dilatación (que falleció), reparación de las fístulas (otra falleció), pleurostomia tipo Eloesser en perforación post resección pulmonar; en todas se realizó Nutrición parenteral total. La evolución favorable en 15 (87,6%) y 2 fallecieron (12,4%) **Objetivos:** Establecer la etiología, y analizar la terapia adecuada Diseño. Estudio retrospectivo transversal, de casos atendidos desde enero 1995 hasta junio 2008. **Resultados:** Fueron encontrados 15casos de pacientes con problema de perforación de esófago, por trauma traqueal, comunicación anormal entre Traquea y esófago (intubación traqueal prolongada), iatrogenia (dilataciones traqueales o cirugías próximas a esófago. El diagnostico se hizo además de la clínica con esofagografía y endoscopia, esofágica. El tratamiento en el 100% fue quirúrgico, la evolución fue satisfactoria con curación en el 87,6% y el 12,4% de óbitos. **Conclusiones:** 1. Que las perforaciones de esófago, son de etiología traumática o iatrogénica en su mayoría 2. Que el diagnóstico y el tratamiento deben ser lo más precoz posible, porque la cirugía reparadora de primera instancia, proporciona mejores resultados 3. Que la cirugía es el método terapéutico mas adecuado 4. La nutrición parenteral total es fundamental y de apoyo a la cirugía

PO130 AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE GERAL DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

DANIELI MORAES; NEY RICARDO ALENCASTRO STEDILE; MAURÍCIO MICHELLI; ALEXANDRE VALSECCHI; ROSSANE FRIZZO DE GODOY; DAGOBERTO VANONI DE GODOY
INSTITUTO DE MEDICINA DO ESPORTE - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO PULMONAR; DPOC; ATIVIDADES DE VIDA DIÀRIA

Introdução: a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. Os pacientes com DPOC apresentam intolerância ao exercício e a piora progressiva do condicionamento físico limita as atividades de vida diária (AVDs). **Objetivos:** avaliar a mobilidade geral de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica participantes de um programa de reabilitação pulmonar por meio dos testes levantar-se do solo em duas tentativas considerando o menor tempo possível e o teste de subir escadas, com lance de 15 degraus com mensuração do tempo dispendido na subida. **Método:** A amostra foi composta de 19 pacientes participantes de um programa de reabilitação pulmonar entre os anos de 2006 e 2007, o programa possui duração de três meses, com sessões de uma hora e meia, duas vezes por semana. A média de idade foi 64±9 anos. O estadiamento adotado foi da GOLD: I = 2 pacientes; II = 1 paciente, III = 9 pacientes, e IV = 7 pacientes. A avaliação da capacidade funcional dos pacientes foi realizada através da aplicação dos testes de levantar-se do solo em duas tentativas considerando o menor tempo possível e o teste de subir escadas, com lance de 15 degraus, com mensuração do tempo de subida. Foi realizada a avaliação pré e pós programa de reabilitação dos participantes. Os dados obtidos de cada paciente foram compilados em planilhas do programa Microsoft Excel e a análise estatística utilizou o teste t de student para variáveis pareadas. A significância estatística foi estabelecida pata um alfa de 0,05. **Resultados:** a comparação dos valores pré e pós-reabilitação do teste de subir escadas demonstrou uma redução no tempo dispendido para a conclusão de 11,23±0,05s e 7,46±2,76s respectivamente (p>0,0001). No que se refere ao teste de levantar-se do solo não houve significância, apesar de ter ocorrido uma diminuição no tempo gasto, que inicialmente foi de 7,09±4,23s para 5,49±2,8s ao final do programa de reabilitação (p=0,1). **Conclusões:** Para o grupo estudado o programa de reabilitação pulmonar mostrou-se eficiente aumentando a capacidade dos participantes de subirem escadas. Tal habilidade é importante para promover a melhoria da mobilidade geral, do desempenho nas AVDs e aumentar a independência desses pacientes.

PO131 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE 14 PACIENTES COM PNEUMONIA INTERSTICIAL DESCAMATIVA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SÃO PAULO

ANDRÉ NATHAN COSTA; AGOSTINHO HERMES DE MEDEIROS NETO; DANIEL DE MELO MENDES; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS CARVALHO
DICIPLINA DE PNEUMOLOGIA - HC - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA INTERSTICIAL DESCAMATIVA; DOENÇAS INTERSTICIAIS; TABAGISMO

Introdução: A Pneumonia Intersticial Descamativa (DIP) é uma forma incomum de patologia intersticial pulmonar ainda não caracterizada na população brasileira. **Objetivos:** Descrever as características clínicas e evolutivas dos pacientes com DIP acompanhados no Ambulatório de Pneumologia – Grupo de Doenças Intersticiais do HC-FMUSP.Métodos: Análise retrospectiva de 14 pacientes com diagnóstico de Pneumonia Intersticial Descamativa, confirmado histopatologicamente, no período entre 1991 e 2007, neste centro de referência em São Paulo. **Resultados:** A maioria dos pacientes acompanhados foi do sexo masculino (93%), com média de idade (DP) de 54 11 anos. Todos tinham história de tabagismo, atual ou prévia, com média de 33,5 16,7 anos-maço. Um paciente tinha exposição ocupacional a fundição. Metade dos pacientes apresentava baqueteamento digital, 74% tosse e 79% dispnéia. A espirometria, realizada em todos os pacientes, indicou padrão restritivo em quatro, enquanto uma redução da difusão do CO também foi observada em quatro de dez doentes. A radiografia torácica mostrou opacidades intersticiais bilaterais com predomínio basal em 37,5% dos casos, já a tomografia computadorizada revelou opacidades em vidro fosco difusamente distribuídas com predominância periférica na maior parte dos indivíduos (77%), e faveolamento em 57%. Biópsia a céu aberto foi realizada em 66,6% dos casos, e biópsia transbrônquica nos 33,3% restantes. Os achados histopatológicos principais foram proliferação macrofágica intra alveolar (100% casos) e espessamento septal 25%. Todos os pacientes cessaram o tabagismo e 71% receberam corticoesteróides. A média (DP) de seguimento foi de 6,22 3,11 anos. A maioria dos pacientes evoluiu com estabilidade clínica, com discreta resposta à corticoterapia.Não houve diferença estatística entre os achados espirométricos entre a primeira e a última avaliação, com intervalo (DP) de 3,0 ± 1,0 anos. Houve dois óbitos (14,3%), nenhum deles relacionado à progressão da doença pulmonar. **Conclusões:** Os achados nessa coorte de pacientes com Pneumopatia Intersticial Descamativa são semelhantes aos achados da literatura mundial. As anormalidades na prova de função pulmonar e tomografias de tórax podem persistir apesar da cessação

do tabagismo ou corticoterapia, mas o curso da doença é essencialmente indolente. O real benefício dos corticóides ainda permanece incerto.

PO132 TRATAMENTO CONSERVADOR DO QUILOTÓRAX: AVALIAÇÃO DE 5 CASOS DE ETIOLOGIAS DISTINTAS

DANIELE CRISTINA CATANEO; ERICA NISHIDA HASIMOTO; CARLOS ALEXANDRE POLÔNIO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; QUILOTÓRAX; VIDEOTORACOSCOPIA

Introdução: Quilotórax é o acúmulo de linfa na cavidade pleural. A perda excessiva do quilo pode causar distúrbios graves: como hipovolemia, imunossupressão e acidose. É uma causa incomum de derrame pleural e está associada a significante morbimortalidade. A principal etiologia é a neoplásica, seguida da pós-traumática e da iatrogênica pós-operatória. O diagnóstico é feito pela quantificação dos triglicérides no líquido pleural. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. O conservador consiste em drenagem torácica eficiente para que com a expansão total do pulmão, este oclua a fístula do ducto torácico. Deve-se também diminuir o fluxo através do ducto torácico, por meio de jejum e nutrição parenteral ou com dieta contendo gorduras com ácidos graxos de cadeia média (TCM) e mais recentemente com o uso do octreotide. Geralmente ao redor de duas semanas o dreno pode ser retirado, na quase totalidade dos casos. O tratamento cirúrgico é controverso, principalmente pela dificuldade de encontrar o ducto torácico que está colabado por causa do extravasamento da linfa pela fístula. Está indicado principalmente na falha do tratamento conservador após 14 dias sem boa resposta. As opções técnicas para correção da fístula são a ligadura do ducto, a rafia da fistula, o uso de cola de fibrina, a pleurodese e a pleurectomia. **Objetivos:** Analisar retrospectivamente o tratamento do quilotórax em nosso serviço nos últimos 2 anos. **Métodos:** Avaliação dos prontuários de pacientes com quilotórax tratados em nosso serviço, analisando sexo, idade, causa, lado acometido, características do líquido, tratamento e evolução. **Resultados:** De maio de 2006 a maio de 2008 foram tratados cinco pacientes com quilotórax, 3 do sexo masculino e 2 do feminino. A faixa etária foi abrangente, desde recém nato (RN) a idoso de 76 anos. As causas foram pós-operatórias (simpatectomia, nefrectomia, ressecção de gânglioneuroblastoma), pós-traumáticas e congênitas. O hemitórax acometido mais comumente foi o esquerdo, em 4 casos (congênita, traumática, pós simpatectomia, pós nefrectomia). O líquido avaliado foi leitoso em 4 e seroso em 1, com triglicérides sempre acima de 110 mg/dL (230 a 544mg/dL). Em todos os casos o tratamento instituído foi o conservador, com drenagem e dieta com TCM, sendo que em um deles, foi introduzido octreotide simultaneamente. O débito inicial da fístula variou de 80 mL no RN a 3.000 mL nos adultos e em todos os pacientes a drenagem à partir do terceiro dia foi menor que 500 mL, sendo no RN menor que 10 mL. O tempo de drenagem variou de 4 a 12 dias (média de 7,8 dias) e foi resolutiva em 100% dos casos. Nenhum dos pacientes estudados apresentou qualquer distúrbio hidroeletrolítico, volêmico ou imune durante ou após o tratamento. No seguimento tardio, não houve recidiva da doença. **Conclusão:** O tratamento conservador do quilotórax com drenagem pleural e TCM mostrou-se seguro e efetivo nesse pequeno grupo de etiologias analisadas.

PO133 ANÁLISE DOS TUMORES DA PAREDE TORÁCICA OPERADOS NO SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HC-UNESP

DANIELE CRISTINA CATANEO; ANDRÉ LUIZ OKIMOTO; DENISE CRISTINA DE FREITAS OKUYAMA; RICARDO COELHO DE MELLO; FREDERICO FIGUEIREDO MARQUES; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PAREDE TORÀCICA; TUMORES; TORACECTOMIA

Introdução: Os tumores de parede torácica são lesões muito pouco freqüentes, constituindo menos de 1% de todas as neoplasias no adulto. Podem originar-se tanto de ossos e cartilagens como de partes moles (músculos, nervos e tecido conectivo), sendo primários, metastáticos ou invasivos da parede torácica. São malignos em 60% dos casos, a maioria ocorrendo em pacientes ao redor de 40 anos. Os ósseos, em 50% ocorrem nos arcos costais. O sexo masculino geralmente é o mais acometido. A sintomatologia é pobre, sendo que 25% dos pacientes não apresentam clínica além de massa palpável. O tratamento curativo é cirúrgico. **Objetivos:** Avaliar a casuística dos tumores de parede torácica operados em nosso serviço. **Métodos:** Análise dos prontuários de pacientes submetidos em nosso serviço, a ressecção de tumores benignos ou malignos da parede torácica, avaliando idade, sexo, localização, tipo histológico e sintomatologia. **Resultados:** Foram analisados 90 tumores, entre as 286 patologias da parede torácica operadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, resgatadas do período entre 1976 e 2008. A idade variou de 19 a 74 anos (Md=39). Foi predominante o sexo masculino (71%). O local mais acometido foi o arcabouço costal (63%), seguido das partes moles (13%), do esterno (10%), dos nervos (7%) da clavícula (6%) e por final, da escápula (1%). Os tumores primários mais comuns foram: o condroma (15%), o lipoma (10%), o condrossarcoma (10%), o schwannoma (7%), o osteossarcoma (6%), o PNET (6%), o plasmocitoma (6%), o osteocondroma (4%), o lipossarcoma (3%), o osteoblastoma (3%), o osteoclastoma (3%), a displasia fibrosa benigna (3%), o tumor de células gigantes (3%), o granuloma eosinofílico (2%), o cisto ósseo aneurismático (2%), o osteoma osteóide (2%), a condromatose familiar (1%), o tumor desmóide (1%) e o Castelman (1%). As metástases ou tumores invasivos foram responsáveis por 10% dos casos (pulmonar, renal, intestinal, tireoidiano, melanoma, seminoma). Os tumores malignos ocorreram em 41% dos casos. A queixa de dor estava presente em 30% dos pacientes, sendo 60% deles assintomáticos. O diagnóstico foi suspeitado em 90% dos casos pelo aparecimento de tumoração. **Conclusão:** Em nossa casuística, os tumores de parede torácica mais comuns foram os benignos, principalmente de arcos costais, em especial o condroma, condizendo com a idade alvo abaixo dos 40 anos e a clínica pobre.

PO134 DEFORMIDADES CONGÊNITAS DA PAREDE TORÁCICA: CASUÍSTICA DO HC-UNESP

DANIELE CRISTINA CATANEO[1]; ANDRÉ LUIZ OKIMOTO[2]; DENISE CRISTINA DE FREITAS OKUYAMA[3]; RICARDO COELHO DE MELLO[4]; FREDERICO FIGUEIREDO MARQUES[5]; MAURO DOS SANTOS VOLPI[6]; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO[7]

1,2,3,4,5,7.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 6.DISCIPLINA DE ORTOPEDIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PECTUS EXCAVATUM; PECTUS CARINATUM; ESCOLIOSE

Introdução: Existe uma grande variedade de deformidades congênitas da parede torácica, podendo essas ser divididas em deformidades de parede anterior e posterior do tórax. As deformidades de parede anterior consistem em malformações de esterno, arcos costais e músculos, e são representadas principalmente pelos pectus excavatum e carinatum. O pectus excavatum é a deformidade mais freqüente da parede torácica anterior enquanto que o carinatum, mais incomum, ocorre em 0,1% dos nascimentos. Acometem mais o sexo masculino. Por apresentar piora progressiva durante o crescimento, podem desenvolver apresentação clínica tardia. As deformidades de parede posterior são representadas por malformações da coluna vertebral, consistindo principalmente na escoliose e na cifose congênitas. A primeira representa 12% de todas as causas de escoliose e sua origem ocorre em torno da 5ª ou 6ª semana de desenvolvimento embrionário, por uma falha na formação ou segmentação vertebral. Acometem mais o sexo feminino. A anormalidade vertebral está presente ao nascimento, mas a deformidade clínica pode não ser evidente e o diagnóstico ser realizado somente na infância ou na adolescência. **Objetivos:** Avaliar a casuística das deformidades congênitas de parede torácica operadas em nosso serviço. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes submetidos a correção cirúrgica dos defeitos da parede torácica anterior e posterior, avaliando idade, sexo, tipo de deformidade e sintomatologia. **Resultados:** Foram analisados 64 pacientes com deformidade de parede torácica, operados entre os anos de 1986 e 2008. A idade variou de recém-nato a 35 anos (média de 14 anos). O sexo predominante foi o masculino, em 62% dos casos, principalmente quando se tratava de deformidade da parede anterior do tórax (74%). No caso das deformidades posteriores, a predominância foi do sexo feminino (54%). As deformidades foram divididas por situação, em parede anterior (38 pacientes) e posterior (26 pacientes). Na parede anterior, a principal deformidade foi o pectus excavatum (42%), seguido do carinatum (34%), da deformidade costocondral mista (16%), da fenda esternal (5%) e da costela cervical (3%). As malformações da parede torácica posterior consistiram basicamente em escoliose congênita, operadas por via anterior. A média de idade de procura do serviço médico foi menor no caso dos defeitos posteriores (de 4 a 19 anos, média de 10 anos), quando comparada aos defeitos anteriores

(8 a 35 anos, média de 14 anos). O principal fator de procura do hospital foi a dor, nos casos posteriores, enquanto que nos anteriores o motivo foi estético, principalmente nos pacientes mais jovens. **Conclusão:** Em nossa casuística, os defeitos da parede torácica anterior foram os mais comuns, com destaque para o pectus excavatum, no entanto, a procura precoce do serviço médico foi mais atribuída aos defeitos da parede posterior.

PO135 COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS EM CIRURGIA TORÁCICA RELACIONADAS AOS TESTES PREDITORES DE RISCO CIRÚRGICO

ALEXANDRE RICARDO PEPE AMBROZIN[1]; DANIELE CRISTINA CATANEO[2]; MARCOS VINÍCIUS CATANEO PANCIERI[3]; LÍDIA RAQUEL DE CARVALHO[4]; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO[5]

1,3.ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4.DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA DO INSTITUTO DE BIOCIÊNCIAS DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 5.PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TESTES DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA; TESTES DE FUNÇÃO CARDÍACA; ESPIROMETRIA

Introdução: Durante os últimos 50 anos muitos métodos têm sido analisados em busca de teste preditores de risco cirúrgico ideal, entre eles os testes de função pulmonar e os testes de exercício cardiopulmonares (TECP). O TECP feito com o ergoespirômetro é bastante eficiente, mas pouco efetivo pois poucos são os serviços que dispõe deste equipamento. Outros testes de exercício como o da escada (TE) e caminhada de 6 minutos (TC6) também podem ser usados, e são acessíveis a toda população. **Objetivos:** Determinar dentre os testes pré-operatórios: Volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1), TC6 e tempo de escada (tTE), qual seria o melhor para discriminar os pacientes que complicariam no pós-operatório (PO). MÉTODOS População estudada: pacientes acima de 18 anos submetidos a toracotomia para ressecção pulmonar. A curva de capacidade vital foi realizada com o paciente sentado, pelo menos por três vezes, escolhendo-se aquela em que o VEF1 foi maior. O TC6 foi realizado segundo as normas da American Thoracic Society (ATS, 2002), em corredor plano de 120 metros à sombra. O TE foi realizado em escada com uma inclinação de 30°, à sombra, composta por 6 lances, com 12 degraus por lance (72 degraus), cada degrau medindo 16,9cm, num total de 12,16m de altura. O paciente foi orientado a subir todos os degraus no menor tempo possível, com incentivo verbal, padronizado a cada lance. O tempo em segundos percorrido na subida da altura total foi denominado tempo de escada (tTE). Foram consideradas complicações no PO: infarto do miocárdio,angina pectoris instável, insuficiência cardíaca congestiva, arritmia com necessidade de terapia, intubação prolongada por mais de 24 horas, reintubação, pneumonia, atelectasia que requeira intervenção broncoscópica, trombo emboembolismo pulmonar,PaCO2 maior ou igual a 50 mmHg e morte. **Resultados:** Foram estudados 71 pacientes, sendo que 44 deles não apresentaram complicações no PO e 27 tiveram complicações. Não houve diferença significante entre os grupos quanto a idade (51,8±19,8 e 48,6±15,3, p=0,46), e IMC (24,04±4,6 e 26,1±5,7, p=0,13). A tabela 1 mostra os valores dos atributos e a estatística para os dois grupos. Tabela 1: Média e desvio padrão das variáveis VEF1 em litros e porcentagem do predito (VEF1, L e %), teste da caminhada de 6 minutos (TC6) e tempo de escada (tTE) nos grupos com e sem complicações e estatística (p). **Conclusão:** Dos 3 testes empregados, o tempo de escada foi o único que conseguiu discriminar os dois grupos com e sem complicações no pós operatório. O teste de caminhada mostrou uma tendência a diferenciação dos grupos,e o VEF1, pelo contrário, foi muito semelhante nos 2 grupos.

Tabela 1

	Complicações		
Varíavel	Sim	Não	p
VEF1 (L)	2, 2±0,73	2,4±0,95	0,33
VEF1 (%)	84,3±22,7	82,7±26,7	0,81
TC6	553,7±103,4	596,6±92,1	0,08
tTE	41,2±16,6	33,4±10,0	0,019

PO136 HIPERIDROSE: EFICÁCIA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

DANIELE CRISTINA CATANEO; ERICA NISHIDA HASIMOTO; CARLOS ALEXANDRE POLÔNIO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SUOR; HIPERIDROSE; SIMPATECTOMIA

Introdução: Hiperidrose primária ou essencial é um distúrbio caracterizado por sudorese excessiva e incontrolável, na ausência de causa discernível. É uma doença comum e pouco compreendida, freqüentemente exacerbada por estresse emocional ou fatores psicológicos. Ocorre predominantemente nas mãos, axilas e pés, podendo também se manifestar no segmento crânio-facial. O suor excessivo nas palmas das mãos é a situação que mais se torna inconveniente em encontros profissionais e sociais. A hiperidrose axilar é uma condição comum e angustiante. A difícil aceitação social, o desconforto da umidade constante, o odor e o fato de manchar roupas diminuem significativamente a qualidade de vida. Existem vários tratamentos clínicos para a hiperidrose, mas o único tratamento eficaz é o cirúrgico e nesse sentido a simpatectomia torácica videoassistida é uma cirurgia simples, segura e efetiva. **Objetivos:** Avaliar os pacientes submetidos em nosso serviço a simpatectomia torácica videoassistida para tratamento da hiperidrose, com objetivo de demonstrar a efetividade do tratamento cirúrgico. **Métodos:** Análise dos prontuários médicos de pacientes submetidos a simpatectomia para tratamento da hiperidrose, objetivando sexo, idade, localização, tratamento, complicações e satisfação. Entrevista com aplicação do questionário de qualidade de vida pré e pós-operatório. **Resultados:** No período de julho de 2001 a maio de 2008, foram operados 293 pacientes, com idade de 11 a 54 anos (Md=21), sendo 71% do sexo feminino. O local mais acometido foi palmar (87%), sendo somente 9 puros, 14 palmo-axilares, 113 palmo-plantares, 115 palmo-axilo-plantares e 4 associados à crânio-facial. Dos 167 com comprometimento axilar, 31 eram puros e dos 11 crânio-faciais, 3 eram puros, 4 associados à axilar, 1 à palmo-plantar e outros 3 à palmo-axilo-plantar. A técnica cirúrgica empregada segundo o local comprometido antes de março de 2003 foi: secção de T2-3-palmar e palmo-axilar, T2-4-palmo-axilo-plantar. Após: T2-crânio-facial, T3-4-palmar e palmo-axilar, T3-5-palmo-axilo-plantar. As complicações aconteceram em 6% dos casos: 9 fistulas pleuro-pulmonares, 2 lesões transitórias do plexo braquial, 1 nevralgia intercostal, 1 conversão unilateral por aderências, 1 suspensão por paquipleuris, 1 quilotórax, 1 hematoma retropleural, 1 retração cicatricial e 1 recidiva bilateral. A hiperidrose reflexa ocorreu em 90% dos casos, sendo mais freqüente em tronco, abdome e pernas, com regressão ou melhora significativa à partir do primeiro mês de pós-operatório. O questionário de qualidade de vida após a cirurgia mostrou que 90% dos pacientes referiam estar melhor ou muito melhor após a cirurgia e 5% referiam piora. **Conclusão:** A simpatectomia videotoracoscópica é um método seguro para o tratamento da hiperidrose, visto que as complicações cirúrgicas são mínimas e de baixa gravidade, e eficaz, já que a maioria dos pacientes está satisfeito com o resultado pós-operatório.

PO137 AVALIAR A PREVALÊNCIA DE HAP E COMPARAR CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS NOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DPOC – HC UFPR

DANIELLA PORFIRIO NUNES; RODNEY LUIZ FRARE E SILVA; LÊDA MARIA RABELO; CAMILO FAORO; MARIANE GONÇALVES MARTYNYCHEN CANAN; JOSIANE CHIESORIN VAINE MARCHIORO; JAQUELINE DEZORDI DA SILVA; CLARISSA PEREIRA RIBEIRO

HC UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSAO ARTERIAL PULMONAR; DPOC; HC UFPR

Introdução: A doença vascular pulmonar asssociada à DPOC aumenta a morbidade e diminui a sobrevida. Em 5 anos a sobrevida é de 36% em pacientes com DPOC e hipertensão arterial pulmonar (HAP) e de 62% nos sem HAP. A disfunção ventricular direita e a HAP acometem cerca de 20-30% dos pacientes com DPOC. Geralmente, a severidade da hipertensão pulmonar nestes pacientes tende a ser leve, com pressão arterial pulmonar média de 25-35mmHg (medida por cateterismo cardíaco direito). Na maioria dos casos a severidade da HAP está diretamente relacionada com a severidade da doença pulmonar e o grau de hipoxemia. Contudo, em alguns casos, pacientes podem se apresentar com grau de severidade da HAP desproporcional ao de severidade da doença pulmonar. A vasoconstrição hipóxica não parece ser o único mecanismo associado à patogênese da hipertensão pulmonar. Novos estudos experimentais em animais e em humanos indicam a HAP como resultado do

efeito direto do tabaco nos vasos intrapulmonares, produção anormal de mediadores que controlam a vasoconstrição, vasodilatação, e proliferação das células endoteliais. Estas alterações em muitas vias parecem similares às alterações em outras formas de HAP e sugerem que o tratamento usado para HAP primária pode ser benéfico nos pacientes com DPOC. A ecocardiografia é um método não invasivo para investigação de HAP, valioso para excluir causas cardíacas associadas e as medidas guardam boa correlação com as medidas invasivas. **Objetivos:** Este trabalho objetiva avaliar a prevalência de HAP entre os pacientes com DPOC que possuíam ecocardiograma e comparar características clínicas (idade, sexo, anos/maço, tabagismo atual, uso de O2 domiciliar, SaO2 e VEF1 pós broncodilatador) entre os grupos de pacientes classificados como com e sem HAP, nos pacientes do Ambulatório de DPOC do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. **Métodos:** Foram selecionados todos os pacientes que tinham ecocardiograma, átrio esquerdo e fração de ejeção normais, SaO2 e VEF1 pós broncodilatador disponíveis nas fichas de atendimento do ambulatório. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: com HAP e sem HAP. **Resultados:** Entre os 66 pacientes avaliados, 42 (63,6%) tinham HAP. O intervalo de 95% confiança para o percentual de casos com HAP é igual a (52,0% - 75,2%). Os resultados indicam que não há diferença significativa entre pacientes com HAP e pacientes sem HAP em relação à idade, distribuição de sexo, anos/maço, tabagismo atual, uso de O2 domiciliar, SaO2 e VEF1 pós Bd. **Conclusão:** A prevalência de HAP nos pacientes do ambulatório de DPOC foi maior que na literatura, pois incluímos somente os que já possuíam ecocardiograma, sendo que a solicitação deste exame é mais freqüente em pacientes com doença mais avançada, onde se suspeita clinicamente da presença de disfunção ventricular direita ou para a exclusão de causas cardíacas primárias. No entanto, não houve diferença significativa entre os dois grupos nas variáveis analisadas.

PO138 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA: INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS E VERSÕES ADAPTADAS PARA A CULTURA BRASILEIRA

DANIELLE MARIA DE SOUZA SERIO DOS SANTOS[1]; CLAUDIA FEGADOLLI[2]; ROBERTA ALVARENGA REIS[3]; CLAUDIA BENEDITA DOS SANTOS[4]
1,3,4.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, PIRACICABA, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; QUALIDADE DE VIDA; QUESTIONÀRIO

Introdução: A complexidade dos aspectos presentes na vida de crianças com Fibrose Cística (FC) desafia os pesquisadores e profissionais de saúde a cuidar e avaliar sua saúde de maneira ampla. O avanço científico tem evidenciado a importância de pesquisas sobre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), parâmetro a ser considerado na investigação e avaliação sobre o impacto da doença e seu tratamento. Assim, têm sido relevante os estudos acerca das influências lingüísticas e culturais das populações alvo no processo de adaptação dos instrumentos construídos em contextos diferentes daqueles que será utilizado, bem como a definição das características psicométricas que garantam a confiabilidade e validade dos instrumentos a serem utilizados. Objetivo Identificar, na literatura científica internacional, a existência de instrumentos específicos de QVRS adequados ou passíveis de adaptação para utilizar em crianças e adolescentes com FC no Brasil. **Metodologia:** Após pesquisa bibliográfica nas bases Scielo, Medline e Pubmed, utilizando como descritores: fibrose cística, qualidade de vida e questionário foram identificados os dados sobre local e ano de construção, população alvo, existência de versões traduzidas para o Brasil, número de domínios e itens, existência de validação semântica e descrição das propriedades psicométricas do material encontrado. **Resultados:** Foram identificados dois instrumentos específicos de QVRS direcionados a crianças e adolescentes com FC. Um deles é o instrumento de Qualidade de Vida em Fibrose Cística (CFQ®), desenvolvido na França (Henry e col.,1997) que após adaptação nos Estados Unidos originou o CFQ-R® (Quittner e col., 2000), o qual foi adaptado lingüisticamente para o Brasil (Rozov e col., 2006). O instrumento original, CFQ ®, possui três versões: uma para adolescentes acima de 14 anos e adultos, com 50 itens alocados em 9 dimensões, uma para crianças entre 6 e 13 anos (35 itens e 7 dimensões) e uma versão correspondente para os pais. As propriedades psicométricas do instrumento foram descritas para o instrumento original, mas não para a versão adaptada para o Brasil. O outro instrumento identificado foi o questionário específico Cystic Fibrosis Module (CFM)DISABKIDS®, construído em projeto de cooperação entre sete países europeus. O instrumento apresenta 12 itens alocados em duas dimensões, impacto e tratamento, com igual versão para os pais. As propriedades psicométricas são definidas nos estudos originais, mas não há versão adaptada ou traduzida para o Brasil. **Conclusão:** O número de questionários de QVRS doença-específicos para crianças e adolescentes fibrocísticos é bastante reduzido mundialmente. O único instrumento disponível para uso no Brasil foi adaptado apenas considerando-se os aspectos lingüísticos. Novos estudos são necessários para que os instrumentos encontrados produzam resultados que possam ser incorporados nas decisões relativas à saúde dessa população.

PO139 DIAGNÓSTICO DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR POR BIÓPSIA ABERTA – RELATO CLÍNICO

DANILO FELIX DAUD; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES; CARLOS EMANUEL WUTZOW; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO
UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; BIÓPSIA PULMONAR; ANÀTOMOPATOLÓGICO

Introdução: Linfangioleiomiomatose pulmonar (LAM) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, que afeta, na maioria das vezes, mulheres jovens no período fértil de sua vida. Clinicamente, manifesta-se através de dispnéia progressiva, pneumotórax de repetição, tosse seca e, menos freqüente, com quilotórax e escarros hemópticos. Funcionalmente, a doença caracteriza-se por um distúrbio ventilatório obstrutivo, de caráter progressivo, com hiperinsuflação pulmonar e diminuição da difusão de monóxido de carbono. Apesar da ausência de comprovação quanto à eficácia, o principal tratamento utilizado ainda é o anti-estrogênico e constitui-se de ooforectomia, progesterona contínua, tamoxifeno e análogos de GnRH. Além desse, a realização de transplantes pulmonares tem elevado para além de dez anos a sobrevida média das pacientes. O objetivo deste trabalho é relatar o achado em uma paciente com quadro clínico sugestivo da doença, porém com o diagnóstico realizado apenas com biópsia pulmonar a céu aberto. **Relato Clínico:** Paciente de 37 anos, feminina, tabagista (oito anos.maço), em acompanhamento no ambulatório de Pneumologia. Referia dor torácica a esquerda e tosse seca, que melhorava com analgésicos e que piorava com a inspiração, há 3 anos. Na ocasião, procurou serviço médico onde foi realizada radiografia de tórax que visibilizou derrame pleural pequeno em base esquerda. Realizada toracocentese diagnóstica e esvaziadora que revelou um quilotórax não recidivante. Durante a investigação, foi realizada Tomografia Computadorizada de Tórax, onde foram visibilizadas inúmeras lesões císticas pelo parênquima pulmonar. O quadro clínico e os exames complementares sugeriam o diagnóstico de LAM, mas a broncoscopia com biópsia transbrônquica mostrou apenas fibrose septal alveolar com inflamação crônica inespecífica. Sendo assim, a biópsia pulmonar a céu aberto foi realizada, através de uma toracotomia inframamária esquerda e segmentectomia não-anatômica de língula. O anátomopatológico confirmou a hipótese de Linfangioleiomiomatose pulmonar. A paciente evoluiu de maneira satisfatória, recebendo alta hospitalar no segundo dia do pós-operatório e mantém acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Concluímos que apesar de o diagnóstico de Linfangioleiomiomatose pulmonar ser muito sugestivo clinicamente, às vezes o mesmo só pode ser realizado após biópsia pulmonar e exame anátomopatológico.

PO140 ÙLCERA DE ESTERNO COM OSTEOMIELITE 28 ANOS APÓS RADIOTERAPIA – RELATO CLÍNICO

DANILO FELIX DAUD; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES; CARLOS EMANUEL WUTZOW; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO
UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ÚLCERA DE ESTERNO; OSTEOMIELITE; RADIOTERAPIA

Introdução: As infecções do osso esterno são raras, e seu manejo é controverso. Neste trabalho nós mostramos nossa experiência com o caso de uma paciente com antecedente de câncer de mama que realizou radioterapia e quimioterapia, e após 28 anos apresentou ferida em região torácica ântero-superior com drenagem espontânea de secreção purulenta. Estas infecções geralmente requerem intervenção cirúrgica. A ressecção da lesão combinada com transposição muscular é efetiva e os resultados mostram que a parede torácica sem evidência de infecção preserva a função respiratória da maioria dos pacientes. **Relato Clínico:** Paciente de 79 anos, feminina, procurou o Hospital

com queixa de ferimento puntiforme na região ântero-superior do tórax, que evoluiu com saída espontânea de secreção amarelada e aumento da lesão, acompanhada de febre diária (38°C) e emagrecimento de 2 Kg no período. Apresentava comorbidades, com hipertensão arterial sistêmica controlada, cardiopatia hipertrófica em uso de marca-passo e acalásia esofágica idiopática desde 12 anos de idade. Foi colhida cultura da lesão, feita biópsia das margens e iniciada antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Clindamicina. A cultura mostrou Pseudomonas aeruginosa, sensível à Ciprofloxacino e ausência de neoplasia no anátomopatológico. Optado por abordagem cirúrgica. Feita ressecção em bloco do manúbrio esternal, segmento medial de clavículas, cartilagens e segmentos ósseos costais de primeira e segunda costelas bilateralmente, e reconstrução da parede torácica com retalho mio-cutâneo de músculo reto abdominal no mesmo tempo cirúrgico. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica mostrou osteomielite supurativa crônica do esterno e segmentos de osso costal com inflamação crônica focal com plasmócitos e fibrose. A paciente apresentou boa evolução clínica, com adequada cicatrização do retalho, recebendo alta hospitalar em boas condições. **Conclusão:** A úlcera de osso esterno com osteomielite 28 anos após a radioterapia é uma complicação rara e seu tratamento com antibioticoterapia e cirurgia mostrou ser uma alternativa eficaz no manejo desta afecção.

PO141 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE PLEURA COM EXTENSÃO À PAREDE TORÁCICA – RELATO CLÍNICO

DANILO FELIX DAUD; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES; CARLOS EMANUEL WUTZOW; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO; RENATO DE OLIVEIRA
UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR FIBROSO SOLITÀRIO; PLEURA; PAREDE TORÀCICA

Introdução: Os tumores fibrosos solitários de pleura são raros, ocorrendo geralmente na pleura visceral (em 80% dos casos), e menos freqüente mas também podem aparecer na pleura parietal e em outras membranas serosas, como o peritônio ou pericárdico. Sua histogênese permanece indefinida, mas considera-se que sua origem seja da célula mesenquimal. O objetivo deste trabalho é relatar o achado de um paciente com tumor fibroso solitário com extensão à parede torácica. O diagnóstico foi feito por biópsia transtorácica com agulha. Foram descritos na literatura em torno de 600 casos, mas não encontramos nenhuma descrição deste tumor se extendendo à parede torácica, como neste paciente. A cirurgia é considerada o melhor método terapêutico para o tumor fibroso solitário, existindo a possibilidade de recidiva. Outros tratamentos, como radioterapia e quimioterapia não são necessários. **Relato Clínico:** Paciente de 39 anos, masculino, com quadro de dor torácica moderada, iniciada há seis anos e massa palpável em parede torácica anterior, de crescimento progressivo neste período. Na avaliação geral foi realizada uma Tomografia Computadorizada que evidenciou massa de 15 cm no seu maior diâmetro, bem delimitada, localizada em hemitórax direito, que se extendia à parede torácica anterior direita e deslocava o coração para a esquerda. À Ressonância Nuclear Magnética cardíaca, o tumor deslocava o coração, mas mantinha um plano de clivagem com o mesmo, sem invadí-lo. Após estes exames, foi indicada ressecção cirúrgica da lesão, com possível toracectomia, sendo solicitada avaliação da equipe de Cirurgia Plástica para reconstrução da parede torácica. A toracotomia foi ântero-lateral direita, logo abaixo da massa. Na cavidade, observamos que a massa mantinha íntima aderência com a musculatura (músculos peitoral maior, serrátil anterior, oblíquo externo e reto abdominal direito) e com arcos costais, sendo ressecados parcialmente (anteriormente) do quinto ao oitavo arco, retirando-se o tumor "em bloco". Havia aderências entre o tumor e o pericárdio, o diafragma e o lobo inferior do pulmão direito, facilmente desfeitas. O fechamento da parede foi realizado com a colocação de tela de polipropileno, sendo esta recoberta com a musculatura seccionada durante a cirurgia (músculo peitoral maior, oblíquo externo e reto abdominal direito). Posicionado dreno pleural 28 Fr e Portovac® 6.4 mm no subcutâneo. O paciente evoluiu de maneira satisfatória, com melhora da dor torácica, permanecendo na UTI no PO imediato e recebendo alta para a enfermaria no 1° PO. Recebeu alta hospitalar no 5° PO, sem os drenos, permanecendo em acompanhamento ambulatorial, recebendo liberação para retorno ao trabalho 30 dias após a cirurgia. **Conclusão:** Em acordo com a literatura a melhor terapêutica é a exérese total da massa, com caráter curativo, mesmo quando ocorre extensão à parede torácica. A anatomia patológica confirmou o diagnóstico de tumor fibroso solitário benigno.

PO142 TERATOMA GIGANTE DE MEDIASTINO DESCOBERTO APÓS VACINAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA – RELATO CLÍNICO

DANILO FELIX DAUD; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES; CARLOS EMANUEL WUTZOW; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO; RENATO DE OLIVEIRA
UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MASSAS MEDIASTINAIS; TERATOMA MADURO; RESSECÇÃO

Introdução: Os teratomas mediastinais são raros e contribuem com 8 a 13% dos tumores nesta região. Ocorrem primariamente no mediastino anterior e em adultos jovens. Estes originam-se de células germinativas pluripotentes e são compostos de uma grande diversidade de tecidos originados das três camadas embrionárias. Podem conter vários tipos de tecidos: epiteliais, musculares, cartilagens e até dentes. Os teratomas benignos são geralmente de crescimento lento, assintomáticos por longos períodos ou demonstrando sintomas mínimos, muitas vezes não valorizados nem pelo paciente nem pelo médico. São descobertos freqüentemente quando uma radiografia de tórax de rotina é feito. Normalmente surgem como massas bem circunscritas e são ressecados geralmente sem muita dificuldade. Quando apresentam sintomas, eles podem ser por compressão, invasão de estruturas intratorácicas adjacentes ou várias co-síndromes. Os sintomas mais comuns na apresentação clínica incluem dispnéia, dor torácica, tosse, febre, perda de peso e síndrome da veia cava superior. Nosso objetivo consiste em relatar um caso de um paciente com teratoma mediastinal maduro, descoberto após realização de radiograma de tórax na investigação de dor torácica atípica poucos dias depois de receber vacinação contra febre amarela. Os teratomas são tratados primeiramente por cirurgia, e a ressecção completa desses tumores proporciona um bom prognóstico, representando o único tratamento curativo. Relato clínico: Paciente do sexo masculino, 31 anos, natural de Pernambuco e procedente de São Paulo–SP há 18 anos, previamente hígido, internado na enfermaria de Cirurgia Torácica com queixa de dor torácica atípica, mal definida, com "sensação de peso" em região anterior do tórax, com início dos sintomas poucos dias após vacinação contra febre amarela. Durante investigação, realizou radiografia de tórax, que evidenciou grande tumor em mediastino anterior. Com a finalidade de estudar melhor a massa e sua relação com as demais estruturas intratorácicas, foi realizada uma tomografia computadorizada de tórax, que confirmou o achado e mostrou uma massa com conteúdo heterogêneo, de aproximadamente 15 centímetros no seu maior diâmetro. Foi indicado tratamento cirúrgico, com acesso por esternotomia total, sendo possível ressecar toda a massa mantendo sua cápsula íntegra, sem acidentes. Ao abrirmos a peça, encontramos um conteúdo heterogêneo, com alguns locais com calcificação. O exame anátomopatológico mostrou se tratar de teratoma maduro. O paciente recebeu alta hospitalar em três dias, retornando às atividades normais em 40 dias. **Conclusão:** Os teratomas maduros de mediastino são raros e a operação está indicada tanto em pacientes sintomáticos como naqueles sem nenhuma manifestação clínica. A operação é necessária porque o fenômeno compressivo pode afetar os tecidos adjacentes; além disso, os tumores no mediastino podem apresentar transformação maligna.

PO143 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PNEUMONIA NECROSANTE QUANDO NO INSUCESSO DO TRATAMENTO CLÍNICO – RELATO CLÍNICO

DANILO FELIX DAUD; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES; CARLOS EMANUEL WUTZOW; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO; RENATO DE OLIVEIRA
UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA NECROSANTE; PLAQUETOSE; CRIANÇAS

Introdução: A pneumonia necrosante é uma infecção pulmonar rara e grave, sendo caracterizada por áreas de necrose desiguais. Esta condição pode ser demonstrada por Tomografia computadorizada do tórax com contraste, que demonstra diminuição ou ausência da perfusão do parênquima pulmonar doente. Estes achados também predizem uma falência no tratamento clínico. A pneumonia necrosante em crianças é sempre causa de elevada morbi-mortalidade (30 a 80%) com conseqüente internação hospitalar prolongada.

Quando associada a complicações tais como empiema pleural e/ou fístula broncopleural, o tratamento cirúrgico é indispensável. Um aspecto laboratorial importante é a plaquetose, na maioria das vezes encontrada, corroborando a suspeita de necrose pulmonar, achado este presente durante o curso de pneumonias graves. Nós relatamos uma criança de dois anos de idade, com pneumonia e empiema pleural que não respondeu ao tratamento clínico, evoluindo com necrose de pulmão, sendo assim indicada toracotomia com limpeza da área necrótica e decorticação. **Relato de caso:** Paciente de dois anos de idade, feminina, iniciou quadro de dispnéia, tosse produtiva e febre há uma semana, sendo tratada com Amoxicilina por três dias no domicílio, sem melhora, procurando o Hospital no quarto dia. Iniciou-se Ceftriaxone, sendo tratada assim por mais quatro dias, onde se observou piora do quadro clínico, dos exames laboratoriais (17.900 leucócitos/uL com 11% bastões e 444.000 plaquetas/uL, progredindo para 42.100 leucócitos/uL com 10% bastões e 1.099.000 plaquetas/uL) e os de imagem realizados. Após isso, foi indicada troca de esquema antibiótico (Cefepime) e toracotomia exploradora. Nesta, confirmamos presença de área necrótica em lobo inferior esquerdo com secreção purulenta, além de empiema e espessamento pleural. Foi realizada a limpeza da necrose pulmonar, sem necessidade de ressecção do parênquima adjacente, e decorticação pulmonar. A criança evoluiu satisfatoriamente, tendo alta hospitalar no 7° dia de pós-operatório. Durante o seguimento ambulatorial mostrou-se curada da infecção, retornando às atividades normais 20 dias depois da cirurgia. **Conclusão:** A pneumonia necrosante é uma afecção grave, pior em crianças, e o tratamento cirúrgico é uma opção quando há falha do tratamento clínico.

PO144 ACTINOMICOSE PULMONAR COM ACOMETIMENTO DE PAREDE TORÁCICA: IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA PULMONAR

CEZAR AUGUSTO DOS SANTOS[1]; RODRIGO MIQUELANTI MELO[2]; JOÃO ALMIRO FERREIRA FILHO[3]; CRISTIANE JACOMINI[4]; MAXWEL CAPSY BOGA RIBEIRO[5]; DANILO HIDEKI SUGITA[6]

1,3,4,5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLANDIA, MG, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: INFECÇÔES PULMONARES; PAREDE TORÀCICA; ACTINOMICOSE

Introdução: A actinomicose é uma afecção rara, crônica, supurativa, granulomatosa e progressiva que pode acometer vários órgãos. O envolvimento torácico é incomum, sendo a parede torácica comprometida em apenas 12% dos casos. **Objetivo:** Relatar caso clínico de paciente com Actinomicose, apresentando exames de investigação inconclusivos e diagnóstico confirmado por anatomopatológico após toracotomia. **Método:** Relato de caso segundo descrição de prontuário médico. **Resultados:** Paciente masculino, 50 anos, tabagista, com tosse e dor torácica há seis meses. Foi submetido à avaliação radiológica, que evidenciou lesão expansiva em língula com invasão de parede torácica. Broncofibroscopia e biópsia inconclusivos. Realizada toracotomia e segmentectomia pulmonar com diagnóstico de actinomicose após anatomopatológico. **Discussão:** Trata-se de uma patologia rara, com extensão para parede torácica na minoria dos casos. A fisiopatogenia é explicada por aspiração de conteúdo oro-gástrico contaminado, via hematogênica ou por continuidade. A sintomatologia pulmonar é caracterizada por hemoptise, tosse persistente e dor torácica aliados a sinais sistêmicos inespecíficos. O diagnóstico diferencial com neoplasias pleuropulmonares, processos linfoproliferativos locais e granulomatosos outros é difícil e definido por biópsia. O tratamento consiste em drenagem cirúrgica de abscesso e antibioticoterapia, sendo indicada em alguns casos a ressecção pulmonar. **Conclusão:** A actinomicose pode apresentar-se como massa pulmonar de difícil diagnóstico, mesmo com investigação invasiva, podendo ser necessários procedimentos cirúrgicos de grande porte. O tratamento de escolha é medicamentoso, com excelentes resultados.

PO145 O TESTE DA CAMINHADA DOS SEIS MINUTOS NÃO CAUSA DANO SIGNIFICATIVO NO DNA DE PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

CASSIA CINARA COSTA; DAVERSOM CANTERLE; LUCIANA MOUSALLE; SHARBEL MALUF; PAULO ZIMERMANN

FEEVALE, NOVO HAMBURGO, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; DNA; TESTE DA CAMINHADA DOS SEIS MINUTOS

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença inflamatória com participação de macrófagos, neutrófilos e linfócitos CD8, associada a estímulos oxidantes diretamente nas estruturas pulmonares, causada mais comumente pelo tabagismo. Recentemente foi demonstrado que o teste de caminhada dos seis minutos (TC6) é capaz de aumentar a inflamação e gerar o aumento de espécies reativas de oxigênio. **Objetivo:** avaliar os níveis de dano e reparo de DNA em portadores de DPOC, quando submetidos ao TC6. **Metodologia:** para avaliar o dano de DNA, amostras de sangue periférico foram coletadas antes e imediatamente após o TC6. Para avaliar a capacidade de reparo, foi analisada uma amostra coletada 48 horas após o TC6. Todas as amostras foram processadas pela técnica do cometa. **Resultados:** foram incluídos vinte e sete pacientes portadores de DPOC, sendo 59% homens e 41% 8,4 anos. A média do VEF1 foi□mulheres. A média de idade foi de 64,7 □ 18,4% do previsto, com relação média de VEF1/CVF de 52,5% □de 40,3% □ 17,0 anos, uma média de 48,1 □11,9%. Todos fumaram em média 36,7 37,5 maços/ano. A distância percorrida pelos pacientes foi em média de 380,1± 84,4 m, e as variáveis freqüência cardíaca, saturação periférica e escala de Borg não variaram significativamente após o TC6. A comparação das taxas médias de dano de DNA antes, imediatamente após e 48h após o TC6, não demonstrou diferença significante entre os três momentos (p= 0,43). Conclui-se neste estudo que o esforço físico realizado durante o TC6 não provoca aumento imediato nas taxas de dano de DNA, nem estimula os mecanismos de reparo do DNA em portadores de DPOC.

PO146 EFEITOS DO TREINAMENTO DE FORÇA PARA OS MEMBROS INFERIORES EM PACIENTES COM DPOC QUE PARTICIPAM DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

CASSIA CINARA COSTA; DAVERSOM CANTERLE; PAULO ZIMERMANN

FEEVALE, NOVO HAMBURGO, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EXERCÍCIO FÍSICO; TREINAMENTO PARA MEMBROS INFERIORES; REABILITAÇÃO PULMONAR

Introdução: Já está bem demonstrado através de estudos controlados e randomizados a eficácia do treinamento de resistência para os membros inferiores, porém, persistem dúvidas se trabalhar com a combinação de força e resistência modifica os resultados. **Objetivos:** Comparar se o treinamento combinado é superior ao treinamento apenas de resistência para os membros inferiores, em um programa de reabilitação pulmonar. Pacientes e métodos: 54 pacientes com DPOC foram randomizados: G1 (n=30) realizaram apenas o treinamento de resistência dos membros inferiores e G2 (n=24) treinaram resistência e força combinada. As variáveis analisadas foram: teste de caminhada de seis minutos, teste de carga máxima, trabalho de caminhada, questionário Saint George de qualidade de vida, percepção do esforço pela escala de Borg, e circunferência da coxa. **Resultados:** No teste de caminhada houve aumento da distância percorrida depois do programa intra grupos [G1(338,25 ± 110,51m vs. 400,10 ± 99,06; p=0,0002)] e [G2 (367,98 ± 103,39 vs. 398,11 ± 96,87, p=0,0135)]. Não foram observadas diferenças significativas no trabalho de caminhada e tão pouco na percepção de dispnéia. Com relação a qualidade de vida ocorreu melhora (G1:65.5% vs. G2: 61,4%, p=0,83) porém sem diferença significativa entre os grupos. As comparações entre os grupos (G1 y G2) depois do programa demonstram diferença estatística no teste de carga máxima apenas no movimento de flexão plantar direita e esquerda, sendo significativamente maior na esquerda (G1 Δ: 1 repetição vs. G2 Δ: 6,32 repetições, p=0,01). **Conclusão:** O treinamento combinado não se mostrou superior ao treinamento isolado de resistência para os membros inferiores.

PO147 SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVÍRUS:UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

DIANA ARISTOTELIS ROCHA; ULISSES MARIANO NASCIMENTO; EMANUEL AVELINO DAMASCENO; POLYANNA PAULA NOVAIS; ANA CARLA ALMEIDA; CAMILA SILVA SOUSA; HELOISA ALVES PINTO; VITORINO MODESTO SANTOS

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HANTAVÍRUS; DERRAME PLEURAL; ROEDORES SILVESTRES

Introdução: no Brasil, foram notificados 43 casos da Síndrome Pulmonar por Hantavírus (SPH) entre 1993 e 2000, com letalidade de 58%. Nas Américas, roedores silvestres constituem os principais reservatórios desta hantavirose. No Distrito Federal, os primeiros casos foram notificados em 2004. **Objetivos:** relatar caso de SPH que evoluiu para cura e enfatizar as dificuldades do diagnóstico diferencial, em especial nos primeiros dias de doença. **Métodos:** observação clínica e exames complementares, com interpretação acurada dos dados. **Resultados:** homem, 32 anos, pardo, militar, com antecedente de viagem para zona rural de Goiás há um mês; além de atividades profissionais em área de cerrado no Distrito Federal. Apresentou-se com febre alta e calafrios, cefaléia frontal, mialgia intensa e astenia. Exames complementares admissionais: eritrócitos 5,52 milhões/mm3, hemoglobina 15,2 g/dl, hematócrito 46,2%; leucócitos 6500/mm3 (2%, 65%, 1%, 0, 22%, 10%); plaquetas 133.000/mm3; creatinina 1,3 mg/dl, AST 22,4 U/dl, ALT 26,3 U/dl, AP 68%; INR 1,28; prova do laço negativa e EAS normal. Houve piora clínica após 2 dias de internação, com acentuado desconforto respiratório e estertores crepitantes nas bases pulmonares. As radiografias revelaram infiltrado interstício-nodular bilateral com área cardíaca normal. Dados complementares: 20.300 leucócitos/mm3 com 26% de bastões; 55.000 plaquetas/mm3; AP 33%; AST 266,8 U/dl, ALT 306,4 U/dl; e hiponatremia. Além de SPH, aventou-se a hipótese de leptospirose com manifestações respiratórias. Medicado com penicilina cristalina, o paciente foi transferido para UTI. Houve rápida melhora clínica e laboratorial, mas desenvolveu volumoso derrame pleural bilateral. No 4o dia de internação na UTI, exames de controle mostraram: 16.800 leucócitos/mm3 (0%, 60%, 2%, 0%, 27%, 11%), 168.000 plaquetas/mm3, TAP 72%, INR 1,23 e creatinina 1,0 mg/dl. Foi transferido para a enfermaria de Clínica Médica, completando 10 dias de penicilina cristalina, com regressão completa do derrame pleural. Alta hospitalar, assintomático, após 20 dias de evolução. Os exames sorológicos resultaram negativos para dengue, febre amarela e leptospirose (na primeira e na segunda semana). O diagnóstico de SPH foi confirmado pelas reações sorológicas específicas positivas tanto na primeira quanto na terceira semana. Manteve acompanhamento ambulatorial após alta hospitalar. **Conclusão:** embora a SPH seja enfermidade grave, geralmente com alta letalidade, o presente caso evoluiu para cura, sem complicações, com o adequado suporte de UTI. Os dados epidemiológicos e clínicos ora relatados correspondem aos constantes da literatura. Entretanto, na etapa inicial de investigação, foram acentuadas as dificuldades inerentes ao diagnóstico diferencial com outras infecções agudas. Além de leptospirose e dengue, que foram relatadas coexistindo com a SPH, deve-se diferenciar esta síndrome de outras enfermidades incluindo-se febre amarela, malária, legionelose, pneumocistose e sepsis.

PO148 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA E SUA RELAÇÃO COM AS DEMAIS DOENÇAS PULMONARES MAIS FREQUENTES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA-MA NO PERIODO DE 2004 A 2007

DIEGO MUNIZ DOS SANTOS; KENARD DA SILVA MARTINS NETO; ANTÔNIO COÊLHO GALVÃO JÚNIOR; ANA LÍVIA MUNIZ DA SILVA; DYEGILA KAROLINNE COSTA DA SILVA; ALVARO MODESTO DA SILVA RODRIGUES NETO; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES; THIAGO TEIXEIRA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUIS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; EPIDEMIOLOGIA; MARANHÃO

Introdução: Pneumonia inclui qualquer condição inflamatória pulmonar na qual alguns ou todos os alvéolos estão preenchidos com líquido e células sanguíneas. Basicamente são provocadas pela penetração de um agente infeccioso ou irritante (bactérias, vírus, fungos e por reações alérgicas) no espaço alveolar, onde ocorre as trocas gasosas. Os dados de hospitalização do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram que a pneumonia é a terceira causa de internações entre indivíduos com 65 anos de idade ou mais, representando 6,8% do total de internações hospitalares no SUS. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico da pneumonia não especificada bem como sua relação com as demais doenças pulmonares mais frequentes no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (UFMA) nos anos de 2004 a 2007. **Métodos:** Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, com análise de 333 registros de pacientes atendidos pelo Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (UFMA), do período de 2004 a 2007. Os casos de pneumonia foram analisados na base de dados do programa EPIINFO 3.4.3. **Resultados:** Foram registrados 42 casos de pneumonia (12,6%) do total de 333 atendimentos. A faixa etária mais acometida foi a de indivíduos maiores de 60 anos, com 21 casos (50%), seguida pelas faixas etárias de 12 a 23 anos e 24 a 35 anos com 6 casos (14,4%), cada. Não houve predominância de sexo, com 50%, cada. Quanto à evolução destes pacientes, 40 (95,2%) receberam alta após tratamento e 2 (4,8%) evoluíram para óbito. A pneumonia não especificada foi a 2ª doença mais freqüente no total de registros, sendo superada pela doença pulmonar obstrutiva crônica, que foi diagnosticada em 71 pacientes (21,32%), e seguida pela bronquiectasia, diagnosticada em 38 pacientes (11,4%). **Conclusão:** A composição e as tendências da morbidade na população com mais de 60 anos têm sofrido alterações devido à crescente sobrevida da população. Neste estudo, é justamente a faixa etária que apresentou maior freqüência de casos, dado este que merece destaque, em virtude da maior suscetibilidade desta parcela da população as agressões desta doença. Além disso, o estudo mostra a importancia da pneumonia como causa frequente de atendimento nos serviços de pneumologia, demosntrando a necessidade de um diagnostico eficiente e um tratamento realmente curativo, alem de medidas que previnam e eduquem sobre a continuidade do tratamento, principalmente em crianças e nos paciente idosos.

PO149 ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ASMA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA-MA NO PERIODO DE 2004 A 2007

DIEGO MUNIZ DOS SANTOS; ANA LÍVIA MUNIZ DA SILVA; THIAGO TEIXEIRA SILVA; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES; KENARD DA SILVA MARTINS NETO; ANTÔNIO COÊLHO GALVÃO JÚNIOR; FÁBIO HENRIQUE SERRA FROÉS; FÁBIO COIMBRA MALHEIROS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUIS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; EPIDEMIOLOGIA; MARANHÃO

Introdução: A asma é uma doença crônica das vias aéreas, caracterizada por obstrução do fluxo aéreo, inflamação, hiper-reatividade da traquéia e dos brônquios, episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, opressão torácica e tosse. O diagnóstico é essencialmente clínico, orientado por anamnese e exame físico cuidadosos. As crises de broncospasmo e inflamação são desencadeadas predominantemente por alérgenos inalatórios, infecção respiratória (principalmente virótica), estímulos físicos (esforço) e por fatores emocionais. **Objetivos:** Analisar a freqüência da asma e seu perfil epidemiológico no serviço de pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra no período de 2004 a 2007. **Métodos:** Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, com análise de 333 registros de pacientes atendidos pelo serviço de pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, do período de 2004 a 2007. Os casos de asma foram classificados de acordo com o CID 10 atual e analisados no programa EPIINFO 3.4.3. **Resultados:** Foram registrados 11 casos de asma (3,30%) do total de 333 atendimentos, sendo que desses oito casos eram asma do tipo mista (72,7%), 2 casos (18,2%) foram de asma não especificada e apenas 1 caso (9,1%) era de asma predominantemente alérgica. A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 59 anos (63,6%), seguida por aquela com indivíduos maiores de 60 anos (36,4%). Houve predominância de casos do sexo feminino (72,7%). Quanto à evolução destes pacientes, um caso apenas evoluiu para óbito, sendo este com mais de 60 anos e do sexo masculino. **Conclusão:** A caracterização das formas clínicas da asma, segundo o CID 10, e a investigação de seu perfil epidemiológico é de fundamental importância na identificação dos fatores desencadeadores das crises em pacientes asmáticos. Estes achados contribuem para estabelecer condutas de tratamento e prevenção, possibilitando embasamento para processos educativos e de reabilitação, contribuindo, portanto, para melhoria na qualidade de vida de tais pacientes.

PO150 ANÁLISE CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA RINOSPORIDIOSE EM UM CENTRO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA, SÃO LUÍS- MA

DIEGO MUNIZ DOS SANTOS; ANA LÍVIA MUNIZ DA SILVA; KENARD DA SILVA MARTINS NETO; ANTÔNIO COÊLHO GALVÃO JÚNIOR; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES; THIAGO TEIXEIRA SILVA; RAFAEL CAMPOS SILVA; LORENA BORGES DUAILIBE DE DEUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO, SAO LUIS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: RINOSPORIDIOSE; EPIDEMIOLOGIA; MARANHÃO

Introdução: A rinosporidiose é uma infecção granulomatosa produzida pelo Rhinosporidium seeberi, caracteriza-se por lesões elevadas, lembrando pólipos ou papilomas, com pontilhado branco-amarelado na mucosa, que acomete primariamente as mucosas nasais ou oculares, levando ao aparecimento de reação tecidual crônica, caracterizada pela formação de lesões polipóides e vascularizadas. A mucosa nasal é o sítio de infecção mais freqüente, seguido da conjuntiva bulbar. **Objetivos:** Analisar a prevalência da rinosporidiose diagnosticada por histopatológico em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, em São Luís, MA, no período de 2000 a 2005. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional, descritivo e transversal envolvendo 25 pacientes de ambos os sexos. com idades entre 7 e 24 anos, sendo a média de 14 anos, destacando- se que 23 (91,3%) destes eram estudantes e apenas 2 (8,6%) eram lavradores. **Resultados:** A população foi composta por 84,0% de homens, 16,0% de mulheres. Os pardos corresponderam a 76,0%, seguidos de 20,0% de negros e 4,0% de brancos. As idades variaram entre 7 e 24 anos, sendo a média de 14 anos, destacando-se que 91,3% destes eram estudantes e apenas 8,6% eram lavradores. 68,0% eram procedentes do interior do Estado do Maranhão, enquanto que 32,0% eram da capital do Estado. As lesões polipóides foram identificadas predominantemente na narina esquerda (64%; 16/25), seguindo- se narina direita (28%; 7/25), seio maxilar (12%; 3/25) e rinofaringe (8%; 2/25). Na evolução clínica os pacientes apresentaram predominantemente obstrução nasal (80%; 20/25), seguindo-se sangramento nasal (68%; 17/25) e infecção secundária (12%; 3/25%), havendo ainda recidiva em dois casos (8,0%). O tratamento de todos os casos foi essencialmente cirúrgico. **Conclusão:** A população foi composta majoritariamente por homens (84,0%) e pardos (76,0%), procedentes do interior do Estado do Maranhão (68,0%).

PO151 EFEITO AGUDO DA REABILITAÇÃO PULMONAR NO TRANSPORTE MUCOCILIAR DE PACIENTES COM DPOC

DIONEI RAMOS; ERCY MARA CIPULO RAMOS; BEATRIZ MARTINS MANZANO; KÁTIA TERUMI SATO; JULIANA ALEXANDRE CERVEIRA; LUCIANA CRISTINA FOSCO; LUIZ CARLOS MARQUES VANDERLEI; GRACIANE LAENDER MOREIRA
FCT - UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO PULMONAR; SACARINA; DPOC

Introdução: Vários estudos comprovam que a Reabilitação Pulmonar (RP) por meio de atividades educativas e de condicionamento físico beneficia o paciente portador da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ao atenuar o declínio da função pulmonar e minimizar o impacto da incapacidade física e funcional sobre o indivíduo. Há evidências que o efeito agudo da atividade física, ao proporcionar mudanças na ventilação e na viscosidade da secreção nasal, promove aumento do clearance mucociliar nasal em atletas e em indivíduos destreinados, contudo, dados referentes aos efeitos agudos de uma sessão da RP em paciente portador de DPOC são inexistentes. **Objetivo:** Avaliar a resposta aguda de uma sessão de RP sobre o transporte mucociliar nasal de pacientes portadores de DPOC. **Materiais e Métodos:** Foram analisados dados de 8 voluntários portadores de DPOC, com média de idade de 69 ±8 anos, que participaram do protocolo de RP desenvolvido no Centro de Estudos e Atendimentos em Fisioterapia e Reabilitação da FCT/UNESP de Presidente Prudente-SP, com freqüência de duas vezes por semana. Para análise do transporte mucociliar nasal foi utilizado o teste de transporte de sacarina (TTS), o qual foi feito antes e imediatamente após a sessão de RP. Para realização do teste uma quantidade de aproximadamente 5µg de sacarina sódica granulada, foi posicionada, sob controle visual, a 2 cm para dentro da narina direita do voluntário e o tempo que eles levaram para sentir o gosto doce na boca foi cronometrado e registrado como uma medida do transporte mucociliar nasal. Os voluntários foram instruídos a, durante o teste, não andar, falar, tossir, coçar ou assoar o nariz até a sensação do gosto. **Análise Estatística:** Teste de sinais dos escores de Wilcoxon, com nível de significância de 5% foi utilizado para análise dos dados. **Resultados:** A sessão do programa de RP realizado produziu redução estatisticamente significante no TTS imediatamente após a sua realização. O valor de TTS obtido antes da sessão de RP foi de 21±13min e ao final de 10±3 min (p = 0,008) [média±DP]. **Conclusão:** Os dados sugerem que a sessão do programa de RP realizada foi capaz de promover uma melhora imediata do transporte mucociliar nasal dos voluntários estudados, o que proporciona melhora na higiene brônquica e estabilidade clínica. Palavras-chave: Reabilitação Pulmonar; sacarina; DPOC.

PO152 CARACTERIZAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DPOC EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

DIONEI RAMOS; ERCY MARA CIPULO RAMOS; BEATRIZ MARTINS MANZANO; RAFAELA BONFIM; DANIELA MIZUSAKI IYOMASA; GRACIANE LAENDER MOREIRA; LUCIANA CRISTINA FOSCO; LUIZ CARLOS MARQUES VANDERLEI
FCT - UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; REABILITAÇÃO PULMONAR; NUTRIÇÃO

Introdução: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) caracteriza-se por um conjunto de alterações, pulmonares e sistêmicas. Essas alterações sistêmicas podem trazer como conseqüência perda de peso, massa muscular e depleção tecidual, que repercutem negativamente na tolerância ao exercício, prognóstico e na sobrevida. A utilização de uma terapia nutricional pode melhorar a força da musculatura respiratória e periférica, e aumentar a tolerância aos esforços. Assim, avaliar a condição nutricional nos indivíduos portadores de DPOC e intervir com orientação e suporte nutricional nos parece fundamental. **Objetivo:** Avaliar a condição nutricional dos indivíduos com DPOC participantes de um Programa de Reabilitação Pulmonar. **Materiais e método:** Foram avaliados 15 indivíduos com DPOC (11 homens; quatro mulheres) participantes do programa de Reabilitação Pulmonar do Centro de Estudos da FCT - Unesp Campus de Presidente Prudente, classificados em bronquite crônica ou enfisema pulmonar segundo GOLD. A idade da população foi 70 ± 8 anos, peso 64 ± 13 (em quilos) e altura 1,64 ± 0,09 (em metros) [média ± DP]. Os dados antropométricos (peso e altura) foram utilizados para cálculo do índice de massa corpórea (IMC), e para avaliação dos hábitos alimentares e conhecimento do perfil nutricional foi elaborado um inquérito recordatório de 24 horas no qual os indivíduos descreveram de forma quantitativa e qualitativa os alimentos ingeridos durante o dia (café da manhã, lanche, almoço, café da tarde, jantar e ceia). **Análise estatística:** Foi realizada análise descritiva dos dados. **Resultados:** O valor do IMC apresentou-se maior nos bronquíticos, (25,92 ± 2,74) quando comparados com os enfisematosos, (21,38 ± 2,86) [média ± DP]. A análise alimentar desses indivíduos mostrou que mesmo entre os que apresentavam IMC normal, a ingestão das categorias alimentares não era realizada de forma adequada, assim como aqueles com IMC acima e abaixo do ideal. Encontrou-se preferência por alimentos ricos em carboidratos, e ingestão insuficiente dos outros grupos alimentares como proteínas e vitaminas. **Conclusão:** Neste estudo os indivíduos com enfisema pulmonar apresentaram IMC mais baixos quando comparados aos bronquíticos. Todos os participantes, mesmo aqueles com índice dentro da normalidade não realizaram ingestão alimentar de forma adequada. Com base nos achados desse estudo e ao considerar que durante as atividades do Programa de Reabilitação são realizadas avaliações nutricionais e orientações alimentares, verificou-se que este não foi suficiente para determinar alterações nos hábitos nutricionais dos participantes.

PO153 TABAGISMO X TRANSPORTE MUCOCILIAR

DIONEI RAMOS; ERCY MARA CIPULO RAMOS; BEATRIZ MARTINS MANZANO; RAFAELA FAGUNDES XAVIER; DANIELA MIZUSAKI IYOMASA; GRACIANE LAENDER MOREIRA; LUCIANA CRISTINA FOSCO; LUIZ CARLOS MARQUES VANDERLEI
FCT - UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; SACARINA; TRANSPORTE MUCOCILIAR

Introdução: O tabagismo pode causar modificações no transporte mucociliar (TMC) decorrentes da intoxicação pela fumaça e substâncias presentes no cigarro. **Objetivo:** Avaliar os efeitos do tabagismo no TMC imediatamente após o fumo ativo e depois de oito horas sem fumar. **Materiais e métodos:** Foram analisados dados de 14 voluntários participantes do Programa de Orientação e Conscientização Anti-Tabagismo da FCT/UNESP – Presidente Prudente, oito mulheres e seis homens, com idade média de 46 ± 17,93 anos e média de 38,7 ± 29,32 anos/maço. A velocidade do TMN foi mensurada por meio

do teste do tempo de transporte da sacarina (TTS), imediatamente após o ato de fumar e após abstinência de oito horas. Para realização do teste os voluntários foram posicionados sentados com a cabeça levemente estendida e foi introduzido cinco microgrãos de sacarina sódica granulada a dois cm para dentro da narina direita. O registro da velocidade de transporte foi realizado por meio de um cronômetro, disparado no momento da colocação da sacarina na narina de cada voluntário e interrompido no instante do relato da sensação adocicada em sua boca. Os voluntários foram orientados a não andar, falar, tossir, espirrar, coçar ou assoar o nariz e a engolir poucas vezes por minuto. As coletas de dados foram realizadas no mesmo período do dia (entre 17-19 horas). **Análise estatística:** Foram utilizados Teste t para dados pareados e coeficiente de correlação de Pearson, com p-valor < 0.05. **Resultados:** Foi observada diferença estatisticamente significante (p=0.0124) entre o TTS imediatamente após o ato de fumar (10 ± 3 min) e o período de abstinência de oito horas (15 ± 5 min). Houve correlação significante entre anos/maço e o TTS após período de abstinência (r = 0.7421; p = 0,0024), indicando que voluntários com maior anos/maço apresentaram tempo de TMN aumentado em relação aos de menor anos/maço. **Conclusão:** Os resultados demonstram que nos indivíduos estudados após oito horas de abstinência, o TTS foi superior aos valores imediatos, indicando que o tabagismo retardou o transporte ciliar. Ao considerar que os valores de TTS imediatos estão próximos dos valores de referência de normalidade descritos na literatura, os dados sugerem que a diminuição do TTS observado nestes indivíduos imediatamente após o ato de fumar pode refletir uma resposta de defesa do organismo frente às substâncias nocivas inaladas durante o fumo. Além disso, os resultados mostraram que o tempo e a intensidade de exposição está diretamente relacionada com o TTS. Palavras-chaves: Tabagismo, Sacarina, Transporte Mucociliar

PO154 PROGRAMA ANTI-TABAGISMO: RELATOS SINTOMATOLÓGICOS DOS INDIVÍDUOS ANTES E APÓS CESSAÇÃO

DIONEI RAMOS; ERCY MARA CIPULO RAMOS; BEATRIZ MARTINS MANZANO; BÁRBARA CRISTINA KIMURA; LUCIANA CRISTINA FOSCO; RAFAELA BONFIM; DANIELA MIZUSAKI IYOMASA; ALEXANDRE LEMOS SALOMÃO

FCT - UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CESSAÇÃO; SINTOMAS

Introdução: A ação de fumar está relacionada ao subjetivismo e alguns sintomas comumente relatados podem tornar-se mais expressivos com a abstinência. Esta condição resulta em mudanças psicológicas e físicas, algumas das quais representam o retorno ao estado de não-fumante, enquanto outras refletem um período temporário de reajuste à diminuição de nicotina a qual o organismo do fumante está acostumado. Deste modo, é importante avaliar o impacto da cessação tabágica sobre o aspecto sintomatológico. **Objetivos:** Verificar o efeito da intervenção do Programa de Orientação e Conscientização Anti-tabagismo (PROCAT) da FCT-UNESP de Presidente Prudente-SP sobre os sintomas relatados pelos participantes no decorrer da intervenção. **Materiais e métodos:** Foram avaliados 10 indivíduos, 6 mulheres e 4 homens, com idade média de 43 ± 14,48 anos, índice de Fagerstrom variando de baixo a muito elevado e média de 39 ± 25,62 anos/maço, participantes do PROCAT. Para avaliação dos sintomas foi utilizado um questionário auto-aplicado no qual os indivíduos deveriam pontuar em escala de zero a seis, sendo zero referente à ausência do sintoma e seis a sua máxima expressa, os seguintes sintomas: desejo por um cigarro; irritabilidade; tensão; depressão; dor de cabeça; insônia; mau-funcionamento intestinal e perda de concentração. O questionário foi aplicado em três momentos: primeiro dia da intervenção, dia da cessação do tabagismo e após 15 dias de abstinência. **Análise estatística:** Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Foi observado para os sintomas desejo por um cigarro, irritabilidade e inquietude, uma tendência à maior pontuação no dia da cessação em relação ao primeiro dia, e pontuação inferior após o 15º dia de abstinência. Para os sintomas depressão, tensão, estresse e insônia foi observado pontuação decrescente a partir do primeiro dia. Dor de cabeça e mau-funcionamento intestinal foram mais intensos no dia da cessação, com diminuição no 15° dia de abstinência, porém, a pontuação manteve-se acima da referida no primeiro dia. A perda de concentração aumentou gradativamente até o 15° dia de abstinência. **Conclusões:** Os dados sugerem que o programa produziu efeitos positivos nos sintomas mais relatados pelos indivíduos e contribuiu na tolerância à síndrome de abstinência, que comumente se estende até três semanas.

PO155 EFICÁCIA DO PROTOCOLO DE CONDICIONAMENTO FÍSICO IMPLATADO NO PROGRAMA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO HOSPITAL DE MESSEJANA

MARIA DA PENHA UCHOA SALES[1]; TEREZA MORANO[2]; JULIANA PESSOA[3]; ISABELA MELO MATTOS[4]; EANES DELGADO BARROS PEREIRA[5]

1,2,3.HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4.HOSPITAL DE MESSAJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 5.UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CONDICIONAMENTO FISICO ; TABAGISMO; QUADRO FUNCIONAL RESPIRATÓRIO

Introdução: O cigarro é considerado o maior agente evitável de morte no mundo. Atualmente acomete mais de 1 bilhão de pessoas no mundo, onde 4 milhões morrem por ano. Programas para cessação tabágica se tornam cada vez mais importantes. **Objetivos:** Avaliar a eficácia do programa de condicionamento físico comparando com o grupo controle entre os indivíduos que participaram do Programa de Combate do Tabagismo (PCT) do Hospital de Messejana. **Métodos:** Ensaio clinico aberto prospectivo conduzido com 57 pacientes do Programa de Combate do Tabagismo (PCT) do Hospital de Messejana no período de outubro de 2006 a julho de 2008. Os pacientes foram divididos em dois grupos aleatoriamente, Grupo A participou do PCT e o Grupo B participou do PCT e do protocolo de condicionamento físico realizado duas vezes por semana, ambos grupos foram acompanhados por dois meses. Os pacientes foram avaliados no inicio e final do programa quanto aos seguintes parâmetros : teste da caminhada , teste de Endurance da cadeira, medida de PIMAX e PEMAX e medida do peak flow . **Resultados:** Foram avaliados 57 pacientes sendo que 28 homens e 29 mulheres. Pertenciam ao grupo A 35 pacientes com média de idade de 53 +10 anos. No grupo B foram 22 pacientes com media de idade de 49 + 11 anos. No final do programa foi observado que o grupo B apresentou melhora quanto a PIMX com relação ao grupo A (-121,5 + 37,9 X -105,9 + 31; p<0,01), também foi observado melhora do grupo B em relação ao grupo A quanto ao teste do endurance da cadeira e teste da caminhada (23 + 3,1 X 19,4 + 4; p<0,01 e 543,9 + 105 X 519 + 111;p<0,01 respectivamente.) **Conclusão:** O condicionamento físico ofereceu aos participantes do PCT melhora do seu quadro funcional repiratório.

PO156 ABSCESSO PULMONAR POR MUCORMICOSE EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL: RELATO DE CASO

CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; DANILO FELIX DAUD; EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES; CARLOS EMANUEL WUTZOW; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; RAIMUNDO JENNER PARAISO PESSOA JUNIOR; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO

UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ABSCESSO PULMONAR; ZIGOMICOSE; MUCORMICOSE

Introdução: A mucormicose é uma infecção fúngica rara, pertencente às zigomicoses, causada por um fungo da ordem Mucorales, classe Zygomycetes; os agentes etiológicos mais freqüentemente isolados são: Mucor sp., Rhizopus sp., Rhizomucor sp. e Absidia sp.. Trata-se de infecção infreqüente, oportunista, de alta morbimortalidade, principalmente quando cursa com acometimento pulmonar, podendo nesses casos simular o acometimento por Aspergillus, com mortalidade geral chegando a 60%. É mais comumente encontrada em pacientes imunossuprimidos transplantados e diabéticos. O diagnóstico é possível através da análise de secreções respiratórias por broncoscopia com 40% de positividade. Dentre as opções terapêuticas temos: o acompanhamento sem antifúngicos, com uma mortalidade de 96%; a drenagem pleural, com mortalidade aproximada de 67%; o uso isolado de antifúngicos, que apresenta uma mortalidade de 55% e; a melhor opção terapêutica, a combinação de antifúngicos e ressecção cirúrgica da lesão, com mortalidade de 27%. **Relato de Caso:** Relatamos um paciente de 58 anos, masculino, que deu entrada no Hospital São Paulo com quadro de astenia, dispnéia aos moderados esforços, tosse com expectoração amarelada, sudorese noturna e emagrecimento de 8 kg em um mês. Nos antecedentes pessoais - diabetes melitus com retinopatia, neuropatia, disfunção erétil e nefropatia. Evoluiu com quadro de insuficiência renal dialítica nos últimos sete anos e transplante renal há 14 meses, em uso de imunossupressores (micofenolato, tacrolimus e prednisona). Na internação verificou-se consolidação em ápice pulmonar esquerdo e iniciou-se tratamento com ceftriaxone e claritromicina. Foi realizada broncoscopia com coleta de lavado brônquico e biópsia que não definiram diagnóstico etiológico. Após duas semanas houve formação de duas cavidades (abscessos), vistas à

radiografia, na mesma topografia da condensação anterior, sem melhora clínica do paciente; sendo então indicado cirurgia tanto para diagnóstico das lesões como para tratamento. No ato operatório observamos duas cavidades preenchidas de material necrótico em lobo superior esquerdo, sendo optado por lobectomia. Ao exame microbiológico, diagnosticou-se presença de filamentos fúngicos (zigomicetos) da espécie Mucor sp. Associou-se ao tratamento uso de Anfotericina B endovenosa, com importante melhora clínica. **Conclusão:** Em acordo com a literatura, a mucormicose é uma infecção fúngica rara, porém com elevada morbimortalidade. Para a instituição de uma terapêutica adequada, o diagnóstico deve ser precoce, através de broncoscopia com biópsias e lavado brônquico e culturas fúngicas, estas com maior rendimento, e a terapêutica multimodalidade, incluindo antifúngicos e cirurgia.

PO157 ASSOCIAÇÃO INCOMUM: BOLA FÚNGICA E CISTO BRONCOGÊNICO – RELATO DE CASO

CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; DANILO FELIX DAUD; EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; MARCO AURÉLIO MARCHETTI FILHO; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO.
UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BOLA FÚNGICA; ASPERGILOMA; CISTO BRONCOGÊNICO

Introdução: A associação entre cisto broncogênico e bola fúngica é pouco descrita na literatura. Em cerca de 80% das vezes a patologia pulmonar prévia à bola fúngica é a tuberculose. Há também relatos de outros tipos de cavidades associadas, como bronquiectasias, bolhas, abscessos, cistos e sequestro pulmonar. A incidência geral do aspergiloma ou bola fúngica é desconhecida; estima-se que, em cerca de 10% das cavidades pulmonares secundárias à tuberculose, há evidencias radiográficas de acometimento. O sintoma mais freqüentemente encontrado é a hemoptise, presente em até 95% dos pacientes. O diagnostico é feito pelos exames de imagem, não necessitando de comprovação microbiológica ou histológica. O tratamento preconizado é a ressecção da cavidade, sendo a lobectomia a mais realizada. O tratamento com antifúngicos ou embolizações não são efetivos. Em pacientes sem reserva pulmonar, que não tolerariam uma ressecção, uma alternativa é a cavernostomia e retirada da bola fúngica ou micetoma. **Relato de Caso:** Mostramos paciente de 29 anos, feminino, que há 2 anos apresentou tosse, febre e escarros hemáticos, na ocasião foi tratada com antibiótico oral (amoxacilina), não necessitando de internação; porém persistiram os escarros com sangue esporadicamente. Nos últimos três meses houve aumento da freqüência e quantidade do sangue no escarro, passando a ser diário. Não havia antecedentes de infecções pulmonares ou outras patologias até então. Durante investigação diagnóstica por radiografia e tomografia de tórax, evidenciamos cavidade em lobo inferior esquerdo preenchida por material denso, móvel com mobilização da paciente, sugestivo de aspergiloma. Foi então submetida a resseção cirúrgica e a análise histopatológica mostrou a presença de Aspergillus no interior de cavidade de cisto broncogênico. **Conclusão:** Concluímos que a aspergilose com acometimento pulmonar é passível de ser encontrada em qualquer cavidade pulmonar e nessa paciente apresentou-se no interior de cisto broncogênico, sendo submetido a ressecção com sucesso.

PO158 CARINOPLASTIA POR ACESSO TRANSESTERNAL E TRANSPERICÁRDICO NA ABORDAGEM DA FÍSTULA BRONCO-PLEURAL CRÔNICA: RELATO DE CASO

CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; DANILO FELIX DAUD; EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; LUIZ HIROTOSHI OTA; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO
UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FÍSTULA BRONCO-PLEURAL CRÔNICA; CARINOPLASTIA; ACESSO TRANSESTERNAL E TRANSPERICÀRDICO

Introdução: A fístula brônquica é uma complicação grave após pneumonectomias, sua incidência varia entre 0,5% e 10% nas mais variadas séries. Trata-se de uma complicação de difícil manejo, exibindo inúmeras técnicas cirúrgicas para tratamento e correção, incluindo desde drenagem pleural, pleurostomia, repleção pleural até o fechamento por operações complexas, como uso de retalhos musculares e omento. Tratando-se de fístulas bronco-pleurais crônicas, a resolução é sempre mais desafiadora; diversos autores publicaram a técnica transesternal e transpericárdica, inicialmente descrita por Abruzzini, em 1961, para abordagem do hilo pulmonar; com o intuito de evitar a cavidade pleural (infectada), buscando o sucesso no fechamento da fístula de forma definitiva. **Relato de Caso:** Mostramos neste relato paciente de 48 anos, feminino, submetido à pneumonectomia direita há 7 anos por adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT2N1M0 (pneumonectomia realizada por invasão de artéria pulmonar direita por linfonodo de cadeia 10 acometido), evoluindo no pós-operatório tardio com empiema e fístula de côto brônquico. Inicialmente foi submetida à drenagem pleural sem controle efetivo da infecção, sendo submetida posteriormente a pleurostomia cirúrgica e tentativa de oclusão da fístula através de abordagem broncoscópica com tamponamento por sonda de Folley posicionada no óstio do côto brônquico e exteriorizada por contra-abertura à pleurostomia, permitindo a adequada ventilação da paciente, evitando o vazamento do ar respirado pela fístula. Isto permitiu a realização de seguidas seções de esclerose local por broncoscopia com polidocanol a 1%; tratamento que inicialmente foi eficaz, porém houve recidiva da fístula anos mais tarde. Optamos então por realização da técnica transesternal transpericárdica para abordagem dos elementos do hilo pulmonar no mediastino, sem contato com a cavidade pleural. Durante a operação religamos o ramo direito da artéria pulmonar, além de carinoplastia devido a côto brônquico direito curto e justacarinal. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e mantém-se sem recidiva por um período de acompanhamento de 7 meses. **Conclusão:** Concluímos que a intervenção por via transesternal transpericárdica, embora exija maior experiência por parte da equipe cirúrgica, é factível e segura; mostrando-se eficaz no tratamento da fístula bronco-pleural crônica.

PO159 HAMARTOMATOSE PULMONAR SIMULANDO METÁSTASE DE TUMOR DE WILMS – RELATO DE CASO

EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; DANILO FELIX DAUD; RENATO DE OLIVEIRA; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO; CARLOS LEONARDO MARTINS GUIMARÃES
UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HAMARTOMATOSE PULMONAR; METÀSTASES; TUMOR DE WILMS

Introdução: O Hamartoma é a neoplasia benigna pulmonar mais freqüente e representa 4 por cento dos nódulos pulmonares indeterminados. Múltiplos hamartomas são raros, havendo poucos relatos na literatura. Apresentamos o caso de um paciente com antecedente de tumor de Wilms há 25 anos, em que a presença de lesões pulmonares sugeriu metástases pulmonares como primeiro diagnóstico. **Relato de caso:** Os autores apresentam o caso de um paciente de 27 anos que procurou o ambulatório de cirurgia torácica por alteração em exame admissional (radiografia de tórax). Apresentava-se assintomático e como antecedente patológico relatava ser portador de hepatite C, diabético insulino-dependente e ter sido submetido à ressecção completa de um tumor de Wilms aos dois anos de idade com quimioterapia e radioterapia adjuvantes. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, sem queixas, tendo como alterações apenas uma cicatriz transversal em flanco esquerdo e uma discreta assimetria torácica, atribuídas às 35 sessões de radioterapia. A propedêutica pulmonar era normal. A radiografia de tórax mostrou vários nódulos pulmonares bilaterais. Foi solicitada tomografia computadorizada de tórax que confirmou as lesões e demonstrou tratar-se de nódulos e massas, dispersos pelo parênquima. Com a hipótese diagnóstica de metástase do tumor de Wilms, foram solicitados tomografia de abdômen, ultrassonografia de bolsa testicular e broncoscopia, sem alterações. A biópsia transbrônquica não demonstrou lesão. O exame anatomopatológico de fragmento de uma das lesões obtido por punção transparietal com agulha de 14G orientado por tomografia demonstrou tratar-se de neoplasia mesenquimal de baixo grau, sem definir a origem da lesão. O paciente foi submetido à toracotomia com excisão de um dos nódulos para congelação, que foi compatível com metástase de tumor de Wilms. Com o diagnóstico, ressecamos as demais lesões do parênquima, totalizando nove nódulos e duas massas. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências e o paciente recebeu alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório. O anatomopatológico, após imunohistoquímica, mostrou tratar-se de hamartoma adenomiomatoso, múltiplo, sem atipia, pleomorfismo ou índice mitótico significante, tratando-se, portanto, de lesão benigna. A hamartomatose pulmonar é de ocorrência rara, havendo poucos casos descritos na literatura. O prognóstico é favorável.

PO160 ESTUDO COMPARATIVO DE DIVERSOS MEIOS DE COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO DA SECREÇÃO BRÔNQUICA EM PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE PULMÃO

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE[1]; THAIS DITOLVO ALVES DA COSTA[2]; EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE JR.[3]; JONAS SILVA DE SOUZA[4]; ROMILDO TORRES CAMELO[5]; ROSSILENE VIANA DE ANDRADE[6]

1.UEA, MANAUS, AM, BRASIL; 2,3,4.UNILTONLINS, MANAUS, AM, BRASIL; 5,6.FCECON, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CITOPATOLOGIA; ENDOSCOPIA; ESCARRO INDUZIDO

Introdução: O câncer de pulmão é a neoplasia mais freqüente no mundo e aquela que apresenta a maior mortalidade. O sucesso do tratamento é diretamente proporcional à precocidade do diagnóstico. A dificuldade na aquisição do material biológico possível de confirmar a doença é freqüente e muitas vezes o estado clínico do paciente é fator dificultador de se conseguir o espécime necessário. Este trabalho procurou estudar diversos meios de coleta do material oriundo dos brônquios e pulmões dos pacientes, comparando-os entre si e verificando a reprodutibilidade dos achados através do diagnóstico efetuado por dois patologistas em um estudo prospectivo, de corte transversal, em que os examinadores estavam cegos em relação à opinião do colega. Este trabalho evidenciou que o exame citopatológico realizado a partir de espécimes obtidos por escarro simples, escarro pós-nebulização e lavado bronco-alveolar quando comparados com o padrão ouro (escovado/histopatológico) apresentou uma sensibilidade (S) e especificidade (E) da ordem de 5%/100%; 5%/92% e 42%/92% respectivamente. Frente à gravidade da doença, a característica mais desejável do procedimento deveria ser uma alta sensibilidade a fim de que o diagnóstico pudesse ser feito o mais rápido e precocemente possível. Embora os exames tivessem apresentado um bom grau de interconcordância dos patologistas medidos pelo teste do Kappa, eles se mostraram fracos para responder á necessidade de eficiência já exposta. Assim, concluímos que os exames citopatológicos das secreções brônquicas obtidas por meio de escarro simples, escarro estimulado por nebulização ou lavado brônquico, apesar de fáceis de obter, não se mostraram, neste estudo, de grande utilidade no diagnóstico do câncer de pulmão em nossa experiência.

PO161 PARACOCCIOIDOMICOSE:RELATO DE UM CASO APÓS USO PROLONGADO DE CORTICÓIDES

EDUARDO BRIDA COSTA[1]; MARIA BEATRIZ BONIN[2]; LUÍS MARCELO COELHO[3]; MILENE CHANQUETTI QUITÉRIO[4]

1,2,3.UNIMED, LIMEIRA, SP, BRASIL; 4.MEDICAL, LIMEIRA, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PARACOCCIOIDOMICOSE; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL; CORTICÓIDES

Introdução: Paciente sexo feminino, 37 anos encaminhada pelo otorrinolaringologista devido à tosse com hemoptóicos,febre e rouquidão há 1 mês. Apresentava segundo relato do colega,lesões na boca,orofaringe e cordas vocais na laringoscopia,e um RX de Tórax com um infiltrado hilar bilateral. Na primeira consulta, a paciente encontrava-se com sintomatologia e propedêutica pulmonar importante, com dispnéia aos pequenos esforços, ausculta pulmonar com roncos e sibilos difusos, além de emagrecimento de 10 kg em 6 meses. A paciente tinha 2 internações anteriores para tratamento de pneumonia nos últimos 3 meses,porém recebendo alta com melhora parcial e retorno rápido aos sintomas. Além disso tinha feito uso de corticóide em doses imunossupressoras por 10 meses para tratamento de uma anemia hemolítica a 18 meses atrás,sendo que a anemia entrou em remissão e o corticóide suspenso há 8 meses. O objetivo desse relato de caso é fazer o diagnóstico correto e diferencial dessa doença fúngica das outras infecções pulmonares,já que a paciente viveu em área rural por 18 anos,além de relacionar o uso prolongado de corticóides ao aparecimento da infecção adulta pelo fungo. Os métodos ultilizados para o diagnóstico foram: internação hospitalar para investigação e suporte ventilatório,realização de Tc de Tórax onde mostrava múltiplos nódulos pulmonares de dimensões variadas,difusamente distribuidos em ambos os pulmões,a maior partes deles cavitados e com paredes espessadas,medindo até 2,5 cm.Realizada ainda broncoscopia flexível com LBA, onde a pesquisa de fungos realizada pelo patologista foi positivo para Paracoccióides Brasilienses. Foi introduzido Itraconazol 400 mg dose única diária,com paciente permanecendo internada por 8 dias após o diagnóstico até a parada dos hemoptóicos,da febre e melhora do estado geral.O resultado desse caso após 100 dias de tratamento e acompanhamento ambulatorial é excelente,com ausência da tosse,melhora da dispnéia,ganho ponderal importante e melhora evidente do Rx de Tórax. O P.brasiliensis é um fungo que existe na natureza que causa infecções em indivíduos sem alterações na imunidade.Nesse caso apresentado,temos um indivíduo do sexo feminino,jovem,tabagista, internada para tratamento de pneumonia equivocadamente por 2 vezes e que fez uso de corticóides por longo período,mas que durante a grave infecção pulmonar encontrava-se com a inumidade reestabelecida. Concluimos que o diagnóstico dessa doença não é simples,as vezes necessita de quadro clínico exuberante,exames de imagem e coleta de material adequado que comprove a presença do fungo, pois muitas vezes infecções leves são desapercebidas. Além do que a introdução de antifúngico adequado,acompanhamento rigoroso e parada do tabagismo, levam a rápida recuperação do quadro clínico,e resolução das lesões das mucosas e da infecção pulmonar com diminuição das seqüelas.

PO162 FÍSTULA AORTOESOFÁGICA SECUNDÁRIA A PERFURAÇÃO ESOFÁGICA POR CORPO ESTRANHO E MEDIASTINITE. RELATO DE CASO

HENRIQUE JOSÉ DA MOTA[1]; EDUARDO DA SILVA TEIXEIRA[2]; MONICA MARTINS NÓBREGA[3]; TARCISIO JOSÉ PINHEIRO LUCENA[4]

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RN, NATAL, RN, BRASIL; 2.HOSPITAL WALFRERDO GURGEL, NATAL, RN, BRASIL; 3,4.HOSPITAL WALFREDO GURGEL, NATAL, RN, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINITE; FÍSTULA AORTOESOFÀGICA; PERFURAÇÃO ESOFÀGICA

Introdução: A fístula aortoesofágica (FAE) é uma causa rara de hemorragia digestiva alta; suas causas mais comuns são as perfurações por corpo estranho e mediastinite; a ruptura ou as complicações do reparo do aneurisma da aorta torácica e o carcinoma avançado do esôfago. Os pacientes costumam apresentar a tríade de "Chiari": Dor torácica, hemorragia sentinela, seguido de hemorragia fulminante em período variável de tempo. Poucos casos de reparo com sucesso são descritos na literatura. **Objetivos:** Descrever caso de FAE secundária a mediastinite e perfuração esofageana por osso de peixe. **Descrição do Caso:** Paciente feminino parda de 40 anos deu entrada no hospital com quadro de dor torácica após engasgo com osso de peixe. Foi submetida no mesmo dia à fibroendoscopia digestiva alta que, apesar da suspeita de corpo estranho não foi possível retirar àquela ocasião; radiografia de tórax mencionava pneumotórax bilateral sendo submetida à drenagem torácica. Evoluiu com dor torácica persistente; esofagograma do dia seguinte demonstrou irregularidade na mucosa do esôfago superior e discreto pneumomediastino. A tomografia do tórax revelou abscesso mediastinal superior. A paciente foi então submetida à esofagoscopia rígida, com retirada de dois ossos de peixe do esôfago torácico superior, seguido de exploração cervicomediastinal, debridamento e drenagem de abscesso mediastinal que se extendia do espaço retrofaríngeo até o mediastino superior. À toracoscopia não foi observado comunicação da lesão do mediastino com o espaço pleural direito e o dreno torácico foi reposicionado próximo ao mediastino superior. No dia seguinte apresentou hematêmese volumosa. Foi então submetida à toracotomia exploradora. Ao incisar a pleura mediastinal para drenagem do abscesso foi observado grande sangramento que foi controlado temporariamente por tamponamento com compressas, e posteriormente por introdução de sonda de Folley através da lesão na parede da aorta torácica e tamponamento com balão. Durante a tentativa de exposição da aorta para o reparo, a paciente evoluiu com parada cardíaca refratária e óbito. **Resultados:** Na dissecção "post mortem" observamos comunicação aortoesofageana com aproximadamente 1,0cm de diâmetro na parede medial da aorta logo abaixo da origem da artéria subclávia esquerda, comunicando-se com laceração de aproximadamente 03 cm., linear na parede lateral esquerda do esôfago torácico superior. **Conclusão:** A FAE é uma causa rara de hemorragia digestiva alta devendo ser suspeitada em pacientes com corpo estranho impactado no esôfago, dor torácica persistente e sangramento "sentinela" como o quadro apresentado pela nossa paciente. A identificação do ponto de sangramento pela esofagoscopia nem sempre possível devido às condições locais de sangramento e infecção como observamos; É uma condição quase sempre fatal, mesmo com as avançadas modalidades de intervenção terapêutica atuais.

PO163 TUMOR CARCINÓIDE BRÔNQUICO – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 21 PACIENTES OPERADOS

JÚLIO CESAR PEREIRA SALUSTIANO DA SILVA[1]; EDUARDO HARUO SAITO[2]; RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES[3]; CLÁUDIO HIGA[4]; MÁXIMO DIAS JÚNIOR[5]; MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO[6]; KÁTIA DA SILVA ABRUNHOSA FROUFE[7]; LUIZ CARLOS AGUIAR VAZ[8]

1.UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8.UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: NEOPLASIA PULMONAR; TUMOR CARCINÓIDE; RESSECÇÃO PULMONAR

Introdução: Os tumores carcinóides brônquicos fazem parte do grupo de tumores neuroendócrinos, respondendo atualmente, por 1% a 2% das neoplasias pulmonares e a completa ressecção cirúrgica do carcinóide brônquico, permanece como o tratamento mais efetivo. **Objetivos:** Avaliar o quadro clínico, o diagnóstico e os resultados do tratamento cirúrgico em 21 pacientes portadores de tumor carcinóide brônquico. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo em 21 pacientes portadores de tumor carcinóide brônquico que foram operados pela Disciplina de Cirurgia Torácica HUPE-UERJ, No período de outubro de 1994 a maio de 2004, através da análise de prontuários, entrevista ou contacto telefônico. **Resultados:** Dos 21 pacientes avaliados, 14 (66.7%) eram do sexo feminino, com uma média de prevalência em torno da 5ª década de vida. Os sinais e sintomas achados com maior freqüência foram tosse recorrente 10(47.6%) e dispnéia 8(38%). Quanto à localização dos tumores, à sua grande maioria teve a localização central principalmente no brônquio intermediário e lobo médio 7(33,5%) e no lobo superior esquerdo 4 (19,05%). A cirurgia realizada com maior freqüência foi a lobectomia pulmonar, em 13 (62%) dos pacientes. As complicações pós-operatórias foram encontradas em 19.1% sendo a mais freqüente a infecção respiratória (9,5%), sem mortalidade. O tipo histológico que predominou foi o carcinóide típico em 15 (71%) pacientes. Foi realizado estudo imunohistoquímico em todas as peças ressecadas. Os pacientes com metástase para linfonodos mediastinais ou coto brônquico comprometido, foram submetidos à terapia adjuvante. O acompanhamento ambulatorial desses pacientes revelou que: 10 (47,6%) já tem uma sobrevida maior que cinco anos, 4 (19%) pacientes foram a óbito antes de completarem 3 anos de acompanhamento e um paciente foi a óbito após completar 5 anos de acompanhamento. **Conclusão:** Os pacientes portadores de tumor carcinóide típico que foram operados não apresentaram, em mais de cinco anos, recidiva neoplásica. A cirurgia nos portadores de tumor carcinóide atípico não foi totalmente capaz de evitar a recorrência neoplásica sistêmica, se apresentando como uma neoplasia agressiva.

PO164 CARCINOSSARCOMA DE ESÔFAGO – RELATO DE CASO

MÁXIMO DIAS JÚNIOR[1]; EDUARDO HARUO SAITO[2]; RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES[3]; CLÁUDIO HIGA[4]; MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO[5]; KÁTIA DA SILVA ABRUNHOSA FROUFE[6]; HERON TEIXEIRA ANDRADE DOS SANTOS[7]; DAURITA DARCI DE PAIVA[8]

1.UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8.UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: NEOPLASIA DE ESÔFAGO; CARCINOSSARCOMA; ESOFAGECTOMIA

Introdução: O carcinossarcoma do esôfago é uma doença rara, com clínica exuberante e precoce, orientando o diagnóstico. C.J.S., masculino, 51 anos, pardo, iniciou quadro de dor torácica em região posterior. Um mês após o inicio do quadro, apresentou disfagia para alimentos sólidos. Tabagista de 36 maços/ano e etilista de bebidas destiladas e fermentadas por 13 anos. Internado quatro meses após o inicio do quadro, apresentava exames laboratoriais, telerradiografia de tórax e espirometria normais. A tomografia computadorizada (TC) do tórax e abdômen evidenciaram dilatação do terço proximal do esôfago até a porção intra-abdominal com tumoração ocupando toda a luz esofageana do arco aórtico até abaixo dos hilos pulmonares, com densidade de partes moles e captação de contraste. A endoscopia digestiva alta (EDA) observou lesão vegetante, de superfície irregular, com áreas de ulceração, friável, localizada a 21 cm dos lábios, extendendo-se até 30 cm, não circunferencial, com biópsia compatível com esofagite ulcerada e neoplasia escamosa bem diferenciada. A broncoscopia demostrou alargamento da carina principal, sem infiltração da mucosa. O paciente foi encaminhado à cirurgia e foi submetido a uma esofagectomia radical por toracotomia direita, laparotomia mediana e cervicotomia lateral esquerda e reconstrução com esôfago-gastroplastia retro-esternal com anastomose esôfago-gástrica a nível cervical. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, obtendo alta hospitalar no vigésimo primeiro dia pós-operatório. O exame histopatológico diagnosticou carcinossarcoma infiltrante até a muscular profunda, com margens cirúrgicas livres de neoplasia e linfonodos negativos. No 3º ano de pós-operatório, em seguimento ambulatorial, o paciente iniciou queixas de dor abdominal e tóraco-lombar sendo realizada nova TC de abdômen que evidenciou adenomegalia no tronco celíaco. As queixas se intensificaram com surgimento de anorexia e perda de peso. Optou-se pela realização de radioterapia paliativa atingindo dose de 4000 rads, com boa tolerância. Duas semanas após o tratamento, já referia melhora das queixas e segue em acompanhamento ambulatorial sem outras alterações.

PO165 METÁSTASE PLEURAL DE RABDOMIOSSARCOMA: DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO POUCO FREQÜENTE EM LÍQUIDO PLEURAL

LEILA ANTONANGELO; ALINE PIVETTA CORA; ADRIANA GONÇALVES ROSA; PEDRO L GUIMARAES COSTA; BIANCA VERRASTRO; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE; EVALDO MARCHI; FRANCISCO SUSO VARGAS

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA-INCOR-DISCIPLINA DE PATOLOGIA CLÍNICA-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: RABDOMIOSSARCOMA; METÀSTASE PLEURAL; CITOLOGIA

Introdução: O rabdomiossarcoma é o tumor de partes moles mais comum em crianças, representando de 5% a 8% das neoplasias infantis. É geralmente assintomático e possui picos de incidência entre 2 e 6 anos de idade e na adolescência. Histologicamente se reconhece os subtipos embrionário, alveolar e pleomórfico. Cabeça, pescoço e extremidades são os sítios primários mais freqüentes. A metástase pulmonar é comum, enquanto que a pleural é extremamente rara. O rabdomiossarcoma está associado à presença do transcrito PAX3-FKHR, resultante da translocação t (2;13)(q35,q14). **Objetivo:** Descrever caso de rabdomiossarcoma de sítio primário em retroperitônio com metástase pleural. **Método:** Análise retrospectiva de prontuário médico. **Resultados:** Em exame citológico de líquido pleural (figuras 1 e 2) observou-se agrupamentos de células tumorais pouco diferenciadas com aspectos nucleares, citoplasmáticos e arranjo espacial sugestivos de tumor de linhagem mesenquimal. A análise do prontuário médico revelou tratar-se de paciente feminina de 12 anos com quadro de dor abdominal difusa, astenia e dispnéia em repouso, ocasião em que procurou o Pronto-Socorro pediátrico. Ao exame físico apresentava diminuição do murmúrio vesicular à direita e linfonodo submandibular palpável, não abordado devido às condições clínicas da paciente. Na investigação diagnóstica, detectou-se tumor retroperitoneal com múltiplos nódulos em parênquima pulmonar e derrame pleural á direita (figura 3). A biópsia da massa tumoral revelou rabdomiossarcoma do tipo alveolar, com imunohistoquímica positiva para desmina, miogenina e MYO D1. O perfil bioquímico do líquido pleural foi compatível com exsudato pleural (Proteínas: 5,0 mg/dl e DHL: 1710 UI). Paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, síndrome de lise tumoral, insuficiência renal pós- quimioterapia paliativa e óbito. **Conclusões:** Derrame pleural na infância é geralmente decorrente de causas infecciosas, sendo incomum a metástase pleural de tumores sólidos. Na presença de células malignas no líquido pleural, excluindo-se o diagnóstico das neoplasias hematológicas, deve-se sempre considerar a possibilidade diagnóstica dos tumores de células redondas da infância, entre eles, o rabdomiossarcoma. Apoio: FAPESP, CNPq

PO166 CITOLOGIA PLEURAL INCOMUM: METÁSTASE PLEUROPULMONAR DE TUMOR DE CÉLULAS NEUROECTODÉRMICAS PRIMITIVAS (PNET)

LEILA ANTONANGELO; ADRIANA GONÇALVES ROSA; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; ALINE PIVETTA CORA; PEDRO L GUIMARAES COSTA; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE; FRANCISCO SUSO VARGAS

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA-INCOR-DISCIPLINA DE PATOLOGIA CLÍNICA-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNET; METÀSTASE PLEUROPULMONAR; CITOLOGIA

Introdução: As neoplasias de células neuroectodérmicas primitivas se originam de células que migram da crista neural. Dependendo do grau de diferenciação, são denominadas Sarcoma de Ewing (células indiferenciadas) ou Tumor Neuroectodérmico Primitivo (células com diferenciação neural). Histopatologicamente são classificados como tumores de células redondas

azuis; se caracterizam por apresentar a t(11;22)(q24;q12) em 85% dos casos. PNETs de localização extra-óssea são mais comuns em pacientes entre a primeira e terceira décadas de vida, com igual incidência entre os sexos. A maioria dos tumores se origina em tecidos moles profundos, com preferência pela região paravertebral ou membros inferiores. É uma neoplasia invasiva que pode apresentar metátases para sistema esquelético, pulmão, pleura, medula óssea, SNC, cadeia simpática, glândulas supra-renais, fígado e órbita ocular. **Objetivo:** Relatar um caso de PNET primário em axila com metástase para pulmão e pleura. **Métodos:** Estudo retrospectivo de prontuário médico. **Resultado:** Paciente homem, 26 anos, previamente hígido. Iniciou quadro de perda dos movimentos em MSD, concomitante ao aparecimento de massa em axila D. Por apresentar piora progressiva, procurou o serviço de emergência. Ao exame físico, musculatura de braço e antebraço direitos atróficas, com diminuição de força e sensibilidade; presença de massa palpável de consistência endurecida em região axilar direita. Os exames laboratoriais realizados não evidenciaram alterações relevantes. Realizado biópsia cirúrgica da massa axilar com imunohistoquímica (tabela abaixo). O resultado foi compatível com PNET de região axilar direita. Realizada quimioterapia sem sucesso. Paciente evoluiu com perda progressiva dos movimentos do MSD, dor de forte intensidade e persistência da massa axilar, sendo submetido à amputação interescápulo-umeral com ressecção da massa. Permaneceu em quimioterapia pós-operatória. Após 8 meses, apresentou derrame pleural à D, tendo sido submetido à toracocentese diagnóstica. O líquido pleural apresentou características de exsudato (Proteínas: 4,2g/dL; DHL: 2456,0 UI/L) com citologia oncótica positiva para células neoplásicas de linhagem neuroendócrina. A tomografia de tórax evidenciou metástase pulmonar e pleural e a de região pélvica, metástases em osso e músculo ilíacos. Paciente permanece em quimioterapia até o presente momento. **Conclusão:** Trata-se de caso de neoplasia rara e agressiva em localização pouco habitual (axila) que evoluiu com metástases para pulmão e pleura. O relato do caso demonstra o auxílio da citologia do líquido pleural no diagnóstico da metástase pleuropulmonar. Na literatura são raros os relatos de caso de PNET de localização atípica com derrame pleural, cuja análise citológica permitiu a caracterização da metástase pleural. Apoio: FAPESP, CNPq.

PO167 QUALIDADE DO SONO EM PACIENTES COM DERRAME PLEURAL VOLUMOSO E IMPACTO DA TORACOCENTESE: AVALIAÇÃO PRELIMINAR

BIANCA FERNANDES MARCONDES; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE; ANA MARIA CARTAXO; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; PEDRO RODRIGUES GENTA; ROBERTO ONISHI; FRANCISCO SUSO VARGAS; GERALDO LORENZI - FILHO

INCOR-HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SONO; DERRAME PLEURAL; TORACOCENTESE

Introdução: O derrame pleural causa diversas mudanças na fisiologia pulmonar. Entretanto, o impacto do derrame pleural no sono é desconhecido. **Objetivos:** Avaliar a qualidade do sono, antes e após a toracocentese de alívio, em pacientes com derrame pleural volumoso. **Métodos:** Pacientes com derrame pleural volumoso unilateral e Karnofsky performance status > 50 foram incluídos. O sono foi avaliado pela polissonografia completa uma noite antes e 24 horas após a toracocentese terapêutica. **Resultados:** Foram estudados 10 pacientes (5 homens) com idade 54 ± 15 anos e índice de massa corpórea de 27 ± 6 Kg/m2. A etiologia do derrame pleural foi: neoplasia (6), doença hepática (2) e insuficiência cardíaca congestiva (2), tendo sido retirado 2019 ± 796 ml de líquido pleural. Os resultados da polissonografia antes e após a torococentese estão apresentados abaixo: **Conclusão:** Pacientes com derrame pleural volumoso apresentam má qualidade de sono, a diminuição do índice de microdespertares e o aumento do REM sugerem melhora da qualidade do sono após a toracocentese.

Variáveis	Valores normais	Antes	Após	p
Tempo total de sono, min	360 – 480	320 ± 65	361± 77	0,11
Eficiência do sono, %	> 85	71 ± 12	75 ± 14	0,38
Índice de microdespertares, n/h	18,4	17 [14- 30]	14 [11- 18]	< 0,01
Estágio 1, %	5,6 – 7,0	7 ± 8	6± 4	0,49
Estágio 2, %	63,2 – 65,9	66 [53- 70]	62 [61- 66]	0,74
Estágio 3 + 4, %	7,1 – 9,5	12 ± 7	11 ± 8	0,81
Estágio REM, %	18,4 – 19,8	15 ± 8	20 ± 6	0,04
SpO2 acordado, %	> 90	94 ± 2	94 ± 3	0,88
SpO2 mínima, %	> 90	84 ± 6	81 ± 8	0,11

PO168 TIPIFICAÇÃO DE CEPAS DE MNT IDENTIFICADAS PELO MÉTODO PRA (PCR-RFLP) E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS ASSOCIADAS EM PACIENTES TRATADOS EM HOSPITAL REFERÊNCIA

ELCINEIDE SOARES CASTRO[1]; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO[2]; ELIZABETH CLARA BARROSO[3]; KARINE ALENCAR ALVES DE FREITAS[4]; CREUSA LIMA CAMPELO[5]; CRISTIANE CUNHA FROTA[6]

1,2,4,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3.HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 5.LACEN/SESA, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MICOBACTERIAS NÃO TUBERCULOSAS; MÉTODO PRA; DIAGNÓSTICO

Introdução: As micobactérias não tuberculosas(MNT) têm sido reconhecidas como causadoras de doença nos humanos desde a década de 30. Até o momento 115 espécies de MNT e 11 subespécies já foram descritas. Essas micobactérias confundem-se com o Mycobacterium tuberculosis causando doença semelhante, com o grande inconveniente de serem naturalmente resistentes às drogas antituberculose. Pouco descritas antes do advento da Aids, atualmente constituem um desafio para profissionais da área de saúde, frente ao aumento da prevalência e surgimento de casos graves de doença disseminada (França,1995, Huang,1999, Maia 1995). Os métodos convencionais de determinação de micobactérias baseadas no cultivo são lentos e em algumas vezes falham em produzir resultados precisos. Métodos alternativos têm sido propostos. O método PRA (PCR-RFLP), pela rapidez com que fornece o resultado tem sido um dos mais utilizados. **Objetivo:** Tipificar as cepas de MNT encontradas em pacientes tratados para MNT em hospital referência no tratamento de tuberculose (TB) e estudar características clínicas e epidemiológicas relacionadas. **Método:** O estudo foi retrospectivo (2006-2008) baseado nos prontuários de pacientes registrados no ambulatório de TB do Hospital de Messejana/ SESA -CE. Os isolados compunham o banco de cepas do Lacen-CE. A tipagem das cepas MNT pelo método PRA (reação em cadeia da polimerase e digestão enzimática) foi realizada no Laboratório de Microbiologia da Universidade Federal do Ceará. **Resultados:** Foram estudados 18 pacientes; 13 homens e 05 mulheres; a idade variou entre 36 e 73 anos, com média de 48,4; Quinze residiam em Fortaleza; Quatorze pacientes relataram > 05 anos de estudo, 02 < 05 anos e 02 sem escolaridade; Onze pacientes sem patologias associadas e 04 apresentavam HAS(01), DM(01), TB prévia(01), doença psiquiátrica(01); nove pacientes eram alcoolistas, 06 não alcoolistas e 02 sem informação; Oito pacientes eram tabagistas, 06 não tabagistas e 04 sem registro; todos os pacientes realizaram sorologia anti HIV, 16 com resultado negativo; 02 sem registro do resultado; apenas 02 pacientes realizaram PPD, ambos reatores; Nenhuma citação sobre BCG; Quatro pacientes apresentavam comprometimento pulmonar bilateral, 07 unilateral, 07 com cavidades além de fibrose; Em relação ao resultado de tratamento 04 curas; 04 óbitos; 01 transferência e 09 continuam em seguimento. Quanto às espécies isoladas, M. smegmatis(04), M. abscessus(06), M. avium(02), M. gordonae(02), M. lentiflavium(01), M. kansasii(01), M. flavescens(01), M. chelonae(01). **Conclusão:** O método PRA revelou-se prático e rápido para a identificação de espécies de Mycobacterium. A doença predominou nos homens, com idade média geral de 48,4 anos, a maior parte residente em Fortaleza. A doença por MNT apresentou-se de forma isolada em 11/18 pacientes, sendo mais frequente o comprometimento pulmonar bilateral. A mortalidade foi alta 4/18. A espécie predominante foi M. abscessus seguida da M. smegmatis.

PO169 ASSOCIAÇÃO ENTRE CLASSE SOCIOECONÔMICA E O ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS, RIO DE JANEIRO

MARCIA BELO[1]; ELENY TEIXEIRA[2]; LIA SELIG[3]; EPAMINONDAS BELO NETO[4]; PAULO NAKANO[5]; THIAGO CHALFUN MATTOS[6]; ANETE TRAJMAN[7]

1,2,4,5,6,7.UNIVERSIDADE GAMA FILHO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3.FESO, TERESOPÓLIS, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; CLASSE SOCIOECONÔMICA; ABANDONO

Introdução: Historicamente a tuberculose (TB) tem sido associada a situações socioeconômicas desfavoráveis. A Organização Mundial de Saúde estima que 98% dos casos de TB e 95% dos óbitos atribuidoas a TB ocorram nos países em desenvolvimento. Mais de 44% destes óbitos ocorrem nos países do quintil mais pobre, enquanto apenas 2% ocorre nos países do quintil mais rico. O abandono do tratamento da TB está diretamente relacionado ao aumento

do número de casos de TB multirresistente e às altas taxas de mortalidade. Alguns trabalhos associam o abandono do tratamento à pobreza. **Objetivo:** Verificar se existe associação entre a classe socioeconômica e o abandono do tratamento da TB. **Método:** Um estudo prospectivo foi realizado no Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias, em Duque de Caxias, município com baixa renda per capta e com uma das maiores taxas de incidência de TB (101/100.000 habitantes em 2006) do estado. Um questionário foi respondido pelos pacientes que se encontravam no início do tratamento para TB. Informações sobre as características sócio-demográficas, renda familiar e per capta, escolaridade e itens de posse foram obtidas. A classe socioeconômica foi definida pelo critério de classificação econômica Brasil (CCEB). No estado do Rio de Janeiro, em 2005, a população foi classificada segundo o CCEB como: A1: 0,6% (renda média familiar R$ 9.733,47), A2: 3,4% (R$ 6.563,73), B1: 8,3% (R$ 3.749,36), B2: 14,1% (R$ 2.012,67), C: 47,7% (R$ 960,40), D: 24,8% (R$ 484,97), E: 1,2% (R$ 276,70). A renda per capta declarada também foi comparada. O desfecho cura e abandono foram considerados para análise. **Resultados:** Entre os 306 pacientes que responderam ao questionário, 211 eram homens com idade mediana de 38 (18-98) anos. De acordo com o critério CCEB, 0,7% dos pacientes pertencia a classe A2; 2,2% a classe B1; 4,6% a classe B2; 37,9% a classe C; 46,4% a classe D e 8,2% a classe E. A renda per capta média declarada foi de R$ 204,59. A taxa de abandono do tratamento foi de 19%, assim distribuído: A2: 1.8%; B1: 3,5%; B2: 5,3%; C:33.3%; D: 43.8% e E: 12.3%. Entre os pacientes que abandonaram 25/57 (43,8%) pertenciam às classes A, B ou C e 32/57 (56,1%) pertenciam às classes D e E (OR=1.15, 95%CI 0.82-1.60). A renda per capta média declarada foi de R$ 209,76 ±183,00 entre os pacientes que abandonaram e R$ 227,52 ±246,13 entre os que curaram (p=0.60). **Conclusão:** A taxa de abandono do tratamento foi alta independentemente da classe socioeconômica dos pacientes. Embora o abandono tenha sido maior entre os pacientes pertencentes às classes D e E, esta diferença não foi estatisticamente significativa. A adesão ao tratamento deve ser perseguida independentemente da classe socioeconômica.

PO170 HIPERTENSÃO PULMONAR ASSOCIADA À SEQUELAS DE TUBERCULOSE PULMONAR: UM RELATO DE CASO

ELIANE CONSUELO ALVES RABELO; MARCELO FOUAD RABAHI; CAROLINA PARREIRA RIBEIRO CAMÊLO; THAIS DE TOLEDO LIMA; UBIRATAN DA CONCEIÇÃO SEIXAS JUNIOR; JORDANA EDUARDO REZENDE; LUIZA ALVARENGA LIMA; MAYARA COUTO SARDINHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; SEQUELAS DE TUBERCULOSE; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Introdução: Hipertensão arterial pulmonar (HP) ocorre quando os níveis de pressão da artéria pulmonar são desproporcionalmente elevados para um dado nível de fluxo sanguíneo pulmonar. Valores de pressão arterial pulmonar média superiores a 25mmHg em repouso ou 30mmHg em exercício permitem o diagnóstico de HP. A HP sustentada ou crônica pode ser secundária a doenças conhecidas, principalmente de natureza cardíaca ou pulmonar, ou ser uma anormalidade primária da circulação pulmonar, com ou sem identificação de condições associadas. . Pneumologistas podem enfrentar casos de HP como conseqüência de pneumopatias ou como achados de investigações de dispnéia e dentre as causas pulmonares, destacam-se as seqüelas de tuberculose (TB), associação confirmada com a HP, porém pouco investigada. **Métodos:** Coleta de dados do prontuário de número 3550373 do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, dona de casa, procedente de Itaquari–GO, residindo em Goiânia–GO. Com queixa principal de "falta de ar", relata quadro de dispnéia aos grandes esforços há 3 anos. Há 6 meses, evoluiu para dispnéia aos pequenos esforços. Há 1 mês, apresenta quadro de tosse com expectoração esbranquiçada e, há 15 dias, dispnéia de repouso, acompanhada por dispnéia paroxística noturna, ortopnéia, edema em membros inferiores, astenia e sibilância no tórax em decúbito lateral direito. Nega febre, palpitações, hemoptise e hemoptóicos. Refere emagrecimento nos últimos 2 meses não quantificado. Como antecedentes, refere TB aos 20 anos (tratada por 9 meses) e cardiopatia chagásica. Episódio de pneumonia e edema em membros inferiores há 5 anos. Nega hipertensão arterial sistêmica, e bronquite na infância. Ex-tabagista, fumou por 10 anos (5 cigarros de palha/dia), parou há 43 anos. Ao exame físico, apresentava-se com bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica. PA: 100/60 mmHg, FC: 80 bpm, FR: 20 irpm. O exame do aparelho respiratório apresentou murmúrio vesicular rude, com diminuição em base direita, sibilos esparsos pelo tórax, sem ruídos adventícios. Exame segmentar sem alterações. O raio-X de tórax apresentou velamento do hemitórax direito nos 2/3 inferiores e imagens sugestivas de seqüelas de TB. O ecocardiograma revelou comprometimento importante do ventrículo direito, com fração de ejeção de 76%, sugestivo de hipertensão pulmonar. Saturação de O2 ao ar ambiente de 85%. Diagnosticados a seqüela de TB e a HP, iniciou-se tratamento com oxigenoterapia, e amiodarona e heparina visando compensar o quadro de insuficiência cardíaca congestiva. **Conclusão:** As seqüelas de TB refletem destruição de parênquima pulmonar que, associados a fatores puramente cardíacos, como a Doença de Chagas, corroboram para uma evolução acelerada de HP e conseqüente progressão de insuficiência respiratória. Destaca-se, portanto, a importância da investigação das seqüelas de TB em pacientes dispnéicos com quadro sugestivo de HP.

PO171 TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS DO SISTEMA HEMATOPOIÉTICO

ELIANE VIANA MANCUZO[1]; FLÁVIA DE BARROS ARAÚJO[2]; CARLA DISCACCIATI SILVEIRA[3]; LAURA CAMARGO GARRIDO[4]; NILTON ALVES REZENDE[5]

1,2,3,5.HOSPITAL DAS CLÍNICAS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 4.HOSPITL DAS CLÍNICAS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR; TRANSPLANTE DE CÉLULAS DO SISTEMA HEMATOPOIÉTICO; COMPLICAÇÕES PULMONARES

Introdução: As complicações pulmonares constituem causa importante de morbidade e mortalidade após o transplante de células do sistema hematopoiético (TCSH). Estas complicações incluem síndromes clínicas não infecciosas como toxicidade pulmonar por drogas, doença pulmonar veno-oclusiva, doença do enxerto contra o hospedeiro (GVHD), doença pulmonar relacionada a transfusão de hemoderivados, pneumonia idiopática, hemorragia alveolar difusa, bronquiolite obliterante, bronquiolite obliterante com pneumonia em organização, trombo citolítico pulmonar, além das complicações infecciosas. A argumentação para a realização dos testes de função pulmonar (TFP) na avaliação pré-transplante e no acompanhamento pós-transplante é de que os mesmos poderiam identificar precocemente complicações não infecciosas e permitir a adoção de medidas preventivas e terapêuticas precoces. Entretanto, os trabalhos publicados sobre o assunto, a maioria retrospectivos, não confirmam, de forma inequívoca, esta hipótese. **Objetivos:** Analisar prospectivamente os resultados dos TFP de pacientes submetidos a TCSH no Hospital das Clínicas da UFMG antes , 100 dias e seis meses após o transplante no período de janeiro de 2007 a junho de 2008. Averiguar possíveis fatores de risco associados ao desenvolvimento de alterações funcionais pulmonares após o transplante e verificar a importância dos testes de função pulmonar como exame pré TCSH. **Metodologia:** Trata-se de estudo prospectivo em que testes de capacidade pulmonar total(CPT), volume residual(VR), capacidade vital forçada(CVF), volume expiratório forçado do primeiro segundo(VEF1) e difusão de monóxido de carbono (DLCO)foram realizados no aparelho Collins DS 11a With Universal Breathing Valve em pacientes candidatos a TCSH alogênico acima de 15 anos, de ambos os sexos, que conseguissem realizar os testes. A coleta dos dados foi realizada antes, 100 dias e seis meses após o TCSH. **Resultados:** Trinta pacientes preencheram os critérios de inclusão. Destes, 3,3% apresentaram obstrução e 3,3% redução na DLCO antes do TSCH. Nove pacientes faleceram com insuficiência respiratória aguda por causa infecciosa antes de completarem 100 dias de transplante, todos com função pulmonar normal. Após 100 dias, 4,7% apresentaram distúrbio ventilatório combinado, 14,2% restrição e19% com redução da DLCO. Dos nove pacientes que já completaram os seis meses, 11% apresentaram obstrução, 33% restrição, 27% distúrbio combinado e 33% redução na DLCO, comparados com os exames pré-operatórios. Dois pacientes desenvolveram bronquiolite obliterante após 6 meses, ambos com alterações nos testes de função pulmonar associados a sintomas respiratórios. **Conclusão:** Apesar da freqüente alteração nos testes de função pulmonar após 100 dias não se observou sintomas respiratórios associados. Os testes de função antes do TCSH não foram correlacionados com aumento da mortalidade e não contra-indicaram a realização do transplante. O acompanhamento dos pacientes com função alterada por um prazo prolongado poderá identificar outros tipos de acometimentos pulmonares nestes pacientes e a efetiva contribuição destes testes como exame de rotina pré-transplante.

PO172 CRIPTOCOCOSE PULMONAR: ASPECTO RADIOLÓGICO INCOMUM

CARLOS EDUARDO GALVÃO BARBOZA; FÁBIO HENRIQUE ALDEGHERI PASCHOAL; MARCOS SOARES TAVARES; FRANCISCO SUSO VARGAS; ELISA MARIA SIQUEIRA LOMBARDI

UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CRIPTOCOCOSE; VIDRO-FOSCO; PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA

Introdução: A criptococose pulmonar é uma infecção fúngica causada pelo Criptococcus neoformans que acomete principalmente os indivíduos com deficiência de imunidade celular. O diagnóstico se baseia no quadro clínico e radiológico associado à detecção do fungo em material biológico do hospedeiro. Relatamos um caso de apresentação radiológica atípica. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 77 anos, apresentou tosse seca com episódios isolados de hemoptóicos e dispnéia leve, sem outros sintomas. Tinha antecedentes de pneumonia tratada há 9 meses e Purpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), há três meses, em uso de prednisona 60 mg/dia. Não tinha contatos ou exposições de relevância clínica. Foi internado para investigação e os exames mostravam 100 mil plaquetas, pesquisa de BAAR e fungos no escarro negativa (3 amostras), HIV negativo. Foi tratado para pneumonia comunitária sem melhora. TC de tórax revelou vidro-fosco bilateral difuso, associado a infiltrado reticular e bronquiectasias de tração. O paciente evoluiu com insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica invasiva. Devido à rápida progressão, realizou-se uma biópsia a céu aberto do pulmão esquerdo, que evidenciou estruturas esféricas a ovais envoltas por uma cápsula gelatinosa, coradas pelo mucicarmim compatível com Criptococcus. Iniciado tratamento com anfotericina B e após um mês o paciente apresentou melhora do quadro pulmonar e foi extubado. TC de controle mostrou resolução das opacidades em vidro-fosco, mas progressão das alterações fibróticas. Após cinco dias da extubação, o paciente desenvolveu pneumonia hospitalar, foi reintubado e evoluiu para óbito a despeito do tratamento. Discussão: A criptococose pulmonar é uma patologia com inúmeras nuances radiológicas podendo manifestar-se como um simples nódulo ou como grandes massas simulando tumores invasivos da parede torácica. As apresentações habituais são nódulos únicos ou múltiplos. As alterações presentes neste caso são raramente associadas à criptococose. Tendo em vista essas características, este relato traz para a nossa prática clínica a necessidade de ter esta infecção entre diagnósticos diferenciais de infiltrados pulmonares difusos.

PO173 CORRELAÇÃO ENTRE AS CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DE RIFAMPICINA E ISONIAZIDA E A FUNÇÃO INTESTINAL EM PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DO CEARÁ

ELIZABETH CLARA BARROSO[1]; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO[2]; MÔNICA CARDOSO FAÇANHA[3]; MARIA ROMI DANTAS CARVALHO[4]; EDNA MARIA MOURA[5]; CREUSA LIMA CAMPELO[6]; SHEYLA FERREIRA VALE[7]; ALDO ANGELO MOREIRA LIMA[8]

1.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2,3,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4.FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 5.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6,7.LABORATORIO CENTRAL DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE; CONCENTRAÇÕES SÉRICAS; ABSORÇÃO INTESTINAL

Introdução: A tuberculose multirresistente (TBMR) é uma preocupação mundial. Baixos níveis sanguíneos de drogas antituberculose podem ser causa de resistência do Mycobacterium tuberculosis aos medicamentos. **Objetivos:** Avaliar a absorção intestinal transcelular (percentual de excreção urinária de maniotol-M) e paracelular (percentual de excreção urinária de lactulose-L) e verificar sua correlação com as concentrações séricas de rifampicina (CRX) e isoniazida (CHX) em pacientes com TBMR. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal no ambulatório de tisiologia do Hospital de Messejana em Fortaleza-Ceará, entre agosto de 2006 e abril de 2007. TBMR foi definida como o caso de portador de bacilo resistente a pelo menos R+H de acordo com o teste de sensibilidade antimicrobiana realizado pelo método das proporções. Foram formados dois grupos para controle: o dos portadores de tuberculose sensível (TBS) e o dos voluntários sãos (VS), emparelhados por gênero e idade. Realizaram-se exames hematológicos, bioquímicos e coleta de dados clínicos e sociais de todos os voluntários assim como foi realizado o teste da Lactulose/Manitol (L/M) e a coleta de sangue duas e seis horas após a ingestão observada da R e H. As cápsulas de R e H tinham controle de qualidade aprovado pelo Ministério da Saúde - Brasil. A técnica utilizada para a dosagem urinária de L e M e para a dosagem sérica de R e H foi a cromatografia líquida de alta pressão. **Resultados:** Os componentes dos grupos com TBMR, TBS e VS foram, respectivamente, 32, 28 e 30 e a idade mediana/variação foi 41,5/17-61, 36,5/21-69 e 44,0/19-58 anos, respectivamente (p=0,1796). Eram do gênero masculino 46,9% (15//32) do grupo com TBMR, 57,1% (16/28) com TBS e 46,7% (14/30) do grupo de VS (p=0,6760). Após a análise multivariada, a média±desvio-padrão do percentual de excreção urinária do M foi menor no grupo com TBMR em relação ao grupo de VS (p=0,0291) e em relação ao de TBS (p=0,0369). A relação L/M foi semelhante entre os grupos (p=0,4747). Houve CHX < 3 µg/ml em 18,8% (6/32) dos casos e 56,7% (17/30) dos sadios (p<0,05), não havendo diferença entre TBS, 39,3% (11/28) e sadios (p>0,05). Houve CRX < 8 µg/ml em 90,6% (29/32) dos portadores de TBMR e 66,7% (20/30) dos sadios (p<0,05) e em 82,1% (23/28) do grupo com TBS (em relação aos sadios, p<0,05). Entre os casos, não houve correlação entre o percentual de excreção urinária de L, M nem da relação L/M com os níveis sangüíneos da R nem H. No grupo de portadores de TBS houve apenas tendência a correlação negativa entre a relação L/M e a CR6 (r=-0,329, p=0,087). **Conclusões:** Observou-se redução na absorção transcelular intestinal em pacientes com TBMR versus TBS ou sadios. Houve altas proporções de níveis subterapêuticos de R e H em todos os grupos, principalmente para CRX, mas, também preocupante para CHX. Não houve correlação entre a absorção intestinal e as concentrações séricas de R nem H, sugerindo que outros fatores influem nos baixos níveis sanguíneos de R e H.

PO174 MICOBACTERIOSE URINÁRIA PRIMÁRIA POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS

ELIZABETH CLARA BARROSO[1]; VERA MARIA VERAS SOUZA[2]; MARIA BERNADETE M. SEVERINO[3]; MARIA ROMI DANTAS CARVALHO[4]; EDNA MARIA MOURA[5]; CREUSA LIMA CAMPELO[6]; SHEYLA FERREIRA VALE[7]; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO[8]

1.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2,3.HOSPITAL DE MARACANAÚ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4,5.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6,7.LABORATORIO CENTRAL DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MYCOBACTERIUM ABSCESSUS; IMUNODEPRESSÃO; MICOBACTERIOSE URINÀRIA

Introdução: Mais de 170 espécies de Micobactérias não tuberculosas (MNT) já foram descritas. MNT têm sido reconhecidas como causadoras de doença nos seres humanos desde a década de 1930. A maioria dos indivíduos imunocompetentes pode se infectar com MNT sem desenvolver doença. Infecções pulmonares por MNT ocorrem na maioria das vezes em pneumopatas crônicos. 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 urinária primária 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 Maracanaú-CE e utilização de técnicas moleculares para identificação da espécie pelo método do PRA – Análise de restrição de produto de PCR, realizada no Centro de Referência Professor Hélio Fraga. **Resultados:** Paciente feminina de 64 anos, diabética e hipertensa, pesando 98kg faz acompanhamento ambulatorial no Hospital de Maracaraú-CE desde 1998. Foi registrada no ambulatório de tisiologia em 22-03-2007 por ter realizados doze pesquisas de BAAR e cultura para BK de urina, resultando em seis amostras com BAAR (+) e sete com colônias não características de M. tuberculosis (CNCMT). Não tinha antecedentes de alcoolismo, tabagismo ou drogadição. O Rx de tórax e a função hepática e renal eram normais. Foi iniciado esquema com: amicacina 1g três vezes/semana por um 12 meses e claritromicina 500mg 12/12 horas e etambutol 1,2g/dia (usará por 18 meses, está no 17º mês). A tecnologia do PRA revelou Micobacterium abscessus. Oito urinoculturas para BK já foram negativas no quinto mês e dez foram negativas no décimo segundo e décimo terceiro meses **Conclusão:** Os autores chamam atenção para esse caso raro de micobacteriose

urinária primária em paciente soro-negativo para o HIV cuja possível causa para imunossupressão seria a Diabetes Mellitus.

PO175 ABSORÇÃO INTESTINAL E CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DE RIFAMPICINA E ISONIAZIDA EM PORTADOR TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE URINÁRIA PRIMÁRIA

ELIZABETH CLARA BARROSO[1]; VERA MARIA VERAS SOUZA[2]; MARIA BERNADETE M. SEVERINO[3]; MARIA ROMI DANTAS CARVALHO[4]; EDNA MARIA MOURA[5]; CREUSA LIMA CAMPELO[6]; SHEYLA FERREIRA VALE[7]; ALDO ANGELO MOREIRA LIMA[8]

1.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2,3.HOSPITAL DE MARACANAÚ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4,5.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6,7.LABORATORIO CENTRAL DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE; CONCENTRAÇÕES SÉRICAS; ABSORÇÃO INTESTINAL

Introdução: A tuberculose multirresistente (TBMR) é uma preocupação mundial. Baixos níveis sanguíneos de drogas antituberculose podem ser causa de resistência do Mycobacterium tuberculosis aos medicamentos. **Objetivos:** Chamar atenção para esse caso raro de TBMR urinária primária em paciente sem imunodeficiência evidente em que foi avaliada a função absortiva intestinal e dosada a concentração sérica de rifampicina (CR) e isoniazida (CH). **Métodos:** Paciente faz acompanhamento no ambulatório de Clínica do Hospital de Maracanaú-CE desde maio/2003. TBMR foi definida como resistência do Mycobacterium tuberculosis à R+H de acordo com teste de sensibilidade antimicrobiana (TSA) pelo método das proporções, realizado no Laboratório Central-CE. Realizaram-se exames hematológicos e bioquímicos. A absorção intestinal foi avaliada através do teste da Lactulose/Manitol (L/M) e a dosagem de R e H feita em coleta de sangue duas e seis horas após a ingestão observada da R e H. As cápsulas de R e H tinham controle de qualidade aprovado pelo Ministério da Saúde - Brasil. A técnica para a dosagem urinária de L e M e dosagem sérica de R e H foi a cromatografia líquida de alta pressão. **Resultados:** Paciente de 48 anos, feminina, diabética tipo II, hipertensa, pesando 81kg, sem antecedentes de alcoolismo, tabagismo ou drogadição foi registrada no ambulatório de Tisiologia em 18-04-2005 com urinocultura para BK positiva (++) de 03-03-2005, entre dez realizadas e PPD=zero (28-04-2005). Iniciou-se Esquema I (R+H+pirazinamida (Z)), dose total. Após dois meses, a Z foi suspensa e mantida R+H por um ano. A diabetes era controlada com dieta. Foram realizadas cinco urinoculturas para BK, que foram negativas, no decorrer do quinto e sexto meses de tratamento e ela teve alta em 12-05-2006. Nova urinocultura para BK, de 04-07-2006 foi positiva (+) com TSA revelando resistência à R+H. Foi iniciado Esquema III (estreptomicina (S), Z, etambutol (E) e etionamida (Et)), dose total, em 06-11-2006 e mantidos hipotensores e hipoglicemiantes orais. A função hepática e renal e o Rx de tórax eram normais e o Anti-HIV- No dia 23-01-2007 foi realizado o teste da L/M e colhido sangue para dosagem de R e H. O percentual de excreção urinária de manitol (%M) foi 8,27%, de lactulose (%L) foi 0,7897% e a relação L/M=0,0955. A CR2=0,39 µg/mL, CR6=2,76 µg/mL, CH2=4,05 µg/mL e CH6=1,59 µg/mL. Quatro urinoculturas para BK foram negativas no quinto mês e cinco negativas no décimo mês de tratamento. A alta da quimioterapia anti-TB foi dada em 20-12-2007. **Conclusões:** O %M foi baixo refletindo baixa área de absorção intestinal, o %L foi alto refletindo aumento do espaço intercelular e a relação L/M foi alta sugerindo prejuízo na função absortiva intestinal. A CH estava dentro da faixa terapêutica (3-6 µg/mL), mas a CR apresentou absorção retardada e não atingiu a faixa terapêutica (8-24 µg/mL). Não podemos afirmar que a baixa CR foi a causa da multirresistência, mas a possibilidade existe e deve ser lembrada.

PO176 TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE PULMONAR E PERICÁRDICA

ELIZABETH CLARA BARROSO; MARIA ROMI DANTAS CARVALHO; EDNA MARIA MOURA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE; DISSEMINADA; TRANSMISSÃO DOMICILIAR

Introdução: Antes do advento da aids havia dúvida a respeito da transmissibilidade, infectividade, virulência e patogenicidade de bacilos sensíveis e resistentes à quimioterapia. Desde a década de 1990 a tuberculose multirresistente (TBMR) é uma preocupação mundial. **Objetivos:** Chamar atenção para esse caso raro de TBMR pulmonar e pericárdica em paciente sem imunodeficiência evidente, comprovando-se mais uma vez a agressividade do Mycobacterium tuberculosis multirresistente. **Métodos:** Revisão de prontuário para o relato clínico de paciente acompanhada no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana (ATHM) que é referência para TBMR no Estado do Ceará. O teste de sensibilidade antimicrobiana (TSA) foi realizado pelo método das proporções, no Laboratório Central-CE. Realizaram-se exames hematológicos, bioquímicos, teste anti-HIV, Rx de tórax e Ecocardiograma. **Resultados:** Paciente de 20 anos, feminina, universitária, pesando 42kg, sem antecedentes de alcoolismo, tabagismo ou drogadição. Tinha história de uso de Esquema I (rifampicina-R, isoniazida-I e pirazinamida-Z) para TB pulmonar em 2004 com alta curada, no Posto de Saúde. A mãe dela iniciou E-I, para TB pulmonar, concomitantemente, mas, abandonou o tratamento no quarto mês. Em 2005 a mãe usou E-I reforçado (R) com etambutol (E) e teve falência, mesmo usando regularmente, e iniciou Esquema III (Estreptomicina-S, Z, E e Etionamida-E), tendo novamente falência. A mãe foi matriculada no ATHM em 07-06-06 e iniciou tratamento para TBMR com: Amicacina (A) 500mg cinco vezes/semana, Ofloxacina (O) 400 12/12 horas, Terizidona (T) 500/dia e E 1,2g/dia. O TSA do escarro da mãe colhido em 08-05-06 revelou resistência a R+H+E. A mãe teve alta curada. A paciente do presente caso deu entrada no ATHM em 13-09-06 referindo que estava fazendo no Posto de Saúde com uso de E-IR e estava com dores articulares. Já havia sido colhido escarro para cultura para BK c/ TSA em 08-08-06, dia em que iniciara o E-IR. O Rx de tórax de 26-07-06 mostrava infiltrado no lobo inferior do pulmão esquerdo. Foram solicitados exames de sangue incluindo Anti-HIV(-). Em 07-03-07 retornou ao ATHM com dispnéia, palpitações e expectoração verde escassa. BAAR no escarro do mesmo dia foi (++) e Rx de tórax do mesmo dia mostrou infiltrado perihilar esquerdo e aumento da área cardíaca. Ela estava em franca insuficiência cardíaca e foi internada para confirmar derrame pericárdico. O TSA de 08-08-06 ainda estava no LACEN-CE e o resultado por telefone revelou resistência à R+H. como ela estava em falência do EI-R, decidiu-se não usar o E-III e sim o Esquema para TBMR (AOTE). Posteriormente o TSA de 07-03-07 revelou resistência a R+H+E. O ecocardiograma de 12-03-07 mostrou moderado derrame pericárdico que cedeu com o uso do tratamento para TBMR e corticosteróides (3 meses). Ela se recusou a outros procedimentos. **Conclusões:** Chama-se atenção para esse caso TBMR disseminada, em paciente HIV (-) de transmissão domiciliar.

PO177 RADIOLOGICAL FINDINGS OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN LUNG TRANSPLANTATION: A PICTORIAL ESSAY

ELTON XAVIER ROSSO; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; KLAUS IRION; JOSÉ DE JESUS CAMARGO; FABRICIO BERGELT DE SOUSA; BRUNO HOCHHEGGER; LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; NELSON PORTO

SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTATION; LUNG; POSTOPERATIVE

With the increasing number and improved survival of lung transplant recipients, radiologists should be aware of the imaging features of lung transplants and the associated complications. The recognition and early treatment of complications is important for long-term survival of lung transplant recipients. The radiologist frequently plays a central role in investigation. We demonstrate radiological appearance of pulmonary complications that are represented for Reperfusion oedema, Acute rejection, Infection, Bronchial dehiscence, pulmonary tromboembolism, Chronic rejection/bronchiolitis obliterans syndrome, Cryptogenic Organing pneumonia, Post-transplant lymphoproliferative disorder and Bronchial stenosis

PO178 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS E LABORATORIAIS DE PORTADORES DE CARCINOMA BRONQUÍOLOALVEOLAR

EMMANUEL CAVALCANTI CAMPELO NETO; SÉRGIO JAMNIK; ILKA LOPES SANTORO; LILIAN TIEMI KURANISHI; CESAR UEHARA; ELIANA LOURENÇO BORGES; KARIN MUELLER STORRER; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO

UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; CARCINOMA BRONQUÍOLO-ALVEOLAR; CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Introdução: O câncer de pulmão é um dos cânceres de maior incidência, sendo a principal causa de morte relacionada a câncer no mundo e no Brasil. O Carcinoma bronquíoloalveolar (CBA) é um subtipo do adenocarcinoma, com

características próprias, representando 2 a 3% dos tumores primários de pulmão, cuja incidência tem aumentado nos últimos anos. Apresenta crescimento lento e, geralmente, tem bom prognóstico. Suas características são pouco conhecidas no país, devido ao poucos trabalhos publicados sobre este tipo histológico. **Objetivos:** Estudar as características de pacientes com essa neoplasia, a fim de ampliar os conhecimentos sobre este tipo pouco estudado no Brasil. **Métodos:** Estudo retrospectivo com levantamento dos dados dos prontuários dos pacientes portadores carcinoma bronquioloalveolar acompanhados no ambulatório de Oncopneumologia da Universidade Federal de São Paulo de 1986 a 2005. Foram avaliados os dados referentes ao: sexo, idade, cor, hábito tabágico, índice de Karnofsky, sinais, sintomas e tempo decorrido entre o ínicio da sintomatologia e o tempo da primeira consulta no ambulatório em meses, imagem radiológica e/ou de tomografia computadorizada de tórax, principais métodos utilizados para o diagnóstico, exames laboratoriais, estadiamento da doença e terapia realizada. A doença foi caracterizada em localizada e avançada, sendo a primeira definida como os pacientes nos estádios Ia, Ib, IIa, IIb, IIIa, e a segunda os pacientes nos estádios IIIb e IV. Na análise estatística, foram calculadas a média, a mediana e o desvio-padrão (DP) das variáveis contínuas. Em alguns casos realizou-se o teste do qui-quadrado e o teste t de Student, considerando p significante menor do que 0,05. **Resultados:** Do total de 1617 pacientes atendidos com carcinoma broncogênico, 45 (2,8%) tiveram diagnóstico de CBA, sendo 24 (53,3%) pacientes do sexo feminino. A cor branca foi representada por 32 (71,1%), seguida de negros (7/15,5%) e amarelos (6/13,3%). O índice de Karnofsky era próximo em ambos os sexos (média=80). Os sinais e sintomas observados foram: tosse (80%), expectoração (68,9%) e dispnéia (60%). A mediana do tempo decorrido entre o início dos sintomas até a primeira consulta foi de 6,5 meses para ambos os sexos. Imagens focais foi o padrão predominante nos exames radiológicos (53,3%). Resultados positivos foram obtidos em 71,1% dos pacientes através das broncoscopias, 26,7% das biópsias a céu aberto, 8,9% das punções pleurais, 6,7% dos lavados bronquioloalveolares e em 4,4% das citologias de escarro. Entre 40 pacientes com informações sobre estadiamento, foram classificados 16 (40%) como doença localizada e 24 (60%) como doença avançada. Dezesseis (35,6%) pacientes foram submetidos à cirurgia, 20 (44,4%) à quimioterapia e 6 (13,3%) à radioterapia. Terapia de suporte foi oferecido a 11 (24,4%) pacientes. Exames como VHS, DHL e CEA estavam com valores elevados em 12 (26,7%), 4 (8,9%) e 7 (15,6%) pacientes respectivamente. **Conclusão:** Os resultados encontrados neste trabalho são semelhantes aos da literatura mundial. A maior parte dos diagnósticos de CBA é feita em fase avançada da doença.

PO179 CARACTERÍSTICAS DAS BIÓPSIAS PLEURAIS DE DERRAMES EXSUDATIVOS LINFOMONONUCLEARES EM PRONTO ATENDIMENTO DE PNEUMOLOGIA

ERIKA CRISTINE TREPTOW; ALEX MACEDO; DANIELE MENEZES TORRES; ROBERTA PULCHERI RAMOS; THÚLIO MARQUEZ CUNHA; JORGE NAKATANI; NAIENE GOMES GORDO STECCA; ROSALI TEIXEIRA DA ROCHA

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; BIÓPSIA PLEURAL; DERRAME PLEURAL EXSUDATIVO LINFOMONUCLEAR

Introdução: O derrame pleural é um sinal de doença pulmonar, pleurítica ou extrapulmonar, tanto de natureza benigna quanto maligna. A biópsia pleural acrescenta informações diagnósticas em pacientes com derrame pleural exsudativo linfomononuclear (DPLMN), sendo especialmente útil no diagnóstico de tuberculose pleural e neoplasias. **Objetivo:** Analisar as características dos pacientes submetidos à biópsia pleural de derrames pleurais exsudativos em Pronto Atendimento de Pneumologia. **Métodos:** estudo retrospectivo das biópsias pleurais realizadas no Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de São Paulo de 1999 a 2007. Dados demográficos, bioquímica e citologia do líquido pleural e anátomo- patológico de biópsia pleural foram avaliados. Resultados: Entre janeiro de 1999 e dezembro de 2007 foram realizadas 333 biópsias pleurais em pacientes com (DPLMN) , com média de idade de 50,13 anos (16-94 anos). Destes, 193 eram do sexo masculino (58%). Em 122 (36,6%) pacientes (média 53,3 anos) o resultado do anátomo-patológico demonstrou pleurite inespecífica, sendo 66 pacientes do sexo masculino (54%). Tuberculose pleural foi encontrada em 122 pacientes (36,6%) (média 39,6 anos) com 76 do sexo masculino (62,2%). O diagnóstico de neoplasia ocorreu em 74 (22,2%) pacientes (média de 62 anos), 30 do sexo masculino (40,5%). Linfoma em 15 (4,5%) (média 50,4 anos) com 10 homens (66,6%). **Conclusão:** O rendimento diagnóstico da biópsia de pleura depende de vários fatores, entre eles a experiência do profissional que a realiza, o treinamento do patologista e a prevalência das diferentes doenças. No presente estudo, a biópsia pleural auxiliou na definição diagnóstica em 63,3% dos casos, com tuberculose pleural predominando em pacientes mais jovens (média 39,6 anos), e neoplasia em mais velhos (média 62 anos).

PO180 BRONQUIOLITE CONSTRITIVA ASSOCIADA À REAÇÃO DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

ERIKA CRISTINE TREPTOW; ALEX MACEDO; DANIELE MENEZES TORRES; ROBERTA PULCHERI RAMOS; NAIENE GOMES GORDO STECCA; THÚLIO MARQUEZ CUNHA; JORGE NAKATANI; NILSON MOURA GAMBERO

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIOLITE CONSTRITIVA; BRONQUIOLITE; REAÇÃO ENXERTO VERSUS HOSPEDEIRO

Introdução: A bronquiolite constritiva é uma síndrome de limitação ao fluxo aéreo devido à fibrose submucosa e peribronquiolar dos bronquíolos respiratórios e membranosos, com posterior estreitamento luminal concêntrico. **Objetivo:** descrever um caso de bronquiolite constritiva após transplante de medula óssea. **Materiais e Métodos:** relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE (descritores: Constrictive bronchiolitis, GVHD). **Relato do caso:** Paciente masculino, 21 anos, apresentou-se no Pronto Atendimento de Pneumologia com dispnéia progressiva e tosse há 4 anos e piora há 6 meses. Negava dor torácica, febre, emagrecimento, tabagismo. Diagnosticado com Linfoma de Hodgkin subtipo esclerose nodular, foi submetido a quimioterapia em 2002 e transplante alogênico de medula óssea em 2004. Ao exame encontrava-se hipocorado, eupnéico, normotenso, com murmúrio vesicular difusamente diminuído. Durante teste do degrau apresentou diminuição da saturação de oxigênio após dois minutos (96% - 85%). Radiografia de tórax com sinais de hiperinsuflação e tomografia de tórax com aprisionamento aéreo, atenuação em mosaico e bronquiectasias. A prova de função pulmonar evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado com presença de alçaponamento aéreo. Optou-se por tratamento com Prednisona, broncodilatadores e Azitromicina três vezes por semana. **Discussão:** Em torno de 30-60% dos transplantes de medula óssea apresentam complicações pulmonares. A bronquiolite constritiva é mais comum após tranplante alogênico e sua incidência varia de 6-20% em pacientes com reação do enxerto contra o hospedeiro. A obstrução das vias aéreas desenvolve-se 80-700 dias após o tranplante. Os sintomas são inespecíficos: tosse seca, dispnéia e sibilância. Os exames de imagem mostram sinais de aprisionamento aéreo, atenuação em mosaico e bronquiectasias. Diante de apresentação clínico-radiológica compatível com bronquiolite constritiva, não há necessidade e confirmação histológica para o diagnóstico. Mesmo com tratamento otimizado a melhora da função pulmonar ocorre em apenas 8-20% dos pacientes, sendo a mortalidade em 3 anos estimada em 65%. **Conclusão:** devido à alta prevalência de complicações pulmonares e prognóstico reservado, pacientes submetidos a transplante de medula óssea alogênico devem ter acompanhamento de função pulmonar periodicamente.

PO181 FREQÜÊNCIA DE COMPLICAÇÕES GESTACIONAIS EM FUMANTES

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ; BLANCARD SANTOS TORRES; ESDRAS XAVIER PEREIRA; EDUARDO AQUINO; SEVERINO SOUZA

UFPE, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: COMPLICAÇÕES; TABAGISMO; GESTAÇÃO

Introdução: O tabagismo durante a gestação tem implicações que vão além dos prejuízos à saúde materna. Além de ser nocivo à população adulta, sabe-se que a exposição ao fumo, seja direta ou indiretamente, é especialmente prejudicial aos bebês e crianças menores. Essas crianças acabam se tornando as maiores vítimas do tabagismo de seus pais, pois assumem a posição de fumantes passivos e, por imaturidade, os danos são seriamente prejudiciais. Os resultados são alarmantes quando se leva em conta os riscos desencadeados pelo tabagismo durante a gravidez. Um único cigarro fumado por uma gestante é capaz de acelerara os batimentos cardíacos do feto, devido ao efeito da nicotina sobre o seu aparelho cardiovascular. Não é difícil mensurar a extensão dos danos causados ao feto, com uso regular de cigarros pela gestante. Na gestação o principal fator relacionado às complicações observadas é a redução do aporte de oxigênio e nutrientes ao feto. Tal redução é causada pelo aumento da resistência à chegada do sangue à placenta, pela redução da permeabilidade

placentária e pela ligação estável do monóxido de carbono às hemácias, em detrimento do oxigênio. O bebê desenvolve, durante a gestação, mecanismos que o fazem adaptar-se à menor quantidade de oxigênio, e essas compensações podem ser prejudiciais enquanto ele estiver no útero – podendo crescer pouco ou até morrer pela falta de oxigênio- e também depois do nascimento – fazendo com que ele morra ou desenvolva dificuldades respiratórias. Os componentes tóxicos do cigarro, que vão para o sangue da mãe, impedem que a placenta se desenvolva adequadamente. Outra complicação é o sério risco de a mãe desenvolver hipertensão durante a gravidez, que é a causa que mais provoca morte materna no Brasil. O consumo do tabaco duplica as chances do baixo peso ao nascer, a mortalidade é um terço mais freqüente entre os recém nascidos expostos ao consumo do cigarro durante a gestação. **Métodos:** Foram aplicados 201 questionários em gestantes, com média de idade de 25 anos, voluntárias, procedentes do Recife e cidades próximas (Vitória de Santo Antão, Gravatá) que se encontravam nos ambulatórios de pré-natal. **Resultados:** Encontramos num total de 201 mulheres entrevistadas, 67,7% eram fumantes. E 37,67% destas mulheres tinham relato de abortamento, prematuridade ou natimorto nas gestações anteriores; 8,8 % relataram complicações durante partos anteriores, e 3,7% complicações para o recém nascido. **Discussão**: O fumo na gravidez é responsável por casos de fetos com baixo peso ao nascer, de partos prematuros e todas as mortes perinatais, além de contribuir para a síndrome da morte súbita do bebê. A exposição fetal aos compostos do cigarro pode também comprometer o crescimento dos pulmões e leva à redução das pequenas vias aéreas, implicando em alterações funcionais respiratórias na infância. Autores observaram que a mortalidade aumenta em função do número de cigarros consumidos, do período de tempo decorrido e da quantidade de fumo inalado. O risco de pré eclampsia durante o período de gestação é maior, as gestantes fumantes ganham menos peso, sugerindo que o fumo diminui o apetite da mãe e, assim resultar em uma desnutrição que poderá causar restrições ao crescimento do feto. Nosso estudo evidenciou uma freqüência não desprezível de complicações na gestação, parto e para o recém nascido.

PO182 FREQÜÊNCIA DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS EM GESTANTES FUMANTES

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ; BLANCARD SANTOS TORRES; ESDRAS XAVIER PEREIRA
UFPE, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FREQÜÊNCIA; SINTOMAS ; FUMANTES

Introdução: O uso do tabaco causa a morte de três milhões de pessoas por ano em todo o mundo, gerando uma verdadeira pandemia. Como as conseqüências do hábito de fumar não estão restritas a órgãos e sistemas, e, sim, atingem o organismo como um todo, torna-se impossível enumerá-las isoladamente. Na gestação o principal fator relacionado às complicações observadas é a redução do aporte de oxigênio e nutrientes ao feto. Os componentes tóxicos do cigarro, que vão para o sangue da mãe, impedem que a placenta se desenvolva adequadamente. Outra complicação é o sério risco de a mãe desenvolver hipertensão durante a gravidez, que é a causa que mais provoca morte materna no Brasil. **Objetivos:** Descrever em gestantes fumantes os sintomas relacionados ao hábito tabágico. **Métodos:** Foram aplicados 201 questionários em gestantes, com média de idade de 25 anos, voluntárias, procedentes do Recife e cidades próximas (Vitória de Santo Antão, Gravatá) que se encontravam nos ambulatórios de pré-natal. **Resultados:** Encontramos num total de 201 mulheres entrevistadas, 67,7% eram fumantes e 88,8% fumavam até 20 cigarros por dia. Todas as entrevistadas relacionavam dois ou mais sintomas do relacionados ao tabagismo. Sintomas Freqüência Cansaço 115 Indisposição 83 Não sentiam cheiro 24 Tosse 115 Secreção 63 Dor na garganta 48 Chiado 22 Falta de ar 94 **Discussão:** A fumaça do cigarro exerce vários efeitos no trato respiratório, principalmente a inflamação e efeitos mutagênicos/ carcinogênicos. Estas substâncias podem ainda causar diminuição na capacidade de limpeza das vias aéreas, pelos efeitos nocivos nos cílios, e hiperplasia das células mucosas. Além dos efeitos irritativos ou tóxicos causados pelos componentes da fumaça do cigarro, lesão específica ocorre devido à inalação de grande quantidade de radicais livres derivados de oxigênio, peroxidases e peroxinitrititos. Recente metanálise para câncer de pulmão, cardiopatias e doenças respiratórias sugerem aumento considerável em relação a não fumantes. Baseado nestes fatos, é compreensível perceber porque toda as entrevistadas tinham dois ou mais sintomas relacionados com o tabagismo.

PO183 ORIENTAÇÃO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM FUMANTES

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ; BLANCARD SANTOS TORRES; ESDRAS XAVIER PEREIRA
UFPE, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CESSAÇÃO; TABAGISMO; GESTANTES

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo é considerado a maior causa evitável isolada de morbi-mortalidade do mundo atual. Uma boa oportunidade de largar o vício do cigarro está na gravidez, e que mulheres que abandonam o cigarro antes do 1º. trimestre da gravidez, têm riscos menores de apresentarem crianças com baixo peso. **Objetivos:** Descrever em gestantes fumantes a orientação recebida para cessar o tabagismo. **Métodos:** Foram aplicados 201 questionários em gestantes, com média de idade de 25 anos, voluntárias, procedentes do Recife e cidades próximas (Vitória de Santo Antão, Gravatá) que se encontravam nos ambulatórios de pré-natal. **Resultados:** Encontramos num total de 201 mulheres entrevistadas, 67,7% eram fumantes e 88,8% fumavam até 20 cigarros por dia, 23,5% estavam fumando até a cinco anos, e 50,9% fumavam entre seis e 20 anos. Cerca de 82% relataram que foram orientadas pelo médico a parar de fumar, mas apenas 27,7% forma orientadas como parar. A faixa etária mais representativa encontrava-se dos 16 aos 25 anos, com freqüência maior nos sexto, sétimo, oitavo e nono meses de gestação. Cerca de 57,2% das entrevistadas tinham como formação escolar o ensino fundamental, destas 68,8% não concluíram. **Conclusão:** – O grande ganho da mãe, do feto, e da criança, e a extraordinária motivação materna que a gravidez por si promove justificam a aplicação de esforços especiais para a interrupção do tabagismo na gestação. É necessário uma otimização do serviço de acompanhamento médico pré-natal, bem como a criação de campanhas educativas visando uma maior conscientização da população na tentativa de evitar as conseqüências do tabagismo para as gestantes e seus futuros filhos. A cessação do tabagismo no início da gestação acarreta importante redução dos riscos à saúde fetal. A persistência da abstinência no pós-parto evita a exposição passiva do neonato aos compostos do tabaco, a qual está associada a várias doenças, principalmente às infecções respiratórias. Estima-se que 12 a 15% das gestantes que alcançam a cessação vão recair ainda durante a gestação. Este estudo evidencia grande número de gestantes fumantes, e que apesar de estimuladas a deixar o tabagismo por seus médicos, não foram orientadas com relação aos métodos antitabágicos.

PO184 NITRATO DE PRATA EM BAIXAS DOSES SEQÜENCIAIS: UM NOVO MÉTODO DE PLEURODESE?

EVALDO MARCHI; FRANCISCO SUSO VARGAS; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO; LEILA ANTONANGELO; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - INCOR - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PLEURODESE; NITRATO DE PRATA; DERRAME PLEURAL

Introdução: Este estudo descreve uma nova forma de indução de pleurodese em coelhos utilizando doses baixas fracionadas de nitrato de prata, e procura comparar os efeitos inflamatórios sistêmicos ao um método clássico utilizando nitrato de prata 0,5%. **Método:** Coelhos foram submetidos à injeção intrapleural de nitrato de prata a 0,1% em doses fracionadas nos tempos 0, 24 e 48 horas. Outro grupo recebeu dose única de nitrato de prata 0,5%. O grupo controle foi injetado somente com água destilada. Após 24, 48, 72 horas e 7 dias foi colhida amostra de sangue para medida de leucócitos, percentual de neutrófilos, DHL, PCR e das citocinas IL-8, VEGF e TGF-beta. O grau de pleurodese foi determinado por avaliação macroscópica após 28 dias (escores 0-4). **Resultado:** No grupo nitrato 0.5% houve aumento significativo dos neutrófilos, DLH, IL-8 e TGF-beta em comparação aos controles, enquanto no grupo nitrato 0,1% houve aumento somente da DHL e PCR após 24 horas e do TGF-beta em todos os tempos. Notou-se que a resposta sistêmica do percentual de neutrófilos foi menor para o nitrato 0,1% que para o nitrato 0,5%, e que os valores de neutrófilos, IL-8 e VEGF no grupo nitrato 0,5% apresentaram um pico entre 24 e 48 horas, com tendência à queda ao longo do tempo. A pleurodese foi eficaz nos dois grupos de nitrato. **Conclusão:** Doses seqüenciais de nitrato de prata 0,1% produziram pleurodese eficaz em coelhos, com uma resposta inflamatória sistêmica menos intensa que a do nitrato 0,5% em dose única. Apoio Financeiro: FAPESP, CNPq

PO185 ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EM PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: ESTUDO DE CASO

FABIANE ALVES CARVALHO; ANDRÊSSA CINTRA ALMEIDA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS, ANÁPOLIS, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; REABILITAÇÃO PULMONAR; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada pela presença de obstrução ou limitação crônica ao fluxo aéreo, de caráter fixo ou parcialmente reversível, podendo propiciar além de alterações respiratórias acometimentos a nível sistêmico. A fisioterapia, através de um programa de reabilitação pulmonar (RP) pode promover inúmeros benéficos nos sintomas cardiorespiratórios e qualidade de vida (QV) destes pacientes. **Objetivos:** Analisar os efeitos de um RP em um paciente com DPOC e sua repercussão na função pulmonar, sistema cardiovascular e QV. **Métodos:** Estudo de caso, de caráter quantitativo, analítico, clínico, descritivo, com indivíduo portador de DPOC e hipertensão arterial sistêmica como doença concomitante, 70 anos, sexo masculino. Submetido a anamnese, manuvacuometria, espirometria, teste de caminhada de 6 minutos, cirtometria, questionário do Hospital Saint George na doença respiratória, um protocolo de modificação do padrão respiratório e um programa de RP, durante 3 meses. **Resultados:** Apontam ganho de força muscular respiratória, representada pela Pressão inspiratória máxima (-50 para -90 cmH2O) e Pressão expiratória máxima (40 para 80 cmH2O), melhora da expansibilidade torácica expressa através do aumento do quociente respiratório. Evolução da distância percorrida no teste de caminhada (216 para 299 metros) denotando ganho de capacidade funcional. Regressão no decorrer das sessões nas variáveis, Freqüência Cardíaca e Pressão Arterial Sistólica apontando diminuição da sobrecarga cardíaca, caracterizada pelo Duplo Produto. Aumento da Saturação de Oxigênio, durante a atividade proposta e em repouso, culminando em diminuição da sensação subjetiva da dispnéia, representada pela escala de BORG, aumento da mobilidade torácica e aclive na QV, indicada pela redução nos escores do questionário do Hospital Saint George na doença respiratória. Não houve modificação expressiva nas variáveis, Capacidade Vital Forçada, Volume Expiratório Forçado no 1° segundo, Pressão Arterial Diastólica e Freqüência Respiratória. **Conclusão:** O programa de RP pode trazer inúmeros benefícios para pacientes acometidos por DPOC, incrementando a força muscular respiratória, além de atuar na atenuação da hipertensão arterial sistêmica e diminuindo o risco cardiovascular. Melhorando a independência funcional e qualidade de vida, tão deteriorada nesta população, proporcionando que os mesmos executem suas atividades cotidianas com menor cansaço, traduzindo melhoria na autonomia social e física, gerando menor apatia e maior segurança de si mesmo.

PO186 INVESTIGAÇÃO ESPIROMÉTRICA: AVALIAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA DE TABAGISTAS E NÃO TABAGISTAS

FABIANE ALVES CARVALHO; ALINE TOCCHIO SILVA; GILBERTO VIEIRA JUNIOR
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS, ANÁPOLIS, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESPIROMETRIA; TABAGISTAS; TESTE DE FAGERSTRÖM

Introdução: O tabagismo é o principal fator de risco de morbimortalidade em inúmeras doenças, constituindo um sério problema de saúde pública. É opinião comum, entre os estudiosos, que a dependência nicotínica seria a chave da persistência do tabagismo e da dificuldade de sua suspensão. O teste de função pulmonar é de suma importância quando se fala em tabagismo, já que a preocupação com os problemas provenientes do consumo de tabaco se torna alarmante. **Objetivos:** Avaliar a função pulmonar através da espirometria, em indivíduos tabagistas e não tabagistas. Para os tabagistas, analisar o tempo de tabagismo e grau de dependência à nicotina, a partir do Teste de Fagerström. **Métodos:** Participaram da pesquisa 81 sujeitos, estes foram avaliados através de uma ficha de avaliação própria e realizaram espirometria. Os indivíduos tabagistas foram submetidos ao Teste de Fagerström. **Resultados:** A média de idade foi de 37 anos ± 10,2. Houve maior incidência de tabagistas no sexo masculino (30%). A avaliação da função pulmonar entre os não-tabagistas evidenciou que, 21% apresentavam alterações, enquanto que, entre os tabagistas estas estavam presentes em 41%. O valor de Capacidade Vital Forçada foi de 98% ± 21,1 e 82% ± 33 ($p < 0,05$) e o Volume Expiratório Forçado no 1º segundo foi de 95% ± 17 e 80% ± 25, 5 ($p < 0,05$) do predito, no grupo de não tabagistas e tabagistas, respectivamente. O tempo médio de tabagismo foi de 20 anos. Observou-se, no Teste de Fagerström que 36,6%, dos indivíduos revelaram maior dependência à nicotina. Não houve relação entre o grau de dependência e o tempo de tabagismo. **Conclusão:** Indivíduos tabagistas apresentaram alterações importantes na função pulmonar, porém não se observou relações significativas entre as variáveis espirométricas, tempo de tabagismo e grau de dependência nicotínica.

PO187 AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM ESTUDO PROSPECTIVO

FABIANE ALVES CARVALHO; CAROLINE NONATO SILVA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS, ANÁPOLIS, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA; VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA; FISIOTERAPIA

Introdução: O conceito de insuficiência respiratória envolve a dificuldade encontrada pelo sistema respiratório em desenvolver adequadamente sua principal função, ou seja, a promoção das trocas gasosas. Casos graves levam então, o paciente a necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). **Objetivos:** Descrever a experiência em VMI na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Hospital de Urgência de Anápolis - GO, analisando os principais modos e parâmetros ventilatórios utilizados. **Metodologia:** O estudo delineou-se de forma prospectiva, observacional e descritiva no período de janeiro a março de 2008. Dos 160 pacientes internados neste período, 64 foram incluídos, estando estes em VMI por mais de 24 horas em qualquer modo ventilatório. O procedimento de coleta de dados foi realizado por meio de uma ficha individual. Após análise descritiva, os dados encontram-se expostos em porcentagem, média e desvio padrão. **Resultados:** A idade média foi de 59 ± 16,9 anos, sendo 54% dos pacientes do sexo masculino. A incidência de óbitos foi de 58 %. O índice de letalidade foi de 58%, contra 31% de pacientes que evoluíram para respiração espontânea. O tempo médio de permanência na ventilação mecânica foi de 7 ± 3,8 dias. O modo ventilatório mais utilizado foi Ventilação com Pressão Controlada (PCV) por proporcionar maior proteção de vias aéreas e do tecido pulmonar, de acordo com o perfil dos pacientes estudados. **Conclusão:** A abordagem e os parâmetros ventilatórios iniciais encontrados na unidade hospitalar abordada são considerados adequados, condizendo com a literatura mundial.

PO188 CORRELAÇÃO ENTRE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E O NÍVEL DE CONTROLE DA ASMA EM ADULTOS

FABIANE KAHAN; DANIELA CAVALET BLANCO; NÓRIS COIMBRA SCAGLIA; CYNTHIA DA CUNHA ROCHA; RENATA ALAMPI; JUSSARA FITERMAN
HSL PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; OBESIDADE; CONTROLE DA ASMA

Introdução: Estudos têm evidenciado uma associação entre obesidade e asma. Entretanto, o impacto que a obesidade tem em relação à asma ainda precisa ser esclarecido. **Objetivos:** Estudar a correlação entre obesidade e o controle e gravidade da asma. **Métodos:** Foram avaliados pacientes asmáticos atendidos no ambulatório especializado do Hospital São Lucas da PUCRS no período de junho de 2007 a junho de 2008. Os pacientes realizaram entrevista médica para a classificação da gravidade da doença conforme critérios da SBPT 2006, preencheram o Teste de Controle da Asma (TCA), tiveram o Índice de Massa Corporal (IMC) calculado, conforme classificação da Organização Mundial da Saúde e realizaram avaliação da função pulmonar. Para avaliação da correlação entre IMC e o TCA foi utilizado o teste de Correlação de Pearson e o Qui-quadrado. A correlação entre o IMC e o nível de gravidade da asma foi estudo pela ANOVA. **Resultados:** Cento e noventa asmáticos foram estudados, sendo 73% do sexo feminino e 79% caucasianos. A classificação de gravidade da asma foi: 11 % intermitente, 15% persistente leve, 27% persistente moderada e 47% persistente grave. Trinta por cento dos pacientes estavam com a asma controlada, 24 % parcialmente controlada e 46% não controlada. A distribuição do IMC na amostra foi a seguinte: 27% dos pacientes tinham IMC entre 20 e 24,9, 37% entre 25 e 29,9 e 36% tinham IMC de 30 ou mais. Não foi encontrada associação entre IMC e o nível de gravidade da asma ($p=0,1$). Houve correlação significativa e inversa ($p=0,003$) entre o IMC e o controle da asma ($r=-0,222$). Cinqüenta e sete por cento e 48% dos pacientes com IMC ≥ 30 e IMC entre 25 e 29,9, respectivamente, apresentavam asma não controlada; somente 28% dos pacientes sem obesidade ou sobrepeso (IMC de 20 a 24,9) apresentavam asma não controlada. **Conclusão:** Considerando que houve uma correlação significativa e inversa entre o IMC e o TCA, pode-se inferir que a obesidade tem um impacto negativo sobre o controle da asma na amostra estudada.

PO189 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA BRONCODILATADORA IMEDIATA AO FORMOTEROL EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) COM POUCA REVERSIBILIDADE

FABIO SOUZA[1]; ADALBERTO SPERB RUBIN[2]; JORGE LIMA HETZEL[3]; JOSÉ DA SILVA MOREIRA[4]
1.HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA, CRICIUMA, SC, BRASIL; 2,3,4.SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; BRONCODILATADOR; FORMOTEROL

Introdução: O formoterol é um fármaco beta-agonista de ação prolongada utilizado no tratamento de manutenção da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). O seu rápido início de ação e a eficácia broncodilatadora podem determinar melhora significativa e imediata da função pulmonar. Pacientes com DPOC apresentam pouca ou nenhuma resposta ao broncodilatador (BD) no volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), podendo apresentar reversibilidade em outras variáveis se avaliados por pletismografia. **Objetivo:** O objetivo do estudo é avaliar por pletismografia a eficácia broncodilatadora do formoterol após 30 minutos de sua aplicação em portadores de DPOC. **Material e Métodos:** Foram avaliados 40 pacientes que apresentavam mais de 20 anos/maço, portadores de DPOC com pobre resposta ao BD (variação menor que 200 mL e 7% do valor previsto). Encontravam-se no estágio II ou III da DPOC (SBPT/GOLD) e apresentavam VEF1 menor que 70% do valor previsto. Foram randomizados em dois grupos de 20 pacientes, com características clínicas semelhantes, recebendo cada um formoterol ou placebo, através de inalador de pó seco (aerolizer) com repetição das provas funcionais após 30 minutos. **Resultados:** Foi observada pela pletismografia hiperinsuflação significativa em todos os pacientes (média volume residual 215,0% e média capacidade pulmonar total de 133,0% do valor predito). Foram observados aumentos significativos do VEF1 no grupo formoterol com 12,4% e placebo com 0,1% (p=0,00065), capacidade inspiratória (CI) no grupo formoterol com 7,4% e no grupo placebo com 2,75% (p=0,05) e capacidade vital forçada (CVF) com aumento no grupo formoterol de 12,8% e no grupo placebo 5,1%(p=0,017), redução importante da resistência (Raw)das vias aéreas (p=0,010) no grupo formoterol (-14%) em comparação com o grupo placebo onde houve até um discreto aumento (2,6%), redução não expressiva do volume residual e aumento não significativo da condutância específica das vias aéreas e da capacidade vital. **Conclusão:** Em portadores de DPOC com pobre reversibilidade ao BD no teste espirométrico simples, o formoterol levou a uma melhora significativa da função pulmonar por pletismografia nas variáveis VEF1, CI, CVF e Raw, após 30 minutos de sua administração.

PO190 PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO EM MOTORISTAS DE ÔNIBUS DE SANTA CATARINA

FABIO SOUZA; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO
HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA, CRICIUMA, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO; MOTORISTAS; QUESTIONÀRIO DE BERLIM

Introdução: A síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença que se caracteriza por obstrução parcial ou completa da via aérea superior recorrente durante o sono, resultando em queda da saturação e despertares com sintomas como roncos e sonolência excessiva diurna. Conforme estudos anteriores motoristas de ônibus de empresas nacionais apresentam prevalência elevada de fatores de risco para esta doença. **Objetivo:** O objetivo do estudo é avaliar os fatores de risco para SAOS em motoristas de ônibus de uma empresa de Santa Catarina. **Material e Métodos:** Estudo transversal e descritivo, onde todos os motoristas assinaram o termo de consentimento previamente aprovado. Foram avaliados 119 motoristas de uma empresa de ônibus catarinense pelos questionários de Epworth (maior igual a 10 pontos) e Berlim (alto risco para apnéia obstrutiva), assim como perímetro cervical (maior ou igual a 42 cm2) e medidas antropométricas como índice de massa corporal (IMC maior igual a 30 Kg/m2). Utilizado teste t comparando Berlim alto risco com baixo risco por idade, IMC, perímetro cervical e Epworth. **Resultados:** Os motoristas apresentaram em média 42,3±3,4 anos, 80,04 Kg, altura 1,72 metros e índice de massa corporal (IMC) médio de 26,72±3,75 Kg/m2, sendo que 60% estavam acima do peso ideal. A média do perímetro cervical foi de 41,2±2,8 cm2. O questionário de Epworth apresentou uma média de 6 pontos. No questionário de Berlim 24 pacientes (20,1%) já haviam dormido enquanto dirigiam e 15 (12,6%) pacientes sabiam ter hipertensão arterial sistêmica. Roncos referidos pelo conjuge, em 61 motoristas (51,2%). Quando analisados os fatores principais de risco para SAOS foi evidenciado que o questionário de Berlim alto risco estava presente em 27 motoristas (22,7%), onde 10 destes apresentavam hipertensão e 16 destes responderam que já haviam dormido enquanto dirigiam. A escala de sonolência de Epworth demonstrou que 22 pacientes apresentaram pontuação maior igual a 10 (18,5%). Em 50 pacientes (42%) o perímetro cervical foi maior ou igual a 42 cm2 e o IMC ≥ 30 Kg/m2 em 29 motoristas (24,3%). Os pacientes com Berlim alto risco para apnéia obstrutiva apresentaram significativamente mais hipersonolência diurna que o Berlim baixo risco. (Epworth 10,8±4,1 versus 4,67±2,92 p<0,0001) e valores maiores mas sem diferença significativa no IMC (28,4±4,2 versus 26,06±3,52 p=0,0024, porém com intervalo de confiança 0,9339 a 4,2261) e perímetro cervical (42,3±3,8 versus 40,85±5,04 p=0,2532). A idade foi similar nos dois grupos. **Conclusão:** Os fatores de risco para a SAOS são expressivos nos motoristas de ônibus de Santa Catarina, podendo apresentar a doença com suas repercussões sistêmicas, assim como maior probabilidade de acidentes nas rodovias. Medidas polissonográficas devem ser efetuadas nessa amostra para avaliar efetivamente e orientar o devido tratamento nestes pacientes.

PO191 SÍNDROME DE MEIGS ATÍPICA: RELATO DE CASO

FABIO SOUZA[1]; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO[2]
1.HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA, CRICIÚMA, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDOMRE DE MEIGS ATÍPICA; DERRAME PLEURAL; TUMOR OVARIANO

Introdução: A síndrome de Meigs é uma entidade clínica rara, descrita por J.V. Meigs e Cass em 1937. Caracteriza-se por apresentar tumor geralmente benigno e sólido ovariano (fibroma ovariano), ascite e derrame pleural. É definido como Síndrome de Meigs atípica ou Síndrome Pseudo-Meigs, quando a causa do derrame e da ascite estejam relacionados com outros tumores ovarianos não sólidos. **Objetivo:** Descrever um caso de Síndrome de Meigs Atípica. **Material e Métodos:** relato de caso. **Resultados:** Paciente de 24 anos, procurou o ambulatório de pneumologia pois referia dor torácica à esquerda principalmente relacionada à inspiração e mobilidade há 10 dias. Nos últimos 4 dias iniciou com dispnéia aos moderados esforços. História de irregularidade menstrual há 2 meses. Ausculta pulmonar evidenciava diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. Descoforto à palpação de fossa ilíaca direita e esquerda. realizada punção torácica (resultados da toracocentese): aspecto amarelo-citrino com drenagem de 700 mL, proteína 6g/dL, glicose 94mg/dL, DHL 275 U/L, linfócitos 5%, neutrófilos 95%, eosinófilos ausentes, ph 8,0, Adenosina deaminase 36 U/L, Ca125 3.651 U/mL. Análise sangüínea: Antígeno Carbohidratado CA 125 524,1 U/mL. Ecografia abdominal e tomografia pélvica: ascite em pequena quantidade, ovário direito apresenta múltiplos pequenos cistos medindo de 0,6 a 1,2 cm e ovário esquerdo apresenta dois cistos homogêneos com 2,0 cm e 4,0 cm. Submetida à biópsia ovariana: cisto ovariano endometriótico. Paciente foi encaminhada à ginecologia com tratamento inicial clínico com os análogos do GnRH e avaliações mensais com dosagem de CA125. Não houve recidiva do derrame pleural e ascite. **Conclusão:** A causas de derrame pleural são as mais variadas. Quando o paciente tiver além de derrame pleural, ascite e alterações ovarianas a Síndrome de Meigs ou Pseudo Meigs deve ser hipotetizada. A síndrome de Meigs atípica é causada por um tumor ovariano sem características sólidas elevação do CA125 no sangue e no líquido pleural. No caso exposto foi devido ao cisto ovariano endometriótico, definindo assim como Síndrome de Meigs Atípica. Optou-se por iniciar com tratamento clínico para não realizar excérese cirúrgica dos ovários obtendo um tratamento conservador efetivo.

PO192 FIBROSE PULMONAR SECUNDÁRIA À ARTRITE REUMATÓIDE

FABIO SOUZA[1]; CÍNTIA BEZA TAVARES[2]; CLARISSA SOUSA[3]; CLARISSA BORGUEZAN DAROS[4]; FLAVIA CORRÊA GUERRA[5]; FABRICIO WOLLMANN ZANDONÁ[6]; RICARDO TONIAL[7]; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO[8]
1.HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA, CRICIUMA, SC, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8. HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIUMA, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ARTRITE REUMATÓIDE; FIBROSE PULMONAR; DOENÇA INTERSTICIAL

Introdução: Fibrose pulmonar é uma manifestação extra-articular que pode ocorrer em alguns casos de artrite reumatóide. Os achados clínico-radiológicos são similares aos encontrados na fibrose pulmonar idiopática. A etiologia ainda não está esclarecida, mas há hipótese de que fatores como suscetibilidade genética além de presença de resposta imunológica alterada possam contribuir

na patogênese deste distúrbio. **Objetivo:** Descrever um caso de fibrose pulmonar secundário à artrite reumatóide. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, com 66 anos de idade, do lar, natural de Lauro Muller(SC) procurou serviço médico queixando-se de dispnéia progressiva há 1 mês e astenia. Apresentava história pregressa de internações por dispnéia de repetição e artrite reumatóide cujo tratamento era realizado com metotrexate há 8 anos. Relatou também ter insuficiência cardíaca congestiva e asma desde a infância. Negava tuberculose, tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Ao exame físico inicial foi observada dispnéia, edema facial e sibilos expiratórios e estretores crepitantes à ausculta pulmonar. Hemograma e função renal foram mL e fator antinuclear: não reagente.□normais. Fator reumatóide:1600UI A gasometria arterial em ar ambiente apresentou: pH de 7,24; PaCO2 70,2; PaO2 de 42,3; HCO3 de 29,9 e SaO2 de 64,9%. Ao Rx de Tórax havia cardiomegalia, infiltrado intersticial difuso bilateral, consolidação alveolar no lobo inferior direito e obliteração dos seios costo frênicos. Houve melhora parcial da dispnéia com uso de metilprednisolona. Foi realizada então uma Tomografia de Tórax de alta resolução que evidenciou hipertensão venosa pulmonar, pequeno derrame pleural à direita, mínimo derrame pleural à esquerda além de bronquiectasias, lesões fibroatelectásicas com infiltrado reticulonodular e faveolamento em lobo superior direito e esquerdo, □lobo médio e lobos inferiores. Nódulos subpleurais randômicos. Após 20 dia do uso de corticóide, foi observada redução importante do fator reumatóide (24 UI/mL) e melhora clínica. **Discussão:** Atrite reumatóide acomete mais o sexo feminino (3:1), pore´m as manifestãções pulmonares ocorrem mais no sexo masculino. Sabe-se que o uso de imunossupressores também pode estar relacionado ao desenvolvimento de fibrose pulmonar. Entre os imunossupressores existentes, foi analisado o metotrexate, já que foi utilizado pela paciente deste relato. Esta medicação é responsável pelo aparecimento de pneumonia de hipersensibilidade e por fibrose pulmonar. O tratamento da fibrose secundária a artrite reumatóide é realizado através de corticoterapia. **Conclusão:** Embora existam evidências de que o uso de metotrexate pode resultar em fibrose pulmonar, a hipótese clínica mais provável é que a fibrose ocorrida na paciente seja devido à artrite reumatóide. Tal conclusão foi obtida através da grande redução do fator reumatóide e melhora clínica expresiva após uso de corticoterapia.

PO193 NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO POR CRIPTOCOCCUS EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

FABIO SOUZA; PEDRO AUGUSTO RECK DOS SANTOS; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO
HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA, CRICIUMA, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CRYPTOCOCCUS; NÓDULO PULMONAR SOLITÀRIO; MICOSE PULMONAR

Introdução: O nódulo pulmonar solitário (NPS) é definido como uma opacidade pulmonar arredondada, circunscrita, com diâmetro menor ou igual a 3 cm, não associada à linfoadenomegalia mediastinal, pneumonia ou atelectasia. Cryptococcus neoformans é um fungo saprófito,basidiomiceto com uma cápsula polissacarídica característica. A infecção criptocócica tem distribuição mundial, podendo ter algumas areas endêmicas, havendo associação com excretas de pombos e outros pássaros ou associação com exposição a eucaliptos. **Objetivo:** relatar um caso de nódulo pulmnar solitário com diagnóstico de criptococose pulmonar. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente Q.G. homem de 59 anos, branco, marceneiro, nega tabagismo ou outras comorbidades, Procura atendimento ambulatorial por ter apresentado tosse produtiva com escarro hialino há 2 semanas e no momento persistir somente tosse seca. Não apresentava na consulta dispnéia, , dor torácica ou sintomas neurológicos. Ao exame físico: sem hipocratismo digital, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente, uniformemente distribuído, sem ruídos adventícios. Oroscopia normal e sem alterações pertinentes ao exame físico. Solicitado radiograma torácico evidenciando um nódulo pulmonar solitário em lobo superior direito. A tomografia computadorizada de tórax demonstrou no segmento posterior do lobo superior direito imagem nodular hiperatenuante com densidade de partes moles, algo lobuladas e com finas estrias adjacentes, medindo aproximadamente 1 cm. Visando o diagnóstico específico o paciente internou no Hospital São José de Criciúma onde foi realizado uma nodulectomia e avaliado pelo patologista na bióspia, a qual revelou Criptococcus (coloração da prata). Obteve alta hospitalar no dia seguinte a cirurgia, sem alterações no controle radiológico. Teste sorológico para detecção de Cryptococcus pela aglutinação do latex demonstrou título de 1:64, confirmado Cryptococcus neoformans variedade gattii e Anti HIV negativo. Foi iniciado fluconazol 400 mg/dia com boa tolerabilidade. No retorno ambulatorial em 15 dias apresentava-se sem sintomas. Como plano, reavaliar quando completar 3 meses. **Discussão:** No caso relatado, o paciente não era tabagista e foi procurar atendimento somente pela tosse persistente que inicialmente era produtiva e depois somente seca. Interessante ressaltar que o paciente era imunocompetente e na história ocupacional utilizava como material prima eucaliptos. A região de Criciúma – Santa Catarina apresenta o tipo de eucalipto Eucalyptus camaldulensis, o qual pode apresentar Cryptococcus gattii. Optou-se pelo procedimento cirúrgico pois o nódulo captava contraste e apresentava algumas estrias adjacentes. **Conclusão:** Nódulo pulmonar solitário devido ao Cryptococcus em paciente imunocompetente segundo o PUBMED apresenta 5 relatos. É importante saber os locais onde este fungo é endemico e correlacionar com a clínica e imagem para obtenção de diagnósticos precoces e tratamento eficaz

PO194 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ASMA EM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA NO SUL DO BRASIL

FABIO SOUZA; CAROLINE DE LUCA LINHARES; FLORA FLORA DE MORAES LINO DA SILVA; EVERTON COAN BERGER; CRISTIANE RITTER; GEORGIA NUNES ANTUNES; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO
HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA, CRICIUMA, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; AMBULATÓRIO; PREVALÊNCIA

Introdução: Aproximadamente 300 milhões de pessoas no mundo têm asma, sendo que estudos recentes sugerem um aumento da prevalência de 50% a cada década. No Brasil a prevalência de asma segue a mesma tendência dos países desenvolvidos, sendo sua prevalência de 11,4%. Na região de Criciúma, município de Santa Catarina, os estudos sobre a prevalência de asma são escassos. A região possui um passado forte de exploração de reservas de carvão. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes asmáticos atendidos no ambulatório de Pneumologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. **Materiais e Métodos:** A amostra da pesquisa foi realizada pela análise sistemática dos prontuários com o diagnóstico de asma dos pacientes atendidos no ambulatório de pneumologia. Sendo utilizado como instrumento de pesquisa um formulário organizado, nas quais as informações foram coletadas de prontuários médicos arquivados. **Resultados:** Foram analisados 164 prontuários com o diagnóstico de asma sendo a maior prevalência encontrada entre pacientes de 10 a 19 anos com 22,6%, raça branca 78%, sexo feminino 62,2%, sintomas iniciais mais vistos foram sibilância, dispnéia e tosse com 25%. O diagnóstico de asma inicial segundo os padrões da American Thoracic Society foi de asma persistente leve com 31,7%, os fatores de risco mais encontrados foram história familiar de atopia e exposição a fatores ambientais com 19,5%, sendo que fumantes e ex-fumantes representaram 15,9% da amostra estudada. **Conclusão:** Em concordância com os dados mundiais, a prevalência encontrada no município de Criciúma – SC não foge a regra. Embora, o município seja considerado com alto grau de poluição atmosférica pela exploração de carvão os índices encontrados seguem a mesma prevalência dos países em desenvolvimento.

PO195 SARCOIDOSE EM PACIENTE JOVEM : ACHADO OCASIONAL

FABIO SOUZA; RICARDO TONIAL; DANIEL CASAGRANDE ANTERO; FABRICIO WOLLMANN ZANDONÁ; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO
HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA, CRICIUMA, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSE; ASSINTOMÁTICO; TIPO I

Introdução: A Sarcoidose é uma doença sistêmica que se caracteriza pelo acúmulo de linfócitos e fagócitos mononucleares em determinados órgãos, de maneira a formar granulomas sarcóides, compacto de células epitelióides, não-caseosos, sem germes e sem partículas minerais que causam alterações na estrutura tecidual. **Objetivos:** Descrever um caso de sarcoidose em paciente jovem e assintomático. **Material e Métodos:** G.G.S., 20 anos, sexo masculino, branco, auxiliar de produção em metalúrgica. Paciente procura médico do trabalho para exame de rotina admissional. Refere sentir-se bem, sem queixas. Nega patologias prévias, tabagismo ou etilismo. História familiar: mãe com Diabete, pai com Hipertensão arterial sistêmica. Ao Exame: PA: 120X80mmHg, FC 84bpm, FR 16 mrpm. Eupneico, corado, hidratado. AP e AC sp. Ausência de adenomegalias palpáveis. Solicitados exames de rotina. Hemograma: normal, Glicemia de jejum 86. Calcio iônico, cálcio sérico total e calciúria de 24 horas dentro do limite da normalidade. ECG: Normal. Não houve evidência de lesões em pele, olhos e/ou doença neurológica. Rx de tórax: alargamento de mediastino com adenopatias hilares bilaterais. Solicitado TC de tórax: Múltiplas adenomegalias em hilos pulmonares, subcarinal e para-traqueais. Parênquima

pulmonar normal, ausência de nódulos, ausência de lesões pleurais. Paciente mantém-se assintomático, exceto por episódios de dispnéia. Hipóteses diagnósticas incluem linfoma, sarcoidose, tuberculose e outras doenças granulomatosas. Solicitado biópsia de adenomegalias mediastinais através de mediastinoscopia. Biópsia: processo inflamatório crônico granulomatoso, com numerosos granulomas histiocitóides, sem evidências de necrose, compatíveis com sarcoidose. Imunohistoquímico: CD20 +, CD3 +, CD30 negativo, CD68 +, afasta possibilidade de linfoma. Pesquisa de BAAR e fungos negativa. Realizada função pulmo: Caso de Sarcoidose, achado ocasional durante exame de rotina. **Discussão:** Classificação radiológica da sarcoidose: Grau I – aumento dos linfonodos mediastinais sem alteração do parênquima pulmonar compreende 50-60% dos casos. Menos de 10% destes casos podem progredir para doença parenquimatosa. Pacientes Grau I podem ser observados sem tratamento. Foi optado por não tratar o paciente que estava assintomático com exames laboratoriais normais. Há uma chance de pelo menos 65% de resolução da doença neste tipo por padrão radiológico. omática da sarcoidose geralmente se manifesta por adenopatia hilar bilateral e simétrica, com ou sem infiltrado pulmonar associado. Mesmo sendo geralmente autolimitada a doença no padrão tipo I, deve-se fazer um acompanhamento seqüencial destes pacientes. **Conclusão:** A forma assintomática da sarcoidose geralmente se manifesta por adenopatia hilar bilateral e simétrica, com ou sem infiltrado pulmonar associado. Mesmo sendo geralmente autolimitada a doença no padrão tipo I, deve-se fazer um acompanhamento seqüencial destes pacientes.

PO196 LEIOMIOSARCOMA DE MEMBRO SUPERIOR COM METÁSTASE PULMONAR

FABRICIO WOLLMANN ZANDONÁ; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO; FABIO SOUZA; CÍNTIA BEZA TAVARES; CLARISSA BORGUEZAN DAROS; CLARISSA SOUSA; FLAVIA CORRÊA GUERRA; RICARDO TONIAL
HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LEIOMIOSARCOMA; SARCOMA; METÀSTASE

Objetivo: Descrever caso de leiomiosarcoma (LMS) com metástase pulmonar – doença rara segundo a literatura. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 73 anos, costureira, natural de Praia Grande – SC. Interna em maio/2008 por quadro de dispnéia, dor torácica em repouso à esquerda, tosse seca e febre há cerca de uma semana. Ao exame, apresentava-se em BEG, corada, eupneica, eutrófica, febril (Tax: 38ºC), AP: MV ausente à esquerda, braço esquerdo amputado. Relatava história de tumor em antebraço esquerdo com diagnóstico de leiomiosarcoma de alto grau confirmado por imunohistoquímica. Rx de tórax: presença de derrame pleural à esquerda com desvio contralateral do mediastino e massa pulmonar em LID. TC de tórax: volumoso derrame pleural à esquerda determinando atelectasia restritiva do pulmão esquerdo e desvio contralateral do mediastino, presença de massa com densidade de partes moles, captante do meio de contraste, com margem lobulada e limites definidos medindo 3,6x3,1x4,5 cm em LID, nódulo parcialmente calcificado medindo 2 cm localizado na topografia do segmento basal medial do LIE. TC de abdome, pelve e crânio sem particularidades. Em decorrência do derrame pleural recidivante e da inconclusividade quanto à origem do derrame pleural, a paciente foi submetida à pleuroscopia na qual se visualizou pulmão esquerdo parcialmente encarcerado por tecido neoplásico cuja biópsia revelou leiomiossarcoma pelo método de imunohistoquímica. **Discussão:** Sarcomas são tumores malignos raros, representando menos que 0,64% dos cânceres novos diagnosticados anualmente nos EUA. Cerca de 10 % dos sarcomas são representados pelos leiomiosarcomas – um dos subtipos mais comuns no adulto. O tipo histológico do sarcoma geralmente não é suficiente para predizer seu curso clínico. Deve ser associado à graduação histológica para tornar-se um bom indicador de probabilidade de metástases e mortalidade. Desta forma, observa-se que os leiomiosarcomas de baixo grau apresentam risco de metástase de 2 a 10%, aumentando esta porcentagem, para recorrência local ou metástases à distância, na medida em que aumenta o grau de diferenciação histológica. Os pulmões representam o local mais comum de metástases de sarcomas de extremidades, acarretando sobrevida média de 15 meses nas lesões irressecáveis. A metastatectomia é possível em 30-50% dos casos, situação em que a sobrevida livre de doença em 5 anos chega a 25-40%. **Conclusão:** Este caso de leiomiosarcoma, apesar da raridade, fortaleceu os dados da literatura quanto ao seu comportamento evolutivo até então.

PO197 MIELOMA MÚLTIPLO COMO CAUSA DE DERRAME PLEURAL

FABRÍCIO ANDRÉ MARTINS DA COSTA; FLÁVIO CLEMENTE DEULEFEU; RODRIGO MONTEIRO RIBEIRO; ANDRÉ MONTENEGRO PRIMO; KELSEI BEZERRA MAIA
HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; MIELOMA MÚLTIPLO; IMUNOFENOTIPAGEM

Introdução: O mieloma múltiplo é uma proliferação maligna de células plasmocitárias, localizada na medula óssea, com uma clínica variada que se deriva tanto da proliferação das células como da secreção por parte delas de produtos moleculares. A presença de derrame pleural é pouco freqüente na evolução do mieloma múltiplo. Geralmente, o mesmo é secundário a processos independentes da enfermidade de base. **Objetivos:** Relatar caso de derrame pleural associado a mieloma múltiplo. **Métodos:** revisão de prontuário e exames. **Relato De Caso:** M.L.S., feminina, 76 anos, no 12 mês de tratamento para mieloma múltiplo, evolui com dor lombar e paraparesia por fratura de vértebras lombares além de infecção respiratória. Apresenta derrame pleural à direita, febre e desconforto respiratório. Estudo do líquido pleural demonstrava predomínio linfomonocitário e resultou negativo para células neoplásicas. Culturas do líquido foram negativas para BAAR e germes piogênicos.Biópsia de pleura sugeriu diagnóstico de mesotelioma mas imunofenotipagem de tecido pleural foi compatível com plasmocitoma. **Discussão:** A invasão da cavidade pleural por células plasmocitárias é uma causa de derrame pleural rara, correspondendo em algumas séries a < 1% dos derrames pleurais de diagnóstico difícil. A invasão do espaço pleural por células mielomatosas demonstra grande agressividade da doença de base com sobrevida média de 4 a 6 meses em relatos de casos publicados. No caso clínico descrito acima, a paciente evoluiu para óbito por insuficiência respiratória 30 dias após diagnóstico de comprometimento pleural pelo mieloma múltiplo.

PO198 ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS DE PACIENTES ENCAMINHADOS AO AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTE PULMONAR DA UNIFESP

FABRÍCIO MARTINS VALOIS; JAQUELINA SONOE OTA ARAKAKI; ALEXANDRE MARTINS XAVIER; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; RODRIGO CAETANO SOUZA; VANESSA PEREIRA DE LIMA; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO
UNIFESP/EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE PULMONAR; DOENÇA PULMONAR AVANÇADA; INDICAÇÕES DE TRANSPLANTE

Introdução: O transplante pulmonar é um recurso terapêutico disponível para as doenças pulmonares avançadas. O aumento desproporcional de receptores em lista em relação à oferta de órgãos vem prolongando o tempo de espera. Para otimizar o uso do transplante são fundamentais encaminhamento, avaliação e seleção adequados. Estudar o perfil de pacientes encaminhados a um Ambulatório de Transplante Pulmonar pode permitir identificar dificuldades da comunidade médica local acerca do transplante pulmonar. **Objetivos:** Analisar o perfil de pacientes atendidos no Ambulatório de Transplante Pulmonar da UNIFESP, com ênfase em características demográficas, etiologia da doença pulmonar e presenças de indicação e contra-indicação ao transplante. **Método:** Realizou-se um estudo descritivo com análise de 44 prontuários de pacientes atendidos no período de janeiro de 2006 a junho de 2008 no Ambulatório de Transplante Pulmonar da UNIFESP. Gênero, faixa etária, procedência e etiologia da doença pulmonar foram analisados.. As presenças de indicação ou contra-indicação ao procedimento foram estabelecidos conforme dados clínicos ou de exames complementares; dependendo desta análise, a proposta terapêutica final era estabelecida: indicar inclusão em lista, contra-indicar inclusão em lista ou seguimento com reavaliação posterior. **Resultados:** Dos pacientes avaliados, 31 eram do gênero masculino, com 45,4% com idade entre 50 e 60 anos. Em relação à procedência, 59% eram da cidade de São Paulo, 18% do interior do Estado de São Paulo e 23% de outros estados. As etiologias mais prevalentes foram: doença pulmonar fibrosante (50%), DPOC (29,5%) e doença pulmonar ocupacional (16,5%). Dentre as doenças fibrosantes, identificou-se fibrose pulmonar idiopática em dez pacientes (45,5%) e pneumonia de hipersensibilidade em sete (32%). Em relação à conclusão do atendimento inicial, observou-se: em 17(39%) indicou-se inclusão em lista, em 17(39%) foi contra-indicado inclusão em lista, e em dez (22%) optou-se por seguimento ambulatorial, postergando decisão pelo transplante. Dentre os recusados para transplante, 23,5% tinham doença em fase precoce (sem indicação ao procedimento), e

76,5% tinham contra-indicação (na maioria das vezes, 46%, por doença em fase muito avançada). Assim, do total de atendimentos, considerou-se que o encaminhamento não ocorreu na fase ideal em 22,7%. Dos pacientes incluídos em lista, 23,5% foram transplantados e 23,5% faleceram durante o período de espera. **Conclusão:** Dos pacientes atendidos no Ambulatório de Transplante Pulmonar da UNIFESP, a maioria era do sexo masculino, com idade entre 50 e 60 anos, proveniente da cidade de São Paulo. As doenças pulmonares fibrosantes representaram a maior parte dos atendimentos. O encaminhamento ao ambulatório ocorreu fora da fase ideal em 22,7% dos casos, sendo feito tardiamente na maioria das vezes, o que pode refletir desconhecimentos da comunidade médica sobre o transplante pulmonar.

PO199 TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS E VARIÁVEIS CLÍNICAS EM FIBROSE CÍSTICA – RESULTADOS PARCIAIS

CAMILA ISABEL DA SILVA SANTOS; FABÍOLA MEISTER PEREIRA; RENATA TIEMI OKURO; ROSÂNGELA ALVES GRANDE; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO; MARIA ANGELA GONÇALVES DE OLIVEIRA RIBEIRO; MILENA ANTONELLI; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; PEDIATRIA; TESTE DE CAMINHADA

Introdução: A Fibrose Cística (FC) é uma doença de caráter multissistêmico e o comprometimento pulmonar e nutricional estão associados à diminuição da tolerância ao esforço físico. O teste de caminhada de seis minutos (T6) mensura a capacidade funcional do indivíduo e é um instrumento de avaliação importante para esta população. **Objetivos:** Avaliar performance de indivíduos com FC ao T6, as alterações de variáveis clínicas e correlacionar a distância percorrida com: idade, dispnéia, FR, FC e SpO2. **Método:** Estudo descritivo, analítico transversal e incluiu pacientes de um centro de referência em Fibrose Cística que não estivessem em exacerbação pulmonar aguda, segundo a pontuação de escores clínicos. O T6 foi realizado durante as consultas ambulatoriais, seguindo as recomendações da American Thoracic Society. Os dados clínicos e a escala de Borg foram verificados antes e depois do teste e analisados através do software SPSS® 11.0 para Windows®. Utilizou-se o teste de Correlação de Spearman para verificação das correlações e o Teste não-paramétrico de Wilcoxon. Adotou-se um nível de significância de 0,005. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 13 pacientes (8 femininos) com média de idade de 13,62±4,74 anos e IMC de 17,16±2,23 kg/m². Segundo o escore de Shwachman, 5 pacientes foram classificados como bom, 5 médio, 2 moderado e 1 leve. Sete participantes apresentavam colonização crônica por Pseudomonas aeruginosa mucóide e 8 eram heterozigotos para mutação ΔF508. Quanto à função pulmonar, os pacientes apresentavam uma porcentagem predita do VEF1 de 66,31±18,31% e da CVF 77±17,29%. Após a realização do T6, houve aumento estatisticamente significativo da FC e FR (100,46±14,26 x 125,85±18,32bpm / p= 0,002 e 23,85±7,4 x 32,85±5,19rpm / p= 0,017, respectivamente). A sensação de dispnéia avaliada pela escala de Borg também foi significativamente maior (0,34±0,62 x 2,42±1,68 / p=0,005). A média da SpO2 no repouso (96,15±1,68%) apresentou correlação (p=0,048) com a distância percorrida (540,98±55,25m) e não houve mudança significativa na SpO2 ao término do teste (95,69±2,72%). **Conclusões:** Os parâmetros cardiorrespiratórios são bons marcadores para monitorização da tolerância ao exercício na FC. A relação entre SpO2 e distância percorrida reforça a importância deste parâmetro na prescrição de atividade física nessa enfermidade.

PO203 GRANULOMA EM LINFONODOS MEDIASTINAIS: A PROPÓSITO DE UM CASO

RICARDO LUIZ DE MELO MARTINS; FELIPE XAVIER DE MELO; ANA CAROLINA DE OLIVEIRA; MARTA BEATRIZ FONTENELE SANTOS

HUB-UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: GRANULOMA; SARCOIDOSE; DIAGNOSTICO DIFERENCIAL COM TUBERCULOSE

Introdução: O achado de um granuloma na prática clínica representa um desafio diagnóstico, já que várias etiologias pulmonares e sistêmicas podem ter esta manifestação. Além da tuberculose, muitas vezes a primeira hipótese, devem-se considerar: sarcoidose, pneumonite por hipersensibilidade, doenças ocupacionais, como a silicose e a beriliose, e doenças infecto-contagiosas, como a histoplasmose e a paracoccidioidomicose. O diagnóstico diferencial está embasado na suspeita clínica e achados radiológicos, confirmados com a histopatologia da lesão. **Relato de caso:** Homem, 49 anos apresenta, há 5 anos, dispnéia aos médios esforços. Há 5 meses, associou-se ao quadro tosse seca. Ex-tabagista de 22,5 maços-ano, interrompido há 10 anos. Trabalhou em garimpo há 18 anos, atualmente em processo de produção de cerâmica. O exame físico pulmonar era normal. Sob investigação, foram realizadas radiografia de tórax que indicou um alargamento mediastinal superior à direita, elevação e alargamento do hilo pulmonar esquerdo e estreitamento de luz traqueal; e biópsia dos linfonodos mediastinais, que evidenciou processo inflamatório crônico granulomatoso, sendo que as colorações especiais para fungos e BAAR foram negativas. A espirometria evidenciou distúrbio obstrutivo moderado, não responsivo ao broncodilatador. Foi realizada prova terapêutica com esquema RIP por 15 dias, sem melhora clínica. Iniciou-se prednisona 40mg ao dia. Após 40 dias, apresentava remissão da tosse e melhora parcial da dispnéia. Posteriormente, realizou-se revisão da histopatologia, evidenciando compatibilidade com o diagnóstico de sarcoidose. **Discussão:** A sintomatologia inespecífica, os achados radiológicos, o resultado da biópsia de granuloma não caseoso, a evidência da revisão histopatológica, a exclusão de outros diagnósticos possíveis, bem como a melhora clínica com a prednisona colocam a sarcoidose como principal hipótese diagnóstica. A sarcoidose é uma doença granulomatosa de causa desconhecida, sendo o pulmão o órgão geralmente afetado, embora qualquer órgão possa ser envolvido. Cerca de 70% dos pacientes são assintomáticos e os sintomas, quando presentes, são inespecíficos, como tosse, dispnéia aos esforços, dor torácica, hemoptise, fadiga e perda ponderal. O exame físico do aparelho respiratório geralmente é normal. Anormalidades radiográficas são encontradas em cerca de 90% dos casos, sendo a linfadenopatia hilar bilateral presente em 50 a 85% e infiltrados parenquimatosos pulmonares em 25 a 60% dos casos. Em 10 a 30% dos casos ocorre uma forma pulmonar crônica, podendo levar a falência respiratória e a complicações como hipertensão pulmonar, bronquiectasia e aspergiloma. A doença pulmonar crônica é responsável por 75% das mortes relacionadas à sarcoidose. Como a doença pode remitir espontaneamente, o tratamento é indicado, de forma geral, apenas para os pacientes sintomáticos, sendo os corticóides a primeira escolha, e o metotrexate e a hidroxicloroquina drogas alternativas.

PO204 HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO DO MEDISTINO

CEZAR AUGUSTO DOS SANTOS; RODRIGO MIQUELANTI MELO; MAÍRA FARIA BRAGA PIRES; CARLOS HUMBERTO SILVA JUNIOR; FERNANDA ZANATA SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLANDIA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: NEOPLASIA MEDIASTINAL; TUMOR MEDIASTINO; SARCOMA TORÁCICO

Introdução: O histiocitoma fibroso maligno é considerado o sarcoma de partes moles mais comum na idade adulta. O acometimento primário das estruturas torácicas é, entretanto muito infreqüente. É uma neoplasia de aparência fibrohistiocítica à histologia, com incidência máxima na 7ª década de vida. Radiologicamente apresenta-se como massas mediastinais sem predomínio de nenhum local. Tem predileção pela raça branca, sem distinção de sexo. Aparentemente há cura após excisão cirúrgica, mas alguns autores preconizam radioterapia adjuvante. **Objetivo:** Relatar o caso de histiocitoma fibroso maligno do mediastino anterior. **Métodos – Resultados:** Paciente SC, 64 anos, sexo masculino, foi encaminhado ao serviço com história de perda de apetite, adinamia, tosse produtiva discreta, perda ponderal de 7 Kg em 6 meses e febre baixa noturna. Não apresentava dispnéia ou disfagia. História de tabagismo por 23 anos, 15-20 cigarros/dia. O Rx e a TC de tórax evidenciaram massa em mediastino ântero-superior. Foi submetido à mediastinoscopia paraesternal, com biópsia, cujo resultado foi sarcoma. O paciente foi submetido a esternotomia total com exérese do tumor. A tumoração mediastinal tinha cerca de 15 cm em seu maior diâmetro, apresentava-se encapsulada e aderida ao tronco braquiocefálico, sem invasão de estruturas adjacentes visíveis. O anátomopatológico evidenciou histiocitoma fibroso maigno grau 2 pT2b, pN0, pMx; gordura perilinfonodal comprometida focalmente pela neoplasia e margens cirúrgicas comprometidas em alguns focos. Foi encaminhado para realização de radioterapia adjuvante do mediastino completando uma dose final de 4.680 cGy. Recebeu alta em boas condições, com programação de acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Descrevemos um raro caso de histiocitoma fibroso maligno com acometimento mediastinal primário tratado com cirurgia e radioterapia. Esses tumores correspondem a cerca de 22% dos sarcomas em adultos mas raramente acometem o mediastino primariamente. Foram encontrados na literatura 32 relatos de casos, todos tratados cirurgicamente. Embora estes tumores tenham um prognóstico ruim quando afetam o tórax,

bons resultados podem ser obtidos com ressecção completa, havendo relato de sobrevida de até 19 anos. O uso de radioterapia não é consenso, sendo utilizado somente em ressecções incompletas. Observou-se ainda desenvolvimento desta neoplasia após radioterapia em paciente com doença de Hodgkin. **Conclusão:** O histiocitoma fibroso maligno raramente acomete primariamente o mediastino. No caso presente, destacamos a dificuldade na obtenção de um diagnóstico correto pela inespecificidade das manifes¬tações clínica e pela dificuldade da interpretação radiológica e histopatológica. Trata-se de uma neoplasia agressiva e pouco estudada. O tratamento padrão é a ressecção cirúrgica, sendo o papel da radioterapia adjuvante ainda indefinido.

PO205 REPLEÇÃO DE BOLSA EMPIEMÁTICA PELO MÉTODO DE CLAGETT-GERACI MODIFICADO

FERNANDO CESAR DAVID SILVA; PAULO ROBERTO CORREA DE BRITO; WASHINGTOM SERGIO GONÇALVES MILEZI; ANDERSON FONTES; PAULO CASOTTI

HOSPITAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TORACOPLASTIA; COLAPSOTERAPIA; CLAGETT-GERACI

Introdução: O tratamento do empiema pleural na fase III visa à esterilização da bolsa empiemática e a reexpansão do pulmão subjacente. Várias técnicas são utilizadas para obliteração do espaço pleural residual, algumas delas de caráter mais invasivo e de maior morbidade. Os autores apresentam uma modificação original do método descrito por Clagett-Geraci. Esta modificação consiste no emprego de solução de aminoglicosídeo a 0,25%, em cavidade empiemática residual, com pulmão encarcerado sem fístula bronco-pleural, previamente saneada pela drenagem aberta. **Objetivos:** Avaliar os resultados do emprego do método de Clagget-Geraci Modificado em nossa Instituição. **Método:** Estudo retrospectivo realizado através de revisão de prontuários de pacientes que foram tratados no período de Março de 1984 a Dezembro de 2007. **Resultados:** Do grupo estudado 29 pacientes eram do sexo masculino, 07 do sexo feminino, a média de idade foi de 38,8 anos (21-58 anos), a etiologia principal do empiema foi a tuberculose em 27 pacientes (77,7%), em 09 pacientes pneumonias bacterianas (22,3%). Todos pacientes foram tratados previamente com drenagem fechada mais suporte clínico, 15 pacientes (41,6%) foram submetidos à drenagem torácica aberta com ressecção costal, 13 pacientes (36,1%) submetidos à confecção de janela torácica e 08 pacientes (22,3) a drenagem aberta sem ressecção costal. Todos tiveram a cavidade pleural saneada por limpeza com solução salina e colhido material para cultura quantitativa. Os pacientes não apresentavam fístula bronco-pleural e BAAR negativo em 03 amostras de escarro. Em 08 pacientes (25%) o método foi eficaz na primeira tentativa, em 13 (36,1%) na segunda tentativa, 07 (19,5%) na terceira tentativa e em 07 (19,5%) o método não foi eficaz e estes pacientes foram submetidos a outros procedimentos mais invasivos. Em 29 pacientes onde o método foi eficaz, houve a reexpansão pulmonar em 14 (48,2%) e organização do espaço pleural em 15 (51,8%). Em 07 pacientes onde o método foi ineficaz a etiopatogenia do empiema foi a tuberculose. **Conclusão:** O método de Clagett-Geraci modificado, aplicado nestes pacientes, demonstrou ser um procedimento eficaz para o que se propõe com as vantagens de uma abordagem menos invasiva quando comparado com procedimentos mais cruentos, como decorticação e toracoplastias no tratamento do espaço pleural residual. A repetição do procedimento e ausência de fístula bronco-pleural são fatores ligados ao índice de eficácia do método (80,5%).

PO206 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MICOSE SECUNDÁRIA DO PULMÃO

FERNANDO CESAR DAVID SILVA; PAULO ROBERTO CORREA DE BRITO; WASHINGTOM SERGIO GONÇALVES MILEZI; ANDERSON FONTES; PAULO CASOTTI

HOSPITAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BOLA FÚNGICA; ASPERGILLUS FUMIGATUS; ASPERGILOMA

Introdução: A tuberculose pulmonar após o tratamento e cura bacteriológica pode deixar seqüelas anatômicas no parênquima pulmonar como cavernas ou bronquiectasias, bem como outras afecções em menor incidência, que podem ser secundariamente colonizadas por fungos, sendo o mais comum o Aspergillus Fumigatus. Estas micoses pulmonares secundárias são responsáveis em quase todos os casos por hemoptóicos e mesmo por hemoptises maciças. Este trabalho objetiva estudar e mostrar as indicações atuais para o tratamento cirúrgico da micose secundária do pulmão, enfatizando as ressecções pulmonares como técnica de escolha. **Objetivos:** Avaliar os resultados do tratamento cirúrgico da micose secundária do pulmão em duas instituições, no período de Abril de 1974 a Dezembro de 2007. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado através de revisão de prontuários de pacientes que foram tratados no período de Abril de 1974 a Dezembro de 2007 em duas instituições. **Resultados:** Foram estudados 167 pacientes, onde 121 (72,5%) eram do sexo masculino e 46 (27,5%) do sexo feminino, a média de idade foi de 34,5 anos (24 – 61). Todos os pacientes obtiveram cura bacteriológica para a TB, comprovada por exames de escarro seriados (03 amostras) e culturas negativas, portanto considerados pacientes portadores de seqüelas pulmonares da tuberculose e que apresentavam sangramento respiratório, hemoptóicos e/ou hemoptises), sendo 75 (45%) da raça branca e 92 (55%) da raça negra e parda, o sintoma principal foi o sangramento que ocorreu em 167 (100%), broncorréia em 7 (4%), dor torácica em 9 (5,4%). No estudo por imagem a bola fúngica foi identificada em 80 (48%) dos casos, cavidade em 43 (25,7%), pulmão destruído em 23 (13,7%) pacientes e bronquiectasias em 21 (12,6%). As ressecções parciais foram realizadas em 109 (65,3%) e as pneumonectomias em 58 (34,7%). As complicacões no pós operatório como empiema pós ressecção ocorreu em 8 (4,8%) pacientes, síndrome do coágulo em 6 (3,6%), atelectasia 5 (3%), fístula bronco-pleural periférica 7 (4,2%), fístula de coto brônquico 4 (2,4%), 159 (95,2%) pacientes obtiveram cura com o tratamento e 8 (4,8%) evoluíram para óbito. **Conclusão:** **Conclusões:** A aspergilose pulmonar localizada excepcionalmente é primária, hemoptóicos e ou hemoptises recorrentes são sintomas tão freqüentes destas afecções, que por si, justificam seu diagnóstico presuntivo e tratamento. A bola fúngica é dentre outras apenas uma das imagens radiográficas da aspergilose localizada. A cirurgia de ressecção pulmonar deve ser o tratamento de escolha, pois é definitivo.

PO207 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TUBERCULOSE PULMONAR

FERNANDO CESAR DAVID SILVA; PAULO ROBERTO CORREA DE BRITO; WASHINGTOM SERGIO GONÇALVES MILEZI; ANDERSON FONTES; PAULO CASOTTI

HOSPITAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE PULMONAR; CIRURGIA DA TUBERCULOSE; RESSECÇÃO PULMONAR

Introdução: A tuberculose pulmonar após o tratamento e cura bacteriológica pode deixar seqüelas anatômicas no parênquima pulmonar podendo evoluir em muitos casos com sintomas importantes, como sangramento e supuração bronco pulmonar e necessitar de tratamento cirúrgico. Este trabalho objetiva estudar e mostrar as indicações atuais para o tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar, enfatizando as ressecções pulmonares como técnica de escolha. **Objetivos:** Avaliar os resultados do tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar em duas instituições, no período de Abril de 1974 a Dezembro de 2007. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado através de revisão de prontuários de pacientes que foram tratados no período de Abril de 1974 a Dezembro de 2007 em duas instituições. **Resultados:** Foram estudados 661 pacientes, onde 512 (77,5%) eram do sexo masculino e 149 (22,5%) do sexo feminino, a média de idade foi de 36,4 anos (13 – 65). Todos os pacientes obtiveram cura bacteriológica para a TB, comprovada por exames de escarro seriados (03 amostras) e culturas negativas, portanto considerados pacientes portadores de seqüelas pleuro-pulmonares da tuberculose que apresentavam sintomas (residuais sintomáticos), 430 (65%) da raça negra e parda, 231 (35%) da raça branca, 208 (31,5%) apresentavam pulmões destruídos, 423 (65,5%) outros resíduos com extensão menor que um pulmão, 20 (3%) tuberculose na forma pseudotumoral. Os sintomas principais encontrados foram supuração e sangramento 271 (41,0%), supuração 236 (35,7%) e sangramento 154 (23,2%), os procedimentos realizados foram, pneumonectomias em 208 (31,5%) e ressecções parciais em 453 (68,5%), as complicações no pós operatório como fístula de coto brônquico ocorreram em 14 (2,1%), síndrome do coágulo em 25 (3,7%), hemorragia pós operatório 05 (0,7%), empiema pós ressecção 29 (4,4%), atelectasia pós-operatório 15 (2,3%), fístula bronco-pleural periférica 23 (3,5%), 631 (95,5%) pacientes obtiveram cura com o tratamento e 30 pacientes (4,5%) evoluíram para óbito. **Conclusão:** Em pacientes portadores de seqüelas pulmonares que apresentam sintomas (sangramento, supuração) a indicação cirúrgica se impõe o que elimina os efeitos deletérios da supuração broncopulmonar e os riscos de morte por sangramento. O advento da quimioterapia, evolução de técnicas cirúrgicas e anestesiológicas fizeram com que a morbidade e mortalidade pós-operatória decrescessem significativamente. O procedimento de eleição para o tratamento da tuberculose residual sintomática

é a ressecção pulmonar, quando as condições clínicas e funcionais cardio-respiratórias permitem, atualmente é um procedimento seguro, oferecendo aos pacientes um tratamento definitivo.

PO208 TIMECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE MIASTENIA GRAVIS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 13 CASOS

FERNANDO CONRADO ABRÃO; BENOIT JACQUES BIBAS; ANTONIO ALBERTO ZAMBON; LUIS MIGUEL MELERO SANCHO; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TIMECTOMIA; MIASTENIA GRAVIS; VIDEOTORACOSCOPIA

Introdução: Miastenia Gravis é uma doença auto-imune resultante da produção de anticorpos contra receptores nicotínicos pós-sinápticos de acetilcolina localizados na junção neuromuscular. O tratamento cirúrgico consiste na timectomia. A timectomia é um tratamento eficaz e radical. O objetivo da operação é ressecar completamente o tecido tímico do mediastino anterior. A timectomia videotoracoscópica é rotina em alguns centros especializados. As vantagens em usar esta técnica mimimamente invasiva são menor agressão estética e menor alteração de parede torácica. **Objetivos:** Avaliar a eficácia, segurança, morbidade e mortalidade da timectomia videotoracoscópica para o tratamento da Miastenia Gravis. **Método:** Foram analisados os prontuários dos pacientes portadores de Miastenia Gravis submetidos a timectomia videotoracosópica no período de Janeiro de 2002 a Junho de 2008. Foram revisados treze casos. A severidade da Miastenia foi determinada de acordo com a classificação de Osserman e Genkins modificada, e resultados pós-operatórios foram avaliados de acordo com melhora dos sintomas e redução da medicação utilizada previamente à operação. Outras variáveis como acesso cirúrgico utilizado, presença ou não de timoma associado e morbi-mortalidade também foram avaliadas. **Resultados:** Foram operados no período estudado oito mulheres (61%) e cinco homens (39%), e estes apresentavam em média 3,69 anos de doença (um ano e meio a 15 anos). Oito pacientes (61,5%) apresentam a forma tipo IIB da Classificação de Osserman e Genkins e cinco (38,5%) a forma tipo IV. Doze dos treze pacientes operados relataram melhora dos sintomas após a operação, e apenas uma paciente afirmou que os sintomas permaneceram inalterados. Todavia, todos obtiveram redução significativa na dosagem de corticosteróides e anticolinesterásicos. O acesso cirúrgico foi feito com três incisões (trocáteres) em todos os pacientes, sendo que pela direita em sete (54%) e pela esquerda em seis (46%). Não houve conversão para esternotomia e nenhum paciente necessitou de reabordagem cirúrgica. O sangramento per-operatório foi inferior a 300 ml em todos os casos. Uma paciente necessitou de drenagem torácica no pós-operatório, por pneumotórax. O estudo anatomopatológico não evidenciou timoma em nenhum paciente. Não houve óbitos nesta série. **Conclusão:** A timectomia videotoracoscópica é uma operação segura e eficiente para o tratamento cirúrgico da Miastenia Gravis. A abordagem minimamente invasiva acarreta menor trauma cirúrgico, preservação da função pulmonar (o que pode ser importante para pacientes com miastenia gravis) e é factível tanto à esquerda como à direita.

PO209 SÍNDROME DAS UNHAS AMARELAS: UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DERRAME PLEURAL EXSUDATIVO

FERNANDO FONSECA DOS REIS; JÚLIO CÉSAR ABREU DE OLIVEIRA; SÉRGIO PAULO DOS SANTOS PINTO; ERICH VIDAL CARVALHO; MARIANA ZAIDEN E FERREIRA PINTO; FERNANDA SANTOS SILVA; CHRISTIANE CHAVES AUGUSTO LEITE; SARAH FONSECA DOS REIS

HU-UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; UNHAS AMARELAS; LINFEDEMA

Introdução: A Síndrome das Unhas Amarelas (SUA) é uma desordem rara, caracterizada pela tríade de unhas de crescimento lento, distróficas e amareladas, linfedema e derrame pleural. A etiologia da síndrome é desconhecida, embora a patogênese pareça estar relacionada a hipoplasia dos vasos linfáticos. **Objetivo:** descrever (Relatar) o caso de uma paciente exibindo um quadro compatível com SUA. **Discussão do caso:** CGG, 61, vem à consulta com queixa de dispnéia há cinco anos, iniciada aos grandes esforços (subir morro/escada) e hoje observada ao realizar caminhadas no plano, Queixa-se de tosse produtiva episódica, com expectoração mucóide e eventualmente purulenta, há mais ou menos 40 anos, ocasião em que recebeu o diagnóstico de bronquiectasia. Surgiu, na mesma época da tosse, edema de membros inferiores, que reduz com o uso de diuréticos, porém sem desaparecer. Exame físico com MV abolido em bases e RX de Tórax com imagem compatível com derrame pleural bilateral. Hemograma e bioquímica sem alterações. Análise do líquido pleural, revela padrão de exsudato, com biópsia pleural evidenciando discreto infiltrado inflamatório linfocítico, sem sinais de neoplasia. Descartadas as principais causas de derrame pleural exsudativo, outras mais raras começam a ser estudadas. Nesse momento então um dado do exame físico, a presença de unhas atróficas e amareladas, chama a atenção. A paciente informa que há 40 anos apresenta unhas amareladas. Uma avaliação dermatológica afasta a possibilidade de infecção fúngica. Forma-se então o diagnóstico de síndrome das unhas amarelas. **Resultado:** atualmente a paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, com realização de toracocentese de alívio e uma pleurodese definitiva poderá ser proposta de acordo com o volume do derrame pleural e os sintomas produzidos. **Conclusão:** A SUA é uma doença rara e constitui um diagnóstico diferencial dos derrames pleurais de padrão exsudativo. Não existe nenhum exame que confirme essa patologia, ficando seu diagnóstico restrito ao quadro clínico, exame físico e exames complementares inespecíficos.

PO210 GRANULOMATOSE DE WEGENER – APRESENTAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA DE DOIS CASOS

ADRIANA VELOZO GONÇALVES[1]; JOÃO AUGUSTO QUEIROGA SILVEIRA[2]; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN[3]; MANUELA PITANGA[4]; MARILIA MONTENEGRO CABRAL[5]; FELIPE CARRILHO[6]; GUILHERME COSTA[7]

1,3,4,5,6,7.HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 2.HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: GRANULOMATOSE; VASCULITE; CAVITAÇÃO

Introdução: A granulomatose de Wegener (GW) é uma vasculite sistêmica necrosante, associada ao ANCA (anti-neutrophil cytoplasmic antibodies), que acomete principalmente o trato respiratório superior, pulmões e rins. Sua incidência anual varia de 2,9-10,6 casos/100.000, com igual freqüência entre homens e mulheres, principalmente na quinta década de vida. O quadro clínico varia desde doença leve e limitada ao trato respiratório até casos de glomerulonefrite rapidamente progressiva e hemorragia alveolar difusa ameaçadoras a vida. O diagnóstico e tratamento corretos levam a 90% de remissão da doença em 1 ano. **Objetivos:** Apresentação clínica e radiológica de dois casos de GW diagnosticados na Enfermaria de Pneumologia do HOF em 2008. **Metodologia e Resultados Caso 1:** J.G.S., masculino, 47 anos, pardo, não tabagista, admitido em abril de 2008 com hemoptise leve e dor torácica há 3 meses. Tratamento para tuberculose em 2006. Em 2007, passou a apresentar hematúria e anasarca associados a artralgia em joelhos, otalgia e sangramento auditivo. Foi admitido em UTI com edema agudo de pulmão e urgência dialítica. Segue em hemodiálise até os dias atuais. Ao exame,chamava atenção o aspecto de "nariz em cela". **Radiografia de tórax:** áreas de opacificações arrendondadas, maiores que 3 cm em terço médio de hemitórax direito. Radiografia realizada após 60 dias mostrava cavitação das massas. TC de tórax: cavitações bilaterais e massa localizada anteriormente a crossa da aorta em pulmão direito. TC de seios da face: hipertrofia de cornetos nasais. Baciloscopias negativas. c-ANCA = 55.7 U/mL e p-ANCA = 1.0 U/mL (negativo < 5). **Caso 2:** – E.P.N., masculino, 58 anos, branco, grande tabagista, admitido com quadro de febre, tosse seca, obstrução nasal e perda de peso.Leucocitose discreta e sumário de urina com piúria, hematúria e proteinúria. **Radiografia de tórax na admissão:** massa paracardíaca à esquerda com cavitação central. Foi tratado com levofloxacino, persistindo com picos febris, edema de membros inferiores e facial, HAS, episclerite e vasculite cutânea em região sacral. Hemoculturas e urocultura: negativas. Iniciados pulsoterapia com ciclofosfamida e prednisona 60 mg/dia. Paciente encontra-se em hemodiálise mesmo após pulsoterapia. USG de vias urinárias: rins de tamanho normal com relação cortico-medular preservada. **Biópsia renal:** glomerulonefrite necrotizante com crescentes. TC de tórax: massas pulmonares cavitadas bilateralmente. Derrame pleural bilateral, maior a direita. c-ANCA = 1:40 e p-ANCA = negativo. **Discussão:** A GW juntamente com a poliangeíte microscópica e a síndrome de Churg-Strauss correspondem a 60% dos casos de síndrome pulmão-rim. Em nossos dois casos tivemos acometimento de trato respiratório superior, acometimento pulmonar com alterações radiológicas típicas e insuficiência renal. Diante deste contexto clínico, um c-ANCA positivo apresenta especificidade acima de 90% para o diagnóstico de GW. **Conclusão:** Por ser uma doença rara e apresentar manifestações sistêmicas variadas, a GW pode ter o seu diagnóstico retardado e confundido com outras patologias. O tratamento com corticóides

e imunossupressores é capaz de mudar drasticamente a história natural da doença. Devemos ter alta suspeição clínica diante de pacientes com massas pulmonares cavitadas ou insuficiência renal associada a quadros respiratórios cuja etiologia é indefinida e foge das causas mais freqüentes.

PO211 COMPLICAÇÕES TORÁCICAS DE SONDA DE DOBB-HOFF. RELATO DE CINCO CASOS

FERNANDO LUIZ WESTPHAL[1]; LUIZ CARLOS DE LIMA[2]; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO[3]; MARIA DO SOCORRO L CARDOSO[4]; INGRID LOUREIRO DE QUEIROZ LIMA[5]; DANIELLE CRISTINE WESTPHAL[6]

1,2,3,4.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, MANAUS, AM, BRASIL; 5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SONDA NASOENTERAL; PERFURAÇÃO ESOFAGICA; TORACOTOMIA

Introdução: Um grande problema de pacientes crônicos em terapia intensiva é o suporte nutricional, nutrição enteral por meio de sondagem é um procedimento que na maiorias das vezes é eficiente, sendo que este procedimento não é isento de complicações que vão de pequenas lacerações esofágica, sangramentos, até perfurações. **Objetivo:** Relato de cinco casos de complicações torácicas por sonda de nutrição enteral. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, realizado no período de 1997 a 2008, em pacientes com complicações torácicas decorrentes da introdução de sonda para alimentação enteral, interessando v à idade, sexo, as condições clinicas, o tempo decorrido entre a sondagem e o diagnóstico, o tratamento e a evolução. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 74 anos, sendo dois do sexo feminino. Dois pacientes encontravam-se em prótese respiratórias e sedados, um estava no isolamento da UTI e dois estavam em unidade intermediaria submetidos a sondagem para alimentação enteral para melhor do aporte calórico desses pacientes. Em todos os pacientes houve dificuldade na sondagem e que foi tentada por mais de uma pessoa em mais de uma ocasião. O diagnóstico da lesão foi em média 24 horas após introdução da sonda. No tratamento desses pacientes houve cinco tipos de abordagens, foram levados em consideração na abordagem desses pacientes o tipo de complicação e as condições clinicas dos mesmos: pleuroscopia com desbridamento da cavidade e drenagem torácica, exclusão esofágica cervical e abdominal com drenagem de tórax, exclusão esofágica cervical e abdominal com toracotomia com desbridamento pleural, somente drenagem pleural e broncoscopia com lavado. Os pacientes com lesão pleural ou esofágica evoluíram para óbito em 48 horas quando não foram submetidos a toracotomia com desbridamento, o paciente que apresentou pneumonia aspirativa devido a introdução de alimentação enteral no pulmão evoluiu com sepse grave. **Conclusão:** Os pacientes em prótese respiratória, sedados ou com comprometimento do sensório são mais passíveis de apresentarem complicações, visto a dificuldade de deglutição e a ausência de reflexo ou dor durante a sondagem.

PO212 RE-SIMPATECTOMIA PARA TRATAMENTO DE RECIDIVA DE HIPERIDROSE –RELATO DE TRÊS CASOS

FERNANDO LUIZ WESTPHAL[1]; LUIZ CARLOS DE LIMA[2]; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO[3]; MARIA DO SOCORRO L CARDOSO[4]; INGRID LOUREIRO DE QUEIROZ LIMA[5]; DANIELLE CRISTINE WESTPHAL[6]

1,2,3,4.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, MANAUS, AM, BRASIL; 5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERIDROSE; RE-SIMPATECTOMIA; RECIDIVA

Introdução: A Simpatectomia videotoracoscópica constitue hoje no tratamento cirúrgico para a hiperidrose facial, palmar e, axilar, com um alto grau de satisfação pós-operatório. Apesar de ser amplamente utilizada para esse fim em vários serviços de cirurgia torácica é passível de complicações pós-operatórias que incluem a sudorese compensatória, pneumotórax residual, hemotórax, dor e recidiva dos sintomas. A recidiva da sudorese é uma complicação mais rara, com relatos de acometer até 6% dos pacientes submetidos a cirurgia. **Objetivo:** Relatar três casos de pacientes submetidos a re-simpatectomia devido a recidiva da hiperidrose após tratamento cirúrgico. **Pacientes e Método:** Estudo retrospectivo por meio de análise de prontuários de 204 pacientes submetidos a simpatectomia bilateral por videotoracoscopia e três casos de re-simpatectomia . Hospital Universitário Getúlio Vargas e Sociedade Beneficente Portuguesa, no período de março de 2001a abril de 2008, na cidade de Manaus, **Resultados:** Foram analisados 204 pacientes, com média de idade de 26 anos, e 78% do sexo feminino. Em 3 casos após a recidiva da hiperidrose os pacientes foram submetidos a re-simpatectomia,em todos os casos após a primeira cirurgia houve melhora da hiperidrose. Apresentaram recidiva dos sintomas em média após 3,6 meses. Todos tiveram a recidiva da hiperidrose na axila, sendo que um caso esta foi bilateral. Um paciente foi submetido a re-simpatectomia bi-lateral e dois a unilateral, nos 3 casos os pacientes apresentavam aderências pleurais, em dois casos a cadeia simpática se apresentava ressecada parcialmente a nível de T3 , sendo realizado a clipagem desse cadeia, em um caso não se verificou a causa da recidiva sendo realizada então a simpaticotomia por ablação a nível de T2 e T5. Em dois casos as pacientes foram submetidas a drenagem pleural, por fuga aérea, sendo que em ambos os drenos foram retirados no 2º dia de pós operatório. **Conclusão:** A recidiva da hiperidrose se apresenta geralmente de 3 a 6 meses após a primeira cirurgia e na maioria dos casos se deve a uma cadeia simpática parcialmente integra. A re-simpatectomia deve ser indicada nesses casos sendo que está apresenta um maior numero de complicações, devido às aderências pleuro pulmonares e em nossos casos uma sudorese compensatória mais intensa.

PO213 TRAUMATISMO TRAQUEOBRÔNQUICO – ANÁLISE DE 14 CASOS

FERNANDO LUIZ WESTPHAL[1]; LUIZ CARLOS DE LIMA[2]; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO[3]; MARIA DO SOCORRO L CARDOSO[4]; INGRID LOUREIRO DE QUEIROZ LIMA[5]; DANIELLE CRISTINE WESTPHAL[6]

1,2,3,4.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, MANAUS, AM, BRASIL; 5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRAUMA TRAQUEOBRONQUICO; TRAUMA TORACICO; CIRURGIA

Introdução Objetivos: Análise da conduta de 14 casos de lesões traqueobrônquicas atendidas no serviço de emergência, ocasionadas por trauma contuso de tórax ou por agentes externos. **Método:** Foram analisados, retrospectivamente, 14 casos de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico, por meio da análise dos prontuários, interessando os seguintes itens – sexo, idade, etiologia, local da lesão, quadro clínico inicial, diagnóstico, tratamento efetuado e evolução. **Resultados:** Todos os pacientes eram do sexo masculino, e idade variou entre 4 e 54 anos (idade média de 26 anos). Nos traumas contusos a etiologia foi: dois por compressão do tórax, em conseqüência de queda de muro sobre o tórax; três por movimento de aceleração e desaceleração; seis devido a ferimento por arma de fogo; dois por ferimento de arma branca e um por mordedura de cão. No trauma contuso as regiões acometidas foram: terço distal de traquéia, carina e brônquio principal esquerdo; carina e brônquio principal direito; brônquio principal direito e brônquio para o lobo superior direito. No trauma aberto houve oito ferimentos na região cervical e um ferimento na traquéia intratorácica. Nos ferimentos abertos o quadro clínico caracterizava-se por escape aéreo no local do ferimento, associado ou não a enfisema subcutâneo, e no trauma contuso a insuficiência respiratória não responsiva a pleurotomia intercostal ou a atelectasia tardia foi observada em um caso. Os ferimentos localizados no terço distal da traquéia e do brônquio fonte foram tratados por toracotomia posterolateral direita. A média da internação hospitalar foi de dez dias. Um paciente evoluiu com edema acentuado nos pós- operatório imediato, necessitando de broncoscopias freqüentes e um evoluiu tardiamente com granuloma de corpo estranho. A utilização de traqueostomia cervical foi necessária em três pacientes. **Conclusões:** Os pacientes vítimas de trauma contuso torácico e trauma penetrante em região cervico-torácica associados a enfisema subcutâneo, escapa aéreo pleo ferimento e insuficiência respiratória que não melhoram após pleurotomia intercostal podem ser portadores de lesões graves da árvore traqueobrônquica. Apesar da gravidade das lesões, quando tratadas adequadamente e em tempo hábil a evolução é favorável.

PO214 NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO EM PACIENTE COM SINDROME DE SJOGREN

FERNANDO LUIZ WESTPHAL[1]; LUIZ CARLOS DE LIMA[2]; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO[3]; ANDRÉA BREVAL LINDEBERG[4]; CAIO FERREIRA SOARES[5]; MARIA DO SOCORRO L CARDOSO[6]

1,2,3,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 5.UNIVERSIDA ESTADUAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: NÓDULO PULMONAR SOLITÀRIO; SINDROME DE SJOGREN; TORACOTOMIA

Introdução: O nódulo pulmonar solitário pode ser definido como uma área de maior densidade no parênquima pulmonar, assintomática com menos de 3 (três) centímetros e circunscrita, sem associações com atelectasias ou adenopatias. A síndrome de Sjogren é uma doença auto-imune sistêmica,

caracterizada por acometer principalmente glândulas exócrinas, como lacrimais e salivares. Acomete principalmente mulheres, numa proporção de 9:1 em relação aos homens, a partir dos 50 anos. A etiopatogenia é desconhecida, porém alguns fatores estão associados ao seu desenvolvimento, por exemplo, predisposição genética, como em indivíduos que apresentam HLA 3 e HLA 4, fatores ambientais, como infecção por Epstein Baar vírus e retrovírus como o HTLV, além de estímulo hormonal de estrógenos, dada sua alta prevalência no sexo feminino. A síndrome pode acometer diversos órgãos e sistemas, incluindo o pulmão. O acometimento pulmonar comumente apresenta-se como bronquiectasias, bronqueolite obliterante, pneumonias de repetição, pneumonite intersticial linfocítica, entre outras, sendo raros casos com nódulos pulmonares. **Objetivos:** Relatar um caso de nódulos pulmonares em paciente com síndrome de Sjogren tratados por excisão cirúrgica. **Método:** Relato de caso de paciente atendida pelo Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Beneficente Português pela análise de prontuário. **Resultado:** M.G.R.N., 60 anos, portadora de Síndrome de Sjögren há oito anos, com anti-Ro, anti-La, FAN e fator reumatóide positivos há cerca de 3 meses, em uso de plaquinol, relata infecções de parótida recorrentes, fumante com baixa carga tabágica em abstinência há 15 anos, histerectomia há sete anos por mioma, tendo em seus antecedentes familiares uma irmã de 50 anos com câncer de pulmão há 15 e mãe hipertensa. Apresenta como achado radiológico acidental nódulo pulmonar de 0,5 cm intercisural, localizado perifericamente em lobo superior direito e opacidades nodulares associadas a pequenos focos de calcinose periféricos, medindo 1,5 x 1,2 cm e 0,6 x 0,3 cm. Foi realizada broncofibroscopia. A biópsia de congelação revelou tratar-se de processo benigno, mais especificamente, um processo inflamatório residual. Foi realizada a ressecção dos nódulos pulmonares por videotoracoscopia, permanecendo o paciente no hospital por sete dias, sem complicações pós-operatórias. Após três meses, a paciente apresenta-se em bom estado geral apresentando à radiografia opacidade em lobo superior direito e intercisural, em resolução do processo. **Conclusão:** Apesar das características benignas do nódulo pulmonar solitário, não se deve descartar a possibilidade de neoplasia maligna, principalmente em uma apresentação tão rara como associada à Síndrome de Sjogren, sendo obrigatória a realização de toda propedêutica diagnóstica, sendo indicada a ressecção cirúrgica sempre que possível, uma vez que esta não é só diagnóstica, mas também terapêutica.

PO215 PERFIL ANTROPOMÉTRICO, GRAVIDADE E CONTROLE DA ASMA EM PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO EM 2007

FERNANDO MOREIRA DA SILVA NETO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; MAGNO RIBEIRO ROCHA JÚNIOR; ÉRICA MILENA FERNANDES RABELO; HAMILTON BARBOSA DE SOUSA; LÍVIA ARRUDA DE MELO; LAURA CAROLINA RODRIGUES BERNARDES; CAROLINE ALMEIDA OLIVEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA ; OBESIDADE; CONTROLE

Introdução: Pesquisas sugerem que crianças e adultos com asma têm peso acima do normal quando comparado ao grupo controle, o que confirma uma associação entre obesidade e a prevalência da asma. Estudos sugerem que pacientes obesos com asma apresentam mais sintomas graves dessa doença, ou se tornam refratários ao tratamento. **Objetivo:** Investigar o perfil antropométrico e sua associação com a classificação e o controle da asma em população asmática atendida no PAPA. **Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo, por meio da análise de 486 prontuários de pacientes atendidos no PAPA em 2007. O IMC (Índice de Massa Corpórea) foi classificado segundo a Organização Mundial de Saúde em baixo peso com IMC < 20 kg/m2, peso normal com IMC > 20 kg/m2 e <25Kg/m2, sobrepeso com IMC > 25 e < 30 Kg/m2 e obesos com IMC ≥ 30 kg/m2. A classificação e os níveis de controle da asma foram definidos segundo as IV diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. Utiliza o programa EPI-INFO 3.4.3 para análise estatística. **Resultados:** Constata que de 432 pacientes analisados, 306 (70,8%) eram do sexo feminino. A média de idade da amostra estudada foi de 46,5 anos, com variação de 12 a 88 anos. O valor médio do IMC entre os asmáticos foi de 26,23, com variação entre 15,61 e 46,97 kg/m2. Faz conhecer que 40 (9,3%) pacientes apresentaram baixo peso, 151 (35%) peso normal, 154 (35,6%) sobrepeso e 87 (20,1%), obesidade. Asma grave foi o padrão observado em 5% dos pacientes com baixo peso, em 11,3% dos pacientes com peso normal, em 12,3% pacientes com sobrepeso e em 19,5% pacientes com obesidade. Demonstra que sintomas controlados foram encontrados em 51 (59,3%) dos pacientes obesos, em 109 (70,8%) dos pacientes com sobrepeso, em 108 (71,5%) dos pacientes com peso normal e em 26 (65%) dos pacientes com peso abaixo do normal. **Conclusão:** Em nossa amostra, observamos alta prevalência de sobrepeso e obesidade. A asma grave se torna mais prevalente na medida em que aumenta o IMC dos pacientes. A baixa prevalência de asma controlada em pacientes obesos em relação aos demais demonstra a dificuldade de controle da asma nesse grupo de pacientes.

PO216 PERFIL TERAPÊUTICO DE PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO EM 2007

JOSÉ HIDELBLAND CAVALCANTE DE FARIAS; FERNANDO MOREIRA DA SILVA NETO; RAISSA PEREIRA MOREIRA LIMA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; ROBERTA DE SOUSA WERNZ; JENNEFER GUIMARÃES DE SOUSA; LAIANE GONÇALVES DEQUEIXES; ANA CAROLINA MUNIZ COSTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; PERFIL TERAPÊUTICO; CONTROLE

Introdução: A asma é uma doença muito prevalente, sendo um importante problema de saúde pública. O seu tratamento é dirigido para controlar os sintomas e prevenir crises. Sabe-se que um programa assistencial efetivo para atendimento da asma, com assistência farmacêutica gratuita, possibilita um controle das exacerbações da enfermidade, como conseqüência do emprego de medidas não medicamentosas e fármaco-terapia. Objetivo: Avaliar o perfil terapêutico de pacientes asmáticos atendidos pelo Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), no ano de 2007. Métodos: Realizou-se estudo transversal com 459 pacientes atendidos pelo programa, no ano de 2007. Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizados aplicado aos pacientes durante a consulta. A classificação da asma foi realizada de acordo com os critérios definidos pela IV Diretrizes Brasileiras para 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: Dos 459 pacientes avaliados, 223 (48,5%) asmáticos usaram o β-2 agonista de curta duração (BD) para alívio de sintomas da asma, 37%, 36% e 27% desses pacientes fizeram uso diário, semanal e mensal, respectivamente. O uso de corticóide inalatório (CI) associado com β-2 agonista de longa duração (LABA) foi feito por 252 (55%) pacientes, 196 (43%) usavam CI isolado e 11(2%) usavam apenas BD de alívio. Quanto ao tipo de inalador usado pelo paciente, 122 (26,5%) pacientes usavam o CI na forma de spray (aerossol dosimetrado), 242 (52,7%) em forma de cápsula para aspiração oral (handihaler), 89 (19,3%) em forma de pulvinal e 6 (1,3%) em forma de Diskus. Quanto à ida a emergência, 54 pacientes foram pelo menos uma vez ao PS, a maioria desses, 59%, usavam CI na forma de cápsula e apenas 0,1% usavam spray. Um bom controle da asma foi observado em 304 (66%) pacientes, e os asmáticos bem controlados que usam CI na forma de spray são os que apresentam maior controle (82%). Dentre os pacientes que foram à emergência, 69% usavam, freqüentemente, BD para alívio de sintomas. **Conclusão:** Na amostra estudada, percebe-se que a maioria dos pacientes apresenta uma asma bem controlada, sendo o grupo que usa CI spray o que apresenta melhor controle da doença em comparação com outras opções. Esse controle pode estar relacionado com a gravidade ou o próprio dispositivo de inalação, pois a maioria dos pacientes que usa spray tem menor grau de gravidade da doença. O elevado uso de β-2 agonista de curta duração se justifica pelo grande número de pacientes que tem exacerbação somente quando expostos a fatores desencadeantes de sintomas. Observou-se que mais de dois terços dos pacientes asmáticos que foram à emergência têm um maior grau de gravidade.

PO217 DIAGNÓSTICO CLÍNICO X ESPIROMÉTRICO ENTRE PACIENTES ASMÁTICOS

JENNEFER GUIMARÃES DE SOUSA; LAIANE GONÇALVES DEQUEIXES; FERNANDO MOREIRA DA SILVA NETO; LÍVIA ARRUDA DE MELO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; ROBERTA DE SOUSA WERNZ; ÉRIKA SALES LOPES; DÉBORAH MOREIRA RANGEL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; DIAGNÓSTICO CLÍNICO; ESPIROMETRIA

Introdução: O diagnóstico de asma é fundamentado pela presença de sintomas característicos, sendo confirmada pela demonstração de limitação variável ao fluxo de ar. As medidas da função pulmonar fornecem uma avaliação da

gravidade da limitação ao fluxo aéreo, sua reversibilidade e variabilidade, além de fornecer confirmação do diagnóstico de asma. **Objetivos:** Verificar a correlação entre o diagnóstico clínico e espirométrico dos pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA), no ano de 2007. **Métodos:** Estudo descritivo transversal que analisou o prontuário médico de 486 pacientes acompanhados no PAPA, em 2007. O teste do qui-quadrado foi utilizado para comparar o diagnóstico clínico com o diagnóstico espirométrico. **Resultados:** Dos 486 pacientes analisados, a maioria 48,14% (234) teve diagnóstico clinico de asma persistente moderada no momento da primeira consulta, seguido pela asma persistente leve (166; 34,15%), intermitente (23; 4,73%) e 5 (1,02%) com diagnostico de asma e DPOC. Dos 486 pacientes, 362 foram submetidos ao exame de espirometria de fluxo, sendo que 316 (87,29%) apresentaram resultado anormal. O distúrbio obstrutivo foi observado em 303 pacientes (95,88%), sendo que 108 (35,64%) foram classificados como distúrbio obstrutivo leve, 77 (25,41%) moderado e apenas 40 (13,20%) como distúrbio grave. Quando se relacionou a gravidade do diagnóstico clínico com o encontrado na espirometria constatou-se que aqueles com diagnóstico clinico de asma intermitente ou persistente leve apresentaram padrão obstrutivo leve na maioria dos casos, 88 pacientes (75,86%). Dos 151 pacientes com diagnóstico clínico de asma persistente moderada, 87 (57,61%) apresentaram padrão obstrutivo leve, 46 (30,46%) moderado e 18 (11,92%) grave. Daqueles com diagnóstico clinico de asma persistente grave a correspondência com padrão obstrutivo grave foi de 41,67% (15 pacientes), moderado de 25% (9 pacientes) e leve de 33,33% (12 pacientes). A comparação do diagnóstico clínico com a espirometria resultou em um p<0,001. **Conclusão:** Houve uma boa correlação entre o diagnóstico clínico e espirométrico. No entanto, observamos que quando a gravidade da asma aumenta o padrão espirométrico encontrado torna-se mais variável. Constata-se, portanto, que a gravidade da asma deve ser definida pela sintomatologia presente e, que a espirometria não dever ser usada isoladamente como critério para definição de diagnóstico.

PO219 DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE INFECÇÃO PULMONAR POR MICOBACTÉRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA POR PRESUMIDO CÂNCER DE PULMÃO: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA NA ITÁLIA

FERNANDO VANNUCCI; FRANCESCO PETRELLA; FELIPE CARVALHO BRAGA DOS SANTOS; JULIANA GUARIZE; EDUARDO VILELA FUSCO; NÉLSON ALVES DOS SANTOS; PIERANGELO BAGLIO; LORENZO SPAGGIARI

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA – INSTITUTO EUROPEU DE ONCOLOGIA - IEO, MILÃO, ITÁLIA

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; CÂNCER DE PULMÃO; TRATAMENTO CIRÚRGICO

Introdução: A taxa de infecção por micobactérias vem aumentando nos países industrializados durante os últimos 20 anos. Não raro, este tipo de infecção pode mimetizar uma neoplasia pulmonar ou coexistir com um câncer de pulmão, e nem sempre é possivel estabelecer um diagnóstico diferencial entre as duas condições numa avaliação pré-operatória. **Objetivos:** Apresentar a casuística de um centro oncológico europeu no diagnóstico incidental de micobateriose pulmonar (MP) em pacientes operados com suspeita inicial de câncer de pulmão. **Material e Métodos:** entre Julho de 2006 e Julho de 2008, foram realizadas 1657 cirurgias no Departamento de Cirurgia Torácica do Instituto Europeu de Oncologia (IEO, Milão / Itália). Neste periodo, foram notificados 18 casos de MP. Destas, 17 foram obtidas a partir de peças operatórias, representando 1,02% do total de procedimentos cirúrgicos. Estes 17 casos foram revisados no tocante a: história clínica, achados radiológicos e broncoscópicos, PET scan, exames microbiológicos (bacterioscopia, cultura e antibiograma), achados cirúrgicos e anátomo-patológicos. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi 60 anos (variando de 26 a 77 anos). Nove eram do sexo masculino. Dez foram submetidos a cirurgia do lado direito. Nove apresentavam infecção por M. tuberculosis e oito por M. xenopi. Em quatro casos foi diagnosticada neoplasia pulmonar – três adenocarcinomas e um carcinoma neuroendocrino - concomitante à infecção (nestes quatro casos, causada por M. xenopi). Quatro pacientes referiam histórico prévio de neoplasia (linfoma, carcinoma renal, tumor de mama e tumor de endométrio). A bacterioscopia pelo método de Ziehl-Nielsen foi positiva em oito casos. O teste de sensibilidade mostrou cepas sensíveis em todos os pacientes, exceto em dois dois casos de infecção por M. Xenopi resistentes a etambutol. À tomografia, o diâmetro médio das lesões infecciosas foi de 33,6 mm (variando de 15 a 61 mm). O PET scan foi positivo em 15 dos 17 casos, com standard uptake value (SUV) médio de 3,89 (variando de 1,4 a 9,7). Em três casos havia indícios radiológicos (TC e PET scan) de envolvimento linfonodal mediastinal associado a lesão pulmonar. Nestes casos, foi realizada antes da toracotomia uma mediastinoscopia cervical que não foi conclusiva. Os procedimentos cirúrgicos realizados nos 17 casos foram: 12 ressecções em cunha, 1 linfadenectomia mediastinal subcarinal, uma lingulectomia e uma segmentectomia apical inferior direita, uma lobetomia superior direita e uma pneumonectomia direita. **Conclusão:** O diagnóstico incidental de infecção pulmonar por micobactérias em pacientes com suspeita de câncer de pulmão não deve ser negligenciado, mesmo no primeiro mundo. Considerando a tendência de aumento da incidência deste tipo de infecção, pneumologistas e cirurgiões torácicos devem estar atentos a esta possibilidade durante o planejamento da abordagem cirúrgica de lesões pulmonares suspeitas sem confirmação diagnóstica pré-operatória

PO221 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO COM INFARTO PULMONAR – RELATO DE CASO

FABIO SOUZA; CLARISSA BORGUEZAN DAROS; SIOMARA TENROLLER; FLAVIA CORRÊA GUERRA; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO; CLARISSA SOUSA; FABRICIO WOLLMANN ZANDONÁ; CÍNTIA BEZA TAVARES

HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA, CRICIUMA, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; INFARTO PULMONAR; TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Introdução: Os distúrbios tromboembólicos constituem quadro de elevada freqüência nos pacientes internados. Dentre as várias manifestações em seu espectro clínico está o tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço, caracterizado por instabilidade hemodinâmica e insuficiência cardíaca potencialmente letal. **Objetivos**: Decrever um caso de tromboembolismo pulmonar maciço com infarto pulmonar. **Métodos: Relato De Caso. Resultados:** Paciente 46 anos, masculino, procedente de Criciúma/SC, procurou o pronto-socorro por dispnéia aos pequenos esforços e dor em hemitórax esquerdo. História de tabagismo há 30 anos, 10 cigarros/dia. Insuficiência cardíaca diagnosticada há 5 anos. Ao exame, o paciente tinha estado geral regular, obesidade (IMC de 36). À ausculta cardíaca, ritmo regular em dois tempos, sem sopros, bulhas hipofonéticas, de freqüência 95 bpm. À ausculta pulmonar, murmúrio vesicular uniformemente distribuído, sem ruídos, freqüência respiratória de 20 mrpm. Pressão arterial de 100 x 60mmHg. Membros inferiores edemaciados três cruzes em quatro, empastados. **Exames:** Hb 16, Ht 46,7, leucócitos: 9.090; bastões: 2%; segmentados: 62%; Linfócitos: 27%; monócitos: 8%; plaq.: 95.000; CPK 198; CK-MB: 1. D-dímero (ELISA) elevado (800ng/dl). O eletrocardiograma mostrou zona inativa inferior e sobrecarga de ventrículo esquerdo (VE). A gasometria arterial mostrou acidose metabólica leve, hipóxia e hipocapnia. Uréia: 188 e Creatinina: 2,9. **Radiografia de tórax:** Cardiomegalia, sem alterações do parênquima pulmonar. Ecocardiograma: trombo no átrio direito, hipertensão sistólica da artéria pulmonar grave, miocardiopatia dilatada com função sistólica global de VE moderada a gravemente deprimida, função sistólica global do ventrículo direito (VD) levemente deprimida, insuficiência tricúspide leve. **Fração de ejeção:** 21%. A tomografia de tórax mostrou trombo maciço no tronco da artéria pulmonar e múltiplos infartos pulmonares randômicos. O paciente evoluiu com insuficiência respiratória, necessitando de cuidados intensivos, mesmo tendo sido prontamente anticoagulado. **Discussão**: O TEP constitui-se da obstrução ao fluxo sangüíneo pulmonar oriundo do VD, na maioria das vezes por trombo formado nas veias proximais às veias poplíteas (trombose venosa profunda - TVP). A fisiopatologia dos infartos pulmonares baseia-se em dois fatores: oclusão de ramo da artéria pulmonar associado à deficiência da circulação arterial sistêmica, como no caso exposto onde há trombo em artéria pulmonar e insuficiência cardíaca grave (fração de ejeção de 21%). **Conclusão**: O TEP é entidade clínica com potencial morbimortalidade, fato que suporta a importância da sua prevenção. A maioria dos pacientes com TEP agudo que recebe terapia anticoagulante adequada sobrevive, sendo a mortalidade total em três meses de 15 a 18%, elevando a mortalidade nos casos de infarto pulmonar.

PO222 HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA À TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO

FABIO SOUZA; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO; GEORGIA NUNES ANTUNES; FLORA FLORA DE MORAES LINO DA SILVA; FLAVIA CORRÊA GUERRA; FABRICIO WOLLMANN ZANDONÁ
HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA, CRICIUMA, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO; BOSENTANA

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma síndrome clínica e hemodinâmica de elevada gravidade, caracterizada pela associação entre vasoconstrição pulmonar, trombose in situ e remodelamento vascular, resultando em insuficiência ventricular direita progressiva. A HAP pode ser idiopática ou se desenvolver como resultado de uma série de situações clínicas, sendo uma delas a embolia crônica. **Objetivos:** Descrever um caso de Tromboembolismo Pulmonar idiopático de repetição resultando em hipertensão arterial pulmonar. **Métodos:** relato de caso. **Resultados:** B, 17 anos , branca, feminina, natural e procedente de Criciúma. Paciente iniciou em 2004, dispnéia leve aos grandes esforços e dor em braço direito, sendo diagnosticado embolia pulmonar e trombose em braço direito. Paciente negava uso de anticoncepcional oral. Na história familiar mãe com episódio de trombose em membro inferior E. 1 anoApresentou novo episódio similar com trombose venosa profunda em braço esquerdo e nesta internação foi realizado ecocardiograma que detectou: PSAP 77,2 mmHg, sobrecarga de câmaras direitas de grau importante, disfunção contrátil ventricular direita de grau leve, insuficiência tricúspide de grau importante, sugestivo de hipertensão pulmonar primária. Ecodoppler de membro superior direito mostrou trombose de veia perfurante na fossa cubital e de pequeno segmento da veia superficial intermediária do antebraço. Paciente alérgica a contraste. Cintilografia com alterações V/Q. Paciente iniciou investigação para possíveis fatores de hipercoagulabilidade: d-dímero, Ac Antitrobina III, Ac anticardiolipina IgG, homocisteína, anticoagulante lúpico, fibrinogênio, fator V de Leiden, proteína C, proteína S, todos dentro dos limites da normalidade. Fibrinogênio 160 mg/dL (baixo). Paciente evoluiu com dispnéia aos pequenos esforços, sendo anteriormente ao grandes esforços, ascite , cianose, teste de caminhada inicial de 18 metros. Foi otimizado tratamento com sildenafil 20 mg 3 vezes ao dia, diuréticos e bosentana 62,5 mg 1 vez ao dia. Foi matida a anticoagulação com marevan. Posteriormente, realizou teste de caminhada com 421 metros e saturação de oxigênio inicial de 96 e final de 91%. Paciente no momento assintomática. **Discussão:** A hipertensão arterial pulmonar é uma complicação grave e relativamente comum da doença tromboembólica crônica, fazendo-se necessárias estratégias diagnósticas e terapêuticas para sua prevenção e identificação precoce. Uma vez estabelecida, está associada a morbidade e mortalidade consideráveis. **Conclusão:** Relatado caso de hipertensão arterial pulmonar secundária a tromboembolismo crônico idiopático com fatores de coagulação normais. O fibrinogênio reduzido pode indicar um consumo ativo. Apesar de ter sido investigado os fatores principais, deve haver um distúrbio de coagulação. Houve considerável melhora clínica com a otimização do sildenafil e diuréticos. Iniciado recentemente uso de Bosentana, tornando a paciente assintomática.

PO223 COMPARAÇÃO ENTRE O VEF1 OBSERVADO E PREDITO, UTILIZANDO DUAS FORMULAS DE PREDIÇÃO, EM PACIENTES DPOC SUBMETIDOS A LOBECTOMIA E TRATADOS COM CPAP

FLAVIO DE PADUA OLIVEIRA SÁ NERY; EVERTON ARAUJO CAVALCANTE; MARCOS AURELIO COELHO RIGO
HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESPIROMETRIA; CIRURGIA TORACICA; CPAP

Introdução: Pacientes com VEF1 menor que 70% do predito apresentam maior risco de morbi-mortalidade no pós-operatório. Neste contexto, existem algumas fórmulas descritas para predizer o do VEF1 após a ressecção pulmonar. A CPAP pode ser administrada visando restabelecer de forma mais rápida a função pulmonar. **Objetivo:** Comparar o VEF1 observado através da aplicação da CPAP com o predito através de duas fórmulas distintas no sétimo dia de operação em três pacientes portadores de DPOC submetidos a lobectomia pulmonar. **Material e Métodos:** Três pacientes submetidos a lobectomia com VEF1< 70% do predito. Realizada prova de função pulmonar no pré-operatório e ao sétimo dia de pós-op. Para estimar o valor predito do VEF1 foram utilizadas as fórmulas de JUHL and FROST(F1) e a de YASUO et al.(F2). CPAP foi realizada duas vezes ao dia, por 30 minutos e pressão de 10cmH2O. Um paciente realizou fisioterapia convencional. **Resultados:** Tivemos em F1 um VEF1 predito para o primeiro paciente de 1,28L, contra 1.56L observados no pós-op. (diferença de 18%). Já usando F2 o VEF1 predito de 1.08L e observado de 1.56L. (diferença de 31%). O segundo paciente apresentou em F1 um valor predito de 0.65L contra 1.01L observado no pós-op. (diferença de 35%). Utilizando F2, o predito foi de 0.55L e o observado foi de 1.01. (diferença de 46%). **Conclusão:** Foram encontrados valores superiores ao predito para o VEF1 ao sétimo dia de pós-operatório com a aplicação da CPAP. Segundo YASUO et al. os valores entre o VEF1 predito com o obtido no pós-cirúrgico tendem a equivalência após 1 mês de pós-op. Desta forma, a CPAP reduziu este tempo, podendo tornar-se útil aos pacientes com VEF1< 70% do predito no pré-operatório.

PO224 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR DINAMICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO PULMONAR

FLAVIO DE PADUA OLIVEIRA SÁ NERY; EDUARDO HARUO SAITO; DENISE DO NASCIMENTO DOMINGOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TESTE DE CAMINHADA; RESSECÇÃO PULMONAR; CPAP

Introdução: As cirurgias de ressecção de parênquima pulmonar cursam com redução dos volumes e capacidades pulmonares. Com isso, o paciente fica exposto a possíveis complicações pulmonares no período pós-operatório. A utilização da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) é uma forma de tratamento que objetiva a expansão de áreas de colapso alveolar e melhora da oxigenação arterial, contudo é negligenciada neste período, por receio de aumento de fuga de ar pelo dreno torácico. Um dos instrumentos utilizados para avaliar a função pulmonar dinâmica é o Teste de Caminhada dos 6 minutos (Tc6). Por se tratar de um teste de baixo custo, fácil realização e por se correlacionar com a atividade física diária, índice de sobrevida e qualidade de vida é de grande utilidade na fase pré e pós-operatória. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo utilizar o Tc6 para avaliar a função pulmonar dinâmica, correlacionando com a pressão parcial de oxigênio arterial (PaO2), com a aplicação da CPAP precoce e padrão ventilatório no tratamento pós-operatório de ressecção pulmonar. **Métodos:** Foram avaliados 12 pacientes submetidos a ressecção pulmonar, com distúrbio obstrutivo a prova de função respiratória. Foram divididos em 2 grupos, grupo controle com 6 pacientes que realizou fisioterapia com padrão ventilatório e grupo experimental com 6 pacientes, que realizou CPAP. Antes da cirurgia, os pacientes foram submetidos ao Tc6 e a gasometria arterial. A aplicação da CPAP, com 10 cm H2O, e a fisioterapia com padrão ventilatório foram iniciadas 12 horas pós-cirurgia. Ao termino do sétimo dia os pacientes foram reavaliados e novamente aferidos as medidas do Tc6 e gasometria arterial. **Resultados:** No período pré-operatório o grupo controle apresentava valores para o Tc6 de 469.75 ± 52.98 metros, e valores de PaO2 de 80.57 ± 15.72 mmHg. O grupo experimental apresentava ao Tc6 valor de 502.17 ± 83.41 metros com PaO2 de 84.18 ± 13.36 mmHg Ao final do tratamento proposto, os valores para o Tc6 no grupo controle foi de 294.92 ±107.52 metros e no grupo experimental de 481.83 ± 64.10 metros ($p < 0.002$). A PaO2 do grupo controle foi de 73.97 ± 10.95 mmHg e no grupo experimental 85.63 ± 25.48mmHg ($p = 0,180$). Durante a aplicação da CPAP não foram observados instabilidade hemodinâmica e aumento de fuga de ar pelo dreno de tórax. **Conclusão:** Com a aplicação precoce da CPAP observamos uma melhor performance no período pós-operatório ao Tc6 quando comparado ao grupo que realizou padrão ventilatório, juntamente com um melhor nível de oxigenação arterial. Estes resultados sugerem que a aplicação precoce da CPAP pode ser eficaz na recuperação da função pulmonar dinâmica e na oxigenação arterial no pós-operatório de ressecção pulmonar.

PO225 EFEITO PRECOCE DA PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA NAS VIAS AÉREAS (CPAP) SOBRE A FUNÇÃO PULMONAR NO PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO PULMONAR

FLAVIO DE PADUA OLIVEIRA SÁ NERY; EDUARDO HARUO SAITO; DENISE DO NASCIMENTO DOMINGOS; RENATO FERREIRA E CUNHA
HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: RESSECÇÃO PULMONAR; CPAP; FUNÇÃO PULMONAR

Introdução: As cirurgias de ressecção de parênquima pulmonar cursam com redução dos volumes e capacidades pulmonares. Com isso, o paciente fica exposto a possíveis complicações pulmonares no período pós-operatório. A utilização da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) é uma forma de tratamento que objetiva a expansão de áreas de colapso alveolar, contudo é

negligenciada neste período, por receio de aumento de fuga de ar pelo dreno torácico. **Objetivo:** Avaliar as alterações espirométricas e funcionais com a aplicação da CPAP precoce no pós-operatório de ressecção pulmonar. **Métodos:** Foram avaliados 12 pacientes submetidos à ressecção pulmonar, com distúrbio obstrutivo a prova de função respiratória. Foram divididos em 2 grupos, de forma randomizada, em grupo controle, com 6 pacientes e que realizou fisioterapia com padrão ventilatório e grupo experimental, com 6 pacientes, que realizou CPAP. Ambos os tratamentos foram realizados 2 vezes ao dia. Antes da cirurgia, os pacientes foram submetidos a avaliação (PRE), contando com espirometria, medidas de forca muscular inspiratória e expiratória (Pi e Pe), pico de fluxo espiratório (PF), teste de caminhada dos 6 minutos (Tc6) e a gasometria arterial. A pressão da CPAP foi 10 cmH2O, aplicada por um período de 30 minutos, de forma ininterrupta. As reavaliações ocorreram 12 horas após o término da cirurgia (PO-I) e ao sétimo dia de pós-operatório (PO-II). **Resultados:** Os resultados estão expressos pela distribuição da variação percentual dos dados. Comparando PO-II com PO-I, a variável CVF obteve no grupo controle 9.8 ± 8.5 e no grupo experimental 32.8 ± 31.2, com p=0,093. Em relação ao VEF1 , comparando PO-II com PO-I, o resultado encontrado no grupo controle foi de 12.6 ± 10.1 e no experimental 28.4 ± 39.4. A PaO2 apresentou uma melhora comparando PO-II com PO-I, com -7.7 ± 13.9 no grupo controle e 28.9 ± 47.4 no experimental. O Tc6, comparando a fase PO-II com PRE, obtivemos no grupo controle -38.0 ± 20.3 e no experimental -3.5 ± 6.2, com p=0,002. **Conclusão:** Com a aplicação precoce da CPAP observamos uma melhora evolutiva das medidas ventilatórias, com destaque para o Teste de caminhada dos 6 minutos, que expressa a função pulmonar dinâmica. O nível do oxigenação arterial ao final do sétimo dia, bem como valores espirométricos sugerem os efeitos benéficos que a aplicação precoce da CPAP pode produzir. Durante a intervenção, não foi observado nenhum efeito indesejável da aplicação desta terapêutica, tampouco aumento de fuga de ar pelos drenos torácicos.

PO226 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EM NÃO TABAGISTAS PORTADORES DE CÂNCER DE PULMÃO E ADMITIDOS NO SERVIÇO DE ONCO-PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (ICAVC)

MARILICE LUMI HIGAKI[1]; JOSE RODRIGUES PEREIRA[2]; FLORA KAZUMI IKARI[3]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[4]; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[5]; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA[6]

1,2,3,4,6.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; TABAGISMO; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: Define-se como tabagismo passivo à inalação involuntária de produtos da queima do tabaco por não fumantes. É considerado um fator de risco para câncer de pulmão desde 1981, quando foram publicados os primeiros casos sobre esse tema. O tabagismo passivo é a terceira maior causa de morte evitável e até 25% de casos de carcinoma broncogênico entre não fumantes são atribuídos a ele. A poluição tabágica ambiental (PTA) é dividida em corrente primária, quando inalada pelo fumante durante a tragada, e secundária, principalmente formada pela fumaça exalada da ponta do cigarro acesso. A corrente secundária concentra mais nicotina, monóxido de carbono, benzeno, amônia, nitrosaminas e alcatrão. Entre as mulheres não fumantes casadas com fumantes existe um risco de 25% a 30% maior de desenvolverem câncer de pulmão quando comparadas a mulheres casadas com não fumantes. **Objetivo:** Apresentar as características epidemiológicas em não tabagistas portadores de câncer de pulmão. **Métodos:** Foram analisadas as respostas fornecidas por 675 pacientes admitidos no serviço de onco-pneumologia do ICAVC com o diagnóstico firmado de neoplasia de pulmão e que responderam a um questionário específico sobre exposição ao fumo. **Resultados:** Do total de pacientes entrevistados, 12,8% pacientes nunca fumaram. Desses, 67,8% estiveram expostos à PTA durante a infância; 42,5% tiveram parceiros fumantes; e 39,1% trabalharam em ambientes fechados em conjunto com tabagistas. A maioria era de mulheres (80,4%). Os tipos histológicos mais comuns nessa população foram: adenocarcinoma (47,1%), indiferenciado (19,5%) e escamoso (16,1%). **Conclusão:** Não existem níveis seguros para o consumo do tabaco. Para um não fumante, mesmo com um risco consideravelmente menor se comparado a um fumante ativo, a exposição ao tabagismo passivo é prejudicial. O tabagismo passivo também é um estímulo à carcinogênese, principalmente no sexo feminino, sugerindo uma maior suscetibilidade às substâncias carcinógenas oriundas do tabaco proporcionada pelas diferenças hormonais entre os dois sexos. O elevado número de casos de adenocarcinoma, observados na população estudada, também sugere diferenças na composição do material partículado na fumaça das correntes primária e secundária da poluição tabágica ambiental inalada por fumantes e não fumantes.

PO227 CARCINOMA ADENÓIDE-CÍSTICO DE PULMÃO TRATADO COM INIBIDOR DE TIROSINA QUINASE (TKI) DO RECEPTOR DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO EPIDÉRMICO (EGFR)

JOSE RODRIGUES PEREIRA[1]; FLORA KAZUMI IKARI[2]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[3]; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[4]; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA[5]

1,2,3,5.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (IAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.SANTA CASA DE MISERICÓEDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOMA ADENÓIDE-CÍSTICO; TRATAMENTO; INIBIDOR DE TIROSINA-QUINASE

Introdução: O carcinoma adenóide-cístico é um raro tumor de pulmão. Está relacionado às glândulas salivares da mucosa brônquica e costuma apresentar localização central. Por ter resistência primária à quimioterapia e radioterapia, a cirurgia é sua melhor opção terapêutica. **Objetivo:** Apresentamos a experiência do serviço de onco-pneumologia no tratamento de portador de carcinoma adenóide-cístico tratado com erlotinibe (TARCEVA TM). **Métodos:** Apresentação de caso de G-V, 47 anos, branco, ex-tabagista. Cessou há 24 anos. Em 2000, durante acesso de tosse, eliminou corpo estranho. Por esse motivo procurou facultativo que solicitou exame radiológico identificando-se uma atelectasia do lobo superior esquerdo (LSE). Realizada broncoscopia que mostrou uma lesão vegetante obstruindo totalmente a luz do brônquio do LSE com extensão ao brônquio principal. O exame anátomo-patológico da biópsia endobrônquica confirmou a presença de um carcinoma adenóide-cístico. O paciente foi pneumonectomizado em 21/03/2000. Após 18 meses da cirurgia, evoluiu com metástases pulmonares múltiplas. Submetido a várias metastasectomias no pulmão remanescente em 2002, 2003, 2004 e 2005. Em outubro/2006, por conta de persistente dor em região sacral, foi identificada metástase óssea nesse local além de outros quatro novos nódulos pulmonares. Devido à disseminação à distância da neoplasia, recebeu sete ciclos consecutivos de carboplatina plus paclitaxel mantendo-se a doença tumoral estável. Em 23/11/06, exame imuno-histoquímico identificou hiperexpressão de EGFR no tecido neoplásico. Vem fazendo uso diário, desde 12/04/07, de erlotinibe 150 mg. **Resultados:** Desde o início da terapia-alvo evoluiu com episódios diarréicos transitórios e reação dermatológica extensa, do tipo acneiforme, própria da medicação em uso. Durante o período de tratamento foram realizados exames tomográficos seriados que confirmaram resposta tumoral progressiva. Após nove meses de tratamento, a dor óssea cessou por completo, voltando o paciente a todas as suas atividades normais. **Conclusão:** Não existem casos semelhantes descritos na literatura. A hiperexpressão de EGFR, na superfície das células dessa rara neoplasia pulmonar, justifica o uso de inibidores de tirosina-quinase. A excelente evolução clínica apresentada por este paciente transforma o uso de drogas alvo em uma nova opção terapêutica na abordagem dessa rara neoplasia de pulmão.

PO228 ESTUDO PRELIMINAR COMPARATIVO ENTRE O EFEITO BRONCODILATADOR DO SALBUTAMOL UTILIZADO ATRAVÉS DE ESPAÇADORES DE GRANDE VOLUME COM TRATAMENTO ANTIESTÁTICO E PELA TÉCNICA USUAL NA PROVA BRONCODILATADORA

FLÁVIA DE BARROS ARAÚJO; ELIANE VIANA MANCUZO; CARLA DISCACCIATI SILVEIRA; LUIZ FERNANDO FERREIRA PEREIRA; RICARDO AMORIM CORREA

HC UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PROVA BRONCODILATADORA; ESPAÇADORES; AEROSSOL DOSIMETRADO

Introdução: Na maioria dos serviços a prova broncodilatadora é realizada sem a utilização de espaçador (técnica usual), não existindo evidência atual que aponte superioridade de uma técnica sobre a outra. A técnica de uso do aerossol dosimetrado exige coordenação disparo/inspiração, sendo que aproximadamente 10% da droga são depositados nos pulmões e quase 80% na orofaringe. Os espaçadores podem auxiliar o uso do aerossol por eliminar a dificuldade de coordenação. Estudos prévios comprovaram a sua eficácia na terapia inalatória, aumentando a deposição pulmonar e reduzindo a

deposição na orofaringe. Entretanto, como os espaçadores apresentam carga eletrostática interna que concorre para a redução da deposição pulmonar, sugere-se o uso de técnicas que amenizem este efeito. **Objetivo:** Avaliar se o uso de salbutamol inalatório através de aerossol dosimetrado acoplado a espaçadores de grande volume na prova broncodilatadora modifica o resultado do teste quando comparado à técnica usual. **Metodologia:** Estudo prospectivo, pareado e não cruzado. Foram selecionados pacientes encaminhados para realização de espirometria ao Laboratório de Função Pulmonar do Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do HC/UFMG, com idade entre 18 e 45 anos e suspeita clínica de asma. Foram excluídos pacientes com asma grave, crise aguda ou exacerbação nas últimas quatro semanas, uso de corticóide oral nas últimas quatro semanas, uso de medicamentos de manutenção para asma nos últimos três meses, uso de betabloqueadores, tabagismo atual, ex-fumantes há menos de um mês e indivíduos que fumaram mais de 10 maços.ano, presença de comorbidades crônicas graves e descompensadas e impossibildade de comparecer ao Laboratório. Os pacientes foram submetidos a dois exames, em dias diferentes, mas no mesmo turno do primeiro teste, e com intervalo máximo de três dias. A técnica do primeiro teste foi definida, em cada caso, por sorteio. A técnica empregada foi a preconizada pelas diretrizes da SBPT. O tratamento antiestático foi feito com uma solução de água e detergente neutro, conforme descrito previamente. (BR J Clin Pharmacol 2000; 50:227-280). Os dois testes de cada paciente foram realizados pelo mesmo técnico, utilizando-se equipamento Koko Spirometer (92494, Louisville, USA). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A variável primária foi a variação no VEF1, expressa pela variação absoluta do VEF1 em relação ao previsto (VEF1 pós bd - VEF1 pré bd x 100/ VEF1 previsto). Estimou-se em 24 o tamanho da amostra. **Resultados:** Foram avaliadas as provas de 15 pacientes inicialmente incluídos. Não houve diferença estatisticamente significante na porcentagem de variação do VEF1 entre as técnicas. Não houve diferença estatisticamente significante no resultado da prova broncodilatadora com ou sem espaçador (p = 1,000). A concordância entre as técnicas quanto ao resultado da prova broncodilatadora foi excelente (K = 0,812) e significativa (p = 0,001). **Conclusão:** Este é o primeiro estudo que comparou a resposta broncodilatadora do salbutamol inalatório através de espaçadores de grande volume e pela técnica usual na espirometria. Até o momento, o presente estudo permite concluir que a prova broncodilatadora pode ser realizada sem a utilização de espaçadores de grande volume, quando o aerossol dosimetrado é utilizado corretamente.

PO229 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LIPOMA ENDOBRÔNQUICO

ANTONIO BONAPARTE SANTANA FERREIRA JUNIOR; MANOEL XIMENES NETTO; FREDERICO AUGUSTO BERNIZ ARAGÃO; JOAQUIM EUCLIDES MELO ARAUJO; HUMBERTO ALVES OLIVEIRA; RAFAEL MARQUES RIBEIRO PESSOA; KLEBER NOGUEIRA CAMPOS; LUIZ FERNANDO VIEIRA
HOSPITAL DE BASE, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LIPOMA ENDOBRONQUICO; BRONCOPLASTIA; NEOPLASIA BENIGNA PULMONAR

Introdução: O lipoma é uma neoplasia benigna originada dos adipócitos, pode surgir em qualquer parte do corpo sendo mais comum no tecido celular subcutâneo. Raramente localizam-se na cavidade torácica e menos freqüente na árvore traqueobrônquica. Os lipomas endo-brônquicos podem estar associados à atelectasias, pneumonias de repetição e bronquiectasias. De acordo com o tipo da lesão pode-se ressecá-la por via endoscópica com YAG laser, por eletrocauterio ou mesmo por broncotomia ou broncoplastia. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com lipoma endobronquico e bronquiectasias em lobo inferior esquerdo submetido à lobectomia e broncoplastia com sucesso. **Métodos:** Paciente, sexo masculino, 50 anos, raça branca, com historia de pneumonia de repetição e cansaço aos médios esforços há um ano e meio. Ausculta pulmonar sem anormalidades. Radiografia simples do tórax não apresentava anormalidades. Endoscopia respiratória revelou lesão vegetante de base larga, ocupando parcialmente a luz do brônquio fonte esquerdo cuja biopsia diagnosticou lipoma. A tomografia de tórax com reconstrução tridimensional mostrou imagem de baixa densidade em brônquio fonte esquerdo na emergência do brônquio lobar inferior ultrapassando a parede brônquica e associado com bronquiectasias em lobo pulmonar inferior esquerdo. Paciente foi submetido à toracotomia exploradora evidenciando lesão adiposa transparietal em brônquio fonte esquerdo, tipo "iceberg", com pequeno componente endoluminal. Foi realizado lobectomia inferior esquerda e broncoplastia com brônquio lobar superior esquerdo. **Resultados:** O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. O paciente permaneceu com dreno torácico ate o sexto dia de pós-operatório e recebeu alta sem queixas. Apresentou melhora da sintomatologia e o controle radiológico mostrou pulmões completamente expandidos e elevação compensatória da hemicúpula diafragmática esquerda. **Conclusão:** Os lipomas endobronquicos são tumores benignos raros, representando cerca de 0,1% de todas as neoplasias pulmonares e 13% dos tumores benignos. Incide mais freqüentemente a partir da quinta a sexta década de vida, com predomínio no sexo masculino e em pessoas obesas. Os sintomas são dependentes do grau de obstrução das vias aéreas. Os lipomas podem crescer da submucosa ou mais raramente com desenvolvimento transbronquico, em iceberg. A tomografia de tórax permite localizar e medir a densidade da lesão, já a broncoscopia com biopsia define o diagnostico final. Quando viável a ressecção endoscópica é o tratamento de escolha com 2% de complicações. Quando há evidencia de bronquiectasias, atelectasias ou pneumonia obstrutiva deve-se optar por uma toracotomia com ressecção do parênquima comprometido e broncotomia com ressecção do lipoma ou broncoplastia.

PO230 TUBERCULOSE LARÍNGEA E SÍNDROME DE CONVERSÃO EM PACIENTE HIV NEGATIVO

FREDERICO DE SOUZA MARQUES; RAPHAEL ZENATTI; BERNARDO HENRIQUE MARANHÃO; CÁSSIO SAMPAIO DIAS; TATIANE SOARES COSTA MACEDO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE LARINGEA; TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR; SINDROME DE CONVERSÃO

Introdução: A Tuberculose laríngea é uma doença infecciosa crônica granulomatosa causada pelo Mycobacterium tuberculosis, geralmente ocorre por complicação da tuberculose pulmonar. Possui incidência maior em adultos do sexo masculino (3:1) e a transmissão ocorre por contato direto (contiguidade) ou linfohematogênica. **Relato do Caso:** R.A.H. masculino, 40 anos, técnico de computadores, divorciado, brasileiro, natural de São Gonçalo RJ. QP: "Dor na garganta". Em outubro de 2007 apresentou-se com quadro de odinofagia associado a engasgos, sialorréia e secreção amarelada. Evoluiu com febre vespertina 38 à 39c e dispnéia, que o fez procurar o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle-UNIRIO em 05/03/08. **Exame físico:** Muito emagrecido, perda ponderal 18 kg, estado geral comprometido, com história de hemorragia digestiva alta, funções fisiológicas preservadas, sem alterações cardiovasculares ou outros sintomas. Solicitado exames. Videolaringoscopia (07/03/08) - infiltração difusa de toda região supra glótica sem ulcerações, pregas vocais hiperemiadas com mobilidade preservadas, não foi realizada biópsia local. Submetido a broncoscopia (10/03/08) com biópsia pulmonar e solicitado via LBA pesquisa para BK (BARR + cultura), fungos, céls. neoplásicas. PPD e VDRL não reator, leucocitose discreta sem diferencial, anemia discreta e trombocitose, 3 amostras de BARR - ,marcadores de hepatite A,B e C, toxoplasmose e CMV negativos, cinética do ferro normal, HIV negativo. Em 29/03/08 iniciou esquema RIP por diagnóstico presuntivo. Dia 03/04/08 após revisão da lámina da biópsia pulmonar foi constatada a presença de bacilo pela baciloscopia através do método de Ziehl-Nilsen. Com 10 dias de esquema RIP, o paciente apresentava melhora clinica exceto pela odinofagia e sialorréia. Dia 18/04/08 recebeu alta hospitalar com 44 dias de internação sem febre e com melhora clínica importante. Retornou em 25/04/08 com o mesmo quadro que motivou a internação. Apresentava leucocitose sem desvio, PCR 48 e VHS 90 mm. Submetido a nova videolaringoscopia com bx dia 06/05/08, com material enviado para histopatologia e culturas (fungos e tuberculose). Mantido esquema com tuberculostáticos melhora clinica gradual. Novas amostras de BARR e do material da videolaringoscopia foram negativas e o novo PPD 23 mm. Recebeu Alta hospitalar e passa bem atualmente. **Discussão:** A tuberculose laríngea isolada é rara tendo disfonia como seu principal sintoma. A biópsia local deve ser realizada sempre que possível e o tratamento com tuberculostáticos e corticoterapia deve ser instituído precocemente, pois é uma doença de bom prognóstico se tratada corretamente. **Conclusão:** Exposto raro caso de tuberculose laríngea isolada sem disfonia como principal sintoma, associado a isto demonstramos também o fenômeno da conversão em paciente HIV negativo.

PO231 SÍNDROME DE RECONSTITUIÇÃO IMUNE EM PACIENTE HIV NEGATIVO COM TUBERCULOSE PULMONAR E LARÍNGEA

ARTHUR CORTEZ FERNANDES[1]; FREDERICO DE SOUZA MARQUES[2]; RAPHAEL ZENATTI[3]; CÁSSIO SAMPAIO DIAS[4]; BERNARDO HENRIQUE MARANHÃO[5]; WAGNER FIGUEIREDO[6]; EDUARDO PAMPLONA BETHLEM[7]

1,2,3,4.HUGG/UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 5,6,7.UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; LARINGE; GRANULOMATOSE

Introdução: Piora clínica e radiológica ocorrida após ministração de tratamento tuberculostático, descrita em HIV positivos sob HAART caracteriza a síndrome Inflamatória de reconstituição imune (SIRI), tornar-se um desafio no imunocompetente e exige o exercício do diferencial com outras possibilidades diagnósticas. **Descrição do Caso:** Homem de 40 anos, evoluindo há cinco meses com dor em orofaringe, sialorréia e engasgos foi internado com tosse seca, dispnéia e febre vespertina diária, além de emagrecimento de 18 Kg. Na admissão o laboratório mostrava anemia, leucocitose sem desvio e 3000 linfócitos, VHS 130, trombocitose e PPD negativo. Testes sorológicos para HIV, paracoccidioidomicose e histoplasmose negativos. Videolaringoscopia revelou lesão ulcerada e processo inflamatório crônico, granulomatoso, sem necrose caseosa à biópsia. RX de tórax com infiltrado reticulonodular, bilateral, difuso. Foi procedido broncoscopia com lavado broncoalveolar positivo para BAAR, Pesquisa direta e cultura para fungo negativas nos materiais obtidos por biópsia, entretanto, evidenciou-se granuloma caseoso. Com evidente melhora clínica, após início de RHZ, recebeu alta hospitalar no 21º dia. Sete dias após, foi reinternado devido a recrudescimento dos sintomas. Mantido o tratamento, ocorreu melhora do quadro a partir do 39º dia. Não ocorreram mudanças laboratoriais significativas, exceto por viragem tuberculínica, com 23mm de induração. **Discussão:** Descrita em pacientes HIV positivos que iniciaram a HAART, a SIRI tem sido recentemente reavaliada em pacientes com TB não portadores do HIV. A ocorrência da melhora imunológica provoca o desenvolvimento ou a recrudescência de sinais e sintomas da TB. Sugerindo algum papel do bacilo em pessoas pré-dispostas, gerando declínio do sistema imunológico, uma vez que a resposta paradoxal (RP) pode ocorrer em pacientes HIV negativos e sem outras doenças debilitantes. Alguns fatores de risco descritos como baixos níveis de hemoglobina, de albumina, IMC menor que 18 e contagem basal de linfócitos estiveram mais relacionadas à RP. O diagnóstico SIRI continua desafiador devido a falta de exames acurados, necessidade de exclusão de doenças concomitantes e à possibilidade de terapia anti-tuberculosa inadequada. A linfocitose e a reação exacerbada à tuberculina são achados comuns que podem sugerir a RP. No sistema respiratório a pleura esteve mais envolvida, seja por novo derrame ou agravamento de um previamente existente. O paciente descrito padecia de TB laríngea e pulmonar, apresentava anemia e hipoalbuminemia, além de IMC de 19. A manutenção do tratamento determinou involução dessa sintomatologia e reatividade ao PPD. **Conclusão:** No decorrer de tratamento tuberculostático inicialmente bem sucedido, especialmente na vigência de comprometimento extra pulmonar, piora clínica e/ou radiológica não necessariamente indica falha terapêutica ou equívoco diagnóstico, devendo ser aventada a hipótese da SIRI mesmo nos imunocompetentes.

PO232 UTILIZAÇÃO DO SANGUE AUTÓLOGO PARA TRATAMENTO DAS FÍSTULAS PLEURO-PULMONARES PERSISTENTES

FREDERICO HENRIQUE SOBRAL DE OLIVEIRA; DANIELE CRISTINA CATANEO; CARLOS ALEXANDRE POLÔNIO; ERICA NISHIDA HASIMOTO; RAUL LOPES RUIZ JR; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PLEURODESE; SANGUE; PNEUMOTÓRAX

Introdução: A persistência de fístulas com fuga aérea pós-ressecções pulmonares ou após drenagem torácica no tratamento de pneumotórax ou outras afecções pleurais é um problema comum enfrentado pelos cirurgiões torácicos e, apesar dos vários métodos de tratamento, ainda não há um ideal. Nesse sentido, o sangue autólogo foi utilizado; inicialmente para evitar a recidiva do pneumotórax espontâneo primário e posteriormente pôde se verificar sua eficácia no tratamento da fístula aérea persistente de origens variadas (pneumotórax, pós-operatório pulmonar). Por ser uma fibrina natural formada à partir do fibrinogênio do sangue, suas aderências são frouxas e não promove fixação firme das pleuras, não sendo indicado para tratamento do hidrotórax, mas apenas para o fechamento das fístulas no pneumotórax. **Objetivos:** Analisar retrospectivamente o tratamento da fístula aérea pleuro-pulmonar persistente, realizada com sangue autólogo, nos últimos 7 anos, em nosso serviço. **Métodos:** Avaliação dos prontuários de pacientes com fístulas pleuro-pulmonares persistentes tratados em nosso serviço, analisando idade, sexo, causa, lado acometido, tempo de resolução e complicações. **Resultados:** De janeiro de 2001 a março de 2008, 26 pacientes com fístula aérea pulmonar persistente foram tratados com pleurodese utilizando sangue autólogo. A idade variou de 2 a 74 anos (média de 34 anos). Vinte pacientes (76,5%) eram masculinos e 6 (23,5%) femininos. As causas mais encontradas de fístula foram o pneumotórax espontâneo e a ressecção pulmonar, ambos em 9 pacientes. O hemitórax direito foi o mais acometido, em 77% dos casos. Vinte e três (88,5%) pacientes tiveram a fístula aérea pleuro-pulmonar persistente fechada com o procedimento preconizado e 3 foram submetidos a drenagem pleural aberta. O tempo médio de fechamento da fístula após o procedimento foi de 5 dias. As complicações ocorreram em 2 (7,7%) pacientes, sendo um caso de empiema e outro de febre prolongada. **Conclusão:** A pleurodese com sangue autológo no tratamento de fístulas pleuro-pulmonares persistentes mostrou-se bastante eficaz, sem complicações relevantes, além de promissora, indicando uma alternativa no tratamento da fuga aérea de diversas origens.

PO233 CÂNCER DE PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS EM PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR

THIAGO OLIVEIRA MENDOÇA; GABRIEL FERREIRA ROZIN; RAFAEL SILVA MUSOLINO; FABIOLA DEL CARLO BERNARDI; CARLOS EDUARDO GALVÃO BARBOZA; TERESA YAE TAKAGAKI; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS CARVALHO

HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS; FIBROSE PULMONAR IDIOPÀTICA; ESCLERODERMIA

Introdução: O desenvolvimento de neoplasia em doenças pulmonares fibrosantes tem sido descrito, particularmente para o adenocarcinoma. Relataremos a seguir 2 casos de fibrose pulmonar com carcinoma de pequenas células do pulmão. **Caso 1:** Paciente masculino, 73 anos, tabagista 80 anos-maço, portador de FIP há 2,5 anos, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência coronarina e DPOC. Foi internado para realizar biópsia de nódulo pulmonar que havia aumentado consideravelmente de tamanho em 6 meses (massa). Referia dispnéia aos pequenos esforços, cianose e tosse seca nos últimos meses. Ao exame físico, FR=24 irpm, cianose, baqueteamento digital, SO2 de 87% em ar ambiente e murmúrio vesicular difusamente diminuído com estertores crepitantes em velcro bibasais. Na tomografia de tórax foi evidenciada massa com contornos lobulados e em contato com a pleura visceral em região posterior de lobo inferior esquerdo de 5 cm no seu maior diâmetro. Realizou biópsia transtorácica com agulha guiada por tomografia, sendo diagnosticado carcinoma de pequenas células do pulmão. Foi iniciado quimioterapia, com regressão parcial do nódulo. Após 2 meses evoluiu para óbito. **Caso 2:** Paciente feminina, 75 anos, descendência asiática, portadora de fibrose pulmonar e doença mista do tecido conjuntivo (anti-RNP positivo) há 10 anos. Foi internada devido a quadro de rebaixamento do nível de consciência, náuseas, vômitos de repetição e queda do estado geral iniciado há 2 semanas, além de emagrecimento (10 kg em 4 meses) e dificuldade em se alimentar. Ao exame físico, estado geral comprometido, sonolenta, desorientada no tempo e no espaço, emagrecida, murmúrio vesicular presente e simétrico com estertores crepitantes em velcro bibasais. Havia realizado biópsia transtorácica guiada por tomografia de massa pulmonar em 22/01/2008 que revelou carcinoma de pequenas células do pulmão. Na investigação realizou ressonância magnética do crânio, que não evidenciou metástases. Na investigação laboratorial diagnosticado hiponatremia severa por síndrome da secreção inapropriada do hormônio anti-diurético. Foi realizada reposição de NaCl a 3% até correção da hiponatremia sintomática e iniciada quimioterapia. Após 10 dias a paciente evoluiu para óbito por choque séptico secundário a pneumonia. **Discussão:** A associação de fibrose pulmonar com carcinoma pulmonar foi descrita pela primeira vez em 1952 por Callahan e cols. Os achados patológicos sugestivos dessa evolução é a metaplasia e as atipias das células do epitélio brônquico e alveolar. São várias as patologias que causam fibrose pulmonar e que têm associação com carcinoma broncogênico (colagenoses, pneumoconioses, etc.), mas destaca-se a fibrose pulmonar idiopática (FIP), com incidência de até 9% em algumas séries de casos, sendo a maioria adenocarcinomas. A associação

de fibrose pulmonar com carcinoma de pequenas células do pulmão é rara, geralmente com prognóstico bastante reservado, sendo necessário sua suspeita clínica.

PO234 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR APÓS CIRURGIA PLÁSTICA

GABRIELA FIGUEIREDO MELARA[1]; JOANNA LOPES DA SILVA NASCIMENTO[2]; PATRÍCIA AMARAL BICALHO[3]; OSVALDO SAMPAIO NETTO[4]; JOÃO DANIEL BRINGEL REGO[5]; PEDRO HENRIQUE GONÇALVES REIS[6]; DIANA ARISTOTELIS ROCHA[7]; LUCIANO CARNEIRO BARROS DE MOURA[8]

1,2,3,4.UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 5,6,7,8.FORÇAS ARMADAS - HFA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; ABDOMINOPLASTIA; MAMOPLASTIA

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma complicação pós-cirúrgica que tem alto índice de mortalidade quando não diagnosticada. Existem vários fatores de risco, como: idade > 40 anos, veias varicosas, obesidade, grandes cirurgias, tabagismo, imobilização prolongada, síndrome nefrótica, gravidez e história familiar. **Objetivos:** Relato de ocorrência de episódio de TEP após abdominoplastia e mamoplastia. **Métodos:** Revisão de prontuário médico de paciente internada no Hospital das Forças Armadas (HFA). **Resultados:** Paciente, feminino, 61 anos, ex-tabagista há seis meses, Há dois anos fez cirurgia plástica de face quando foi realizado profilaxia com Clexane®, sem nenhuma complicação. No dia 27 de maio de 2008 foi submetida à mamoplastia e abdominoplastia sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no mesmo dia. Contudo, no dia 29 de maio referiu dispnéia progressiva aos pequenos esforços e sensação de aperto torácico, sintomas não valorizados pela paciente. No dia 30 de maio relatou piora dos sintomas associado a edema em MMII e MMSS, quando procurou uma clínica de pneumologia. Ao exame físico apresentou freqüência respiratória de 18 ipm, murmúrios vesiculares diminuídos e estertores crepitantes em bases bilaterais. No dia 30 de maio realizou tomografia computadorizada, que evidenciou falhas de enchimento em artérias pulmonares segmentares, bilateralmente, sugerindo TEP. Sendo encaminhada ao HFA para internação. Foi solicitado D-dímero que foi de 1.988,8 ng/ml (valor normal: abaixo de 500 ng/ml) e iniciou Clexane® terapêutico 60 mg de 12/12 h. Realizou hemograma completo que apresentou anemia (eritrócito - 3,39 milhões/mm3, hemoglobina - 10,8 g/%, hematócrito - 33,4%), tempo de tromboplastina tecidual ativada com relação P/C=3,87 (normal < 1,26), AST=63,1 U/L (normal < 33 U/L), ALT=59,9 U/L (normal < 32 U/L), triglicérides=223 mg/dL (normal < 150 mg/dL), VLDL=45 mg/dL (normal < 40 mg/dL). Apresentou ECG normal. Raio-X com diminuição da transparência pulmonar em base direita e elevação da hemicúpula direita. **Conclusão:** A cirurgia estética apresenta baixo risco de TEP, pois geralmente os pacientes são saudáveis, não há necessidade de anestesia geral e o paciente pode deambular precocemente. Na cirurgia plástica, a maior incidência de TEP está relacionada à abdominoplastia sozinha ou associada a outras cirurgias estéticas (cirurgia de mama, lipoaspiração, "arm-lift", cirurgia de pálpebras). A incidência de TEP em ambas situações é de 36:10.000 cirurgias.

PO235 DOENÇA VENOCLUSIVA PULMONAR: UM RELATO DE CASO

GABRIELA RESENDE VIEIRA DE SOUSA[1]; CARLOS ALBERTO PEREIRA[2]; ESTER MARTINS COLETTA[3]; FABIANO BICHUETTE CUSTODIO[4]; LILIAN SOARES SILVA[5]; LAURA SILVA CARDOSO[6]; JOSÉ HENRIQUE SANTANA[7]; DEBORA OSORIO DOS SANTOS[8]

1,4,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE SAÔ PAULO, SÃO PAULO, BRASIL; 3.HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL DE UBERBA, SÃO PAULO, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL; 8.UNIVERSIADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: VENOOCLUSIVA; HIPERTENSÃO; PULMONAR

Introdução: A Doença Venoclusiva Pulmonar (DVOP) é uma entidade rara e comumente fatal, em que ocorre obliteração gradual das veias e vênulas pulmonares gerando hipertensão pulmonar(HP). A doença teve sua primeira descrição por Hora em 1934 e, até 2000 havia 150 casos. **Métodos:** Foram extraídos dados da história clínica e de exames: físico, laboratoriais, imaginológi-cos e anátomo-patológicos e comparados com dados da literatura. **Relato de Caso:** RGS, 13 anos, branca, natural e Procedente de Uberaba-MG, moradora de zona rural, internada em outro serviço médico há 15 dias com dispnéia rapidamente progressiva, mialgia e tosse seca, tratamento para Pneumonia. Foi encaminhada ao Hospital das Clínicas da Universidade Fede-ral do Triângulo Mineiro em 11/02/2008 por piora dos sintomas, além de hiponímia (Sat 87% com FiO2 de 21%), cianose ungueal, lipotímia e palpitações. **O exame físico constatou:** hipode-senvolvimento; expansibilidade torácica diminuída à Direita (D); murmúrio vesicular abolido à D; taquipnéia com utilização de musculatura acessória; SDFP (3+/6+), proeminência de P2, des-dobramento fixo de B1. Hemograma, taxas séricas de glicose, uréia, creatinina, crioaglutininas, provas de coagulação e de atividade inflamatória, urina I, angio-CT e sorologias foram normais. Rx evidenciou aumento da área cardíaca e derrame pleural volumoso à D. ECG mostrou taqui-cardia sinusal (FC=128bpm), desvio do eixo para a D e sobrecarga de câmaras D. A CT de tó-rax apresentou infiltrado nodular, centro-lobular difusamente, derrame pleural e cardiomegalia e o Ecocardiograma revelou aumento importante de câmaras á D com "rechaço" do septo inter-ventricular da D para a esquerda(E), o que restringia a função sistólica do ventrículo E e, ainda, refluxo tricúspide acentuado com HP (118mmhg). A biópsia pulmonar encontrou alterações histológicas compatíveis com: pneumonite intersticial, antracose e em análise realizada em parceria com o serviço de patologia do IAMSPE viu-se obliteração fibrosa de vasos venosos confirmando o diagnóstico de DVOP. A paciente recebeu altas doses de esteróides, apresentando melhora clínica fugaz. Evoluiu com sinais graves de descompensação cardíaca direita, insuficiência respiratória e óbito, apesar das medidas de suporte. **Conclusão:** Paciente teve acesso a tratamento especializado apenas na fase final de sua doença e a rápida evolução fatal impediu uma investigação mais aprofundada. Contudo, aspectos da história foram esclarecedores: o aparecimento precoce dos sintomas, após provável quadro viral, reforça a idéia de possível "gatilho" infeccioso da doença. A faixa etária do diagnóstico coincide com a de maior incidência da DVOP e de evolução mais rápida. A melhora, mesmo que transitória, com esteróides vai de encontro a dados que mostram uma diminuição da inflamação intersticial associada à DVOP. Não há evidências de tratamento efetivo para a doença, com exceção do TX pulmonar que não é realizado no Brasil em pacientes com idade inferior a 18 anos.

PO236 NOCARDIOSE – RELATO DE CASO

GUILHERME CONSTANTE PREIS SELLA; JULIANA AUGUSTA SELLA; CESAR ORLANDO PERALTA BANDEIRA; GIANCARLO SANCHES

INSTITUTO DO PULMÃO, MARINGA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: NOCARDIOSE; INFECÇÃO PULMONAR; PACIENTE HÍGIDO

Introdução: A nocardiose, infecção causada por actinomiceto aeróbio da família Nocardia, acomete principalmente pulmão, pele, tecido subcutâneo e SNC. As nocárdias são habitantes do solo, e a infecção é contraída por inalação de micélios fragmentados. A forma pulmonar geralmente é subaguda ou crônica, sendo comuns a tosse, febre, anorexia, perda de peso e mal estar. Geralmente ocorre em homens adultos com imunodeficiência. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho é relatar a ocorrência de nocardiose em paciente previamente hígido. **Metodologia – Relato de caso:** Homem, 66 anos, agricultor, natural e procedente de Nova Esperança (PR), relata emagrecimento de 12 kg em 6 meses, dor torácica há 8 dias e tosse seca com pigarro. Tabagista por 23 anos, tendo parado há 18. Ao exame: MV diminuído em base direita. Raio X e TC de tórax revelam condensação em LID e confirma volumoso derrame pleural loculado posteriormente. Toracocentese negativa, e a biópsia pleural evidenciou infecção por actinomices ou nocardia, sendo esta última confirmada pela cultura. Hemograma, provas de função hepática e renal e provas reumáticas todas dentro dos limites da normalidade; anti-HIV negativo. VHS de 110 mm na 1ª hora. Iniciou-se o tratamento com SMZ-TMP e internação para pleuroscopia com drenagem pleural. **Resultados – Discussão:** A nocardiose pulmonar freqüentemente é suspeitada através da ocorrência de manifestações extra pulmonares que apresentam quadro clinico mais especifico. O exame radiológico torácico é inespecífico podendo apresentar nódulos ou massas (isolados ou múltiplos), com ou sem cavitação (forma mais comum), infiltrados reticulares, consolidação alveolar e derrame pleural. O padrão-ouro para o diagnóstico é a identificação do organismo na secreção respiratória ou através da biopsia ou aspirado dos locais acometidos. É positivo à coloração de Ziehl-Neelsen (BAAR fracamente positivo), e o crescimento ocorre geralmente entre dois a cinco dias, podendo chegar a três semanas. Tuberculose, sarcoidose, actinomicose e aspergilose são possíveis diagnósticos diferenciais. As complicações incluem

empiema, mediastinite, pericardite, pneumonia necrotizante, síndrome de veia cava superior e fibrose pulmonar. Assim como no caso relatado, SMZ-TMP 5-10 mg/kg/dia está indicado em infecções pleuropulmonares (associadas ou não a acometimento cutâneo) e para a forma cutânea primária. Quando em infecções disseminadas e acometimento do SNC, a associação de imipenem e amicacina está indicada. Prognóstico favorável quando a infecção se localiza exclusivamente nos tecidos pulmonares. **Conclusão:** A nocardiose pulmonar é uma infecção rara e de diagnóstico difícil, uma vez que não apresenta aspectos clínicos ou radiográficos patognomônicos. Deve ser incluída principalmente no diagnóstico diferencial de indivíduos com imunodeficiência celular, ou com pneumopatia crônica, que apresentam manifestações respiratórias associadas a lesões extra pulmonares já diagnosticadas.

PO237 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE – RELATO DE CASO

GIANCARLO SANCHES; GUILHERME CONSTANTE PREIS SELLA; FELIPE DUENHAS SANCHES; JULIANA AUGUSTA SELLA

INSTITUTO DO PULMÃO, MARINGA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; GESTAÇÃO; SIROLIMO

Introdução: Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença rara quase que exclusivamente de mulheres em idade fértil. Patologicamente é caracterizada por proliferação não-neoplásica de células musculares lisas atípicas ao redor das vias aéreas, vasos sanguíneos e linfáticos, resultando em obstrução vascular e formação de cistos, dando ao pulmão um aspecto de faveolamento. Normalmente atinge o tórax, abdôme e pelve, e angiomiolipomas renais são relatados em 50% dos casos. Acredita-se que a doença é mediada ou afetada por fatores hormonais, existindo piora da doença ao uso de contraceptivos orais ou período gravídico. **Objetivo:** Relatar um caso de LAM em uma gestante. **Metodologia - Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 25 anos de idade, G1P1A0C1, tabagista. Há 2 anos iniciou com tosse seca e leve dispnéia aos esforços, apresentando tênues infiltrados pulmonares ao RX de Tórax. Na TAC foi evidenciado padrão infiltrativo com presença de cistos difusos. À biópsia pulmonar foi diagnosticado LAM. Utilizou progesterona oral por 1 ano e 4 meses, sendo suspenso o contraceptivo, e mesmo orientada a evitar a gestação, decidiu engravidar. O seguimento de 3 anos consecutivos de provas de função pulmonares mostraram uma manutenção da CVF, redução do VEF1 e VEF1/CVF, com redução da DLCO no início do primeiro trimestre gestacional. Será seguida durante a gestação e ao final da mesma será orientada ao uso de sirolimo. **Resultados – Discussão:** Atualmente, vem sendo reportada uma relação entre LAM e diversas doenças, sendo que na Tuberose Esclerosa (TSC) as lesões pulmonares encontradas são idênticas àquelas vistas na LAM, acreditando-se assim que a LAM é uma forma atípica da TSC. Os sintomas mais comuns são dispnéia progressiva aos esforços e pneumotórax de repetição; pode haver pneumotórax bilateral espontâneo. Dor no peito, tosse e hemoptise ocorrem. Geralmente há um atraso de 3 a 5 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico. Exame físico é inespecífico com sibilos e roncos. Diagnósticos diferenciais incluem asma, enfisema e bronquite crônica. Não há achados laboratoriais específicos associados a LAM. No RX e TAC há hiperinsuflação e infiltrado intersticial que pode ser reticular, reticulonodular ou associado a cistos, bolhas e pneumotórax. Assim como apresentado em nossa paciente, funcionalmente a doença esta se apresentando por um distúrbio ventilatório obstrutivo progressivo, mas na gestação esta ocorrendo uma queda na DLCO. Terapia antiestrogênica foi tentada em passado recente mas sem melhora significativa, e a cessação do tabagismo é essencial. Tratamentos de um ano de sirolimo (rapamicina) resultaram na redução dos angiomiolipomas e melhora da função pulmonar. O prognóstico em 5 anos é de 90% de sobrevida. **Conclusão:** A LAM é uma doença rara e de difícil diagnóstico, uma vez que não apresenta aspectops clínicos ou radiológicos patognomônicos. Neste caso descrito o interesse se faz devido ao acompanhamento antes, durante e após a gestação.

PO238 DIFERENCIAS GEOGRÁFICAS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EL MANEJO DE EPOC: ESTUDIO EPOCA

BYRON AUGUSTO CANELOS-ESTRELLA[1]; GUR LEVY[2]; CRISTINA MURIO[3]; IVAN CHERREZ[4]; EDUARDO GIUGNO[5]; FANNY KO[6]; HANA MUELLEROVA[7]; MARC MIRAVITLLES[8]

1.HOSPITAL METROPOLITANO, QUITO, EQUADOR; 2.CARCACAS HOSP, CARACAS, VENEZUELA; 3,8.BARCELONA HOSP, BARCELONA, ESPANHA; 4.CLINICA KENNEDY, GUAYAQUIÑ, EQUADOR; 5.BS AIRES HOSP, BUENOS AIRES, EQUADOR; 6.HOSPITAL CH, HONG KONG, CHINA; 7.RUSIA HOSP, MOSK, RÚSSIA

PALAVRAS-CHAVE: EPOC; DEMOGRAFIA; RECOMENDACIONES

Data relacionada a las similitudes y diferencias entre las características clínicas y el manejo de los pacientes con EPOC entre diferentes países son limitadas. Nuestro objetivo fue evaluar en un numero de países, las características clínicas de los pacientes con EPOC, así como su tratamiento, para evaluar la adherencia a las recomendaciones de las guías internacionales. Este fue un estudio observacional, internacional, transversal, en pacientes diagnosticados de EPOC por su médico. Las características demográficas y clínicas, factores de riesgo y el tratamiento fue recolectado por su médico vía Internet en base a un cuestionario electrónico desarrollado para el estudio. Un total de 77 investigadores de 17 países registraron datos de 833 pacientes. Los países con mayor número de pacientes incluidos fue: España (162), Hong Kong (153), Ecuador (134), Argentina (128), Del total, 79.3% fueron hombres y 81% fumadores activos, con una media de VEF1=42.7%, con rangos que van desde 34.3% en Hong Kong a 58.8% en Ecuador. Se reportó una media de 1.6 exacerbaciones en el año previo, con una frecuencia significativa y negativa correlacionada al VEF1 (%) (r= - 0.256; p<0.0001). El tratamiento con broncodilatadores de acción corta y teofilinas fue el mas frecuente en Ecuador y Hong Kong comparado con España y Argentina y en pacientes perteneciendo a niveles socioeconómicos mas bajos (p<0.0001 para todas las comparaciones). El tratamiento inadecuado con corticoides inhalados y teofilinas fue alto, con diferencias significativas entre países. Hubo diferencias significativas en las características clínicas y manejo de EPOC entre los países. La adherencia a las guías internacionales aparenta ser bajo. Debería hacerse esfuerzos en la difusión y adaptación de las guías a la realidad socioeconómica de los diferentes países.

PO239 OSTEOMELITE ESTERNAL POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

GUSTAVO TRINDADE MICHEL; MATEUS DORNELES SEVERO; VINÍCIUS DALLAGASPERINA PEDRO; DANIEL SPILMANN; FABIANI PALAGI MACHADO; JULIANA KACZMARECK FIGARO; GUSTAVO KÖHLER HOMRICH; TÁSSIA KALTERMANN

UFSM, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; OSTEOMIELITE TUBERCULOSA; TUBERCULOSE ESTERNAL

Introdução: Tuberculose (TB) envolvendo o esterno é uma apresentação extrapulmonar bastante rara. O fator de risco mais importante consiste nas cirurgias cardíacas abertas. Apresentamos o relato de caso de um paciente masculino sem fatores de risco e sem doença pulmonar ativa que fazia acompanhamento ambulatorial. **Objetivos:** Relatar caso clínico de massa external tuberculosa com fistulação em paciente imunocompetente sem fatores de risco, evidenciando a importância da inclusão dessa patologia no diagnóstico diferencial das afecções torácicas. **Materiais e Métodos:** Realizou-se coleta de dados de prontuário médico, registro de exames clínico-radiológicos e histopatológicos do caso em questão, além de revisão da literatura com as palavras chave: tuberculose, osteomielite tuberculosa, tuberculose esternal. **Resultados e Conclusões:** Paciente de 74 anos, masculino, com dor torácica na porção superior do esterno com um ano de evolução associada a eritema, edema e fístula com drenagem de material purulento. Paciente imunocompetente, HIV negativo, sem história prévia de contato com tuberculose e sem fatores de risco para o desenvolvimento de TB esternal. A tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou lesão osteolítica esternal e o material de biópsia revelou granuloma caseoso negativo para fungos e BAAR no exame microbiológico direto. O diagnóstico de osteomielite external por Mycobacterium Tuberculosis foi realizado por Protein Chain Reaction (PCR). O acometimento de ossos e articulações corresponde de 1-3% dos casos de tuberculose e o acometimento de esterno corresponde a menos de 1% . A TB esternal ocorre predominantemente em adulto-jovens do sexo masculino moradores de regiões endêmicas com ou

sem fatores predisponentes. A apresentação do quadro clínico com sintomas de dor e inchaço esternal com evolução clínica de aproximadamente um ano, radiograma de tórax normal e VHS de 48 mm/hr esta de acordo com os dados apresentados por MacLellan et al (2000) em uma série de casos sobre tuberculose esternal, com uma média de evolução dos sintomas de nove meses, sendo os mais comuns dor e inchaço esternal em 81% dos casos. O mesmo autor refere que os radiogramas de tórax estão normais em 73% dos casos, com o VHS aumentado num valor médio de 67mm/hr na quase totalidade dos casos. O achado histopatológico de granuloma caseoso foi o principal indício que orientou a hipótese diagnóstica, visto que os exames de imagem mostraram-se pouco específicos. O paciente foi submetido a tratamento com esquema 1 (RIP), com melhora clínica e cicatricial da lesão esternal, estando ainda em tratamento ao envio desse relato. O desbridamento cirúrgico não foi aventado como hipótese devido às múltiplas comorbidades apresentadas pelo paciente.

PO240 LEPTOSPIROSE LEVANDO À SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA: ACHADOS RADIOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS

GUSTAVO TRINDADE MICHEL[1]; MAURÍCIO DE VARGAS SOARES[2]; ARIOVALDO LEAL FAGUNDES[3]; DANIEL SPILMANN[4]; VINÍCIUS DALLAGASPERINA PEDRO[5]; JULIANA KACZMARECK FIGARO[6]; TÁSSIA KALTERMANN[7]; PAULA WILLING MÓR[8]

1,3,4,5,6,7,8.UFSM, SANTA MARIA, RS, BRASIL; 2.UFSMS, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LEPTOSPIRA INTERROGANS; ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME; PULMONARY HEMORRHAGE

Introdução: A leptospirose é uma zoonose endêmica em regiões tropicais e subtropicais. A forma mais grave pode levar a hemorragia pulmonar (HP) e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA). **Objetivos:** Relatar caso clínico de Leptospirose grave com HP evoluindo para SARA em paciente masculino com sintomatologia inespecífica crônica e piora aguda, evidenciando os achados radiológicos e a importância diagnóstica dessa patologia. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados de prontuário médico, registro de exames clínico-radiológicos e histopatológicos, além de revisão da literatura. **Resultados e Conclusões:** Homem de 19 anos com tosse, linfadenomegalia cervical, astenia e mialgia há 1 semana. Rx de tórax com infiltrado hilar intersticial peri-broncovascular bilateral e consolidação basal D. Evolui com dispnéia e tosse produtiva intensa. Ao exame físico: REG, FC 110bpm, TAX 39ºC, FR 35mrm, TA 100/90mmHg, ritmo de galope, murmúrio vesicular diminuído, crepitantes finos bibasais e sufusão conjuntival. Novo Rx revela consolidações em terços inferiores e derrame pleural bilateral. Solorogia para HBV, HCV, CMV e toxoplasmose negativas. Submetido à ventilação mecânica (VM) e transferido para UTI com SatO2 78%. TCAR revela hiperdensidades em "vidro fosco" assimétricas com broncograma aéreo em lobos inferiores gravidade-dependentes.Tratamento vasopressor e antibioticoterapia. PaO2/FiO2 162, diagnóstico de SARA fechando 15 pontos (Murray e Mathay). Sorologias para hantavírus, dengue e leptospirose negativas. Posição prona por 6 horas e PEEP 16mmHg. Após 3 dias com PaO2/FiO2 185 em crescendo, iniciado prednisona e realizada nova TCAR que mostra diminuição das hiperdensidades em "vidro fosco" e presença de áreas de espessamento septal. No 21º dia de UTI sem diagnóstico é realizada biópsia pulmonar por toracotomia que revela dano alveolar difuso. A análise imunohistoquímica mostra antígenos de L. interrogans. T'Ayre com PaO2/FiO2 282. No 38º dia de UTI alta para enfermaria. Leptospirose é uma zoonose de zonas tropicais e subtropicais causada pela espiroqueta Leptospira interrogans. Adultos masculinos têm maior risco para doença severa. Sintomas variam de tosse, dispnéia e hemoptise à SARA. Envolvimento pulmonar em 20-70% dos casos, sendo HP e SARA os quadros mais graves. Forma anictérica apresenta mais alterações radiológicas, as quais costumam mostrar áreas de infiltrado alveolar bibasais e periféricas gravidade-dependentes e derrame pleural. Imunohistoquímica pode detectar antígenos de Leptospira em endotélio de capilares septais. No paciente grave deve ser diferenciada do edema pulmonar cardiogênico, malária, dengue, febre amarela, hantavírose entre outros. A antibioticoterapia é controversa, a VM com baixo volume e alta PEEP, adequado manejo da desidratação, hipotensão, distúrbios eletrolíticos, disfunções orgânica são os objetivos primários da terapêutica.

PO241 DIAGNÓSTICO DE SARCOIDOSE A PARTIR DA SÍNDROME DE LÖFGREN

GUSTAVO TRINDADE MICHEL; DANIEL SPILMANN; RICARDO LÖBLER; MAURÍCIO DE VARGAS SOARES; CARLA BORTOLIN FONSECA; ROBERTA AMARAL BERTÃO; VINÍCIUS DALLAGASPERINA PEDRO; GUSTAVO KÖHLER HOMRICH

UFSM, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSIS; LÖFGREN\'S SYNDROME; MULTISSISTEMIC GRANULOMATOUS DISEASE

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica com prováveis componentes genéticos e sazonais em sua etiologia, sendo ligeiramente mais comum em mulheres brancas com menos de 40 anos. Possui um amplo leque de manifestações clinicas, nas quais os pulmões são mais frequentemente afetados, mas pele, olhos, fígado e linfonodos comumente estão comprometidos. A Síndrome de Löfgren é uma forma aguda/subaguda, benigna e auto-limitada da sarcoidose crônica. **Objetivos:** Relatar e discutir um caso de Sarcoidose diagnosticado a partir dos achados clínicos da Síndrome de Löfgren. **Métodos:** Foi realizado acompanhamento ambulatorial e durante internação do paciente por médicos do serviço de pneumologia do HUSM e por residentes de clinica médica, bem como exames necessários e revisão da literatura. **Resultados e Conclusão:** Mulher, 64 anos, branca, freira, consulta em PS com queixas de tosse seca, febre, artralgia em joelhos e eritema nodoso em MMII, sendo designada a acompanhamento ambulatorial. TC de tórax mostrou linfoadenomegalias hilares bilaterais e alterações parenquimatosas com padrão de "vidro fosco". Paciente retorna 35 dias após primeira consulta para biópsia de linfonodo mediastinal. Estava em bom estado geral; negava febre e emagrecimento; não tinha linfoadenomegalias periféricas; apresentava melhora total do eritema nodoso e das artralgias; relatava diminuição da tosse. Nova TC mostrou diminuição significativa das linfoadenomegalias e das alterações parenquimatosas. Baseado nos achados do exame físico e da história clinica, chegou-se ao diagnóstico de Síndrome de Löfgren. A Síndrome de Löfgren é considerada uma forma aguda/subaguda da sarcoidose em que é encontrada a tríade: eritema nodoso (EN) e linfoadenopatia hilar bilateral (LHB), acompanhados de artralgia ou artrite. Entre outros achados da síndrome estão febre, uveite anterior (UA) e comprometimento pulmonar. Uma variante da síndrome ocorre quando um quadro de artralgia, principalmente das articulações dos joelhos, ocorre sem o eritema nodoso. Alguns estudos sugerem que, na vigência da Síndrome de Löfgren, não é necessária a confirmação histopatológica para ter-se o diagnóstico de sarcoidose, apenas sendo necessário o achado de linfoadenopatia mediastinal bilateral associada a EM ou UA. Em casos nos quais a apresentação clínica da síndrome é muito atípica, níveis elevados de Enzima Conversora de Angiotensina II, linfoadenopatia hilar bilateral simétrica ao Raio-X de tórax e à Tomografia computadorizada são achados importantes que auxiliam no diagnóstico. Em último caso a mediatinoscopia com biópsia pode ser executada. No diagnóstico diferencial de alterações mediastinais nos exames de imagem, têm importante participação a tuberculose, doenças neoplásicas e linfomas. Já o eritema nodoso tem de ser diferenciado das lesões de pele da coccidioidomicose e histoplasmose em suas regiões endêmicas.

PO242 PARACOCCIOIDOMICOSE MULTINODULAR ASSINTOMÁTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

GUSTAVO TRINDADE MICHEL; MATEUS DORNELES SEVERO; LUANA PIZARRO MENEGHELVO; VINÍCIUS DALLAGASPERINA PEDRO; DANIEL SPILMANN; GUSTAVO KÖHLER HOMRICH; JULIANA KACZMARECK FIGARO; JOSÉ WELLINGTON ALVES DOS SANTOS

UFSM, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FUNGAL INFECTIONS; PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS; ASYMPTOMATIC PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS

Introdução: A paracoccioidomicose (PCM) é uma micose profunda endêmica na América Latina. São poucos os relatos da forma assintomática da doença, sendo a apresentação multinodular inédita até o momento. **Objetivos:** Relatar caso de paracoccioidomicose multinodular sem sintomas respiratórios, evidenciando a multiplicidade de formas clínicas e a importância diagnóstica dessa doença em nosso meio. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados de prontuário médico, registro de exames clínico-radiológicos e histopatológicos, além de revisão da literatura(MedLine e Lilacs). **Resultados e Conclusões:** Homem de 49 anos, construtor, tabagista 40 anos/masso e etilista, com quadro

de síncope, tonturas, anorexia, febre moderada e um episódio convulsivo. Fazia acompanhamento ambulatorial por eritema nodoso hansênico, DM tipo II, HAS e depressão, sendo usuário crônico de prednisona e talidomida. Ao exame físico: REG, mucosas descoradas, Glasgow 11, FC 118bpm e ritmo cardíaco. Apresentava máculas eritemato-descamativas difusas. Hemograma mostrou leucocitose com 12% de eosinófilos, proteína C reativa 0,58. O exame comum de urina apresentava +proteínas, ++sangue, +++corpos cetônicos, 30-40 hemáceas e 4-6 leucócitos por campo de grande aumento. Rx Tórax mostrou opacidades nodulares em lobo superior e inferior esquerdos e lobo inferior direito. A TC de tórax revela lesões nodulares hiperdensas com bordos mal definidos em lobos superior (justapleural de 3,5 x 3,1cm) e inferior (2,5 x 2,0cm) esquerdos e lobo inferior direito (2,3 x 2,1cm), além de cerca de 4 micronódulos hiperdensos bem delimitados em pulmão direito e 2 no esquerdo. Sem alterações endobrônquicas à fibrobroncoscopia. Realizada segmentectomia do segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo e biópsia de congelamento que não revelou malignidade. O exame histopatológico da peça mostrou processo granulomatoso crônico com extensa necrose central e formas leveduriformes multibrotantes consistentes com Paracoccidioides brasiliensis. O paciente foi tratado com itraconazol 100mg/dia por 6 meses com regressão das lesões periféricas e perdura sem sintomas respiratórios. A PCM crônica é circunscrita ao pulmão em 30-40% dos casos. A grande maioria dos pacientes apresenta sintomas respiratórios crônicos inespecíficos. Os achados radiológicos mais comuns são: infiltrado alveolar bilateral difuso, lesões cavitadas e consolidações. O paracoccioidoma é uma lesão nodular única e assintomática bastante rara. Não há relatos na literatura de apresentação como múltiplos paracoccioidomas em um paciente assintomático. O diagnóstico das formas assintomáticas costuma ser realizado por exame histopatológico de lesões excisadas e por escarro induzido. O diagnóstico do caso relatado foi orientado por achados radiográficos incidentais em uma área de alta suspeição. Esse fato sustenta a necessidade de incluir a PCM no diagnóstico diferencial de pacientes assintomáticos com achados radiológicos incidentais que residem em áreas endêmicas. **Introdução:** A paracoccioidomicose (PCM) é uma micose profunda endêmica na América Latina. São poucos os relatos da forma assintomática da doença, sendo a apresentação multinodular inédita até o momento. **Objetivos:** Relatar caso de paracoccioidomicose multinodular sem sintomas respiratórios, evidenciando a multiplicidade de formas clínicas e a importância diagnóstica dessa doença em nosso meio. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados de prontuário médico, registro de exames clínico-radiológicos e histopatológicos, além de revisão da literatura(MedLine e Lilacs). **Resultados e Conclusões:** Homem de 49 anos, construtor, tabagista 40 anos/masso e etilista, com quadro de síncope, tonturas, anorexia, febre moderada e um episódio convulsivo. Fazia acompanhamento ambulatorial por eritema nodoso hansênico, DM tipo II, HAS e depressão, sendo usuário crônico de prednisona e talidomida. Ao exame físico: REG, mucosas descoradas, Glasgow 11, FC 118bpm e ritmo cardíaco. Apresentava máculas eritemato-descamativas difusas. Hemograma mostrou leucocitose com 12% de eosinófilos, proteína C reativa 0,58. O exame comum de urina apresentava +proteínas, ++sangue, +++corpos cetônicos, 30-40 hemáceas e 4-6 leucócitos por campo de grande aumento. Rx Tórax mostrou opacidades nodulares em lobo superior e inferior esquerdos e lobo inferior direito. A TC de tórax revela lesões nodulares hiperdensas com bordos mal definidos em lobos superior (justapleural de 3,5 x 3,1cm) e inferior (2,5 x 2,0cm) esquerdos e lobo inferior direito (2,3 x 2,1cm), além de cerca de 4 micronódulos hiperdensos bem delimitados em pulmão direito e 2 no esquerdo. Sem alterações endobrônquicas à fibrobroncoscopia. Realizada segmentectomia do segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo e biópsia de congelamento que não revelou malignidade. O exame histopatológico da peça mostrou processo granulomatoso crônico com extensa necrose central e formas leveduriformes multibrotantes consistentes com Paracoccidioides brasiliensis. O paciente foi tratado com itraconazol 100mg/dia por 6 meses com regressão das lesões periféricas e perdura sem sintomas respiratórios. A PCM crônica é circunscrita ao pulmão em 30-40% dos casos. A grande maioria dos pacientes apresenta sintomas respiratórios crônicos inespecíficos. Os achados radiológicos mais comuns são: infiltrado alveolar bilateral difuso, lesões cavitadas e consolidações. O paracoccioidoma é uma lesão nodular única e assintomática bastante rara. Não há relatos na literatura de apresentação como múltiplos paracoccioidomas em um paciente assintomático. O diagnóstico das formas assintomáticas costuma ser realizado por exame histopatológico de lesões excisadas e por escarro induzido. O diagnóstico do caso relatado foi orientado por achados radiográficos incidentais em uma área de alta suspeição. Esse fato sustenta a necessidade de incluir a PCM no diagnóstico diferencial de pacientes assintomáticos com achados radiológicos incidentais que residem em áreas endêmicas.

PO243 INDICADORES DE QUALIDADE NA AVALIAÇÃO INICIAL DA DPOC

HAROLDO RODRIGUES; YONARA RIVELLE NEVES DAVID; CRISTIANO RABELLO NOGUEIRA; ARIANE MUTTI; VALTER FURLAN; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA

HOSPITAL PAULISTANO - TOTAL CARE - AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; AVALIAÇÃO ; INDICADORES DE QUALIDADE

Introdução: A DPOC é uma das principais causas de morbidade e mortalidade atual, com perda de qualidade de vida , causando grande impacto econômico e social. O Global Iniciative for Chronic Obstructive Lung Disease recomenda plano de ação compreendendo o diagnóstico e classificação funcional, eliminação dos fatores de risco e tratamento da doença estável e de exacerbações como forma de redução de custos e de mortalidade.À luz das recomendações internacionais, é importante analisar a avaliação dos pacientes com suspeita clínica de DPOC quanto ao seguimento das diretrizes preconizadas. **Objetivo:** Avaliar os indicadores de qualidade em DPOC na avaliação inicial de pacientes com diagnostico de DPOC em um Centro de Tratamento de Doenças Crônicas. **Método:** O HEDIS é um instrumento desenvolvido pelo NCQA(Comitê Nacional de Garantia de Qualidade) para avaliar a qualidade do atendimento prestado ao paciente. Uma planilha eletrônica foi preenchida no atendimento inicial do paciente com DPOC incluindo as seguintes questões: tabagismo , espirometria , saturação de oxigenio, indicação de oxigenioterapia e percentual de pacientes em uso, uso de anticolinérgicos, uso de associação corticóide inalatório/B2 agonista de longa duração, vacina para influenza e pneumococo, uso de teofilina, orientação do uso de broncodilatador e número de hospitalizações

nos últimos 6 meses. **Resultados:** 105 pacientes(64 do sexo masculino), com idade média de 66 ±10 anos. Tabagismo esteve presente em 68,6% dos pacientes. 61% dos pacientes tinham realizado espirometria no último ano. Em relação a gravidade da doença 16% estádio I, estádio II=53% e estádio III/IV 32%. 85% dos pacientes tinham a oximetria aferida, sendo que 25% tinham SO2 < 92%. Dos pacientes com indicação de oxigenioterapia, 77% estavam em uso de oxigenioterapia domiciliar. Em relação a medicamentos 50,5% utilizavam a combinação corticóide inalatório e B2 de longa, 36% estavam em uso de anticolinergico e 32% em uso de xantina. 39% dos pacientes tinham sido imunizados para influenza e 27,6 % para a pneumococica. Em relação a hospitalizações, 28,6% dos pacientes haviam sido internados, nos últimos 6 meses. **Conclusão:** Nesta amostra de pacientes com DPOC destaca-se a baixa utilização de anticolinergico especialmente onde 85% dos pacientes apresentam VEF1<80%. Também se observa a baixa imunização para influenza e pneumococo, um dos principais indicadores de qualidade de atendimento desta população. A implementação e o monitoramento de indicadores de qualidade permite uma avaliação adequada da qualidade de atendimento e posterior implantação de ações que possam melhorar o atendimento ao paciente com DPOC.

PO244 RELATO DE CASO: QUILOTÓRAX IDIOPÁTICO

HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; LILIAN TIEMI KURANISHI; RENATA FERLIN ARBEX; KARIN MUELLER STORRER; JORGE NAKATANI; EMMANUEL CAVALCANTI CAMPELO NETO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: QUILOTÓRAX; DERRAME PLEURAL; RELATO DE CASOS

Introdução: O quilotórax (QT) caracteriza-se pela presença de quilo, derrame pleural rico em triglicerídeos e quilomícrons, proveniente de ruptura, laceração ou obstrução do ducto torácico. As causas do QT podem ser divididas em 5 grandes categorias: neoplásicas, traumáticas, congênitas, infecciosas e idiopática. O quilotórax idiopático (QI) ocorre em 15% dos casos de QT. Os sintomas são inespecíficos e estão relacionados à presença de líquido na cavidade torácica, gerando dispnéia, fadiga e desconforto torácico no lado afetado. Febre e dor pleurítica são raras porque o quilo não é irritante da superfície pleural. A perda do quilo pode resultar em hiponatremia, hipocalcemia, acidose, hipovolemia, diminuição do retorno venoso ao coração e depleção de linfócitos. O diagnóstico é realizado após toracocentese, pela presença de um líquido branco de aparência leitosa, com aumento importante de triglicerídeos. No QI, o tratamento consiste em prevenção da desidratação, manutenção da nutrição e redução da taxa de formação do quilo. **Objetivo:** A proposta deste trabalho foi relatar um caso clínico de um quilotórax idiopático. **Relato de Caso:** A.C, 59 anos, branca, feminina, admitido em enfermaria de Pneumologia com quadro de dispnéia a moderados esforços há 1 ano e piora progressiva há 6 meses intensificado com decúbito lateral esquerdo. Propedêutica para derrame pleural positiva em base pulmonar esquerda, confirmado por exame de imagem com toracocentese evidenciando aspecto quiloso (transudato com predomínio linfocítico e grande aumento de triglicérides). Diagnosticado quilotórax idiopático após exclusão de outras etiologias. Evoluiu com melhora clinica com tratamento conservador e dieta pobre em lípides. **Discussão:** O QI é uma doença de baixa incidência, caracterizando-se pelo diagnóstico de exclusão e prognóstico favorável, com tratamento conservador.

PO245 SEPARAÇÃO LARINGOTRAQUEAL POR TRAUMA CERVICAL CONTUSO. RELATO DE CASO

HENRIQUE JOSÉ DA MOTA[1]; ANDREZZA SANNY LIMA PEREIRA[2]; FLÁVIO DE PAIVA DUMARESQ[3]

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RN, NATAL, RN, BRASIL; 2.HOSPITAL WALFRERDO GURGEL, NATAL, RN, BRASIL; 3.HOSPITAL WALFREDO GURGEL, NATAL, RN, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRAUMA TORÀCICO; VIAS AÉREAS; TRAUMA CERVICAL

Introdução: A separação laringotraqueal completa por trauma cervical contuso é lesão rara podendo evoluir com óbito por asfixia ou complicações graves das vias aéreas superiores. O aumento do número de pessoas trafegando em veículos tipo motocicleta poderá implicar no aumento da prevalência deste tipo de lesão, cujo mecanismo se dá por impacto do pescoço do condutor do veículo de encontro a cabos estendidos em via pública ou outros objetos. Trauma cervical contra o volante da direção do veículo ou cinto de segurança mal posicionado também poderá ocasionar este tipo de lesão. **Objetivos:** Descrever caso de separação laringotraqueal por trauma cervical contuso. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 19 anos deu entrada no pronto socorro com quadro de desconforto respiratório acentuado associado a enfisema subcutâneo cervical e facial após sofrer acidente com impacto do pescoço contra cabo esticado em via pública quando trafegava de motocicleta. Radiografia e tomografia cervical mostraram acentuado enfisema subcutâneo cervical e facial. Foi submetido à traqueostomia por ocasião da avaliação inicial com relato de ter apresentado parada cardiorrespiratória que foi revertida; persistiu com dificuldade de ventilação apesar da traqueostomia devido a escape de ar e sangramento. Submetido a broncoscopia rígida onde observamos área cruenta com sangramento ativo logo abaixo das cordas vocais; ao progredirmos o aparelho foi possível identificar o lúmen traqueal distal e identificar a cânula da traqueostomia. Feito entubação orotraqueal com sucesso orientada pela broncoscopia rígida seguido de retirada da traqueostomia. Realizado cervicotomia em "colar"; afastamento lateral dos músculos pré tireoideanos e secção do istmo da tireóide; constatada secção completa da via aérea logo abaixo da cartilagem cricóide a qual se achava intacta, com possível lesão bilateral dos nervos laríngeos recorrentes. Realizado correção da lesão com anastomose cricotraqueal com vicril "4-0" e traqueostomia distal. **Resultados:** Evoluiu com abscesso do sítio operatório que foi drenado no 9º. dia pós-operatório (DPO); teve alta hospitalar no 18º. DPO. Obteve recuperação da fonação e dos movimentos das cordas vocais após 06 meses quando foi retirada a cânula de traqueostomia. **Conclusão:** Este relato de caso mostra que pacientes com separação laringotraqueal completa podem chegar a pronto atendimento com via aérea ainda patente embora inadequada. A entubação orotraqueal "às cegas" ou a passagem de broncoscópio rígido através da lesão é possível nesta situação, sendo opções para se obter via aérea defnitiva na fase crítica; A recuperação das funções vocais neste paciente após seis meses de evolução demonstra a possível recuperação dos nervos laríngeos recorrentes.

PO246 SÍNDROME DE MALLORY-WEISS APÓS SÍNDROME DE BOERHAAVE. RELATO DE CASO

HENRIQUE JOSÉ DA MOTA[1]; ANDREZZA SANNY LIMA PEREIRA[2]; FLÁVIO DE PAIVA DUMARESQ[3]; MONICA MARTINS NÓBREGA[4]

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RN, NATAL, RN, BRASIL; 2.HOSPITAL WALFRERDO GURGEL, NATAL, RN, BRASIL; 3,4.HOSPITAL WALFREDO GURGEL, NATAL, RN, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESOFAGOPATIA; MEDIASTINITE; RUPTURA ESPONTÂNEA

Introdução: A ruptura pós emética do esôfago: A Síndrome de Boerhaave descrita em 1724, e a Síndrome de Mallory-Weiss descrita em 1929 têm aparentemente quadro clínico e mecanismos etiopatogênicos comuns: Resultam de complicações do ato repetido de vomitar e geralmente se associam o alcoolismo e excesso alimentar. Estas lesões quase sempre se localizam no esôfago inferior e junção esofagogástrica e são conseqüência do súbito aumento da pressão intra-luminal do esôfago durante o vômito associado à incoordenação na abertura dos esfíncteres esofageanos ocasionada por doença esofageana intrínseca ou refluxo gastroesofágico. Quando a ruptura é completa resulta em mediastinite, derrame pleural e sepse o que caracteriza a Síndrome de Boerhaave; quando a ruptura é incompleta ocorre somente laceração da mucosa e sangramento digestivo alto que se traduz na Síndrome de Mallory-Weiss. Considerando os fatores de risco associados e os possíveis mecanismos etiopatogênicos as duas síndromes são aparentemente muito relacionadas. **Objetivos:** Descrever relato de caso de Síndrome de Mallory-Weiss em paciente que havia sido submetido à correção com sucesso de ruptura esofageana pós-emética (Síndrome de Boerhaave") reforçando a tese que estas condições têm o mesmo mecanismo etiopatogênico. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 52 anos deu entrada no pronto socorro com quadro de dor torácica de forte intensidade e hematêmese volumosa após engasgo durante uma refeição seguida de vômitos intensos. Relatava antecedentes de tabagismo, alcoolismo, angioplastia e revascularização do miocárdio há seis anos. Havia sido submetido três meses antes a toracotomia para reparo de perfuração não traumática ("Boerhaave") do esôfago torácico inferior após quadro clínico semelhante, com recuperação completa. Ao exame físico o paciente apresentava bom estado geral, corado, sem sinais de desconforto respiratório ou enfisema subcutâneo. A radiografia do tórax por ocasião da admissão não revelava enfisema mediastinal ou derrame pleural. O paciente foi submetido a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que revelou laceração mucosa linear no esôfago inferior aos 32 cm dos incisivos medindo 05cm com sinais de sangramento moderado que foi controlado com injeção solução alcoólica.

Foi dado diagnóstico de Síndrome de Mallory-Weis sendo o paciente tratado com medidas conservadoras: Dieta zero a supressão da secreção ácida gástrica. **Resultados:** Evoluiu com melhora clínica recebendo alta cinco dias após a admissão. Nova EDA após três semanas revelou cicatrização completa da lesão no esôfago inferior. **Conclusão:** Relatamos aqui uma rara associação seqüencial de síndrome de Mallory-Weiss após tratamento bem sucedido de perfuração não traumática do esôfago ("Boerhaave") em um mesmo paciente o que corrobora a tese que estas duas entidades têm mecanismo etiopatogênicos comuns.

PO247 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDIOVASCULAR POR MEIO DA ESTERNOTOMIA MEDIANA SEM A CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA (CEC)

HENRIQUE POLETTI ZANI; SARAH MENDONÇA SHIRATSUBAKI; SILVANA ALVES PEREIRA; GILBERTO VIEIRA JUNIOR
UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA; ESTERNOTOMIA MEDIANA; FUNÇÃO PULMONAR

Introdução: A cirurgia cardíaca é considerada como um dos mais importantes avanços médicos, complicações na função pulmonar são freqüentes no período pós-operatório e a fisioterapia respiratória desempenha um papel importante na prevenção e reversão destas alterações. **Objetivos:** Avaliar as alterações das capacidades e volumes pulmonares, padrão respiratório, força muscular respiratória, alterações dos sinais vitais e índice de dor dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca através da esternotomia mediana. Metodologia: Os pacientes foram avaliados por meio da manovacuometria, ventilometria e escala visual analógica de dor. Foram utilizados no estudo 7 pacientes, 3 homens e 4 mulheres, com idade entre 52 e 74 anos. A coleta dos dados foi realizada em três momentos distintos. A primeira série de medidas foi realizada no período pré-operatório, e as subseqüentes no 1º PO e 5º PO. Durante a inspeção foi observado o padrão respiratório e ao mesmo tempo foi aferida a FR. Posteriormente foi aferido a FC, PA e realizado a manovacuometria e ventilometria. Finalizando a avaliação, foi colhida a quantificação da intensidade de dor. **Resultados:** A média da idade obtida foi de 60 com desvio padrão de ± 8,13. Todos os pacientes apresentaram alterações nas variáveis avaliadas, quando comparados valores do pré-operatório com o pós-operatório. Porém um decréscimo significativo só foi observado nos valores da CV, PEmáx e dor quando comparados valores do pré-operatório com o 1º PO, CV (P=0,0000) , PEmáx (p= 0,0005) e dor (p=0,0006) e uma elevação desses valores nos mostrando uma quase normalização quando comparados o 1º PO com o 5º PO CV(p=0,0003), PEmáx (p= 0,003) e dor (p=0,02). **Conclusão:** Os pacientes apresentam uma redução importante na função pulmonar no período pós-operatório, permanecendo até o quinto dia após a cirurgia.

PO248 AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO FÍSICA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

HENRIQUE POLETTI ZANI; GRACYELLE DE MOURA SOUZA; GILBERTO VIEIRA JUNIOR; SILVANA ALVES PEREIRA
UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS; REABILITAÇÃO FÍSICA

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por uma limitação crônica do fluxo aéreo, não sendo completamente reversível. A Fisioterapia se apresenta como parte essencial no tratamento de pacientes portadores de DPOC. Estudos nacionais e internacionais mostram que a capacitação profissional traz vantagens quanto à evolução do paciente com DPOC. **Objetivos:** Avaliar a eficácia de um protocolo de reabilitação em pacientes portadores de DPOC e observar a melhora da aptidão física. **Metodologia:** Quatro voluntários com diagnóstico clínico de DPOC foram avaliados através da espirometria e teste de caminhada de 6 minutos, posteriormente foram submetidos a um protocolo de reabilitação física dividido em quatro fases (aquecimento, condicionamento, fortalecimento e desaquecimento), com duração de três meses e com freqüência semanal de três vezes, sendo reavaliados após 3 meses. **Resultados:** Observaram-se reduções significativas estatisticamente das variáveis, freqüência respiratória de repouso (p=0,034) e BORG final (p=0,033) e aumento significativo da distância percorrida (p=0,034) em relação ao teste de caminhada de seis minutos. O pico de fluxo aumentou em dois dos pacientes e se manteve sem alterações nos outros após o tratamento, as demais variáveis não apresentaram alterações significativas **Conclusão:** O protocolo de reabilitação física mostrou-se eficaz quanto à melhora da tolerância ao exercício físico e diminuição da sensação de dispnéia nos pacientes portadores de DPOC.

PO249 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ANTES E APÓS UM PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO FÍSICA EM PACIENTES PORTADORES DE DPOC

HENRIQUE POLETTI ZANI; SILVANA ALVES PEREIRA; GILBERTO VIEIRA JUNIOR
UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA; DPOC; REABILITAÇÃO PULMONAR

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por uma limitação crônica do fluxo aéreo, não sendo completamente reversível, estas alterações geram a diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida dos portadores. A Fisioterapia se apresenta como parte essencial no tratamento de pacientes portadores de DPOC. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida em portadores de DPOC, antes e após um protocolo de reabilitação física. **Métodos:** Quatro voluntários com diagnóstico clínico de DPOC foram avaliados através de dois questionários de qualidade de vida: SF-36 (questionário genérico) e AQ20 (questionário específico), posteriormente estes foram submetidos a um protocolo de reabilitação física dividido em quatro fases (aquecimento, condicionamento, fortalecimento e desaquecimento), com duração de três meses e com freqüência semanal de três vezes, sendo reavaliados ao final do tratamento. **Resultados:** Observaram-se melhoras estaticas do questionário SF-36 nos domínios capacidade funcional (p= 0,023), dor (p=0,011), vitalidade (p=0,035). Os domínios: limitação por aspectos físicos, aspectos sociais e saúde mental apresentaram apenas melhora clínica e os demais dominios nao apresentaram alterações. O questionário AQ20 apresentou diminuição estatística significante (p=0,01) no seu escore total. **Conclusão:** O protocolo de reabilitação se mostrou eficaz na melhora da qualidade de vida avalidada através dos dois questionários, principalmente nos dominios relacionados a aptidão fisíca.

PO250 EFEITOS DE UM PROTOCOLO DE EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES DURANTE A FASE HOSPITALAR

HENRIQUE POLETTI ZANI[1]; BRUNO GONÇALVES LOPES[2]; GILBERTO VIEIRA JUNIOR[3]; GABRIEL VICTOR RAPELLO[4]; SILVANA ALVES PEREIRA[5]
1,2,3,5.UNIEVANGELICA, ANAPOLIS, GO, BRASIL; 4.UNIDERP, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BARORRECEPTORES; EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS; HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

Introdução: A hipertensão arterial e as doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis por alta freqüência de internações. Diante da falta de um protocolo de reabilitação na fase hospitalar e das restrições impostas ao paciente pela patologia são necessários estudos neste campo de conhecimento. **Objetivo:** Avaliar os efeitos dos exercícios respiratórios em pacientes hipertensos na fase hospitalar sobre o comportamento da pressão arterial (PA), freqüência cardíaca (FC) e freqüência respiratória (FR) após a aplicação do protocolo e após 10, 20 e 30 minutos. **Métodos:** Fizeram parte do protocolo indivíduos de ambos os sexos, com diagnóstico clínico de hipertensão arterial e internados em unidade de enfermaria de um hospital de urgências. A coleta de dados foi realizada antes, depois e após 10, 20 e 30 minutos da aplicação do protocolo e verificados os parâmetros como PA, FC, FR. Outros dados como a utilização de fármacos e co-morbidades também foram descritos. **Resultados:** Durante o período de coleta foram avaliados 11 pacientes. Em relação à PAS houve redução entre os períodos pré e pós terapia, permanecendo até após 10 minutos (p=0,0001). Também houve redução da PAD na comparação entre os períodos pré e 30 minutos após a terapia (p=0,0104). Quanto às variáveis freqüência cardíaca e respiratória não houve alterações significativas. **Conclusão:** A aplicação do protocolo com exercícios respiratórios, com a técnica de respiração lenta parece justificar a diminuição da pressão arterial tanto sistólica quanto diastólica. A redução mostrou-se significativa até após 30 minutos da aplicação do protocolo.

P0251 TRATAMIENTO DEL HEMOTORAX COAGULADO CON ESTREPTOQUINASA

HUGO ESTEVA; ALEJANDRO TOMAS NEWTON; TAMARA PORTAS; JOSE LUIS ALSINET; ALVARO MARTÍN OTERO MUÑOZ
HOSPITAL DE CLÍNICAS, CAPITAL FEDERAL, ARGENTINA

PALAVRAS-CHAVE: HEMOTORAX ; ESTREPTOQUINASA; PLEURA

Introducción: El uso de estreptoquinasa intrapleural, como agente fibrinolítico, en el tratamiento del empiema y el hemotórax fue descripto por Tillet y Sherry en 1949. El hemotórax coagulado es una complicación infrecuente de la cirugía cardiotorácica, tratado habitualmente mediante toracotomía o VATS, procedimientos que no están exentos de morbilidad en los enfermos críticos. La infusión de estreptoquinasa intrapleural puede ser un tratamiento menos agresivo, con buenos resultados. **Objetivos:** exponer nuestra experiencia. Lugar: Hospital Universitario. **Diseño:** Informe de dos casos. **Método:** Se analizaron presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución. **Material y Método: Caso 1:** Mujer, 72 años con antecedente de Cirugía de revascularización miocárdica, que presenta fibrilación auricular postoperatoria, por lo que se inicia anticoagulación. A las 24 hs desarrolla derrame pleural masivo izquierdo con descenso de 10 puntos del Hto e inestabilidad hemodinámica. Se coloca tubo de avenamiento pleural obteniendo 800cc hemático. Se realiza TAC control evidenciando hemotórax coagulado y distress respiratorio que requiere ARM. Se instilan 1.500.000 UI de estreptoquinasa divididas en cuatro dosis con un tiempo de clampeo de 60 minutos. La paciente es extubada a los cuatro días. TAC control resolución de la patología pleural. **Caso 2:** Varón de 54 años con antecedentes de coagulopatía secundaria a hepatopatía alcohólica (Child B) y videotoracoscopía convertida más decorticación por empiema pleural derecho de 1 mes de evolución; en el postoperatorio presenta hemotórax coagulado evidenciado por Rx y TAC. Se decide realizar tratamiento fibrinólitico , con igual técnica, evolucionando favorablemente con resolución clínica y tomográfica. **Conclusiones:** El tratamiento del hemotórax coagulado de cualquier etiología con infusión intrapleural de estreptoquinasa es un recurso terapéutico que puede evitar una toracotomía o VATS en pacientes en malas condiciones clínicas, aún con trastornos de la coagulación. Se ha obtenido la resolución del problema en más del 90% de los casos por lo que debe ser agregado al algoritmo de manejo del hemotórax coagulado.

P0252 ASPECTOS CLÍNICOS DE PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NA UTI DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. CLEMENTINO MOURA

RENATO PALÁCIO DE AZEVEDO; HÉLIO PALÁCIO ANDRADE; ALANNA ALEXANDRE SILVA; ANA CAROLINA MUNIZ COSTA; ROSYANE MOURA DA ROCHA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA; VENTILAÇÃO MECÂNICA; MOTIVO DE INTERNAÇÃO

Introdução: Insuficiência respiratória aguda (IRA) é o principal motivo de internação nas unidades de terapia intensiva do mundo. São diversas as doenças que podem cursar com IRA, desde doenças pulmonares a doenças em órgãos distantes. Para um bom manejo desses pacientes, é importante conhecer as principais características relacionadas a eles. O diagnóstico do motivo que levou a IRA é de fundamental importância, tanto para tratamento da causa básica como para suporte geral, como o ajuste dos parâmetros da ventilação mecânica. **Objetivos:** Avaliar as características clínicas e epidemiológicas de paciente internados por insuficiência respiratória aguda na UTI do Hospital Municipal Dr. Clementino Moura. **Métodos:** Foi feito um estudo retrospectivo, através de consulta ao banco de dados da UTI do hospital municipal Dr. Clementino Moura, em São Luís - MA, e selecionados todos aqueles pacientes internados entre fevereiro de 2000 e fevereiro 2008 que tiveram como motivo da internação insuficiência respiratória aguda. Foram analisados os dados demográficos, tratamento dispensado e evolução dos pacientes. Para avaliação da gravidade dos pacientes foi utilizado o score APACHE III. A análise estatística foi feita no programa Epi Info 3.4.3®. **Resultados:** Do total de 3309 pacientes internados no período do estudo, 1262 (38,1%) tiveram insuficiência respiratória como o motivo da internação na UTI. Em relação ao sexo, 55,7% eram homens. A média de idade foi de 26,4 anos, sendo que 43,2% eram menores de 12 anos. O APACHE III médio foi de 83,3. A mediana do tempo de internação na UTI foi de 7 dias. Os diagnósticos finais mais observados foram respectivamente: Pneumonia (239 casos), Sepse grave / Choque séptico (123 casos), Cetoacidose diabética (43 casos) e crise asmática (40 casos). Dentre os pacientes com IRA, 83,7% tiveram necessidade de suporte ventilatório mecânico. A técnica de ventilação mais usada foi SIMV + PSV (71% dos casos). A traqueostomia foi realizada em apenas 98 pacientes (7,7%), e a mediana do tempo de ventilação mecânica foi de 5 dias. A mortalidade nos pacientes estudados foi de 51,4%, sendo que 18,6% desses pacientes evoluíram para óbito com menos de 12 horas de internação na UTI. **Conclusão:** Os pacientes com insuficiência respiratória representam uma parcela considerável dos pacientes internados na UTI do estudo. A faixa etária acometida é bastante jovem. O APACHE médio dos pacientes teve um valor elevado, demonstrando se tratar de uma poupulação de alta gravidade. A mortalidade foi alta, enfatizando a dimensão e a importância da doença.

P0253 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE PACIENTES INTERNADOS COM PNEUMONIA GRAVE EM UMA UTI MUNICIPAL

HÉLIO PALÁCIO ANDRADE; RENATO PALÁCIO DE AZEVEDO; ALANNA ALEXANDRE SILVA; ANA CAROLINA MUNIZ COSTA; ROSYANE MOURA DA ROCHA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; UTI; VENTILAÇÃO MECÂNICA

Introdução: A pneumonia é uma doença inflamatória aguda do parênquima pulmonar, de natureza infecciosa, caracterizada pelo aparecimento de sintomas respiratórios agudos. É a principal causa de morte por doença infecciosa no mundo, e é responsável por grande parcela das internações hospitalares no Brasil, principalmente entre crianças. A gravidade e o manejo da pneumonia variam amplamente. Enquanto os casos mais simples podem ser tratados ambulatorialmente, alguns casos evoluem desfavoravelmente e necessitam de internação em UTI. **Objetivos:** Avaliar as características clínicas e epidemiológicas de pacientes internados com pneumonia na UTI do Hospital Municipal Dr. Clementino Moura, em São Luís-MA. **Métodos:** Estudo retrospectivo, através de consulta ao banco de dados da UTI do hospital municipal Dr. Clementino Moura, incluindo todos os pacientes com diagnóstico de pneumonia que foram internados entre fevereiro de 2000 e fevereiro 2008. Os pacientes foram analisados quanto aos dados demográficos, tratamentos dispensados e evolução na UTI. A análise estatística foi feita no programa Epi Info 3.4.3®. **Resultados:** Do total de 3309 pacientes internados na UTI do hospital no período do estudo, 288 tiveram diagnóstico de pneumonia. Em relação ao sexo, 59% eram homens. A média de idade dos pacientes foi de 11,9 anos, com uma grande dispersão (idade mínima 0 anos; idade máxima de 91 anos), sendo que 75% dos pacientes eram menores de 12 anos. O APACHE III médio foi de 79,9. A mediana do tempo de internação foi de 8 dias. Os pacientes que necessitaram de suporte ventilatório mecânico representaram 82,3% do total. O modo de ventilação mais usado foi o de ventilação intermitente mandatória, em 51,3% dos casos. O tempo médio na ventilação mecânica foi de 8 dias, sendo que apenas 13 pacientes foram submetidos à traqueostomia. A mortalidade foi de 38,9%, sendo que 36 desses pacientes (12,5%) evoluíram para o óbito com menos de 12 horas após internação na UTI. **Conclusão:** Na nossa amostra prevaleceram os pacientes pediátricos, normalmente mais acometidos por pneumonias, de acordo com a literatura. O índice prognóstico APACHE III demonstra uma gravidade elevada dos pacientes estudados, o que se reflete na alta mortalidade observada.

P0254 VARENICLINA "NA VIDA REAL": O QUE HÁ DE NOVO NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO? EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA

IARA NELY FIKS
FM ABC, HOSPITAL SAO LUIZ, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; VARENICLINA; PSQUITATRIA

Introdução: Apesar de todos os avanços no conhecimento da dependência da nicotina e na abordagem do tabagismo como doença, tratar os pacientes que desejam abandonar o cigarro permanece um dos maiores desafios no dia a dia do médico. Os pacientes justificam as baixas taxas de sucesso pela falta de motivação aliado a ausência de um medicamento realmente eficaz para auxiliar a ultrapassar a difícil fase da abstinência. "Parar de fumar é a coisa mais difícil que eu já tentei na minha vida", declaram 67% dos entrevistados no estudo SUPPORT (1). Já os médicos afirmam no estudo STOP que "não dispomos de tempo suficiente nas consultas e também não há uma droga realmente eficiente para auxiliar os pacientes". Adicionalmente, referem que gostariam de mais treinamento neste assunto (2). A Vareniclina, uma nova

droga desenvolvida para tratar o tabagismo, disponível no nosso mercado desde maio de 2007, foi prescrita para 138 pacientes que procuraram auxílio médico no ambulatório de pneumologia para parar de fumar. O objetivo deste estudo observacional é relatar a experiência inicial com esta droga em relação à eficácia e percepção dos pacientes e médicos. 92 pacientes completaram o seguimento, 54% homens, com idade media de 47 anos. Todos possuíam seguro saúde, no entanto a medicação é financiada pelo próprio paciente. Neste grupo de pacientes, 14% nunca tinham tentado parar de fumar, 86% tentou anteriormente, sendo 60% sem medicação, 27% com Bupropiona, 24% com reposição de nicotina, 3% com Vareniclina, e 8% com outros tratamentos. Todos os pacientes apontam como motivo principal do insucesso, problemas psicológicos, como ansiedade, estresse e depressão. Curiosamente, nenhum procurou auxílio psicológico ou psiquiátrico. Esta população é mais jovem e saudável que a habitualmente encontrada na prática diária do pneumologista, 51% não relatou doenças concomitantes e 48% não usou medicamentos para doenças crônicas. A hipertensão foi a doença associada mais freqüente, seguida de DPOC e asma. Após a primeira consulta, onde o paciente recebeu educação, orientações e a prescrição do medicamento, 57 pacientes não compraram a vareniclina (62%). 60% dos pacientes relataram não se sentirem prontos no momento. 40% culparam o preço do medicamento. No entanto, todos se mostraram dispostos a uma nova tentativa. 35 pacientes compraram o medicamento logo após a consulta, três ainda não haviam iniciado o tratamento até o momento do contato. Dos 32 pacientes que utilizaram a vareniclina, 23 pararam de fumar (71.9%) nos primeiros 3 meses, e 18 estavam abstinentes ate o último contato (56.3%). Náusea foi o efeito colateral mais relatado, não levando a interrupção do medicamento. **Conclusão:** a Vareniclina representa um grande avanço no tratamento do tabagismo, uma vez que, independente dos resultados individuais, o advento de uma nova droga é fundamental para aumentar a motivação entre médicos, pacientes, mídia e de toda a sociedade sobre a importância do tratamento do tabagismo. De posse de uma nova ferramenta, a chance do médico ajudar o paciente que está em busca de auxílio para abandonar o hábito tabágico aumenta significativamente. Nos pacientes motivados, a vareniclina obteve um excelente índice de abstinência. No entanto, permanece ainda o grande desafio que é transformar a motivação de parar de fumar na ação necessária para atingir um estilo de vida sem tabaco.

PO255 ESTIMATIVA DE CUSTOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA, EM USO DE TIOTRÓPIO, EM CLÍNICA PRIVADA, NA CIDADE DE SÃO PAULO, BRASIL

IARA NELY FIKS[1]; DENIZAR VIANA[2]
1.FM ABC, HOSPITAL SAO LUIZ, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.MEDINSIGHT,UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; FARMACOECONOMIA; TIOTROPIO

Introdução: Fundamento: A exacerbação da DPOC causa relevante impacto econômico, desde a necessidade de medicamentos adicionais até internações em UTI, com aproximadamente 75% dos gastos totais como conseqüência direta das exacerbações. Há evidência na literatura de que o uso do tiotrópio diminui a incidência de exacerbações, com redução da hospitalização e melhora da qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar características clínicas, sócio-econômicas, Qualidade de Vida (QV) e custos relacionados ao tratamento de pacientes com DPOC, em prática clínica privada, na cidade de São Paulo e o impacto do uso do tiotrópio, em relação à melhora da qualidade de vida e à utilização de recursos. **Método:** Estudo observacional, transversal, no ano 2007, de pacientes ambos sexos, em uso de Tiotrópio. Instrumento validado em pré-teste foi utilizado para coleta de dados demográficos, educacionais, sócio-econômicos, laboratoriais e custos. Os dados de qualidade de vida foram obtidos pela aplicação da versão brasileira do questionário SF-36. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Beneficência Médica Brasileira Hospital e Maternidade São Luiz. Os dados foram compilados no programa Excel e as análises estatísticas foram realizadas no programa Stata versão 9.1. para análises de subgrupos, testes qui-quadrado e testes de correlação. **Resultados:** Cento e quarenta pacientes utilizaram Tiotrópio, idade média de 70 anos, predomínio sexo masculino (61%), com 2º grau completo (85%). A maioria dos pacientes apresentava estágio moderado a grave da doença. Em relação a visitas ao Pronto-Socorro, a taxa antes do tratamento foi de 1,72 visitas / paciente / ano e, após o tratamento esta taxa foi de 0,38 visita / paciente / ano. A taxa de internações diminuiu quando comparada antes e após o início do tratamento com Tiotrópio, sendo de 0,71 internação / paciente / ano antes e 0,30 internação / paciente / ano após o início do tratamento. Houve aumento dos escores de 7 das 8 dimensões de QV, após o início do tratamento com Tiotrópio. Todos os resultados apresentaram significância estatística. **Conclusões:** Nesta população de pacientes com DPOC, acompanhados em ambulatório privado, na cidade de São Paulo, o período de tempo avaliado com Tiotrópio revelou menores índices de utilização de recursos em saúde e melhores resultados de qualidade de vida, em comparação ao período prévio ao tratamento, indicando um efeito benéfico da intervenção, tanto em termos de custo como de qualidade de vida.

PO256 SÍNDROME DE SJÖGREN COM ACOMETIMENTO PULMONAR: EVOLUÇÃO EM 10 ANOS

VALERIA CRISTINA MARTINS; JOSE GUSTAVO BARIAN ROMALDINI; RAFAEL FARACO RODRIGUES; DANIELA LIMA OGAWA; IGOR BASTOS POLONIO; JORGE ETHEL FILHO; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO; MAURO GOMES
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE SJÖGREN ; TOMOGRAFIA; DOENÇA INTERSTICIAL

Introdução: A prevalência da Síndrome de Sjögren na população varia de 0,5 a 3%, com predomínio em mulheres. O acometimento pulmonar é freqüente, porém, o diagnóstico geralmente é tardio em conseqüência da sintomatologia pobre e inespecífica no início. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 63 anos, com xeroftalmia e xerostomia há treze anos, época em que foi diagnosticado um linfoma de parótida direita, o qual foi ressecado. Há seis anos apresentava tosse com expectoração branca, sendo internada repetidas vezes por "pneumonia". Apresentou dois episódios de hemoptise com broncoscopia normal. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, corada, acianótica, eupneica. À ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente com estertores crepitantes difusos e roncos esparsos. À ausculta cardíaca com bulhas rítmicas normofonéticas em dois tempos com sopro sistólico 2+/6+ em foco mitral. Restante do exame físico sem alterações. A tomografia computadorizada de tórax revelou áreas em vidro fosco associadas a múltiplos nódulos com distribuição randômica, bronquiectasias cilíndricas e varicosas predominando nos ápices e lobo médio, e múltiplos cistos bilaterais, com predomínio à direita. Exames laboratoriais com FAN positivo 1/1280 pontilhado fino; fator reumatóide positivo (136,5); anticorpo anti-Ro e anticorpo anti-La positivos. O Teste de Rosa-Bengala positivo. Foram preenchidos critérios para o diagnóstico de Síndrome de Sjögren primária com complicações pulmonares. A paciente possuía sem seu poder série de tomografias de tórax desde 1997 até os dias atuais, demonstrando a progressão da doença neste intervalo de tempo, material que será apresentado no pôster. **Conclusão:** A manifestação pulmonar da Síndrome de Sjögren primária é sub-diagnosticada ou possuiu diagnóstico tardio. O tratamento é feito com corticóides e/ou imunossupressores e a resposta geralmente é melhor com a precocidade da introdução do mesmo. Esta paciente permaneceu 10 anos sem diagnóstico, tratando repetidamente como "quadros pneumônicos", o que certamente colaborou para a extensão do processo.

PO257 PARACOCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA

ROBERTO STIRBULOV; MAURO GOMES; IGOR BASTOS POLONIO; TANIA LOPES SILVA; VALERIA CRISTINA MARTINS; RODRIGO RUSSO; RAFAEL FARACO RODRIGUES; DANIELA LIMA OGAWA
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PARACOCCIDIOIDOMICOSE; ADRENAL; DISSEMINADA

Introdução: A paracoccidioidomicose é uma doença granulomatosa causada pelo Paracocccidioides brasiliensis, que acomete indivíduos expostos em áreas endêmicas, sendo a via inalatória a porta de entrada. O envolvimento de sistema nervoso central ocorre em 6% a 20% dos casos, concomitantemente com lesões em pulmões e/ou tegumento. Insuficiência adrenal pode ocorrer em até 3%. **Relato de Caso:** EBS, 43 anos, natural de Altinho - PE, procedente de Francisco Morato - SP, ex-trabalhador rural (tratorista), atualmente trabalha em indústria de tecelagem e confecção. Ex - tabagista 10 anos/maço, diabético. Há 2 anos iniciou com coréia à esquerda e dificuldade para deambulação devido à paresia em membro inferior esquerdo. Há um ano, com dispnéia aos grandes esforços e tosse não produtiva. Evoluiu com episódio de crise convulsiva e piora da dispnéia há 3 meses. Exame físico: Pa 120X80 mmHg, Fc 80 BPM;

AR: MV+bilat sem ra, FR: 20 irpm, SatO2: 95% em ar ambiente; extremidades e exame neurológico sem alterações. TC e RNM de crânio demonstraram múltiplas lesões expansivas. Realizado biópsia de processo expansivo cerebral com presença de tecido cerebral congesto, edemaciado com alguns neurônios em cromatólise central e sem indícios de neoplasia. TC de Tórax: enfisema centrolobular, pequenos nódulos periféricos disseminados, espessamento de feixe broncovascular. Broncoscopia: estenose de traquéia proximal de cerca de 40%, com LBA negativo para pesquisa de BAAR, fungos, bactérias e células neoplásicas. AP de biópsia transbrônquica: depósito de material eosinofílico e homogêneo de aspecto hialinizado no eixo bronco vascular, presença de raros gigantócitos multinucleados em torno de corpo estranho, pesquisa de Ziehl-Neelsen e vermelho-gongo negativos. TC de abdome superior com nódulo heterogêneo com áreas de calcificações na adrenal direita e espessamento heterogêneo da adrenal esquerda. Biópsia transparietal de supra-renal, guiada por TC, mostrou processo inflamatório crônico compatível com Paracoccidioides brasiliensis. Realizado o diagnóstico da forma crônica da Paracoccidioidomicose com acometimento SNC, pulmonar e adrenal. Iniciado tratamento com Itraconazol 200mg/dia com boa resposta clínica (melhora da dispnéia, tosse e coréia). **Conclusão:** A forma crônica (tipo adulto) da Paracoccidioidomicose responde por 90% dos pacientes e apresenta-se principalmente em adultos entre 30 e 60 anos, predominando no sexo masculino. A doença progride lentamente e pode levar anos até que seja diagnosticada. O presente caso visa mostrar que, embora a via primária de infecção seja a pulmonar, vários outros sítios anatômicos podem ser acometidos pela disseminação linfo-hematogênica do Paracocccidioides brasiliensis (apresentação multifocal). Na forma disseminada da Paracoccidioidomicose manifestações inespecíficas podem estar presentes, sendo o diagnóstico diferencial amplo devido à diversidade de suas apresentações clínicas

PO258 TUBERCULOSE PULMONAR EXUBERANTE – REALIDADE OU FICÇÃO?

IGOR OSÓRIO MILET
HOSPITAL SÃO TEOTÓNIO, VISEU, PORTUGAL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; TP; HIV

Introdução: A Tuberculose permanece no séc. XXI como uma causa major de doença e morte por todo o mundo. Em 2006, estima-se que ocorreram 9.2 milhões de novos casos e 1.7 milhões de mortes. O advento do VIH e o aparecimento de bacilos resistentes, a par com baixa condição sócio-económica têm prejudicado a sua erradicação. De tal forma que ainda nos confrontamos com casos dramáticos. **Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, de raça negra, oriunda da Guiné, em Portugal desde o início de 2008. Recorre no dia 25/02 ao SU por febre, hemóptises e toracalgia à direita. Referência a tosse produtiva e síndrome constitucional com 2 meses. **Objectivamente:** mau estado geral, polipneica, hipoxémica, diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito com sopro anfórico. Radiologicamente com infiltrado da base direita e atelectasia pulmonar. Durante o internamento verifica-se agravamento com síndrome de dificuldade respiratória (SDR), hemóptises e pirexia mantidas. Do estudo realizado: serologia positiva para o VIH tipo 1 com CD4 = 468/mm3 e prova de Mantoux negativa. Ao quinto dia (D5) realiza Broncofibroscopia que revela edema da mucosa da árvore brônquica e estenose total de um brônquio subsegmentar à direita. A D9 realiza TC torácico que revela: "Extensa área de consolidação dos lobos direitos com escavações e bronquiectasias. Cavitação do lobo superior esquerdo. Lesões nodulares e micronodulares do pulmão esquerdo e do lobo médio. "O Ziehl-Nielsen das secreções brônquicas revela alguns bacilos ácido-álcool resistentes e inicia terapia antibacilar quádrupla. Identifica-se a espécie Micobacterium tuberculosis complex, sem resistências. A doente mantém-se bacilífera e em isolamento durante 91 dias. Ao D24 inicia terapêutica antiretrovírica com Emtricitabina/Tenofovir e Efavirenze. Ao D81 a TC de controlo mantém lesões exuberantes: "Retração do campo pulmonar direito com desvio homolateral do mediastino. Ao vértice direito, bolha com 7cm não habitada. No lobo inferior direito, algumas lesões escavadas, de paredes espessadas e irregulares. Lesões de fibrose no campo pulmonar direito e lesões nodulares bilaterais. Espessamento da pleura à direita e gânglios mediastínicos." Tem alta a 29/05, com melhoria do estado geral, eupneica e com SpO2 de 94%; mantendo terapêutica antibacilar e antiretrovírica. **Conclusão:** Perante uma doente proveniente da Guiné, país de elevada incidência da doença (265/100.000), desnutrida, com baixo nível sócio-económico e clínica compatível, o diagnóstico encontra-se facilitado. Co-infectada pelo VIH mas imunologicamente conservada, inicia terapia antibacilar com franca melhoria. Porém, a forma de Tuberculose pulmonar gravíssima evidenciada, com lesões pulmonares extraordinárias, fazia antever um desfecho menos favorável. Verifica-se evolução arrastada mantendo-se bacilífera e em isolamento durante 3 meses, associada a melhoria radiológica relativa mas persistindo muitas sequelas

PO259 TUMOR MALIGNO GIGANTE DE BAINHA DE NERVO PERIFÉRICO NO MEDIASTINO ANTERIOR: RELATO DE CASO

IGOR R. L. B. DE ABREU; MARCOS NAOYUKI SAMANO; CAIO CESAR INÁCIO CIRINO; MAURO CANZIAN; FÁBIO BISCEGLI JATENE
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR; BAINHA DE NERVOS PERIFÉRICOS; CIRURGIA

Introdução: Tumores malignos de bainha de nervos periféricos são tumores raros, derivados de células perineurais e células de Schwann, e correspondem a 5-10% dos tumores de partes moles. Sua apresentação como grandes massas mediastinais é ainda mais rara, representando 2% dos tumores mediastinais, estando muitas vezes associada à dificuldade no diagnóstico diferencial com outros tipos de tumores de partes moles. **Objetivo:** Apresentar o caso de um paciente portador de tumor gigante do mediastino anterior, tratado cirurgicamente por meio de pleuropneumonectomia esquerda e quimioterapia adjuvante. **Método:** Revisão de prontuário e revisão de literatura. Resultado: Paciente masculino, 43 anos, previamente hígido, apresentou queixa de dor torácica aguda, ventilatório dependente, em hemitórax esquerdo. A investigação radiológica evidenciou massa tumoral em mediastino anterior, associada a derrame pleural volumoso em hemitórax esquerdo. Foi submetido a toracocentese esvaziadora, que não evidenciou presença de células tumorais. A biópsia transtorácica com agulha cortante sugeriu tratar-se de sarcoma sinovial. A fim de confirmação histológica e estadiamento pleural foi submetido a videotoracoscopia esquerda, sendo confirmado o diagnóstico histológico previamente estabelecido. Observou-se também a presença de invasão da pleura mediastinal e do hilo pulmonar esquerdo. Foi submetido a bitoracotomia ântero-lateral transesternal para ressecção cirúrgica da lesão, havendo necessidade de pleuropneumonectomia esquerda. Embora não houvesse sinal de doença residual, as margens cirúrgicas foram exíguas. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de tumor de componente misto com áreas compatíveis com sarcoma sinovial, áreas de tumor neuroectodérmico primitivo e a porção mais representativa, padrão histológico compatível com tumor maligno de bainha de nervos periféricos. Após dois meses desta operação, houve recidiva na cavidade pleural esquerda e desenvolvimento de massa em hemitórax direito, sendo indicada quimioterapia (protocolo do Instituto Rizzoli - Milão, Itália). Houve resposta brilhante ao tratamento, com remissão radiológica da lesão e o paciente está assintomático, decorridos seis meses da operação. **Conclusão:** Até então classificados como tumores neurogênicos malignos (schwannoma maligno, neurofibrossarcoma, sarcoma neurogênico, p.ex.) estes tumores atualmente são classificados como tumores malignos de bainha de nervos periféricos, estando muitas vezes associado à neurofibromatose tipo I (doença de von Recklinghausen). A eficácia do tratamento cirúrgico está relacionada à ressecção completa da lesão, mas a recidiva é alta (45%). A quimioterapia e a radioterapia costumam ser ineficazes. Em nosso caso, a ressecção cirúrgica radical associada a utilização de um esquema quimioterápico para tumores neuroectodérmicos primitivos (PNETs), baseado em vincristina, doxorrubicina, ciclofosfamida, dactinomicina e ifosfamida mostrou resposta ao tratamento multimodal.

PO260 NEUMOTORAX ESPONTANEO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR

INES BAZZINO
CATEDRA DE NEUMOLOGIA URUGUAY, ESTRANGEIRO, URUGUAI

PALAVRAS-CHAVE: NEUMOTORAX; ESPONTANEO; TUBERCULOSIS

NEUMOTORAX ESPONTANEO UNA COMPLICACIÒN DE LA TUBERCULOSIS ACTIVA PRESENTACION DE 3 CASOS CLINICOS SERVICIO DE NEUMOLOGIA-SERVICIO DE CIRUGIA DE TORAX HOSPITAL MACIEL FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA J.P. SALISBURY(1), A. RUIZ (2), I. BAZZINO (3), J.D. CASSINELLI (4), G. AIELLO (5)

Introduccion: El neumotórax espontáneo secundario (NES) representa el 14% de los neumotórax espontáneos (1). Una de las causas poco frecuentes de NES es la Tuberculosis Pulmonar, especialmente en fase cicatrizal o crónica, a raíz de secuelas fibrosas residuales con retracción del parénquima y enfisema

cicatrizal que asocia bullas próximas a las pleura que se abren a través de la pleura visceral. Por el contrario, no suele ser una manifestación frecuente de la Tuberculosis Activa y su incidencia varía entre 0,6% y el 1,4%.(3,4).En esta etapa son las lesiones con necrosis caseosa, periféricas, por la formación de fístulas bronco-pleurales , el origen de esta complicación.(2). La cavidad pleural residual, la fístula pleural persistente y el empiema pleural crónico constituye un desafío terapéutico para el equipo medico-quirúrgico, debiendo asumirse como prolongado, pudiendo requerir procedimientos quirúrgicos complejos. **Objetivos:** Se presentan 3 casos con neumotórax espontaneo en pacientes con tuberculosis pulmonar de reinfecciòn, a formas hematógenas, evolucionadas y excavadas, luego de haber iniciado tratamiento anti-tuberculoso adecuado a micobacterias sensibles. **Resultados:** Las lesiones anatómicas pulmonares fueron analizadas mediante tomografía de tórax, siendo 2 a forma de enfisema heterogéneo asociado a secuelas fibro-retractiles y un caso multicavitado bilateral. Todos los casos se trataban de pacientes fumadores, desnutridos, procedentes de medio socio-económico deficitario; dos de ellos adictos a drogas por vía inhalatoria (pasta base de cocaìna). En un caso existió el antecedente de tuberculosis pulmonar., y en todos la serología para VIH fue negativa. Uno de los casos analizado debutó como pioneumotorax en la fase inicial del tratamiento; los otros dos se expresaron como neumotórax puro, recidivante, homo y contralateral en forma sucesiva. En todos los casos existieron extensas áreas de destrucción parenquimatosa; no presentaron cavidades crónicas residuales previas. El procedimiento quirúrgico inicial fue el drenaje pleural de urgencia (n = 5); la mortalidad fue cero. Pese a la severa destrucción parenquimatosa, similar en los 3 casos, la evolución fue diferente: en uno de ellos se logró la reexpansión completa luego del drenaje simple, posteriormente recidiva homolateral con nuevo drenaje y reexpansión completa sin recidiva al mes de seguimiento clínico-radiológico.Los otros 2 casos desarrollaron fístula bronco-pleural persistente, cavidad pleural residual, con empiema crónico que ameritó drenaje prolongado, entre 3 y 9 meses, respectivamente. **Conclusiones:** La tuberculosis pulmonar en fase activa es causa poco frecuente de NES. Sin embargo las formas hematógenas muy evolucionadas, y eventualmente excavadas, pueden padecerlos y dan cuenta de los casos registrados en países y medios sociales muy carenciados. Es probable que los pacientes adictos a pasta base de cocaína, tengan peculiares alteraciones a nivel pulmonar favorecedoras, como se obsserfvan en el "Pulmón de Crack. La resolución médico quirúrgica es un conlleva evoluciones prolongadas, y deja importantes secuelas Pleuropulmonares

PO261 ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR COMPLICADO COM TROMBO MURAL: RELATO DE CASO

JACOB ANTÔNIO DELLA COLETTA[1]; SUZANA ERICO TANNI[2]; LIANA SOUSA COELHO[3]; FERNANDO SEIJI UENO GIL[4]; IRMA DE GODOY[5]

1.HC - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2,3,4,5.HC-UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ANEURISMA; ARTÉRIA PULMONAR; TABAGISMO

Aneurisma de artéria pulmonar complicado com trombo mural: relato de caso **Introdução:** Aneurisma de artéria pulmonar (AAP) é uma dilatação da artéria pulmonar ou dos seus ramos. A atual incidência é difícil de estabelecer devido à raridade da doença e a pouca sintomatologia apresentada pelos pacientes. Em muitos casos é achado radiológico de rotina. Relato de caso: Mulher de 63 anos com carga tabágica de 50anos/maço foi encaminhada para o ambulatório de cessação de tabagismo, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial, infarto do miocárdio, antecedente de acidente vascular isquêmico transitório e aneurisma de aorta abdominal. A paciente estava assintomática e seu exame físico era normal. O radiograma de tórax mostrou aumento de mediastino esquerdo delimitado por calcificação "em casca de ovo". A tomografia de tórax (TC) mostrou dilatação aneurismática em artéria pulmonar esquerda (3,0cm no maior diâmetro) com pequeno trombo mural. O ecocardiograma transtorácico foi normal. O diagnóstico de AAP foi confirmado através de ressonância nuclear magnética (RNM). A paciente foi incluída no ambulatório de cessação de tabagismo e parou de fumar. Não foi realizado tratamento específico para o AAP, já que a paciente encontrava-se assintomática e não foram encontradas recomendações claras na literatura para o tratamento desse caso específico.

PO262 DOENÇA DE BEHÇET COM COMPROMETIMENTO PULMONAR E GASTROINTESTINAL: RELATO DE CASO

JANAÍNA PILAU; VANESSA RAQUEL ZALESKI SEBASTIANI; FLAVIA PEREIRA REGINATTO; LUIS AMAURI DA SILVEIRA PALMA; ENELISE CAMPOS BALDIN; LUCAS DUDA SCHMITZ; CLAUDIA SCHOEFFEL SCHAVINSKI

HOSPITAL DA CIDADE, PASSO FUNDO, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA DE BEHÇET; HEMORRAGIA ALVEOLAR; COMPLICAÇOES PULMONARES

Doença de Behçet é uma vasculite sistêmica caracterizada por úlceras orais, genitais e uveíte de etiologia desconhecida. O diagnóstico é clínico, e pode ser dificultado quando o quadro é incompleto. Geralmente predomina no sexo masculino; porém, em alguns países como Brasil, pode haver um predomínio feminino. 1, 2 A forma mais grave freqüentemente se apresenta nos homens que são acometidos comumente na terceira e quarta década de vida. 1,2,3 TFB, 26 anos, masculino, branco, queixando-se de queda do estado geral, emagrecimento (10 kg em 20 dias), tosse seca e dispnéia há 30 dias. Inicialmente com febre alta, mialgia, sudorese noturna e tosse seca que tornou-se produtiva com expectoração purulenta, foi medicado na cidade de origem, e a tosse tornou-se novamente seca. Tabagista 24 maços.ano. Com um ferimento pérfuro-cortante por prego, no pé, 40 dias antes do início do quadro. RX de tórax e TC tórax, que evidenciavam diversos nódulos pulmonares disseminados por ambos os pulmões, de tamanhos variados e alguns cavitados. Referia lesões de pele, ulceradas, ás vezes, pustulosas na infância que cicatrizavam espontaneamente após vários dias. Negava patologias prévias. Ao exame: MEG e emagrecido. Sinais vitais estáveis, afebril. Lesão nodular com secreção piossanguinolenta em pavilhão auricular esquerdo. Ausculta cardíaca e exame do abdome sem alterações. MV diminuído bilateral. Exames: hemograma, eletrólitos e função renal normais. Biópsia pulmonar percutânea guiada por US não conclusiva. RX e TC de tórax com numerosas massas pulmonares escavadas, bilaterais. DHL elevadas. Durante a internação apresentou dores articulares e lesões ulceradas, necróticas e bolhosas difusas pelo corpo (processo inflamatório crônico e agudo abscedido - resultado biópsias). Surgiram lesões orais na mucosa e língua, cujas biópsias também mostraram processo inflamatório crônico. Exames de escarro e da secreção de perna esquerda que surgiram após vários dias de internação, evidenciaram crescimento de Staphylococcus aureus, sendo iniciada antibioticoterapia com vancomicina, apesar de permanecer afebril e hemograma normal. No 19° dia de internação, evoluiu com distensão e dor abdominal periumbilical e vômitos. Realizou laparotomia exploradora que mostrou áreas de isquemia e necrose intestinal em vários segmentos do tubo digestivo. Realizada enterectomia, ileostomia e colostomia. Foi transferido para UTI, permanecendo em ventilação mecânica. Frente a suspeita de vasculite foi iniciado pulsoterapia com metilprednisolona e imunoglobulina endovenosa. No 5o PO apresentou hemorragia alveolar maciça evoluindo para óbito. As biópsias foram reavaliadas, juntamente com a biópsia intestinal, e sugeriram vasculite por doença de Behçet. Por ser uma doença de difícil diagnóstico e sem sinais patognomônicos deve ser sempre suspeitada no paciente com úlceras orais ou alterações oculares. A rapidez do diagnóstico e início do tratamento são fundamentais para evitar-se complicações.

PO263 CONHECIMENTO DOS PEDIATRAS SOBRE TABAGISMO

JOAO PAULO BECKER LOTUFO

HU USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ENSINO; PEDIATRAS

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. **Ojetivo:** verificar a opinião e o conhecimento dos pediatras sobre o tabagismo. **Metodologia:** 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 Fargstron 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.

PO264 CONHECIMENTO DOS PNEUMOPEDIATRAS SOBRE TABAGISMO

JOAO PAULO BECKER LOTUFO
HU USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ENSINO; PNEUMOPEDIATRA

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. **Metodologia:** avaliamos 38 pneumologistas pediatras sobre questões pertinentes ao tabagismo e sua estrutura para combater esta doença em vários serviços. **Resultados:** dos 38 pediatras entrevistados 10,5% são fumantes. 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.

PO265 DOSAGEM DE COTININA NA URINA EM PACIENTES DO PS

JOAO PAULO BECKER LOTUFO; FREDERICO LEON FERNANDES; ANGELA ESPÓSITO; BEATRIZ MACHADO MARCONDES; MILENA D PAULIS; RODRIGO LOCATELLI PAULO; ELOISA CORREIA SOUZA; MAKI HIROSE
HU USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; COTININA; CRIANÇAS

Introdução: O tabagismo passivo é responsável pela poluição indoor, acarretando em aumento de visitas hospitalares em unidades de emergência de adultos e crianças. **Objetivo:** Verificar se as crianças com problemas respiratórios que internam na unidade de emergência tem mais cotinina na urina do que as crianças que internam por causas não respiratórias. **Metodologia:** realizar a dosagem de cotinina, derivado da nicotina, em pacientes rescém-internados na unidade de emergência, na faixa etária de 0 a 5 anos,de junho a outubro de 2003. A dosagem de cotinina foi feita por cromatografia. Foi preenchido um questionário informando-se a condição de fumantes no domicílio. **Resultados:** Foram colhidas 72 amostras de urina, 38 em pacientes com problemas respiratórios (grupo 1-bronquiolites e broncopneumonias) e 34 sem problemas respiratórios (grupo 2). 9 pacientes do grupo 1 (23,68%) e 8 do grupo 2 (23,52%) apresentaram cotinina presentes na urina. O nível de cotinina variou de 6,2 a 82,15 no grupo 1 e 10 a 272,6 no grupo 2. Os níveis de cotinina mais elevados foram de casas com pelo menos 2 fumantes (mães e avós) e fumantes que não trabalhavam, ou seja, permaneciam no ambiente todo o dia. Em quatro casos de cotinina positiva (dois de cada grupo), a mãe informante negava a presença de fumantes em casa (níveis de cotinina urinária de 10; 12,6; 25,6 e 50,9. **Conclusão:** 1. Não houve diferença na dosagem de cotinina na urina de pacientes de 0 a 5 anos com doença respiratória e sem doença respiratória. Isto pode ser explicado devido ao fator de internação preponderante no inverno ser infecção por vírus sincicial respiratório. As bronquiolites nesta época são o fator preponderante de internação na população de 0 a 5 anos. 2. A cotinina na urina de pacientes pediátricos indica o tabagismo passivo 3. As informações das mães sobre o tabagismo nem sempre são corretas.

PO266 COMPARAÇÃO DO NÍVEL URINÁRIO DE COTININA ENTRE FUMADORES ATIVOS E PASSIVOS

JOAO PAULO BECKER LOTUFO; FREDERICO LEON FERNANDES; LAZARA MARQUES RAVAGLIO
HU USP, SP, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO PASSIVO; COTININA; CRIANÇA

Introdução: O tabagismo passivo está presente em todo o mundo por seus danos à humanidade. Esposas não fumantes de maridos fumantes têm 25% mais câncer de pulmão e infarto do miocárdio. Crianças fumadoras passivas têm mais doenças respiratórias e morte súbita, quando comparados com o grupo dos não-fumadores passivos. A nicotina é inalada e, em 1 hora, é transformada em cotinina, que é eliminada na urina, dentro de 36 a 48 horas. Temos demonstrado através de cromatografia em fase gasosa que 23,8% das crianças com idade de 0 a 5 anos que vêm para a nossa unidade de emergência têm cotinina na urina positiva. **Objetivo:** este trabalho visa estabelecer a diferença entre os níveis de cotinina na fumante passiva e ativa no fumante. **Discussão:** A média do grupo de fumadores passivos (crianças com idade de 0 a 5 anos) é 12,68 vezes inferior à do grupo de fumantes ativos (adultos). O nível máximo do grupo de fumantes passivos pode ser superior ao valor mínimo do grupo de ativos fumantes. Cinco fumantes passivos tinham cotinina urinária mais elevada do que o mínimo dos fumantes ativos. **Conclusão:** Fumadores passivos podem ter nível maior de cotinina do que fumantes ativos fraco dependentes. Este fato pode alertar-nos quanto a realidade do fumante passivo. Sugerimos que mais estudos sobre este tema, especialmente na preocupação dos fumadores passivos, utilizando a mesma metodologia.

	Fumante passivo n = 17 mcg/ml	Fumante ativo n = 26 mcg/ml
Média	48.12059	610.5615
Mediana	25.6	539
Desvio Padrão	63.07162	414.404
Máximo	272.6	1442.3
mínimo	6.9	40.2

PO267 COMPARAÇÃO DE COTININA EM FUMANTES PASSIVOS E NA POPULAÇÃO EM GERAL

JOAO PAULO BECKER LOTUFO[1]; FREDERICO LEON FERNANDES[2]; MAURICIO YONAMINE[3]; LUIZA RODRIGUES PORTELA OLIVEIRA[4]; LAZARA MARQUES RAVAGLIO[5]
1,2,5.HU USP, SP, SP, BRASIL; 3,4.USP, SP, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; COTININA; POLUIÇÃO

Introdução: a poluição indoor e out door são responsáveis por problemas respiratórios. O fumo passivo acomete crianças e adultos. **Objetivo:** avaliar se a população não fumante ativa e não fumante passiva tem cotinina urinária tanto quanto o fumante passivo. **Metodologia:** dosagem de cotinina urinária por cromatografia gasosa em fumantes ativos, passivos e não fumantes, colhidos num grupo de terapia antitabágica e voluntários não fumantes. **Resultados: Conclusão:** há diferença entre a cotinina de fumantes passivos e não fumantes.

	Fumantes ativos	Fumantes passivos	Não fumante
c reatinina (mg/ml)	1.24	1.73	1,38
cotinina (ng/ml)	1705.02	2.75	1.85
cotinina/creatinina	1374.8	1.9	0.6

PO268 EXPERIÊNCIA DO USO DE VARENICLINA EM FLORIANÓPOLIS-SC

ALBERTO CHTERPENSQUE; RODRIGO PALAVRO; JORGE ALAN SOUZA
CLÍNICA RESPIRAR, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: VARENICLINA; TABAGISMO; DEPENDÊNCIA

Introdução: O tabaco é fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo matando uma pessoa a cada seis segundos, em média 15 anos antes. Em 2000 a estimativa era de 1,25 bilhões de tabagistas no mundo e 5 mi mortes prematuras atribuídas ao tabagismo. No Brasil, morrem cerca de 200 mil pessoas por ano por doenças relacionadas diretamente ao hábito de fumar. Se medidas não forem adotadas a previsão para 2030 será de oito milhões mortes, sendo que durante o século XXI, o tabaco poderia matar 1 bilhão de pessoas. O tabagismo é o maior fator de risco evitável em humanos. Embora quase 41% dos fumantes tentem cessar o tabagismo a cada ano, recaídas são

comuns e somente 10% mantêm abstinência. Os efeitos da retirada da nicotina contribuem para as baixas taxas de sucesso. A vareniclina é um novo agente não-nicotínico desenvolvido expressamente para o controle do tabagismo. É um agonista parcial do receptor nicotínico que se liga ao subtipo a4b2 dos receptores nicotínicos, os quais mediam os efeitos de recompensa da dopamina no núcleo accumbens. O efeito agonista da vareniclina oral sobre a produção de dopamina é suficiente para atenuar os sintomas de abstinência facilitando a cessação do tabagismo. **Objetivos:** Avaliar a resposta terapêutica com uso de vareniclina em amostra específica de pacientes, bem como efeitos colaterais e eficácia com seis meses de tratamento. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, onde foram analisados 119 pacientes tabagistas, aos quais foi indicado o uso de vareniclina em dose progressiva padrão por 12 semanas, no período de 01/06/07 a 31/05/08 na cidade de Florianópolis. Os dados foram coletados via contato telefônico seguindo-se protocolo específico e a população estudada teve idade entre 18-75 anos, com mais de cinco anos tabagismo. **Resultados:** De um total 119 pacientes, 64 (54%) masculinos / 55 (46%) femininos, 80 pacientes (67%) utilizaram a vareniclina. Destes 47 (58,7%) cessaram o tabagismo em média 15 dias após o início do tratamento. Analisando pacientes após 6 meses de tratamento (39 pacientes), 23 (58,9%) encontram-se abstinentes há 6 meses ou mais. Dentre as causa de não adesão ao tratamento, 39 pacientes (32,7%) destacam-se o custo elevado 30 (62,5%), confiança no tratamento 6 (12,5%) e outros (25%) Os efeitos colaterais mais relatados foram náuseas 43 (53%), sonhos estranhos 23 (28%), irritabilidade 11 (13%) e insônia 9 (11%). **Conclusão:** A vareniclina mostrou-se eficaz no tratamento do tabagismo, principalmente se usada na dose e tempo recomendados, porém seu uso permanece restrito a determinadas populações em virtude do seu custo elevado. Os efeitos colaterais foram similares aos relatados pela literatura, e notados principalmente no início do tratamento.

PO269 RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA TABACO X SUCESSO TERAPÊUTICO COM USO VARENICLINA

ALBERTO CHTERPENSQUE; RODRIGO PALAVRO; JORGE ALAN SOUZA
CLÍNICA RESPIRAR, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; VARENICLINA; DEPENDÊNCIA

Introdução: O tabagismo é a maiores causas preveniveis de morbidade e de mortalidade em muitos países. Mas a dependência da nicotina é um comportamento tão virulento que embora 70% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas 5 % destes conseguem fazê-lo por si mesmos. Isso ocorre porque o comportamento do fumar não apenas causa doenças mas é, ele mesmo, uma doença: a dependência da nicotina. Os efeitos da retirada da nicotina contribuem para as baixas taxas de sucesso. O tabaco é fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo matando uma pessoa a cada seis segundos, em média 15 anos antes. Em 2000 a estimativa era de 1,25 bi de tabagistas no mundo e 5 mi mortes prematuras atribuídas ao tabagismo. No Brasil, morrem cerca de 200 mil pessoas por ano por doenças relacionadas diretamente ao hábito de fumar. Se medidas não forem adotadas a previsão para 2030 será de oito mi mortes, sendo que durante o século XXI, o tabaco poderia matar 1 bi de pessoas. O tabagismo é o maior fator de risco evitável em humanos. A vareniclina é um novo agente não-nicotínico desenvolvido expressamente para o controle do tabagismo. É um agonista parcial do receptor nicotínico que se liga ao subtipo a4b2 dos receptores nicotínicos, os quais mediam os efeitos de recompensa da dopamina no núcleo accumbens. O efeito agonista da vareniclina oral sobre a produção de dopamina é suficiente para atenuar os sintomas de abstinência facilitando a cessação do tabagismo. **Objetivos:** Avaliar a resposta terapêutica com uso de vareniclina em comparação ao grau de dependência e quantidade de cigarros consumida durante a vida. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, onde foram analisados 119 pacientes tabagistas, aos quais foi indicado o uso de vareniclina em dose progressiva padrão por 12 semanas, no período de 01/06/07 a 31/05/08 na cidade de Florianópolis. Os dados foram coletados via contato telefônico seguindo-se protocolo específico e a população estudada teve idade entre 18-75 anos, com mais de cinco anos tabagismo. A análise do grau de dependência foi calculado segundo índice de fargestrom e o consumo através do índice de maços-ano. **Resultados:** De um total 119 pacientes, 80 pacientes (67%) utilizaram a vareniclina. Destes 47 (58,7%) cessaram o tabagismo, sendo que 51% apresentavam fargestrom entre 6-10 e 53% índice maços-ano > 40. **Conclusão:** A vareniclina mostrou-se eficaz no tratamento do tabagismo, mesmo em pacientes com grau elevado de dependência, sendo portanto uma arma importante para o sucesso terapêutico destes pacientes.

PO270 FERIMENTO TRAQUEOBRÔNQUICO NO TRAUMA DE TÓRAX APÓS 17 ANOS DE EXPERIÊNCIA

JORGE HENRIQUE RIVABEN; ROBERTO SAAD JUNIOR; VICENTE DORGAN NETO; MARCIO BOTTER; JACQUELINE ARANTES GIANNINI PERLINGEIRO; ROBERTO GONÇALVES; GIBRAN RIBEIRO ROCHA; ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR
SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRAUMA; TRAQUEOBRÔNQUICO; FERIMENTO

Introdução: As lesões traqueobrônquicas resultantes do trauma torácico tanto fechado quanto penetrante são raras e muitas vezes fatais. O sucesso no diagnóstico e tratamento dessas lesões exige alto índice de suspeita. Existem numerosos relatos na literatura, mas na maioria deles a casuística é pequena. A proposta deste estudo é rever nossa experiência com o diagnóstico e tratamento das lesões traqueobrônquicas no trauma torácico nos últimos 17 anos. **Objetivo:** Analisar doentes com lesões traqueobrônquicas, vítimas de trauma torácico no período de abril de 1991 a junho de 2008. **Métodos:** O critério de inclusão foi a idade acima de 14 anos, com trauma fechado ou penetrante das vias aéreas. Foram excluídas as lesões iatrogênicas. **Resultados:** Analisamos nove doentes. A lesão foi produzida por ferimento penetrante em seis casos (66%), sendo quatro (44%) por projétil de arma de fogo e dois (22%) por arma branca. Os três (33%) pacientes restantes foram vítimas de trauma fechado, dois por atropelamento e um por queda da motocicleta. Com relação ao quadro clínico, seis (66%) doentes apresentavam enfisema de parede torácica ou mediastino e dois apresentavam saída de ar pelo ferimento. Três pacientes foram admitidos com instabilidade hemodinâmica. O tempo de diagnóstico do trauma variou da admissão até três dias, mas a maioria foi nas primeiras 24 horas. A broncoscopia foi utilizada em seis doentes e detectou lesão em cinco (83%) deles. Nos demais o diagnóstico foi eminentemente clínico-radiológico. A tomografia computadorizada de tórax foi realizada em três doentes que apresentavam estabilidade clínica e com a cirurgia já indicada; o exame revelou o provável local da lesão traqueobrônquica (FIGURA 1B) nestes três casos, confirmados pelo achado operatório (FIGURA 1C,D), e o exame avaliou outros possíveis órgãos que poderiam estar lesados. O borbulhamento no sistema de drenagem sugestivo de fístula aérea foi observado em seis casos. Todos foram operados, sendo que o tempo decorrido entre o diagnóstico e o procedimento operatório variou de uma hora até trinta dias, mas a maioria nas primeiras 24 horas. Em quatro doentes foram realizadas entubação seletiva. A cervicotomia exploradora foi realizada em dois doentes com lesão de traquéia cervical. A toracotomia foi realizada em sete (77%) pacientes, três à esquerda, três à direita e uma bilateral. O tempo de internação em nossa série variou de nove dias até 75 dias, dos oito pacientes três evoluíram com complicações menores. Não houve óbitos nessa série. **Conclusão:** O diagnóstico da lesão traqueobrônquica nestes casos foi em sua maioria sustentado pela clínica do doente, sempre motivado pelo tipo de mecanismo de trauma. Os exames subsidiários serviram para programar o tratamento cirúrgico. Não ocorreu morte nestes doentes.

PO271 GRANULOMATOSE DE WEGENER E ENFISEMA DE SUBCUTÂNEO GENERALIZADO: UMA APRESENTAÇÃO RARA DA DOENÇA

JORGE HENRIQUE RIVABEN; ROBERTO SAAD JUNIOR; MARCIO BOTTER; ROBERTO GONÇALVES; FABIOLA DEL CARLO BERNARDI; GIBRAN RIBEIRO ROCHA; ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR; RODRIGO RUSSO
SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: GRANULOMATOSE DE WEGENER; ENFISEMA DE SUBCUTÂNEO; CIRURGIA

Introdução: A Granulomatose de Wegener é uma doença sistêmica caracterizada por vasculite necrosante granulomatosa com acometimento preferencial das vias aéreas superiores e inferiores, além dos rins. As manifestações clínicas mais comuns são: sinusite, rinorréia, úlceras orais e nasais, poliartralgias, febre, tosse e hemoptise. Não é encontrado na literatura casos que apresentam como manifestação clínica inicial de enfisema de subcutâneo generalizado. Seu diagnóstico é feito associando-se as manifestações clínicas, radiológicas com múltiplos nódulos escavados em 50% dos casos, achados anatomopatológicos e a sorologia para o anticorpo anticitoplasma de neutrófilos positivo. Dentre os achados histopatológicos, encontram-se: necrose parenquimatosa geográfica, vasculite, e inflamação granulomatosa. **Objetivos:** Relatar um caso de Granulomatose de Wegener de doente com manifestação clínica inicial de enfisema de subcutâneo generalizado que necessitou de ressecção pulmonar.

Método: Relato do caso. Resultados: Homem de 58 anos, referindo dor em região cervical anterior direita que irradiava para o tórax, porção anterior, acompanhado de enfisema de subcutâneo súbito e progressivo com evolução de 20 horas, além de dispnéia. Seus antecedentes eram de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Ao exame físico apresentava tumoração com sinais inflamatórios em região torácica anterior e superior à direita, associado a enfisema de subcutâneo generalizado(figura 1 A), com aumento da freqüência respiratória. O Rx e a tomografia computadorizada de tórax (figura 1 C) mostraram uma lesão cavitada única, com paredes irregulares, nível hidroaéreo e continuidade com a parede torácica anterior direita, além de enfisema de subcutâneo na parede e no mediastino. A broncofibroscopia foi normal. Devido à instabilidade respiratória, progressão do enfisema de subcutâneo e características neoplásicas da cavitação foi indicada a cirurgia e realizado a lobectomia superior direita com toracectomia de 1º e 2º arcos costais. Doente apresentou boa evolução pós operatória com alta no quinto dia. O exame anatomopatológico mostrou reação inflamatória granulomatosa, necrose geográfica e vasculite. Seguimos a investigação do caso com sorologia para anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (c-ANCA e p-ANCA) e exames de urina que foram negativos. Pela recomendação da Academia Americana de Reumatologia dois critérios, de quatro, são suficientes para diagnóstico do caso: cavitação pulmonar e, vasculite com necrose e reação inflamatória granulomatosa. Foi indicada pulsoterapia com corticóide e Ciclofosfamida. Após extensa revisão da literatura não encontramos casos de doentes com Granulomatose de Wegener e quadro clínico inicial de enfisema de subcutâneo generalizado. **Conclusão:** Trata-se de um doente com doença Granulomatosa de Wegener com uma apresentação clínica inicial rara, o enfisema de subcutâneo generalizado.

P0272 CALIDAD DE VIDA Y SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO. ANÁLISIS EN UNA POBLACIÓN CLÍNICA.

JORGE REY DE CASTRO[1]; EDMUNDO ROSALES[2]; JENNY FERREYRA[3]; MARTHA EGOAVIL[4].

1.UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA - CENTRES CLINICA ANGLO AMERICANA - GIS, LIMA, PERU; 2,4.UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA - GIS, LIMA, PERU; 3.CENTRES, LIMA, PERU.

PALAVRAS-CHAVE: APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO; CALIDAD DE VIDA; MEZZICH

Introducción: El Síndrome Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) afecta a 2-4% de la población. Se ha descrito relación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica en los afectados. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida y su relación con SAHS nuestro centro. **Materiales y métodos:** Participaron 177 pacientes con sospecha de trastornos respiratorios del sueño. Se realizó historia clínica completa, polisomnografía (PSG) o poligrafía respiratoria (PR) y aplicaron los instrumentos Índice de Calidad de Vida de Mezzich (ICV-M), Puntaje Locus de Ronquido/Somnolencia Diurna (LO) y Escala de Somnolencia Epworth (ESE). Se cuantificaron medidas de resumen, análisis de varianza, análisis de correlación y de regresión lineal. Se consideró significancia estadística $p < 0,05$. **Resultados:** Edad 49,6 +/- 11,6 (18–90) años, 146 pacientes (83%) eran varones, índice de masa corporal (IMC) 29,5 +/- 4,8 (20–46) kg/m2. Setenta y siete (44%) tenían obesidad (>= 30 kg/m2) y 7 (4%) obesidad mórbida (>= 40 kg/m2). Fueron 156 PSGs (88%) y 21 PRs (12%). Indice Apnea-Hipopnea (IAH) 35,1 +/- 29,8 (0–125), Desaturación Máxima (DesatMax) 82,2 +/- 9,3 (52–95)%, Saturación Media de las Mínimas (SatMedMin) 90,8 +/- 4,9 (72-98)% y porcentaje del tiempo total del estudio con SatO2 < 90% (T90) 9,5 +/- 16,1 (0–72)%. Los diagnósticos principales fueron: SAHS 149 (84%), Ronquido benigno (RnqB) 22 (12%) y prueba normal 6 (4%). De los pacientes con SAHS, 33 (22%) fueron de grado leve (IAH > 5), 30 (20%) moderado (IAH >= 15) y 86 (58%) severo (IAH >= 30). Los puntajes de los cuestionarios fueron: ICV-M 77,6 +/- 14,3 (35-100), LO 17,9 +/- 5,7 (1-25) y ESE 10,2 +/- 5,0 (0-24). La correlación entre el ICV-M con la Edad fue R= 0,107 (p=0,155), IMC R= -0,175 (p=0,020), IAH R= -0,146 (p=0,053), DesatMax R= 0,049 (p=0,515), SatMedMin R= 0,102 (p=0,211), T90 R= -0,116 (p=0,125), LO R= -0,337 (p<0,001) y ESE (R= -0,335 p<0,001). Al categorizar el IAH según gravedad, la correlación con el ICV-M fue: prueba normal+RnqB R = -0,091 (p=0,643), SAHS Leve R= -0,195 (p=0,278), Moderado R= 0,112 (p=0,555) y Severo R= -0,033 p=0,764). Los pacientes con SAHS tenían menor puntaje en el ICV-M que los pacientes sin el síndrome (77,5 vs 78,3 p=0,799) y el puntaje ICV-M disminuía en tanto la gravedad del SAHS aumentaba. Prueba normal + RnqB 78,25 Leve 81,9 Moderado 79,1 Severo 75,2; p=0,056). Al realizar un análisis de regresión lineal multivariado, usando como variable dependiente ICV-M, e independientes IMC, IAH, LO y ESE, se encontró sólo asociación estadística entre ICV-M y ESE (p=0,011). **Conclusiones:** los pacientes con SAHS tienen mala calidad de vida y la última empeora con la gravedad del síndrome aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa. En el análisis de regresión el nivel de somnolencia, como variable independiente, estuvo relacionada a la calidad de vida. Se requiere realizar estudios con mayor tamaño muestral.

P0273 POLISOMNOGRAFÍA DE NOCHE PARTIDA EN EL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO (SAHS). ALCANCES Y LIMITACIONES EN 93 PRUEBAS.

JORGE REY DE CASTRO[1]; EDMUNDO ROSALES[2]; JENNY FERREYRA[3]; MARTHA EGOAVIL[4].

1.UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA - CENTRES CLINICA ANGLO AMERICANA - GIS, LIMA, PERU; 2,4.UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA - GIS, LIMA, PERU; 3.CENTRES, LIMA, PERU.

PALAVRAS-CHAVE: APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO; POLISOMNOGRAFIA NOCHE PARTIDA; TITULACION CPAP

Introducción: La polisomnografía (PSG) es el método estándar dorado para el diagnóstico del síndrome del apnea/hipopnea del sueño (SAHS) pero se ha propuesto una PSG adicional para titular el CPAP. La PSG de Noche Partida (PSG-NP) es un procedimiento alternativo para evitar un segundo estudio. **Objetivos:** Evaluar la utilidad PSG-NP para definir diagnóstico del SAHS y determinar la presión requerida del CPAP. **Métodos:** Se revisan 93 PSG-NP realizadas entre Diciembre 2005 y Junio 2008. Se describen variables demográficas y polisomnográficas relacionadas con la 1ra parte diagnóstica y 2da parte titulación. **Resultados:** 86 (93%) varones, edad 51,8 +/- 13,2 [18 - 90] años, IMC 31,3 +/- 4,9 [23 – 46] kg/m2, 53 (58%) eran obesos (>=30kg/m2) y 7 (8%) obesos mórbidos (>=40kg/m2). Perímetro del cuello 43,2 +/- 3,8 [32 - 51] cm. Setenta y dos (77%) tenían hipertensión arterial. Puntaje Locus de Ronquido/Somnolencia Diurna 18,9 +/- 6,4 [1 - 25] y Escala Somnolencia Epworth 11,3 +/- 5,1 [0 - 23]. En la 1ra parte de la prueba el tiempo total de registro fue (TTR) 156,3 +/- 35,9 [73 - 303] min, tiempo total sueño (TTS) 118,5 +/- 26,3 [50 - 225] min, latencia del sueño 7,8 +/- 13,8 [0 - 88] min, latencia REM 93,2 +/- 43,4 [3 - 225] min, índice apnea hipopnea (IAH) 53,6 +/- 25,4 [17 - 125] eventos/hora. Severidad SAHS: moderada 16% (IAH >=15) y severa 84% (IAH >=30). Desaturación máxima (DesMax) 79,6 +/- 8,9 [56 - 92] %, saturación media de las mínimas (SatMedMin) 88,7 +/- 5,6 [72 - 96] % y T90 15,0 +/- 18,9 [0 - 65] %. En la 2da parte de la prueba para titulación del CPAP: el TTR fue 287,1 +/- 50,7 [2 - 376] min y TTS 246,8 +/- 50,9 [76 - 364] min. Se empleó el modo CPAP en el 98% de los casos y BiPAP S en la diferencia. La titulación fue exitosa en 74 (80%) de los casos. Durante la titulación la presión promedio del CPAP fue 9,8 +/- 2,2 [6 – 17] cmH2O y del BiPAP presión inspiratoria 19 cmH2O y presión espiratoria 15 cmH2O. El mejor IAH promedio logrado durante las titulaciones exitosas fue 3,8 +/- 3,8 [0 - 25] y se documentó diferencia significativa con el IAH de la primera parte de la prueba (p<0,001). Las causas de titulación frustra fueron: tiempo de titulación breve 7 (37%), intolerancia a la mascarilla 4 (21%), falla técnica del equipo de titulación 3 (16%), obstrucción nasal intratable 2 (10,5%), claustrofobia 2 (10,5%) y tupidez nasal 1 (5%). **Conclusión:** La primer parte de la PG-NP pudo determinar claramente el diagnóstico de enfermedad en sus formas moderada y severa. El porcentaje de titulaciones frustras en la segunda parte fue alto. Implementaremos protocolos educativos previos a la prueba para que el paciente acepte el CPAP durante la titulación y se requiere ajustar los tiempos en cada una de las partes del estudio para evitar titulaciones breves. No es posible lograr todos los objetivos en una PSG-NP si se emplean menos de 4 horas de sueño para titular el CPAP en la segunda parte.

PO274 CAPACIDAD DE LAS VARIABLES DE LA SATURACIÓN DE LA OXIHEMOGLOBINA DURANTE MONITOREO DEL SUEÑO PARA DISCRIMINAR SEVERIDAD DEL SAHS.

JORGE REY DE CASTRO[1]; EDMUNDO ROSALES[2]; JENNY FERREYRA[3]; MARTHA EGOAVIL[4].

1.UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA - CENTRES CLINICA ANGLO AMERICANA - GIS, LIMA, PERU; 2,4.UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA - GIS, LIMA, PERU; 3.CENTRES, LIMA, PERU.

PALAVRAS-CHAVE: APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO; SATURACION DE OXIGENO; POLISOMNOGRAFIA

Introducción: El Síndrome Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) se caracteriza por episodios repetidos de colapso parcial o total de la vía aérea superior que se presentan durante el sueño y llevan a desaturación intermitente. **Objetivo:** Evaluar la capacidad de las variables polisomnográficas relacionadas con la saturación de la oxihemoglobina para la discriminación de la severidad del SAHS en pacientes de nuestro centro. **Materiales y métodos:** Participaron 248 pacientes con sospecha de trastornos respiratorios del sueño. Se realizó historia clínica completa, polisomnografía (PSG) o poligrafía respiratoria (PR), y se aplicó el Puntaje Locus de Ronquido/Somnolencia Diurna (LO) y la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE). Se cuantificaron medidas de resumen, análisis de varianza, análisis de correlación y de regresión lineal. Se consideró significancia estadística p < 0,05. **Resultados:** Edad 50,4 +/- 12,7 (18–90) años, 205 pacientes (83%) fueron varones, índice de masa corporal (IMC) 29,7 +/- 4,8 (20–48) kg/m2. Ciento seis (43%) tenían obesidad (>= 30 kg/m2) y 9 (4%) obesidad mórbida (>= 40 kg/m2). Perímetro del cuello (PC) 41,4 +/- 4,4 (29-51) cm. Fueron 184 PSGs (74%) y 64 PRs (26%). Indice apnea-hipopnea (IAH) 35,7 +/- 27,9 (0–125) eventos por hora, Desaturación Máxima (DesatMax) 81,0 +/- 9,9 (38–94) % y el porcentaje del tiempo total del estudio con SatO2 < 90% (T90) 9,5 +/- 16,0 (0–72)% y sólo para el caso de las PSGs la saturación media de las mínimas fue (SatMedMin) 90,8 +/- 4,9 (72–98)%. Los diagnósticos principales fueron: SAHS 213 (86%), Ronquido benigno (RnqB) 27 (11%) y prueba normal 8 (3%), estos dos últimos grupos de pacientes se consideraron normales. De los pacientes con SAHS, 38 (18%) fueron de grado leve (IAH > 5), 43 (20%) moderado (IAH >= 15) y 132 (62%) severo (IAH >= 30). De todos los pacientes, los puntajes de las cuestionarios fueron: LO 17,5 +/- 6,8 (1-25) y ESE 10,8 +/- 5,1 (0-24). Mientras la gravedad del SAHS aumenta, la DesMax disminuye (Normal 89,5% Leve 87,3% Moderado 84,5% Severo 75,9%; p<0,001), al igual que la SatMedMin (94,4%; 93,2%; 92,1%; 88,2%; p<0,001), en cambio T90 aumenta (0,2%; 0,8%; 2,2%; 17,1%; p<0,001). La correlación IAH con la edad fue R= -0,041 (p=0,525), con IMC R= 0,538 (p<0,001), PC R= 0,577 (p<0,001), LO R= 0,217 (p=0,002), ESE R= 0,376 (p<0,001), DesMax R= -0,637 (p<0,001), T90 R= 0,679 (p<0,001) y SatMedMin R= -0,689 (p<0,001). Al realizar un análisis de regresión lineal multivariado, usando como variable dependiente IAH, e independientes IMC, PC, LO, ESE, DesMax, T90 y SatMedMin, se encontró asociación estadística entre IAH con IMC (B=1,312 p=0,004), PC (B=0,127 p=0,008), DesMax (B= -0,767 p=0,002), T90 (B= 0,442 p=0,004) y SatMedMin (B= -1,419 p=0,007). **Conclusiones:** Se observa que el grado de afectación de las variables polisomnográficas proporcionadas por la saturación de la oxihemoglobina está relacionado con la severidad del SAHS, independientemente de otras variables.

PO275 ESTRONGILOIDIASIS PULMONAR PRESENTACIÓN DE 1 CASO.

JOSE EZEQUIEL MIER[1]; HÈCTOR ANDRES RODRIGUEZ[2]; SONIA LUCIA IÑIGUEZ[3]; MAGALY MARIA REALPE[4]; CLAUDIA LUCIA MIER[5].

1.UNIDAD MEDICA EL BOSQUE, PASTO, COLÔMBIA; 2.INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUR, PASTO, COLÔMBIA; 3.CLINICA PALERMO, PASTO, COLÔMBIA; 4.PATOLOGOS ASOCIADOS, PASTO, COLÔMBIA; 5.UNIVERSIDAD BOSQUE, BOGOTA, COLÔMBIA.

PALAVRAS-CHAVE: ESTRONGILOIDIASIS; PULMONAR; PARASITOSIS

Introducción: Describimos un caso de estrongiloidiasis pulmonar en una paciente que trabajo en clima tropical hace 8 años y se radico en clima frío con una extraña presentación de esta patología, con el objetivo hacerlo conocer a la comunidad científica. **Métodos:** Se valoro clínica, radiológica, broncoscopica y patológicamente a la paciente. Mujer 32 años, campesina con tos, hemoptisis, T°, pérdida de peso, sibilancias, evolución de 8 años, tratamiento para NAC de 8 años, sin remisión síntomas. Exámenes de laboratorio: Leucocitosis, sin eosinofilia, coprológico negativo, expectoración KOH, BK negativo. Rx Tórax: Imagen de masa con densidad de tejido blando macrolobulada, el TAC contrastado evidencia la misma masa sin cambios. Broncoscopia: Se observa bronquio LSI con mucosa despulida, sangrante, con detritus en regular cantidad. Se envía muestras para patología con resultado de larva de estrongiloides. **Discusión:** La estrongiloidiasis enfermedad parasitaria producida por un helminto, el Strongyloides stercoralis, que afecta el intestino humano y, ocasionalmente, puede producir un síndrome de infección masiva. La prevalencia de estrongiloidiasis se estima en 100 millones de casos a nivel mundial. En Colombia la prevalencia aproximada es del 5 al 10%. De personas provenientes de zonas rurales en climas tropicales. En este caso se debe tener en cuenta la autoendoinfección del Strongyloides estercoralis. La larva de este nemátodo no hace el ciclo externo y en el propio organismo pasa de rabditiforme a filariforme, Esta larva se puede volver autoinfectante, y a nivel del intestino, perfora la pared intestinal y a través de los capilares viaja tanto por la circulación portal como por la vía sistémica, infectando el pulmón como en este caso. Los cambios radiológicos en este caso son de rara presentación dado que la manifestación más común es la consolidación o el compromiso focal de la vía aérea, además no hubo eosinofilia y no se demostró inmunosupresiòn.

PO276 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE ASSOCIADA A LUES TERCIÁRIA.

ROBERTO STIRBULOV; IGOR BASTOS POLONIO; TANIA LOPES SILVA; RODRIGO RUSSO; RAFAEL FARACO RODRIGUES; DANIELA LIMA OGAWA; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO; JOSE GUSTAVO BARIAN ROMALDINI.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA HIPERSENSIBILIDADE; SÍFILIS TERCIÀRIA; NÓDULO PULMONARES

Introdução: A pneumonia de hipersensibilidade é uma doença de natureza imunológica secundária à inalação crônica de poeiras orgânicas ou químicas. O diagnóstico na fase crônica é difícil devido à apresentação clínica e radiológica semelhantes às de outras doenças, sendo freqüentemente necessária a realização de biópsia pulmonar. **Relato de caso:** AA, 68 anos, casado, natural e procedente de São Paulo, diabético, tabagista 50 anos/maço, criador de pássaros. Há 4 meses com pápulas eritematosas difusas, anulares, nos membros superiores e na região hipotenar das mãos, associado à dispnéia aos grandes esforços. Ao exame físico: orientado, afebril, corado, eupneico, SatO2: 96% (ar ambiente). AR: MV+, crepitações em velcro nos terços inferiores. Raio-X tórax evidenciou infiltrado intersticial bilateral difuso. TCAR de tórax com conglomerado linfonodal à esquerda, enfisema centrolobular; opacidades reticulares com predomínio periférico e nos lobos inferiores, onde há áreas de faveolamento e vidro fosco. Espirometria: CVF(L) 2,90 (59%); VEF1(L) 2,37 (61%); VEF1/CVF 0,81. Broncoscopia normal e LBA negativo para fungos, bactérias e células neoplásicas. Biópsia pulmonar "a céu aberto" pneumonia intersticial fibrosante bronquiolocêntrica, compatível com pneumonia de hipersensibilidade (PH). Biópsia de pele, que revelou processo inflamatório linfo-histiocitário perivascular perineural e peri-anexial com granulomas. VDRL: reagente (1/256), FTABS: positivo, LCR: 63 células (79% linfócitos, 14% monócitos, 5% neutrófilos), proteínas: 84mg/dL, glicose: 95 mg/dL, VDRL: ¼, FTABS: positivo. Concluiu-se pelo diagnóstico associado de sífilis terciária e realizado tratamento com Penicilina Cristalina por 14 dias, além do uso de prednisona 40 mg/dia e afastamento dos fatores ambientais (tabagismo e contato com pássaros). **Conclusão:** O caso descrito tem por objetivo mostrar um paciente com comprometimento pulmonar, sífilis terciária em atividade e uma possível correlação com pneumonia de hipersensibilidade. O envolvimento pulmonar na sífilis é raro, mas podem existir à radiologia nódulos pulmonares múltiplos ou solitário, lesões infiltrativas e padrão reticulo-nodular na doença secundária. Na sífilis terciária, durante o período pré- antibioticoterapia, houve poucos casos descritos com acometimento pulmonar; porém quando isso ocorre, relaciona-se a nódulos pulmonares múltiplos. A PH resulta de repetidos episódios de inalação do mesmo antígeno que provém de plantas, proteínas animais e microorganismo e sua apresentação clínica está associada à duração e à intensidade da exposição. As alterações radiológicas, na PH, caracterizam-se por um padrão reticular com áreas de faveolamento e redução de volume pulmonar, compatíveis com o quadro clinico descrito. Baseado na historia clínica de exposição ambiental, nos achados radiológicos e no anatomopatologico de doença bronquiolocêntrica, afastamos o envolvimento pulmonar secundário a sífilis terciária, e concluímos por PH.

P0277 LINFOMA BALT COM INFILTRAÇÃO PULMONAR.

ROBERTO STIRBULOV; JORGE ETHEL FILHO; VALERIA CRISTINA MARTINS; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO; JOSE GUSTAVO BARIAN ROMALDINI; RAFAEL FARACO RODRIGUES; DANIELA LIMA OGAWA; RODRIGO RUSSO.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: LINFOMA MALT; LINFOMA BALT; INFILTRAÇÃO PULMONAR

Introdução: Linfomas primários do pulmão são raros. O tipo histológico mais freqüente é o do tecido linfóide associado ao brônquio. Este tipo de linfoma tem curso indolente e excelente resposta à terapia. Um terço dos casos é descoberto incidentalmente. Devido à raridade desta doença, no entanto, pouco se conhece sobre sua história natural em termos de disseminação e evolução. **Relato do caso:** A.B.S. 55 anos, masculino, casado, natural de Recife, procedente São Paulo, empresário, católico, com antecedentes de ICC, DM, IAM prévio, HAS e tratamento há dois anos para linfoma MALT de parótida com remissão total da doença. Admitido pelo serviço de emergência devido à dispnéia aos moderados esforços com inicio há 2 meses, com piora para dispnéia ao repouso. Associada tosse não produtiva, sibilos e dor torácica em região posterior direita. Negava febre, expectoração, emagrecimento. Ao exame físico: consciente, orientado, afebril, corado, eupneico, acianótico, hidratado, gânglios palpáveis móveis de cerca de 1 cm em região cervical; PA: 100x 80 mmHg, Fc: 90 bpm; , FR:24 irpm, SatO2: 90% em ar ambiente. ACV: RR2T, BNF, sopro sistólico em foco mitral; AR: MVF, ARA; abdome: flácido, RHA+, globoso, com dor à palpação em hipocôndrio direito e ausência de viceromegalias; extremidades: sem alterações. Raio-X tórax com opacidades heterogêneas múltiplas bilaterais. TC tórax: linfonodos com 2 cm localizados no espaço pré-vascular, paratraqueal e hilar direitos, supracarinal e janela aortopulmonar. Massa com atenuação de partes moles e contornos espiculados com 7 x 5 cm localizada no segmento superior do lobo inferior direito. Lesão com características semelhantes com 5 X 4,5 cm no LSD, reduzindo a luz do brônquio. Nódulos difusos não calcificados de contornos irregulares; banda parenquimatosa no ápice esquerdo. Linfonodos regulares retroperitoneais e intra-abdominais. Broncoscopia: redução da luz do brônquio fonte direito. LBA: pesquisa de células neoplásicas, fungos e BAAR negativos. Biópsia em brônquio fonte direito revelou um perfil histológico e imuno-histoquímico compatível com infiltração de linfoma não-Hodgkin de pequenas células em parede brônquica. Evoluiu com melhora dos sintomas clínicos (tosse e dispnéia) após inicio da quimioterapia pela Hematologia. **Conclusão:** Apesar dos linfomas BALT serem raros, sua historia natural de infiltração local e disseminação é pouco conhecida. Em uma proporção significava dos pacientes, o linfoma é descoberto incidentalmente e possui curso indolente. Este relato demonstra que linfoma MALT com transformação para BALT pode ocasionalmente progredir com maior rapidez até infiltração maciça do pulmão, sugerindo que nem sempre a doença é indolente e que um diagnóstico imediato é preciso, além de que avaliações periódicas são importantes no tratamento desta doença

P0278 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PULMÃO NO SÉCULO XXI. O QUE MUDOU.

MARILICE LUMI HIGAKI[1]; JOSE RODRIGUES PEREIRA[2]; FLORA KAZUMI IKARI[3]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[4]; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[5]; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA[6].

1,2,3,4,6.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (IAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; EPIDEMIOLOGIA; SÉCULO XXI

Introdução: O câncer de pulmão é o líder entre as causas de óbito por neoplasia para ambos sexos. Embora seja o câncer com maior potencial de prevenção, permanece como a neoplasia mais diagnosticada em todo o mundo. Com a mudança do hábito tabágico populacional e aumento nos níveis de poluição ambiental, as características epidemiológicas de pacientes com câncer de pulmão estão sofrendo significativas mudanças. Dados informam que a freqüência de novos casos para o sexo feminino continua aumentando ano a ano, em relação ao masculino, e que o tipo histológico preponderante é o adenocarcinoma, pelo menos em países desenvolvidos. Mais recentemente, os dados epidemiológicos têm identificado uma acentuada queda na incidência do carcinoma indiferenciado de células pequenas (CICP), para algo em torno de 15%. Uma das principais características do carcinoma brônquico, também citada pela literatura, é a elevada freqüência de doença localmente avançada ou disseminada quando no momento do diagnóstico da neoplasia. MÉTODOS: Os autores avaliam aspectos epidemiológicos de 3009 pacientes admitidos no serviço de onco-pneumologia do ICAVC entre janeiro/2000 e dezembro/2007, com o diagnóstico de neoplasia pulmonar confirmado. **Resultados:** 2049 (68%) pacientes eram homens e 960 (32%) mulheres. A relação homem : mulher foi de 2,1:1 para esse grupo de indivíduos. A idade mediana para toda a população estudada foi de 63 anos (extremos: 34 - 93). Trezentos e noventa e quatro (13%) pacientes tinham menos de 50 anos, sendo que 222 (10,8) eram do sexo masculino e 172 (17,9%) do sexo feminino. Pacientes idosos, com idade acima de 60 anos, corresponderam a um total de 1652 (54,9%) casos, sendo 1157 (56,5%) homens e 495 (51,5%) mulheres. 87% dos doentes tinham KPS = 60-80%. Quanto ao tabagismo, 382 (12,6%) pacientes nunca fumaram, dos quais 118 (5,7%) eram homens e 264 (27,5%) mulheres. No momento do diagnóstico, apenas 289 (9,6%) pacientes apresentavam sua neoplasia em estádios iniciais. Em 1029 (34,1%) casos a doença era localmente avançada (EC = III) e se encontrava disseminada (EC = IV) em outros 1691 (56,1%) doentes. O tipo histológico mais freqüente em nossa população foi o escamoso, com 999 (33,2%) casos, seguido pelo adenocarcinoma, em 891 (29,6%) situações. Entretanto, se levarmos em conta a variável sexo, 352 (36,6%) mulheres tinham adenocarcinoma e o tipo escamoso foi diagnosticado em 227 (23,6%) delas. O CICP correspondeu a 356 (11,8%) diagnósticos no total. **Conclusão:** Também em nossa população a diferença entre os sexos vem diminuindo progressivamente. A doença continua sendo uma neoplasia preferencial entre sexagenários, mas tem aumentando o número de casos em pacientes mais jovens, especialmente no sexo feminino. Embora o tipo escamoso continue sendo a histologia mais freqüente na população em geral, houve uma acentuada prevalência de adenocarcinoma para o sexo feminino. O CICP está reduzindo sua freqüência de forma mais acentuada que na população mundial.

P0279 EFICIENTE CONTROLE NA REPARAÇÃO DE METÁSTASE ÓSSEA EM CASO DE CÂNCER DE PULMÃO APÓS USO DE BISFOSFONATO.

MARILICE LUMI HIGAKI[1]; JOSE RODRIGUES PEREIRA[2]; FLORA KAZUMI IKARI[3]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[4]; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[5]; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA[6].

1,2,3,4,6.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (IAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER ; PULMÃO; BIFOSFONATO

Metástases ósseas são encontradas em cânceres avançados. No de pulmão ocorrem em 40% dos casos. Localizam-se no eixo esquelético axial e costumam ser múltiplas. As metástases interferem na remodelação óssea e promovem excessiva reabsorção ou formação óssea. As lesões líticas caracterizam os tumores de células não-pequenas e as blásticas os carcinóides e os de células pequenas. Os bisfosfonatos atuam especificamente no osso inibindo a atividade dos osteoclastos. Diminuem a perda óssea e aumentam a deposição de cálcio nas áreas afetadas. Os osteoclastos são células responsáveis pela reabsorção do tecido ósseo e que têm sua ação estimulada por hormônios produzidos pela doença neoplásica. Estão indicados na prevenção de eventos relacionados ao esqueleto axial como fraturas patológicas, compressão espinhal e cirurgias ortopédicas reparadoras. Como os indivíduos com metástase óssea podem apresentar níveis elevados de cálcio sanguíneo, os bisfosfonatos também são empregados na correção da hipercalcemia. Os bisfosfonatos estão associados a relatos de disfunção renal. Outras reações adversas comuns são síndrome gripal, dor óssea, hipofosfatemia e, mais raramente, osteonecrose de mandíbula. A quimioterapia, ao diminuir a população tumoral, também controla a evolução da lesão óssea e pode acarretar alívio da dor osteócopa. Metodologia: SRP, atuais 66 anos, não fumante, foi admitida no serviço de onco-pneumologia do ICAVC, em 29/11/02, por derrame pleural. Uma biópsia pleural confirmou se tratar de um adenocarcinoma, EC 3B (T4 N0 M0). Recebeu poliquimioterapia a partir de 20/01/03. Pleuropneumonectomizada em 25/07/03 (pTo pN0, pMx). Apresentou recidiva local em 17/08/06 e lise óssea de arcos costais esquerdos associada a dor torácica incapacitante. Iniciou tratamento com gencitabina e subseqüentemente bisfosfonato. Resultados: Desde o início do tratamento de segunda linha foi observada discreta recalcificação dos arcos costais assim como alívio parcial da dor óssea. Após a introdução do bisfosfonato, a recalcificação foi acentuada e completa. A dor óssea cessou completamente. Conclusão: A competição entre o estímulo à ação osteoclástica e sua inibição

pode interferir no resultado final do tratamento da lesão óssea sintomática. O controle prévio da doença metastática, quer por quimioterapia quer por radioterapia, é fundamental para a reparação óssea eficiente após a introdução de um bisfosfonato.

PO280 HÁ ESPAÇO PARA CIRURGIA NO CÂNCER DE PULMÃO INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS?

JOSE RODRIGUES PEREIRA[1]; FERNANDO VIANA HUMMEL FILHO[2]; JOSE RODRIGUES PEREIRA[3]; CARLOS JOGI IMAEDA[4]; ANDERSON OLIVEIRA[5]; FLORA KAZUMI IKARI[6]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[7]; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[8]; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA[9].

1,3,4,5,6,7,9.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO(ICAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (ICAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL; 8.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUENAS; CIRURGIA; TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

Introdução: O carcinoma indiferenciado de células pequenas (CICP) representa aproximadamente um quarto das neoplasias broncogênicas e é caracterizado pelo rápido crescimento e disseminação precoce. O papel da cirurgia neste tipo de tumor é motivo de grande discussão e debate. Até o início da década de 80 o CICP era tratado com quimioterapia e radioterapia exclusivas, devido aos estudos da época associarem à cirurgia uma alta morbidade e mortalidade, representando uma menor sobrevida quando comparado ao tratamento não-cirúrgico. Com o passar dos anos, trabalhos como o de Boseila et al. (2006), Jassem et al. (2004) e Lewinski el al. (2001) mostraram que havia benefício do tratamento cirúrgico para os pacientes com CICP. A maneira de se tratar pacientes com este tipo de carcinoma apresenta-se de duas formas, sendo a primeira com cirurgia inicial seguida de quimioterapia e radioterapia e a segunda iniciando-se com quimioterapia neo-adjuvante seguida de cirurgia e logo após, radioterapia e quimioterapia adjuvante. **Objetivo:** Apresentar outras indicações de tratamento cirúrgico em portadores de CICP. **Métodos:** Os autores apresentam dois casos de CICP admitidos no serviço de onco-pneumologia do ICAVC e tratados com esquema inédito de quimioterapia composto por cisplatina 80 mg/m2 D1 plus gencitabina 1500mg/m2 D1 plus vinorelbina 30 mg/m2 D1 com finalidade citorredutora, durante quatro ciclos. **Resultado:** Os dois pacientes foram submetidos a lobectomia e pneumonectomia, respectivamente, e submetidos a tratamento adjuvante por mais quatro ciclos. Ambos apresentam-se livres de doença há 30 meses e 18 meses. **Conclusão:** Os critérios para indicação cirúrgica no CICP incluem preferencialmente pacientes em estádio I e II tolerando-se até estádio IIIA, desde que a neoplasia responda ao tratamento sistêmico e fique demonstrada a regressão de linfonodos mediastinais após o tratamento neo-adjuvante. Estudos demonstram que não há benefício na cirurgia de pacientes que não preencham estes critérios. O risco desses indivíduos apresentarem recidiva local e metástase à distância é extremamente elevado. Entretanto, os casos apresentados acima, demonstram que, mesmo em estádios localmente avançados, desde que os pacientes sejam melhor selecionados, é possível abordá-los, do ponto de vista cirúrgico, com bastante sucesso.

PO281 APOPTOSE INDUZIDA POR INIBIDOR INTRACELULAR DE TIROSINA-QUINASE DO EGFR EM PACIENTE COM CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO-PEQUENAS PREVIAMENTE TRATADO COM ANTICORPO MONOCLONAL ANTI - EGFR.

JOSE RODRIGUES PEREIRA[1]; FLORA KAZUMI IKARI[2]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[3]; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[4]; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA[5].

1,2,3,5.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (ICAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EGFR; APOPTOSE; CANCER DE PULMAO

O receptor de fator de crescimento epidérmico (EGFR) é membro da família ErbB. O EGFR, também denominado ErbB1 ou HER-1, encontra-se expresso em mais de 50% dos casos de câncer de pulmão de células não-pequenas (CPCNP). Existem duas classes de inibidores do EGFR: a) anticorpo monoclonal anti-EGFR, da subclasse IgG1, agindo no ambiente extracelular como antagonista do ligante e; b) inibidores do domínio intracelular da tirosina-quinase (TKI). Esses agentes inibem a divisão celular e estimulam apoptose das células tumorais. Agindo em diferentes locais do domínio EGFR, podem ser utilizados de forma concomitante ou seqüencial. **Metodologia:** Apresentamos casos de dois pacientes admitidos e acompanhados, pelo serviço de onco-pneumologia do ICAVC. Ambos foram previamente tratados com anticorpo monoclonal e, após a progressão tumoral, com TKI. **Resultados:** Os casos foram submetidos a tratamento de segunda linha com gencitabina em monoterapia sem bons resultados. Iniciaram com erlotinibe, a seguir, sendo acompanhados radiologicamente por curtos períodos até se identificar apoptose. Uma vez observada a redução nas dimensões tumorais, a medicação foi mantida até haver progressão. **Conclusão:** O uso de moléculas alvo-específico no tratamento do CPCNP é uma realidade embora muito ainda se tenha a aprender. Nossos casos ilustram a possibilidade da aplicação das várias classes de inibidores do EGFR, de forma seqüencial e em diferentes momentos do tratamento da neoplasia pulmonar. Essa conduta propicia melhor controle da doença e permite longa sobrevida com qualidade em pacientes com CPCNP.

PO282 TARCEVA TM COMO TRATAMENTO DE PRIMEIRA LINHA EM PACIENTE PORTADOR DE CARCINOMA BRONQUÍOLO-ALVEOLAR.

JOSE RODRIGUES PEREIRA[1]; FLORA KAZUMI IKARI[2]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[3]; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[4]; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA[5].

1,2,3,5.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (ICAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EGFR; CANCER; PULMAO

TARCEVA TM no tratamento de segunda e terceira linhas em pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas está consagrado. Tendem a mais se beneficiar pacientes do sexo feminino, japoneses, não fumantes e portadores de adenocarcinoma, em especial casos de carcinoma bronquíolo-alveolar (CBA). **Metodologia:** Apresentamos caso de nossa experiência onde o inibidor de tirosina – quinase (TKI) do receptor do hormônio de crescimento epidérmico (EGFR) foi utilizado como tratamento de primeira linha. PCK, caucasiano, 75 anos, não tabagista. Submetido a lobectomia superior direita, em 13/07/04, por nódulo pulmonar a esclarecer, que estava em acompanhamento desde 2001. Tratava-se de CBA de padrão misto, com vários nódulos satélites e linfonodos negativos (pT4 pN0 pMx). Em exame tomográfico de 03/09/07 observaram-se múltiplos nódulos subcentimétricos em segmento apical do lobo inferior direito. O estudo imuno-histoquímico da peça mostrou hiperexpressão de EGFR na superfície de quase todas as células tumorais. O paciente está em uso de erlotinibe desde 21/09/07. **Resultados:** Após quatro meses de tratamento com a droga-alvo, foi realizada tomografia do tórax que evidenciou acentuada regressão do número e dimensões dos nódulos pulmonares. O paciente apresentou mínimas reações à medicação e o tratamento foi mantido até a presente data. **Conclusão:** O CBA é um subtipo do adenocarcinoma. É um tumor de tem origem multicêntrica, de lento crescimento e que costuma ser refratário ao tratamento quimioterápico. Na maior parte das vezes não é passível de cirurgia. Por ser multicêntrico, mesmo quando operado, costuma reaparecer em outros lobos, inclusive no pulmão contralateral. Não costumam dar metástases à distância. Casos como este, desde que selecionados clinicamente e por imuno-histoquímica, poderão ter nos inibidores do EGFR sua melhor opção terapêutica.

PO283 EVENTOS ADVERSOS DERMATOLÓGICOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (CPCNP) TRATADOS COM INIBIDORES DO RECEPTOR DO FATOR DE CRESCIMENTO EPIDÉRMICO (EGFR).

JOSE RODRIGUES PEREIRA[1]; FLORA KAZUMI IKARI[2]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[3]; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[4]; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA[5].

1,2,3,5.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (ICAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: INIBIDOR DE TIROSINA-QUINASE; EVENTOS ADVERSOS; CÂNCER DE PULMÃO

Introdução: As terapias alvo que mais têm se destacado são as que bloqueiam a rede de sinalização do EGFR nos ambientes intra e extracelular. Sua inibição neutraliza o estímulo à mitose regulando o crescimento tumoral. Os principais medicamentos dessa classe são o cetuximabe, anticorpo monoclonal humanizado anti-EGFR de ação extracelular, e o erlotinibe, inibidor da tirosina-quinase (TKI) com ação intracelular. Os locais muito afetados por esses medicamentos são pele e fâneros (75%). Costuma-se dizer, inclusive, que

quanto mais acentuada for a reação dermatológica melhor será o resultado esperado para o tratamento. **Objetivo:** Ilustrar as principais características dos eventos dermatológicos em pacientes tratados com inibidores do EGFR. **Métodos:** Os mais de 250 doentes tratados com inibidores do EGFR pelo serviço de onco-pneumologia do ICAVC foram avaliados quanto às características e intensidade de suas reações dermatológicas, destacando-se as mais expressivas. **Resultados:** Os eventos costumam se iniciar já nas primeiras semanas. São comuns rash acneiforme doloroso e prurido que se iniciam pelo couro cabeludo e face atingindo, posteriormente, região cervical e tronco. O envolvimento do tronco é predominantemente dorsal. Em situações ocasionais a região do abdômen é comprometida. Os membros são pouco afetados. Nesses locais, a pele costuma ficar seca e descamativa sofrendo importante interferência da irradiação solar. O cabelo endurece, fica seco e hirsuto. Ocorre leve alopécia. A barba também endurece e cresce mais lentamente. É uma queixa comum o ato do barbear ser doloroso. Em alguns casos os cílios tornam-se longos e tortuosos necessitando ser aparados. As unhas podem ficar mais finas e quebradiças. Costumam surgir processos inflamatórios paroniquiais dolorosos e que não costumam melhorar facilmente. As extremidades ficam com a pele extremamente fina e hipersensíveis ao tato. Raros casos apresentam síndrome mão-pé, com descamação e rachaduras dolorosas mais nos pés. A exposição solar acentua, principalmente, os fenômenos cutâneos, inclusive provocando hiperpigmentação cutânea. A alternativa é usar filtros de alta proteção solar e cremes com corticosteróides. **Conclusão:** Pele e fâneros são muito afetados pelos inibidores de EGFR. A documentação mostra a intensidade e os inconvenientes que atingem os pacientes que utilizam essa categoria de medicamentos. Os sintomas chegam a ser tão inconvenientes que costumam obrigar a interrupção do tratamento. Temos observado que, após uma breve suspensão na administração dos medicamentos, os eventos dermatológicos apresentam rápida melhora. A reintrodução das drogas-alvo, mesmo em dosagem não reduzida, costuma não desenvolver a reação dermatológica na mesma intensidade.

PO284 ASPECTOS RADIOLÓGICOS DO CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMÃO EM PACIENTE PORTADORA DE PAPILOMATOSE TRAQUEOBRÔNQUICA (PTB).

FERNANDA MARIA OLIVEIRA[1]; JOSE RODRIGUES PEREIRA[2]; FLORA KAZUMI IKARI[3]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[4]; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[5]; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA[6]; LUIS CARLOS LOSSO[7].

1,2,3,4,6,7.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (ICAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; PAPILOMATOSE TRAQUEOBRÔNQUICA; RADIOLOGIA

Introdução: A papilomatose de laringe é, provavelmente, secundária a uma infecção perinatal pelos subtipos 6 e 11do HPV, o qual pertence à família Papoviridae. Os subtipos 16, 18, 31, 33 e 35 têm elevado risco oncogênico e os oncotipos 16 e 18 são os principais representantes. Expressam oncoproteínas E6 e E7 que inativam o p53. Recentes estudos identificaram DNA genômico viral em até 20% das neoplasias pulmonares. Papilomatose laringotraqueal com disseminação para o parênquima pulmonar é uma rara complicação. Ocorre em menos de 1% dos casos. A papilomatose origina-se na laringe e tem como sua primeira manifestação clínica a rouquidão. A forma laringo-traqueo-brônquica pode se desenvolver em até 20 anos após o diagnóstico inicial do papiloma de laringe. É uma afecção bastante rica em alterações do parênquima pulmonar. São observadas lesões vegetantes nodulares, pediculadas ou sésseis, na traquéia e nos brônquios principais, além de múltiplos nódulos circunscritos e escavados no parênquima pulmonar, que predominam nas regiões basais e posteriores. Esses nódulos geralmente se infectam e levam à formação de bronquiectasias e lesões císticas. Menos de 2% dos casos de PTB sofrem transformação maligna para um carcinoma escamoso bem diferenciado. **Objetivo:** Documentar as imagens radiológicas de PTB e a malignização. **Método:** Apresentação de caso admitido no ICAVC que ilustra essa ocorrência. MKI, 45 anos, asiática, prendas domésticas, não fumante e natural de Tupã. Apresentava papilomatose de laringe desde a infância e foi submetida a múltiplas ressecções endoscópicas. Em junho/2006, durante pré-operatório para outra ressecção, foi identificada lesão cavitada em LID. Tomografia do tórax mostrou uma massa escavada, de paredes espessas e contornos irregulares encimada por lesão cística de paredes finas. A paciente era assintomática. **Resultado:** Como todas biópsias por congelação não definiram a etiologia da lesão, optou-se por ressecção com margens de toda a massa. Os linfonodos mediastinais não foram abordados. Estudo anátomo-patológico por parafina da peça operatória identificou infiltração intersticial por carcinoma escamoso de baixo grau. Optamos por acompanhamento clínico-radiológico. **Conclusão:** Kramer et al. relatam que as lesões pulmonares costumam surgir de 1 a 11 anos após o diagnóstico de papiloma de laringe. Esses pacientes apresentam rica história clínica, com várias ressecções endoscópicas do tumor e, muitas vezes, traqueostomias definitivas. Os autores descrevem que as lesões pulmonares apresentam-se como pequenos cachos isolados de 20 a 30 células escamosas dentro de uns poucos alvéolos. Ocorrem grandes cavitações com alguns centímetros de diâmetro. Em ínfimos casos é observada transformação maligna dessas lesões. Na maioria das vezes o achado é casual. Dessa forma, pacientes com história prévia de papilomatose laringotraqueal e presença de lesões pulmonares cavitadas devem ser rotineiramente acompanhados.

PO285 QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA COMO OPÇÃO INICIAL DE TRATAMENTO PARA PACIENTES COM METÁSTASE CEREBRAL POR NEOPLASIA DE PULMÃO.

OLGA HELENA DOMINGUES[1]; JOSE RODRIGUES PEREIRA[2]; MARILICE LUMI HIGAKI[3]; FLORA KAZUMI IKARI[4]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[5]; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[6]; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA[7].

1,2,3,4,5,7.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (ICAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL; 6.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; METÀSTASE CEREBRAL; QUIMIOTERAPIA

Introdução: Neoplasias secundárias são os tumores que mais afetam o sistema nervoso central (SNC). São uma importante causa de morbidade e mortalidade. Os sinais e sintomas desse tipo de envolvimento neurológico são geralmente progressivos e podem surgir antes da identificação do tumor primário. A gravidade do quadro depende do número de lesões, do seu tamanho, do local anatômico que comprometam e da sua velocidade de crescimento. Os hemisférios cerebrais (80%) e o cerebelo (15%) são as regiões mais afetadas. Refletem a proporção do suprimento sangüíneo para o SNC. No câncer de pulmão, a ocorrência de metástase cerebral chega a 50% em uma série de autópsias. Não está claro se a função da barreira hematoliqüórica (BHL) interfere no resultado terapêutico e, também, não há consenso se a presença da metástase cerebral facilita a entrada de agentes citotóxicos através da BHL. **Objetivo:** Os autores mostram sua experiência no tratamento de metástase cerebrais em pacientes com câncer de pulmão tratados inicialmente com quimioterapia. **Métodos:** Apresentamos avaliação prospectiva de uma série de casos tratados no ICAVC que ilustram esse tema. Foram selecionados para o tratamento sistêmico aqueles pacientes que apresentavam pequenas lesões metastáticas e que eram clinicamente assintomáticos. Uma nova tomografia de crânio foi realizada após o segundo ciclo e a imagem comparada à do exame pré-tratamento. **Resultados:** Durante o período de quimioterapia de indução, nenhum paciente apresentou queixas neurológicas. Em nenhum caso tratado houve progressão da lesão cerebral. Os pacientes que apresentavam redução na dimensão das metástases só receberam radioterapia holocraniana ao final do tratamento sistêmico As imagens tomográficas apresentadas demonstram o comportamento da metástase cerebral, frente ao efeito dos quimioterápicos empregados para o tratamento do tumor primário. **Conclusão:** O manejo clínico ideal de uma metástase cerebral ainda é controverso. Durante anos a radioterapia tem sido a principal opção de tratamento. O conceito de santuário farmacológico está mudando e discute-se o papel da quimioterapia nessa situação. Os resultados apresentados confirmam a utilidade desta alternativa terapêutica. É possível que a prévia redução do volume tumoral permita um melhor controle local da doença metastática, após a fase radioterápica.

PO286 TUMOR DE PANCOAST POR CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO.

JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO; PEDRO BES NUGUE; JOSE GUSTAVO BARIAN ROMALDINI; DANIELA LIMA OGAWA; RODRIGO RUSSO; RAFAEL FARACO RODRIGUES; MAURO GOMES; ROBERTO STIRBULOV.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Palavras-chave: PANCOAST; OAT-CELL; PULMÃO

Introdução: O Tumor de Pancoast corresponde a menos de 5% de todas as neoplasias de pulmão, sendo o principal tipo histológico o adenocarcinoma. Caracteriza-se por lesão no ápice pulmonar e pode invadir estruturas torácicas como os primeiros arcos costais, raiz nervosa do plexo braquial, cadeia simpática, vasos subclávios e vértebras. A apresentação clássica é quando há invasão das estruturas acima citadas associada à dor em membro superior ipsilateral e Síndrome de Claude-Bernard-Horner. **Objetivos:** Relatar caso clínico de tumor de Pancoast por carcinoma de pequenas células do pulmão. **Métodos:** RC, 53 anos, branco, comerciário, tabagista (40 anos/maço), sem outras doenças associadas, admitido no serviço de oncopneumologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com história de dor em membro superior esquerdo há 5 meses, emagrecimento de 8 Kg e disfonia. Negava febre, tosse, expectoração, sibilância ou hemoptise. Ao exame físico com atrofia muscular de face medial (nervo ulnar) de membro superior esquerdo, miose, ptose e enoftalmia esquerda, caracterizando a síndrome de Claude-Bernard-Horner. Ao Rx de tórax apresentava massa em lobo superior esquerdo com erosão do primeiro arco costal. TC de tórax confirmou a lesão com o achado de invasão de corpo vertebral. Realizada biópsia transparietal cujo anatomopatológico revelou carcinoma de pequenas células. Iniciou o tratamento quimioterápico com Carboplatina e Etoposide por 6 ciclos associado à radioterapia de tórax concomitante. Resultados: Já no quarto ciclo apresentava remissão completa da doença. Após 5 meses do início do tratamento, foi admitido em pronto socorro de Mairiporã devido a dispnéia intensa, seguindo-se óbito na manhã do dia seguinte. Submetido à necrópsia tendo como causa mortis edema agudo de pulmão. **Conclusão:** A totalidade de casos de Tumor de Pancoast corresponde a uma parcela pequena de todas as neoplasias primárias de pulmão. Há um número escasso na literatura desta apresentação neoplásica por carcinoma de pequenas células para que se possa fazer referência estatística significante, o que torna este achado uma raridade.

PO287 TRATAMENTO DE CARCINOMA DE PULMÃO DE CÉLULAS PEQUENAS (CPCP) COM ESQUEMA DE PRIMEIRA LINHA INÉDITO SEGUIDO DE ESQUEMA ACE EM SEGUNDA LINHA.

JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO[1]; JOSE RODRIGUES PEREIRA[2]; FLORA KAZUMI IKARI[3]; SUELI MAYUMI NIKAEDO[4].

1.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4.INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO (ICAVC), SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS; TRATAMENTO

Introdução: O CPCP corresponde a 13% - 20% de todos os casos diagnosticados de neoplasia pulmonar. Quando a doença está limitada, a melhor estratégia é quimioterapia e radioterapia concomitantes, com sobrevida mediana de 12 a 22 meses e possibilidade de cura em até 20% dos casos. Na doença extensa o tratamento é basicamente sistêmico, com respostas de 60 – 70%. A sobrevida mediana é de 10 meses e a cura praticamente nula. Nesses casos costuma haver recorrência em quatro meses após término do tratamento. A administração de uma segunda linha produz 20% de resposta e não existem dados suficientes determinando qual a sobrevida nessa situação. Não há, também, referência quanto à melhor associação de quimioterápicos. Os esquemas de primeira linha mais utilizados em CPCP com doença avançada são: Cisplatina 60mg/m² D1 + Irinotecano 60mg/m² D1, D8 e D15 ou Cisplatina 30mg/m² D1, D8 + Irinotecano 65mg/m² D1, D8; Cisplatina 60mg/m² D1 + Etoposide 120mg/m² D1-D3; Adriamicina 40mg/m² D1 + Ciclofosfamida 1000mg/m² D1 + Etoposide 120mg/m² D1-D3. Estudos mostram que a melhor resposta à primeira linha ainda é com esquemas baseados em platina e quando associada ao Irinotecano ou Etoposide. **Objetivo:** Apresentar abordagem erapêutica inédita em CIPC. **Métodos:** Apresentação de caso de AAS, 63 anos, mulher, oriental, dona de casa, natural de Birigui/SP e procedente de São Paulo/SP. Tabagista 1 ano/maço. Referia dispnéia desde 29/06/05 associada a tosse, sibilância e perda ponderal de 41 kg. O exame de imagem identificou massa em lobo superior esquerdo, derrame pleural e metástases pulmonares bilaterais. Realizada broncoscopia, em 29/08/05, visualizando-se estreitamento de brônquio do lobo superior esquerdo.O anátomo-patológico da biópsia confirmou CPCP. Encaminhada ao serviço de onco-pneumologia do ICAVC, em 29/08/05. Os exames não mostraram outros órgãos envolvidos. EC IV (T4 N2 M1pul). **Resultado:** Iniciou quimioterapia, em 07/10/05, com Cisplatina 80 mg/m² D1 + Gencitabina 1,5g/m² D1 + Vinorelbina 30mg/m² D1, por cinco ciclos, com resposta completa. Evoluiu com neurotoxicidade motora grau 3 interrompendo-se o tratamento em 31/08/06. Identificada progressão em 31/08/06, visualizando-se massa em lobo inferior esquerdo. Recebeu segunda linha com Adriamicina 40mg/m² D1 + Ciclofosfamida 600mg/m² D1 + Etoposide 80mg/m² D1-D3 por quatro ciclos com resposta completa. Mantém-se livre de doença há dois anos. **Conclusão:** O CPCP, embora de comportamento bastante agressivo, costuma ser extremamente sensível aos quimioterápicos. Não obstante as freqüentes e acentuadas respostas observadas, a sobrevida mediana e a expectativa de cura estão aquém do ideal. O emprego de um esquema inédito de primeira linha seguido de um de segunda linha, associando três drogas habitualmente usadas em primeira linha, produziu um resultado inusitado. Tal terapia sugere um estudo de fase II nesse segmento de pacientes portadores de câncer de pulmão para confirmar esse resultado tão promissor.

PO288 CISTOS SUBPLEURAIS EM UM ADULTO COM SÍNDROME DE DOWN – RELATO DE CASO.

JOSIANE CHIESORIN VAINE MARCHIORO; DANTE LUIZ ESCUISSATO; LUCAS FORMIGHIERI; DANIELLA PORFIRIO NUNES; LÊDA MARIA RABELO; RAFAEL MENEZES DE AZEVEDO.

HC UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SINDROME DE DOWN; CISTOS SUBPLEURAIS; HC UFPR

INTRODUÇÃO:A Síndrome de Down (SD), causada pela trissomia do cromossomo 21, tem uma incidência de um a dois casos a cada 1.000 nascidos vivos e está associada a diversas alterações anatômicas e funcionais além dos estigmas próprios da síndrome. Entre estas condições, está a formação de cistos aéreos subpleurais, presentes em 20% a 36% dos pacientes pediátricos com SD, mas que costuma passar despercebida pela falta de sintomas específicos. APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente feminina de 45 anos, portadora de Síndrome de Down, solteira, sem atividade laboral. Em acompanhamento nesta instituição desde 1999 por bexiga neurogênica e hidronefrose bilateral, além de tosse produtiva crônica e, desde 2003, diabetes mellitus tipo II. Durante este período, foram registrados dois episódios de pneumonias. Sem histórico de cardiopatias congênitas e ecocardiografia demonstrando fração de ejeção normal, com relaxamento ventricular diminuído. Radiografia de tórax sem alterações óbvias. Na tomografia computadorizada de alta resolução do tórax, foram observados cistos aéreos de paredes finas, em posição subpleural, nos terços superior e médio dos pulmões, bilateralmente e de maneira simétrica. Estes cistos estavam dispostos predominantemente em camada única. Nos terços inferiores dos pulmões, estavam presentes dilatação e espessamento de brônquios, sendo também observado acúmulo de material intrabrônquico e a formação de opacidades centrolobulares em "árvore em brotamento". DISCUSSÃO: A correlação da Síndrome de Down com hipoplasia pulmonar e com cistos subpleurais é conhecida de acordo com relatos anteriores. Embora um achado inespecífico da SD, cistos subpleurais em crianças raramente são vistos em outras doenças. Na hipoplasia pulmonar da SD, o número de alvéolos é reduzido, os alvéolos têm menor superfície e há aumento no volume de ductos alveolares e dos alvéolos. Um menor ritmo de divisão celular observado nos alvéolos é condizente com uma menor capacidade de divisão também identificada em outros órgãos e tecidos destes pacientes. Assim, há uma redução da produção de espaço aéreo pulmonar. Ainda na população pediátrica, a associação de cardiopatia congênita, e a presença de cistos subpleurais, tem se mostrado um fator de mau prognóstico para a sobrevida dos pacientes com SD, e as complicações pulmonares infecciosas são uma das principais causas de morbimortalidade destes pacientes, em todas as faixas etárias. CONCLUSÃO: A existência de cistos pulmonares subpleurais na síndrome de Down já era conhecida e descrita na população pediátrica; entretanto, nesta revisão, não foram encontrados relatos na população adulta. Ao apresentarmos um caso de paciente adulta com síndrome de Down com cistos subpleurais na TCAR, e sem histórico que pudesse ser responsável por este achado, pode-se concluir que estão relacionados à SD e, desta maneira, os cistos próprios da SD devem ser incluídos no diagnóstico diferencial frente a cistos subpleurais nesta população.

PO289 PERFIL DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DPOC DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR) EM RELAÇÃO AO ÍNDICE DE BODE.

JOSIANE CHIESORIN VAINE MARCHIORO; DANIELLA PORFIRIO NUNES; LÊDA MARIA RABELO; RODNEY LUIZ FRARE E SILVA; MARIANE GONÇALVES MARTYNYCHEN CANAN; JAQUELINE DEZORDI DA SILVA; CAMILO FAORO; CLARISSA PEREIRA RIBEIRO.

HC UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BODE; DPOC; HC UFPR

Intrudução: O índice de BODE, um sistema de pontuação multidimensional apresentado em 2004, é atualmente a ferramenta prognóstica mais estudada no DPOC. Vários estudos o estão empregando para validá-lo, não apenas como indicador prognóstico, mas também como preditor de qualidade de vida, risco para exacerbações, avaliação de resposta à reabilitação pulmonar, entre outros. **Objetivo:** Este estudo objetiva traçar o perfil dos pacientes do ambulatório de DPOC do Hospital de Clínicas da UFPR, de acordo com o índice de BODE, para com isso apontar melhorias neste serviço, abrir perspectivas para novos estudos e conhecer mais a fundo a população com DPOC atendida em um hospital terciário. **Métodos:** Analisou-se retrospectivamente todos os 235 prontuários dos pacientes vinculados ao ambulatório de DPOC, buscando-se o índice de BODE. Os resultados foram analisados quantitativamente. **Resultados:** Dentro de um total de 235 pacientes, 52 deles tinham o BODE calculado. Os valores encontrados foram: 0 pontos= 9 (17,3%), 1 ponto= 4 (7,69%), 2 pontos= 8 (15,38%), 3 pontos= 7 (13,46%), 4 pontos= 6 (11,53%), 5 pontos= 3 (5,77%), 6 pontos= 7 (13,46%), 7 pontos= 4 (7,69%), 8 pontos= 3 (5,77%), 9 pontos= 0 (0%) e 10 pontos= 1 (1,92%). Os quartis foram de: 1= 40,38%, 2= 25%, 3= 19,23% e 4= 15,38%. **Conclusão:** Os pacientes distribuem-se de forma relativamente homogênea na pontuação do BODE, com discreto predomínio somando 6 pontos. Os quartis refletem a mesma distribuição, contrariando a idéia de que seriam encontrados apenas pacientes mais graves em um hospital terciário. O índice ainda está sendo aplicado ao restante dos pacientes, pois existem dificuldades técnicas em obter-se o teste de caminhada neste serviço.

PO290 CRIAÇÃO DA "ESCALA RAZÕES PARA FUMAR AMPLIADA\".

ELISA SEBBA TOSTA DE SOUZA[1]; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ[2]; JOSÉ ALEXANDRE DE SOUZA CRIPPA[3]; SONIA REGINA PASIAN[4].

1,3.: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 4.FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO - USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ESCALA; RAZOES PARA FUMAR

Introdução: Atualmente existem cerca de 1,3 bilhão de tabagistas no mundo e, segundo a Organização Mundial de Saúde, 5 milhões de pessoas morrem por ano mundialmente devido doenças provocadas pelo cigarro (Menezes 2004). A maioria dos fumantes, consciente dos males relacionados ao tabagismo, exprimem desejo de abandoná-lo, e eventualmente acabam tendo sucesso. Desta forma questiona- se as razões que levam os fumantes a perpetuar o vício. Ao que tudo indica, o ato de fumar envolve prazer, hábito e o vício farmacológico. Baseados nesta teoria, recentemente foi criada a "Escala Razões Para Fumar Ampliada", derivada a partir da validação da Modified Reasons for Smoking Scale (MRFS) ;desenvolvida por Berlin et al em 2003 e questões de outro instrumento de investigação clínica, o "Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives–WISDM-68 (Piper et al, 2004). A nova escala é composta por 25 questões que se agrupam em 9 diferentes fatores pelas quais as pessoas fumam. **Objetivos:** Validar para uso no Brasil, uma versão da escala Razões Para Fumar Modificada. Criação da Escala Razões para Fumar Ampliada. **Métodos:** As questões escolhidas do WISDM-68 foram intercaladas de maneira espaçada e aleatória em meio às questões do MRFS, resultando em um questionário inicial de 30 questões que se agrupavam em 10 fatores.. Foi realizada a tradução inicial e retrógrada, a adaptação cultural para língua brasileira e para testar a reprodutibilidade do instrumento a escala foi aplicada a 30 fumantes em duas ocasiões distintas num intervalo médio de 15 dias. Após foi aplicada para 311 doadores de sangue do hemocentro de Ribeirão Preto (214 homens; idade: 37,5 ±10,8 anos). **Resultados:** Quanto a reprodutibilidade a escala obteve desempenho adequado avaliado pelo Kappa ponderado (grau de confiabilidade: discreto em uma questão, moderado em 8 questões, substancial em 10 questões e quase perfeito em duas). Para os domínios foi utilizado teste de correlação intra-classes com valores acima de 0,7 em seis dos sete domínios. Para definir o melhor perfil de agrupamentos para as respostas foi utilizado o método de análise fatorial, com uma escala final de 25 questões que se agruparam em 9 fatores. **Conclusão:** A escala "Razões para Fumar Ampliada" é um instrumento inédito e parece ser capaz de investigar a influência de aspectos sociais e psicológicos na gênese e manutenção do tabagismo na população brasileira.

PO291 "ESCALA RAZÕES PARA FUMAR AMPLIADA": RELAÇÃO COM DEPENDÊNCIA A NICOTINA E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EM UMA AMOSTRA DE FUMANTES BRASILEIROS.

ELISA SEBBA TOSTA DE SOUZA[1]; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ[2]; JOSÉ ALEXANDRE DE SOUZA CRIPPA[3]; SONIA REGINA PASIAN[4].

1,3.: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 4.FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO - USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESCALA ; RAZÕES PARA FUMAR; CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Introdução: O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde mundial, contribuindo de maneira expressiva para o sofrimento das pessoas e prejuízo econômico das nações. As razões que levam um indivíduo a continuar fumando, apesar de ter consciência dos riscos para a sua saúde, são provavelmente variadas e não completamente conhecidas. Ainda que a dependência a nicotina desempenhe um papel fundamental nesse contexto, ela não parece justificar na totalidade a complexidade comportamental dos fumantes. A partir destes princípios criamos a "Escala Razões para Fumar Ampliada", com a finalidade de analisarmos a diferença entre os tabagistas e como provável ferramenta para a cessação do vício. A escala é composta por 25 questões que se agrupam em 9 diferentes fatores pelas quais as pessoas fumam. **Objetivos:**Avaliar a influência de características clínicas relevantes com os fatores relacionados ao tabagismo, encontrados na "Escala Razões para Fumar Ampliada". **Métodos:** A escala auto-aplicável, foi respondida por 311 doadores de sangue tabagistas, no Hemocentro de Ribeirão Preto (214 homens; média de idade: 37,5± 10,8 anos). Este processo foi supervisionado pela mesma pessoa. Eram considerados tabagistas quando fumavam pelos menos um cigarro a cada 48 horas. A média de cigarros diária foi de 15,3 (± 9,1). Esta escala é composta por 25 questões, que se agrupam em 9 diferentes fatores. Outras características foram analisadas na escala, como: sexo, idade, estado civil, anos de estudo, classe econômica, tempo de tabagismo, consumo tabágico diário, Fargenstron e nível de monóxido de carbono exalado. Os escores foram analizados pela MANOVA. **Resultados:** As seguintes análises estatísticas foram encontradas ($p \leq 0,05$): Dependência e menor idade (r= -0,11), consumo tabágico diário (r=0,36), Fargenstron e nível exalado de monóxido de carbono (r=0,29). Prazer de fumar e anos de estudo (r=0,11) e classe econômica (r=-0,15). Redução da tensão/relaxamento e sexo feminino, consumo diário tabágico (r=0,13) e Fargenstron. Estimulação e consumo diário tabágico (r=0,11) e Fargenstron. Hábito/automatismo e consumo diário tabágico (r=0,33), tempo de tabagismo (r=0,12), Fargenstron , e nível exalado de monóxido de carbono (r=0,19). Manuseio e sexo feminino, anos de estudo (r=0,11) e consumo diário tabágico (r=0,12).Tabagismo social e sexo feminino e Fargenstron. Controle de peso e sexo feminino. Associação estreita e sexo feminino, tempo de tabagismo (r=0,15), consumo diário tabágico (r=0,16), Fargenstron, e nível exalado de monóxido de carbono (r=0,13). **Conclusão:** A "Escala Razões para Fumar Ampliada" mostrou associação significante e coerente com fatores clínicos relacionados ao tabagismo.

PO292 AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE ASMA EM ADOLESCENTES DE POUSO ALEGRE -MG.

JOSÉ BENEDITO MORATO; CAROLINA CONROY; CLAUDINEI LEÔNCIO BERALDO; FERNANDA NUNES DE MORAES BERALDO; EUGÊNIO MAGALHÃES.

UNIVAS, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ADOLESCENTES; PREVALÊNCIA

Objetivo: Determinar a prevalência de asma e sintomas relacionados utilizando o protocolo do International Study of Asthma na Allergies in Childhold (ISAAC) em adolescentes de Pouso Alegre (MG). **Material e Métodos:** Estudo transversal, em que foram avaliados 336 escolares (13-14 anos) de Pouso Alegre (MG), selecionados por amostragem aleatória,conforme protocolo do

ISAAC. O questionário foi respondido pelos adolescentes em sala, na presença dos pesquisadores. **Resultados:** O número de questionários válidos devolvidos foi de 336(100%). A prevalência dos sintomas de asma nos adolescentes foi: sibilos alguma vez na vida em 46,4% dos adolescentes; sibilos nos últimos doze meses em 25,2%; quatro crises ou mais de sibilos nos últimos doze meses em 20,2%; sono perturbado por chiado em uma ou mais noites por semana em 19,9%; prejuízo na fala em 2%; asma alguma vez na vida em 10,4%; sibilos após exercícios físicos em 19,9%; tosse seca à noite em 28,5%. **Discussão:** A prevalência dos sintomas relacionados à asma em adolescentes de Pouso Alegre mostrou-se elevada, predominando entre as meninas. Observamos também que sintomas de gravidade de asma como crises no ultimo ano e sono perturbado por chiado se mostraram elevados. Apenas 10,4% compreendiam que tinham asma, sugerindo o subdiagnóstico da doença nesta localidade. **Conclusão:** A. No Brasil, os estudos regionais sobre a patologia também têm demonstrado uma prevalência elevada. Estes dados reforçam a necessidade de estudos regionais para o melhor entendimento da prevalência da asma no Brasil.

PO293 CT LUNG VOLUME MEASUREMENT FOR LOBAR LIVING DONOR LUNG TRANSPLANTATION. PEDIATR TRANSPLANT.

ELTON XAVIER ROSSO; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; KLAUS IRION; JOSÉ DE JESUS CAMARGO; FABRICIO BERGELT DE SOUSA; BRUNO HOCHHEGGER; LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; NELSON PORTO.
SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTATION; TOMOGRAPHY; LUNG

Objective: to describe the use of computed tomography (CT) volume quantification assessment of candidates for lobar living donor lung transplantation (LLDLT). **Methods:** six paediatric candidates for LDLLT and their donors were investigated with helical chest CT, as part of the pre-operative assessment. The CT images were analysed as per routine and additional post-processing with CT volume quantification was performed to assess volume matching between the lower lobes of the donors and respective lungs of the receptors. CT images were segmented by density and region of interest, using post processing software. Differences < 33% arbitrarily defined compatibility .**Results:** Compatible volumes were found in three cases. The other three cases were considered incompatible. All three recipents with compatible sizes survived the procedure and are alive and well. One patient with incompatible size was submitted to the procedure and died due to complications attributed to the incompatible volumes. One patient with incompatible size has subsequently grown and new measurements are to be taken to check the current volumes. Different donors are being sought for the remaining patient whose lung volumes were considered too big for the prospective transplant donor lobes. **Conclusion:** CT volume quantification is an easy to perform, non invasive technique that uses CT images for the pre-assessment of candidates for LDLLT, to compare the volume of the lower lobes

PO294 MEDIASTINUM ANATOMY USING 3DCT IMAGES TO FACILITATE THE UNDERSTANDING OF MEDIASTINUM IN PLAIN FILM.

ELTON XAVIER ROSSO; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; KLAUS IRION; JOSÉ DE JESUS CAMARGO; FABRICIO BERGELT DE SOUSA; BRUNO HOCHHEGGER; LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; NELSON PORTO.
SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINUM; PLAIN FILM; ANATOMY

Key Learning Objectives: To recognise important anatomical landmarks of mediastinum and its application for every day practice. **Description:** 3D images are created from helical CTscans.Authors identified important anatomical landmarks, which are not normally seen in CT images,for example the authours demonstrate the anterior mediastinum triangle, the azygo-oesophageal recess, the aorto-pulmonary window, the azygos vein arch and others. anatomical details of the chest x-rays and CT are also explored. 3D images are important to improve the understanding of the anatomy of the mediatinum and also useful for early reorganization of disease and improve staging of the cancers,hilar lyphadenopathy. At the end of the module, the reader is expected to have a clear undestanding of the major landmarks of the mediastinum and pulmonary hila and are expected to detect subtle changes that could indicate early abnormalities on plain films. **Conclusion:** Creating a tridimentional images of fecilitates recognizatin of important anatomy of the mediastinum. Recognization of anatomy is crucial for the identification of early signs of mediastinal or hilar mass or lymphadenopaty

PO295 THET TNM IN LUNG CANCER, MULTI-DETECTOR COMPUTED TOMOGRAPHY ASSESSMENT.

ELTON XAVIER ROSSO; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; KLAUS IRION; JOSÉ DE JESUS CAMARGO; FABRICIO BERGELT DE SOUSA; BRUNO HOCHHEGGER; LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; NELSON PORTO.
SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TOMOGRAPHY ; LUNG; TNM

Computed tomography (CT) provides the most detailed imaging information, hence it is generally used as a routine imaging procedure in the tumour, node, metastasis (TNM)-staging of patients with lung cancer. However, despite the continuously ongoing process of improvement in CT scanning in which today\'s CT scanners combine fast acquisition, fast data reconstruction and high detail, the technique has important limitations. The widespread use of multislice computed tomography (CT) has changed many aspects of CT. Review of examinations is no longer restricted to the traditional axial plane. The rapid speed of data acquisition and use of thinner collimation generate isotropic voxel data sets that allow excellent-quality multiplanar reconstruction (MPR) images to be produced. CT can, in some cases, very accurately show tumour extent within, and predict spread beyond the lung. However, the question of whether the tumour has invaded the chest wall or the mediastinum and, if so, whether it is still potentially surgically curable often remains unanswered. In addition, the only sign for predicting lymph node involvement using CT is enlargement. Many studies have shown that this sign is not very reliable. CT is also, with success, being used to evaluate distant metastases although other techniques such as ultrasound and magnetic resonance imaging can have similar or higher accuracies. In this pictorial review, we show the utility of CT in the staging of “T” of TNM system, with emphasis in the MPR reconstruction.

PO296 COMPUTED TOMOGRAPHY TO ASSESMENT OF PROGNOSIS IN PULMONARY SARCOIDOSIS, A SYSTEMATIC REVIEW.

ELTON XAVIER ROSSO; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; KLAUS IRION; JOSÉ DE JESUS CAMARGO; FABRICIO BERGELT DE SOUSA; BRUNO HOCHHEGGER; LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; NELSON PORTO.
SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSIS; TOMOGRAPHY; PROGNOSIS

Objective: To perform a systematic review of the literature regarding to evaluate the value of computed tomography (CT) in the prognosis of pulmonary sarcoidosis. **Materials And Methods**: A systematic review of the literature was performed by searching the Medline, Scielo, Cochrane, Lilacs (from January 1966 to december 2007) with the keywords, \"Computed tomography\" , \"prognosis\", \"Follow\" and \"survival\" . Studies were included if all of the following criteria were fulfilled: patients sarcoidosis, CT imaging was used as a diagnostic method, results of clinical or CT imaging follow-up were available, and study was written in English, Dutch, German, French, Spanish, Italian, Swedish, Danish, Polish and Japanese. The quality of each study was assessed by using a standardized criteria set. Results were compared with regard to study design. **RESULTS:** The search identified 1559 articles. The quality of the included studies was low. The two reviewers initially agreed the quality items. After the aplication of selection criteria 7 papers were included. All papers were performed with retrospective analises. The study population was generally small, and follow-up periods ranged from 4 months to 18 years. The total number osf patients included were 419. The prognostic meaning of ground glass opacities is indeterminated. Ground-glass opacities on HRCT scans can have an excellent prognosis in the patients with stage II of disease and in acute sarcoidosis seems to respond well to steroid therapy, even with complete remission.Therefore, some authors found, in a longest follow-up ,that Patients with a predominantly ground-glass opacity pattern and consolidation pattern seen on the initial CT scan had a worse prognosis and were susceptible to developing respiratory insufficiency. **Conclusion:** In general, the predominant patterns seen on the initial HRCT scan may be helpful in predicting the outcomes of patients with sarcoidosis.

PO297 DISSEMINAÇÃO LINFÁTICA NAS NEOPLASIAS TORÁCICAS, UM ENSAIO PICTÓRICO.

ELTON XAVIER ROSSO; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; KLAUS IRION; JOSÉ DE JESUS CAMARGO; FABRICIO BERGELT DE SOUSA; BRUNO HOCHHEGGER; LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; NELSON PORTO.
SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: NEOPLASIAS; DISSEMINAÇÃO; LINFÁTICA

Existem diferentes vias de drenagem linfática no tórax que são relevantes no estadiamento do câncer do pulmão, o câncer da mama, linfoma, câncer esofágico, e mesotelioma maligno. Para adequadamente avaliação e reconhecimento da disseminção metastática, é importante avaliar cuidadosamente as especificidades das cadeias nodais que recebem a drenagem linfática dos tumores em diferentes tecidos e sítios. Devido aos critérios de tamanho terem limitações na previsão do comprometimento linfonodal, o reconhecimento de cadeias que são mais frequentemente cometidas pode ser útil na suspeita diagnóstica. A tomografia computadorizada (TC) é, também, útil para ajudar o cirurgião ou radiologista intervencionista em determinar a abordagem mais adequada para amostragem das cadeias linfonodais. A tomografia por emissão positrons (PET), tem um papel crescente na detecção do comprometimento dos linfonodos que se apresentam normais na TC,este papel tem se elevado ainda mais pela aplicação dos PET-CT. No entanto, o papel do diagnóstico radiológico ultrapassa o estadiamento pré-operatorio e das orientações das intervenções, e inclui avaliação do pós-tratamento e detecção de doença recorrente. Portanto, identificar a relação da cadeia linfonodal com o tumor primitivo é essencial um devido juízo crítico sobre os gânglios linfáticos. Este ensaio pictorico demonstrará as vias de drenagem linfáticas das principais neoplasias torácicas, incluindo pulmão, mama, esofago e pleura. A reavaliação destas no seguimento das neoplasias será, também, demonstrado. Os casos tem foco no uso da TC multi-canais e reconstrucoes multiplanares, com exemplos em PET.

PO298 MR FINDINGS IN CHEST WALL DISEASE, A PICTORIAL REVIEW.

ELTON XAVIER ROSSO; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; KLAUS IRION; JOSÉ DE JESUS CAMARGO; FABRICIO BERGELT DE SOUSA; BRUNO HOCHHEGGER; LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; NELSON PORTO.
SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CHEST; DISEASE; WALL

Pathologic processes that may involve the chest wall include congenital and developmental anomalies, inflammatory and infectious diseases, and soft-tissue and bone tumours. Many of these processes have characteristic radiologic appearances that allow definitive diagnosis. Sternal deformities can be visualized at radiography and their severity quantified with computed tomography (CT). Tuberculosis typically manifests at radiography and CT as osseous and cartilaginous destruction and soft-tissue masses with calcification and rim enhancement. Actiniomicosis involving the chest wall manifests as pulmonary consolidations and permeative osteolytic changes of the rib and spine at CT and as an area of increased signal intensity at T2-weighted magnetic resonance (MR) imaging. Neurogenic tumors and hemangiomas also typically have high signal intensity at T2-weighted MR imaging. Lipomas are high signal in T1-weighted MR imaging. Condritis high signal in STIR sequences, are helpful in this diagnosis. Apparent mass extension or unequivocal bone destruction seen at CT or MR imaging may indicate chest wall involvement by lymphoma. Radiologically, soft-tissue sarcomas typically appear as areas of soft-tissue density or attenuation, often associated with necrotic areas of low density or attenuation. Chondrosarcoma frequently appears as a large, lobulated excrescent mass arising from a rib with scattered flocculent calcifications characteristic of its cartilaginous. In the MR, SAPHO syndrome can be suspected. The purpose of this Pictorial review is demonstrated the uses of diagnostic imaging in differential diagnosis of the chest wall disease, with focus in the MR findings.

PO299 FUNCTIONAL MRI OF THE LUNG USING HYPERPOLARIZED 3-HELIUM GAS.

ELTON XAVIER ROSSO; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; KLAUS IRION; JOSÉ DE JESUS CAMARGO; FABRICIO BERGELT DE SOUSA; BRUNO HOCHHEGGER; LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; NELSON PORTO.
SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: LUNG; FUNCTIONAL; HELIUM

Lung imaging has traditionally relied on x-ray methods, since proton MRI is limited to some extent by low proton density in the lung parenchyma and static field inhomogeneities in the chest. Magnetic resonance imaging of the lung has been advanced by the use of hyperpolarised (3)Helium as an inhaled gaseous contrast agent. This method provides high spatial and temporal resolution and lacks the potential side-effects of ionising radiation. Four different modalities have been established: 1. Spin density imaging studies the distribution of gas, normally after a single inhalation of contrast gas in inspiratory breath hold. 2. Dynamic cine imaging studies the distribution of gas with respect to regional time constants of pulmonary gas inflow. 3. Diffusion weighted imaging can exhibit the presence and severity of pulmonary airspace enlargement, as in pulmonary emphysema. 4. Oxygen sensitive imaging displays intrapulmonary oxygen partial pressure and its distribution. After introduction of MRI using hyperpolarized noble gases, a totally new field of MRI of the chest has rapidly evolved. These techniques reveal new functional information of the lungs, which could not be obtained before. We describes the underlying MR technology explaining distribution of static ventilation, dynamic distribution of ventilation, lung microstructure (apparent diffusion coefficient [ADC]), measurement of oxygen partial pressure (pO(2)), and safety. Therefore, the effort is report in normal lungs and the mainly focused diseases chronic obstructive pulmonary This pictorial review showfindings in helium MRI and report the normal and the principal patological findings and, until now, demonstrated in humans

PO300 EFEITO IMEDIATO DA TÉCNICA DE EXPIRAÇÃO FORÇADA (TEF) NA FUNÇÃO PULMONAR DE PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA, PRÉ E PÓS HOSPITALIZAÇÃO PARA DESINFECÇÃO

CAMILA ISABEL DA SILVA SANTOS; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO; ANDRÉ MORCILLO MORENO; MARIA ANGELA GONÇALVES DE OLIVEIRA RIBEIRO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; FISIOTERAPIA; PEDIATRIA

Introdução: A estase de secreções viscosas na FC causa infecção crônica e destruição pulmonar. Técnicas de fisioterapia respiratória têm sido usadas como coadjuvantes na terapêutica medicamentosa, para melhorar a higiene brônquica e a ventilação pulmonar. Em contrapartida, poucos trabalhos científicos têm comprovado o efeito da aplicação destas técnicas no momento da internação e na alta após antibioticoterapia (AI) para desinfecção. **Objetivo:** avaliar o efeito imediato da técnica de TEF sobre parâmetros espirométricos e cardiorrespiratórios de fibrocísticos, em exacerbação pulmonar aguda por Pseudomonas aeruginosa, no momento da internação para AI e na alta hospitalar. **Método:** Estudo clínico prospectivo, de corte transversal, realizado no Ambulatório de FC de um centro de referência brasileiro. Os pacientes foram submetidos à avaliação de gravidade da doença pelo escore de Shwachman (ES). No momento da internação para 14 dias de AI e na alta hospitalar, foram avaliados pela espirometria, saturação de oxigênio (SpO2), freqüências respiratória e cardíaca (FR e FC) antes e após a aplicação da técnica fisioterapêutica de TEF. Para análise dos dados, aplicou-se o teste de Wilcoxon e adotou-se um nível de significância de 0,05. **Resultados:** 18 pacientes (10 femininos) entre 7-28 anos (16,1+6,3); 14 com gravidade média ou moderada pelo ES. Na internação, os pacientes submetidos à TEF, apresentaram melhora imediata da FC (p=0,028), da FR (p=0,001) e da SpO2(p=0,015). Também tiveram redução significante da ventilação voluntária máxima (p=0,028). Após a desinfecção, a TEF não alterou significativamente os parâmetros avaliados. **Conclusão:** A TEF melhorou as variáveis cardiorrespiratórias dos pacientes em infecção iminente, e não teve o mesmo efeito após a desinfecção.

PO301 MANIFESTAÇÕES PULMONARES DA RETOCOLITE ULCERATIVA: RELATO DE CASO

JOSÉ LUCAS CAVALCANTE MOREIRA; EDSON GARRIDO DOS SANTOS JACINTHO; CIBELE SOUZA MAGALHÃES; SAULO ARRAES DOS SANTOS JACINTHO; DANIEL LUCENA DE AGUIAR; RAFAEL SILVA GUIMARÃES
UFMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA INTERSTICIAL; RETOCOLITE ULCERATIVA; BRONQUIECTASIA

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII) resultam da ativação inapropriada e contínua do sistema imune da mucosa pela presença da flora intestinal normal. Entre as DII, as mais comuns são a Retocolite Ulcerativa (RCU) e Doença de Crohn. Além da sintomatologia intestinal, mais da metade dos doentes apresentam manifestações extra-intestinais que podem evoluir com complicações e mesmo óbito. Diferentes manifestações pulmonares são relatadas na literatura. Os relatos de casos não são uniformes e descrevem várias entidades, como hiperresponsividade brônquica, bronquite e bronquiectasia, estenose traqueal inflamatória, pneumonite intersticial, bronquiolite obliterante e outras. **Objetivos:** Relatar um caso de manifestação pulmonar da RCU, contribuindo com a caracterização e tratamento adequado. **Relato de Caso:** AMF, feminino, negra, 58 anos, solteira, doméstica, natural de Viana – MA, residente em São Luís – MA, não tabagista ou etilista. Procurou auxílio médico após episódio de dispnéia e síncope. Realizou radiografia simples do tórax, que mostrou infiltrado intersticial difuso em ambos os pulmões. As hipóteses diagnósticas iniciais foram pneumonia intersticial por agente atípico ou BOOP. Na admissão, apresentava tosse produtiva, respiração ruidosa, rouquidão, dor e edema de membros inferiores. Informava tratamento de RCU há cinco anos com uso de sulfazalasina. Iniciou tratamento com levofloxacino 500 mg/dia e sulfazalasina 1,5 g/dia. Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) do tórax evidenciou bronquiectasias difusas com predominância nos lobos inferiores, infiltrado intersticial reticular e imagens em vidro fosco difuso e bilateral (Fig. 1). Três amostras para baciloscopia de escarro foram negativas. Broncoscopia revelou secreção purulenta e hiperemia das mucosas bilaterais, sinais de processo inflamatório da árvore brônquica. Lavado bronco-alveolar revelou colonização por Pseudomonas sp. sensível à amicacina, cefepime e ciprofloxacino. A espirometria mostrou CVF = 2,11L (81%), VEF1 = 1,58 (75%), FEF25-75% = 1,18L/s (55%), VEF1/CVF = 94% e prova broncodilatadora negativa. Na vídeo-laringoscopia foram observados secreção pós-nasal, fenda glótica em terço posterior das pregas vocais e secreção sobre as mesmas. A videocolonoscopia mostrou uma pancolite em atividade moderada. A dose de sulfazalasina foi aumentada para 3 g/dia. Nova TCAR, realizada oito dias após a primeira, mostrou clara melhora da bronquiectasia e do quadro inflamatório (Fig. 2). Iniciou prednisona 60 mg/dia. Prescritas vacinas anti-influenza e anti-pneumocóccica. Na alta hospitalar, a ausculta ainda apresentava roncos e creptos em bases pulmonares, com melhora substancial no radiograma pulmonar. Fisioterapia respiratória foi iniciada. **Conclusão**: A prevalência e características do acometimento pulmonar nas doenças inflamatórias intestinais ainda são inconsistentes. A equipe médica deve conhecer tais manifestações para instituir o tratamento correto rapidamente.

PO302 MAJOR CLINICAL IMPROVEMENT AND IGE DECREASE WITH OMALIZUMAB TREATMENT

JOSÉ MANUEL FERRAZ DE OLIVEIRA[1]; LUÍS ARAÚJO[2]; JOÃO FONSECA[3]; M. GRAÇA CASTEL-BRANCO[4]
1,4.HOSPITAL S. JOÃO, ALLERGY DIVISION, PORTO, PORTUGAL; 2.HOSPITAL S. JOÃO/FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF PORTO, ALLERGY DIVISION/IMMUNOLOGY DEPARTMENT, PORTO, PORTUGAL; 3.HOSP. S. JOÃO/FAC.OF MEDICINE, UNIVERSITY OF PORTO, ALLERGY DIVISION/CINTESIS/MEDICAL INFORMATICS, PORTO, PORTUGAL

PALAVRAS-CHAVE: OMALIZUMAB; PERSISTENT SEVERE ALLERGIC ASTHMA; TOTAL IGE

Omalizumab, a recombinant humanized monoclonal anti-IgE, is an approved treatment for moderate-to-severe allergic asthma that leads to a reduction in allergic symptoms, an increase in total IgE and a reduction in circulating free IgE serum levels. A 42 years old female with asthma since early childhood, rhino-conjunctivitis, food-allergy to raw-chestnut and latex-allergy with 2 anaphylaxis episodes at adulthood, hands\' contact dermatitis and previous specific immunotherapy to House Dust Mites (HDM) and grass pollen between the age of 10 and 21 was considered for omalizumab treatment. In February 2007, she presented allergic severe persistent asthma, 59% of predicted FEV1, positive skin prick tests (SPT) to HDM, grass pollen and latex, positive prick-to-prick test (SPPT) to raw-chestnut, positive patch test (PT) to nickel, cobalt and thimerosal, a total IgE of 1865 kU/L and specific IgE (kU/L) to D. pteronyssinus 46.9, D. farinae 30.8, Latex 17.4 and Dactylis glomerata19.8. She presented no abnormalities on chest X-Ray and CT Scan and a normal diffusion capacity. Regardless of optimized treatment (high dose inhaled corticosteroids (ICS) and Long-Acting Beta-Agonists (LABA), sustained released theophylline, ipratropium bromide and 4 mg oral metilprednisolone every other day) she needed 9 unscheduled appointments and 3 ER visits in last year and scored 5 (worst 5, best 25) in asthma control test (ACT). We decided to start omalizumab treatment, 375 mg Q2-week. After 16 weeks of treatment a great clinical improvement was noticed, with ACT rising to 20, no unscheduled appointments, no ER visits and no hospitalizations, despite medications reduction (withdraw from oral corticosteroids and ipratropium bromide, step-down to medium dose ICS + LABA). Body Mass Index (BMI) dropped from 32.9 to 28.4; total IgE fell to 594 KU/L. After 11 months, her clinical condition keeps improving, with no clinical exacerbations, a near to normal respiratory function (FEV1-75%), sustained weight loss (BMI 27.1), negative SPT to latex with reduction of specific IgE to Latex, negative SPPT to raw-chestnut, and PT positive only to cobalt. Total IgE remained stable (636 KU/L). As a conclusion we report an off-label omalizumab treatment (total IgE levels above those recommended) of a patient with severe systemic allergic disease that coursed with relevant improvement in symptoms, quality of life and immunological parameters and an unexpected decline of total IgE measured with ImmunoCAP 250 (Phadia®).

PO303 ABSCESSO PULMONAR COMO COMPLICAÇÃO DE ABSCESSO HEPÁTICO

JOSÉ RODRIGUES NETO; ANA CATARINA OLIVEIRA SOARES; MARCELO MENDONÇA TASSARA; CHRISTIANA MOURA LEITE DA SILVEIRA; GLÁUCIA VIANA BRANDÃO; RAQUEL FELISARDO ROSA; BRENO CYPRIANI RODRIGUES DA SILVA; MARINA BEATRIZ DEPAULI FERNANDES
SANTA CASA DE BH E CPG - CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DA FAC. CIÊNCIAS MÉDICAS MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ABSCESSO; PULMONAR; HEPÁTICO

Introdução: Os abscessos hepáticos piogênicos são encontrados após obstrução e infecção da árvore biliar, e associados a doenças de base como câncer e diabetes. As bactérias podem alcançar o fígado por diferentes vias: trato biliar, sistema porta, artéria hepática, foco séptico adjacente, iatrogenia. Em até 50% dos casos não se consegue identificar a causa do abscesso. Uma das complicações possíveis do abscesso hepático é a sua disseminação hematogênica à distância, notadamente para o pulmão. **Objetivo:** Descrever um caso de abscesso pulmonar como complicação de abscesso hepático piogênico. **Método: Relato de caso. Resultado:** Paciente de 65 anos de idade, portador de HAS e ICC prévios, que 02/2008 foi admitido na Santa Casa de BH com quadro de tosse com escarro purulento, febre, emagrecimento, queda do estado geral. Ao exame físico apresentava MVF diminuído em base HTX direito com creptações locais; hepatomegalia com dor leve em hipocôndrio direito. RX de tórax, à admissão, mostrava consolidação em 1/3 inferior HTX direito e atelectasias laminares adjacentes. Pensou-se em quadro de pneumonia obstrutiva sendo iniciado tratamento com levofloxacin e solicitada TC de tórax que evidenciou uma opacidade em lobo médio, pequeno derrame pleural à direita associado a atelectasia de regiões pulmonares adjacentes e, também, volumosa imagem hepática sugestiva de cisto hepático. Paciente manteve-se com picos febris e iniciaram-se crises de dor torácica ventilatório-dependente no HTX direito. Em novo RX de tórax, apareceu extensa lesão cavitada com nível hidroaéreo em lobo inferior do pulmão direito. Solicitada ultra-sonografia abdominal que mostrou hepatomegalia e grande imagem expansiva com características de abscesso hepático localizada em lobo direito do fígado. Iniciado, então, tratamento empírico com cefepime e metronidazol e foi solicitada punção do abscesso hepático guiado por ultra-sonografia. Após punção de material purulento fétido, foi colocado um dreno (pig tail) local e solicitada cultura da secreção que revelou crescimento de E. coli multissensível. Paciente evoluiu bem com o tratamento, recebendo alta hospitalar após 25 dias da punção do abscesso hepático. **Conclusão:** A maioria das complicações do abscesso hepático vêm da ruptura da lesão ou extensão para outros órgãos, seja por contigüidade ou via hematogênica. Em alguns estudos o envolvimento pleuro-pulmonar chegou a ocorrer em 15% dos casos. Os abscessos hepáticos

piogênicos são, geralmente, polimicrobianos, porém, Escherichia coli pode ser encontrada em até 2/3 dos casos. Com o avanço da propedêutica por imagem o diagnóstico ficou bastante facilitado. A combinação de drenagem percutânea do abscesso hepático e antibioticoterapia é o tratamento de escolha.

PO304 NÓDULO DE PULMÃO NA SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS

ROBERTINA PINHEIRO ROBERTO BARROS; JOÃO PAULO NUNES MAGALHÃES DE OLIVEIRA; RAIMUNDO LEITE DE ARAÚJO LIMA NETO
FMJ, JUAZEIRO DO NORTE, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; NÓDULO PULMONAR; CHURG-STRAUSS

M.N.A.D.,57 anos, sexo feminino,parda,natural e procedente de Crato-Ceará,costureira aposentada há 26 anos, tabagista durante 22 anos de 3 cigarros ao dia, parou há 25 anos, nega etilismo e é sedentária. Diagnosticada como asmática há 25 anos e tratada até 23 anos atrás com prednisona 10 a 20mg/dia, aminofilina e salbutamol oral. Há cerca de 5 anos controla parcialmente as crises com budesonida 800 mg/d e formoterol, usando 40 mg/dia em cursos de 7 a 10 dias quando faz exacerbação da asma. Há 2 anos queixa-se de crises asmáticas mais freqüentes e piora do controle diário das mesmas intercrises. Paciente relata ainda gastrite, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus há 12 anos; submetida à cirurgia de coluna em 2002 quando foi diagnosticada mal de Pott e fez tratamento com RIP por um ano; com quadro depressivo há 1 ano (usa aminotriptilina 25 mg/d). Paciente com quadro de rinossinusite crônica e uma abordagem cirúrgica do processo infecccioso paranasal. Há 6 meses houve piora do quadro respiratório com tosse, pigarro, expectoração amarelada, picos febris em dias alternados e piora da dispnéia e sintomas de fraquezas e cãimbras de MMII. Na investigação constatou-se um nódulo complexo em lóbulo direito da tireóide, leucograma de 7.780 e eosinofilia de 19.3%; um nódulo sólido, espiculado no pulmão direito. Naquele momento fazia uso de viagra para hipertensão arterial pulmonar, ácido fólico, omeprazol, aminotriptlina e captopril, além de budesonida 800mg dia e formoterol 24mg dia. Ao exame físico: EG regular, acianótica, anictérica, hidratada, normocorada. FR: 18ipm, MV diminuído em ápice esquerdo e abolido em base direita, com sibilo em ambos os hemitórax, FC: 76bpm, RCR em 2 tempos, bulhas normofonéticas. Primeiramente foi pensado em eosinofilia por parasitose intestinal e solicitado exame parasitológico de fezes e iniciado 5 dias de albendazol 400mg/dia. O parasitológico veio negativo e a eosinofilia não regrediu após o tratamento. Foi solicitada uma broncoscopia para avaliar eosinofilia periférica associada a nódulo de pulmão. O exame mostrou uma lesão sésil em brônquico intermediário direito O histológico constatou um intenso edema e infiltrado eosinofílico de 20% em mucosa. A uma cultura do lavado para Micobacterium tubercullosis. Paciente iniciou tratamento para tuberculose com esquema RIP regredindo os sintomas respiratórios de tosse, expectoração e desaparecendo a febre em 45 dias, porém com pouca melhora da dispnéia. Paciente após quatro meses do RIP, realizou TC de tórax e constatou-se que o nódulo havia sumido, porém permanecia com eosinofilia periférica de 24%, sendo levantada à hipótese de TB sobreposta a Churg-Strauss., pois a mesma apresenta mais de quatro critérios para suspeita desta vasculite.

PO305 RESECCIONES PULMONARES MAYORES VIDEO ASISTIDAS

JUAN CARLOS GARZON; LUIS JAIME TELLEZ; CAMILO OSORIO
FUNDACION CARDIO INFANTIL, BOGOTA, COLÔMBIA

PALAVRAS-CHAVE: LOBECTOMIA; VATS; TORACOSCOPIA, MÍNIMAMENTE INVASIVA, CÁNCER PULMONAR.

Objetivos: Realizar una descripción retrospectiva de los casos de lobectomía video asistida llevados a cabo en cuatro instituciones de cuarto nivel de Bogotá y definir el papel actual de este abordaje en los pacientes con indicación de cirugía resectiva pulmonar mayor en enfermedad benigna y maligna. **Pacientes y Métodos:** Se realizo una revisión retrospectiva de nuestros casos de lobectomía total toracoscópica efectuados entre el 1 de marzo de 2006 y el 1 de octubre de 2007. Se estudiaron 29 casos de los cuales 16 (55.1 %) fueron hombres y 13 (44.8%) fueron mujeres. Las indicaciones para cirugía fueron 18 (62%) pacientes por enfermedad maligna y 11 (38%) pacientes por enfermedad benigna. Todos los pacientes fueron operados con técnica cerrada de tres puertos y todos fueron operados por dos cirujanos torácicos. **Resultados:** Tuvimos 1 complicación intraoperatoria (3.4%) la cual se presento por una lesión inadvertida del tronco derecho de la arteria pulmonar. Cinco (17.2%) complicaciones peri-operatorias (hasta los primeros 30 días) que incluyeron: neumonía en dos pacientes, fuga aérea prolongada en uno, soporte ventilatorio prolongado en uno y tromboembolismo pulmonar masivo en otro. Tuvimos una complicación tardía (después de 30 días) dada por empiema tabicado que requirió decorticación video asistida. El índice de conversión a cirugía abierta fue de 10.3% (3 pacientes). La mortalidad perioperatoria fue del 6.8% dada por una paciente que presento tromboembolismo pulmonar masivo al cuarto día postoperatorio y otro paciente que presento neumonía y SDRA quien tenía una lobectomía contralateral previa. Dos pacientes fallecieron durante el seguimiento por enfermedad metastásica a los 7 y 10 meses. El tiempo quirúrgico promedio fue de 138 minutos (55 – 240) y el tiempo promedio para el retiro del tubo de toracostomía fue de 3.4 días (2-7). La estancia hospitalaria fue en promedio 4.5 días (2-14). **Conclusión:** La lobectomía pulmonar video-asistida es un abordaje efectivo en el manejo de los pacientes con lesiones pulmonares que requieren resección pulmonar mayor. Una corta estancia hospitalaria y un menor tiempo quirúrgico asociados a un bajo índice de complicaciones y mortalidad son datos que se comparan favorablemente con los publicados para la cirugía abierta. Los resultados aquí publicados sugieren que es un procedimiento seguro y su naturaleza mínimamente invasiva la convierten en el abordaje ideal para el manejo de estos pacientes.

PO306 TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA MEDIANTE LA DERIVACIÓN VENTRICULO-PLEURAL

JUAN TORRES[1]; ANTONIO RIOS[2]; MARIA JOSE ROCA[3]; ANDRES ARROYO[4]; PATRICIA MARTINEZ[5]; PATRICIA PASTOR[6]; AINHOA SANCHEZ[7]; MARIA RAMIREZ[8]
1.H UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA; 2.H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXCA, MURCIA, ES, ESPANHA; 3.H.UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA; 4.H.VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA; 5.H. VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA; 6,7,8.H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA

PALAVRAS-CHAVE: HIDROCEFALIA; DERIVACIÓN VENTRICULO-PLEURAL; DRENAJES TORACICOS

Introducción: La derivación ventriculoperitoneal constituye el procedimiento de elección para el drenaje del líquido cefalo-raquídeo en los pacientes con hidrocefalia. Otra derivacion como la ventrículopleural es una alternativa que se utiliza sólo en casos muy seleccionados, y que es raramente referida en los congresos del ámbito de la cirugía torácica. **Objetivo:** El objetivo es describir los resultados de la derivación ventriculopleural en nuestro servicio. **Pacientes y Métodos:** Entre 1988 y 2008 se han realizado 11 derivaciones ventriculopleurales en 10 pacientes con hidrocefalia. 8 eran hombres y 2 Mujeres , con una edad media de 16 años (5-30 años). Previamente habían llevado una derivación ventriculoperitoneal 9 pacientes , ventriculo peritoneal y ventriculopleural contralateral otro y una ventriculoatrial el caso restante. La indicación para la derivación pleural fue en 6 casos la presencia de adherencias peritoneales - ascitis, en 2 la infección de la válvula peritoneal con peritonitis, en 2 la obstrucción de la derivación ventricular previa, sospecha de infección pleural en la valvula ventrículo pleural previa. Se analizaron los resultados postoperatorios a corto (morbi-mortalidad precoz, a los 30 días) y a largo plazo (complicaciones tardías, a más de 30 días). **Resultados:** No hubo morbi-mortalidad postoperatoria precoz. 4 pacientes presentaron durante el seguimiento un derrame pleural, precisando uno de ellos drenaje mediante toracocentesis (1200 cc). Una válvula tuvo que ser retirada e insertada otra contralateral por sospecha no confirmada de infección pleural, no se han desarrollado síntomas de hidrocefalia durante el seguimiento. Tras un seguimiento de todos los casos, todas las derivaciones están funcionantes. Un paciente fue éxitus por una causa no relacionada con la derivación, a los tres años postcirugía. **Conclusiones:** La derivación ventriculo-pleural es una opción fácil y efectiva en pacientes jóvenes con hidrocefalia. En nuestra opinión, la derivación ventriculo-pleural constituye una alternativa válida en los casos donde el peritoneo ha perdido su capacidad de absorción bien sea por adherencias o infecciones recientes

PO307 DURACIÓN DEL DRENAJE PLEURAL EN EL NEUMOTÓRAX ESPONTANEO Y RECIDIVA

JUAN TORRES[1]; MARIA JOSE ROCA[2]; ANTONIO RIOS[3]; DIANA NAVAS[4]; PATRICIA MARTINEZ[5]; ANDRES ARROYO[6]; ELENA ROMERA[7]; ARANCHA GARCIA[8]

1.H UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA; 2.H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXCA, MURCIA, ES, ESPANHA; 3.H.UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA; 4.H.VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA; 5.H. VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA; 6,7,8.H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA

PALAVRAS-CHAVE: DRENAJE TORACICO; NEUMOTORAX; PLEURA

Introducción: La presencia de aire dentro de la cavidad pleural corresponde a una entidad clínica conocida con el nombre de neumotórax, siendo las causas invocadas en su producción múltiple, recibiendo por este hecho diferentes denominaciones. Se habla de Neumotórax espontáneo (N.E.) cuando no existe ningún antecedente traumático, yatrogénico u otra causa obvia. Desde un punto de vista clínico y terapéutico, la característica más importante del NE es su tendencia a la recidiva. El drenaje aspirativo, es el sistema normalmente aceptado para el tratamiento del NE en el primer episodio y debe cumplir un doble objetivo, por un lado evacuar el aire de la cavidad pleural y por otro evitar la recidiva, consiguiendo una reexpansión pulmonar estable y duradera. Entre un 30 y un 50% de los NE, recidivan, aunque esto va a depender de muchos factores, entre ellos la selección de los pacientes, el tipo de tratamiento y la duración del seguimiento. Esta recurrencia sucede en el 80% de casos durante el primer año. **Objetivos:** En el presente estudio hemos pretendido conocer la relación existente entre el tiempo de mantenimiento del drenaje, una vez cesó la fuga aérea, y la recidiva del NE, y cuando estaría justificado retirar el drenaje siguiendo un estudio prospectivo y randomizado. **Material y Método:** Desde el 3 de Febrero del 2000 hasta el 7 de Septiembre del 2002, se han seleccionado prospectivamente para el estudio, 60 pacientes diagnosticados consecutivamente de NE en su primer episodio. Fueron excluidos, aquellos que introducidos inicialmente, se trataron quirúrgicamente durante el episodio por fuga persistente u otra causa, su puesto fue ocupado por el siguiente caso. También se excluyeron los tratados en otro centro y enviados posteriormente. Se distribuyeron, aleatorizadamente, en cuatro grupos, según el tiempo transcurrido desde que dejó de fugar hasta la retirada del drenaje: 1 día, 2, 3 o 4, en Grupo I,II,III,IV. Todos fueron tratados mediante drenaje torácico de calibre 20 CH por vía axilar, y conectados a un sistema aspirativo de 20 cm de H2O, se comprobó radiológicamente la reexpansión pulmonar, con clampado previo del drenaje, y visualmente el cese de la fuga aérea antes de la retirada del mismo. En todos los casos se verificó radiológicamente la reexpansión tras la retirada. Todos fueron seguidos en su evolución. **Resultados:** 51 hombres y 9 mujeres. La edad media fue de 25,9 años (17-71 años). No hubo diferencias respecto del lado y 58 se clasificaron como primarios y 2 como secundarios. La recidiva global fue del 20 % (12/60) distribuyéndose por grupos: I:6,6%; II: 13,3%; III: 26,6 %; IV: 33,3 % En 34 pacientes la perdida aérea cesó a las pocas horas siendo la recurrencia del 20,6 % (7/34), en 14 fue de 24 horas recidivando el 28,6 % (4/14) en los 12 pacientes restantes solo se observo una recidiva, 8,33% Conclusion La recidiva del Neumotórax es independiente de la prolongación del mantenimiento del drenaje por más de 24 horas dese que cesó la fuga aérea, incluso en los casos con fuga aérea por más de 48 horas.

PO308 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE TUBERCULOSE NO ESTADO DO MARANHÃO NO ANO DE 2007

JULIANA LACERDA CAVALCANTE; ALESSANDRA PORTO PEREIRA GALDEZ; AMABLY PESSOA CORRÊA; ANA CAROLINE FONSECA ALVES; ANDRÉ LACERDA CAVALCANTE; CAROLINE ALMEIDA OLIVEIRA; ELINE PINHEIRO WEBA; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES

UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; EPIDEMIOLOGIA; CONTROLE

Introdução: A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada pelo Mycobacterium tuberculosis. É responsável por cerca de três milhões de óbitos e infecta quase nove milhões de pessoas por ano. A prevalência da tuberculose é maior em áreas de grande concentração populacional e precárias condições sócio-econômicas e sanitárias. Em áreas com elevada prevalência de infecção pelo HIV, vem ocorrendo estabilização ou aumento do número de casos e óbitos por tuberculose. A fonte de infecção é o indivíduo com a forma pulmonar da doença, eliminando bacilos para o exterior. A infecção é adquirida através da inalação de aerossóis e poeira contaminados. A doença pode se apresentar nas formas pulmonar, quando acomete diretamente o pulmão, e extrapulmonar, quando acomete outro local do corpo humano (como meninges, pleura, rins, gânglios, pele, olhos, aparelho genital, etc). A doença tem cura, desde que corretamente tratada. **Objetivo:** Estudar o perfil epidemiológico de tuberculose no Maranhão no ano de 2007. **Metodologia:** Estudo retrospectivo e descritivo utilizando dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão sobre os casos de tuberculose notificados no ano de 2007. Utilizaram-se as variáveis: sexo, faixa etária, classificação do caso e forma da doença para estudo. **Resultados:** Foram notificados 2909 casos de tuberculose no Estado do Maranhão no ano de 2007. Quanto à faixa etária, verificou-se que 12,78% (372) dos casos ocorreram em indivíduos com até 19 anos; 39,46% (1148) tinham entre 20 e 39 anos; 27,78% (808), 40 a 59 anos; e 19,98% (581) apresentavam 60 anos ou mais. Quanto ao sexo, 59,95% (1744) dos casos eram do sexo masculino e 40,05% (1165), do feminino. Os casos novos representaram 79,82% (2322) dos casos; as recidivas, 4,68% (136); e reingresso após abandono, 3,92% (114). Quanto à forma da doença, 91,13% (2651) dos pacientes apresentaram a forma pulmonar, 8,04% (234), extrapulmonar e 0,76% (22) apresentou associação de ambas. As cidades com maior número de casos foram: São Luís, com 25,51% (742); Imperatriz, 3,71% (108); Codó 2,95% (86); e São José de Ribamar 2,92% (85). **Conclusão:** Verificou-se a predominância dos casos no sexo masculino e na população adulta jovem. Observou-se alta incidência, prevalecendo a forma pulmonar. O número de casos nos maiores centros urbanos do Maranhão, caracterizados por número considerável de conglomerados, baixas condições de saneamento básico e maior desigualdade social, indica a necessidade de rigoroso controle da tuberculose, através de quimioprofilaxia, detecção precoce, adequadas medidas terapêuticas e tratamento supervisionado.

PO309 TUMOR CARCINÓIDE PULMONAR ATÍPICO

CLAÚDIA GOMES CORDEIRO; CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; IRACEMA FERREIRA SANDERS; MELÂNIO PAULA BARBOSA; JULIANA RODRIGUES E SILVA; CLARICE GUIMARÃES FREITAS

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: NEUROENDÓCRINO; RARO; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Unidade de Pneumologia do Hospital de Base do Distrito Federal **Introdução:** Os tumores carcinóides brônquicos são um grupo raro de neoplasias caracterizadas pela diferenciação neuroendócrina e comportamento relativamente indolente. Representam aproximadamente 1-2% de todas as neoplasias pulmonares em adultos. Estão localizados no brônquio principal em aproximadamente 70% dos casos. Podem ser divididos, de acordo com critérios histopatológicos, em carcinóides típicos, atípicos, carcinoma de células pequenas (diferenciado e indiferenciado). **Objetivo:** Relatar um caso de carcinóide atípico pulmonar. **Material e Método: Relato de caso. Resultados:** Mulher, 76 anos, não tabagista, apresentando há 35 anos tosse seca e há 4 meses hemoptise, sudorese noturna e perda ponderal. Realizou TC de tórax que demonstrou nódulo lobulado em segmento basal medial de lobo inferior do pulmão esquerdo, medindo 4,0 x 2,7cm. Na TC de abdômen foram encontrados nódulos hepáticos sólidos sugestivos de metástases. Foi submetida à broncoscopia que visualizou, à esquerda, estenose por provável compressão extrínseca, ocluindo óstio do segmento basal medial. Durante o procedimento foi colhido material para biópsia que foi compatível com tumor carcinóide atípico em lobo inferior esquerdo. Atendendo a desejo da paciente, optou-se pela não ressecção do tumor e acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Tumores carcinóides brônquicos são neoplasias raras que devem ser sempre incluídas no diagnóstico diferencial dos nódulos pulmonares. A classificação histopatológica é essencial para definição do tratamento e prognóstico do paciente.

PO310 PREVALÊNCTIA DE TUBERCULOSE NA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA (INTERNAÇÃO) DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

JULIANA RODRIGUES E SILVA; CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; CLARICE GUIMARÃES FREITAS; MELÂNIO PAULA BARBOSA; TEREZINHA SOCORRO LIMA; NANCILENE GOMES MELO; CLÁUDIO LUIZ VIEGAS
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PREVALÊNCIA ; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL; EXAMES ESPECIALIZADOS

Instituição: Unidade de Pneumologia do Hospital de Base do Distrito Federal **Introdução:** A tuberculose no Brasil continua sendo um problema de saúde pública. A dificuldade para seu diagnóstico é diretamente proporcional às condições de saúde da população e das técnicas laboratoriais usadas para detectá-la. Lesões de difícil definição radiológica, com manifestações clínicas incomuns, ausência do BK no escarro e anergia à tuberculina, associado ou não a derrame pleural, exigem a realização de exames especializados. A Unidade de Pneumologia-HBDF, por sua complexidade, recebe pacientes com estas características. Lesões mimetizando neoplasias e derrames pleurais indefinidos são comuns. Os pacientes com baciloscopia positiva no escarro são encaminhados para os serviços de tisiologia. **Objetivo:** Estimar a prevalência de tuberculose na enfermaria da Unidade de Pneumologia do HBDF no período de fevereiro de 2007 a fevereiro de 2008. **Material e Métodos:** Foram analisados trinta e sete prontuários de pacientes internados na enfermaria de Pneumologia com suspeita clínica e radiológica de tuberculose intra e extra-pulmonar e com baciloscopia de escarro negativa para BK, através de punção-biópsia de pleura, broncoscopia e mediastinoscopia. Resultados: Nesse período foram internados 246 pacientes, dos quais trinta e sete tiveram diagnóstico diferencial de tuberculose, sendo trinta e quatro com derrame pleural e três com lesões parenquimatosas. A biópsia pleural associada à análise do liquido pleural confirmaram o diagnóstico de tuberculose em oito doentes, de derrame pleural metastático em sete, de empiema em quatro, ficando oito indeterminados. Entre os pacientes com lesão parenquimatosa, um teve diagnóstico de abscesso pulmonar bacteriano e nos dois restantes foi confirmada a presença de tuberculose pela análise de material obtido por broncoscopia e mediastinoscopia. **Conclusão:** O diagnóstico de tuberculose ainda é um desafio para os serviços de saúde quando a baciloscopia do escarro é negativa. Exames especializados trouxeram bom rendimento para o diagnóstico definitivo da doença em nossas enfermarias.

PO311 CRIPTOCOCOSE EM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE DOIS CASOS

JULIANA RODRIGUES E SILVA; CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; MELÂNIO PAULA BARBOSA; CLÁUDIO LUIZ VIEGAS; TEREZINHA SOCORRO LIMA; LUIZ CARLOS LOPES; CLARICE GUIMARÃES FREITAS
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: IMUNOCOMPETENTE; FORMA PSEUDOTUMORAL; BRONCOFIBROSCOPIA

Introdução: Criptococose é uma micose sistêmica, de distribuição mundial, também conhecida como Blastomicose Européia que acomete preferencialmente o SNC e em segundo o pulmão. Predomina em jovens do sexo masculino.Tem como etiologia o Criptococcus neoformans que se encontra principalmente em fezes das aves. Incide freqüentemente em imunocomprometidos. **Objetivo:** Relatar dois casos de criptococose em imunocompetentes. **Material e Métodos: Relato de casos Resultados: Caso 1:** Mulher, 28anos, ex-tabagista,apresentando há dois meses dor em região infraescapular direita, associada a febre não aferida, hemoptise e cefaléia. Foi tratada durante um mês com antibiótico sem melhora em outro serviço e transferida à Unidade de Pneumologia-HBDF. Referia que fazia limpeza de gaiolas(pássaros) durante sete meses. Exame físico: ausculta pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular à direita sendo o restante sem anormalidades. Exames laboratoriais normais exceto pelo aumento de PCR. PPD não reator. Pesquisa de BAAR no escarro negativa. Os exames de imagem evidenciavam massa de contornos regulares em 1/3 médio do pulmão D com densidade e realce heterogênio pelo contraste, notando-se focos hipodensos de permeio, no segmento superior do LID em contato com a superfície pleural posterior, sem linfadenopatia mediastinal. A broncoscopia foi normal. Ausência de BAAR no escovado e no lavado brônquico. Biópsia transbrônquica mostrou presença de Criptococcus. Foi iniciado fluconazol 400mg/dia com melhora clínica e radiológica. **Caso 2:** Homem, 44 anos, ex-tabagista, admitido com dor torácica para-vertebral que piorava com movimento há 20 dias. Exame físico e laboratorial sem anormalidades. Os exames de imagem do tórax mostraram massa sólida em periferia de segmento apical posterior de lobo superior direito. O material colhido através da broncoscopia e da biópsia transtorácica foram inclusivos. Submetido a lobectomia direita, com resultado de Criptococose pulmonar. Encontra-se em uso de fluconazol. **Conclusão:** O diagnóstico de criptococose, forma pseudo-tumoral, é possível em paciente imunocompetente, devendo-se sempre pensar na broncofibroscopia na avaliação inicial destes pacientes.

PO312 SÍNDROME DE PANCOAST CAUSADA POR CÂNCER DE PULMÃO

JULIANA RODRIGUES E SILVA; CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; LUIZ JEAN XIDIS; NANCILENE GOMES MELO; CLAÚDIA GOMES CORDEIRO; CLARICE GUIMARÃES FREITAS; MELÂNIO PAULA BARBOSA
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS ; SÍNDROME DE CLAUDE-BERNARD-HORNER ; SÍNDROME DE PANCOAST

Unidade de Pneumologia –HBDF **Introdução:** Os tumores de sulco superior ou de Pancoast constituem-se de lesões localizadas no sulco superior do pulmão, geralmente causadas por carcinoma não-pequenas células. Os principais sintomas são devido ao seu comportamento localmente invasivo. A síndrome de Pancoast constitui-se de dor no ombro e braço, fraqueza, parestesia e possível atrofia das mãos. A síndrome de Claude-Bernard-Horner caracteriza-se por miose, ptose, anidrose e enoftalmia. **Objetivo:** Relatar um caso clássico de Síndrome de Pancoast. **Material e Médotos: Relato de caso Caso:** Mulher, 50 anos, ex tabagista, apresentando há 2 meses dor em ombro com irradiação para membro superior direito, parestesia em face quirodáctilos direitos e tosse□ e 5□,4□medial de antebraço e 3 produtiva com hemoptóicos. Ao exame físico mostrava ptose palpebral direita, murmúrio vesicular com sibilos e estertores sub-crepitantes em ápice de hemitórax direito e paresia de membro superior direito com predomínio distal e hiporreflexia. As imagens do tórax evidenciaram massa expansiva lobulada paratraqueal em ápice pulmonar direito, envolvendo veia braquiocefálica, estando em contato com parede lateral da traquéia e nódulo em LID, com linfoadenopatia em cadeia pré-traqueal. A tomografia abdome era normal. Cintilografia óssea normal. Broncoscopia normal. Lavado brônquico e escarro para citologia oncótica positivo para malignidade sendo sugestivo com carcinoma não pequenas células do tipo Epidermóide. Biópsia transbrônquica negativo para neoplasia. Eletroneuromiografia de membros superiores mostrou comprometimento ganglionar de C8/T1 direito antigo, com sinais desnervatórios atuais e recrutamento diminuído. Encontra-se em tratamento radioterápico. **Conclusão:** A síndrome de Pancoast apresenta desde etiologias infecciosas até neoplásicas. O tumor de Pancoast possui reservado prognóstico reservado e o tratamento de escolha é radioterapia seguido de cirurgia. No caso descrito a etiologia foi carcinoma de pequenas células do tipo epidermóide, sendo o mais freqüente, porém devemos lembrar da importância do diagnóstico anatomopatológico preciso e em casos de dúvida a necessidade de realizar o estudo imuno-histoquímico.

PO313 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR POR TROBOEMBOLISMO CRÔNICO COMPLICADO COM ASPERGILOMA PULMONAR

JULIANA RODRIGUES E SILVA; CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; JEFFERSON FONTINELE SILVA; MELÂNIO PAULA BARBOSA; CLARICE GUIMARÃES FREITAS
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO ARTERIAL ; ASPERGILOMA; HEMOPTISE

Introdução: O Tromboembolismo Pulmonar crônico (TEP) é caracterizado pela presença de trombo por mais de 3 meses após o evento embólico inicial, devido a defeito na fibrinólise. Cerca de menos de 1% dos episódios de tromboembolismo agudo evoluem para a forma crônica e somente 0,5 - 4% desenvolvem hipertensão arterial pulmonar. O aspergiloma pulmonar ocorre quando existe uma cavidade pré-existente decorrente principalmente de tuberculose pulmonar. Sua ocorrência no tromboembolismo é rara. **Objetivo:** Relatar um caso raro de Hipertensão Pulmonar por TEP crônico complicado por aspergiloma de difícil manuseio. **Material e Métodos: Relato de caso Resultado:** Homem de 57 anos, pardo, casado, natural de Minas Gerais há 3 anos apresentando tosse produtiva e episódios de hemoptise leve e há 1 ano dispnéia aos médios esforços. Tratado para pneumonia durante 15 dias sem melhora. No exame físico exibia pulsos pediosos filiformes, sobretudo em

MID. A radiografia de tórax mostrou infiltrado intersticial em base pulmonar direita e aumento do volume cardíaco. A TC evidenciou tromboembolia pulmonar crônica, com sinais de hipertensão arterial pulmonar, além de lesão cavitária no lobo inferior direito, com nódulo sólido móvel à mudança de decúbito, compatível com aspergiloma. O ecocardiograma mostrou câmeras direitas dilatadas, com importante aumento da PSAP, estimada em 109mmHg. O ecoDoppler de membros inferiores demonstrou trombose venosa crônica, parcialmente recanalizada e sem refluxo em veias femorais e poplíteas, bilateralmente. A Espirometria evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo leve com resposta ao BD, com difusão do CO e volumes normais. A Broncoscopia foi normal, sem sinais de sangramento. A investigação para trombofilia foi normal, exceto por elevação discreta da homocisteína. Encontra-se em tratamento com antifúngico e anticagulante profilático subcutâneo, sendo programada ressecção do aspergiloma. **Conclusão:** A hipertensão arterial pulmonar e o tromboembolismo crônico são importantes causas de morbimortalidade, sendo necessária a anticoagulação permanente e endarterectomia em casos especiais. O aspergiloma em cavidade pré-existente por infarto pulmonar é entidade rara, necessitando conduta cirúrgica em paciente com hemoptise recorrente. No caso exposto, houve dificuldade no manuseio devido à necessidade de anticoagulação em presença do aspergiloma com indicação cirúgica, que por sua vez apresenta alta morbidade em pacientes com hipertensão arterial pulmonar e tromboembolismo crônico.

PO314 MEDIASTINITE AGUDA: RELATO DE UM CASO DE EVOLUÇÃO FAVORÁVEL

MARIA DA PENHA UCHOA SALES[1]; FLAVIANA XAVIER PORTELA[2]; JOSÉ ENÉAS FILGUEIRA NETO[3]; CYNTIA MARIA SAMPAIO VIANA[4]; EANES DELGADO BARROS PEREIRA[5]; RICARDO COELHO REIS[6]; JUVENCIO PAIVA CÂMARA JR[7]

1,2,3,4,6,7.HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MEDIATINITE; INFECÇÃO MEDIASTINAL; COMPLICAÇÃO DE ESTERNOTOMIA

Introdução: A mediastinite aguda é um processo inflamatório do tecido conectivo do mediastino associada principalmente a complicação cirúrgica, pós-esternotomia mediana, ruptura do esôfago e supurações da cabeça e pescoço. Apresenta baixa incidência, porém alta morbi-mortalidade, 15,4 a 50%. **Objetivo:** Descrever um caso de mediastinite de evolução favorável, sem evidências de complicação. **Métodos:** Relato de caso realizado através da revisão de prontuário de um paciente internado no Hospital Carlos Alberto Studart Gomes – Hospital de Messejana, em maio de 2008. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 57 anos, corretor, natural e procedente de Fortaleza-CE, casado, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus e doença do refluxo gastroesofágico. Procurou assistência médica com história de três dias de tosse e dor retroesternal que piorava com deglutição, respiração e tosse, e se irradiava para o dorso. Negava febre. Na admissão, apresentava-se com intensa dor à palpação em região torácica anterior esquerda, edema doloroso em região supra-esternal e cervical. Restante do exame físico era normal. A radiografia de tórax mostrou alargamento de mediastino e a tomografia revelou massa de tecidos moles com aspecto de linfonodomegalias coalescentes exibindo componente de necrose, comprometendo a região cervical inferior descendo pela abertura superior do tórax para as cadeias linfonodais para-traqueais superior e inferior bilateralmente, envolvendo traquéia e vasos mediastinais. Os exames laboratoriais eram normais com exceção das glicemias que se encontravam elevadas Foi utilizado ceftriaxona durante doze dias, sem melhora clinica, sendo indicado punção aspirativa, que revelou conteúdo purulento, com conseqüente realização de drenagem. Na evolução, apresentou melhora clínica e radiológica significativa após realização de drenagem e modificação do esquema antibiótico. **Conclusão:** A mediastinite é uma patologia grave de evolução desfavorável e potencialmente fatal. A relevância do relato deste caso deve-se ao fato de que apesar da extensão do comprometimento mediastinal, houve evolução favorável com reversão completa das alterações radiológicas e dos sintomas após realização de drenagem cirúrgica e tratamento antibiótico. Vale ressaltar, também, a semelhança da imagem tomográfica com o carcinoma de pequenas células.

PO315 SÍNDROME DO PULMÃO ENCOLHIDO: UMA CAUSA DE DOR TORÁCICA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

JÚNIA RIOS GARIB; PAULA GRISOLIA OLIVEIRA NETTO SOARES; PATRICIA GANDINI AMARAL; RAFAELLE CRISTINE BATISTA OLIVEIRA

FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LÚPUS ERITEMASO SISTÊMICO; DOR TORÀCICA; PULMÃO ENCOLHIDO

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida, em que se observa frequentemente acometimento de múltiplos órgãos. Cinqüenta por cento dos pacientes com LES apresentam manifestações pleuropulmonares, incluindo o envolvimento das vias aéreas superiores, o parênquima pulmonar, os vasos pulmonares, a pleura e os músculos respiratórios. **Objetivo:** Descrever o caso clínico de uma paciente portadora de LES com queixa de dor torácica ventilatório-dependente relacionada à síndrome do pulmão encolhido (SPE). **Método: Relato de Caso. Resultados:** Paciente de 43 anos, portadora de LES com queixa importante de dor torácica anterior ventilatório-dependente com aproximadamente 12 meses de evolução associada à dispnéia aos médios esforços. Em uso regular de prednisona, hidroxicloroquina, omeprazol, cálcio e vitamina D, além de paroxetina e diazepam. Foram realizadas radiografia e tomografia computadorizada do tórax mostrando redução volumétrica dos pulmões, elevação das cúpulas diafragmáticas e atelectasias laminares em bases. Na espirometria havia distúrbio ventilatório restritivo moderado. As medidas de pressão inspiratória máxima e pressão expiratória máxima encontravam-se reduzidas. O tratamento consistiu no uso de analgésicos, antiinflamatórios e fisioterapia respiratória com melhora sintomática. A corticoterapia e/ou imunossupressão não foram utilizadas em função do longo período de instalação dos sintomas, além dos resultados controversos da literatura. **Conclusão:** A SPE, embora rara, deve ser lembrada como uma possibilidade diagnóstica em pacientes lúpicos com sintomas de dispnéia e dor torácica pleurítica. **Referências Bibliográficas:** Warrington KJ, Moder KG, Brutinel WM. The shrinking lungs syndrome in systemic lupuserythematosus. Mayo Clin Proc 2000;75(5):467-72 Karim MY, Miranda LC, Tench CM, Gordon PA, D\'cruz DP, Khamashta MA, Hughes GR. Presentation and prognosis of the shrinking lung syndrome in systemic lupus erythematosus. Semin Arthritis Rheum 2002;31(5):289-98. Laroche CM, Mulvey DA, Hawkins PN, Walport MJ, Strickland B, Moxham J, Green M. Diaphragm strength in the shrinking lung syndrome of systemic lupus erythematosus. Q J Med. 1989;71(265):429-39. Rubin LA, Urowitz MB. Shrinking lung syndrome in SLE—a clinical pathologic study. J Rheumatol 1983;10(6):973-6. Forns X, Font J, Montserrat JM, Ingelmo M. Functional abnormality of the diaphragm in the \"shrinking lung\" in systemic lupus erythematosus Rev Clin Esp 1993;193(4):176-8

PO316 TUBERCULOSE PLEURAL MANIFESTANDO-SE COMO INTENSO ESPESSAMENTO PLEURAL DIFUSO: RELATO DE CASO

NAIENE GOMES GORDO STECCA; KARIN MUELLER STORRER; ROBERTA PULCHERI RAMOS; LILIAN TIEMI KURANISHI; DANIELE MENEZES TORRES; DANILO FELIX DAUD; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; ALEX MACEDO

UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; ESPESSAMENTO PLEURAL; TUBERCULOSE PLEURAL

Introdução: A tuberculose pleural é uma situação relativamente freqüente em nosso meio e ocupa o primeiro lugar entre as formas extra-pulmonares desta afecção. Como toda infecção pleural, a tuberculose tem a capacidade de desenvolver seqüelas, geralmente representadas por espessamento de serosas. A intensidade do espessamento esta ligada a carga de produção local de interleucinas, bem como o tempo de exposição do tecido pleural a elas. Alguns autores valorizam a idade avançada e a quantidade de liquido pleural no inicio da doença como fatores determinantes de seqüelas. O presente trabalho apresenta um caso de tuberculose pleural, com diagnóstico tardio e consequentemente importante espessamento pleural. **Relato de Caso:** Um homem de 36 anos, branco, casado, procedente Peruíbe-SP, vigilante, previamente hígido, procurou nosso serviço queixando-se de dor em hemitórax direito há 6 meses, contínua, não ventilatório dependente, sem irradiação, sem fatores de melhora ou piora, moderada intensidade, associada a tosse seca esporádica, sudorese freqüente e perda ponderal de 10Kg no período, sem

febre. Não era tabagista ou etilista. Ao exame físico estava em bom estado geral, eupneico em repouso, acianótico, com murmúrio vesicular presente e diminuído em base de hemotórax direito, sem ruídos adventícios, saturação de pulso 97% em ar ambiente. Não havia alteração no restante do exame físico. A radiografia de tórax evidenciou opacidade homogênea no terço inferior do hemitórax direito. A tomografia contrastada de tórax mostrou espessamento difuso de pleura parietal, mediastinal e diafragmática, maior que 2 cm, discretamente irregular, com ausência de lifonodomegalias e líquido. Foi realizada biópsia pleural por minitoracotomia, a o anatomopatológico mostrou granulomas com necrose caseosa e pesquisa para bacilo álcool ácido resistente positiva, mostrando tratar-se de tuberculose pleural. Iniciado então tratamento com esquema I, e atualmente o paciente encontra-se assintomático. **Discussão:** A tuberculose pleural tem alta incidência em nosso meio e, provavelmente, é uma das principais causas de espessamento pleural pois a maior parte dos casos não é diagnosticada. Em cerca de 60% dos casos a doença é autolimitada e os sintomas clínicos retrocedem, passando o paciente por um período de normalização do processo. Porém, nestes casos, o espessamento pleural normalmente é importante podendo levar a alterações na função pulmonar. Além do não tratamento, a demora do diagnóstico e início do tratamento também parecem influir nesta complicação. A questão de esvaziar ou não os derrames com o objetivo de diminuir o espessamento ou a administração de corticóides com o mesmo intuito não encontra grandes estudos com qualidade técnica na literatura. **Conclusão:** Pode-se inferir com este caso que o tempo entre o inicio dos sintomas e o diagnóstico desta afecção foi provavelmente o fator mais importante para o desenvolvimento da magnitude deste espessamente pleural, salientando-se a importância do diagnóstico precoce para se evitar situações que podem levar a seqüelas importantes para tais pacientes.

PO317 EFEITO DO TABAGISMO E ALCOOLISMO NO CRESCIMENTO CORPÓREO, PULMONAR E NA COMPLACÊNCIA DO PULMÃO ISOLADO DE RATO

A LUCIANA MAGNANI[1]; DANIELE CRISTINA CATANEO[2]; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO[3]; MARCOS VINÍCIUS CATANEO PANCIERI[4]

1,3.ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2,4.PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ÀLCOOL; TABACO; COMPLACÊNCIA PULMONAR

Introdução: Apesar da alta incidência de doença pulmonar aguda e crônica em etilistas, ainda pouco se sabe sobre os efeitos do álcool nos pulmões. Estudos experimentais em animais têm mostrado que metabólitos do álcool se acumulam nos pulmões e que a injeção intraperitoneal de álcool pode produzir alterações histoquímicas no tecido pulmonar. Ainda acredita-se que o álcool pode tornar os pulmões mais susceptíveis aos efeitos da injúria induzida pelo tabagismo. **Objetivos:** Investigar o efeito do tabaco e do álcool no crescimento corpóreo, pulmonar e na complacência do pulmão isolado em ratos. **Métodos:** Cento e vinte ratos foram divididos em 4 grupos: Controle (C), Álcool (A), Tabaco (T) e Tabaco + álcool (TA). Os animais do grupo A receberam solução de etanol diluído a 30º GL em substituição a água. O grupo T foi exposto a fumaça de 10 cigarros por 30 minutos por dia e os animais do grupo TA recebiam etanol e exposição a fumaça semelhantes aos grupos anteriores. Ao final de 260 dias foram estudadas as seguintes variáveis: massa e comprimento do animal, massa e volume pulmonares, capacidade pulmonar total do pulmão isolado infundido a 20 cmH2O de pressão (CPT) e complacência do pulmão isolado (C=CPT-V/20). Foi utilizada a análise estatística de variância no esquema fatorial com nível de significância de 5%. **Resultados:** A massa e o comprimento dos animais de todos os grupos experimentais foram menores que as do grupo controle, existindo uma tendência do grupo TA ser menor que todos. Os grupos que ingeriram álcool (A e TA) tiveram massas pulmonares menores que os outros grupos. Os grupos expostos ao tabaco (T e TA) tiveram CPT e C menores. **Conclusão:** Tanto o tabaco quanto o álcool tiveram influência negativa no crescimento do animal, mas o crescimento pulmonar foi afetado somente pelo álcool, enquanto a complacência pulmonar foi afetada somente pelo tabaco.

PO318 ESTUDO ECOCARDIOGRÁFICO EM RATOS EXPOSTOS À FUMAÇA DE CIGARRO E AO ÁLCOOL

KARLA LUCIANA MAGNANI[1]; BEATRIZ MATSUBARA[2]; CRISTIANA MARIA MUBBACH FREIRE[3]; DANIELE CRISTINA CATANEO[4]; SÉRGIO ALBERTO RUPP DE PAIVA[5]; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO[6]

1.ALUNA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2,5.DISCIPLINA DE CLÍNICA MÉDICA GERAL DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3.ALUNA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOPATOLOGIA EM CLÍNICA MÉDICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4,6.PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ÀLCOOL; TABACO; ECOCARDIOGRAMA

Introdução: O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco para doença arterial coronariana ou periférica. O consumo severo do álcool promove elevação dos níveis pressóricos arteriais sistêmicos, hipercoagubilidade, predisposição a arritmias, dano direto ao miocárdio e há elevação dos riscos ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. **Objetivo:** Estudar a associação do tabaco e álcool em algumas variáveis cardíacas morfológicas e funcionais, através da ecocardiografia, em ratos. **Métodos:** Sessenta ratos machos Wistar (180-200g) foram divididos em 4 grupos: Controle(C); Alcoolista(A), Tabagista(T) e Alcoolista e Tabagista(AT). GL em substituição a□O grupo A recebia solução de etanol diluído a 30 água, o grupo T era exposto a fumaça de 10 cigarros/30 min/dia e o grupo AT recebia a solução de etanol + exposição ao tabaco. Após 180 dias, os animais foram submetidos a estudo ecocardiográfico morfológico e funcional, para obtenção das seguintes variáveis: diâmetro do átrio esquerdo(DAE); diâmetro da artéria aorta(DAO); diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo(DDVE); espessura da parede posterior do ventrículo esquerdo(EPVE); índice de massa do ventrículo esquerdo (IMVE=DDVE/EPVE), diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo (DSVE); fração de ejeção(FE); encurtamento sistólico(ENC%); débito cardíaco(DC); índice cardíaco (IC); velocidade do fluxo sanguíneo na aorta(VAO); freqüência cardíaca (FC); tempo de relaxamento isovolumétrico(TRI); onda E(E); onda A (A). Após o Doppler-ecocardiograma, os ratos foram pesados e a seguir sacrificados e analisadas as variáveis corporais: peso do coração (Pcor) e dos ventrículos direito(PVD) e esquerdo(PVE), úmidos e secos. A análise estatística foi realizada por meio da aplicação do Teste de ANOVA de 2 fatores, ajustados para o peso corporal pelo Teste de ANCOVA. Todos os valores foram expressos como média ± desvio padrão, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Houve interação entre a exposição ao álcool e ao tabaco nas seguintes variáveis: Pcor(p=0,001); PVE(p<0,001); PVD(p=0,003); EPVE(p<0,001); DDVE/EPVE(p=0,002); sem alterações funcionais sistólicas ou diastólicas significativas. O tabagismo resultou hipertrofia (aumento Pcor,PVE,PVD e EPVE) associado à alteração geométrica cardíaca (DDVE/EPVE), sugerindo uma possível hipertrofia concêntrica. A associação com o alcoolismo promoveu uma redução de tais variáveis. **Conclusão:** O tabagismo resultou em remodelação cardíaca que foi atenuada pelo álcool.

PO319 CO-MORBIDADES ASSOCIADAS À PAC EM PACIENTES INTERNADOS NO HE-UFTM EM 2006

KAROLINE BENTO RIBEIRO; MARIA HELENA DE CASTRO SILVA; LEANDRO MARQUES DE MENDONÇA TELES; JOSÉ HENRIQUE SANTANA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; COMUNIDADE; CO-MORBIDADES

Introdução: Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é aquela que acomete o paciente fora do ambiente hospitalar ou que surge nas primeiras 48 horas da admissão. No Brasil as pneumonias comunitárias são a segunda causa de internação respondendo por 783.480 casos em 2003. Alguns fatores do hospedeiro estão relacionados a uma maior susceptibilidade a pneumonias tais como: extremos de idade, tabagismo ativo, DPOC, residentes de instituições asilares, etilismo, aspiração maciça, dentição precária, gripe, bronquiectasias, fibrose cística, uso de drogas ilícitas, imunodeficiência primária ou adquirida. **Objetivos:** Identificar as co-morbidades mais associadas às PACs em pacientes internados no HE em 2006. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e transversal em que revisou-se 72 prontuários de pacientes internados no período de janeiro a dezembro de 2006 com CID J156 e/ou J158. Critério de exclusão: portadores de imunodeficiência. **Resultados:** A amostra

populacional foi constituída de 72 pacientes sendo 26 adultos e 46 crianças. Dentre os adultos, o número de internações por PAC foi de 20, sendo 50% dos pacientes do sexo masculino, média etária de 63,2 anos e média de tempo de hospitalização de 8,6 dias. Em 90% dos casos o diagnóstico foi clínico-radiológico. Quanto às co-morbidades, 65% dos pacientes eram portadores de HAS, 45% cardiopatas, 50% tabagistas e 15% DPOC. No grupo das crianças o total de internações por PAC foi de 35, sendo 55% dos pacientes do sexo feminino, média etária de 3,66 anos e média de tempo de hospitalização de 9,14 dias. As co-morbidades mais associadas foram anemia ferropriva e/ou falciforme (22,8%) e IVAS e/ou atopia (14,3%). **Conclusão:** Ante a morbidade significativa e da mortalidade potencial das PAC, medidas apropriadas devem ser instituídas para reduzir a possibilidade de infecção pulmonar. Nesse estudo, observou-se que as co-morbidades mais associadas em adultos foram as doenças cardiovasculares e em crianças as anemias, não podendo desconsiderar nesse grupo a atopia como fator de risco potencial.

PO320 PERFIL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA TABAGISTAS: CONHECER PARA INTERVIR

JOSÉ CLÁUDIO RODRIGUES DE LIMA JÚNIOR; KECIANE DE BARROS BOSQUETTI; ANA CRISTINA RODRIGUES E SILVA; CAROLINA BARALDI ARAUJO RESTINI

UNAERP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ESTUDANTES ; MEDICINA

Introdução: O tabagismo é a principal causa previsível de mortalidade e morbidade. Ao consumo de tabaco, podem ser atribuídas: 45% das mortes por doença coronariana, 85% por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% por doença cérebro-vascular e 30% por câncer. Entre os casos de câncer de pulmão 90% ocorre entre os fumantes, o que mostra a forte correlação dessa doença com o tabagismo. Desde 1983, a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda que os profissionais de saúde sejam o alvo prioritário das ações antitabagistas. Em 2007 o Conselho Federal de Medicina lançou um livro sobre a saúde dos médicos no Brasil onde refere que 6,8% dos médicos se declaram dependentes do tabaco e 7,1% se classificam como tabagistas eventuais. A fase de graduação representa o período onde o hábito de fumar é concretizado, persistindo no profissional como vício. Embora os malefícios sejam amplamente conhecidos, a hipótese do presente trabalho é que o tabagismo é largamente encontrado entre estudantes de medicina. **Objetivos:** Avaliar o perfil dos estudantes de medicina tabagistas da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). **Métodos:** O instrumento utilizado para a coleta de dados constou de um questionário com 23 perguntas sobre o hábito, a história familiar, a sintomatologia e o comportamento social frente ao tabagismo. Foram aplicados 307 questionários durante o mês de novembro de 2007, aos alunos do 1º ao 4º ano de medicina da UNAERP. **Resultados:** A amostra abrange mais de 60% da população o que representa um erro amostral de 3,4% e foi composta por 118 indivíduos do sexo masculino e 189 do feminino. Nessa população 11,4% foram classificados como fumantes, de acordo com os critérios da OMS, e formaram o grupo em análise: 48,57% são do sexo masculino, 51,3% do feminino, 77,14% tem entre 20 e 23 anos, 77,14% começaram a fumar dos 14 aos 18 anos, 48,57% atribuíram a influência de amigos como um dos fatores desencadeantes para o início do tabagismo e 91,43% começaram a fumar antes de ingressar no curso de medicina. Com relação à história familiar 45,61% têm pelo menos um parente de 1º grau fumante, 22,86% têm pai fumante, 11,43% têm mãe fumante e 22,86% têm ao menos um irmão fumante. Sobre o comportamento frente ao tabagismo 28,57% fumam entre 121 e 140 cigarros por semana, 25,71% entre 21 e 40 cigarros, 65,71% já tentaram parar de fumar e 22,86% não se importam em fumar na presença de crianças. Sobre a lei que proíbe o uso do tabaco em locais públicos 57,14% são favoráveis, 40% se mostraram contrários e 2,86% não quiseram opinar. A presença de sintomas relacionados ao hábito de fumar foi verificada em 91,43% e o de maior prevalência foi o pigarro em 62,86% seguido pela tosse seca em 48,57%. **Conclusão:** Apesar da menor prevalência, quando comparada à população geral, são relevantes os números que avaliam o perfil do estudante de medicina tabagista, justificam maior atenção ao tema e a realização de políticas antitabagistas na universidade.

PO321 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA, NO PERIODO DE 2004 A 2007, NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, SÃO LUIS-MA

KENARD DA SILVA MARTINS NETO; DIEGO MUNIZ DOS SANTOS; ANTÔNIO COÊLHO GALVÃO JÚNIOR; ANA LÍVIA MUNIZ DA SILVA; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES; THIAGO TEIXEIRA SILVA; MAXWEYD RODRIGUES FREIRE; FELIPE DE CARVALHO SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA; EPIDEMIOLOGIA; HUPD-MA

Introducao: Podemos definir insuficiência respiratória aguda como uma impossibilidade do sistema respiratório em atender aos seus objetivos primordiais, que são a manutenção da oxigenação e/ou ventilação do paciente. Como conseqüência desta anormalidade o sangue que flui pelas veias pulmonares não é suficientemente oxigenado, assim como o dióxido de carbono não é adequadamente eliminado. A insuficiência respiratória aguda é uma das principais causas de internamento em unidades de terapia intensiva, sendo também responsável pelo elevado período de internações, apresentando morbimortalidade elevadas. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico da insuficiência respiratória bem como sua relação com as demais doenças pulmonares mais frequentes no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (UFMA) nos anos de 2004 a 2007. **Metodos:** Realizou-se estudo retrospectivo em 333 pacientes que deram entrada no Hospital Universitário Presidente Dutra, da Universidade Federal do Maranhão, no período de 2004 à 2007 que sofriam de doenças pulmonares internados no serviço pneumologia. Após consulta em prontuários, fez-se o levantamento dos casos de insuficiência respiratória. Os dados foram analisados pelo programa EPIINFO versão 3.4.3 2007. **Resultados:** Dos 333 pacientes com doenças pulmonares estudados, 25 pacientes sofriam de insuficiência respiratória, o que corresponde a 7,5% dos casos totais. A incidência por sexos mostrou uma leve predominância do sexo feminino com 15 casos (60%) em relação ao sexo masculino com 10 casos (40%). Já em relação as faixas etárias, observou-se a insuficiência respiratória de modo mais freqüente em maiores de 60 anos com de 17 casos (66,4%), seguido por pacientes entre 20 e 59 anos com 7 casos (29,4%) e menores de 20 anos com 1 caso(4,2%). Quanto à evolução dos casos estudados 21 pacientes (84%) evoluíram a óbito e apenas 4 casos obtiveram alta (16%), demonstrando o impacto fulminante da insuficiência respiratória em nosso meio. Apesar do baixo numero de pacientes a doença foi a que apresentou o maior numero de óbitos (37,2% dos óbitos totais), sendo seguida por DPOC com 5 casos (11,6% dos óbitos totais). **Conclusão:** Esta análise epidemiológica demonstra, que devido a alta taxa de mortalidade desta afecção pulmonar, é de extrema relevância para os serviços de pneumologia o bom monitoramento do paciente com insuficiência respiratória aguda, prezando por um diagnóstico eficiente, com terapêuticas e processos de reabilitação que possibilitem qualidade de vida a estes pacientes.

PO322 ANÁLISE E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA-MA NO PERIODO DE 2004 A 2007

KENARD DA SILVA MARTINS NETO; DIEGO MUNIZ DOS SANTOS; ANTÔNIO COÊLHO GALVÃO JÚNIOR; ANA LÍVIA MUNIZ DA SILVA; THIAGO TEIXEIRA SILVA; TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES; VINICÍUS DE SOUSA CARVALHO; RICARDO DIAS MORAES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; ANALISE; HUPD-MA

Introducao: A doença pulmonar obstrutiva crônica define-se estritamente com base nas provas de função pulmonar e diz-se que existe quando há evidências objetivas de obstrução persistente (e irreversível) do fluxo aéreo. Outros usam o termo de forma mais ampla para incluir duas condições comuns: bronquite crônica e enfisema, reconhecendo que em certos casos pode haver uma dessas condições sem obstrução ao fluxo aéreo. É curioso observar a escassez de estudos epidemiológicos sobre a prevalência de bronquite crônica e enfisema em nosso meio, muitas vezes tendo que recorrer a estudos da literatura estrangeira que é pouco mais rica, e com base que e a 4ª doença que mais mata nos EUA, e que segundo previsões da OMS subira em 2020 de 12ª para 4ª doença com maior impacto global. **Objetivo:** Realizar um estudo analítico

sobre o impacto da DPOC no serviço de pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra-MA assim como seu perfil epidemiológico geral no período de 2004 a 2007. **Métodos:** Realizou-se estudo retrospectivo em 333 pacientes que deram entrada no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, da Universidade Federal do Maranhão, no período de 2004 a 2007 que sofriam de afecções pulmonares internados no serviço clinica médica. Após consulta em prontuários, fez-se o levantamento dos casos de Doença pulmonar obstrutiva crônica. Os dados foram analisados pelo programa EPIINFO 3.4.3. **Resultados:** Dos 333 pacientes com doenças pulmonares estudados, 71 pacientes eram portadores de DPOC, o que corresponde a 21,32% se caracterizando como a doença respiratória mais prevalente em nosso serviço. A incidência por sexos mostrou uma leve predominância no sexo feminino com 42 casos (59,2%) em relação ao sexo masculino com 29 casos (40,8%). Já em relação às faixas etárias observou a DPOC mais freqüente em idosos (maiores de 60 anos) com prevalência de 50 casos (70,6%) seguido por adultos (entre 20 e 59 anos) com 20 casos (28%) e jovem com 1 caso(1,4%). Quanto à evolução dos casos estudados 66 pacientes (93%) durante o período de estudo obtiveram alta e houve 5 casos de óbitos(7%), sendo 2 adultos e 3 idosos. **Conclusão:** Conclui-se após o estudo, que é de extrema relevância mais estudos sobre a DPOC dentro da população de nosso estado e que para os hospitais de nossa região a importância de estar bem preparados para receber pacientes com DPOC, uma vez que foi demonstrada como doença respiratória mais comum e dentro delas a 2ª causa de morte.

PO323 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DPOC

KRISLAINY SOUSA CORRÊA[1]; VINÍCIUS PAFUME OLIVEIRA[2]; LETÍCIA QUEIROZ MARTINS[3]; ANAMARIA FLEIG MAYER[4]

1,3.UNITRI, APARECIDA DE GOIANIA, GO, BRASIL; 2.UFU, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL; 4.UDESC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CAPACIDADE FUNCIONAL; QUALIDADE DE VIDA; DPOC

Introdução: Com a evolução da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) observa-se comprometimento da capacidade dos pacientes realizarem suas atividades de vida diária (AVD). A avaliação específica das AVD pode ser uma ferramenta importante no estudo da evolução da doença permitindo ao fisioterapeuta intervir na queda funcional desses pacientes. Alguns testes específicos de avaliação das AVD são recentes e por isso ainda pouco conhecidos. **Objetivos:** Avaliar a capacidade de realizar AVD e a qualidade de vida de pacientes com DPOC moderada e grave e comparar com a de indivíduos saudáveis de mesma faixa etária. **Métodos:** Participaram do estudo 10 indivíduos com DPOC (GOLD 2, 3 e 4) e 10 indivíduos saudáveis de mesma faixa etária durante dois dias de avaliação: 1o dia: realizaram espirometria, responderam ao questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ); 2o dia: realizaram um teste de AVD-Glittre (TGlittre) e dois testes de caminhada de seis minutos (TC6min), responderam ao questionário de qualidade de vida SF-36, escala de dispnéia Medical Research Council (MRC) e a escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL). **Resultados:** O grupo DPOC (VEF1%prev = 41 ± 12, idade = 64 ± 10 anos, IMC = 24 ± 5 kg/m2) apresentou pior desempenho no TC6min (435 ± 105 m vs. 593 ± 87, p<0,05), e no TGlittre (316 ± 173 seg vs. 198 ± 19,7 seg, p<0,05) e menores escores no SF-36 (p<0,05) que o grupo controle. No grupo DPOC, o TGlittre correlacionou-se com o domínio Atividade Física da escala LCADL (r=0,67; p<0,05), mas não com seu escore total nem com a distância do TC6min. **Conclusões:** Pacientes com DPOC apresentam comprometimento funcional e de qualidade de vida. Apesar da escala LCADL e teste de AVD-Glittre serem instrumentos específicos na avaliação da limitação em AVD nesta população, o escore total da escala não apresenta associação com o teste.

PO324 GOSSIPIBOMA TORÁCICO : RELATO DE DOIS CASOS

KÁTIA DA SILVA ABRUNHOSA FROUFE; EDUARDO HARUO SAITO; HERON TEIXEIRA ANDRADE DOS SANTOS

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: GOSSIPIBOMA; CORPO ESTRANHO; CIRURGIA TORÀCICA

Introdução: Gossipiboma é termo proveniente do latim (gossypium = algodão e boma = local de ocultação) sendo referente a corpo estranho, podendo se apresentar com ocorrência torácica, havendo maior incidência nas cirurgias de urgência. **Objetivos:** Descrever dois casos operados no serviço e Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2008, relatando sua apresentação clínica. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários. **Resultados:** Sofreram abordagem cirúrgica dois pacientes idosos, tendo em comum história de cirurgia torácica eletiva prévia em outras instituições há mais de cinco anos e relato de hemoptóicos a hemoptise, dor torácica localizada e pneumonia de repetição. Após estudo de escarro, broncoscopia, avaliação radiológica e suspeição etiológica, foram abordados por toracotomia exploradora e encontrados elementos compatíveis com corpo estranho (uma gaze e uma compressa cirúrgica), confirmados por avaliação patológica. **Conclusão:** A suspeição de gossipiboma deve ser realizada em pacientes submetidos a cirurgia prévia, ainda que não tenha sido de urgência, principalmente quando houver clínica respiratória associada, alterações radiológicas torácicas e exames complementares negativos ou inconclusivos ao diagnóstico diferencial.

PO325 SEQÜESTRO PULMONAR INTRALOBAR: RELATO DE CASO

ALEX AMARANTE COSTA[1]; ROGÉRIO RUFINO[2]; KÁTIA DA SILVA ABRUNHOSA FROUFE[3]; HERON TEIXEIRA ANDRADE DOS SANTOS[4]; EDUARDO HARUO SAITO[5]; MATEUS MONTEIRO BETTENCOURT[6]; ECILA MACEDO RODRIGUES[7]; OLIVIA GOMES MACHADO[8]

1,2,6,7,8.DISCIPLINA DE PNEUMOLIA E TISIOLOGIA DA FCM/UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3,4,5.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORACICA DA FCM/UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SEQUESTRO PULMONAR; INSUFICIÊNCIA CARDÍACA; INFECÇÃO RESPIRATÓRIA

Introdução: O seqüestro broncopulmonar é uma rara malformação congênita do trato respiratório inferior (0,15-6,4%) caracterizado pela existência de parênquima pulmonar não funcionante sem comunicação com a árvore traqueobrônquica e que recebe suprimento sanguíneo arterial por via independente diretamente da circulação sistêmica (aorta torácica ou abdominal). 1 Estes pacientes podem apresentar história de infecções respiratórias de repetição, dependendo do tipo de seqüestro, desde a infância e, em raros casos, a sintomatologia preponderante pode ser a da insuficiência cardíaca congestiva, em decorrência do elevado fluxo da artéria anômala ao coração. 2 Objetivo Relato de sequestro pulmonar intralobar associado à disfunção cardíaca Relato de caso Paciente masculino de 28 anos, pardo, com queixa de tosse predominantemente seca e parestesia em região inferior do hemitórax esquerdo. Sem história pregressa de processos pneumônicos e com achados radiográficos para admissão de um novo emprego de lesões císticas pulmonares, algumas com nível hidroaéreo, localizada no lobo inferior esquerdo (LIE). O exame físico havia estertores crepitantes no terço inferior do hemitórax esquerdo. A Tomografia de tórax (TC) confirmou o diagnóstico de bronquiectasias císticas no LIE. O PPD foi não reator, BAAR e cultura para micobactérias e germes piogênicos foram negativas. Anti-HIV foi negativo. A prova de função respiratória apresentava-se dentro da normalidade. O Ecocardiograma transtorácico demonstrava aumento do volume VESF com hipocinesia difusa e disfunção sistólica (FE = 54%). A broncofibroscopia flexível não apresentava drenagem de secreção purulenta no brônquio do LIE. A angiotomografia computadorizada de tórax caracterizou o suprimento anormal sanguíneo da área afetada do LIE pela visualização do ramo anômalo de calibroso calibre da aorta torácica. O paciente foi submetido a lobectomia inferior esquerda com ligadura do vaso aberrante, evoluindo satisfatoriamente no pós-operatório. **Conclusão:** O seqüestro broncopulmonar intralobar é uma indicação cirúrgica em decorrência da grave complicação de hemoptise volumosa e da alta morbidade de infecções pulmonares de repetição. **Referências:** 1. Van Raemdonck D, De Boeck K, Devlieger H, Demedts M, Moerman P, Coosemans W, et al. Pulmonary sequestration: a comparison between pediatric and adult patients. Eur J Cardiothorac Surg 2001; 19(4):388-95. 2. Levine MM, Nudel DB, Gootman N, Wolpowitz A, Wisoff BG. Pulmonary sequestration causing congestive heart failure in infancy: a report of two cases and review of the literature. Ann Thorac Surg 1982; 34(5):581-5.

PO326 PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL SEM ENDOMETRIOSE-RELATO DE CASO

KÁTIA DA SILVA ABRUNHOSA FROUFE; EDUARDO HARUO SAITO; RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES; HERON TEIXEIRA ANDRADE DOS SANTOS; MÁXIMO DIAS JÚNIOR; CLÁUDIO HIGA; MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOTÓRAX; CATAMENIAL; DIAFRAGMA

Introdução: Pneumotórax catamenial é uma entidade rara de ocorrência entre 2% a 6 % dos pnemotórax espontâneos em mulheres, secundária geralmente a defeitos no diafragma ou ocorrência de endometriose torácica, tendo correlação direta com o período menstrual, nas primeiras 72 horas em particular. Ocorre com maior frequência a direita, em mulheres entre 30 a 40 anos, podendo ter caráter recidivante. **Objetivo:** Descrever o caso de uma paciente de 51 anos com episódio de dor lombar, pneumotórax espontâneo relacionado ao período menstrual abordada cirurgicamente no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2008. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários. **Resultados:** A partir dos dados clínicos e exames de imagem, se evidenciou massa torácica a direita de contorno regular, não móvel, côncava (mushmoron-like). Realizado toracotomia exploradora a direita em que se evidenciou defeito em região mediana de cúpula diafragmática direita com protusão hepática pelo mesmo. Realizado correção de defeito diafragmático congênito e ressecção de conteúdo **Conclusão:** A investigação clínica das causas de pneumotórax espontâneo deve ser valorizada a fim de se realizar terapêutica adequada evitando-se recidiva. Nas mulheres em idade fértil dentro da faixa etária especificada, especial atenção a possibilidade de correlação catamenial deve ser empregada.

PO327 ÍNDICE DE INTERNAÇÃO E PERFIL DOS PACIENTES COM DPOC EM USO DE OXIGENOTERAPIA ASSISTIDOS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE UBERLÂNDIA

LAERTE HONORATO BORGES JÚNIOR; RICARDO LUIZ DINIZ SANTOS; VINÍCIUS PAFUME OLIVEIRA; LUIZ HENRIQUE GUERREIRO VIDIGAL; DANIELA NAME CHAUL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLANDIA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OXIGENOTERAPIA; INTERNAÇÃO; DPOC

Introdução: Pacientes com DPOC no estádio IV apresentam limitações para as atividades cotidianas, assim como exacerbações freqüentes com necessidade de internação. O tratamento ideal consiste no uso de drogas broncodilatadoras, corticóides, oxigenoterapia e reabilitação. Desta forma, a maioria dos pacientes conseguem evitar a piora do quadro, é menos admitida em serviços de urgência, resultando em internações menos freqüentes e menos prolongadas. **Objetivos:** Verificar o índice de internação e o perfil dos pacientes com DPOC em uso de oxigenoterapia, assistidos pelo PAD do HC de Uberlândia (HCU). **Métodos:** Foram incluídos no estudo 36 pacientes, 18 homens e 18 mulheres, assistidos pelo PAD, com diagnóstico de DPOC pela espirometria, considerando a relação VEF1/CVF < 0,7. Todos faziam uso de oxigenoterapia domiciliar no mínimo 15 h/dia e não eram tabagistas ativos. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi avaliada através de gasometria arterial, teste de caminhada de 6 minutos, IMC, qualidade de vida (QV) pelo questionário Saint George e o escore de dispnéia pela escala do MRC. Através destes valores foi possível calcular o índice de BODE. Após a realização dos testes foi padronizada a terapia medicamentosa, seguindo a orientação terapêutica do II consenso brasileiro de DPOC. Utilizou-se B2-agonista de longa duração, corticóide inalatório e brometo de tiotrópio, todos disponibilizados aos pacientes sem custos. O período de análise de internação foi de janeiro a maio de 2008. O controle foi realizado pelo responsável do paciente que registrava qualquer episódio de internação ou busca à pronto atendimento. Estes dados eram repassados a equipe a cada 45 dias. As internações ocorridas no HCU foram levantadas pelo setor de estatística do mesmo. **Resultados:** Quanto a QV as médias dos valores foram: sintomas 65,14 ± 19,8%, atividades 80,94 ± 16,37%, impacto 63,17 ± 19,39% e total 67,3 ± 20%, quanto maior a pontuação, pior a QV. A média dos valores e o desvio padrão das outras variáveis foram: distância percorrida no teste de caminhada 257 ± 111m, IMC 25,1 ± 5,87 Kg/m2, hipoxemia PO2 52,68 ± 13,06 mmHg, VEF1 26,9 ± 12,3% e o BODE 6,79 ± 1,71. Durante o estudo ocorreram 61 internações no pronto socorro do HCU com uma média de 12,2 internações/mês e e 82 nas enfermarias, com uma média de permanência de 12 dias. Destes, apenas 02 da amostra tiveram 01 episódio de internação no HCU, com uma média de permanência de 13,5 dias. Em outras unidades de saúde ocorreram 02 procuras a Pronto Atendimento e 06 internações por causas relacionadas à doença pulmonar, com média de permanência de 13,5 dias e mais 03 com media de permanência de 5,6 dias relacionadas a outras comorbidades, totalizando um índice de 22,2%. Não ocorreu nenhum óbito durante este período. **Conclusão:** Os pacientes com DPOC assistidos pelo PAD são muito graves e apresentam um mal prognóstico. Apesar de tal gravidade, o índice de internação e exacerbação é baixo.

PO328 HIPERPLASIA DIFUSA DE CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS DO PULMÃO - RELATO DE CASO

LARISSA REGO VOSS; ESTER MARTINS COLETTA; MARIANA SILVA LIMA; RICARDO XIMENES MALINVERNI; CARLOS ALBERTO PEREIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS ; TUMOR CARCINÓIDE; BRONQUIOLITE OBLITERANTE

Introdução: Paciente feminina, 49 anos, natural de SP, admitida por tosse seca e dispnéia há 6 meses. Nega tabagismo. HAS, hipotireoidismo, hérnia de hiato AR: MV+ bilateralmente, sem RA Rx e TCAR tórax mostram diversos nódulos pequenos, com distribuição aleatória, associados a áreas de aprisionamento aéreo. **Espirometria:** distúrbio ventilatório obstrutivo moderado, com redução da CVF e com resposta significativa de VEF1 após BD. Anátomo-patológico:hiperplasia de células neuroendócrinas pulmonares no epitélio bronquiolar com extensão extra-luminal (tumorlet) Fazendo-se uma correlação clínica, tomográfica e histopatológica, esta paciente tem o diagnóstico de tumorlet associado a hiperplasia difusa de células neuroendócrinas – pois sem a hiperplasia difusa não haveria obstrução ao fluxo aéreo e conseqüentemente aprisionamento aéreo – e tumores carcinóides, uma vez que na TCAR tórax observam-se nódulos diversos maiores que 5mm, caracterizando esta entidade. **Objetivos e Métodos: Relato de Caso Clínico Resultados e Discussão:** A hiperplasia difusa de células neuroendócrinas (DIPNECH) foi descrita pela primeira vez em 1950, porém, apenas em 1992, Aguayo et al, em uma série de 6 casos, nomearam a referida patologia. Até agora foram descritos 39 casos. Há uma maior prevalência em mulheres (15:4) e a idade média de apresentação é de 49 anos. Não há relação com tabagismo. A hiperplasia de células neuroendócrinas pode ser observada em associação com outras doenças, tais como DPOC, abscesso pulmonar, fibrose cística e bronquiectasias, porém, a hiperplasia difusa de células neuroendócrinas do pulmão é uma entidade distinta e se deve à proliferação primária das células neuroendócrinas. A histologia da hiperplasia difusa de células neuroendócrinas do pulmão pode ser classificada como: proliferação generalizada de células neuroendócrinas , proliferação linear e pequenos nódulos. Quando a proliferação está confinada à membrana basal, ao epitélio brônquico e bronquiolar, chama-se de hiperplasia difusa de células neuroendócrinas; quando se estende para além da membrana basal, chama-se de tumorlets; quando a mesma forma nódulos maiores que 5mm, denomina-se tumor carcinóide. É uma doença, na maioria das vezes, indolente e não progressiva. Os sintomas mais comuns são tosse seca e dispnéia. Pode haver distúrbio obstrutivo ou obstrutivo/restritivo, o que leva alguns pacientes a serem tratados como asma antes do diagnóstico. A prova de função pulmonar pode ser normal ou mostrar um distúrbio obstrutivo nesses pacientes. É provável que a DIPNECH seja um precursor exclusivo de tumores carcióides típicos e a sua presença não está relacionada a pior mortalidade. Até então, não há benefício na utilização de quimioterápicos. O que se recomenda primeiramente é o acompanhamento sem necessidade de tratamento. Caso haja piora da função pulmonar ou associação com bronquiolite crônica, deve-se tentar o uso de corticoterapia.

PO329 ESCLEROSE SISTÊMICA COM DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL FIBROSANTE E HIPERTENSÃO PULMONAR DE ORIGEM MULTIVARIADA - RELATO DE CASO

LARISSA REGO VOSS; MAURI MONTEIRO; RICARDO XIMENES MALINVERNI; RICARDO MILINAVICIUS; CARLOS ALBERTO PEREIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESCLERODERMIA; HIPERTENSÃO PULMONAR; EMBOLIA PULMONAR

Introdução: Paciente masculino, 67 anos Portador de esclerose sistêmica limitada e doença pulmonar intersticial fibrosante há 7 anos. Refere piora

progressiva da dispnéia neste período apesar do tratamento com pulsoterapia de ciclofosfamida, 1g/mês, durante 2 anos. Atualmente com dispnéia aos pequenos esforços; usa oxigênio suplementar Taquipneico, espessamento cutâneo limitado à face; Discretos estertores finos nas bases. Tomografias computadorizadas de tórax com infiltrado intersticial reticular, com predominio em campos inferiores, associado a faveolamento bilateral. Alterações estáveis desde 2006. Ecocardiograma: aumento importante das câmaras direitas. PSAP = 95mmHg. Por se tratar de um paciente idoso, acamado e com uma doença de base pró-trombótica, TEV crônica sempre deve ser excluída. Angiotomografia: trombos aderidos nas artérias pulmonares principal esquerda e lobar inferior esquerda com aspecto de lesão crônica. **Objetivos e Métodos: Relato de Caso Clínico Resultados e Discussão:** Confirmado TEV, a causa da HP foi atribuída a doença tromboembólica isolada ou associada à doença arterial, fibrose pulmonar e hipoxemia. O recebeu varfarina, digoxina e furosemida. Após seis meses de seguimento, o paciente evoluiu com declínio clínico e funcional, sendo associado sildenafila (60mg/dia). Após um mês com a medicação, o paciente referiu alívio importante da dispnéia. A esclerose sistêmica (ES) é uma doença inflamatória crônica do tecido conectivo e micro circulação, com características auto-imunes, que afeta múltiplos órgãos, rara, sendo mais freqüente em mulheres, entre 30 e 50 anos. Fibrose e lesão vascular são as alterações histológicas características da doença. A doença pulmonar intersticial (DPI) é a complicação mais freqüente da ES difusa. A HP associada a ES pertence ao grupo das arteriais (Grupo I) de acordo com a classificação revisada da Organização Mundial de Saúde de 2003. Pacientes com ES podem desenvolver HP por: arteriopatia pulmonar intrínseca com remodelação vascular; disfunção diastólica ventricular esquerda; doença tromboembólica crônica associada com a hipercoagulabilidade e anticorpos antifosfolípides; perda da rede capilar pulmonar como conseqüência da doença intersticial fibrosante. A presença de HP é a principal causa de morte nos pacientes com ES. O ecocardiograma é o primeiro exame diagnóstico indicado para estimar a pressão sistólica no ventrículo direito. O cateterismo do coração direito permanece o padrão ouro para o diagnóstico da HAP. O uso de imunossupressor para tratar a HAP associado a colagenose, não tem benefício em pacientes com esclerose sistêmica. Na hipertensão pulmonar tromboembólica crônica, quando há obstrução central da artéria pulmonar, o tratamento de escolha é a tromboendarterectomia; nos casos sem indicação cirúrgica, opta-se pela anticoagulação e/ou sildenafila.

PO330 RELATO DE CASO – HISTIOCITOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS ASSOCIADA À HIPERTENSÃO PULMONAR – DISPNÉIA IMPORTANTE E OBSTRUÇÃO LEVE AO FLUXO AÉREO

LARISSA REGO VOSS; MAURI MONTEIRO; RICARDO XIMENES MALINVERNI; RICARDO MILINAVICIUS; CARLOS ALBERTO PEREIRA
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS; HIPERTENSÃO PULMONAR; TABAGISMO

Introdução: Homem, 65 anos, natural de São Paulo. Refere dispnéia há 05 anos para caminhar no plano que se acentuou nos últimos 5 meses. Antecedente patológico: HASEx-tabagista 75 maços/ano, deixou há 6 anos. BEG, sem baqueteamento digital Discretos estertores inspiratórios nas bases e sem sibilos. TC tórax: áreas de enfisema associadas com áreas de cistos de paredes finas, alguns bizarros Espirometria: DVO Leve, sem variação significativa de VEF1 e CVF após BD DLCO: 7,50 ml/min/mmHg (25%) Ecocardiograma: FE = 0,80 AD= ↑ moderado PSAP = 70 mmHg PaO2 = 58mmHg. **Métodos e Objetivos: Descrição de Caso Clínico Resultados e Discussão:** A histiocitose pulmonar de células de Langerhans (HPCL) é uma doença intersticial tabaco-relacionada, caracterizada histologicamente pela presença de nódulos bronquiolocêntricos constituídos por células de Langerhans (CL), linfócitos, macrófagos e eosinófilos que se organizam formando granulomas. Na maioria das vezes, se apresenta como doença restrita ao parênquima pulmonar, porém, em 4 a 20% dos casos, está associada com o acometimento de outros órgãos (mais comumente lesão óssea e diabetes insipidus pelo acometimento pituitário). Dispnéia e tosse são os sintomas mais freqüentes da doença. Pneumotórax espontâneo pode ser a primeira manifestação da doença. As alterações tomográficas variam de acordo com a evolução da doença, havendo predomínio inicial de nódulos no terço superior e médio de ambos os pulmões e substituição posterior por cistos de paredes grossas e depois de paredes finas, de tamanhos variados e alguns com formatos bizarros. Os achados na espirometria neste paciente contrastam com os valores bastante reduzidos da PaO2 arterial e da DCO. No ecocardiograma, foi observado hipertensão pulmonar. Antes de aceitar a doença pulmonar como a causa da HP, doença tromboembólica foi afastada. Na fase avançada da HPCL, a redução da capacidade do exercício não está relacionada a hipoxemia ou comprometimento da função pulmonar e sim a anormalidades vasculares, devido à infiltração da parede de vasos de pequeno e médio calibres, arteriais e venosos, principalmente em regiões onde há nódulos; também há doença vascular em locais onde não há comprometimento pela histiocitose. A HP é um marcador de doença avançada e as lesões parenquimatosas estão envolvidas na gênese da HP. Não há terapêutica definida que comprovadamente melhore a HPCL. Deve-se sempre recomendar a cessação do tabagismo. Não há benefício do uso de corticóide e imunossupressores no tratamento da histiocitose pulmonar. No caso de hipertensão pulmonar, a introdução de vasodilatadores arteriais deve ser feita com cuidado, pois a doença venosa pode estar associada à vasculopatia arterial e o uso do sildenafil e outros vasodilatadores pulmonares podem causar edema pulmonar por agir mais intensamente na circulação arterial que na venosa.

PO331 TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA – RELATO DE CASO

LARISSA REGO VOSS; MAURI MONTEIRO; RICARDO XIMENES MALINVERNI; RICARDO MILINAVICIUS; CARLOS ALBERTO PEREIRA
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE ; TUBERCULOSE ENDOBRÕNQUICA; ESTENOSE BRÕNQUICA

Introdução: Paciente 30 a, natural de SP, auxiliar de enfermagem Paciente relata tosse produtiva com secreção mucopurulenta e febre há 15 dias da admissão, associado a sudorese noturna e perda ponderal de 2kg Exame físico BEG, Temp: 38.6ºC AR: MV+ com roncos em Htx E Rx tórax: opacidades heterogêneas com broncograma aéreo em todo lobo superior esquerdo Introduzido ceftriaxone + claritromicina, sem melhora do quadro febril e com piora progressiva do Rx de tórax, além de tosse seca intensa e hipoxemia BAAR no escarro: Negativa em 04 amostras Lavado broncoalveolar: Negativo para BAAR e fungos Broncoscopia: Estenose, hiperemia e edema do brônquio do LSE; lesão vegetante em 1/3 distal BPE; lesão em BPE, estenosando totalmente o brônquio do LSE Anátomo patológico: Mucosa respiratória com extensa necrose, processo inflamatório crônico misto, com proliferação histiocitária esboçando granulomas Pesquisa de BAAR positiva. **Objetivos e Métodos:** Descrição de caso clínico. **Resultados e Discussão:** A tuberculose endobrônquica (TBEB) caracteriza-se por infecção tuberculosa da árvore traqueobrônquica com evidência microbiológca e histopatológica É predominante em mulheres jovens e acomete 10-40% dos pacientes com tuberculose ativa, porém, o seu diagnóstico é subestimado, pois nem todos os pacientes que têm tuberculose são submetidos a broncoscopia; caso fossem submetidos, a maioria destes pacientes teria envolvimento endobrônquico O diagnóstico é difícil e demanda forte suspeita e persistência nas condutas diagnósticas Em adultos, a TBEB se deve a TB pós primária com extensão direta do material caseoso para dentro das vias aéreas. Já em crianças, a mesma se deve a TB primária pois os linfonodos podem eclodir para dentro do brônquio. As manifestações clínicas se caracterizam por tosse intensa, muitas vezes refratária a medicações, dispnéia, perda ponderal e hemoptise O Rx de tórax pode mostrar linfadenopatia, doença parenquimatosa, consolidação/atelectasia e, em alguns casos, pode ser normal A baciloscopia do escarro é positiva em apenas 16-53%, pois muitas vezes há estenose do brônquio que drena determinada região onde se encontrariam bacilos. O LBA é positivo em até 90% dos casos, o que não aconteceu com a paciente relatada. O diagnóstico diferencial inclui neoplasia maligna pulmonar, sarcoidose, linfoma, actinomicose endobrônquica e sarcoma de Kaposi Diagnóstico e tratamento precoces alteram o curso da doença, devido ao grande risco de estenose brônquica, que pode acometer 90% dos pacientes. Não há evidências suficientes que embasem o uso de corticóide oral, inalatório, injeção local de estreptomicina e uso de isoniazida inalada rotineiramente. O prognóstico da doença em relação à estenose brônquica depende da fase em que a mesma se encontra, sendo as fases de cáseo ativo, hiperêmica-edematosa e de tumoração aquelas que mais cursam com estenose brônquica residual.

PO332 ADENOCARCINOMA DE PULMÃO COM MIOSITE PARANEOPLÁSICA

RICARDO XIMENES MALINVERNI; LARISSA REGO VOSS; CARLOS ALBERTO PEREIRA; RICARDO MILINAVICIUS; MARIA RAQUEL SOARES
HSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ADENOCARCINOMA; SÍNDROME PARANEOPLÀSICA; ULTRASSOM ENDOSCÓPICO

Paciente 72 anos, branca. Queixa de fraqueza muscular em membros superiores e inferiores e dispnéia aos moderados esforços progressiva há 3 meses. Apresentava emagrecimento de aproximadamente 13kg em 3 meses Negava: tosse, febre e dor torácica. Tabagista 60 anos/maço. Hipertensa em uso de metildopa. **Exame Físico:** ACV: RCR-2T com sopro sistólico no FM (++/4+), FC: 63 bpm, PA:130x80mmHg, AP: MV+ bilateral sem RA, FR:13irpm; SpO2 = 96% com FiO2= 0,21 Exames laboratoriais : CPK:2291 U/L, DHL:1329 U/L, FR<10, FAN nucleolar>1/640, Anti RNP, Anti SM, Anti-Ro e Anti-La – negativos. Rx e Tomografia de Tórax: Massa em LSE medindo 5cm no maior diâmetro. Linfonodos mediastinais subcarinais aumentados Biópsia por agulha fina do linfonodo subcarinal via ulstrassom endoscópico: Adenocarcinoma pulmonar Evoluiu com piora importante da fraqueza muscular de predomínio proximal. (Força Muscular grau III). A eletroneuromiografia foi compatível com padrão de polimiosite secundária. Diagnóstico final: Adenocarcinoma de pulmão com miosite paraneoplásica. Habitualmente os sinais e sintomas de apresentação do câncer de pulmão são causados pelos efeitos físicos do tumor primário ou de suas metástases (ex. compressão, obstrução, invasão local etc). Síndromes paraneoplásicas são um conjunto de sinais e sintomas não relacionados a esses efeitos ou à metástases. Em geral são causadas por produção de peptídeos (substâncias hormônio like) ou mecanismos imunológicos que podem ser as manifestações iniciais do tumor ainda não diagnosticado. Síndromes paraneoplásicas ocorrem em torno 10% dos pacientes com câncer de pulmão. Uma grande variedade de entidades têm sido relatadas, sendo o carcinoma de pequenas células o tipo histológico mais implicado na sua etiologia, manifestando-se comumente com alterações endócrinas, articulares e neurológicas. Diversas síndromes paraneoplásicas afetando a função muscular têm sido relatadas. Dentre elas, miastenia gravis, síndrome miastênica de Eaton-Lambert, dermatomiosite e polimiosite, neuromiotomia paraneoplásica e miopatia necrozante aguda. Aproximadamente 9% dos pacientes com polimiosite (PM) desenvolvem uma neoplasia. No entanto, o diagnóstico do tumor pode ser feito anos antes ou depois do diagnóstico de polimiosite. Alguns estudos sugerem que esta associação possa representar mais uma coincidência do que uma doença realmente induzida pelo tumor. Já a dermatomiosite parece realmente estar associada à malignidade. Estudos sugerem que no momento do aparecimento de sintomas neuromusculares, câncer é identificado em 15% dos pacientes, sugerindo que se realize busca ativa por neoplasia nos dois primeiros anos após o diagnóstico. Os tumores primários mais comumente observados são mama, pulmão, ovário, estômago e o linfoma não-Hodgkin.

PO333 PNEUMONIA ESTAFILOCÓCICA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE DE MANIFESTAÇÃO INICIAL ATÍPICA EM INDIVÍDUO IMUNOCOMPETENTE

LARISSA RODRIGUES ALVES; AMANDA DA ROCHA OLIVEIRA; DANIELA GRANER SCHUWARTZ TANNUS SILVA; MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA; MARIA CONCEIÇÃO CASTRO ANTONELI MONTEIRO DE QUEIROZ
HOSPITAL DAS CLINICAS-UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIANIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EMBOLIA SEPTICA; INFECÇAO RESPIRATORIA; PNEUMONIA ESTAFILOCOCICA

Introdução: Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é uma doença potencialmente grave, sendo a principal causa de óbito entre as doenças infecciosas. Cerca de 22% a 51% dos pacientes são internados. Dentre os pacientes internados, de 5% a 10% são encaminhados a unidades de tratamento intensivo. Na maioria das pessoas a porta de entrada é identificada, sendo geralmente lesões cutâneas. A doença apresenta, mais comumente, início súbito, acompanhada de calafrios, febre, dor pleurítica, tosse produtiva e escarro purulento ou sanguinolento. **Objetivo:** relatar o caso de um paciente de 31 anos, sexo masculino, previamente sadio, que deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor intensa no ombro direito irradiando para coluna dorsal, com limitação funcional do membro superior direito, há uma semana, após ter realizado atividade física. No exame de pele, não foram constatadas lesões cutâneas. Foi realizada ressonância nuclear magnética para elucidação desse quadro, evidenciando lesões nodulares difusas em parênquima pulmonar, moderado derrame pleural à direita e lesão nodular paravertebral no nível de T4 à direita associada à infiltração de partes moles. Manteve-se afebril até 5 dias após internação. Dois dias após a admissão, apresentou dispnéia progressiva, evoluindo com insuficiência respiratória e apresentando ao exame físico, murmúrio vesicular diminuído e estertores finos, ambos em base direita. A radiografia de tórax mostrou consolidações pulmonares bilaterais e velamento bilateral dos seios costofrênicos mais importante à direita. A tomografia computadorizada de tórax detectou consolidações pulmonares bilaterais com predomínio em periferia, sugestivas de disseminação hematogênica, derrame pleural bilateral maior à direita e imagem de lesão paravertebral direita extra-pulmonar ao nível de T4 sugestiva de coleção. Realizou-se toracocentese diagnóstica que revelou exsudato com citometria de 24.740 células (87% de neutrófilos) e pH 7,09, sendo submetido a drenagem de tórax bilateral. Foi instituída antibioticoterapia com cobertura para Sthaphylococcus. O paciente apresentou piora do quadro clínico apesar do tratamento, necessitando de ventilação mecânica invasiva. A cultura do líquido pleural não revelou crescimento de bactérias. Foi, então, indicada biópsia pulmonar a céu aberto, cuja bacterioscopia de tecido pulmonar evidenciou presença de numerosos cocos gram positivos isolados e dispostos em cachos com cultura positiva para Sthaphylococcus aureus sensível à oxacilina. Foi, então, tratado por 28 dias com oxacilina endovenosa, com resolução do quadro. **Discussão:** este caso ilustra uma pneumonia comunitária grave de etiologia estafilocócica, complicada com empiema pleural e embolia séptica, com história e quadro clínico inicial atípicos, não sendo definida a porta de entrada, e tendo como possível foco de origem lesão de partes moles supostamente provocadas por esforço físico.

PO334 RELATO DE CASO: TUMOR DE PANCOAST - VALORIZAÇÃO DA DOR EM CASOS CLÍNICOS ATÍPICOS

LARISSA SANTOS; DANIEL SAD; CARLOS GROPEN
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR DE PANCOST; DOR NEUROPÀTICA; SEMIÓTICA DA DOR

Introdução: O Tumor de Pancoast foi identificado em 1932 pelo radiologista Henri Pancoast e descrito como um pequeno tumor de ápice pulmonar caracterizado por dor do lado direito do peito e braço em associação com a Síndrome de Horner e provável comprometimento de vértebras e costelas. Apesar do seu tamanho e da baixa taxa de metastização está relacionado a um alto índice de mortalidade. **Objetivos:** Demonstrar a necessidade de valorização dos sinais e sintomas, mesmo em casos atípicos, reforçando o valor do conhecimento semiológico, em particular a semiótica da dor no diagnóstico de casos clínicos atípicos. **Métodos: Revisão de prontuário. Relato de caso:** Paciente JAS, masculino, 78 anos com história de dor em braço direito iniciada após trauma em região de ombro direito. Evoluiu com dor progressiva em membro inferior esquerdo. Procurou serviço médico geral e foi encaminhado para avaliação cardiológica, onde o eletrocardiograma e o ecocardiograma mostraram pequenas alterações; a cintilografia estava normal e o cateterismo excluiu o diagnóstico de doença coronariana. Com a persistência da dor intensa e atípica, foi encaminhado à psiquiatria e prescrito paroxetina e olanzapina. Após oito meses do início do quadro, foi avaliado por profissional de Medicina Interna, sendo evidenciado dor com características neuropáticas, sem resposta ao uso de medicações específicas e alterações inflamatórias em membro acometido com alterações de perfusão, aumento de temperatura e sopro em fossa supraclavicular de intensidade variável com a posição do braço, compatível síndrome dolorosa regional complexa. A análise de exames anteriores revelou a presença de hipotransparência em forma de massa em ápice pulmonar esquerdo sugerindo a possibilidade de tumor de Pancoast, confirmado por tomografia computadorizada. Feito PET Scan verificou-se aumento de captação em lobo superior esquerdo e cólon sugerindo a possibilidade de tumor sincrônico. **Conclusão:** O estudo do corpo humano pelo desmembramento de seus componentes revelou a complexidade das doenças e justificou o surgimento das diferentes especialidades médicas, onde o médico aprofunda seu conhecimento em um órgão ou sistema. Porém, pondera-se que a ineficácia no exercício da medicina, a que o senhor JAS ficou submetido por quase um ano, se deve, em parte, à ênfase dada à doença, e ao descaso para com o doente como um todo. A correlação temporal entre o início do quadro álgico e o trauma levou o profissional a não atentar para a possibilidade

de uma doença evolutiva de base. Importante se faz, sempre, na elucidação diagnóstica em pacientes com alterações atípicas considerar o conjunto dos sinais e sintomas, mesmo que um aspecto semiológico seja discrepante da linha lógica principal do raciocínio específico, considerando os achados clínicos discrepantes dentro das possibilidades diagnósticas diferenciais. Portanto, a avaliação clínica do paciente como um todo é fundamental no exame do paciente com quaisquer sintomas.

PO335 TUMOR DE PANCOAST E SÍNDROME DE CLAUDE-BERNARD-HORNER: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

LEILA DE CASTRO VILLAS BOAS; ERIC GOMES ROSSET; ALAN DAVE SOUZA; EVELISE LUDOVICE SOUZA; ROSA KILL MARTINS; SUZETE MENDES

HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, TAGUATINGA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR DE PANCOAST; NEOPLASIA DE PULMÃO; SÍNDROME DE CLAUDE-BERNARD-HORNER

Introdução: O tumor de Pancoast foi descrito pela primeira vez pelo radiologista Henry Pancoast em 1924. É um tipo de câncer definido principalmente pela sua topografia no pulmão atingindo o ápice e o sulco superior do pulmão. Tem incidência em torno de 4% ao ano e está geralmente, associado ao tabagismo e prevalece sobre o sexo masculino. O subtipo histológico mais freqüentemente envolvido é o carcinoma escamoso. **Objetivos:** Neste trabalho, faremos uma revisão na literatura acerca do assunto, tendo como base um relato de caso de um paciente com quadro clínico, radiológico e histopatológico compatível com tumor de Pancoast, bem como com apresentação da Síndrome de Claude-Bernard-Horner além de síndromes paraneoplásicas de hipercalcemia e sinais e sintomas sugestivos de Síndrome inapropriada da secreção do hormônio anti-diurético (SIADH). **Material e Métodos:** Os autores fazem um relato de caso de um paciente de 66 anos, masculino, tabagista com um quadro compatível com Tumor de Pancoast, segundo dados clínicos e radiológicos, laudo histopatológico evidenciando carcinoma escamoso que evoluiu com todos os sinais e sintomas encontrados nas síndromes de Pancoast como dor no ombro, escápula ipsilateral e dor na distribuição ulnar, com atrofia muscular e paresia distal e síndrome de Claude-Bernard-Horner que resulta no comprometimento dos gânglios simpáticos cervicais e se caracteriza por anidrose facial unilateral, ptose, miose e enoftalmia em sua forma totalmente desenvolvida. O paciente evoluiu ainda com hipercalcemia, hiponatremia e torpor compatíveis com SIADH. **Conclusão:** O Tumor de Pancoast é uma variedade da neoplasia de pulmão que merece uma atenção especial no diagnóstico e estadiamento, devido a sua localização e proximidade a estruturas vitais. O tratamento quimioterápico, adicionado à abordagem tradicional de radioterapia pré-operatória, melhora o controle tumoral local, os índices de ressecção completa e cura. As Síndromes Paraneoplásicas devem ser sempre pesquisadas apesar da sua baixa incidência, mas aumento importante da morbidade.

PO336 QUESTIONÁRIO DE LEICESTER SOBRE TOSSE: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA A LÍNGUA PORTUGUESA FALADA NO BRASIL

MANUELA BRISOT FELISBINO; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; MÁRCIA MARGARETH MENEZES PIZZICHINI; PABLO MORITZ; TÚLIA KLEVESTON; CRISTIANE CINARA ROCHA; MAÍRA CHIARADIA PERRARO; EMILIO PIZZICHINI

NUPAIVA-UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TOSSE; QUESTIONÀRIO; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: Tosse crônica (TC), definida como a presença de tosse isolada com duração > 8 semanas, após avaliação clínica e radiográfica inicial, é um dos sintomas mais comuns na prática clínica, causando considerável repercussão no cotidiano destes pacientes. Entretanto existe uma deficiência em instrumentos validados para mensurar a magnitude do impacto da TC na qualidade de vida. O Leicester Cough Questionnaire (LCQ), desenvolvido originalmente em língua inglesa, avalia de forma objetiva e simples este sintoma e seu impacto na qualidade de vida de seus portadores crônicos. É composto por 19 itens subdivididos em três domínios: físico, psicológico e social, com respostas quantificadas em uma escala de 7 pontos tipo Likert. **Objetivos:** Traduzir e adaptar culturalmente, para a língua portuguesa falada no Brasil, o LCQ. **Métodos:** A adaptação cultural do questionário de qualidade de vida foi feita de acordo com normas universalmente aceitas na literatura1, o que envolve a tradução conceitualmente equivalente à versão original e culturalmente aceitável ao país em que será utilizado. Para tanto, foi realizada a tradução para a língua portuguesa por três indivíduos brasileiros com fluência na língua inglesa, e a retradução para a língua original por um tradutor nascido em país de língua inglesa, porém com fluência na língua portuguesa. Esta versão foi avaliada por um dos autores do questionário original para assegurar sua equivalência. Posteriormente, um comitê de especialista, composto por dois pneumologistas, realizou ampla revisão do instrumento traduzido. A seguir foi realizado o desdobramento cognitivo do questionário, o qual foi aplicado em 10 pacientes com diagnóstico de TC. Esta etapa consistiu em testar a compreensão, clareza e aceitabilidade do questionário traduzido na população alvo. A versão final do LCQ foi construída com os dados obtidos na última etapa. **Resultados:** As etapas de tradução e retradução não suscitaram alterações. Dois itens foram questionados pelo autor da versão original, no entanto por manterem equivalência conceitual foram mantidos. A revisão realizada pelo comitê de especialistas alterou 12 itens, por questões gramaticais, conceituais e de semântica, além de modificar a formatação do questionário. O desdobramento cognitivo apontou apenas três itens, que foram alterados por apresentarem dificuldade de compreensão. Portanto, a versão adaptada para a língua portuguesa do LCQ apresentou, de forma geral, boa aceitabilidade e compreensão por todos os entrevistados no desdobramento cognitivo, demonstrando a robustez no processo de tradução e adaptação cultural utilizado. **Conclusão:** A tradução e adaptação cultural do LCQ, para a língua portuguesa falada no Brasil, foi realizada com sucesso, resultando em um instrumento simples, de fácil compreensão e aplicabilidade.1. Guillermin F, et al. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. JClin Epidemiol 1993;46:1417-32

PO337 COMPARACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL DE MUJERES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ASOCIADA A HUMO DE LEÑA Y TABAQUISMO

LEINETH AMAYA BERMUDEZ

TLALPAN, TLALPAN, MÉXICO

PALAVRAS-CHAVE: HUMO DE LENA; CLINICA; FUNCIONAL

Introduccion: La exposición a humo de leña causa EPOC (EPOC-HL) de manera similar a como lo hace la exposición a humo de tabaco (EPOC-Tab). Sin embargo, estudios previos muestran que las mujeres con EPOC-HL tienen menor grado de obstrucción y mayor edad que las mujeres con EPOC-Tab. Estos estudios no se han ajustado por edad y grado de obstrucción. OBJETIVOS: Comparar las características clínicas y funcionales de pacientes con EPOC-HL y EPOC-Tab pareadas por edad y FEV1. **Metodos:** Se incluyeron 22 mujeres de EPOC-HL y 22 con EPOC-tab estables. Se les realizó Espirometría post. Broncodilatador, Pletismografía, escala de Disnea, evaluada con el MRC, saturación de Oxígeno, antes y después de la Caminata de 6 minutos e índice de masa corporal (IMC) para evaluar el índice BODE. **Resultados:** Los dos grupos no mostraron diferencias respecto a la edad (EPOC-HL = 70±7 vs. EPOC-Tab = 68±6 años), FEV1 post broncodilatador (EPOC-HL = 58±20 vs. EPOC-Tab = 59±15 % del predicho) como se esperaba. Tampoco hubo diferencias en el índice BODE (EPOC-HL= 3.3 ± 2 vs. EPOC-Tab= 2.4 ± 2, p=0.16), ni en los volúmenes pulmonares (VR % predicho (EPOC-HL= 182.85± 70.50 vs. EPOC-Tab= 164.69 ± 63.12, p=NS), TLC % predicho (EPOC-HL= 129.32 ± 30.5 vs. EPOC-Tab= 116.8 ± 25.74)). Las pacientes con EPOC-HL manifestaron mayor disnea (escala del MRC) y menor saturación en reposo que las pacientes con EPOC-Tab. (1.7±1 vs. 1± 0.8, p=0.03; 87±6 vs. 90±4 p= 0.03, respectivamente); mientras que las pacientes con EPOC-Tab. tuvieron una mayor caída en la saturación al final de la Caminata de 6 minutos (12±5 vs. 9±4 % p=0.03. **Conclusion:** La EPOC-HL y EPOC-Tab son dos fenotipos con características similares y diferentes a la vez. Con una edad y FEV1 similar, las mujeres con EPOC-HL manifiestan más disnea y daño en el intercambio gaseoso. El efecto producido por la exposición a biomasa, puede ser más grave que el de tabaco.

PO338 BRONQUIOLITE OBLITERANTE COM PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO – RELATO DE CASO

LETÍCIA GONDIM NAVES TAIRA[1]; JOÃO DANIEL BRINGEL REGO[2]; ROSANE RODRIGUES MARTINS[3]; TAINAH DE ALMEIDA SILVA[4]; LARYSSA GONDIM NAVES TAIRA[5]; MARCOS ANTÔNIO SOUZA JÚNIOR[6]

1,4,5,6.UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2,3. HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIOLITE OBLITERANTE; PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO; PNEUMONIA INTERSTICIAL

Introdução: A bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP) é um padrão de resposta histológica não específica a uma variedade de injúrias pulmonares que afetam as pequenas vias aéreas não-cartilaginosas e as estruturas alveolares. O diagnóstico pode ser confirmado com análise de material obtido por biópsia transbrônquica ou a céu aberto. O tratamento da BOOP depende da etiologia, mas na maioria dos casos ocorre melhora rápida com corticoterapia sistêmica. Os sintomas mais comuns são tosse não produtiva e dispnéia. **Objetivo:** Relato de caso de paciente com quadro de BOOP que apresentou melhora radiológica lenta, mas completa com uso de corticóide. Caso clínico: A.M.P.R., fem., branca, 47 anos, natural de Iqueiras-CE, no DF há 45 anos, casada, técnica de administração pública. Há 3 meses iniciou quadro de tosse seca e dispnéia progressiva aos esforços. Nega febre, emagrecimento, anorexia ou dor torácica. Fez uso de levofloxacino, sem melhora clínica. Ex-tabagista (20 maços/ano), tendo parado há 10 anos. Hipotireoidismo há 5 anos. Alergia a piroxicam. Ao exame: SpO2:98%, FC: 90bpm, FR:20irpm, PA: 140/90mmHg, AP: estertores em velcro em 1/3 inferiores dos pulmões. Sem outras alterações ao exame físico. Radiografia do tórax evidenciava infiltrado intersticial bilateralmente com opacidades alveolares em bases pulmonares e TC de tórax mostrou infiltrado peribroncovascular associado a opacidades alveolares periféricas com predomínio em lobos inferiores. VHS elevado. Hemograma completo e provas de atividade reumática normais. Provas de função pulmonar mostraram distúrbio ventilatório restritivo e difusão do CO reduzida. Apesar dos achados clínicos e radiológicos serem bastante sugestivos de BOOP, decidimos conjuntamente com a paciente por realização de biópsia pulmonar a céu aberto, cujo histopatológico confirmou o diagnóstico de BOOP. Iniciado tratamento com prednisona 50mg/dia e, após 3 meses, a paciente apresentou melhora clínica parcial, mas pouca melhora radiológica. Optamos pela manutenção do tratamento. Novo controle após 3 meses mostrou melhora radiológica e funcional. Iniciada redução gradual do corticóide com suspensão após 12 meses, quando evidenciamos resolução radiológica quase completa e apenas discreta diminuição da difusão do CO. **Discussão:** O diagnóstico da BOOP se baseia nos achados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos, sendo estes, definitivos. O quadro se deu de forma típica na paciente, com tosse seca e dispnéia. Chama a atenção, porém, a demora na melhora radiológica que, na maioria das vezes, ocorre de forma mais imediata. **Conclusão:** A realização da biópsia pulmonar e o diagnóstico histopatológico foram fundamentais para a segurança na condução do caso, que apresentou uma resposta lenta ao tratamento convencional.

PO339 ANÁLISE DE SEGMENTO SUSPEITO EM PACIENTES COM INVESTIGAÇÃO DE TEP

LETÍCIA GONDIM NAVES TAIRA; LARYSSA GONDIM NAVES TAIRA; MARCOS ANTÔNIO SOUZA JÚNIOR; ALLINE MARRA PEREIRA; DANIELLE CRISTINA SOUZA; OSVALDO SAMPAIO NETTO; TAINAH DE ALMEIDA SILVA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; CINTILOGRAFIA PULMONAR; SEGMENTO SUSPEITO

Introdução: A cintilografia pulmonar é exame praticamente exclusivo da investigação de tromboembolismo pulmonar (TEP), com 41% de sensibilidade e 97% de especificidade nas cintilografias de alta probabilidade. **Objetivo:** Avaliar que segmento pulmonar apresenta maior incidência de TEP. **Métodos:** Foram avaliadas cintilografias pulmonares de 109 pacientes (81 mulheres e 28 homens) em investigação de TEP realizadas no Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia de Brasília (IMEB), unidade Taguatinga, nos anos de 2006 e 2007. Os dados foram analisados com o programa MSExcel. **Resultado:** A idade média da amostra foi 61,8 ± 19,7 anos. A percentagem dos exames normais foi 33%, classificados como baixa probabilidade 32,1%, média probabilidade 1,9% e alta probabilidade 33,0%. Nas cintilografias observamos acometimento do pulmão direito em 13 (18,3%), do pulmão esquerdo em 27 (38,0%), e ambos em 31 (43,7%). Nas cintilografias de baixa probabilidade (36 cintilografias) observamos acometimento do pulmão direito: lobo superior 11,5% (apical – 2 ocorrências; posterior - 3 ocorrências; anterior - 2 ocorrências); lobo médio 16,4% (lateral - 7 ocorrências; medial – 3 ocorrências); lobo inferior 72,1% (superior - 12 ocorrências; medial basal - 6 ocorrências; anterior basal – 8 ocorrências; lateral basal – 6 ocorrências; posterior basal - 12 ocorrências). No pulmão esquerdo: lobo superior 10,1% (apical – 3 ocorrências; posterior - 3 ocorrências; anterior - 2 ocorrências); lobo médio 21,5% (superior - 10 ocorrências; inferior – 7 ocorrências); lobo inferior 68,4% (superior - 11 ocorrências; medial basal - 9 ocorrências; anterior basal – 9 ocorrências; lateral basal – 8 ocorrências; posterior basal - 17 ocorrências). Nas cintilografias de alta probabilidade (36 cintilografias) observamos acometimento do pulmão direito: lobo superior 29,7% (apical – 5 ocorrências; posterior - 8 ocorrências; anterior - 6 ocorrências); lobo médio 17,2% (lateral - 6 ocorrências; medial – 5 ocorrências); lobo inferior 53,1% (superior - 12 ocorrências; medial basal - 2 ocorrências; anterior basal – 6 ocorrências; lateral basal – 6 ocorrências; posterior basal - 8 ocorrências). No pulmão esquerdo: lobo superior 17,9% (apical – 5 ocorrências; posterior - 4 ocorrências; anterior - 4 ocorrências); lobo médio 16,7% (superior - 7 ocorrências; inferior – 6 ocorrências); lobo inferior 65,4% (superior - 19 ocorrências; medial basal - 3 ocorrências; anterior basal – 5 ocorrências; lateral basal – 8 ocorrências; posterior basal - 16 ocorrências). **Conclusão:** Dos exames realizados, a suspeita de TEP ocorreu em 67%. O pulmão esquerdo foi acometido em mais de 80% dos casos, destacando a ocorrência bilateral em 43,7%. O lobo inferior em ambos os pulmões foi o mais acometido (cerca de 65% das ocorrências), o que é concordante com a maior vascularização desta região. Tem-se que os segmentos mais acometidos bilateralmente foram o superior (19,1%) e posterior basal (18,8%).

PO340 DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN DE PARTES MOLES EM MEDIASTINO POSTERIOR

ANTÔNIO LUIZ PENNA COSTA[1]; NATÁLIA OLIVEIRA E SILVA[2]; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO[3]; LIA BELCHIOR MENDES BEZERRA[4]; SAMIA RACHED[5]; DANIEL ABENSUR ATHANAZIO[6]; PAULO ROBERTO FONTES ATHANAZIO[7]

1,2,6,7.HOSPITAL ESPANHOL, SALVADOR, BA, BRASIL; 3,4,5.HC - USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINO POSTERIOR; ROSAI-DORFMAN; CIRURGIA TORÀCICA

Introdução: O envolvimento extranodal na Doença de Rosai-Dorfman (DRD) ocorre em mais de 43% dos casos, porém acometimento isolado de partes moles nessa patologia é raro. Enquanto a doença nodal é reconhecida como uma desordem inflamatória/hiperplásica que usualmente regride espontaneamente, a história natural da DRD de partes moles é associada a um crescimento indolente, com recorrências ao longo de anos. DRD mediastinal isolada é extremamente rara e os 3 casos previamente descritos foram interpretados como: 1) linfadenopatia hilar bilateral; 2) envolvimento primário do timo; 3) doença extranodal no mediastino anterior. O envolvimento do mediastino posterior só foi descrito no contexto da forma disseminada na DRD. **Objetivo eMétodos:** Descrever um caso de DRD de partes moles envolvendo o mediastino posterior. **Resultados:** Trata-se de uma paciente de 49 anos, sexo feminino, tabagista (30anos.maço), com doença pulmonar obstrutiva crônica procurou assistência médica por dispnéia e dor torácica há 2 anos. Seu histórico médico incluía tuberculose pulmonar tratada há 4 anos, episódios recorrentes de pneumonia (4 nos últimos 4 anos), além de dor e linfadenomegalias cervicais há 2 anos, com resolução espontânea. A paciente realizou uma tomografia computadorizada de tórax que revelou uma massa paravertebral esquerda de 6 cm no mediastino posterior. A lesão não captava contraste e exibia estreita relação com a aorta descendente e estruturas ósseas, mas sem sinais de invasão local. A paciente realizou excisão da massa tumoral, sendo analisados pela patologia uma massa de coloração amarelada de 5 cm, um linfonodo paraaórtico e linfonodos do hilo pulmonar esquerdo e do ligamento pulmonar. Microscopicamente, o maior fragmento e o linfonodo paraaórtico exibiram tecido fibrótico e infiltrado inflamatório crônico, com predomínio de linfócitos maduros e células plasmáticas. Grandes histiócitos com citoplasma pálido foram achado comum e áreas esparsas de agregação e figuras de emperipolesis foram encontradas. Os achados eram sugestivos de DRD e a imunohistoquímica confirmou o diagnóstico baseando-se na expressão de S-100 e CD68 nos grandes histiócitos. Nenhuma reação de CD1a foi detectada. Cadeias Kappa e lambda

estavam expressas em células plasmáticas e CD20 e CD3 em linfócitos maduros. Não havia tecido linfóide residual nos fragmentos analisados. Os linfonodos hilares esquerdos e do ligamento pulmonar não estavam acometidos. Nenhum tratamento adicional foi realizado após a cirurgia. A paciente foi acompanhada por 12 meses, apresentando tosse e dor torácica discretas. Nenhum sinal de recorrência de doença foi detectado em exames periódicos de imagem, nem houve aparecimento de novas linfadenomegalias cervicais. **Conclusões:** o presente caso destaca a importância de incluir DRD extranodal no diagnóstico diferencial de lesões inflamatórias e fibro-histiocíticas de partes moles. Este é o primeiro caso relatado de DRD de partes moles envolvendo o mediastino posterior.

PO341 ELEVADA FREQÜÊNCIA DE SÍNDROME HEPATOPULMONAR EM CIRRÓTICOS CANDIDATOS AO TRANSPLANTE DE FÍGADO

LIANA GONÇALVES DE MACEDO[1]; EDMUNDO PESSOA ALMEIDA LOPES[2]; MARIA DE FÁTIMA MILITÃO ALBUQUERQUE[3]; BRIVALDO MARKMAN FILHO[4]; FLAVIO HENRIQUE VÉRAS[5]; ANA CAROLINA CHIAPPETTA CORREIA ARAUJO[6]; ÁLVARO ANTÔNIO BANDEIRA FERRAZ[7]

1.HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 2,4,5,7.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL; 3.FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-INSTITUTO AGEU MAGALHÃES, RECIFE, PE, BRASIL; 6.HOSPITAL ESPERANÇA, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME HEPATOPULMONAR; TRANSPLANTE DE FÍGADO; CIRROSE HEPÀTICA

Elevada freqüência de síndrome hepatopulmonar em cirróticos candidatos a transplante hepático** Estudo realizado no Ambulatório de Transplante de Fígado do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). **Introdução:** A síndrome hepatopulmonar (SHP) é complicação frequente de cirrose hepática mas também já foi relatada em não cirróticos com hipertensão portal (HP). A descrição de sua prevalência varia de 4% até 32% em cirróticos sendo inferior a 10% naqueles com HP sem cirrose. A SHP é fator de risco independente para o pior prognóstico de cirróticos e tem no transplante de fígado (TxF) o único tratamento considerado eficaz. No Brasil, assim como em outros países, sua presença em candidatos ao TxF é critério de prioridade para a recepção do enxerto de doador cadáver. **Objetivos:** Verificar a ocorrência da SHP em cirróticos, inscritos no Ambulatório de Transplante Hepático do HC-UFPE e comparar as características demográficas, clínicas e de exames complementares, bem como a gravidade da doença hepática (Child-Pugh e MELD), entre os grupos com e sem SHP. **Métodos:** Entre janeiro e novembro de 2007 foram avaliados 44 cirróticos através de exame clínico, bioquímico, gasometria arterial, espirometria, radiografia de tórax e ecocardiografia transtorácica (Eco-TT) com contraste. Os critérios diagnósticos da síndrome foram a presença de dilatações vasculares intrapulmonares (DVIP) identificadas por Eco-TT, associada à diferença alvéolo-arterial de O2 (DA-aO2) ≥ 15 mmHg e/ou PaO2 < 80 mmHg. **Resultados:** A média de idade foi 52 anos, sendo 70% do sexo masculino. A causa mais freqüente de cirrose foi uso de etanol e a esquistossomose hepatesplênica esteve associada em 64% dos casos. A ocorrência de SHP foi de 46%, sendo sua freqüência maior nos pacientes com tempo de espera pelo enxerto > 24 meses e naqueles com Child A e MELD < 15, mas sem diferenças significativas. No grupo com SHP foram menores as médias da oximetria de pulso (p = 0,04), PaO2 (p = 0,006) e PaCO2 (p = 0,05). As DVIP foram mais freqüentes no grupo com SHP (p < 0,001), assim como a DA-aO2 ≥ 15 mmHg (p = 0,001) e a PaO2 < 80 mmHg (p = 0,06). **Conclusão:** A SHP apresentou elevada freqüência neste estudo e foi mais encontrada naqueles com maior tempo de espera na lista de TxF e com função hepática menos comprometida.

PO342 BARREIRAS E RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA PRÁTICA CLÍNICA

LIANA SOUSA COELHO; LAURA MIRANDA DE OLIVEIRA CARAM; RENATA FERRARI; SUZANA ERICO TANNI; ILDA GODOY; ROSANA SILVA MARTIN; IRMA DE GODOY

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; DEPENDÊNCIA DE NICOTINA; CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Introdução: O tabagismo é considerado epidemia mundial e, segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de cinco milhões de pessoas morrem ao ano em conseqüência das doenças tabaco - relacionadas. Estima-se que ocorrerão cerca de 10 milhões de mortes/ano em 2030. **Objetivo:** Avaliar os pacientes atendidos no serviço de tratamento intensivo do tabagismo da Faculdade de Medicina de Botucatu, no período de 2003 a 2007, de acordo com a escolaridade, condição sócio-econômica e características da dependência de nicotina e também identificar eventuais obstáculos e necessidade de recursos para cessar o tabagismo. **Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente os dados coletados durante a avaliação para admissão no Ambulatório de Tabagismo, no período de abril de 2003 a abril de 2007. As fichas de 387 pacientes foram analisadas, anotando-se dados demográficos (gênero, escolaridade e renda mensal), forma de encaminhamento, presença de comorbidades, tempo de tabagismo, grau de dependência à nicotina (Questionário de Fagerström), grau de motivação para parar de fumar, tentativas anteriores de cessação do tabagismo e recursos utilizados previamente. Análise Estatística: Foi realizada análise descritiva. **Resultados:** Dos 387 fumantes, 63% eram do sexo feminino com idade média de 50 ± 25 anos. 61% dos fumantes não tinham completado o 2º grau e em 66% a renda mensal era < 2 salários mínimos. O grau de dependência foi elevado/muito elevado em 59%, médio em 17% e baixo/muito baixo em 24%. 95% apresentavam comorbidades; entretanto, apenas 35% foram encaminhados ao tratamento por um médico. Mais da metade (68%) já tinha feito pelo menos uma tentativa de cessação, 83% sem tratamento estruturado. **Conclusão:** Os tabagistas que procuraram assistência para cessar o tabagismo apresentaram desvantagem social, alta dependência da nicotina e tentativas anteriores de cessação sem tratamento estruturado. Portanto, para que seja eficaz, a intervenção para controle do tabagismo deve contemplar as características sociais dos fumantes. Fumantes mais dependentes da nicotina necessitam de apoio intensivo para serem bem sucedidos em suas tentativas de cessação.

PO343 SARCOMA DE ARTÉRIA PULMONAR: RELATO DE CASO

LIANA SOUSA COELHO; JACOB ANTÔNIO DELLA COLETTA; WAGNER MONEDA TELINI; SUZANA ERICO TANNI; IRMA DE GODOY

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOMA; ARTÉRIA PULMONAR; TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Introdução: O sarcoma de artéria pulmonar é uma patologia rara e geralmente fatal. A apresentação clínica e o exame físico são inespecíficos e freqüentemente o diagnóstico inicial é de tromboembolismo pulmonar. **Relato de Caso:** Mulher de 66 anos, sem antecedentes médicos relevantes, apresentava há um ano história de dor torácica não característica, dispnéia progressiva e mais tarde, síncope. Ela foi previamente tratada para insuficiência cardíaca sem melhora do quadro e, por essa razão, foi encaminhada ao serviço de Pneumologia. O radiograma de tórax mostrou alargamento no ramo esquerdo da artéria pulmonar. O ecocardiograma transtorácico revelou dilatação do ventrículo direito, regurgitação tricúspide e ausência de fluxo sanguíneo na artéria pulmonar esquerda. A tomografia computadorizada de tórax (TC) revelou massa intraluminal, com 7,5cm no maior diâmetro, obstruindo parcialmente o tronco de artéria pulmonar e envolvendo o arco aórtico e aorta descendente extendendo-se para o mediastino e esôfago. A biópsia da massa mediastinal, realizada por punção percutânea guiada por TC, evidenciou sarcoma fuso-celular de grau intermediário. A cirurgia não foi indicada devido ao estágio avançado da doença. Foi iniciado tratamento quimioterápico com paclitaxel e gencitabina, mas sem resposta clínica. A paciente faleceu 11 meses após o diagnóstico.

PO344 RELATO DE TRATAMENTO DE MICETOMA COM APLICAÇÃO DE ANFOTERICINA B INTRACAVITÁRIA

MARTA DE ANDRADE LIMA COÊLHO[1]; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN[2]; LIANY RIBEIRO[3]

1.HOSPITATAL OCTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 2,3.HOSPITAL OCTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MICETOMA; INTRA-CAVITÁRIA; ANFOTERICINA

Introducão: Aspergilose é a designação de um grupo de doenças de seres humanos e de animais, causadas por espécies termotolerantes de fungos do gênero Aspergillus, considerado o mais comum existente no mundo. As espécies patógenas mais encontradas são Aspergillus fumigatus, Aspergillus flavus e Aspergillus niger. O acometimento pulmonar pode levar a uma variedade de síndromes clínicas, entre elas: Asma, Aspergilose BroncoPulmonar Alérgica (ABPA), Pneumonite de Hipersensibilidade, Bronquiolite Obliterante com Pneumonia em Organização (BOOP), Granulomatose Broncocêntrica, Aspergilose Semi-Invasiva (ou Necrosante Crônica), Aspergilose Invasiva,

Aspergilose Pulmonar Crônica e o Aspergiloma. O aspergiloma refere-se à colonização de cavidades pulmonares ou ectasias brônquicas por espécies de Aspergillus, ocorrendo em 10 a 15% dos pacientes com doença pulmonar cavitária. Acomete principalmente lesões cavitárias resultantes de seqüela de Tuberculose, mas também podem colonizar cavidades de pacientes com sarcoidose, fibrose cística, pneumocystis jiroveci, bolhas de enfisema, neoplasias, infarto pulmonar, aspergilose invasiva, paracoccidioidomicose, ou qualquer outra doença que leve à formação de cavidades. O paciente portador de aspergiloma pode permanecer assintomático por muitos anos ou apresentar sintomas como tosse com ou sem expectoração, febre, adinamia e hemoptise que pode variar desde a forma leve até volumosa. **Objetivo:** O objetivo desta apresentação é o relato do caso de um paciente portador de micetoma por Aspergillus em coto de lobectomia que foi tratado com instilação intracavitária de Anfotericina B. **Métodos:** Paciente masculino, 34 anos, pardo, natural e procedente de Jaboatão dos Guararapes – PE, com história de tosse produtiva mucóide com hemoptóicos leves há seis meses. Negava febre, dispnéia, perda de peso ou outras queixas. **Antecedentes:** TB pulmonar tratada há 6 anos, lobectomia (LSD há 2 anos), ex-tabagista 9m/a. Trazia os seguintes exames: Broncoscopia que mostrava lesão exofítica amarelada se estendendo para o interior do óstio do segmento posterior do lobo superior direito, mucosa pálida e com pontos de sangramento espontâneo (foto 1). TC Tórax: imagem cavitária contendo formações nodulares entremeadas com traves fibrosas de aspecto residual em segmento apical e posterior de lobo superior e segmento superior de lobo inferior direito (foto 2). Na admissão estava eupnéico, com bom estado geral. O exame do tórax foi normal, exceto pela ausculta de sopro tubário em ápice de HTD. Foi prescrito itraconazol 400 mg/dia e realizada broncoscopia com colocação de cateter endobrônquico até óstio de lobo superior direito e administrado anfotericina B 5 mg no primeiro dia. Foi prescrito neste momento Dexclofeniramina e Tylex ® para tentar diminuir o reflexo de tosse. Em seguida foi administrado 20 mg/dia de anfotericina B. Realizado semanalmente radiografia de tórax (foto 03) e exames laboratoriais para seguimento do caso. **Resultados:** O paciente evoluiu com tosse com secreção purulenta, febre e leucocitose após iniciado tratamento intracavitário, sendo tratado então com Piperacilina-Tazobactan e Ciprofloxacin por 10 dias, com boa resolução clínica. Apresentou eliminação de substância gelatinosa de cor pardacenta durante tratamento (foto 04). Realizada nova TC de tórax quando dose cumulativa de anfotericina B de 500 mg, mostrando estabilidade da lesão. Optado por manter medicação até dose cumulativa de 750 mg em conjunto com itraconazol (fez 40 dias). A broncoscopia realizada posteriormente,com um mês da alta, mostrou regressão importante da lesão (foto 05). O paciente permaneceu sem hemoptise durante todo o tratamento hospitalar e após controle ambulatorial durante 06 meses. **Conclusão:** O tratamento mais preconizado, definitivo, para o micetoma (aspergiloma ou não) em pacientes sintomáticos é o tratamento cirúrgico através de ressecção em cunha ou lobectomia, porém tem alta morbi-mortalidade e muitos pacientes não têm capacidade respiratória para serem submetidos a este tipo de intervenção cirúrgica. Complicações pós-operatórias incluem hemorragia, fístula broncopleural, e infecção por Aspergillus no espaço pleural. Embolização arterial brônquica é usada apenas como um tratamento temporário nos pacientes com hemoptise maciça, como uma medida salvadora. O uso de Anfotericina por via intravenosa não tem boa resposta clínica pois não alcança boa penetração intra-cavitária. O Itraconazol e os novos antifúngicos, voriconazol e,presumivelmente, o posaconazol, segundo o Guideline da IDSA de 2008, têm algum potencial terapêutico benéfico no tratamento da Aspergilose Pulmonar Cavitária Crônica com, comparativamente, menos riscos de efeitos colaterais, porém não são recomendados para pacientes com aspergiloma isolado. O clássico trabalho de Yamada, apresentado na Chest de maio de 1993, revisa o caso de doze pacientes com Aspergiloma, que foram tratados com Fluconazol ou Anfotericina ou a associação de ambos por via intracavitária por broncoscopia ou por via transcutânea, com a dose total da Anfotericina variando de 250 mg a 1000 mg. Apesar de não ter ocorrido uma melhora radiológica na maioria dos pacientes, houve uma melhora importante na concentração de fungos viáveis na parede da cavidade, coincidindo com uma melhora importante dos sintomas dos pacientes tratados. Assim como relatado no trabalho acima citado, no presente caso, optou-se por tratamento do Aspergiloma sintomático com Anfotericina intra-cavitária aplicada por via cateter colocado por broncoscopia, obtendo-se diminuição importante da colonização da parede cavitária e por consequinte, da reação inflamatória, sem diminuição evidente do tamanho do micetoma à tomografia, porém com resolução da hemoptise e sem grandes reações adversas.

P0345 ESTUDO COMPARATIVO DE FATORES PROGNÓSTICOS EM PORTADORES DE CARCINOMA NÃO PEQUENAS CÉLULAS DE PULMÃO: SOBREVIDA SUPERIOR A CINCO ANOS E INFERIOR A UM ANO

LILIAN TIEMI KURANISHI[1]; SÉRGIO JAMNIK[2]; ILKA LOPES SANTORO[3]; CESAR UEHARA[4]; ELIANA LOURENÇO BORGES[5]; RAIMUNDO JENNER PARAISO PESSOA JUNIOR[6]; ROBERTA PULCHERI RAMOS[7]; EMMANUEL CAVALCANTI CAMPELO NETO[8]

1,2,3,4,5,6,8.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 7.UNFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; CARCINOMA NÃO PEQUENAS CÉLULAS; PROGNÓSTICO

Introdução: O carcinoma de pulmão continua sendo a principal causa de morte por câncer no mundo, com incidência crescente em ambos os sexos. No entanto, seu diagnóstico ainda é tardio, com grande parte dos pacientes apresentando-se com doença avançada (estadio III e IV). Assim, um pequeno número destes doentes sobrevivem mais de 5 anos. Fatores prognósticos são estudados para uma melhor avaliação e manejo destes pacientes, numa tentativa de se reduzir a alta morbi-mortalidade do carcinoma de pulmão. **Objetivos:** Comparar fatores prognósticos entre pacientes com sobrevida maior que 5 anos e menor que 1 ano com diagnóstico de carcinoma não pequenas células. **Métodos:** Avaliou-se pacientes atendidos no ambulatório de Onco-Pneumologia do Hospital São Paulo, do período de 1986 a 2000, com diagnóstico de carcinoma não pequenas células, cuja sobrevida foi superior a 5 anos e inferior a 1 ano. Pacientes com estádio Ia, Ib, IIa, IIb e IIIa foram denominados doença precoce e os estádios IIIb e IV, doença avançada. Foram analisados dados como idade, sexo, sinais e sintomas, tipo histológico, capacidade funcional (Índice de Karnofisky), tabagismo, índice maços/anos, estadiamento, tipo de tratamento, CEA e DHL. Os dados foram comparados utilizando o teste do qui-quadrado, teste de Fischer e teste t de Student, considerando-se p significante menor que 0,05. **Resultados:** Foram atendidos 1201 pacientes no ambulatório no período de 1986 a 2000. Destes, 31 (2,6%) sobreviveram mais de 5 anos e 219 (18,2%) menos de 1 ano, sendo que no primeiro grupo, 28 tinham tipo histológico de carcinoma não pequenas células e 182 no segundo grupo. Não houve diferença estatística significante entre os grupos quando comparados quanto sexo, idade, hábito de fumar e índice maços/ano. Capacidade funcional maior foi relacionada à maior sobrevida ($p < 0,0001$). Dor torácica foi sintoma com p significante (0,04), porém teve tendência a maior freqüência no grupo com menor sobrevida. Perda de peso inicial foi menor entre os pacientes com sobrevida maior (35% versus 64,3%) com significância estatística ($p = 0,0029$). No grupo com sobrevida maior que 5 anos, a doença precoce foi mais freqüente (89,3%), diferente do que foi observado no grupo com menor sobrevida, onde o grupo com doença avançada foi maior (94,5%), isto sendo extremamente significante ($p< 0,0001$). Os valores de CEA e DHL foram menores no grupo com maior sobrevida, sendo estatisticamente significante ($p<0,0001$ e $p=0,0003$, respectivamente). Tratamento cirúrgico curativo foi mais freqüente nos pacientes com sobrevida maior que 5 anos (67,9% versus 8,24%), com diferença estatística significante ($p<0,0001$). **Conclusão:** pacientes com sobrevida maior que 5 anos atendidos no ambulatório de Onco-Pneumologia do Hospital São Paulo, apresentaram como fatores prognósticos maior valor de capacidade funcional inicial, menor perda de peso inicial, doença mais localizada, menores valores iniciais de CEA e DHL e cirurgia com objetivo curativo.

P0346 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS X CARCINOMA NÃO-PEQUENAS CÉLULAS EM PACIENTES COM SOBREVIDA MENOR QUE 1 ANO: COMPORTAM-SE DIFERENTES?

LILIAN TIEMI KURANISHI[1]; SÉRGIO JAMNIK[2]; ILKA LOPES SANTORO[3]; CESAR UEHARA[4]; ELIANA LOURENÇO BORGES[5]; THÚLIO MARQUEZ CUNHA[6]; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO[7]; RENATA FERLIN ARBEX[8]

1,2,3,4,5,6,8.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 7.UNFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; CARCINOMA NÃO PEQUENAS CÉLULAS; CARCINOMA PEQUENAS CÉLULAS

Introdução: No carcinoma do pulmão, o carcinoma de pequenas células (CPC) e o de não-pequenas células (CNPC) são considerados 2 entidades com comportamento clínico diferente. Desta forma, os revisores raramente aceitam trabalhos quando os dois tipos são estudados como uma única entidade – o carcinoma broncogênico. **Objetivo:** Comparar o comportamento clínico

entre CPC e CNPC com sobrevida inferior a 1 ano. **Método:** Foram avaliados pacientes portadores de CPC e CNPC de pulmão do ambulatório de Onco-Pneumologia do Hospital São Paulo com sobrevida inferior a 1 ano. Analisamos dados como idade, sexo, sinais e sintomas, capacidade funcional (índice de Karnofsky), tabagismo, índice maços/ano, estadiamento, tipo de tratamento, CEA e DHL. Os dados foram comparados utilizando o teste do qui-quadrado, teste de Fisher e teste t de Student, considerando-se p significativo menor que 0,05. **Resultados:** Foram avaliados 182 pacientes, sendo 144 (79,1%) do sexo masculino, portadores de CNPC e 37 pacientes, sendo 32 (86,4%) do sexo masculino, portadores de CPC. Os sinais e sintomas mais freqüentes para CNPC e CPC respectivamente foram: expectoração (71,4% e 70,3%), tosse (67,6% e 78,4%), dispnéia (54,3% e 67,6%) e dor torácica (55,4% e 62,2%). No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre eles. A análise dos valores de DHL apresentou diferença 187,8 para 350,4 para CPC e 315,4 estatística significante (545,5 CNPC). O tratamento cirúrgico também foi significativamente mais freqüente para CNPC (8,24%) quando comparado com o grupo CPC (0%). **Conclusão:** Os pacientes com sobrevida menor que 1 ano apresentam comportamento clínico semelhante, independente do seu tipo histológico. Isto pode ser explicado pelo fato de que a maioria destes pacientes com pequena sobrevida também se encontram em fase avançada do carcinoma broncogênico, o que limita as chances de melhora da doença.

PO347 ELATO DE CASO: PARACOCCIDIOIDOMICOSE E TUBERCULOSE PULMONAR ASSOCIADOS

NAIENE GOMES GORDO STECCA[1]; RAIMUNDO JENNER PARAISO PESSOA JUNIOR[2]; LILIAN TIEMI KURANISHI[3]; ROBERTA PULCHERI RAMOS[4]; JORGE NAKATANI[5]; NILSON MOURA GAMBERO[6]; ERIKA CRISTINE TREPTOW[7]; CESAR YOSHITO FUKUDA[8]

1,2,3,4,5,6,8.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 7.UNFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE PULMONAR; PARACOCCIDIOIDOMICOSE PULMONAR; MICOSE PULMONAR

A tuberculose é uma doença endêmica mundial, e o Brasil segundo a Organização Mundial de Saúde, ocupa o 14° lugar entre os 23 países responsáveis por 80% do total de casos da doença. A paracoccidioidomicose também é doença endêmica porém restrita a países da América Latina, com casos autóctones documentados desde o Sul do México até Argentina. Como não é doença de notificação compulsória torna-se difícil avaliar sua incidência e prevalência. É descrito na literatura co-infecção desta doença com tuberculose em 5-10% dos pacientes,e o presente relato de caso vem ilustrar esta associação. MCCS, 66 anos, feminina, natural de MG e procedente de SP capital onde mora há 35 anos; aposentada, ex cozinheira, viúva, 02 filhos, procura serviço médico com queixa de dispnéia há 1 ano. Refere que a dispnéia se iniciou subitamente, aos moderados esforços, não progressiva, associada há 2 meses com tosse seca sem período preferencial e sem fatores agravantes ou de alívio. Nega dor torácica, edema de membros inferiores, hemoptise, sudorese noturna, perda de peso, astenia, anorexia, sibilância. Sobre investigação de diversos aparelhos e sistemas relata apenas constipação crônica. Apresenta como antecedentes pessoais: hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. É tabagista 40 anos/maço, e trabalhou na agricultura até os 13 anos; nega exposição à pássaro, mofo. Familiares hígidos. Não apresenta alterações ao exame físico. A radiografia de tórax evidencia opacidade mal definida em campo médio pulmonar direito, e a tomografia computadorizada de tórax mostra massa em lobo superior direito e em lobo médio com cavitação central. Pesquisa para bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) no escarro mostrou-se positiva. Foi então iniciado esquema I para tuberculose, realizado broncoscopia com lavado bronco-alveolar negativo para fungo e positivo para BAAR, e biopsia onde evidencia-se estruturas leveduriformes compatíveis com paracoccidioidomicosis brasiliensis. Atualmente a paciente esta em uso de sulfametoxazol-trimetroprima, apresentando melhora clinica e radiológica.

PO348 PLEURODESE EXPERIMENTAL USANDO IODOPOVIDONE

FABIO G PITTA; NATALIA NOVAES PELIZARI; VIVIAN H P RIBEIRO; FLAVIO G B ZELADA; RENATO A E K MATSUMOTO; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO; LEILA ANTONANGELO; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - INCOR - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PLEURODESE; IODOPOVIDONE; DERRAME PLEURAL

Introdução: Estudos clínicos têm demonstrado que iodopovidone (IP) é efetivo na indução de pleurodese. Entretanto, seus efeitos colaterais ainda não são totalmente conhecidos. **Objetivo:** Avaliar o efeito da injeção intrapleural de IP em coelhos. **Métodos:** Trinta e cinco coelhos, da raça Nova Zelândia, receberam 2 mL de IP a 10% no espaço pleural direito. Após 6, 24, 48, 72 horas e 7, 14 e 28 dias, os animais foram eutanasiados foram avaliados a quantidade de líquido pleural formado (mL), presença macroscópicas de aderências pleurais e análise microscópica de inflamação, fibrose e hemorragia pleural e pulmonar (escores de 0 a 4). **Resultados:** Observamos a formação de um intenso volume de líquido pleural, com pico no 7º dia (37 ± 10 mL). Curiosamente, houve a formação de líquido pleural do espaço pleural esquerdo (lado não injetado) em 36% e ascite em 23% dos coelhos. Os resultados das análises macroscópicas e microscópicas estão descritos na tabela abaixo. **Conclusões:** Demonstramos que o iodopovidone é efetivo na indução de pleurodese em coelhos. Entretanto, este agente promoveu uma intensa reação inflamatória e/ou hemorrágica pleural, pulmonar e peritoneal. Outros estudos complementares estão sendo realizados para avaliar os efeitos sistêmicos do IP em coelhos. Apoio Financeiro: FAPESP, CNPq

Escores de macro e microscopia após injeção intrapleural de Iodopovidone

Tempo	Aderências	Inflamação Pleural	Fibrose pleural	Hemorragia Pleural	Hemorragia Pulmonar
6 h	0,0 ± 0,0	1,0 ± 0,0	0,2 ± 0,3	2,4 ± 0,4	2,8 ± 1,1
24 h	0,5 ± 0,8	1,2 ± 0,4	0,8 ± 0,7	2,3 ± 0,8	1,4 ± 1,1
48 h	0,4 ± 0,5	0,8 ± 0,3	0,8 ± 0,3	2,2 ± 0,8	1,1 ± 1,2
72 h	1,2 ± 1,2	1,9 ± 0,6	1,8 ± 0,3	0,9 ± 0,2	1,2 ± 0,7
7 d	2,1 ± 0,9	0,7 ± 0,3	3,5 ± 0,6	0,7 ± 0,3	1,2 ± 0,5
14 d	2,0 ± 0,8	0,0 ± 0,0	2,3 ± 0,6	0,0 ± 0,0	0,2 ± 0,3
28 d	3,3 ± 1,2	0,0 ± 0,0	3,3 ± 0,6	0,0 ± 0,0	0,7 ± 0,6

PO349 EXPRESSÃO DE CITOCINAS NA PLEURODESE EXPERIMENTAL INDUZIDA POR IODOPIVIDINE

VIVIAN H P RIBEIRO; FLAVIO G B ZELADA; NATALIA NOVAES PELIZARI; FABIO G PITTA; RENATO A E K MATSUMOTO; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO; FRANCISCO SUSO VARGAS; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - INCOR - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PLEURODESE; IODOPOVIDONE; CITOCINAS

Introdução: Iodopovidone tem sido utilizado como agente esclerosante na indução da pleurodese em derrames malignos recidivantes. As citocinas tem papel importante na formação do líquido pleural e no mecanismo da pleurodese. **Objetivo:** avaliar o volume de líquido pleural e níveis de citocinas após a injeção intrapleural de iodopovidone em coelhos. **Métodos:** Vinte e cinco coelhos receberam injeção intrapleural de 2ml de iodopovidone a 10%. Os animais foram eutanasiados após 4, 24, 48, 72 horas e 7 dias. O volume de líquido pleural (mL) foi quantificado e e IL-8 (pg/mL). **Análise estatística:** dosadas as citocinas VEGF, TGF- ANOVA , p<0,05. **Resultados:** O volume de liquido pleural foi aumentando temporalmente atingindo o maior valor no dia 7 (p<0,05). Os níveis de VEGF e TGF seguiram o mesmo comportamento do volume de liquido (p<0,001). Os níveis de IL-8 se elevaram nas primeiras 48 horas apresentando redução significativa após 72 hs e 7 dias (p<0,001). **Conclusões:** Os resultados sugerem o importante papel do VEGF na formação do líquido pleural e do TGF na formação da fibrose pleural. A intensa atividade inflamatória expressa pelos altos níveis de IL-8 traduz o comportamento irritativo do agente esclerosante. Apoio Financeiro: FAPESP, CNPq

PO350 INFLUÊNCIA DO PARECOXIBE NA PLEURODESE EXPERIMENTAL INDUZIDA POR TALCO OU NITRATO DE PRATA

MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO; NATALIA NOVAES PELIZARI; JOSE DONIZETI COSTA JUNIOR; RICKY TA WEI WU; LEILA ANTONANGELO; EVALDO MARCHI; FRANCISCO SUSO VARGAS; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - INCOR - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PLEURODESE; PARECOXIBE; DERRAME PLEURAL

Pleurodese é frequentemente utilizada no tratamento de derrame pleural maligno recidivante, sendo comum o uso de analgésicos e/ou antiinflamatórios para minimizar a dor que o procedimento possa ocasionar. Recentemente demonstramos que corticóides ou diclofenaco sódico diminuem a efetividade da pleurodese induzida por talco, mas não por nitrato de prata. (Chest 128:4041, 2005). Os inibidores da ciclooxigenase 2, como o Parecoxibe, são utilizados na prática clínica para o controle de inflamação e dor. O objetivo deste estudo foi avaliar a influência do parecoxibe (COX-2) na pleurodese induzida por talco (TL) ou nitrato de prata (NP). **Métodos:** 140 coelhos da raça Nova Zelândia, divididos em 2 grupos, receberam injeção intrapleural (2mL) de 400mg/Kg TL ou 0,5% NP. Metade destes animais recebeu injeção intramuscular de COX-2, 24 horas antes, 1xd por 7 dias e 1x semana até o final do estudo, 28 dias. Os animais foram eutanasiados após 4 horas, 1, 2, 3, 7, 14 e 28 dias e realizadas medidas do volume de líquido pleural, dosagem de citocinas IL-8, VEGF e TGF e análises macroscópica para presença de aderências pleurais e microscópica para inflamação e fibrose (escores 0 a 4). **Resultados:** A avaliação realizada após 28 dias demonstrou que o inibidor de COX-2 não reduz as aderências pleurais. Ressalta-se a redução precoce (início 72 horas) da inflamação pleural e pulmonar que se manteve por 14 dias no grupo TL e de forma mais evidente até 28 dias no NP. Nenhuma alteração foi observada na avaliação da fibrose pleural. Não houve interferência significativa na produção de volume de líquido pleural. Os níveis de IL-8 diminuíram significativamente no grupo que receber NP e COX-2 nas primeiras 48hs. Não houve interferência significativa nas dosagens de VEGF e TGF para os dois agentes. **Conclusão:** A injeção sistêmica de Parecoxibe não interferiu na efetividade da pleurodese induzida por talco ou nitrato de prata. Extrapolando esses resultados para a prática clínica, antiinflamatórios inibidores de ciclooxigenase-2 podem ser usados em pacientes que serão submetidos a pleurodese. Apoio Financeiro: FAPESP, CNPq

PO351 INFLUÊNCIA DO BEVACIZUMAB NA EXPRESSÃO DE CITOCINAS APÓS INJEÇÃO INTRAPLEURAL DE TALCO

SABRINA C C RIBEIRO; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO; CARLOS SERGIO ROCHA SILVA; GABRIELA GASPAR CARNEVALE; LEILA ANTONANGELO; EVALDO MARCHI; FRANCISCO SUSO VARGAS; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - INCOR - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CITOCINAS; BEVACIZUMAB; TALCO

Introdução: A pleurodese induzida por talco é frequentemente utilizada no tratamento do derrame pleural maligno recidivante. Estudos sugerem a participação do Fator de Crescimento Endotelial Vascular (VEGF) no mecanismo de formação de líquido pleural. Bevacizumab, um anticorpo recombinante anti-VEGF é utilizado como agente inibidor da angiogênese e do crescimento tumoral. O objetivo deste estudo é avaliar o efeito do Bevacizumab no volume de líquido pleural e nos níveis de citocinas após a injeção intrapleural de talco em coelhos. **Métodos:** Cinqüenta coelhos da raça Nova Zelândia divididos em 2 grupos receberam injeção intrapleural de 400 mg/kg de talco. Um grupo recebeu adicionalmente injeção intravenosa de Bevacizumab 5 mg/kg, uma hora antes do procedimento. Os animais foram eutanasiados após 24, 48, 72 e 96 horas. O volume de líquido pleural (mL) foi quantificado e dosadas e IL-8 (pg/mL). **Análise estatística:** teste t,□as citocinas VEGF, TGF- p<0,05. **Resultados:** A administração de Bevacizumab resultou em uma significante redução do volume de líquido pleural formado após 72 e 96 horas (p<0,05). Observou-se também uma diminuição dos níveis de VEGF e IL-8 em todos os tempos de estudo. Não houve diferença significativa na .□dosagem de TGF- **Conclusões:** Os resultados sugerem o importante papel do VEGF na formação do líquido pleural. O Bevacizumab promoveu uma efetiva inibição do VEGF com menor produção de líquido pleural e diminuição da atividade inflamatória expressa pelos menores níveis de IL-8. Apoio Financeiro: FAPESP, CNPq

PO352 TERAPIA TROMBOLÍTICA NA EMBOLIA PULMONAR

LUCIANA NOVAES CAMPELLO SOLEIMAN; MELISSA GASPAR TAVARES; LEONARDO PIPPA GADIOLI; THIAGO CAETANO FULLY; LIANA PINHEIRO
HMCC, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOLÍTICO; TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; DISPNEIA

Introdução: O tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) é uma situação clínica de alta mortalidade, frequentemente tem apresentação clinica variável e comumente não é diagnosticado. **Objetivo:** Relatar caso de embolia pulmonar com boa resposta após tratamento com trombolítico. **Método:** Revisão de prontuário médico. **Resultado:** JGSS, 70 anos, masculino, apresentou dispnéia súbita de forte intensidade associada a dor torácica, sem outros sintomas. Negava cirurgias ou viagens recentes. **Antecedentes:** cirurgia de varizes em MIE, CA de boca e de pele e tabagismo 15 maços/ano. Exame físico: sem anormalidades exceto extremidades com edema 2+/4 em MID, e MIE com dermatite ocre em face anterior de MID. Feita hipótese diagnóstica de TEP. Exames: D dímero: 3893; Doppler venoso de membros inferiores: sinais de trombose venosa profunda: vaso femoral comum até veias tibiais e gastrocnêmica; Ecocardiograma: aumento moderado de ventrículo direito (VD), contratilidade global de VD diminuída, insuficiência tricúspide moderada, hipertensão arterial moderada; Cintilografia de perfusão e inalação: alta probabilidade de TEP em ambos os pulmões. A conduta foi Heparina não fracionada e dicumarínico, mantendo-se o paciente estável até o 7º dia da internação quando apresentou taquidispnéia, tontura, náuseas, síncope, hipotensão, súbita queda da saturação de oxigênio e cianose central com fr: 24 ipm, AP: murmúrio vesicular presente sem ruídos, FC: 120bpm ritmo regular, PA 10/6 O RNI dos dias anteriores variava entre 1,3 e 1,7 . O quadro foi interpretado como novo episódio de TEP e com repercussões na troca gasosa. Submetido a trombólise química com estreptoquinase. Recebeu alta hospitalar após 2 semanas com varfarina e meias elásticas compressivas. **Conclusão:** O tromboembolismo pulmonar é uma doença potencialmente fatal se não diagnosticada e se não tratada corretamente. O tratamento baseia-se em heparinização nos pacientes estáveis e em trombólise química nos instáveis hemodinamicamente porém seu benefício a longo prazo é controverso e os efeitos adversos podem ser graves. Vários trabalhos indicam a trombólise nas seguintes situações: hipotensão persistente, hipoxemia grave, grande defeito de perfusão, disfunção de VD, trombo livre no VD e forame oval patente. Acredita-se que a importância da contra-indicação da trombólise nestes casos depende do poder da indicação. No caso apresentado foi evidente o benefício do paciente após a realização de trombólise o paciente segue em acompanhamento ambulatorial assintomáico com normalização da PSAP sem necessidade de oxigênio domiciliar, recanalização da artéria pulmonar e suspensão do anticoagulante oral após 6 meses de tratamento O objetivo do relato de caso é justamente a discussão da controversa indicação dos trombolíticos em pacientes sem choque de VD, como no caso presente

PO353 SÍNDROME DE SWYER-JAMES MAC LEOD: RELATO DE CASO

LUCIANA NOVAES CAMPELLO SOLEIMAN; CHIARA ROCHA BRANDAO; EMILIA CAROLINA BRANDAO MALAFAIA; SABRINA DA SILVA PEREIRA; LIANA PINHEIRO
HMCC, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SWYER-JAMES MAC LEOD; HIPERTRANSPARENCIA; BRONQUIOLITE

Introdução: Síndrome de Swyer-James Mac Leod (SSJM) é uma doença rara, caracterizada por hipertransparência de um pulmão ou um lobo deste, que se mantém de tamanho normal, ou fica reduzido, associado com aprisionamento aéreo e diminuição da vascularização pulmonar. É uma forma de bronquiolite obliterante pós infecciosa em que a maioria dos pacientes se apresenta com infecções pulmonares recorrentes, dispnéia e sibilância, e eventualmente desenvolvem bronquiectasias, porém poucos permanecem assintomáticos. Relatamos o caso de uma paciente de 35 anos com hipertensão pulmonar grave e achados clínico e radiológico sugestivos de SSJM , só que com lesões bilaterais. **Objetivo:** Relatar caso de Síndrome Swyer-James (Mc Leod) em mulher de 35 anos. **Métodos:** Revisão de prontuário médico. **Resultados:** R.B.S, feminina, 35 anos, parda, auxiliar de serviços gerais, admitida em agosto de 2004 com queixa de dispnéia, tosse, edema de MMII, aumento de volume abdominal. Antecedentes de \"asma\" e tabagismo (5 anos/maço). Raio X de tórax hiperinsuflação bilateral maior a esquerda, abaulamento de tronco de

artéria pulmonar sugerindo hipertensão pulmonar. ECG: onda p pulmonale. SpO2 88% em ar ambiente. Feita hipótese de hipertensão arterial pulmonar a esclarecer. Eco-transesofágico revelou hipertensão arterial sistólica de artéria pulmonar de 58 mmHg. Investigada com TC helicoidal com contraste que afastou TEP e mostrou bronquiectasias císticas e cilíndricas bilateralmente com perfusão de padrão em mosaico sugerindo aprisionamento aéreo por envolvimento de brônquios de pequeno calibre com redução significativa de vascularização pulmonar. Prova de função pulmonar com disturbio obstrutivo moderado, com redução da capacidade vital. **Conclusão:** Esta é uma patologia adquirida, decorrente de bronquielite obliterante, normalmente causada por infecção viral. Evolui com infecções pulmonares de repetição, bronquiectasias, aprisionamento aéreo e diminuição significativa de vascularização pulmonar. Ao exame radiológico, os pulmões estão hipertranparentes, de tamanho normal ou diminuído. É uma doença incomum, o diagnóstico é feito na idade adulta e muitas vezes tardiamente pois os pacientes são considerados como portadores de outras patologias obstrutivas como DPOC e asma. O diagnóstico da paciente baseou-se na clínica e na radiologia. O prognóstico é variável e depende da precocidade do diagnóstico, da gravidade e extensão da doença e do tratamento adequado instituído no início, para impedir ou postergar a evolução. Neste caso, o diagnóstico foi feito tardiamente, e a paciente já se apresentava com insuficiência respiratória crônica e hipertensão pulmonar, fazendo tratamentos irregulares. Todos esses fatores corroboraram para o mau prognóstico da mesma.

PO354 TUMOR DE ASKIN - RELATO DE CASO

LUCIANA NOVAES CAMPELLO SOLEIMAN; THIAGO CAETANO FULLY; RODRIGO BARBOSA DOS SANTOS; CARLOS MANOEL DE OLIVEIRA FIGUEIREDO; LIANA PINHEIRO

HMCC, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: NEUROECTODERMICO; QUIMIOTERAPIA; MASSA VOLUMOSA

Introdução: O tumor de Askin é um tumor neuroectodermico primitivo (PNET) localizado na região torácica. Estes tumores tem origem nas células pluripotenciais da crista neural devido a translocação entre os cromossomos 11 e 22. Mais comum em crianças e adultos jovens e os sintomas geralmente estão relacionados com a compressão local do tumor. Na maioria dos casos envolve parede torácica ou costelas e menos frequentemente (25%) ocorre o envolvimento do parênquima pulmonar. O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras neoplasias como condrossarcoma, sarcoma de Ewing, osteossarcoma, fibrohistiocitoma maligno, plasmocitoma solitário e neuroblastoma. O tratamento consta de cirurgia seguida de quimioterapia e radioterapia ou quimioterapia neoadjuvane seguida de cirurgia e radioterapia ambos com prognóstico reservado **Objetivo:** Relatar caso clínico em jovem oligossintomático de 21 anos **Métodos:** Revisão de prontuário médico. **Resultados:** Paciente masculino, 21 anos sem comorbidades apresentou-se com queixa de sudorese noturna, febre baixa e esporádica há 5 meses além de sensação de dormência em região torácica direita que relata ter iniciado há 2 meses e perda ponderal de 5 kg neste período; os sintomas eram leves e não o encomodava. O RX de tórax evidenciou opacidade em hemitórax direito que foi confirmada pela tomografia como volumosa massa com característica sólida. No exame físico notava-se apenas diminuição de murmúrio vesicular em pulmão direito e laboratorial aumento de DHL. Realizado biópsia cirúrgica a qual fez o diagnóstico de tumor de Askin. **Conclusão:** Os PNET são tumores raros que não devem ser desconsiderados em casos de tumores de partes moles, especialmente em pacientes jovens. Os sintomas podem ser tardios e inespecíficos (como no caso relatado) o que muitas vezes retarda o diagnóstico

PO355 INCIDÊNCIA E DESFECHO CLÍNICO DE EXTUBAÇÕES ACIDENTAIS DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA RESPIRATÓRIA NUM PERÍODO DE TRÊS ANOS

LUCYARA GOMES CATUNDA; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA; CAMILA NUNES GUERRA; INGRID MARIA MONTENEGRO ALVES; SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA; MARILCE FERREIRA FARIAS; EMÍLIA MARIA MATOS ROCHA

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EXTUBAÇÃO; VENTILAÇÃO MECÂNICA; TERAPIA INTENSIVA

Introdução: Extubação acidental é a retirada não-planejada do dispositivo ventilatório. Pode ocorrer pelo manejo da equipe de saúde durante o transporte, mudança de decúbito ou banho do paciente no leito, bem como por auto-extubação, onde o próprio paciente retira o dispositivo por sedação inadequada, alteração neurológica ou grande desconforto respiratório. A extubação acidental é uma complicação que ocorre em 10% dos doentes sob ventilação mecânica, porém o seu impacto sobre a morbimortalidade não é completamente conhecido. **Objetivos:** 1. Avaliar a incidência de extubação acidental em uma UTI Respiratória (UTIR); 2. Descrever as características dos pacientes extubados; 3. Avaliar o impacto da extubação acidental sobre a mortalidade, necessidade de re-intubação e uso de VNI. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, através de revisão das fichas de ventilação mecânica e dos prontuários dos pacientes internados na UTIR entre janeiro de 2005 e dezembro de 2007. **Resultados:** De um total de 455 pacientes submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) com tubo orotraqueal por 48 horas ou mais, 25 pacientes (5,5% do total) sofreram extubação acidental. Os pacientes apresentavam uma média de idade em torno de 69 anos, sendo 68 % do sexo masculino. Os diagnósticos mais prevalentes foram exacerbação infecciosa de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou asma (13 pacientes, 52%) e pneumonia adquirida na comunidade (PAC) grave (8 pacientes, 32%). A grande maioria dos pacientes (92%) encontrava-se em processo de desmame da VMI, em modo de pressão de suporte. A incidência de extubações acidentais manteve-se estável ao longo dos três anos, sendo de 5,7% em 2005, 5,6% em 2006 e 5,3% em 2007. Dos pacientes que sofreram extubação acidental, 16 (64%) fizeram uso de ventilação não-invasiva (VNI), 11 (44%) foram re-intubados, 8 (32%) foram traqueostomizados e 6 (24%) evoluíram para óbito. Observou-se que houve um aumento de 56% na média do tempo de internação na UTIR após extubação acidental. **Conclusão:** A incidência de extubações acidentais na UTIR está de acordo com os dados da literatura que variam entre 3 e 14%; a maioria dos pacientes apresentavam diagnóstico de DPOC, asma e PAC grave; mais da metade dos pacientes não necessitou de re-intubação, concordantes com os dados da literatura; um quarto dos pacientes que sofreram extubação acidental evoluiu para óbito. Novos estudos são necessários para identificar fatores de risco e estratégias de prevenção da extubação acidental, que é importante indicador de qualidade da assistência da equipe de saúde a pacientes críticos.

PO356 ASPERGILOSE SAPROFÍTICA EM SEQÜELA DE INFARTO PULMONAR: DEMONSTRAÇÃO SEMIOLÓGICA DE UM CASO À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTICORTE

WAGNER DINIZ DE PAULA[1]; CLARICE GUIMARÃES FREITAS[2]; THAÍS PEREIRA DE ALMEIDA[3]; MILENA SILVA LAVOUR[4]; LAÍSA PIRES DE CARVALHO[5]; LUCÍDIO PORTELLA NUNES NETO[6]; RAÍSSA VASCONCELOS GALVÃO[7]

1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2,3. HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 4,5,6,7. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGILOSE; INFARTO PULMONAR; SINAIS TOMOGRÀFICOS

Introdução: Doença pulmonar por Aspergillus sp. ou aspergilose pulmonar, manifesta-se de distintas formas clínico-patológicas e por imagem, conforme a imunidade local e sistêmica do hospedeiro. A forma saprofítica, também chamada de micetoma ou aspergiloma, decorre da colonização de cavidade pulmonar preexistente. **Objetivo:** Demonstrar os sinais tomográficos característicos da aspergilose saprofítica e aqueles associados ao processo patológico subjacente, que permitem, juntamente com dados clínico-laboratoriais, o diagnóstico não-invasivo destas condições. **Método:** Relato de caso baseado em imagens de tomografia computadorizada multicorte (TCMC) e revisão de prontuário. **Resultado:** Homem de 57 anos com história de trombose venosa profunda nos membros inferiores sem tratamento, apresenta quadro de dispnéia aos médios esforços, tosse com hemoptóicos e episódios de hemoptise há cerca de 4 anos. Ao exame físico, observou-se redução do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax direito. Diante deste quadro, foi formulada a hipótese de tromboembolia pulmonar, sendo solicitada TC-angiografia pulmonar para confirmação diagnóstica. A TC-angiografia revelou tromboembolia pulmonar crônica, com sinais de hipertensão arterial pulmonar e sobrecarga/disfunção do ventrículo direito, além de lesão pulmonar cavitária no lobo inferior direito, contendo nódulo sólido móvel à mudança de decúbito, achados consistentes com aspergilose saprofítica em lesão provavelmente decorrente de infarto pulmonar. **Conclusão:** O aspergiloma decorre da colonização de cavidade pulmonar preexistente, formando uma massa intracavitária (bola fúngica). No nosso meio, encontra-se principalmente em cavidades tuberculosas residuais,

mas também foi associado a sarcoidose, bronquiectasia, bolhas enfisematosas e neoplasmas. No presente caso, a colonização ocorreu em cavidade decorrente de infarto pulmonar, situação que, embora já descrita, é mais rara. Cavitação no infarto pulmonar é infreqüente e geralmente associada à infecção. A despeito da inespecificidade das manifestações clínicas, o aspecto por imagem da lesão é bastante característico. O sinal clássico do aspergiloma é o crescente aéreo, delimitado externamente pela parede interna da cavidade e internamente pela margem da bola fúngica. Este sinal não é específico, e achado similar pode ser encontrado em outras afecções, como carcinoma broncogênico, hematoma e abscesso crônico. Deslocamento da massa intracavitária, detectado com manobra de mudança de decúbito, aumenta a especificidade, mas a ausência de crescente móvel não exclui a possibilidade da afecção. Cerca de metade dos pacientes apresentam exame de escarro positivo e quase todos têm reação positiva às precipitinas para o fungo. O tratamento é cirúrgico. Aspergilose angioinvasiva causa infarto pulmonar e pode apresentar o sinal do crescente, quando a massa intracavitária representa não uma bola fúngica, mas parênquima pulmonar necrótico.

PO357 UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON PATOLOGÍAS MÉDICAS. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "ANTONIO MARÍA PINEDA"

LUDWIG JONATHAN RIVERO; FEDERICO ARTERTA; JOSE OROSIMBO MARTINEZ

HOSPITAL CENTRAL ANTONIO MARIA PINEDA, BARQUISIMETO, VENEZUELA

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO VENOSO; ESCALAS DE RIESGO; PREVENCION

Introduccion: La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) es una causa importante de morbimortalidad en pacientes con patologías médicas y quirúrgicas. Existen escalas que permiten individualizar el abordaje de la ETV y sirven de ayuda en la toma de decisiones para la profilaxis en pacientes hospitalizados. **Objetivos:** Evaluar la utilidad de las escalas de estratificación de riesgo en la prevención de la ETV, en pacientes hospitalizados con patologías médicas, en los servicios del Departamento de Medicina del Hospital Central Antonio María Pineda durante el lapso Junio 2006- Junio 2007. **Metodos:** se realizó un estudio analítico, no experimental, de corte transversal y se obtuvo, a través de un muestreo no probabilístico intencional, una muestra de 50 pacientes mayores de 18 años que cumplían criterios de hospitalización por patología médica. Se conformaron dos grupos de pacientes a los que se le aplicaron las escalas de riesgo de ETV de Franklin Michota y la de Sylvia Haas. A cada grupo se le realizó un ecosonograma dupplex de miembros inferiores al inicio del estudio y se aplicaron las medidas tromboprofilácticas según su estratificación. Quince días de haber cumplido la tromboprofilaxis se realizó un nuevo ecosonograma dupplex que identificó la presencia o ausencia de TVP. **Resultados:** 86% de los pacientes hospitalizados tenían criterios para tromboprofilaxis, 92% recibió profilaxis según la escala de Michota y 80% según Haas. 4% de los pacientes con riesgo de ETV estratificados con la escala de Michota desarrollaron TVP y el 100% de los pacientes sin riesgo no desarrollaron TVP; así mismo el 100% de los pacientes con riesgo de ETV y sin riesgo estratificados con la escala de Haas no desarrollaron TVP, **Conclusión:** no existe diferencia estadística significativa (p: 0.20) entre la utilidad de ambas escalas en la en la prevención de ETV en pacientes hospitalizados con patologías médicas y en la toma de decisiones para el inicio de tromboprofilaxis.

PO358 ASPERGILOSE NECROTIZANTE CRÔNICA: UM DIAGNÓSTICO A SER PENSADO

LUIS ARMANDO PATUSCO; FLÁVIA CARVALHO TORTUL; ANDRESSA MATEUS CUNHA; MARIA ILIZABETI DONATTI; LILIAN CRISTINA ANDRIES; PAULO TARSO MULLER

UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGILOSE ; DPOC; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Introduçao: A aspergilose invasiva é caracterizada pela disseminação do Aspergillus dentro de tecidos viáveis, geralmente associada a destruição tecidual. A anormalidade surge quase invariavelmente em situações de baixa defesa imunológica. A aspergilose necrosante crônica (semi-invasiva), que é uma forma rara, caracteriza-se por doença do lobo inferior, lentamente progressiva, que pode se disseminar para o pulmão contralateral, mediastino, espaço pleural ou parede torácica. Muitos pacientes têm doença pulmonar crônica associada, como infarto antigo, tuberculose inativa, DPOC. **Objetivo:** relato de dois casos de pacientes com aspergilose pulmonar necrotizante crônica e DPOC. **Método:** revisão de prontuário de dois pacientes atendidos pelo serviço de pneumologia do HU-UFMS em 2008. **Resultados: paciente 1:** A.P.S., sexo masculino, 71 anos, lavrador, com dispnéia progressiva aos esforços há 4 anos e há 3 meses quadro de tosse produtiva mucóide, perda ponderal de 6Kg, chiado torácico, dispnéia em repouso. Ignorava comorbidades, sendo realizado o diagnóstico de diabetes mellitus durante a internação. Tabagista de 50 maços/ano e contato prolongado com fogão à lenha até os dias de hoje. Foi internado no setor de oncologia do HU-UFMS para investigação de neoplasia pulmonar após evidência de imagem compatível em ápice. Ao exame, consumido, taquipneico, utilizando musculatura acessória da respiração, com MV difusamente diminuído e sibilos esparsos, evoluindo com estertores em ápice de hemitórax esquerdo. TC-tórax = cavitações difusas no LSE, algumas com opacidade hipertransparente em seu interior, sugestivo de processo inflamatório por fungos, caracterizando imagem de bola fúngica. Escarro: pesquisa direta com filamentos micelianos septados. **Cultura de escarro:** Aspergillus fumigatus em três amostras coletadas em dias diferentes. **Paciente 2:** J.L.M., 63 anos, motorista, há 1 ano dispnéia aos esforços, febre vespertina diária, sudorese noturna, perda ponderal de 20Kg, hiporexia e há 2 meses, tosse com expectoração amarelada e hemoptise. Hipertenso e tabagista 50 maços/ano. Ao exame físico, MV diminuído em ápice do hemitórax esquerdo. TC-Tórax: condensações confluentes contendo cavitações no LSE envolvendo hilo pulmonar e pleura, com áreas de vidro fosco. Cultura de lavado broncoalveolar: Aspergillus niger. Após o diagnóstico foi iniciado tratamento com Itraconazol, que foi associado com melhora clínica e radiológica importante. **Conclusão:** é importante estar atento para casos de aspergilose em pacientes com suspeita inicial de pneumonia, tuberculose, neoplasia e outras doenças mais freqüentes que não respondem ao tratamento instituído

PO359 SUTURA MECÂNICA SIMULTÂNEA E INDIVIDUAL DOS ELEMENTOS DO HILO EM LOBECTOMIAS PULMONARES MINIMAMENTE INVASIVAS POR VIDEOPLEUROSCOPIA: SEGURANÇA E EFICÁCIA

LUIS CARLOS LOSSO[1]; MARIO CLAUDIO GHEFTER[2]; HASSAN AHMED YASSINE NETO[3]; JOÃO PAULO OLIVEIRA MEDICI[4]; RODRIGO CAETANO SOUZA[5]

1,3,4.HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,5. HOSPITAL SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: VIDEOCIRURGIA; SUTURA MECÂNICA; CIRURGIA

Introdução: O desenvolvimento dos modernos grampeadores para sutura mecânica tem sido notável, permitido a sutura de diferentes tecidos do corpo humano. Entretanto, muito pouco é conhecido sôbre essas suturas quando brônquio, artérias e veias são suturadas simultaneamente em lobectomias pulmonares. **Método:** Foram realizadas 156 lobectomias pulmonares minimamente invasivas por videopleuroscopia em portadores de doenças benignas e malignas, no período de Abril de 1994 a Julho de 2008. Após o acesso intratorácico, o hilo lobar pulmonar foi dissecado para tratamento de seus elementos; em 89 (57%) casos – grupo I - foram realizadas suturas individuais das estruturas do hilo e em 67 (43%) casos – grupo II - foram realizadas suturas mecânicas simultâneas dos elementos hilares. No grupo II, a sutura foi realizada com dupla ou tripla fileira de grampos paralelos intercalados, de 3,5 milímetros, aplicados por grampeador para sutura mecânica endoscópica, após o hilo, contendo o brônquio e os vasos sanguíneos pulmonares ter sido parcialmente dissecado proximamente à sua carina. O grampeador endoscópico foi colocado ao redor do hilo, transversalmente ao eixo longo das suas estruturas e após fechado, foi disparado. Não foi realizado reforço ou cobertura da sutura mecânica após o fechamento do hilo. **Resultados:** Houve um acidente vascular intraoperatório no grupo I (1,1%) e nenhum no grupo II. O tempo operatório foi 182,9 ± 60,2 minutos para o grupo I e 97,2 ± 30,9 minutos para o grupo II, com diferença estatisticamente significante. O dreno torácico permaneceu 4,9 ± 3,2 dias no grupo I e 3,3 ± 4,0 dias no grupo II. O tempo de hospitalização foi 5,2 ± 2,8 dias e 4,3 ± 3,8 dias para grupo I e grupo II, respectivamente, diferença estatisticamente significante. Não houve complicações operatórias relacionadas às tecnicas utilizadas como fistula broncopleural, arteriovenosa ou broncovascular nos grupos I e II. A mortalidade operatória foi 1 (0,6%) em ambos os grupos. **Conclusão:** A sutura mecânica simultânea e a individual, das estruturas do hilo pulmonar se apresentaram como alternativas seguras para o fechamento das estruturas do hilo, quando são respeitados os critérios técnicos recomendados.

PO360 **VIDEOTORACOSCOPIA EN EL MANEJO DEL EMPIEMA TORACICO**

LUIS JAIME TELLEZ; JUAN CARLOS GARZON; CAMILO OSORIO
FUNDACION CARDIO INFANTIL, BOGOTA, COLÔMBIA

PALAVRAS-CHAVE: VIDEO TORACOSCOPIA; EMPIEMA TORACICO; DERRAME PLEURAL

Objetivos: Realizar una revisión retrospectiva de los casos de empiema torácico y derrames complicados inflamatorios que requirieron manejo quirúrgico. Evaluar el papel de la video toracoscopia en el manejo de esta entidad y definir los resultados del empleo sistemático de esta técnica en nuestra institución. **Pacientes y Métodos:** Se realizo una revisión retrospectiva del manejo quirúrgico del empiema torácico entre el mes Junio de 2001 y Junio de 2007. Se estudiaron 102 casos con una distribución de 59 pacientes de sexo masculino (58%) y 43 sexo femenino (42%). Se revisaron signos y síntomas, tiempo de evolución, clasificación del derrame, hallazgos radiológicos, indicación y tipo de manejo. Se evaluó los resultados del procedimiento en términos de tiempo quirúrgicos complicaciones pos operatorias y estancia pos quirúrgica. Se realizo Video toracoscopia como acceso en 83 pacientes (82%), Toracotomia o cirugía abierta en 9 pacientes (10%), toracostomia cerrada en 8 pacientes (8%) y toracostomia abierta en 2 pacientes (2%). **Resultados:** En los pacientes con derrames complicados y empiema torácico los signos y síntomas más frecuentes fueron la disnea (61%), dolor pleurítico (60%) y fiebre (59%). EL tiempo de evolución promedio fue de 10,4 días, los derrames fueron en su mayoría clase 5 (67%) y clase 6 (17%). Se identifico el germen en 24% de los casos y se realizo Video toracoscopia como acceso en 83 pacientes (82%), Toracotomia en 9 pacientes(10%), toracostomia cerrada en 8 pacientes (8%) y toracostomia abierta en 2 pacientes (2%). Con una morbilidad general de 18% y una mortalidad del 4%. En la revisión de los pacientes manejados por toracoscopia se encontró una mortalidad de 2% con una morbilidad del 8%, la estancia pos quirúrgica promedio de 5,8 días y solo se reintervino un paciente por colección residual. **Conclusión:** El manejo de los derrames complicados inflamatorios y empiema torácico por vía toracoscopica es una técnica que permite realizar un tratamiento adecuado de esta entidad con resultados similares y mejores en términos de morbilidad y tiempo pos operatorio a la técnica abierta. La cirugía por video es la indicación en la fase fibrino purulenta de los empiemas torácicos. En las fases de organización, en grupos con experiencia, la Video toracoscopia es una alternativa con resultados adecuados.

PO361 **TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA EN CUIDADO INTENSIVO**

JUAN CARLOS GARZON; LUIS JAIME TELLEZ; CAMILO OSORIO
FUNDACION CARDIO INFANTIL, BOGOTA, COLÔMBIA

PALAVRAS-CHAVE: TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA; TECNICA CIAGGLIA; VENTILACION MECANICA

Objetivos: Realizar una revisión retrospectiva de los casos de Traqueostomía Percutánea en una sola institución con alta ocupación de camas de cuidado intensivo y definir el papel actual del procedimiento quirúrgico en nuestros pacientes con ventilación mecánica. **Pacientes y Métodos:** Se realizo una revisión retrospectiva de nuestros casos de traqueostomía percutánea efectuados entre el 1 de agosto de 2002 y el 1 de agosto de 2007. Se estudiaron 185 casos de los cuales 90 pacientes fueron hombres (48%) y 95 fueron mujeres (52%). Las indicaciones para traqueostomía fueron intubación prolongada en103 pacientes con falla respiratoria (55.3%), manejo de secreciones en 46 (24.8%), falla en la extubación 23 (12.5%) y obstrucción de la vía aérea en 13 (7.1%). En todos los pacientes se utilizo la técnica de dilataciones seriadas (Ciagglia). **Resultados:** Tuvimos 9 complicaciones intraoperatorias (4.8%) que incluyeron: Sangrado en 3 pacientes, falsa ruta en 2, pérdida temporal de la vía aérea en 2, neumotórax en 1 y laceración de la pared posterior sin perforación en otro paciente. Complicaciones tempranas fueron 12 (6.4%), por sangrado en 8 pacientes, por infección del estoma en 3 y enfisema subcutáneo en uno. No se documentaron complicaciones tardías. La mortalidad relacionada con el procedimiento fue en 2 pacientes (1.08%), uno por falsa ruta y otro por sangrado postoperatorio. El tiempo promedio del procedimiento fue de 18 minutos. **Conclusión:** La traqueostomía percutánea es un método efectivo para el manejo de la vía aérea en los pacientes en cuidado intensivo. El índice de complicaciones es bajo y la mortalidad es menor del 1%. Sin embargo sigue siendo un procedimiento quirúrgico complejo que requiere de personal altamente entrenado en el manejo quirúrgico de la vía aérea.

PO362 **INALAÇÃO DE PRODUTOS DA COMBUSTÃO DE HIDROCARBONETOS COMO PROVÁVEL CAUSA DE OSSIFICAÇÃO PULMONAR DENDRIFORME: RELATO DE TRÊS CASOS**

LUIS RENATO ALVES[1]; SIMONE GUSMAO RAMOS[2]; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ[3]
1.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO- RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OSSIFICAÇÃO; HIDROCARBONETOS; COMBUSTÃO

A ossificação pulmonar dendriforme é uma condição rara, na qual osso metaplásico é encontrado nos tecidos conjuntivo dos espaços interalveolar, interlobular e subpleural. Acomete geralmente homens de meia idade e raramente produz sintomas sendo, na maioria das vezes, diagnosticada por um achado radiológico acidental ou em autópsias. A etiologia e a patogênese da doença ainda não foram completamente esclarecidas, mas existem evidências de associação entre a doença e áreas de fibrose intersticial pulmonar secundária à inflamação. O objetivo da análise é relatar a associação entre três casos de ossificação pulmonar e uma história de exposição, através da inalação de produtos originados da combustão de hidrocarbonetos. Acompanhamos três pacientes com diagnóstico de ossificação pulmonar feitos por biópsia pulmonar a céu aberto. Todos apresentavam características clínicas e radiológicas compatíveis com a evolução da doença. Os três pacientes tinham em comum o fato de em algum momento de sua história clínica, exposição de modo transitório à inalação de produtos originados pela combustão de hidrocarbonetos, indicando um provável papel dessa na patogênese da doença O primeiro paciente relatava ter trabalhado por dois anos em um local de baixa ventilação onde ocorria queima de resíduos hospitalares em um forno de incineração, utilizando óleo diesel para a combustão. Vinte e dois anos após, apresentou alterações radiológicas em um exame de rotina embora não apresentasse queixas respiratórias. O segundo paciente referia dormir todas as noites por cerca de quatro horas dentro de um forno de metalurgia desligado em um período de 8 meses. O local era utilizado durante o dia para aquecer peças metálicas e era usado querosene para a combustão. Quinze anos após apresentou queixas de sibilância torácica e alterações tomográficas atípicas. O terceiro paciente relatava ter utilizado durante toda sua infância e adolescência, lamparinas alimentadas por querosene para leitura e estudo no período noturno. Seis anos após a interrupção da exposição iniciou com quadro de dispnéia e sibilância. Biópsia pulmonar mostrou ossificação pulmonar associado à áreas de bronquiolite constrictiva sugerindo fortemente a via inalatória como mecanismo da lesão pulmonar. A combustão de hidrocarbonetos pode gerar diversas substâncias como dióxido de carbono, monóxido de carbono, óxido de enxofre e nitrogênio e outros compostos orgânicos voláteis. Sabe se ainda que a combustão dessas substâncias pode gerar partículas finas e ultrafinas que poderiam atingir áreas mais periféricas do pulmão iniciando um processo inflamatório intersticial seguido da deposição de colágeno e fibrose. Com o tempo, poderiam ocorrer calcificações distróficas locais que induziriam a migração de células ósseas Provavelmente, o baixo potencial fibrogênico induzido por estas substâncias, justificaria o longo tempo entre exposição e a formação óssea, assim como a ausência de sintomas iniciais.

PO363 **ESTUDO DE PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DO TABAGISMO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO (RS)**

LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA[1]; LEANDRO MAZZOLENI STRAMARI[2]; MUNIQUE KURTZ[3]
1,3.FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.FACULDADE E MEDICINA - UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PREVALÊNCIA; ACADÊMICOS

Introdução: Apesar de serem conhecedores dos efeitos nocivos do fumo sobre o organismo humano, uma parcela significativa dos acadêmicos de Medicina ainda se expõe ao tabagismo, mesmo que em menores proporções do que a população geral. Embora o consumo de cigarros entre estudantes de medicina tenha diminuído nas últimas décadas, o tabagismo ainda se constitui um problema significativo para esses futuros médicos que exercerão um importante papel na comunidade. **Objetivos:** Verificar prevalência e fatores associados ao tabagismo entre os acadêmicos de medicina da Universidade de Passo Fundo, e traçar um perfil deste grupo de fumantes. **Métodos:** Foi

respondido questionário auto-aplicável por 316 alunos, o que correspondeu a 97,5% do total de inscritos no curso de Medicina da UPF, do primeiro ao sexto anos, contendo perguntas sobre tabagismo, tanto sobre sua prática quanto sobre atitudes relacionadas a esta doença. Seguindo recomendações da OMS, os estudantes foram classificados em quatro categorias: fumantes diários, fumantes ocasionais, ex-fumantes e não-fumantes. Foram considerados fumantes, para análise dos dados, as duas primeiras categorias. Foi utilizado o teste do qui-quadrado para avaliar a existência de associações entre as variáveis, considerando um valor de $p < 0,05$. O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UPF. **Resultados:** Observou-se que 16,5% dos acadêmicos eram fumantes, sendo 5,4% fumantes diários e 11,1% fumantes ocasionais; 3,5% eram ex-fumantes. A média de idade foi 22,28 anos (DP±2,42). Os fatores significativamente associados ao tabagismo foram: sexo masculino (p=0,002), pai fumante (p=0,003), uso regular de bebidas alcoólicas (p=0,008), e uso de antidepressivos/ansiolíticos (p=0,001). Verificou-se que 69,2% dos fumantes iniciaram o tabagismo entre 15 e 19 anos, tendo como principais motivações a vontade própria e/ou a influência dos amigos. Consideram o tabagismo como uma doença: entre os fumantes, 32,7% e, entre os não-fumantes, 55,7% (p=0,002). **Carga tabágica:** 70,6% dos fumantes diários fumam de 1 a 10 cigarros por dia. Cessação do tabagismo, dentre os fumantes: 67,3% já tentaram parar de fumar, 96,0% acreditam poder parar, e 87,2% pretendem deixar de fumar em breve. Admitiram que o cigarro faz mal à saúde 92,3% dos tabagistas. Evitam o tabagismo passivo: 76,0% dos não-fumantes e 36,4% dos ex-fumantes (p=0,008). Não houve diferença significativa na frequência de fumantes entre as diferentes séries do curso. **Conclusão:** A prevalência do tabagismo ainda é significativa entre os acadêmicos de Medicina de Passo Fundo, sendo fundamental o emprego de estratégias preventivas e de cessação mais efetivas, a fim de extinguir-se o uso de cigarros entre estes futuros médicos.

PO364 AVALIAÇÃO DO TABAGISMO NA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA[1]; MAVIS KLAUS INHAQUITES[2]; RUTE MERLO SOMENSI[3]; ROBÉRIO JOÃO LERSCH[4]; VERA FAURI[5]; DÉBORA AGNES[6]

1.SANTA CASA DE PORTO ALEGR,E, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,5,6. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PREVALÊNCIA; HOSPITAL

Introdução: Conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Controle do Tabagismo no ambiente hospitalar deve ser estimulado e, se possível, instituído pela Direção Geral, organizado e exercido de maneira sistemática por uma Comissão Multidisciplinar, e contar com a participação da comunidade interna. Com o objetivo de prover condições para o melhor desenvolvimento do Programa de Controle do Tabagismo do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre (CHSCPA), procedeu-se a primeira fase de avaliação do problema tabagismo entre os colaboradores da instituição, que conta com 1.200 leitos, cerca de 5.400 colaboradores, e por onde circulam diariamente mais de 20 mil pessoas entre pacientes, médicos e funcionários. **Objetivos:** Obter dados sobre tabagismo na comunidade interna do CHSCPA: número de fumantes, sua distribuição nos setores da instituição, e seu desejo de parar de fumar. Casos: Foram incluídos em lista nominal e setorial 5410 funcionários, durante o mês de outubro de 2007, todos com idade superior a 18 anos. **Métodos:** Questionário auto-aplicado, durante o mês de outubro de 2007, contendo os seguintes itens: 1) dados de identificação pessoal e do setor de trabalho; 2) pergunta: você fuma? (fumante = pessoa que fumou mais de 100 cigarros em toda a vida e pelo menos um cigarro no último mês); 3) pergunta: você deseja parar de fumar? **Resultados:** Dentre os 5410 funcionários, 4355 (80%) responderam ao questionário; 528 (12%) declararam ser fumantes; 441 (84%) declararam querer parar de fumar. Mulheres fumantes: 11%; homens fumantes:15%; Turnos: 12,5% no diurno e 11% no noturno eram fumantes. **Conclusões:** Considerando que em Porto Alegre 25% dos adultos fumam, o índice de 12% no CHSCPA demonstra que este grupo fuma menos que a população geral. A proporção de 84% de fumantes do CHSCPA que declara desejar parar de fumar assemelha-se aos 80% declarados pelo Ministério da Saúde em 2004. Apêndice: baseando-se nestas informações, o Departamento Médico da Santa Casa está selecionando casos para tratamento, parcialmente subvencionado pela instituição.

PO365 PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA[1]; MAVIS KLAUS INHAQUITES[2]; RUTE MERLO SOMENSI[3]; ROBÉRIO JOÃO LERSCH[4]; VERA FAURI[5]; DÉBORA AGNES[6]

1.SANTA CASA DE PORTO ALEGR,E, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,5,6. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PROGRAMA DE CONTROLE; HOSPITAL

Introdução: Com o objetivo de desenvolver o Programa de Controle do Tabagismo do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre (CHSCPA), a Direção Executiva do Hospital indicou uma Comissão para Controle do Tabagismo e esta elaborou o Planejamento Estratégico. A Santa Casa de Porto Alegre, fundada em 1803, constitui-se num dos mais tradicionais e qualificados Hospitais do país, com 1.200 leitos, recebendo diariamente mais de 20 mil pessoas entre pacientes, médicos e funcionários. **Objetivo:** Promover o Controle do Tabagismo no CHSCPA. **Métodos:** Definiu-se atuar em três grandes programas, a saber: (1) proteção do tabagismo passivo, dirigido a todos, com o objetivo de promover "ambientes sem fumaça de tabaco"; (2) prevenção do tabagismo, dirigido particularmente ao público jovem, incentivo para que não iniciem a fumar; e (3) cessação do tabagismo, através de programas para tratamento dos fumantes. Andamento do Programa: Fase I, iniciada em 2007, com implantação dos seguintes itens: a) sinalização em locais estratégicos (educação e advertência), b) palestras mensais (temas de acordo com datas alusivas e sasonalidade), c) divulgação de informações educativas para a comunidade interna e externa (mídia), d) realização de feiras de saúde em shoppings e parques. Fase II, também iniciada em 2007: divulgação de informações em cursos internos, e em escolas e outros ambientes do público jovem. Fase III, iniciada em 2008: Programas de Tratamento do Tabagismo (PTT), desenvolvidos para os diversos públicos – a) PTT do Pavilhão Pereira Filho, Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do CHSCPA (para pacientes privados e conveniados); b) PTT para os funcionários do CHSCPA (sob a responsabilidade do Departamento Médico do CHSCPA); e c) PTT para pacientes do SUS (desenvolvido no Ambulatório de Pneumologia). **Conclusões:** Considerando que um Programa para Controle do Tabagismo de uma instituição hospitalar envolve inúmeras variáveis e depende também de fatores externos, faz-se necessário o envolvimento da alta administração da instituição e a atuação de um grupo comprometido que elabore um planejamento estratégico, promova ações, avalie resultados, e adapte o planejamento conforme seja necessário.

PO366 TABAGISMO: O PORQUE DO INÍCIO

LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; EDUARDO ZANETTE SANTOS; HENRIQUE NICOLA; IVAN PEDROLLO; FELIPE VALLE

FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; INICIAÇÃO; FATORES ASSOCIADOS

Introdução: a prevenção do início do tabagismo constitui-se na melhor forma de controle a longo prazo. Com o objetivo de entender melhor este momento na vida dos fumantes, aplicou-se um questionário aleatoriamente a um grupo de pessoas no ambiente de uma Faculdade de Medicina e de seu Hospital-Escola. **Objetivo:** verificar quais os fatores identificados como importantes para a iniciação ao tabagismo. **Casos:** 472 pessoas responderam a um questionário auto-aplicado, sendo que 198 (42%) foram ou são fumantes. Neste grupo, a idade média foi 42,21 anos (± 7,98), a variação foi de 16 a 72 anos, 102 (51%) eram homens e 96 (49%) eram mulheres. O grau de escolaridade foi elevado (55% com o terceiro grau, completo ou incompleto). Fumantes diários: 85 (43%), ex-fumantes: 83 (42%), fumantes ocasionais: 30 (15%). **Métodos:** questionário auto-aplicado, parcialmente fechado (questões utilizadas na literatura) e parcialmente aberto (oriundas da informação do próprio respondente), dividido em 3 partes: (1) identificação, (2) caracterização de categorias quanto ao tabagismo, (3) questões referentes ao(s) motivo(s) do início do tabagismo. **Resultados:** Quanto à idade de início do tabagismo: 74 (37%) antes dos 15 anos, 88 (44%) entre os 15 e os 20 anos, e 28 (14%) acima dos 20 anos. Quanto ao tabagismo paterno, 95 (47%) indivíduos relataram dado positivo no período da sua iniciação. Fatores relacionados com a iniciação tabágica: (1) influência dos amigos – 150 casos (75%), (2) influência de pais/tutores – 98 casos (49%), (3) influência de irmãos – 74 casos (37%), (4) influência de outros familiares – 76 casos (38%), (5) evento estressante no passado – 81 casos (40%), (6) influência de pessoas famosas – 70 casos (35%),

(7) desconhecimento dos malefícios do tabagismo – 117 casos (59%), (8) efeito da propaganda – 86 casos (43%), (9) modismo/pressão social – 119 casos (60%), (10) baixo preço do produto – 74 casos (37%), (11) eventos festivos – 118 casos (59%). **Conclusões:** nossos dados demonstraram que o início do tabagismo está associado a múltiplos fatores, podendo ser destacados: a influência dos amigos, o desconhecimento dos seus malefícios, a pressão social e os eventos festivos. Estes dados são semelhantes aos da literatura especializada.

PO367 PROJETO FUMO ZERO DA AMRIGS - ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL

LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; MARIA EUNICE MORAIS OLIVEIRA; SIMONE ROMANENCO; ELSA ROSO; JOSÉ MIGUEL CHATKIN; MARGARIDA RODRIGUES; ALOYSIO CECHELLA ACHUTTI; NEWTON MONTEIRO BARROS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CONTROLE; PROGRAMA

Introdução: Com o objetivo de desenvolver da maneira mais eficaz o papel da AMRIGS no Controle do Tabagismo no nosso meio, em maio de 2003, criou-se o Projeto Fumo Zero (PFZ), uma das principais atividades de responsabilidade social da entidade. Um planejamento estratégico foi estabelecido e, posteriormente, com a criação do Instituto Vida Solidária, uma ampla estrutura passou a dar a sustentação exigida para constituir um Projeto Social. Objetivos: Promover o Controle do Tabagismo no estado do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Definiu-se atuar em três grandes programas: (1) proteção do tabagismo passivo, dirigido a todos, com o objetivo de promover "ambientes sem fumaça de tabaco", (2) prevenção do tabagismo, dirigido particularmente ao público jovem para que não inicie a fumar, e (3) cessação do tabagismo, através de incentivo e divulgação dos programas de tratamento para o tabagismo existentes na comunidade. **Andamento do Programa:** Para atuar frente aos três objetivos (Proteção, Prevenção e Cessação) a estratégia foi desenvolver ações com metas segmentadas. Assim, estruturamos a atuação do PFZ em (1) atividades comunitárias, sempre nas datas alusivas, integrando a rede para cessação do tabagismol, (2) atividades educativas, com a intenção de integrar e promover o conhecimento através de eventos científicos de caráter multiprofissional, e (3) atividades legais implementadas através da mobilização política em prol da criação de leis municipais capazes de promover ambientes sem fumaça de tabaco, bem como a fiscalização para o cumprimento dessas leis e da Lei Federal, através da atuação em parceria com Ministério Público Estadual, Câmara de Vereadores e Secretaria Municipal da Indústria e do Comércio. **Conclusões:** Considerando que um Programa para Controle do Tabagismo envolve inúmeras variáveis e depende, principalmente, de fatores externos, é indispensável a atuação de um grupo comprometido que se reúna periodicamente para manter ações, avaliar resultados, e adaptar o planejamento estratégico. Quadro 1 - Fundamentos do Projeto Fumo Zero - Programa de Controle do Tabagismo da AMRIGS – Associação Médica do Rio Grande do Sul -Planejamento Estratégico – tem objetivos e metas bem definidos; busca resultados -Representatividade Institucional – é programa oficial da AMRIGS Liderança e credibilidade – dirigido por uma Comissão de pessoas comprometidas -Sustentabilidade – segue-se uma programação anual; reuniões semanais -Formação de Multiplicadores – estimula-se que líderes e demais colaboradores da AMRIGS atuem nos seus locais de trabalho -Consistência de Marca – AMRIGS -Divulgação – comunicação contínua e com forte mídia

PO368 PROJETO FUMO ZERO DA AMRIGS - ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL - PRINCIPAIS AÇÕES NOS PRIMEIROS 5 ANOS DE ATUAÇÃO (2003-2008)

LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; MARIA EUNICE MORAIS OLIVEIRA; SIMONE ROMANENCO; ELSA ROSO; JOSÉ MIGUEL CHATKIN; MARGARIDA RODRIGUES; ALOYSIO CECHELLA ACHUTTI; NEWTON MONTEIRO BARROS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CONTROLE; AÇÕES

Introdução: Com o objetivo de desenvolver ações efetivas para o Controle do Tabagismo no nosso meio, o Projeto Fumo Zero estabeleceu uma Rede de Parceiras junto às instituições governamentais, entidades médicas, setores políticos, lideranças atuantes no setor da saúde, ministério público, empresas da iniciativa privada, e diversas ONGs, visando estreitar alianças com a finalidade de mobilizar ações coletivas na busca efetiva de medidas de proteção para a promoção de ambientes livres do fumo. Essa mobilização consolidou o trabalho desenvolvido através de acordos com os diversos segmentos citados. **Objetivo:** Promover ações para o Controle do Tabagismo no estado do Rio Grande do Sul. **Métodos: Dentre os três Objetivos Desenvolvidos Pelo Projeto:** Prevenção, Proteção e Cessação, definiu-se priorizar pela Proteção do Tabagismo Passivo, dirigido a todos, com o objetivo de promover "ambientes sem fumaça de tabaco. Os outros dois programas foram desenvolvidos através de parcerias com instituições de ensino, hospitais e serviços que se dedicam ao tratamento dos fumantes. Sempre as ações são desenvolvidas através de eventos comunitários e educativos nas datas alusivas (31 de Maio e 29 de Agosto), e pela mobilização permanente dos setores que fiscalizam o cumprimento da legislação vigente. Andamento do Programa: O fator determinante para que o Projeto Fumo Zero atuasse na Proteção do Tabagismo Passivo, iniciou por conta de um pedido de providências ao Ministério Público para que no Estado do Rio Grande do Sul fosse cumprida a legislação federal. Com essa Representação Pública algumas ações foram desencadeadas, entre elas a proibição de fumar junto ao Centro Administrativo do Estado e a afixação de placas sinalizadoras dos malefícios do cigarro junto a todas as Unidades de Saúde do Município de Porto Alegre. Para ampliar a Proteção do Tabagismo Passivo passou-se a estabelecer um canal de comunicação mais efetivo com a Câmara de Vereadores de Porto Alegre, o que culminou na criação da Lei Municipal nº 555/06. Por conta dessa lei o Projeto Fumo Zero produziu uma Placa Sinalizadora da Restrição Municipal e tem atuado conjuntamente com a Secretaria Municipal da Produção, Industria e Comércio, órgão fiscalizador para o devido cumprimento da Lei. Conclusões: Considerando que um Programa para Controle do Tabagismo envolve inúmeras variáveis e coexiste paralelamente a fatores externos, não se tem como medir o impacto deste tipo de programa isoladamente.

PO369 ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA CAUSADO POR TUBERCULOSE EM CRIANÇA INDÍGENA

LUIZ CARLOS DE LIMA[1]; SILAS FERNANDES AVELAR[2]; FERNANDO LUIZ WESTPHAL[3]; FAUSTO VIEIRA DOS SANTOS[4]; ÁLVARO BERNARDES SOEIRO[5]; JAVIER CRUZ PERDOMO[6]; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO[7]; INGRID LOUREIRO DE QUEIROZ LIMA[8]

1,2,3,7,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 4,5,6.HOSPITAL PORTUGUÊS BENEFICENTE DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ANEURISMA ; TUBERCULOSE; CIRURGIA

Introdução: O aneurisma de aorta causado por tuberculose é extremamente raro. A aorta pode ser comprometida por via hematogênica ou por extensão direta de órgão vizinho. O segmento da aorta envolvido pode ser o torácico ou o abdominal e se não tratado adequadamente pode levar a consequencias catatróficas. **Objetivo:** Relatar o caso de uma criança indígena por tuberculose pulmonar que evoluiu com aneurisma de aorta torácica. **Relato de Caso:** Paciente L. P. Y., natural do amazonas, indígena, nove anos, sexo feminino, apresentou quadro de tosse, fadiga, mal-estar, febre e perda ponderal, sendo trazida à capital por intermédio da FUNAI para tratamento desses sintomas. Após avaliação clínica foi diagnosticado tuberculose pulmonar, sendo iniciado tratamento com esquema 1. Três meses após o início do tratamento passou a apresentar tosse com hemoptóicos. O exame de escarro foi negativo para tuberculose. A radiografia de tórax mostrava mediastino discretamente alargado. A angiotomografia da aorta torácica foi compatível com aneurisma de aorta descendente. Foi submetida a toracotomia póstero-lateral esquerda e ressecção do aneurisma com interposição de prótese de Dacron sem circulação extra-corpórea. Teve boa evolução pós-operatória recebendo alta hospitalar em bom estado geral. **Conclusão:** Paciente portador de aneurisma de aorta causado por tuberculose, deve ser tratado por esquema específico e submetido a tratamento cirúrgico do aneurisma.

PO370 HIPERDISTENSÃO DE BOLHA PULMONAR DURANTE VIAGEM AÉREA: RELATO DE CASO

LUIZ CARLOS DE LIMA[1]; SILAS FERNANDES AVELAR[2]; FERNANDO LUIZ WESTPHAL[3]; FAUSTO VIEIRA DOS SANTOS[4]; JAVIER CRUZ PERDOMO[5]; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO[6]; INGRID LOUREIRO DE QUEIROZ LIMA[7]; DANIELLE CRISTINE WESTPHAL[8]

1,2,3,6,7,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 4.HOSPITAL BENEFICENTE PORTUGUÊS DE MANAUS, MANAUS, AM, BRASIL; 5.HOSPITAL BENEFICENTE PORTUGÊS DE MANAUS, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ENFISEMA BOLHOSO; BAROTRAUMA; CIRURGIA

Introdução: Bolhas de enfisema se originam de processos broncoespásticos obstrutivos dos bronquíolos terminais e se formam a partir da ruptura dos septos interalveolares. São vesículas uni ou bilaterais, cheias de ar, com parede externa muito fina, translúcida ou opalescente, constituída principalmente pela pleura visceral. Uma das complicações nas viagens aéreas desses doentes é o desenvolvimento de um barotrauma pulmonar. Sob condições de baixa pressão durante o vôo, as bolhas podem se ampliar e causar pneumotórax hipertensivo, hemorragia maciça ou embolia gasosa e podem resultar em conseqüências súbitas e fatais. **Objetivo:** relatar o caso de um paciente que apresentou hiperdistensão de bolha pulmonar durante viagem aérea. **Relato de Caso:** Homem, 62 anos, apresentou dispnéia intensa e dor torácica durante viagem aérea (vôo comercial), sendo necessária a realização de pouso de urgência. Deu entrada no Pronto-Socorro com quadro de dor torácica de forte intensidade, início súbito, acompanhada de dispnéia em repouso durante viagem aérea. O ECG e a dosagem de enzimas realizada imediatamente após sua chegada foram normais. A Tomografia Computadorizada de tórax revelou área de hipertransparência arredondada, com fina camada liquida no seu interior, ocupando todo segmento anterior do lobo superior esquerdo, medindo 12,12 x 9 cm. Foi submetido à toracotomia esquerda, com intubação seletiva do pulmão. Foi encontrada bolha pulmonar localizada em lobo superior ocupando toda face mediastinal do pulmão. Realizada ressecção e sutura com Stapler de toda a área comprometida e pleurodese abrasiva. Evoluiu bem no pós-operatório, sendo retirado dreno pleural no 5º dia após parada completa da eliminação de sangue e ar do dreno pleural. O exame histopatológico da peça cirurgia foi compatível com formação adenomatóide cística. Recebeu alta hospitalar no 11º dia de pós-operatório em bom estado geral e local, sendo orientado a manter fisioterapia respiratória e controle médico adequado. **Conclusão:** pacientes portadores de bolha e cisto pulmonar durante viagem aérea podem desenvolver hiperdistensão desta, cursando com dispnéia e dor torácica. O tratamento destes pacientes deve ser efetuado de forma rápida e eficaz, com remoção cirúrgica das bolhas ou cistos para evitar complicações.

PO371 TUBERCULOSE PULMONAR PSEUDOTUMORAL

LUIZ CARLOS D´AQUINO[1]; PRISCILA G PETRI[2]; GABRIELA B SOCHA[3]; FABIANO L SCHWINGELL[4]; DILTON CARDOSO[5]; ANTONIO SILVA JUNIOR[6]; GILBERTO HORNBURG[7]; JOSE F JANNINI[8]

1,2,3,4.UNIVILLE, JOINVILLE, SC, BRASIL; 5,6.HR, JOINVILLE, SC, BRASIL; 7.HDH, JOINVILLE, SC, BRASIL; 8.CHU, JOINVILLE, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; PSEUDO; TUMORAL

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa antiga que continua acometendo a populacao nos dias atuais. Além de sua forma tradicional (pulmonar) formas anômalas ou extra-pulmonares não devem ser esquecidas. A tuberculose pseudo-tumoral é uma forma de acometimento pulmonar cuja lesão apresenta aspecto tumoral ao raio-x porém na histopatologia a necrose caseosa está presente. **Objetivos:** O presente estudo tem por objetivo escrever um caso de tuberculose pulmonar pseudotumoral. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, 44 anos, não tabagista, referia tosse crônica há seis meses, acompanhada de dor torácica ventilatório-dependente e hemoptise. Desde o início do quadro foram realizados três raio-x de tórax, todos mostrando consolidação homogênea em lobo superior do pulmão direito, compatível com processo pneumônico ou neoplasia. Foi tratada ambulatorialmente com antibióticos via oral, porém não obteve melhora do quadro. Apresentava hemograma normal, VHS de 30mm/1ª hora, BAAR negativo para cultura e baciloscopia e também PPD não reativo. A tomografia de tórax sugeriu neoplasia pulmonar. Foi então realizada uma fibrobroncoscopia, com biópsia e lavado em lobo superior direito, segmento basal. O lavado foi negativo para células neoplásicas, BAAR e fungos. A biópsia de pulmão mostrou inflamação crônica granulomatosa com necrose caseosa. **Resultados:** A partir dos sintomas clínicos e achados de biópsia foi iniciado tratamento para tuberculose com esquema padrão (RHZ). **Conclusão:** A tuberculose pulmonar pseudotumoral é uma apresentação rara. Ao encontrarmos uma imagem compatível com massa intratorácica devemos lembrar os diagnósticos diferenciais, como o carcinoma broncogênico. Os dados de história e exame físico devem ser utilizados para conduta terapêutica inicial. Optando-se pelo tratamento empírico, o controle radiológico precoce pós-tratamento é obrigatório para a confirmação diagnóstica.

PO372 EMBOLIA SÉPTICA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 14 CASOS

CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; JULIANA RODRIGUES E SILVA; LUIZ JEAN XIDIS; NANCILENE GOMES MELO; MELÂNIO PAULA BARBOSA; CLARICE GUIMARÃES FREITAS; CLÁUDIO LUIZ VIEGAS

HBDF, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EMBOLIA SÉPTICA; ANALISE; 14 CASOS

Introdução: A embolia séptica é doença febril pouco freqüente, grave, associada a infiltrados pulmonares multinodulares com tendência à cavitação, acompanhados de focos infecciosos extra pulmonares. A idade média de apresentação é de 37 anos e a média do início dos sintomas até o diagnóstico é de 18 dias. Tosse produtiva associada à dor torácica do tipo pleurítica, febre e dispnéia são apresentações iniciais comuns. **Objetivo:** Relatar 14 casos de embolia séptica. **Material e Método:** análise retrospectiva por estudo de prontuário de 16 casos de embolia séptica de pacientes internados na enfermaria da Unidade de Pneumologia do HBDF de 1986 a 2008. **Resultado:** Foram registrados 16 prontuários, sendo descartados dois casos por insuficiência de dados. Nos 14 prontuários revisados, observamos predominância do sexo masculino (92,9 %) e média de idade de 28,5 anos. Os sintomas mais prevalentes foram dispnéia (71,5%), tosse (54,5%) febre (50%) e dor torácica (42,9%). Derrame pleural ocorreu em nove casos (64,3%) e seis (42,9%) foram puncionados mostrando líquido pleural com características de exsudato, com predomínio de polimorfonucleares. Não houve identificação de patógeno pelo líquido. A radiografia de tórax mostrou em 63,6% dos casos nódulos com cavitação central, derrame pleural (72,7%) e infiltrados e opacidades irregulares (36,3%). O foco foi encontrado em 57,2 % dos casos e a pele foi a principal porta de entrada (57,1%). Três pacientes (21,3%) tiveram infecção articular associada, dois (14,2%) apresentaram infecção em SNC e um teve psoíte associada . Em seis casos (42,8%) não foi possível identificar o foco. O patógeno foi isolado em 71,4%, sendo predominante o Staphyilococus aureus (64,3%) seguido de Staphylococus epidermidis (7,1%), não sendo identificado em 28,6%. O ecocardiograma visualizou vegetação em dois casos: um em válvula mitral e outro em cateter de acesso profundo. O tratamento teve duração média de 50 dias e foi feito pelo menos com duas classes de antibióticos. Houve necessidade de uso de vancomicina em seis casos (42,9%) e linesolida em um caso, com indicação de tratamento intensivo no curso da internação. O tempo médio de internação hospitalar foi de 37,5 dias. **Conclusão:** O diagnóstico de embolia séptica pulmonar deve se basear na história clínica e nas imagens radiológicas. O tratamento deve ser iniciado empiricamente em função da gravidade, à luz dos dados clínico-radiológicos, sofrendo ou não modificação a partir da obtenção de cultivos e testes de sensibilidade antibiótica. Sua duração varia de 4 a 6 semanas. Os nossos dados foram compatíveis com a literatura.

PO373 DIFICULDADES DO MANEJO DA DEFICIÊNCIA DE A1-ANTITRIPSINA: RELATO DE 4 CASOS

LUIZ JEAN XIDIS; CAROLINA MAZZILLI NOVAIS; JULIANA RODRIGUES E SILVA; MELÂNIO PAULA BARBOSA; CLARICE GUIMARÃES FREITAS; IRACEMA FERREIRA SANDERS; MARIA MARGARETE DA SILVA ZEMBRZUSKI

HBDF, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ANTITRIPSINA; DPOC; ALFA 1

Introdução: A deficiência de alfa-1-antitripsina (AAT) é uma doença autossômica recessiva que se manifesta comumente com cirrose hepática e enfisema pulmonar. Sua prevalência estimada é de 1-3% dos casos de DPOC, mas é comumente subdiagnosticada. O intervalo médio entre o início dos sintomas até o diagnóstico é de 7,5-10 anos, sendo que freqüentemente os pacientes são rotulados como asmáticos ou portadores de DPOC relacionada ao tabagismo. **Objetivo:** Relatar 4 casos de deficiência de AAT com acometimento pulmonar, abordando as dificuldades diagnósticas e aspectos terapêuticos da doença. **Métodos:** Análise retrospectiva e revisão dos prontuários de 3 pacientes que receberam o diagnóstico de deficiência de AAT. **Resultados: Caso 1:** Homem, 47 anos, com dispnéia progressiva há 8 anos, atualmente

aos pequenos esforços Tem história pregressa de asma durante a infância e de 2 episódios de pneumonia (último há 4 anos). É ex-tabagista de 1 maço/dia por 10 anos (parou há 10 anos). Sem antecedentes familiares relevantes. Espirometria revelou distúrbio ventilatório obstrutivo grave, sem resposta ao broncodilatador. Dosagem de AAT: 18mg/dL (VR: 90 a 200). Aguardando início da terapia de reposição de AAT. Genotipagem: PiZZ. **Caso 2:** Mulher, 45 anos, com dispnéia importante aos pequenos esforços há mais de 2 anos, com piora progressiva. Ex-tabagista de 10 cigarros/dia por 30 anos (parou há 8 meses). Espirometria revelou padrão obstrutivo grave, com aumento do volume residual e redução da capacidade de difusão do monóxido de carbono. Dosagem de AAT: 26mg/dl. Genotipagem: PiSZ. Iniciou terapia de resposição de AAT. **Caso 3:** Rapaz, 16 anos, com história de tosse, dispnéia aos esforços e chiado desde os 4 anos. Referia 8 episódios prévios de pneumonia. Radiografia simples de tórax evidenciou pulmões hiperinsuflados. TC de tórax mostrou enfisema pulmonar panacinar. Teste de cloretos no suor: normal. Espirometria revelou distúrbio ventilatório obstrutivo grave com resposta ao broncodilatador. Dosagem sérica de AAT: 88mg/dl. Genotipagem: PiSS. **Caso 4:** Mulher, 46 anos, assintomática. Irmão recebeu diagnóstico de enfisema por deficiência de AAT. Espirometria e RX de tórax normais. Dosagem de AAT: inferior a 20mg/dl. Aguardando genotipagem. **Conclusões:** Deve-se proceder a investigação diagnóstica de deficiência de AAT em grupos específicos (como enfisema de aparecimento precoce), embora a OMS recomende o teste quantitativo em todos os pacientes com DPOC, uma vez que o quadro clínico, por si só, não é indicador do diagnóstico. Atualmente, recomenda-se a terapia de reposição endovenosa da AAT para indivíduos com a forma pulmonar (em casos selecionados), o que parece diminuir a perda da densidade pulmonar à TC de Tórax, embora não haja melhora na provas de função pulmonar. Segundo alguns estudos, a reposição confere ainda proteção contra infecções respiratórias, diminuindo a freqüência de exacerbações e internações.

PO374 ESTIMATIVA DA GRAVIDADE DA DPOC A PARTIR DE DIFERENTES PARÂMETROS EM INDIVÍDUOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE BUSCA DE DOENTES

LUIZA ALVARENGA LIMA; ELIANE CONSUELO ALVES RABELO; HEITOR ALVES ROCHA; JOÃO AUGUSTO R. R. AZEVEDO; LUIS OTAVIO MANTOVANI BATAGLIN; THIAGO FINTELMAN PADILHA; TIAGO MARINHO ALMEIDA NOLETO; UBIRATAN DA CONCEIÇÃO SEIXAS JUNIOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ÍNDICES DE GRAVIDADE DA DOENÇA; ESTADIAMENTO

Introdução: O estadiamento da DPOC é importante para estabelecer o prognóstico e hierarquizar o tratamento. Tradicionalmente, de acordo com o Documento GOLD (Global Iniciative for Obstructive Lung Disease), a gravidade da DPOC é definida pelo grau de obstrução, avaliada pelo volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) após uso de broncodilatador. Recentemente foi observado que existem outros fatores que se relacionam com a sobrevida dos doentes, como: índice de massa corpórea, VEF1, hiperinsuflação pulmonar, hipoxemia, dispnéia e capacidade de exercício. Um índice multissistêmico, o BODE (Body-mass index, airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise capacity), que envolve esses fatores, apresenta melhor associação com predição de mortalidade em portadores de DPOC do que o VEF1 isolado. Contudo, este critério de estadiamento ainda não foi adotado universalmente por não se reconhecer a variabilidade e a aplicabilidade em cada país, permanecendo os critérios do Documento GOLD como forma de estadiamento da DPOC. **Objetivos:** Estimar a relação entre VEF1 e o estadiamento da DPOC obtidos com parâmetros do GOLD e do índice BODE provenientes de indivíduos atendidos em um programa de busca de doentes. **Métodos:** Em uma avaliação na cidade de Pirenópolis/GO, foram feitas aplicações de uma ficha de identificação com dados sócio-demográficos e do questionário padronizado pelo GOLD com objetivo de identificar indivíduos com maior probabilidade de ter DPOC. Além disso, todos os indivíduos foram submetidos ao exame espirométrico, ao cálculo do índice de massa corpórea, à escala de dispnéia e ao teste da caminhada de 6 minutos, com medida da saturação periférica de oxigênio antes e após o teste. **Resultados:** Foram atendidos 26 indivíduos, dos quais 15 (57,69%) apresentaram maior probabilidade de ter DPOC de acordo com o questionário padronizado pelo GOLD. Destes, 13 (86,7%) apresentaram-se no quartil 1 de estadiamento pelo índice BODE e 2 (13,3%), no quartil 2. Não houve pacientes nos quartis 3 ou 4. De acordo com o estadiamento pelo documento GOLD, 11 (73,3%) pacientes apresentaram-se no estádio 0, 1 (6,7%) no estádio I e 3 (20%) no estádio II. Não houve pacientes nos estádios III ou IV. Em relação aos valores de VEF1, 12 (80%) pacientes obtiveram medidas acima ou igual a 65% do previsto para idade, peso e altura, enquanto 3 (20%), medidas entre 50 e 64%. Nenhum paciente apresentou valor de VEF1 abaixo de 50%. **Conclusão:** Não houve diferença significativa entre os graus de estadiamento obtidos com o GOLD e com o índice BODE. Além disso, houve concordância entre as medidas de VEF1 e a distribuição dos pacientes nos quartis do BODE.

PO375 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO SECUNDÁRIO À TUBERCULOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

LUIZA REGINA SANTOS[1]; SORAIA APARECIDA SILVA[2]; FERNANDA BEATRIZ ARAUJO[3]; MARIANA LAGAZETA[4]; FELIPE BECKER MAGALHAES[5]; ALEX OLIVEIRA SANTOS[6]

1,3,4,5,6.FACULDADE DA SAUDE E ECOLOGIA HUMANA, VESPASIANO, MG, BRASIL; 2.HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE PULMONAR; PNEUMOTÓRAX; MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Introdução: O pneumotórax é definido como a presença de ar no espaço pleural levando a redução do volume, difusão e complacência pulmonar. Pode ser espontâneo ou traumático, o primeiro grupo é classificado em primário, etiologia desconhecida, e secundário, que ocorre como complicação de uma doença pulmonar obstrutiva ou intersticial. O pneumotórax espontâneo secundário à tuberculose (TBC) pode ocorrer tanto em fase inflamatória como na doença cavitária avançada. As manifestações clínicas mais prevalentes são dispnéia progressiva acompanhada ou não de tosse e dor torácica aguda, percebe-se ao exame físico diminuição do murmúrio vesicular, timpanismo `a percussão e ausência de frêmito tóraco-vocal do lado acometido. Radiograficamente encontra-se o distanciamento das pleuras com redução da trama pulmonar e desvio do mediastino para o lado contra lateral. O tratamento depende da intensidade e duração dos sintomas, presença de doença pulmonar prévia e historia de episódios anteriores. Pode-se optar por conduta expectante, drenagem torácica, toracocentese, toracotomia ou videotoracoscopia. **Objetivos:** descrever caso de pneumotórax relacionado a TBC pulmonar, ressaltando os sintomas, diagnóstico e a evolução clinica. **Métodos:** relato de caso de paciente com pneumotórax associado a TBC pulmonar. **Resultados:** Paciente 24 anos com quadro de dispnéia intensa e progressiva acompanhada de dor em hemitórax esquerdo. Histórico de TBC há dois anos com abandono do tratamento. Apresentou recidiva do quadro, e encontrava-se em uso do esquema I reforçado. Ao exame apresentava diminuição do murmúrio vesicular à esquerda e a radiografia de tórax mostrou pneumotórax à esquerda e lesões pleuropulmonares difusas. Foi submetido a drenagem torácica em selo d'água por 11 dias e recebeu alta hospitalar em boas condições clinicas para acompanhamento ambulatorial. **Conclusões:** Devido à alta prevalência da TBC em nosso país é importante atentarmos para a sua relação com pneumotórax e focarmos em profilaxia, seja ela primária ou secundária como a realização de pleurodese. A avaliação cuidadosa em pacientes que apresentam pneumotórax primário é relevante, porque cerca de 2% destes desenvolvem tuberculose pulmonar ativa e poderiam ser portadores não diagnosticados.

PO376 APLICABILIDADE CLÍNICA E SEGURANÇA DO ESCARRO INDUZIDO EM CRIANÇAS

LUÍS ARAÚJO[1]; ANDRÉ MOREIRA[2]; LUÍS DELGADO[3]; CARMO PALMARES[4]; JOÃO FONSECA[5]; MARIA GRAÇA CASTEL-BRANCO[6]

1,2,3,4.SERVIÇO E LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA, FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO, PORTO, PORTUGAL; 5,6.SERVIÇO DE IMUNOALERGOLOGIA, H.S. JOÃO, E.P.E., PORTO, PORTUGAL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CRIANÇAS; ESCARRO INDUZIDO

Introdução: A indução de escarro com soro hipertónico é um método útil para a avaliação da inflamação brônquica eosinofílica. **Objetivos:** Avaliação a aplicabilidade clínica e a segurança da indução de escarro em idade pediátrica. **Métodos:** Análise retrospectiva de todas as induções de escarro realizadas nos últimos 3 anos. O procedimento foi explicado às crianças e registados os valores basais e pós administração de 200 µg de salbutamol do pico de fluxo expiratório (PFE). A criança foi incentivada a expulsar qualquer quantidade de escarro que se formasse, após a inalação de soro hipertónico a 4,5% por períodos de 5 minutos. Se não fosse obtida uma amostra de esputo e se o valor de PFE se mantivesse superior a 80% do valor pós broncodilatação, a indução era continuada. O procedimento era interrompido caso a criança produzisse

uma amostra satisfatória de escarro, quando se atingiam 20 minutos de indução ou se o PFE caísse abaixo de 80% do valor inicial. **Resultados:** Foram realizadas induções de escarro em 59 asmáticos (mediana ± DP de idade de 13 ± 3 anos, 36 do sexo masculino) e 24 crianças saudáveis (mediana ± DP de idade 13 ± 3 anos, 16 do sexo masculino), tendo sido obtida uma amostra satisfatória em 47 (57%) dos casos. O tempo de indução (mediana (P25-75)) foi de 15 (10-20) minutos. Dez crianças referiram sintomas (opressão torácica e/ou tosse excessiva) durante a indução: destas, 3 apresentaram quedas significativas do PFE e uma apresentou uma queda assintomática do PFE. Todas as reacções foram facilmente revertidas com a inalação de 200 µg adicionais de salbutamol. Não se registaram reacções adversas graves. Numa análise de regressão logística multivariada, idade, sexo, diagnóstico de asma e tempo total de indução não se correlacionaram com o sucesso da indução. **Conclusão:** Estes resultados sugerem que a indução de escarro com soro hipertónico a 4,5% é um método fácil, não-invasivo, seguro e com aplicabilidade clínica na maioria das crianças, de estudar a inflamação brônquica.

PO377 CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO DE LAVAGEM BRONCOALVEOLAR NA TOXICIDADE PULMONAR INDUZIDA PELO SIROLIMUS

CARLA DAMAS[1]; ANTÓNIO MORAIS[2]; CARMO PALMARES[3]; MARIA B ELTRÃO[4]; LUÍS DELGADO[5]
1,2.SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, H. S. JOÃO, E.P.E., PORTO, PORTUGAL; 3,4,5.SERVIÇO E LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO, PORTO, PORTUGAL

PALAVRAS-CHAVE: SIROLIMUS; LAVADO BRONCOALVEOLAR; TOXICIDADE

Introdução: As doenças pulmonares induzidas por drogas são uma causa crescente de morbidade. Estão descritas muitas drogas responsáveis pelos diferentes padrões de lesão. O Sirolimus é uma droga imunossupressora usada em transplantação renal e de outros órgãos sólidos. A toxicidade celular é reconhecida como uma potencial complicação associada a esta medicação. Têm sido também descritas pneumonite intersticial e mais raramente hemorragia alveolar. **Objectivos:** Avaliação citológica e fenotípica de 10 doentes com transplante renal e toxicidade pulmonar induzida pelo sirolimus. **Métodos:** São descritos 10 casos (9 homens e 1 mulher), com idades entre 34-71 anos, com transplante renal (3-7 anos), tendo sido todos eles medicados com micofenolato mofetil, prednisolona e sirolimus (2-3 mg/dia). Foram avaliados por Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) e Lavado Broncoalveolar (LBA), com contagem celular total e diferencial, caracterização fenotípica da subpopulação de linfócitos T e despiste de infecção por coloração e cultura. **Resultados:** Aquando da admissão, a febre, a dispneia e a tosse produtiva foram os sintomas mais frequentes. A TCAR revelou um envolvimento difuso em todos os doentes incluídos, sendo a presença de infiltrados pulmonares o padrão mais comum. No LBA, a celularidade total foi em média de 1,78x105/ml ± 1,2 (0,2-6,8x105/ml), tendo-se observado linfocitose em 9 dos 10 doentes-27,4% (24.8 - 53,2). A relação CD4/CD8 apresentou-se variada, sendo elevada em 2 doentes, normal em 3 e diminuída em 4 doentes. Nestes doentes verificou-se igualmente a presença de hemorragia moderada a severa. No restante doente o LBA revelou hemorragia severa com um score de Golden de 350. **Conclusão:** As características encontradas no LBA estão de acordo com os dados publicados, nomeadamente no que concerne à presença de linfocitose e hemorragia. Observamos, contudo, uma maior variabilidade na razão CD4/CD8, que não apresentou uma associação particular com qualquer uma das diferentes apresentações clínicas e radiológicas.

PO378 EXPRESSÃO DA INTEGRINA CD 103 NOS LINFÓCITOS T BRONCOALVEOLARES EM DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR

ANTÓNIO MORAIS[1]; MARIA CARMO PALMARES[2]; MARÍLIA BELTRÃO[3]; LUÍS DELGADO[4]
1.SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL SÃO JOÃO, PORTO, PORTUGAL, PORTO, PORTUGAL; 2,3,4.SERVIÇO E LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO, PORTUGAL, PORTO, PORTUGAL

PALAVRAS-CHAVE: LAVADO BRONCOALVEOLAR; CD 103; DOENÇA INTERTICIAL PULMONAR

Introdução: O CD103, o receptor do ligando E-caderina das células epiteliais, é expresso preferencialmente em linfócitos intra-epiteliais terminalmente diferenciados e poderá estar envolvido no recrutamento de linfocitos à superfície epitelial do pulmão. As células T CD4+ que expressam CD103 no LBA apresentam diferentes valores nas diferentes doenças do interstício pulmonar (DIP), o que sugere um papel destas células na fisiopatologia de algumas daquelas doenças. **Objectivo:** Estudo comparativo no LBA da expressão de CD103 nas subpopulações celulares T na sarcoidose com outras doenças do interstício pulmonar. **Material e Métodos:** A expressão de CD103 foi investigada nos linfócitos do líquido de lavagem broncoalveolar de 91 doentes. Foi igualmente avaliada a expressão de CD2, CD3, CD4, CD8, CD19 e CD56 por citometria de fluxo. 41 doentes tinham sarcoidose com envolvimento torácico (estadios I-22, II- 14, IV-5). 23 doentes Pneumonite de Hipersensibilidade (PH), 16 Pneumonites Intersticiais (PI) (8 idiopáticas/ 8 conectivites), 4 toxicidade pulmonar por fármacos e 8 outras doenças pulmonares intersticiais. Foi efectuado estudo estatístico, com as comparações entre os grupos a serem efectuadas usando testes não paramétricos Mann-Whitney U ou Kruskal-Wallis **Resultados: Doentes com sarcoidose:** linfócitos 39.8±16.8%, CD4 74.8±16.3, CD8 19.1±15.9, CD4/CD8 7.4±6.6, CD4+103+ 21.1±23.7 e CD8+103+ 36.5±26. Outras DPI: linfócitos 53±24.6, CD4 41.7±23.2, CD8 48.5±22.4, CD4/CD8-1.2±1.3, CD4+103+ 42.7±26.2 e CD8+103+ 58.7±28.9. Observou-se um número significativamente menor de CD103+ CD4+ no LBA de doentes com sarcoidose em comparação com as outras DPI ($p< 0.001$), e separadamente com a PH ($p< 0.001$) ou as PI ($p=0.003$). **Conclusões:** A sarcoidose apresentou de forma característica uma significativa diminuição da expressão de CD103 nos linfócitos CD4+ no LBA comparativamente com as outras ILD, o que pode contribuir para a sua identificação. Como o CD103 é característico dos linfócitos T das mucosas, os resultados suportam a hipótese de que na sarcoidose ocorre uma redistribuição e compartimentalização alveolar de linfócitos CD4+ periféricos e não uma expansão local de linfócitos intraepiteliais já diferenciados.

PO379 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PAPA EM 2007

CYNTHIA FREITAS DE DEUS VALE; LÍVIA ARRUDA DE MELO; DÉBORAH MOREIRA RANGEL; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; FABIANE BARBOSA CASTRO; DANIEL LUCENA DE AGUIAR; ÉRIKA SALES LOPES; RONALDO ANDERSON OLIVEIRA RODRIGUES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; SINTOMAS; CLASSSIFICAÇÃO

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo. Manifesta-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao despertar, sendo sua classificação clínica de acordo com a freqüência destes sintomas e com a resposta do paciente ao tratamento. Segundo as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, a avaliação usual da gravidade da asma pode ser feita pela análise da freqüência e intensidade dos sintomas e pela função pulmonar. **Objetivo:** Classificar a gravidade da asma conforme os sintomas apresentados em uma amostra de pacientes atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) no ano de 2007. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, que analisou a classificação da gravidade da asma no prontuário de 481 pacientes. Os dados analisados foram a freqüência dos sintomas, despertares noturnos, necessidade de beta-2 para alívio, limitação das atividades e exacerbações. **Resultados:** Observou-se que 244 (50,72%) pacientes não tiveram ou raramente apresentaram sintomas; 105 (21,82%) pacientes apresentaram sintomas menos que 2 vezes/semana; 51 (10,60%), mais que 2 vezes/semana e, 81 (16,83%), diariamente; 319 (66,32%) pacientes não acordaram à noite devido à asma; 92 (19,12%) acordaram uma vez; 51 (10,60%) acordaram mais de uma vez e, 19 (3,95%) não conseguiram dormir.O prejuízo de suas atividades foi relatado por 246 (51,14%) devido à asma; 156 (32,43%) apresentaram pouca limitação das atividades; 62 (12,88%), limitação moderada e, 17 (3,53%), intensa. Foi necessário o uso de broncodilatador de alívio em 240 (49,89%) pacientes; destes, 94 (39,17%) usaram diariamente, 78 (32,50%) semanalmente e 68 (28,33%) mensalmente. Exacerbações ocorreram em 176 (36,59%) pacientes; destes, apenas 71 (40,34%) foram à emergência e 17 (9,66%) necessitaram de hospitalização. Considerando-se os parâmetros clínicos das IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, 23 (4,78%) pacientes foram classificados como portadores de asma intermitente; 166 (34,51%) se apresentaram com asma persistente leve; 234 (48,65%), com asma persistente moderada e, 58 (12,06%), com asma persistente grave. Do total de pacientes analisados, 301 (62,58%) estavam clinicamente controlados; 58 (12,06%), parcialmente controlados e 122 (25,36%) pacientes não estavam

controlados; destes últimos, 26 (21,31%) foram classificados como portadores asma grave. **Conclusão:** A maioria dos pacientes foram classificados como portadores de asma persistente moderada, com percentual maior também para asma persistente grave em relação ao descrito na literatura. Tais achados podem dever-se ao fato de o PAPA ser um programa de referência estadual e receber muitos pacientes encaminhados de outros estabelecimentos de saúde com asma de difícil controle.

PO380 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA ASSOCIAÇÃO ENTRE RINITE ALÉRGICA ATIVA E ASMA NÃO CONTROLADA EM PACIENTES ATENDIDOS EM SERVIÇO PÚBLICO DE REFERÊNCIA

ÉRIKA SALES LOPES; LÍVIA ARRUDA DE MELO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO; BÁRBARA NEIVA TANAKA; FERNANDO MOREIRA DA SILVA NETO; MARCUS VINÍCIUS DUARTE COSTA; RONALDO ANDERSON OLIVEIRA RODRIGUES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; RINITE; CONTROLE

Introdução: A asma e a rinite alérgica são manifestações das vias aéreas com estreita relação clínica, compartilhando fatores epidemiológicos, anatômicos, fisiológicos, imunopatológicos e terapêuticos. A presença de rinite alérgica ativa em pacientes asmáticos tem sido confirmada como um marcador de gravidade para asma, aumentando a busca por serviços de emergência e internações devido à exacerbação dos sintomas. **Objetivos:** Avaliar a prevalência e características epidemiológicas da rinite alérgica em pacientes adultos em tratamento para asma e sua relação com o controle da asma. **Métodos:** Estudo descritivo e transversal. Análise de prontuários de 487 pacientes asmáticos atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático do Hospital Universitário Presidente Dutra (PAPA – HUPD). Os dados foram coletados das fichas referentes à primeira consulta do paciente no ano de 2007. **Resultados:** Verificou-se que 185 (38%) pacientes apresentavam rinite alérgica ativa, sendo 140 (75,6%) do sexo feminino. Com relação à faixa etária, 24 (12,9%) pacientes tinham entre 12 e 18 anos, 141 (76,2%) tinham de 19 a 59 anos e 20 (10,8%) possuíam 60 anos ou mais. A média de idade foi de 42,3 anos, com variação de 13 a 88 anos. Com relação à apresentação dos sintomas da asma nestes pacientes, 80 (43,5%) relataram pelo menos um episódio de exacerbação num período de 3 meses. Observou-se que 114 (61,5%), 19 (10,2%) e 52 (28,1%) pacientes com rinite alérgica ativa apresentavam asma controlada, asma parcialmente controlada e asma não controlada, respectivamente. Dentre as mulheres com rinite ativa, 44 (31,4%) apresentavam asma não controlada; dentre os homens este percentual foi de 20%. **Conclusão:** O percentual de pacientes asmáticos com rinite alérgica foi consistente com a média da literatura. Considera-se a taxa de coexistência de asma não controlada e rinite alérgica ativa baixa no presente estudo. Este fato deve-se principalmente ao fato de os pacientes asmáticos com rinite alérgica atendidos no PAPA receberem tratamento com corticóide nasal para controle da rinite, visto que para o controle da asma é necessário um tratamento integrado com manejo da rinite alérgica.

PO381 CORRELAÇÃO DE DADOS CLÍNICOS E RADIOGRÁFICOS COM A BRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA NA NEOPLASIA PULMONAR

MANOEL CAMELO PAIVA NETO; ROSIMARA EVA FERREIRA ALMEIDA; ALEXANDRE PEREIRA RIOS; RODRIGO DINIZ COSTA; TOMAS AIZA ALVAREZ

UNIVERSIDADE DE BRASILIA, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: NEOPLASIA PULMONAR; BRONCOSCOPIA; METODOS DIAGNOSTICOS

Introdução: A radiografia de tórax, por ser um exame útil, pouco invasivo e de baixo custo, continua sendo um dos mais solicitados (30% a 50% das radiografias), mesmo após o grande avanço tecnológico na área de diagnóstico por imagem. Vários estudos têm avaliado as indicações de radiografias do tórax em diversas situações, entre as quais se destacam os exames pré-operatórios, exames de rotina para pacientes assintomáticos, idosos ou para detecção de imagens sugestivas de tuberculose ou de câncer de pulmão. **Objetivo:** Correlacionar dados clínicos e radiográficos indicativos de afecções pulmonares obtidos por meio da radiografia de tórax e sua posterior confirmação ou não pela broncoscopia. **Método:** Foi realizado estudo retrospectivo avaliando as radiografias de tórax e os resultados das broncoscopias em um total de 578 pacientes atendidos em nível ambulatorial no Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB) entre os anos de 2000 a 2006. **Resultados:** Foram analisados os dados de 578 pacientes com média de idade de 53,9 anos, sendo 65,9% do sexo masculino e 34,1% do sexo feminino. Destes, 227 (39,3%) apresentavam diagnóstico clínico de neoplasia pulmonar (confirmado pela broncoscopia em 66,5% dos casos) e 155 (26,8%) apresentavam diagnóstico clínico de tuberculose (confirmado pela broncoscopia em 22,6% dos casos). Os dados radiográficos que apresentaram maior correlação com diagnóstico de neoplasia pulmonar na broncoscopia foram: massa (37,8%), atelectasia (15,23%), infiltrado (9,3%) e nódulo (5,3%). Em relação à tuberculose o dado radiográfico que mais apresentou diagnóstico positivo na broncoscopia foi o de infiltrado, com 42,8%. **Conclusão:** Em concordância com a literatura, dados radiográficos clássicos de suspeita de neoplasia pulmonar como nódulo, massa ou atelectasia apresentaram diagnóstico positivo na broncoscopia com 62,4% de correlação. Isto demonstra que a radiografia de tórax é ferramenta bastante útil no rastreio inicial de neoplasia pulmonar.

PO382 ESTUDO DESCRITIVO DO PAPEL DA BRONCOSCOPIA NA ABORDAGEM DA HEMOPTISE

MANOEL CAMELO PAIVA NETO; ROSIMARA EVA FERREIRA ALMEIDA; ALEXANDRE PEREIRA RIOS; RODRIGO DINIZ COSTA; TOMAS AIZA ALVAREZ

UNIVERSIDADE DE BRASILIA, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HEMOPTISE; DIAGNOSTICO; BRONCOSCOPIA

Introdução: A hemoptise pode significar muitas entidades clinicas. Embora a etiologia varie de uma serie para outra, a bronquite crônica e a neoplasia pulmonar têm sido as etiologias mais freqüentes, com grande relevância da bronquiectasia e da tuberculose. O esclarecimento etiológico preciso, rápido, aliado ao tratamento especifico e medidas de suporte efetivas são de fundamental importância. Dentre o arsenal diagnóstico, a fibrobroncoscopia é uma ferramenta útil, porém considerada invasiva. **Objetivos:** Avaliar os principais achados do exame a fim de propiciar melhor conhecimento sobre os riscos e benefícios do uso do método na abordagem terapêutica da hemoptise. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo série de casos, em que foram analisados, retrospectivamente, o registro de dados de todos os pacientes submetidos à broncoscopia entre o período de 2000 a 2006 na unidade de broncoscopia do Hospital Universitário de Brasília. **Resultados:** Foram analisados 71 pacientes, sendo 71,6% do sexo masculino e 28,4% do sexo feminino. Dentre os achados associados à hemoptise destaca-se: derrame pleural em 3 pacientes dispnéia em 10, febre em 12, dor tipo pleurítica em 14, e perda de peso em 21. Quanto a suspeita clinica: 34 pacientes tinham suspeita de neoplasia pulmonar, 21 de tuberculose, 2 de neoplasia de esôfago, 3 de DPOC, 1 de pneumonia e 22 pacientes sem indicação precisa para o exame. Na radiografia de tórax, as imagens encontradas foram: nódulo pulmonar em 1 paciente, cavitação em 3, atelectasia em 6, normalidade em 8 pacientes, massa pulmonar em 10, infiltrado intersticial em 17 pacientes, consolidação em 18, e 8 pacientes sem descrição radiológica. A broncoscopia foi normal em 32% dos pacientes, em 33,8% obteve-se achados compatíveis com neoplasia pulmonar, em 9% com tuberculose, em 8% com bronquiectasia, em 8% com bronquite crônica e em 7% obteve-se achados inespecificos. **Conclusão:** Em concordância com a literatura a neoplasia pulmonar, tuberculose e bronquiectasia foram as etiologias mais freqüentes encontradas na indicação da broncoscopia em pacientes com hemoptise; mostrando a importância desse exame no diagnóstico das etiologias mais freqüentes.

PO383 A UTILIZAÇÃO DA BRONCOSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DAS AFECÇÕES ENDOBRÔNQUICAS

MANOEL CAMELO PAIVA NETO; ROSIMARA EVA FERREIRA ALMEIDA; ALEXANDRE PEREIRA RIOS; RODRIGO DINIZ COSTA; TOMAS AIZA ALVAREZ

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOSCOPIA; BRONCOSCOPIA NORMAL; BRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA

Introdução: A broncoscopia apresenta importante papel no diagnóstico das afecções endobrônquicas. Sua prática tem evoluído consideravelmente nos últimos anos. Sua utilidade para fins diagnósticos e terapêuticos tais como a ressecção endoscópica à laser, crioterapia, eletrocautério, colocação de suportes endobrônquicos, braquiterapia, entre outros, vêm aumentando consideravelmente em todo o mundo e também no Brasil. Dentre as maiores indicações clínicas para a realização da broncoscopia diagnóstica estão a tosse crônica, sibilo, hemoptise, abscesso refratário, trauma torácico, suspeita

de corpo estranho na via aérea, diagnóstico e seguimento de carcinoma broncogênico, neoplasias obstrutivas, entre outros. Como forma de analisar a relação entre dados clínicos indicativos de afecções pulmonares e a posterior realização do exame, torna-se útil o estudo da casuística da unidade de broncoscopia do Hospital Universitário de Brasília (UnB). **Objetivo:** Avaliar as principais indicações, das afecções pulmonares, e dados clínicos que mais poderiam estar relacionados com resultados normais na broncoscopia. **Método:** Estudo retrospectivo, descritivo, tipo série de casos, em que foram analisados retrospectivamente o registro de dados de todos os pacientes com broncoscopia normal entre o período de 2000 a 2006 na Unidade de Broncoscopia do Hospital Universitário de Brasília. **Resultados:** De 586 pacientes com indicação clínica para a broncoscopia, 182(31,05%) apresentaram resultado normal. Destes, os principais diagnósticos clínicos foram: tuberculose (15,9%), neoplasia pulmonar (11,9%), neoplasia de esôfago com algum acometimento de vias aéreas (11,7%) e bronquiectasia (1,6%). Os sintomas mais freqüentes foram: tosse (54,4%), expectoração (31,3%), perda de peso (22,5%), febre (18,1%) e hemoptise (15,9%). **Conclusão:** O estudo demonstrou que a indicação da broncoscopia deve ser criteriosa, pois apesar dos sintomas mais prevalentes do estudo, como tosse, expectoração e perda de peso, fazerem parte dos sintomas relacionados à indicação deste exame, grande parte possui resultado normal no rastreio de patologias associadas quando a fibrobroncoscopia é utilizada como método diagnostico. Chamamos a atenção para o fato de que parte dos exames realizados na investigação de patologias, como tuberculose e neoplasia, apresentou resultado normal e que uma razão para isto pode estar no fato de seus pedidos se basearem em sintomas inespecíficos e/ou isolados.

PO384 AVALIAÇÃO DA BRONCOSCOPIA DIAGNOSTICO EM 156 PACIENTES COM NEOPLASIA PULMONAR

MANOEL CAMELO PAIVA NETO; ROSIMARA EVA FERREIRA ALMEIDA; ALEXANDRE PEREIRA RIOS; RODRIGO DINIZ COSTA; TOMAS AIZA ALVAREZ

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOSCOPIA; NEOPLASIA; AVALIAÇÃO DA BRONCOSCOPIA

Indrodução: A incidência do câncer de pulmão no Brasil tem aumentado nas últimas décadas e, apesar dos consideráveis avanços nas técnicas diagnósticas e modalidades de tratamento, sua mortalidade continua aumentando em todo o mundo. A fibrobroncoscopia é o exame que apresenta o melhor potencial diagnóstico em carcinoma brônquico. É um procedimento seguro, que possibilita não só a visualização da lesão, como também a colheita de material para citologia e histologia. Vários estudos têm descrito formas diferentes de abordar o paciente com neoplasia pulmonar por fibrobroncoscopia, fazendo com que resultados diferentes sejam obtidos pelo exame endoscópico num mesmo grupo de pacientes. No diagnóstico da neoplasia pulmonar por fibrobroncoscopia, as diversas séries da literatura mostram sensibilidades que variam de 48% a 95%, conforme o método cito ou anatomopatológico utilizado e a lesão ser endoscopicamente visível ou não. Estudos mostram que a fibrobroncoscopia proporcionou o diagnostico por volta de 83%. Essa variação de sensibilidade tornou relevante a necessidade de avaliar como tem sido realizado o diagnóstico de neoplasia pulmonar por fibrobroncoscopia, no Setor de Endoscopia Respiratória do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB). **Objetivos:** Avaliar o papel da fibrobroncoscopia e os dados relevantes em pacientes com diagnóstico de neoplasia de pulmão por este exame. **Método:** Estudo retrospectivo de 586 pacientes submetidos a broncoscopia entre o período de 2000 a 2006 por diversos motivos, em nível ambulatorial no Hospital Universitário de Brasília(HUB-UnB). Foram identificados 156 pacientes com imagem sugestiva de câncer de pulmão por este exame, foram colhidos dados gerais para posterior análise

PO385 SARCOIDOSE PULMONAR E DE OUTROS ÓRGÃOS: SÉRIE DE PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

MARCELO BASSO GAZZANA[1]; DENISE ROSSATO SILVA[2]; ANA CLÁUDIA COELHO[3]; MARLI MARIA KNORST[4]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[5]

1.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,4.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL; HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSE; FUNÇÃO PULMONAR; DIAGNÓSTICO

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa crônica de causa desconhecida, que pode afetar diversos órgãos, especialmente os pulmões. Freqüentemente apresenta-se com adenomegalias hilares, infiltrado pulmonar e acometimento cutâneo e ocular. **Objetivo:** Descrever os achados clínicos e funcionais de pacientes com sarcoidose em acompanhamento no Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Método:** Pacientes com diagnóstico clínico-histológico de sarcoidose de qualquer órgão, consecutivamente atendidos no Ambulatório de Pneumopatias Difusas do Serviço de Pneumologia do HCPA no período de Outubro de 2006 a Março de 2007. Foram revisados os prontuários eletrônicos dos respectivos pacientes. **Resultados:** Foram estudados 21 pacientes, 15 eram do sexo feminino (71,4%). A média de idade foi 45,9 ± 7,8 anos. Dezoito (85,7%) pacientes eram da raça branca. Todos os pacientes apresentavam acometimento pulmonar. Dois pacientes tinham sarcoidose cutânea, 2 sarcoidose ocular e 1 apresentava envolvimento multissistêmico. Os principais sintomas ao diagnóstico foram dispnéia em 8 (38%) e tosse em 3 (14,3%). Dez pacientes nunca fumaram, 10 eram ex-tabagistas e 1 era tabagista ativo. O índice tabágico foi de 16,8 ± 13,6 maços-ano. Um paciente tinha hipercalcemia e 5 hipercalciúria. Cintilografia com gálio foi realizada em 4 pacientes, apresentando achados sugestivos de sarcoidose em 3 casos. O diagnóstico de sarcoidose foi clínico em 9 pacientes, por biópsia transbrônquica em 4, biópsia cirúrgica em 3, mediastinoscopia em 3 e biópsia de linfonodo cervical em 2 pacientes. Nove pacientes tinham sarcoidose estádio I, 7 estádio II e 5 estádio III. Em 10 casos a espirometria foi normal, em 7 havia um DVO e em 3 um DV misto. A difusão foi normal em 5 casos. Nos demais, havia redução leve em 7, moderada em 4 e grave em 4. Apenas 1 paciente tinha hipertensão pulmonar. Três pacientes apresentaram dessaturação significativa no teste da caminhada de 6 minutos. Doze pacientes receberam tratamento. Nove usaram prednisona (em 4 casos foram realizados 2 cursos), 1 usou prednisona e azatioprina e 1 prednisona e metotrexate. **Conclusão:** Os pacientes com sarcoidose atendidos num ambulatório de referência em nível terciário apresentam comumente envolvimento pulmonar, sendo que o tratamento realizado na maioria dos casos é a corticoterapia sistêmica ou somente o acompanhamento clínico.

PO386 IN-HOSPITAL MORTALITY OF ACUTE PULMONARY THROMBOEMBOLISM: COMPARISON BETWEEN PATIENTS WITH OBJECTIVE DIAGNOSIS AND NON-CONFIRMED SUSPICION

MARCELO BASSO GAZZANA; MARLI MARIA KNORST; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PULMONARY EMBOLISM; MORTALITY; DIAGNOSIS

Background: Pulmonary thromboembolism (PE) is frequent in hospital setting. Follow-up of patients with non-confirmed PE is unknown. **Purpose:** To compare mortality between patients with confirmed PE and non-confirmed suspicion. **Methods:** Historical cohort. Included adult patients (>= 18 years) with suspicion of PE identified by perfusion lung scan, CT-angiography, pulmonary angiography or PE ICD-9/ICD-10 on admission or discharge charts. We excluded patients with incomplete or lost medical records. PE was diagnosed if 1) high probability lung scan, 2) abnormal non-high probability lung scan AND positive test for Deep Venous Thrombosis (DVT) (ultrasound or venography), 3) positive angio-CT of thorax for PE, or 4) positive pulmonary angiography for PE. PE was excluded if: 1) normal lung scan, 2) low probability lung scan AND negative test for DVT AND low clinical probability or normal level of D-dimer, 3) negative pulmonary angiography for PE. Other cases was considered non-diagnostic. Statistical analysis was done with Fisher exact test, Student T test, qui-square, uni and multivariate analysis. Level of significance was 5% (bilateral). **Results:** Of 741 patients, 687 were included. Mean age was

61.53 ± 16.75 years, men 292 (42,5%). Symptoms begun before admission in 330 cases (48%) and after admission in 357 (52%). In 120 patients (17.5%), PE was objectively confirmed, in 193 (28.1%) was objectively excluded, but in 374 cases (54.4%) diagnostic approach was incomplete. In-hospital mortality was 19.1% (n =143). In multivariate analysis, hypotension (beta 2,49, IC95% 1,35-4,63), PE objectively confirmed (beta 2,199, IC95% 1,15-4,21), non-conclusive approach (beta 1,70, IC95% 1 – 2,87), cancer (beta 2,868, IC95% 1,80-4,45), secondary PE (beta 1,57, IC95% 1,02-2,41), inclusion in 1996-1997 (beta 1,71, IC95% 1,15-2,67) and thoracic or abdominal infection (beta 1,71, IC95% 1,08-2,71) were associated with highest in-hospital mortality (p<0,05). **Conclusion:** Patients with acute pulmonary thromboembolism objectively diagnosed have higher mortality than patients with objectively excluded PE. Further, non-conclusive approach of PE was an independent risk factor for in-hospital death.

PO387 PULMONARY HYPERTENSION IN ONE PATIENT SUBMITTED TO THORACIC RADIOTHERAPY IN CHILDHOOD. IS ACTINIC PULMONARY ENDARTERITIS POSSIBLY THE LINK?

MARCELO BASSO GAZZANA; RICARDO THADEU CARNEIRO DE MENEZES; ANGELA BEATRIZ JOHN; SIMONE CHAVES FAGONDES; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PULMONARY HYPERTENSION; RADIATION THERAPY; WILM\'S TUMOR

Background: Radiotherapy has been related to abnormalities in lung parenchyma and vasculature. Lung fibrosis and pneumonitis are the most common described lesions. There are few cases of pulmonary endarteritis secondary to chest radiotherapy published in medical literature. **Purpose:** To report a case of an adult patient with severe pulmonary hypertension that has been submitted during childhood to thoracic radiotherapy to treat lung metastasis of Wilms tumor. **Case Report:** Patient is a twenty-nine years-old male with Wilms tumor at the age of one, submitted to surgery and abdominal radiotherapy. Four years later, thoracic radiotherapy was done to treat pulmonary metastasis. A complaint of exertional dyspnea was noticed about 7 years ago. At that time, pulmonary hypertension was diagnosed by transthoracic echocardiogram and patient was put on diltiazem with symptomatic control. Patient was admitted at the hospital with functional class III and signs of right cardiac failure. Further complementary evaluation with chest high resolution computed tomography and pulmonary function test were compatible with interstitial lung disease. Haemodynamic measures confirmed severe pulmonary hypertension with a high transpulmonary gradient pressure, systolic pulmonary arterial pressure 85 mmHg, medium pulmonary arterial pressure 53 mmHg, pulmonary arterial wedge pressure 12 mmHg and pulmonary vascular resistance 9,56 WU. Vasoreactivity test with adenosine was negative. Pulmonary arteriography detected diffuse flow amputation of peripheral pulmonary arteries without thrombus. An extended workout excluded other causes of pulmonary hypertension. Oral anticoagulant, diuretic and specific pulmonary vasodilator drugs were recommended. The patient improved the functional class and remains stable. **Discussion:** Pulmonary tissue is very sensible to radiation. Lung irradiation could inhibit vascular and alveolar proliferation impairing lung growing. Pulmonary hypertension has been described in patients with lung fibrosis preceding pneumonitis (Abratt P et al, Clin Chest Med 2004; 25:167-77). The actinic endarteritis has also been related to pulmonary hypertension after radiotherapy (Butler P et al, BMJ 1981; 283; 1365). To establish the diagnosis, lung biopsy is required, however is a high risk procedure in severe pulmonary hypertension. In this case, due to the relatively non-severe lung damage in comparison to the severity of the pulmonary hypertension, actinic endarteritis needs to be considered. **Conclusion:** Actinic pulmonary endarteritis is a possible cause of pulmonary hypertension in patients submitted to thoracic radiotherapy in past.

PO388 COMPARISON BETWEEN TRANSTHORACIC DOPPLER ECHOCARDIOGRAPHY AND RIGHT HEART CATHETERIZATION FOR PULMONARY HYPERTENSION EVALUATION

MARCELO BASSO GAZZANA; ANGELA BEATRIZ JOHN; DANIEL LUNARDI SPADER; DIEGO BONIATTI RIGOTTI; SIMONE CHAVES FAGONDES; MARCO WUGMANN WAINSTEIN; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PULMONARY HYPERTENSION; CARDIAC CATHETERIZATION; ECHOCARDIOGRAPHY

Background: Transthoracic Doppler echocardiography(D-echo) is a screening test for pulmonary hypertension(PH) and has a good accuracy in this setting. However, this is an operator-depending method having as a drawback potential disagreement with the right heart catheterization(RHC) findings. **Purpose:** To compare D-echo and RHC data in a group of patients with a clinical suspicion of PH. **Methods:** In a retrospective fashion, we evaluated all patients that underwent to transthoracic D-echo and RHC to investigate PH from Jan 2005 to Dec 2007. PH was diagnosed by RHC if mean pulmonary arterial pressure(mPAP) was more than 25 mm Hg. To calculate accuracy of D-echo, we use tricuspid regurgitation velocity(TRV) > 2,8 m/s to define PH case. Statistical analysius was done with Student T test, Fisher exact test, qui-square, Pearson correlation test, Spearmann correlation test. Level of significance was 5% (bilateral). **Results:** Eighty one patients were included, 45 women (55.5%), mean age of 51.3 years(SD±15.9 years). Main etiologies of PH were thromboembolic disease(22.2%) and lung disease(14.8%). Pulmonary hypertension prevalence in this group was 76.5%. No major complications were reported in RHC. There was a moderate correlation between mPAP and TRV(r=0.69,p<0.01), however a poor correlation between RV diameter and mPAP(r=0.28,p=0.013). Doppler echocardiography sensitivity, specificity, positive and negative predictive values were, respectively, 84.1%, 50.0%, 85.5% and 47.4%. All false-negative D-echo were mild PH cases by RHC(range mPAP 26 to 38 mm Hg). **Conclusions:** Right heart catheterization is a major step during the diagnostic process of patients with PH previously evaluated with transthoracic Doppler echocardiography. Further, RHC avoids many incorrect diagnosis of PH, and describes the hemodynamic profile and severity of PH.

PO389 PREVALENCE OF PULMONARY CIRCULATION ABNORMALITIES IN LIVER TRANSPLANTATION CANDIDATES

MARCELO BASSO GAZZANA; SABRINA BOLLMANN GARCIA; ANGELA BEATRIZ JOHN; DIEGO BONIATTI RIGOTTI; DANIEL LUNARDI SPADER; SIMONE CHAVES FAGONDES; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LIVER TRANSPLANTATION; PULMONARY HYPERTENSION; HEPATOPULMONARY SYNDROME

Background: The early identification of abnormalities in the pulmonary circulation is essential in patients with end-stage liver disease. The most important findings in this setting are the hepatopulmonary syndrome (HPS) and the portopulmonary hypertension (PPH). **Purpose:** To determine the prevalence of HPS and PPH in hepatic transplantation candidates. **Methods:** In a retrospective fashion, we evaluated all patients with advanced liver disease (liver transplantation candidates) that have been evaluated at the pulmonary circulation outpatient clinic, from Jan 2005 to Dec 2007. We used European Respiratory Society diagnostic criteria to HPS and PPH (Eur Resp J 2004; 24:861). Statistical analysis was done with Fisher exact test, Student T test, qui-square test. Level of significance was 5% (bilateral). **Results:** A total of 140 cirrhotic patients were included in our study; 88 males (62.9%), mean age of 54.8 years (SD + 11.5). Doppler echocardiography detected intrapulmonary shunt in 104 patients (75.7%), nonetheless, hepatopulmonary syndrome was diagnosed in only 47 patients (33.6%). There was no association between HPS and Child-Pug score, etiology of cirrhosis and any other clinical-demographic variable. Seven patients (5%) had signs of pulmonary hypertension on Doppler echocardiography. Right heart catheterization was performed in 10 patients, with the following findings: 1 pt had PPH; 3 pts had high flow circulatory status, and 6 patients had no PPH. Then, prevalence of PPH in this study was 0.7%. **Conclusions:** Hepatopulmonary syndrome is a common pulmonary circulation abnormality present in liver transplant candidates. Pulmonary hypertension is an uncommon condition, and hyperdynamic circulatory state is a more frequent hemodynamic pattern than portopulmonary hypertension.

PO390 EMPIEMA PLEURAL E ABSCESSO HEPÁTICO NÃO TRAUMÁTICOS CONCOMITANTES

MARCELO CUNHA FATURETO; RICARDO PASTORE; SIMONE REGES PERALES; KAROLINA HONORATO COSTA; ISABELA DESTRO NOMELINI
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EMPIEMA PLEURAL; ABSCESSO HEPÀTICO; INFECÇÃO TRANSDIAFRAGMÀTICA

Introdução: Uma coleção de pus no fígado, levando à destruição do estroma e do parênquima, pode advir de infecções bacterianas (principalmente), amebianas ou fúngicas. A maioria dos abscessos hepáticos bacterianos (AH) é polimicrobiana e secundária a infecções bacterianas de origem abdominal. Os sintomas clássicos são: febre alta, dor abdominal subcostal, sudorese noturna, anorexia, e perda de peso. O Empiema pleural (EP) é uma coleção de pus na cavidade pleural, resultante, geralmente, de contaminação bacteriana em pneumonias; mas também, raramente, pode ser originada de uma infecção infradiafragmática por continuidade. **Objetivo:** Relatar rara concomitância de abscesso hepático e empiema pleural. **Método:** Revisão de prontuário médico. **Resultados:** E.H.C., 42 anos, admitido noutro serviço, apresentava tosse e febre não tratadas há 30 dias, grau leve de desnutrição, murmúrio vesicular abolido em 1/3 inferior, estertoração em 1/3 médio direito e fígado doloroso à palpação profunda. Uma radiografia foi sugestiva de grande derrame pleural D. A toracocentese mostrou pus espesso (EP). Uma drenagem torácica fechada foi realizada com melhora clínica, mas sem melhora radiológica significativa. A tomografia (TC) torácica indicou um processo pneumônico e EP multiseptado direitos, e com AH volumoso em lobo direito, assim o paciente foi transferido ao nosso serviço. Apresentava anemia marcada e perda ponderal de cerca de 10kg, referia dor torácica e dispnéia a médios esforços. Uma ultrassonografia abdominal (US), marcou-se local de punção para a lesão hepática (AH). Esta era anecóica, heterogênea, com material espesso no interior e paredes irregulares; com 9,0x8,3x9,2cm, volume de 362ml em lobo hepático direito. O paciente foi submetido à descorticação pulmonar e drenagem de AH, transdiafragmático. Foram deixados 2 drenos torácicos e 1 hepático (Foley) saindo pelo flanco direito para irrigação e drenagem continua. A cultura e a pesquisa de parasitas da secreção hepática foram negativas. Na secreção torácica foi isolada E. coli, e havia pleurite crônica produtiva ao histopatológico. O pós-operatório foi normal e os exames de imagem mostraram reexpansão pulmonar e redução do volume da cavidade hepática. O dreno desta foi retirado no 24º PO. O paciente teve alta, sem queixas de dor, orientado, eupneico e deambulando. **Conclusão:** A associação de AH e EP é rara, sendo desconhecida sua real prevalência. O diagnóstico do EP não é difícil, pois os sintomas são muito conhecidos, tais como: febre, dispnéia, tosse produtiva, adinamia, etc. A radiografia é de fácil interpretação – derrame pleural, seguida da toracocentese que confirma presença de pus. O AH bacteriano tem sinais e sintomas menos diretos, a dor abdominal, febre, perda ponderal levam a varias possibilidades. A US abdominal geral ou a TC podem mostrar as lesões clássicas. O tratamento envolve medidas clínicas e algum tipo de operação. O prognóstico é variável, e é melhor em pacientes não-imunodebilitados.

PO391 MASSA MEDIASTINAL AGRESSIVA: LINFOMA? TUMOR GERMINATIVO!

MARCELO CUNHA FATURETO; MARCELO GARCIA TAVARES; GIOVANA PENA SILVA; DANILO AMARO FERRAZ; FABRÍCIO SILVA SIMÕES; JOÃO CARLOS SALDANHA; MAURO HENRIQUE LIMA FERRÃO; FERNANDO MACHADO MESQUITA
UFTM - UBERABA - MG, UBERABA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINO; TUMOR GERMINATIVO; NEOPLASIAS

Introdução: Os tumores de células germinativas do mediastino (TCG) são transformações malignas, pouco comuns, de elementos germinativos sem evidência de foco gonadal primário, e que podem corresponder de 10 a 20% das neoplasias mediastinais (NM). Cerca de 95% destes tumores, localiza-se no mediastino anterior. São classificados em teratomatosos e não-teratomatosos, que subdividem-se em seminomatosos e não-seminomatosos. Este subgrupo corresponde de 1 a 3,5% das NM e de 1 a 2% de todos os TCG em homens. O tumor de saco vitelino ("Yolk Sac Tumor") acomete, sobretudo, homens jovens (15 a 35 anos) é altamente maligno e invasivo. Os sintomas mais comuns são: dispnéia, dor torácica, tosse, febre, perda de peso, Sd da veia cava superior, fraqueza ou cansaço. O Rx de tórax mostra alargamento mediastinal. A TC com contraste endovenoso é o exame padrão-ouro e a RNM pouco acrescenta à TC. Os marcadores tumorais - β-HCG e AFP, são indispensáveis tanto o diagnóstico quanto no seguimento terapêutico. A elevação isolada deste último é altamente sugestiva de TCG não-seminomatoso. A QT costuma ser indicada e complementada, em alguns casos, com RT e ressecção cirúrgica. No entanto, o prognóstico é pobre com sobrevida de 5 anos em até 40% dos casos. **Objetivo:** Relatar um caso de massa mediastinal volumosa, em adulto jovem, cujo diagnóstico definitivo necessitou de biópsia cirúrgica aberta. **Metodologia:** Estudo descritivo do caso clínico baseando-se nos dados levantados do prontuário da paciente. **Relato do Caso:** AJMJ, 20 anos, branco, padeiro, previamente hígido, havia um mês e meio com tosse seca, dispnéia, dor pleurítica, hiporexia, astenia, prostação e febre diária vespertina não aferida. Há 4 dias da internação, a astenia tornou-se insuportável, a tosse passou a ser produtiva mas sem hemoptóicos. Negava prurido concomitante. Perdeu 8 Kg desde o início dos sintomas. Negava patologias de base e referia cirurgias pregressas para hidrocele e postectomia. Negava tabagismo, etilismo e drogadicção. Apresentava diminuição do murmúrio vesicular e do frêmito tóraco-vocal, estertoração creptante em base e macicez nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo; sem visceromegalias, cadeias ganglionares sem alterações significativas e sem sinais flogísticos. O Rx mostrou um alargamento mediastinal acentuado com massa volumosa e moderado derrame pleural esquerdos. A CT de tórax evidenciou lesão volumosa, com focos de necrose (650 mm^3) localizada do estreito torácico superior até a base cardíaca à esquerda, com envolvimento dos vasos da base e captação heterogênea de contraste e pequeno derrame pleural á esquerda. A dosagem de alfa-fetoproteína estava cerca de 6 vezes além dos níveis basais e a de β-HCG era normal. Ao US de abdome havia leve hepatomegalia. A biópsia da massa mediastinal anterior (Chamberlain) mostrou neoplasia embrionária do saco vitelino "Yolk Sac Tumor", não necessitando de imunohistoquímica para maior elucidação diagnóstica. O pós-operatório foi normal. O paciente foi encaminhado para quimioterapia. **Conclusão:** Os TCG são neoplasias raras, mais prevalentes em homens na segunda década, são volumosos, necessitam de biópsia cirúrgica confirmatória, têm como principal diagnóstico diferencial os linfomas. O prognóstico é reservado. Ressecções são indicadas na persistência da massa após QT. A RXTP está indicada em ressecções incompletas ou na recidiva tumoral.

PO392 DOENÇA PULMONAR GRANULOMATOSA? METÁSTASES PULMONARES? HISTIOCITOSE X

MARCELO CUNHA FATURETO; MARCELO GARCIA TAVARES; DARLLON MARQUES GOMIDES RAMOS; JANAÍNA ALMEIDA FRANCO; FABRÍCIO SILVA SIMÕES; MAURO HENRIQUE LIMA FERRÃO; FERNANDO MACHADO MESQUITA
UFTM - UBERABA - MG, UBERABA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOPATIA INTERSTICIAL; HISTIOCITOSE X; BIÓPSIA PULMONAR

Introdução: Objetivo: Relatar um caso de uma pneumopatia intersticial rara que mimetizava, sobretudo, doença granulomatosa, mas que necessitou de biópsia cirúrgica aberta para esclarecimento diagnóstico. **Metodologia:** Estudo descritivo do caso clínico baseando-se nos dados levantados do prontuário da paciente. **Relato do Caso:** MAS, 50 anos, branca, do lar, natural e procedente de MG. A paciente era previamente hígida, referia dor torácica ventilatório-dependente bilateral havia 4 meses associada a dispnéia leve, porém gradativa aos esforços. Havia 6 dias com tosse seca que evoluira com secreção clara. Negava hemoptóicos, sibilância e febre concomitantes, no entanto, relatava astenia e emagrecimento em torno de 12Kg desde o início do quadro. Havia redução de murmúrio vesicular globalmente. Relatava malária e gastrite tratada clinicamente. Negava alergias e etilismo. Referia carga tabágica de 15 maços-ano, mas com redução do fumo havia 3 meses. Dizia ter morado em carvoaria por 2 anos há cerca de 30 anos. Os exames laboratoriais foram normais. A imagenologia mostrou consolidação parenquimatosa e imagens esboçando nódulos nos lobos superiores de ambos os pulmões ao Rx tórax; e à TC de tórax notou-se velamento retículo-nodular pelos pulmões, com algumas imagens hipodensas arredondadas sugerindo nódulos com cavitação central ou cistos. A espirometria mostrou distúrbio ventilatório obstrutivo leve, com resposta significativa ao broncodilatador. Indicou-se biópsia cirúrgica pulmonar esquerda em lobo superior. O pós-operatório foi normal e a paciente foi encaminhada pra acompanhamento ambulatorial. A cultura foi negativa pra fungos e BAAR. O diagnóstico do anatomopatológico foi sugestivo de Histiocitose de células de Langerhans (Histiocitose X), sendo confirmado pelo estudo imunohistoquímico.

PO393 ESPESSAMENTO PLEURAL TUMORAL DOLOROSO PÓS-PLEURODESE COM TALCO. TALCOMA

MARCELO CUNHA FATURETO; MAURO HENRIQUE LIMA FERRÃO; FERNANDO MACHADO MESQUITA; MARCELO GARCIA TAVARES
UFTM - UBERABA - MG, UBERABA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TALCO; ENCARCERAMENTO PULMONAR; PLEURITE CRÔNICA

Objetivos: Relatar um caso de "Talcoma" que mimetizava tumor paravertebral à direita. **Métodos:** Estudo descritivo do caso clínico baseando-se nos dados levantados do prontuário da paciente. **Introdução:** Chamamos de "talcoma" espessamentos pleurais de moderado volume com matriz secundária à pleurodese por talco. Usualmente ocorre com a aplicação de grande volume deste agente esclerosante, ou por resposta inflamatória exacerbada pelo paciente. A pleurodese com talco é um procedimento muito utilizado para controle de derrames neoplásicos recidivantes. É um método simples, de baixo custo, efetivo, porém não isento efeitos colaterais. Destes os mais encontrados são a hipertermia e a dor pós-operatória nos primeiros dias. Raramente encontramos volumosos espessamentos pela pleurodese com talco. **Resultado:** EMC, 64 anos, branca, viúva, funcionária pública aposentada, havia sido submetida à pleurodese direita com talco por exsudato pleural repetitivo direito indeterminado às biópsias, havia 5 anos. Apresentava dor torácica direita severa e dispnéia a maiores esforços. Negava disfagia ou adenopatias. Negava perda ponderal. Tinha hipertensão arterial grave, situs inversus e cisto renal. Os exames para tireóide eram normais Já fora submetida à colecistectomia, histerectomia, e drenagem torácica direita com pleurodese com talco noutro serviço. Sedentária, negava tabagismo, etilismo e drogas ilícitas. Pai e mãe foram cardiopatas com história de AVE. Apresentava aumento difuso da tireóide ao exame físico, e as fossas supra-claviculares estavam livres. O Rx torácico mostrou espessamento tumoral no ápice, justamediastinal e lateralmente; cardiomegalia grau II e dextrocardia. A ultrassonografia da tireóide evidenciou 4 nódulos pequenos. A Tomografia Computadorizada do tórax mostrou massa paravertebral direita. A ressonância magnética destacou a massa paravertebral à direita. Foi sugerido diagnóstico de Tu neurogênico ou, mesotelioma. Foi realizada uma descorticação pulmonar muito difícil deixando o parênquima sem pleura visceral com muitos vazamentos de ar. A pleura espessada evidenciou inflamação crônica por talcose pós-pleurodese. O pós-operatório foi normal, a perda aérea cessou em uma semana e a paciente recebeu alta hospitalar em bom estado. Em controles tardios a radiografia mostrava leve espessamento em base e cúpula diafragmática direita pouco elevada. Permanecia com dispnéia a médios esforços, hipertensão arterial ainda descontrolada, e pulmões limpos. Tinha distúrbio restritivo severo à espirometria sem respota ao broncodilatador. A TC de controle após 5 anos não mostrava mais espessamentos grosseiros. **Conclusão:** O "Talcoma" deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de massa mediastinal em pacientes com passado de pleurodese com talco.

PO394 SEMINOMA MEDIASTINAL PRIMÁRIO

MARCELO CUNHA FATURETO; MAURO HENRIQUE LIMA FERRÃO; FERNANDO MACHADO MESQUITA; MARCELO GARCIA TAVARES
UFTM - UBERABA - MG, UBERABA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINO; TUMOR GERMINATIVO; SEMINOMA

Introdução: Os seminomas primários do mediastino são tumores raros que são morfologicamente semelhantes aos testiculares, mas parecem ter um comportamento biológico diferente. Seminomas clássicos representam mais de 90% dos casos e seu pico de ocorrência é em torno dos 41 anos de idade. A história natural do seminoma mediastinal é o crescimento assintomático até o estágio tardio, quando está volumoso causando sintomas: tosse, rouquidão, dispnéia, dor torácica e síndrome da veia cava superior. A precisão diagnóstica do seminoma mediastinal é crucial através de biópsia percutânea ou cirúrgica. O principal diagnóstico diferencial foi com linfoma mediastinal, pois os marcadores para tumores não-seminomatosos eram negativos. Os seminomas mediastinais têm resposta favorável à quimioterapia. A radioterapia e/ou a exérese estão indicados quando permanece lesão residual significativa. **Objetivos:** Relatar um caso de Seminoma Mediastinal Primário – um achado incidental em paciente com provável trombembolismo pulmonar após fratura de tornozelo. **Métodos:** Estudo descritivo do caso clínico baseando-se nos dados levantados do prontuário da paciente. **Material:** LTF, 45 anos, branco, técnico em enfermagem, referia escarros sanguíneos havia 3 dias. Teve queda de moto com fratura fechada de tornozelo. Foi submetido à redução e imobilização gessada da perna esquerda. Uma semana após passou a referir dor em panturrilha esquerda e escarros sanguíneos. Pensou- se em trombose venosa e embolia pulmonar. Recebeu heparinização de imediato. Uma radiografia do tórax foi normal. Uma TC com técnica para TEP não evidenciou sinais de TEP porém mostrou linfonodomegalias retroesternais. Foi mantida anticoagulação sistêmica por 90 dias. Não teve mais hemoptoicos. Novo TC de tórax evidenciou aumento das lesões. Foi encaminhado para avaliação diagnóstica. O exame físico era normal. Há vários anos teve lesão testicular e uma biopsia mostrou inflamação crônica inespecífica. Uma US testicular foi normal. A dosagem de alfafetoproteína e beta-HCG foi normal. Uma mediastinotomia esquerda foi realizada sem intercorrências. O exame anatomopatológico mostrou SEMINOMA PURO – estádio III-A. A imunohistoquimica confirmou tal diagnóstico. O paciente foi encaminhado à quimioterapia. Houve resposta completa e está sob vigilância oncológica. **Conclusão:** Os seminomas mediastinais são neoplasias germinativas raras, de crescimento silencioso, usualmente descobertas ao acaso ou quando causam sintomas. São necessárias biópsias confirmando o diagnóstico.

PO395 FEOCROMOCITOMA DE SUPRA-RENAL? SCHWANNOMA MEDIASTINAL JUSTADIAFRAGMÁTICO!

MARCELO CUNHA FATURETO; KARINA ALVARENGA RIBEIRO; BEATRIZ HALLAL JORGE; LUZIA BEATRIZ ZAGO; MARCELO GARCIA TAVARES; SHEILA JORGE ADAD; JULIANA MOTA PEREIRA
UFTM - UBERABA - MG, UBERABA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FEOCROMOCITOMA; NEURILEMOMA; NEOPLASIAS MEDIASTINAIS

Objetivo: Relatar um caso de Schwannoma torácico justadiafragmático que simulava Feocromocitoma de supra-renal direita. **Material e Metodo:** revisão de prontuário médico. **Resultados:** Mulher de 25 anos, negra, referia colica de forte intensidade em flanco direito havia seis meses, com períodos de remissão, Negava perda ponderal, febre, e dispepsia. Apresentava cansaço a maiores esforços. Negava hipertensão arterial ou qualquer patologia prévia. Foi encaminhada ao Urologista para avaliaçao de dor de origem renal. Negava etilismo, era tabagista pesada. A mãe faleceu de neoplasia, e o pai era chagásico. O exame físico sugeria massa em hipocondrio direito dolorosa e endurecida, e fixa. A ultrassonografia abdominal mostrou massa em topografia renal direita. A ressonância magnética evidenciou massa sólido-cística em topografia de supra-renal direita sugestiva de feocromocitoma. Os exames laboratoriais mostraram elevaçao de metanefrinas urinárias. Durante a internação não foi detectado nenhum pico de hipertensão arterial. Foi programada a operação com preparo pre-operatório necessário para feocromocitoma. A laparotomia não evidendiou massa em supra-renal e sim tumor retrodiafragmático. Foi possível a exérese deste por frenotomia. A massa sugeria tumor neurogênico. O anatomopatológico confirmou Schwannoma Ancião Benigno! O pós-operatório foi normal. **Conclusão:** Apresentamos um caso de neoplasia mediastinal justadiafragmática direita que simulava Feocromocitoma sem sintomas vasomotores.

PO396 CASUÍSTICA DO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS INTERSTICIAIS DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HUWC-UFC

MARCELO JORGE JACÓ ROCHA; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA; ANTONIO MAURO BARROS ALMEIDA JR; ELAINE FERNANDES ANDRADE; NAYANA HOLANDA DE OLIVEIRA; TALITA MACIEL BEZERRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA INTERSTICIAL; FIBROSE PULMONAR; BIÓPSIA PULMONAR

Introdução: As pneumonias intersticiais são um grupo heteogêneo de doenças que acometem o interstício pulmonar de forma variável, sendo conhecidas mais de 150 etiologias. **Objetivo:** Descrever a casuística do ambulatório de doenças intersticiais do Hospital Universitario Walter Cantídeo-UFC. **Resultados:** A casuística foi composta por 68 pacientes (57% femininos), com idade media de 55 anos. O sintoma mais frequente foi dispnéia (83%), seguido de tosse (55%), artralgia (25%) e queimação retroesternal (18%). Exposição ao mofo, pássaros e/ou grãos foi um achado frequente, encontrado em metade dos casos. Confirmação histológica por biópsia pulmonar a céu aberto foi obtida em apenas 20% dos casos, enquanto, no restante, o diagnóstico baseou-se nos aspectos clínicos, laboratoriais e radiológicos.Os diagnósticos mais frequentes foram acometimento pulmonar secundário a colagenoses (20%), FPI (18%) e fibrose secundária à pneumonia de hipersensibilidade (18%) foram.A

maioria dos pacientes foi tratado com corticóide sistêmico associado ou não a imunosupressores. **Conclusão:** Exposição ambiental foi um achado frequente na nossa casuística, confirmando a importância da realização de uma boa história ocupacional nessa população.

PO397 TRATAMENTO DA LINFANGIOLEIOMIOMATOSE (LAM) COM SIROLIMUS: RELATO DE CASO

MARCELO JORGE JACÓ ROCHA; LUCYARA GOMES CATUNDA; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; SIROLIMUS; GOSERELINA

Apresentaremos o caso de uma paciente do sexo feminino, 34 anos, com diagnóstico de LAM com acometimento pulmonar, pleural e abdominal. Como o tratamento com análogo do GnRh (goserelina) não obteve resposta satisfatória, foi iniciado sirolimus, com boa resposta clínica e laboratorial. Apresentaremos os dados clínicos, radiológicos e funcionais antes e após o tratamento com a droga.

PO398 IMPORTÂNCIA DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX NO DIAGNÓSTICO DE OSTEOPETROSE

CÁSSIO DA CUNHA IBIAPINA; CLAUDIA RIBEIRO DE ANDRADE; FLAVIA FAJARDO LINHARES; MARCIO SHIMOYA BELEM; KARINA CAMARGOS MARTINS
UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: OSTEOPETROSE; DIAGNÓSTICO; RADIOGRAFIA

A osteopetrose autossômica recessiva "maligna" é uma doença congênita rara na reabsorção óssea. Causada pela incapacidade dos osteoclastos em reabsorverem o osso imaturo. A fisiopatologia inclui a persistência da espongiosa primária caracterizada por focos de cartilagem calcificada dentro do osso. Remodelamento anormal do osso primário para um osso lamelar resulta em fragilidade óssea com propensão à fraturas. Trata-se de criança de 3 anos admitida em 10/07/2007 com história de prostração e perda da acuidade visual com evolução de 3 semanas. Observada na avaliação oftalmológica neurite óptica anterior bilateral e déficit visual. Realizada TC após a internação devido a papiledema ao exame neurológico e evolução do quadro. TC então não revelou massas ou outras alterações sugestivas de hipertensão intra-craniana. Levantada hipótese de pseudotumor cerebral (apesar de não haver relato de uso de medicamentos) e iniciada pulsoterapia com metilprednisolona no dia 11/07 (uso por 5 dias) e Acetazolamida 25 mg/kg dividido em três tomadas até retirada em 04/08. Em 12/07/07 após análise da radiografia de tórax do paciente suspeitou-se pelo padrão radiológico (aumento da densidade óssea com perda de limite córtico medular) do diagnóstico de osteopetrose. **Conclusões:** O padrão radiológico característico da osteopetrose é de um aumento da densidade óssea ("osso dentro do osso") apresentando-se como um esqueleto esclerótico com estriações verticais na junção diáfise-metafisária e metáfises alargadas constituindo elemento fundamental na suspeita diagnóstica devendo esse padrão ser conhecido por toda comunidade médica.

PO399 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR? PNEUMONIA REDONDA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE? CRIPTOCOCOSE PULMONAR EM PACIENTE COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

CÁSSIO DA CUNHA IBIAPINA; CLAUDIA RIBEIRO DE ANDRADE; FLAVIA FAJARDO LINHARES; MARCIO SHIMOYA BELEM; JUCIELLE MARCELINA DA SILVA SARAIVA; MARLINSON BORGES ROSARIO; LUCIANO JUNQUEIRA GUIMARTARES; FLAVIA ALVES CAMPOS
UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CRIPTOCOCOSE; DIAGNÓSTICO; LUPUS

A criptococose é uma doença fúngica, invasiva, causada pelo Criptococcus neoformans, um fungo monomórfico que possui distribuição mundial. A doença possui apresentações clínica e patológica variáveis, sendo incomum em pessoas imunocompetentes e rara em crianças. **Síntese dos dados:** Trata-se de B.B.F, 16 anos, paciente com diagnóstico de Lupus eritematoso sistêmico com diagnóstico em Agosto de 2007 apresentando-se com nefrite lúpica grave. Fazia uso de Prenisona 40 mg/dia, e recebeu pulsoterapia mensal, inicialmente com Metilprednisolona, sendo a última com ciclofosfamida. Iniciou quadro de dor ventilatório dependente à direita, em março de 2008, acompanhada de 1 pico febril, tosse seca e 3 episódios de epistaxe. Relato de sintomas gripais leves na semana anterior. Radiografia de tórax realizada evidenciou imagem de opacidade arredondada em 2/3 do Hemitórax direito, homogênea envolvendo a pleura. Internada para investigação diagnóstica, evoluiu eupnéica, sem esforço e com sons respiratórios normais. Não apresentou tosse ou epistaxe durante a internação. Nos exames à admissão apresentava: D-dímero: 1.298,83 Gasometria arterial: pH 7,428 PCO2 37,9 Po2 67,9 Sat O2 93,8% Hco3 25,3 BE 0,7 HMG: Hb 9,7 Ht 32,4 plaq 385.000 Leuc 13.350 (B4 Seg67 L19 M8) PCR: 38 Recebeu antibioticoterapia por 7 dias. Apresentou febre somente nos 3 primeiros dias de internação, um pico diário. A imagem radiológica permaneceu em radiografia subseqüentes, inclusive na realizada após os 14 dias de antibioticoterapia. Seguido propedêutica com a realização de TC de tórax, com achado isolado de massa pulmonar. Realizado 2 lavados gástricos com pesquisa para BK negativa. Realizado cintilografia pulmonar com laudo incongruente para alta probabilidade de TEP. Realizado biópsia por agulha fina guiada por TC com resultado do anátomo patológico: Criptococcus. Realizado pesquisa de antígeno criptocócico em LCR, com resultado negativo. A paciente recebeu formulações de complexo lipídico de anfotericina B, seguido de Fluconazol oral, em uso, por período de 3 a 6 meses. **Conclusões:** O diagnóstico definitivo requer a identificação do fungo histologicamente em amostras de tecido ou o isolamento do agente no local da infecção através de cultura. Apesar da Criptococose ser uma infecção fúngica predominante entre indivíduos infectados pelo HIV, deve fazer parte da investigação em indivíduos com outras causas de imunodeficiência.

PO400 HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS

CÁSSIO DA CUNHA IBIAPINA; CLAUDIA RIBEIRO DE ANDRADE; JOSE AUGUSTO RUBIM; ISABELA FURTADO DE MENDONÇA; MARCIO SHIMOYA BELEM; FLAVIA ALVES CAMPOS; FLAVIA FAJARDO LINHARES
UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HISTIOCITOSE; DIAGÓSTICO; PULMÃO

A Histiciocitose das células de Langerhans é uma doença rara e pouco conhecida, descrita pela primeira vez há cerca de 150 anos. Trata-se de uma proliferação clonal das células de Langerhans cuja etiopatogenia é desconhecida. Historicamente diferentes nomenclaturas eram utilizadas: Histiciocitose X, Granuloma eosinofílico, síndrome de Hand-Schuller-Christian, doença de Letterer-Siwe, síndrome de Hashimoto-Pritzker, granulomatose de células de Langerhans, Histiocitose cutânea pura, Histiocitose tipo II, e Reticuloendoteliose não-lipídica - e que expressavam a variedade de manifestações clínicas que caracterizavam a doença, epônimos ou desconhecimento de sua etiopatogenia. Trata-se de paciente de 4 anos admitida em 26/06/07 com quadro de insuficiência respiratória (dispnéia e cianose), associado a pneumotórax hipertensivo bilateral. TC de tórax com múltiplas lesões císticas de variados tamanhos, difusas acometendo pulmões bilateralmente. Biópsia pulmonar com achados sugestivos de Histiocitose pulmonar. Iniciado tratamento com Viblastina e Prednisona. Evoluiu com seqüela neurológica secundária a parada cardio respiratória após pneumotórax hipertensivo. Evoluindo com melhora clínica do quadro pulmonar com o tratamento quimioterápico. **Conclusões**: a despeito de sua raridade o diagnóstico de Histiocitose de células de Langerhans deve ser aventado em pacientes com história clínica de pneumotórax espontâneo ou doença multicística pulmonar.

PO401 DISCORDÂNCIA ENTRES OS ACHADOS DE RADIOGRAFIA DO TÓRAX E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NA INFECÇÃO INVAVISA POR ASPERGILLUS

CÁSSIO DA CUNHA IBIAPINA; FERNANDA GONTIJO MINAFRA; PATRICIA MAGALHAES LOUZADA CINDRA; MARIANA SABINO SOARES; CLAUDIA RIBEIRO DE ANDRADE; JOSE AUGUSTO RUBIM; MARCIO SHIMOYA BELEM; FLAVIA FAJARDO LINHARES
UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGILOSE; RADIOGRAFIA; TOMOGRAFIA

A Aspergilose trata-se de uma série de doenças causadas pelo fungo do gênero Aspergillus. Seus esporos são encontrados em solo, plantas em decomposição e em locais de construção, sendo que esse último local, geralmente, causa surtos da doença invasiva em crianças imunocomprometidas. A sinusopatia, a doença pulmonar e a doença cutânea são as infecções mais comuns em crianças. Trata-se de criança de 2 anos e 9 meses com diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) CALLA+ em fevereiro de 2008. No final do mesmo mês iniciou com febre, feito Raio X para pesquisa de foco pulmonar que apresentava campos pleuro-pulmonares limpos. E apresentou equimose em pálpebra D de rápida evolução. À TC foi observada celulite pré-septal e

sinusopatia bilateral em seios etmoidais e maxilares, iniciado Voriconazol em 07/03/08, realizado debridamento dos seios da face, apresentando muito tecido necrótico e enviado material para cultura. TC de Tórax (14/03/08): Infiltrado difuso e nódulos, também sugerindo infecção fúngica. Após a cirurgia, apresentou um ponto necrótico medialmente ao olho D que progrediu rapidamente. Em 19/03/08, foi submetida a novo debridamento pela Otorrino e Plástica Ocular, sendo necessária a excenteração de órbita D devido a acometimento ocular pela infecção. Houve crescimento de Aspergillus sp em uma das culturas Realizada nova TC em 11/04, mostrando área sugestiva de necrose entre os seios maxilares. Foi submetida a novo debridamento no dia seguinte, sendo necessário retirada de mais tecido necrótico, inclusive em septo nasal. A TC mostrava também melhora das imagens pulmonares. A infecção por Aspergillus deve sempre ser pensada em crianças imunocomprometidas. A dissociação entre os achados do Raio X e da tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciam a importância da realização da TC nesses pacientes.

PO402 TUMOR TORÁCICO? HEMATOMA SECUNDÁRIO A CATÉTER DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE

CÁSSIO DA CUNHA IBIAPINA; VERONICA COURI; MARIANA CERQUEIRA; CLARICE SOMERLATTE TOMICH; CLAUDIA RIBEIRO DE ANDRADE; MARCIO SHIMOYA BELEM; MARCOS CARVALHO DE VASCONCELOS; JOSE AUGUSTO RUBIM

UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR; CATETER; HEMODIÀLISE

O cateter de duplo lúmen é frequentemente utilizado em acesso central para realização de hemodiálise, enquanto a fístula arterio-venosa ainda não apresenta perfeitas condições de uso. Trata-se de paciente E.A.B., 13 anos, internada na enfermaria pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG, no período de 17/05/08 a 19/06/08. Paciente apresenta IRC de etiologia não definida, ainda em propedêutica. Foi admitida no dia 17, com quadro agudo de mal-estar e vômitos freqüentes. Os exames demonstravam aumento importante de escórias renais, com uréia de 275 e creatinina de 18,9. Foi indicada hemodiálise de urgência e, para isso, puncionado acesso central em subclávia direita, com inserção do cateter duplo lúmen. O exame físico realizado no momento da internação, demonstrou, entre outros achados, sopro sistólico grau II/VI. Foi solicitada, então, avaliação da Cardiologia. Esta última pediu uma radiografia de tórax como parte da investigação do sopro. A radiografia evidenciou área de opacidade arredondada no mediastino superior. Foi, então, aventada possibilidade de massa mediastinal (tumor?). Tomografia computadorizada demonstrou que a imagem era uma formação mediastinal paratraqueal direita sugestiva de hematoma. Não houve repercussões importantes e vem havendo reabsorção do processo.

PO403 TRATAMENTO ATÍPICO DE LESÃO TRAQUEAL GRAVE EM IDOSA, PÓS INTUBAÇÃO ORO-TRAQUEAL TRAUMÁTICA – RELATO DE CASO

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO[1]; EDUARDO HARUO SAITO[2]; RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES[3]; MÁXIMO DIAS JÚNIOR[4]

1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO/HOSPITAL EVANGÉLICO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,4.HUPE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: STENT ; LESÃO TRAQUEAL; AUTO-EXPANSÍVEL

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente idosa de 77 anos, com grave lesão traqueal pós intubação traumática, tratada de forma conservadora com Stent Traqueal auto-expansível, recoberto, da marca Ultraflex® (liga de nitinol recoberto com silicone). E.P.F., 77 anos, feminino, portadora de asma , HAS e D. de Parkinson. Bastante ativa, totalmente lúcida, exercia suas atividades diárias normalmente. Foi submetida a promonto-fixação de reto para correção de prolapso retal, na qual houve lesão da a. sacral média, tendo a paciente desenvolvido hipovolemia severa com choque e PCR. Foi realizada intubação oro-traqueal com grande dificuldade técnica. O quadro foi revertido com 6 concentrados de hemácias e a paciente foi encaminhada a Unidade de Terapia Intensiva para recuperação. Na UTI mantinha relativa estabilidade hemodinâmica as custas de Noradrenalina, na dose de 0,9 micg/Kg/min. Durante mobilização do TOT, a paciente desenvolveu grave enfizema subcutâneo e dessaturação severa. Realizada drenagem torácica bilateral, e como manteve fuga aérea importante foi solicitada broncoscopia que revelou grave lesão traqueal que se estendia desde o espaço subglótico até a cerca de 0,5 cm da Carina. Emergencialmente realizada intubação seletiva a direita frente ao risco de ampliação da lesão, o que poderia tornar a paciente inventilável. O caso era indiscutivelmente cirúrgico, no entanto, como acabara de sair de uma cirurgia com PCR revertida, tinha choque e oligúria, além de dessaturação, acreditamos que a paciente não sobreviveria a uma nova cirurgia major. Optamos então por solicitar a compra de prótese traqueal auto-expansível do tipo ULTRAFLEX® recoberta, com 2 cm de diâmetro e 6 cm de extensão, que foi colocada com auxílio de broncoscopia rígida,flexível e radioscopia. Como a lesão era justa carinal posicionamos propositadamente a extremidade distal da prótese cujos 2cm últimos não são recobertos, no brônquio principal direito, de modo que a ventilação a esquerda ficou sendo feita através da malha do stent. Para que não houvesse retenção de secreções a esquerda foram necessárias várias broncoscopias, em torno de 3 por dia. A ventilação foi feita por TOT posicionado no interior da prótese. No 8º dia foi traqueostomizada e como não tinha mais fuga aérea foram retirados os drenos. Nas 2 primeiras semanas foram realizadas cerca de 35 broncoscopias. A paciente experimetou várias complicações no CTI, recebeu vários esquemas antimicrobianos, inclusive Polimixina B e após sua recuperação, efetuamos, 55 dias após a colocação da prótese, a retirada da mesma. Após 85 dias de internação a paciente recebeu alta completamente lúcida e deambulando com dificuldade, sem traqueostomia, falando normalmente. Concluímos então que apesar do êxito obtido no caso, o tratamento standard para este tipo de lesão (justa carinal), ainda é o cirúrgico. Entretanto, o cirurgião deve ter em seu armamentário tal recurso, reservando-o para situações ímpares e selecionadas.

PO404 SUSPEITA DE ENDOMETRIOMA PLEURAL DESCARTADA POR RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA – RELATO DE UM CASO

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO; EDUARDO HARUO SAITO

HUPE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HERNIA ; DIAFRAGMA; ENDOMETRIOMA

O objetivo deste relato de caso é mostrar que as imagens nas bases pulmonares, devem ser sempre muito bem investigadas, por mais óbvio que pareça ser o diagnóstico. Relatamos então o caso de uma paciente do sexo feminio, de 33 anos, F.S.O., submetida a video laparoscopia com ressecção de massas para anexiais compativeis com endometriose do peritoneo pélvico. Realizou radiografia de tórax que mostrou lesão nodular de quase 3 cm na base do pulmão direito. Como a paciente tinha dor no local no período dos catamênios foi aventada a hipótese de endometrioma pleural. Foi então referida para nosso consultório com este diagnóstico para ressecção da lesão. A imagem era muito contígua com a diafragma. Por essa razão optamos pela realização de ressonância magnética do tórax, que mostrou tratar-se de pequeno defeito diafragmático com herniação de pequena parte do parênquima hepático. No momento a paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial assintomática. Concluímos então que toda lesão dessa região deve ser sempre muito bem estudada para que se defina se se trata de lesão pleural, parenquimatosa, diafragmática ou abdominal e a ressonância é um excelente exame para definir isto.

PO405 TRANSPLANTE PULMONAR BILATERAL E MICROLITÍASE ALVEOLAR PULMONAR: RELATO DE CASO

MARCOS NAOYUKI SAMANO; RICARDO HENRIQUE OLIVEIRA BRAGA TEIXEIRA; JOSÉ EDUARDO AFONSO JÚNIOR; RAFAEL CARRARO; SILVIA VIDAL CAMPOS; MARLOVA LUZZI CARAMORI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MICROLITÍASE ALVEOLAR ; TRANSPLANTE DE PULMÃO; HIPERTENSÃO PULMONAR

Introdução: A microlitíase alveolar pulmonar (MAP) é uma doença caracterizada por depósito de fosfato de cálcio nos espaços alveolares. É uma doença rara, de etiologia desconhecida, com associação familiar e que evolui lentamente, podendo levar a quadros avançados com hipoxemia grave e cor pulmonale. Foi descrita pela primeira vez por Harbitz, em 1918, havendo até o momento pouco mais de quatro centenas de casos relatados. O tratamento por meio de corticoterapia tem se mostrado ineficaz, mas apesar disso, poucos casos de transplante pulmonar foram relatados até o momento. No Brasil, não há casos desta doença tratados por meio do transplante. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente portador de MAP avançada, com hipertensão pulmonar associada e cor pulmonale, tratado com transplante pulmonar bilateral com sucesso.

Métodos: Revisão de prontuário e revisão de literatura. **Resultados:** Paciente masculino, 46 anos, com quadro de dispnéia há dois anos e piora progressiva. Realizou biópsia a céu aberto com diagnóstico de MAP, sendo encaminhado para transplante pulmonar. Houve piora no período em lista de espera, com progressão da hipertensão pulmonar e cor pulmonale. Após 14 meses em lista de espera, foi submetido a transplante pulmonar bilateral. O procedimento foi realizado por bitoracotomia ântero-lateral transesternal com auxílio de circulação extracorpórea (CEC) por intolerância à ventilação monopulmonar e instabilidade hemodinâmica. O tempo de isquemia total foi de 540 minutos (sendo 350 minutos para o pulmão esquerdo) e o tempo de CEC foi de 135 minutos. O paciente evoluiu com importante síndrome de reperfusão pulmonar, choque distributivo e insuficiência renal aguda, necessitando hemodiálise por vinte e seis dias. O tempo total de ventilação mecânica foi de seis dias e o tempo de permanência em UTI foi 38 dias. O esquema de imunossupressão adotado foi tacrolimus, micofenolato sódico e prednisona. Houve recuperação completa da função renal e boa evolução após este período. **Conclusão:** A MAP é uma doença que pode evoluir para pneumopatia avançada e o transplante pulmonar é uma opção terapêutica nestas situações apesar dos poucos casos relatados no mundo.

PO406 FUNÇÃO PULMONAR E TESTES DE EXERCÍCIO CALCULADOS PARA O PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA TORÁCICA

MARCOS VINÍCIUS CATANEO PANCIERI[1]; DANIELE CRISTINA CATANEO[2]; LÍDIA RAQUEL DE CARVALHO[3]; JAIR CORTEZ MONTOVANI[4]; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO[5]

1.ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3.DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA DO INSTITUTO DE BIOCIÊNCIAS DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4,5.PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TESTES DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA; TESTES DE FUNÇÃO CARDÍACA; ESPIROMETRIA

Introdução: Sabe-se que a toracotomia isolada leva a uma redução dos volumes e capacidades pulmonares, que pode permanecer até 6 semanas após a cirurgia. Se houver ressecção de tecido pulmonar funcionante ocorre uma redução definitiva desses volumes e capacidades, podendo a cirurgia inclusive ser contra-indicada se o volume expiratório forçado no 1° segundo calculado para o pós-operatório (VEF1 ppo) chegar a valores mínimos. Os valores espirométricos só avaliam os pulmões em repouso e não a real capacidade física, que pode ser medida pela ergoespirometria, mas poucos são os serviços que possuem um ergoespirômetro. Outros testes que podem avaliar a capacidade física são os testes da escada (TE) e o da caminhada (TC6), que podem ser feitos em quaisquer serviços. **Objetivos**: Comparar os valores do VEF1, TC6 e TE pré-operatórios com os calculados (ppo) e obtidos no pós-operatório, com o objetivo de mostrar se os valores calculados são semelhantes aos do pós-operatório, e se os testes de exercício seriam afetados proporcionalmente à redução do pulmão funcionante. **Métodos**: População estudada: pacientes acima de 18 anos, submetidos a toracotomia para ressecção pulmonar. A curva de capacidade vital foi realizada com o paciente sentado, pelo menos por três vezes, escolhendo-se aquela em que o VEF1 foi maior. O TC6 foi realizado segundo as normas da ATS em corredor de 120 metros. O TE foi realizado em escada de 6 lances, com 12 degraus por lance, num total de 12,16m de altura. O paciente foi orientado a subir todos os degraus no menor tempo possível, com incentivo verbal padronizado. O tempo em segundos percorrido na subida da altura total foi denominado tempo de escada (tTE). O cálculo dos valores ppo para o VEF1 e TC6 foram realizados por regra de três simples direta conforme o número de segmentos funcionantes perdidos, e para o tTE por regra de três inversa. Para o cálculo estatístico foi utilizada a análise de variância para medidas repetidas, e o nível de significância utilizado foi de 5%. **Resultados:** Os valores da média e desvio padrão das variáveis VEF1, TC6 e tTE para o pré-operatório, cálculo do predito no pós-operatório e obtido no pós-operatório, bem como os valores de p encontram-se na Tabela 1. Tabela 1- Média e desvio-padrão referentes às variáveis no pré-operatório (pré), cálculo do predito pós-operatório (ppo), valor obtido no pós-operatório (pós) e estatística (p). **Conclusão:** Neste grupo de pacientes, os valores do VEF1 calculados para o pós-operatório, são semelhantes aos obtidos no pós-operatório, e menores que os valores do pré-operatório, mas para os testes de exercício, a ressecção pulmonar não influenciou os resultados do pós-operatório, sendo estes semelhantes aos do pré-operatório.

Tabela 1

	Avaliação			
Variável	pré	ppo	pós	p
VEF1	2,5±1,1a	2,3±0,9b	2,3±0,8b	<0,001
TC6	599±82a	538±118b	601±75a	<0,001
tTE	32,8±8,8b	37,3±12,4a	33,5±8,6b	<0,001

PO407 GANGLIONEUROMA - RELATO DE CASO CLÍNICO

MARGARETE LOPES TEIXEIRA ARRAIS

HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL / INSTITUTO SUPERIOR, LUANDA, ANGOLA

PALAVRAS-CHAVE: GANGLIONEUROMA; TUMOR; BENIGNO

Introdução: o ganglioneuroma é um tumor benigno do sistema nervoso periférico derivado das células ganglionares simpáticas. Acomete crianças e jovens entre 10 e 40 anos de idade. É assintomatico e muitas vezes descoberto durante exames de rotina ou tratamento de outras patologias. Objectivos: relatar o caso clínico de um paciente com ganglioneuroma, diagnosticado no Hospital Militar Principal / Instituto Superior. **Métodos**: descrição de caso clínico e revisão da literatura. **Resultados**: trata-se de um paciente do sexo masculino de 24 anos de idade, de nacionalidade angolana, estudante, que foi submetido a um check up para bolsa de estudo e por ter apresentado alteração ao Rx de tórax foi enviado a consulta de Pneumolgia. Foi submetido a exames complementares entre eles uma biópsia transtorácica por agulha fina guiada por CT que ao exame histológico mostrou tratar-se de um ganglioneuroma. O paciente foi evacuado para o exterior do país e submetido a tratamento cirúrgico, com evolução clínica satisfatória. **Conclusão:** o tratamento do ganglioneuroma é cirúrgico. Quando os pacientes são operados precocemente, têm excelente prognóstico.

PO408 USO DO OMALIZUMAB NA ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE : SERIES DE CASOS

MARIA ALENITA DE OLIVEIRA[1]; ARIANE MUTTI[2]; CRISTIANO RABELLO NOGUEIRA[3]; HAROLDO RODRIGUES[4]; YONARA RIVELLE NEVES DAVID[5]; VALTER FURLAN[6]; ANA GODOY FERNANDES[7]

1,2,3,4,5,6.HOSPITAL PAULISTANO - TOTAL CARE - AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 7.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA ; CONTROLE; OMALIZUMAB

Introdução: Pacientes com asma de difícil controle se caracterizam por sintomas persistentes, função pulmonar anormal e alta utilização de recursos da saúde, sendo de complexo manejo. O Omalizumab é um anticorpo monoclonal humano que inibe a ligação do IgE com o receptor de alta afinidade , e tem sido recomendado pelo Consenso Brasileiro como opção de tratamento para estes pacientes. **Objetivo:** avaliar a efetividade do uso do Omalizumab em uma series de pacientes com asma grave de difícil controle antes e após seis meses do uso do medicamento. **Método:** Estudo observacional de serie de casos, onde foram incluídos pacientes que tinham indicação do uso do Omalizumab encaminhados à uma unidade de referência, de janeiro de 2006 a janeiro de 2007 . Os pacientes foram atendidos por pneumologistas que obedeciam a um protocolo de atendimento, incluindo avaliação da educação e higiene ambiental , adesão ao tratamento regular e avaliação e orientação terapêutica de comorbidades tais como sinusite, Refluxo Gastro-esofágico e rinite . Os pacientes incluídos preenchiam os critérios para asma de difícil controle, ou seja, persistência de sintomas apesar de otimização da terapia e tratamento de comorbidades. Antes e após seis meses do tratamento as seguintes medidas de desfecho foram observadas: uso de corticoide oral, utilização de recursos da saúde: visitas ao Pronto Socorro e hospitalizações. O controle da asma foi avaliada de acordo com o critério apresentado no Consenso Brasileiro .**Resultados**: 7 pacientes (6 do sexo feminino) ,com idade média de 57 anos foram avaliados antes e após 6 meses. Após 6 meses , 5 pacientes (71%) apresentavam asma controlada. Todos os pacientes fizeram uso do corticoide oral em forma de pulso antes da medicação,enquanto que após 6 meses este número caiu para 3 pacientes . Houve redução do número de hospitalizações (antes 9 ; depois-1), e do número de visitas ao Pronto Socorro (antes: 15 ; depois 4) . Conclusão: Nesta série de casos de pacientes com asma de difícil controle , após 6 meses do uso do Omalizumab, observou-se melhora do controle da asma , redução do uso do corticoide oral e da utilização de recursos de saúde .

P0409 APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NA SIBILÂNCIA INFANTIL

CAMILA ISABEL DA SILVA SANTOS; PATRÍCIA BLAU MARGOSIAN CONTI; DANIELA DENARDI; MARIA ANGELA GONÇALVES DE OLIVEIRA RIBEIRO; MARCELA HELENA SANTOS; MILENA ANTONELLI

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PEDIATRIA; FISIOTERAPIA; SIBILÂNCIA

Introdução: A bronquiolite viral aguda (BVA) e a Síndrome do Lactente Chiador (SLC) são afecções pediátricas que ganharam interesse na literatura ao longo dos anos devido à alta prevalência. Referidas doenças têm como base fisiopatológica o estreitamento da luz dos brônquios e bronquíolos, resultando em obstrução das vias aéreas em graus variados, dificultando a passagem de ar durante o trabalho respiratório, principalmente na fase expiratória. A aplicação de técnicas de fisioterapia respiratória (TFR) nessa condição ainda é controversa. Objetivo: investigar os efeitos da fisioterapia respiratória em parâmetros cardiorrespiratórios de crianças com BVA e SLC. Método: Foi realizado um ensaio clinico - laboratorial, de corte transversal, em pacientes com BVA e SLC acompanhados no ambulatório de fisioterapia pediátrica de um hospital universitário. Aplicou-se um protocolo padronizado de TFR que consistiu em: higiene nasal seguida de desobstrução rinofaríngea retrógrada, técnica de aumento do fluxo expiratório lenta, vibração mecânica e tosse ativa ou estimulada ou assistida. Antes e após o procedimento fisioterapêutico foram verificados os dados de: Freqüências Respiratória (FR) e Cardiaca (FC), Saturação de O2 (SpO2) e foi aplicado o Escore de Wood. O comportamento do paciente durante a intervenção também foi observado. Para análise dos dados utilizou-se o programa SPSS versão 11.0, aplicou-se o teste de Wilcoxon para comparação das variáveis estudadas e adotou-se um nível de significância de 0,05. **Resultados**: Participaram do estudo 17 pacientes, 13 do gênero masculino, sendo 82,4% com SLC. A idade variou de 3 a 24 meses, com mediana de 12 meses. Houve um aumento significante na FC imediatamente após a aplicação das TFR (120 ± 20,59 x 134 ± 22,78; p = 0,028) e não houve alteração significativa na FR, na SpO2 e no Escore de Wood (p=0,717, 0,056, 0,317, respectivamente). Em relação ao comportamento durante o procedimento, 70,6% das crianças apresentaram choro e irritação. **Conclusão:** A aplicação dessas TFR em crianças com SLC e BVA leva ao aumento imediato da FC, como provável resultado do comportamento durante o procedimento, e não altera outros parâmetros cardiorrespiratórios. A ampliação do tamanho amostral e o estudo controlado poderiam sensibilizar essa avaliação.

P0410 CARACTERISTICAS DE LA ESTRUCTURA DEL SUEÑO DURANTE LA VENTILACIÓN CON PRESION DE SOPORTE

MARIA ANTONIA GARCIA; MARIA CRISTINA SANTOS; GONZALO DANIEL MEDINA; TATIANA LEMES; LILIAN CHIAPELLA; DANIEL LORENZO; JOSE PEDRO ARCOS

HOSPITAL DE CLINICAS, MONTEVIDEO, URUGUAI

PALAVRAS-CHAVE: SUEÑO EN EL PACIENTE CRÍTICO,; VENTILACIÓN MECÀNICA; NTERACCIÓN PACIENTE-VENTILADOR

Antecedentes: Los pacientes críticos sufren fragmentación de la estructura del sueño que puede vincularse en parte a la ventilación mecánica (VM). Así mismo, los cambios fisiológicos que induce el sueño sobre el patrón respiratorio pueden alterar su eficacia. **Objetivos**: Estudiar la estructura del sueño durante la VM con Presión de Soporte Inspiratoria (PSI) y evaluar los efectos sobre el patrón respiratorio. Material y métodos: Se estudiaron 10 pacientes con polisomnografía nocturna continua. Se registró presión de vía aérea, flujo aéreo y volumen corriente a intervalos horarios. **Resultados**: En 8 de 10 pacientes se registró sueño. La eficacia del sueño se encontró muy disminuida (TTR=5,78±0,8 horas; TTS=1,87±2 horas; Eficiencia= 28,4±30%). El estadio de sueño predominante fue NO-REM (S1-2=73,44±38,57%; S3-4=1±2,9%). Se registró sueño REM solo en 2 pacientes. El volumen corriente (Vc) aumentó durante el sueño (446±79 vs 499±27* ml, vigilia y sueño respectivamente (*p<0,05)) y el tiempo espiratorio fue más prolongado durante el sueño (2,77±1,71s vs 4,42±1,53*s, vigilia y sueño respectivamente (*p<0,05)). En 2 pacientes se documentaron apneas centrales durante el sueño. Discusión y **Conclusiones:** Esta población presentó una marcada alteración de la estructura del sueño con disminución severa de la eficiencia del sueño y del sueño REM. Los cambios del patrón respiratorio observados, sugieren que el nivel de PSI titulado en vigilia puede ser excesivo durante el sueño. Programa de Investigación BioMédica. Fundación Manuel Pérez. CSIC/2007

P0411 EXPOSIÇÃO DE MULHERES À FUMAÇA DE LENHA: ESTUDO DESCRITIVO

MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA[1]; MARIA CONCEIÇÃO CASTRO ANTONELI MONTEIRO DE QUEIROZ[2]; KARLA COSTA FERREIRA[3]; LUCIANA MARTINS RODRIGUES SALGADO[4]; MYCHELLE RESENDE ASSIS[5]; POLIANA CORDEIRO AMARAL[6]; TATIANA DE SOUZA PINA[7]

1.FACULDADE DE MEDICINA DA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL; 2,3,4,5,6,7. ACULDADE DE MEDICINA DA UFG, GOIANIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL; FUMAÇA DE LENHA

Introdução: O fogão à lenha ainda faz parte do universo rural brasileiro. No Estado de Goiás, o uso de fogão à lenha para cozinhar ainda é relativamente comum na zona rural sendo também utilizado, com menor freqüência, na zona urbana das cidades do interior. Estudos epidemiológicos internacionais relatam associação da exposição à fumaça de biomassa à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), infecções respiratórias agudas e câncer de pulmão. Estimativas recentes indicam que cerca de 1 a 2 milhões de mortes no mundo são atribuídas a doenças relacionadas à poluição intradomiciliar ocasionada pela combustão de biomassa. No Brasil não há relato de estudos prospectivos abordando especificamente a relação entre uso de fogão à lenha e doenças respiratórias. **Objetivos**: Descrever aspectos da exposição de mulheres à fumaça de lenha e à associação fumaça de lenha e tabaco. Avaliar a presença de alterações clínicas e de função pulmonar compatíveis com DPOC nessas mulheres. Materiais e **Métodos**: Foram avaliadas, prospectivamente, 28 mulheres com 40 anos ou mais, história de exposição à fumaça de lenha (> 80 horas-ano) ou a tabaco (>20 anos-maço) associado à fumaça de lenha (> 80 horas-ano), recrutadas nos diversos ambulatórios do Hospital das Clínicas/UFG. Os dados demográficos, sintomas respiratórios e caracterização da exposição, foram obtidos através de um questionário validado (questionário do Projeto Platino – versão reduzida). A espirometria foi realizada seguindo-se as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e American Thoracic Society. Para o diagnóstico e classificação da DPOC foram utilizadas as diretrizes da SBPT (2004) e Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (UPDATE 2007). **Resultados:** A média da idade das mulheres foi 64,5 ±10,17 anos, sendo 42,9% de cor branca, 50,0% parda e 7,1% negra. A escolaridade foi, em média, 3,4 ± 3,64 anos. O tempo médio de moradia rural 28,0 ±14,14 anos sendo que 71,4% das moradias situavam-se na região Centro-Oeste. A intensidade da exposição à fumaça de lenha foi, em média, de 182,3 (± 116,35) horas-anos; 39,3% dos fogões não possuíam chaminé e em 70,4% dos casos situavam-se dentro da casa; 14,3% das mulheres ainda utilizavam o fogão à lenha na ocasião do estudo. Apresentavam critérios para DPOC no estágio II, 1 paciente (6,2%) entre as 16 expostas à fumaça de lenha e 3 pacientes (27,3%) entre 11 expostas à fumaça de lenha associada ao tabaco. No estágio III de DPOC, foram encontradas 2 pacientes (12,5%) do grupo exposto à fumaça de lenha e 1 (9,0%) do grupo exposto à fumaça de lenha associada ao tabaco. Nove pacientes (33,3%) referiram sintomas compatíveis com DPOC sendo, 6 (22,2%) do grupo exposto à fumaça de lenha e 3 (11,1%) do grupo exposto à fumaça lenha associada ao tabaco, todavia apresentaram VEF1/CVF > 70%, sendo classificadas, portanto, como grupo de risco para DPOC. **Conclusão:** Este estudo não permite inferências estatísticas pelo pequeno tamanho da amostra, constituindo-se de dados preliminares de um estudo maior em andamento no Serviço de Pneumologia do HC/FM/UFG. Os achados tendem a ser compatíveis com relatos na literatura que demonstram associação entre DPOC, exposição à biomassa e baixa escolaridade. O estudo sugere a importância de avaliar-se o impacto da exposição à fumaça de combustão de lenha no Brasil, pela dimensão de sua área rural e a persistência do uso de fogão à lenha, freqüentemente com condições estruturais e ambientais que provocam alto grau de exposição.

PO412 PERFIL DOS PACIENTES CADASTRADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE – URES PRESIDENTE VARGAS BELÉM - PARA NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2007

MARIA DE FÁTIMA AMINE HOUAT DE SOUZA[1]; EDINEY HOUAT DE SOUZA[2]; LILIAN CRISTIANA PANTOJA AMARAL[3]; ELIAS BENONE NASSER RAMOS[4]

1.SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PARÁ, BELEM, PA, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM, PA, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM, PA, BRASIL; 4.ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM, PA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PERFIL; FUMANTE

Introdução: O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo. Estima-se que um terço da população mundial adulta seja fumante e em Belém apresentou prevalência de 14,4% de fumantes regulares. Cerca de 4,9 milhões de mortes ao ano são provocadas pelo tabagismo e estima-se que esse número aumentará para 10 milhões em 2030. O maior número de mortes atribuídas ao habito de fumar é devido ao câncer de pulmão, seguido pela doença cardíaca isquêmica e pelas DPOCs. Apesar de pesquisas indicarem que cerca de 70% dos indivíduos fumantes quando questionados manifestam desejo de largar o cigarro, após a dependência estar instalada, menos de 10% dos tabagistas tem êxito em parar de fumar espontaneamente. O Centro de Referencia Especializada em Abordagem e Tratamento do Fumante (CREATF) tem como objetivo atender a demanda de fumantes que procuram ajuda para parar de fumar, contribuindo para uma diminuição da morbimortalidade tabaco relacionada. Pela grande diversidade cultural das regiões brasileiras, deter o perfil dos fumantes, de nossa cidade, é manipular um instrumento de fundamental importância para a construção de estratégias e planejamentos de qualquer nível de prevenção a saúde. **Objetivos**: Definir o perfil dos fumantes que procuram o atendimento anti-tabágico no CREATF Belém - Para **Métodos**: Foi realizada uma revisão de 353 prontuários no período de janeiro a dezembro de 2007 dos pacientes cadastrados no CREATF, tendo sido avaliados as variáveis : sexo ,faixa etária, idade de iniciação, grau de escolaridade, condições socioeconômicas, grau de dependência a nicotina, convívio familiar com fumantes, tentativa anterior para parar de fumar. **Resultados**: A população que procurou tratamento para tabagismo no período citado é composta principalmente por mulheres (52%), Estado civil solteiro (42,5%), faixa etária entre 45-60 anos (52.97%), o nível de escolaridade predominante foi o nível médio (42.78%), renda familiar em média é 3,2 salários mínimos. Encontramos que 37.11% dos pacientes convivem com fumantes e as tentativas prévias de cessação antes de procurar o CREATF são comuns (76.20%), sendo a maioria com a média de idade de início do hábito de fumar foi de 16 anos, e se encontrando em grau de dependência a nicotina elevado - Fagerstrom 6-7 (31.44%) e os principais sintomas referidos pelos pacientes foram os gastrointestinais (41,64%), seguidos dos psiquiátricos (36,8%) e cardio-respiratórios (32,3%). **Conclusão**: Nossa clientela caracterizou-se como uma população feminina, solteira, de meia idade, com renda familiar baixa e nível de escolaridade médio. Apresentando elevada dependência a nicotina, com varias tentativas anteriores de cessação sem sucesso e com idade de início do tabagismo dentro da faixa etária esperada. Além disso, mostram-se preocupados com sua saúde atual e apresentando em sua maioria sintomas gastrointestinais, psiquiátricos e cardiorespiratórios.

PO413 RAZÕES DOS PACIENTES PARA QUERER PARAR DE FUMAR, ATENDIDOS NO CENTRO DE REFERENCIA ESPECIALIZADO EM ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE – URES PRES. VARGAS, BELÉM-PARÁ NO PERIODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2007

MARIA DE FÁTIMA AMINE HOUAT DE SOUZA[1]; EDINEY HOUAT DE SOUZA[2]; LILIAN CRISTIANA PANTOJA AMARAL[3]; ELIAS BENONE NASSER RAMOS[4]

1.SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PARÁ, BELEM, PA, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM, PA, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM, PA, BRASIL; 4.ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM, PA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; RAZÕES; PACIENTES

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 30% da população adulta mundial é fumante, e 4 milhões de pessoas morrem anualmente por doenças tabaco relacionadas. A dependência á nicotina obriga os fumantes a se exporem cronicamente á cerca de 4.700 substâncias tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja um fator causal de aproximadamente 50 (cinqüenta) doenças entre elas, vários tipos de câncer, doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, infecção respiratória) e doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, infarto do miocárdio, AVC). O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes de nosso país e a conseqüente mortalidade por doenças tabaco relacionadas. Ações educativas, legislativas e econômicas do PNCT vêm gerando uma diminuição da aceitação social do tabagismo e uma preocupação por parte dos fumantes, quanto aos riscos que estão expostos, fazendo com que um numero cada vez maior de fumantes procure atendimento especializado para parar de fumar. **Objetivos**. Verificar os percentuais das razões dos pacientes para querer parar de fumar no Centro de Referencia Especializado em abordagem e Tratamento do Fumante URES. Presidente Vargas – Belém – Pa. Em janeiro de 2007 a dezembro de 2007. Metodologia. Estudo retrospectivo, transversal, baseado na revisão de prontuários de 353 pacientes cadastrados no CRATF entre janeiro de 2007 a dezembro de 2007. O Teste de Fagerstrom foi utilizado como instrumento para avaliação de dependência a nicotina. Foram excluídos os pacientes cujos prontuários encontravam-se incompletos. **Resultados**. Entre os cadastrados a sua maioria eram mulheres (52%); de estado civil solteiro (42,5%), na faixa etária entre 45-60 anos (52.97%), com nível de escolaridade de nível médio (42.78%) e renda familiar em média foi de 3,2 salários mínimos. Tentativas prévias de cessação sem sucesso (76.20%), e um grau de dependência a nicotina elevado - Fagerstrom 6-7 (31.44%). Dentre as possíveis razões relacionadas pelos pacientes como justificativas para parar de fumar "Está preocupado com a saúde no futuro", foi a mais referida com cerca de 87,4%, mantendo sua predominância mesmo em graus de dependências baixos. Seguido pelas razões de que "o cigarro está afetando a sua saúde" (78,6%) e "pelo bem estar da família" (55,1%). E 94%; referiam alguma sintomatologia que já vinham apresentando antes de começar o tratamento. **Conclusão**: As razões referidas com maiores percentuais ("Está preocupado com a saúde no futuro", "O cigarro está afetando a sua saúde", "Pelo bem estar da família") sugerem um paciente com conhecimentos sobre os riscos e males do tabagismo para si e para as pessoas de seu convívio. As ações contíguas e pontuais através do programas estruturados nas escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalhos, mantendo um fluxo continuo de informações sobre os males do tabagismo tem contribuído para o aumento da demanda aos ambulatórios especializados em tratamentos anti-tabágicos.

PO414 APLICAÇÃO DO ACT NOS PACIENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA DE UM AMBULATÓRIO ESCOLA

MARIA DO SOCORRO L CARDOSO; PATRÍCIA GONÇALVES MIZOGUCHI; RAQUEL CHICRE B MELO CAVALCANTE; HENRIQUE OLIVEIRA MARTINS; NATHÁLIA WANDERLEY CORONEL; GISELLE EUGÊNIA PEREIRA IZEL; FERNANDO LUIZ WESTPHAL

UFAM, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ACT; PACA

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores caracterizada pela hiper-responsividade 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 aos alérgenos e outros desencadeantes específicos, fisioterapia respiratória e terapia medicamentosa. **Objetivos**: Aplicar o teste de controle da asma (ACT) a fim de determinar o nível de controle da asma nos pacientes atendidos pelo programa de assistência e controle da asma (PACA). Material e métodos: Durante as consultas aos pacientes portadores de asma atendidos no PACA eram aplicados o ACT, 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 àqueles que obtinham uma pontuação < 20, controlados aqueles entre 20-24 pontos e excelentes, totalmente assintomáticos, os com 25 pontos. **Resultados**: O total da amostra é de 130 pacientes. Desses, 76 (59%) foram considerados controlados, enquanto 54 (41%) foram considerados com fora do alvo de controle. Dos 76 pacientes controlados, 53 (70%) foram considerados dentro do controle da doença 23 (30%) estavam muito bem controlados, totalmente assintomáticos. Conclusão: O ACT é um teste simples, claro muito fácil de ser aplicado e eficaz na determinação do nível de controle da asma. Os resultados do teste mostraram que a maioria dos pacientes estudados estão com a doença sob controle, fora das crises e indiretamente reflete o excelente nível de aproveitamento dos

pacientes no programa demonstrando assim, que o controle é possível com o uso correto do esquema terapêutico associado a medidas de educação.

P0415 IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DA ASMA SEM O PEAK FLOW

MARIA DO SOCORRO L CARDOSO; PATRÍCIA GONÇALVES MIZOGUCHI; RAQUEL CHICRE B MELO CAVALCANTE; HENRIQUE OLIVEIRA MARTINS; NATHÁLIA WANDERLEY CORONEL; GISELLE EUGÊNIA PEREIRA IZEL; FERNANDO LUIZ WESTPHAL
UFAM, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PLANO DE AÇÃO; CONTROLE DE ASMA; PEAK FLOW

Introdução: No controle da asma, a educação é fundamental, sendo assim, a elaboração de um plano de ação para que o paciente aprenda conduzir seu tratamento é essencial. **Objetivos**: Implantar no programa de assistência e controle da asma (PACA) um plano de ação em que o reconhecimento e a percepção dos sinais e sintomas sejam o indicador principal da exacerbação da doença. Material e métodos: Foi utilizado um plano de ação adaptado pela própria equipe do PACA, destinado aos adultos e crianças. Ele consta de três zonas: zona verde, amarela e vermelha. A zona verde corresponde a controle da doença, ou seja, respira bem, não está tossindo, não tem chiado no peito, o nariz não está escorrendo, não está "cansado" e consegue brincar, correr e trabalhar. A zona amarela corresponde ao aparecimento de sintomas que podem levar as crises, ou seja, tem tosse, chiado e aperto no peito e acorda durante à noite com falta de ar. A zona vermelha indica que o paciente está em crise e se não obtiver melhora com as medicações prescritas deve procurar um Pronto Socorro imediatamente. No plano de ação constam as respectivas medicações e condutas que deverão ser utilizadas conforme a zona identificada. **Resultados**: A aplicação do referido plano é realizada de maneira individual pelos componentes do programa e teve grande aceitação pelos pacientes. Já foi observada, após três meses, a redução do número de exacerbações e idas ao Pronto Socorro. **Conclusão:** O plano de ação pode ser implantado em localidades que não disponha de peak flow.

P0416 IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES RENAIS NOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE COM TUBERCULOSE

MARIA DO SOCORRO L CARDOSO; PATRÍCIA GONÇALVES MIZOGUCHI; FERNANDO LUIZ WESTPHAL
UFAM, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; RENAL CRÕNICO; HEMODIÀLISE

Introdução: Nos pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) sob tratamento dialíticos tem sido descrito aumento da prevalência de tuberculose, provavelmente, pela diminuição da imunidade celular secundária a uremia crônica. **Objetivos**: Identificar os tipos histológicos dos doentes renais crônicos portadores de tuberculose. Material e métodos: Foi efetuado um estudo transversal com análise retrospectiva de prontuários de 487 pacientes portadores de IRC, submetidos há hemodiálise, no período de 2000 a julho de 2005. Foram inclusos aqueles que desenvolveram tuberculose (TB) no período referido, e excluídos os que além de IRC e TB apresentavam sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência adquirida. **Resultados**: A tuberculose foi diagnosticada em 29 (6%) dos pacientes renais, 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. Os tipos histológicos identificados na etiologia da IRC foram de causa indeterminada 14 (48,2%) pacientes, seguido por nefroesclerose hipertensiva 3 (10,3%), nefropatia diabética, glomerulopatias primárias e doença renal policística 2 (6,8%), lúpus 1 (3,4%) e outros 5 (17,2%). **Conclusão:** A nefroesclerose hipertensiva e as glomerulopatias, como causa conhecida, foram as mais prevalentes nos pacientes em hemodiálise que contraíram tuberculose.

P0417 FATORES DE RISCO PARA A ASMA EM ESCOLARES DE MANAUS

MARIA DO SOCORRO L CARDOSO; PATRÍCIA GONÇALVES MIZOGUCHI; FERNANDO LUIZ WESTPHAL
UFAM, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; FATORES DE RISCO; ISAAC

Introdução: Em Manaus a prevalência de crianças de 13 a 14 anos com asma, baseada na questão 2 do ISAAC "sibilos nos últimos 12 meses" foi 18,1%, considerada alta. Esses achados indicam que esta prevalência é tão elevada como encontrada em outras cidades brasileiras. **Objetivos:** Estudar os fatores de risco para a asma em 450 crianças portadoras ou não de asma baseada na questão 2 do questionário ISAAC. **Material e Métodos:** Foi administrado um questionário padronizado com informações sobre o nível socioeconômico, fatores ambientais, hereditários, nutricionais, gestacionais, alérgicos e eventos infecciosos pregressos. **Resultados**: Na análise univariada a asma esteve associada com manchas de umidade nas paredes (IC95% 1,06 – 2,44), consumo de carnes (IC95% 0,27 -0,87), divide ou já dividiu o quarto no 1º ano (IC95% 1,19 – 3,22), forração no 1º ano do quarto de dormir (IC95% 0,32 – 0,83), mãe com asma (IC95% 1,33 – 5,22), peso no nascimento < 2500g (0,25 – 0,70), mofo nas paredes ou no teto (IC95% 1,43 – 4,14) e janela no quarto 1º ano (IC95% 0,20 – 0,51). Na multivariada foi encontrado como fator de risco mãe com asma (IC95% 1,08 – 3,67) e como fator de proteção peso no nascimento < 2500 g (IC95% 0,26 – 0,99) e janela no quarto no 1º ano (IC95% 0,08 – 0,95%). **Conclusão:** O conhecimento dos fatores de risco são importantes para políticas de prevenção e controle da asma.

P0418 ASSOCIAÇÃO ENTRE ASMA E RINITE EM ADOLESCENTES ESCOLARES UTILIZANDO-SE O QUESTIONÁRIO ISAAC

MARIA FATIMA GOMES DE LUNA[1]; PAULO CÉSAR ALMEIDA[2]; MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA[3]; FRANCISCO RANILSON ALVES DA SILVA[4]; ANTÔNIO CHAGAS GOMES[5]; MARIA DE NAZARÉ GOMES DO NASCIMENTO[6]; FRANCISCO CHAGAS GOMES[7]
1,2,3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4,5,7.HOSPITAL DA CRIANÇA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM, BELÉM, PA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; RINITE; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: Asma e rinite frequentemente coexistem no mesmo indivíduo, entretanto, no nosso meio, são poucos os estudos sobre essa coexistência. **Objetivo:** Identificar a associação entre asma e rinite alérgica em adolescentes escolares de Fortaleza. **Método:** Com a aplicação do método ISAAC realizou-se um estudo envolvendo 3.015 escolares de 13 e 14 anos, de escolas públicas e privadas, entre abril de 2006 e novembro de 2007. **Resultados**: As prevalências de "sibilos atuais", "rinite atual" e "rinoconjuntivite" foram, respectivamente, 22,6%, 43,2% e 18,7%. A associação dos sintomas de asma aos sintomas de rinite variou de 15,4% a 77,5% (dentre os adolescentes que relataram "rinoconjuntivite" 15,4% relataram "4 ou mais crises de sibilos no último ano" (p=0,001), e 77,5% relataram "uma a três crises de sibilos no último ano" (p=0,001). A associação dos sintomas de rinite aos sintomas de asma variou de 48,6% a 89,6% (dentre os adolescentes que relataram "tosse seca noturna", 48,6% relataram "rinoconjuntivite" (p<0,0001), e dentre aqueles que tiveram "sibilos atuais", 89,6% relataram "rinite atual" (p<0,0001)). Observou-se associação estatisticamente significativa entre a maioria dos sintomas de asma e rinite, de forma bidirecional, sendo que, ao se considerar a associação dos sintomas de asma aos de rinite, as taxas foram mais elevadas quando os sintomas de rinite eram associados aos sintomas oculares (rinoconjuntivite). Como exemplo, dentre os adolescentes com "rinite atual", 60,8% apresentaram "sibilos atuais" (p<0,0001), enquanto que, dentre aqueles com sintomas de "rinoconjuntivite", 69,2% apresentaram "sibilos atuais" (p<0,0001). **Conclusões**: O estudo evidenciou forte associação dos sintomas de asma aos sintomas de rinite, bem como, dos sintomas de rinite aos sintomas de asma. A associação dos sintomas de asma aos de rinite evidenciou taxas ainda mais elevadas quando os sintomas nasais se associaram aos oculares. Os achados reforçam a rinite alérgica como fator de risco para asma.

P0419 ESTIMATIVAS DE PREVALÊNCIAS DE ASMA E RINITE EM ADOLESCENTES DE DIFERENTES NÍVEIS SOCIOECONÔMICOS

MARIA FATIMA GOMES DE LUNA[1]; PAULO CÉSAR ALMEIDA[2]; MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA[3]; FRANCISCO RANILSON ALVES DA SILVA[4]; ANTÔNIO CHAGAS GOMES[5]; MARIA DE NAZARÉ GOMES DO NASCIMENTO[6]; FRANCISCO CHAGAS GOMES[7]
1,2,3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4,5,7.HOSPITAL DA CRIANÇA DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM, BELÉM, PA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; RINITE; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: Existem informações conflitantes sobre as relações entre asma, rinite e status socioeconômico. Objetivo: Avaliar a prevalência de asma, rinite e suas relações com níveis socioeconômicos, em adolescentes escolares de Fortaleza. **Método:** Aplicando-se o método ISAAC (International of Asthma

and Allergies in Childhood) realizou-se um estudo envolvendo 3.015 escolares de 13 e 14 anos, de escolas públicas e privadas, no período 2006 a 2007. As escolas foram categorizadas em: "nível 1" (públicas), "nível 2" (escolas com mensalidades entre 150 a 190 reais) e "nível 3" (escolas com mensalidades entre 280 a 470 reais). **Resultados**: As taxas de "sibilos cumulativos", "sibilos atuais", e "2 a 3 crises de sibilos no último ano" foram, respectivamente, 44,1%, 22,6% e 17,5%, predominando, cada sintoma (p<0,0001, p<0,0001, p<0,0001, respectivamente) nos adolescentes das escolas níveis 2, 3 e 1, nessa ordem. Para sintomas associados à gravidade da asma, houve diferença apenas para "4 ou mais crises no último ano", cujas taxas foram 5,9%, 3,2% e 1,6% para as escolas níveis 3, 2 e 1, respectivamente (p<0,0001). "Sibilos pós exercícios" predominou entre aqueles das escolas nível 2 (p=0,011); "asma diagnosticada" foi mais elevada entre aqueles das escolas nível 3, seguidos por aqueles das de níveis 2 e 1, nessa ordem (p<0,0001). Rinite e sintomas foram significativamente mais prevalentes entre aqueles das escolas nível 3, seguidos por aqueles das escolas níveis 2 e 1, que apresentaram, respectivamente, as seguintes taxas: 70,6%, 67,3% e 52,9% para "rinite cumulativa" (p<0,0001); 62,8%, 53,9% e 38% para "rinite atual" (p<0,0001); 32%, 24,8% e 15,5% para "rinoconjuntivite" (p<0,0001), e 46,9%, 29,2% e 15,7% para "rinite diagnosticada" (p<0,0001). **Conclusões**: As prevalências de asma e rinite em escolares de 13 e 14 anos de Fortaleza mostraram-se mais elevadas entre os adolescentes das escolas particulares, sendo o achado compatível com a teoria da higiene. Os sintomas de asma foram mais prevalentes no grupo de nível socioeconômico intermediário, enquanto rinite e sintomas foram mais prevalentes no grupo de nível socioeconômico mais elevado. Outros estudos são necessários para confirmar esses achados e avaliar possíveis diferenças de exposição desses grupos a fatores ambientais, em escala local.

PO421 FACTORES DE RECIDIVA PRECOZ TRAS LA CIRUGIA DE LAS METASTASIS PULMONARES

MARIA JOSE ROCA; ANTONIO RIOS; ANDRES ARROYO; PATRICIA MARTINEZ; ELENA ROMERA; PATRICIA PASTOR; AINHOA SANCHEZ; JUAN TORRES

H. UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA, ES, ESPANHA

PALAVRAS-CHAVE: NEOPLASIAS PULMONARES; METASTASIS PULMONARES; CARCINOMA COLORECTAL

Introducción: Clásicamente las metástasis pulmonares eran consideradas una diseminación sistémica del tumor no subsidiaria de cirugía. Sin embargo, hay estudios que muestran los beneficios de la metastasectomía en casos seleccionados. **Objetivo:** Analizar la morbi-mortalidad de la metastasectomía pulmonar y determinar los factores de recidiva precoz. **Pacientes y método:** Entre Enero del 1998 y Enero del 2002 42 pacientes fueron intervenidos i por metástasis pulmonares se excluyeron 4 por ser considerados irresecables intraoperatoriamente, analizando los 38 restantes. La edad media fue de 57 años, siendo el 53% mujeres. El tipo histológico más frecuente del tumor primario fue el adenocarcinoma colo-rectal con el 47% de los casos. El tiempo medio de evolución entre la cirugía primaria y la presencia de las metástasis fue de 29 ±12 meses. El diagnóstico de metástasis pulmonar fue realizado por Radiología simple del toráx , TAC Helicoidal y PET excepto en dos casos de carcinoma colorrectal que fue por elevación del CEA. El 74 % fue un hallazgo casual en pacientes asintomáticos durante los controles de su tumor primario. El abordaje quirúrgico fue en todos los casos por toracotomía no registrándose mortalidad postoperatoria. En seis pacientes se presentarón metástasis en otros órganos 5 en hígado y uno suprarrena. Las variables analizadas fueron edad, sexo, tumor primario, tiempo libre de enfermedad, metástasis extrapulmonares resecadas, número de metástasis, bilateralidad, morbimortalidad, recidiva, reintervenciones y supervivencia. **Resultados**: La morbilidad fue del 11 %, siendo precisa la reintervención en un paciente por hemotórax. La supervivencia a 1 dos y tres años fue del 87%, 61 % y 21 % respectivamente siendo el índice de pacientes libres de enfermedad del 71 % 56% y 17 % respectivamente. Los principales factores de recidiva precoz fueron el tipo histológico del tumor (más en sarcomas y menos en adenocarcinoma), el tiempo libre de enfermedad, y el número de metástasis. Cinco de las recidivas pulmonares fueron resecadas una segunda vez, pudiendo ser extirpadas sólo en cuatro de ellos, tres de los cuales están libres de enfermedad al os 6,12 y 24 meses y el cuarto presentó una recidiva a los 18 meses. **Conclusiones:** Las metástasis pulmonares pueden ser resecadas con baja morbi-mortalidad siendo los principales factores pronósticos de la supervivencia: la cirugía completa, el tipo histológico, el tiempo libre de enfermedad y el número de metástasis pulmonares. En casos seleccionados la resección de metástasis localizadas en otros órganos, o de las recidivas metastásicas mejora la supervivencia de estos enfermos

PO422 FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO TABAGISMO EM IDOSOS

LARISSA REGO VOSS; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA; CARLOS ALBERTO PEREIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TABAGISMO EM IDOSOS; CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Introdução : É evidente o aumento da população idosa no Brasil, sendo que estudos mostram uma prevalência de 10,6% de tabagistas nesta faixa etária. O tabagismo é um fator de risco independente para a mortalidade no idoso, influenciando também a qualidade de vida. Não existem programas específicos para cessação do tabagismo neste grupo de pacientes. **Objetivos**: Avaliar a taxa de sucesso do tratamento do tabagismo nesta faixa etária, e fatores associados a este desfecho. **Métodos**: Foram avaliados retrospectivamente os prontuários dos pacientes com mais de 65 anos que foram atendidos no ambulatório de tabagismo do HSPE desde 2002, e que receberam orientação cognitivo comportamental e/ou tratamento medicamentoso. Considerou-se interrupção do tabagismo a abstinência de cigarro por pelo menos um ano. Foram consideradas doenças tabaco relacionadas DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e doenças vasculares com AVC e IAM. **Resultados**: Foram selecionados 70 pacientes, dos quais 40 (57%) eram 4,5 anos). A mulheres. A idade variou de 65 a 86 anos (média 70 prevalência de doenças tabaco relacionadas foi de 26%. O consumo de 11 maços-ano. O escore de Fagerstom teve média de cigarros foi 50 2,0. Interromperam o tabagismo 33% dos pacientes idosos. Não houve 5,5 influência do sexo, presença de comorbidades tabaco relacionadas ou não, grau de dependência à nicotina e tratamento utilizado na cessação do tabagismo. **Conclusão**: A taxa de cessação do tabagismo entre os pacientes com mais de 65 anos no ambulatório de tabagismo do HSPE foi de 33%, não tendo sido identificados fatores preditivos para interrupção do tabagismo neste grupo de pacientes.

PO423 CÓDIGO DE CORES EM UM AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO DE ASMA

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; AMANDA LUCAS DA COSTA[2]; LETICIA KRAMER PEREIRA[3]; DIEGO BONIATTI RIGOTTI[4]; DANIEL LUNARDI SPADER[5]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[6]

1.HOSPITAL DE CLINICAS DE P. ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,5. UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 6.HOSPITALDE CLINICAS DE P.ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; AMBULATORIO; EDUCAÇÃO EM ASMA

O atendimento aos pacientes asmáticos deve ser ajustado de acordo com a gravidade da doença. Pacientes mais graves necessitam de consultas mais freqüentes e revisão das medicações mais intensiva. **Objetivos**: Apresentar a dinâmica de atendimento de pacientes adultos com asma acompanhados em um Ambulatório de Asma do HCPA, utilizando-se cores para organizar o fluxo dos pacientes e o ensinamento das medicações. **Metodologia:** Pacientes asmáticos são avaliados na 1º consulta através de anamnese, exame físico, pico de fluxo e questionários de dispnéia. A gravidade inicial da asma é classificada através de cores: vermelho-grave, amarelo-moderada e verde-leve ou intermitente. Em todas as fichas do paciente há uma tarja da cor. As etapas de tratamento são baseadas no controle da asma, que é acompanhado com fichas evolutivas mensais. As reavaliações são reguladas de acordo com as cores, os vermelhos retornam a cada mês, amarelos 2 em 2 meses e os verdes a cada 3 meses. As medicações também são marcadas com cores: as medicações para crise são vermelhas e as de manutenção verdes (uso diário), deixando-se a cor amarela para medicações extras. **Resultados**: Estamos testando esta metodologia de atendimento em 38 pacientes, 8 homens e 30 mulheres, com uma média de idade de 53 anos. O IMC esta acima de 30 Kg/m2 em 12(31%) pacientes. A idade de início da doença foi acima dos 20 anos em 21(56%), tabagismo foi detectado em 11(29%) e 21(55%) já estiveram hospitalizados devido à asma. Classificando-se quanto à gravidade da doença, encontramos: 15 leves, 11 moderados e 12 graves, destes 6 estão frequentemente com a asma não controlada. Espirometricamente, no momento atual, 16 tem DVO leve, 11 tem DVO moderado e 8 DVO grave, estando 3 normais. Os corticóides inalatórios e os BD de longa duração recebem tarja verde, os BD de curta duração e o corticóide oral tem tarja vermelha e as xantinas, antibióticos e

antihistamínicos traja amarela. **Conclusões**: O sistema de cores facilitou o fluxo do ambulatório, a organização dos atendimentos e a melhor compreensão no uso das medicações.

PO424 ESTUDO DA CAPACIDADE DE DIFUSÃO PULMONAR EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SOB EFEITO DE BRONCODILATADOR INALATÓRIO

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; MARIANE BORBA MONTEIRO[2]; PAULO ZIMERMANN[3]; BRIGITTA HUND PRATES[4]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[5]

1,4,5.HOSPITAL DE CLINICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.CENTRO UNIVERSITÁRIO METODISTA-IPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.CENTRO UNIVERSITARIO METODISTA-IPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DIFUSÃO PULMONAR; DPOC; BRONCODILATADOR

Informações controversas são encontradas sobre os efeitos do broncodilatador (BD) na difusão pulmonar, embora a avaliação da capacidade de difusão seja amplamente utilizada em pacientes com obstrução brônquica. **Objetivo:** Estudar o efeito do BD inalado na capacidade de difusão pulmonar de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e suas correlações com variáveis de função pulmonar. Materiais e **Métodos**: Foi realizado um estudo observacional com amostra não probabilística composta por pacientes com DPOC estágios III e IV, segundo GOLD. A espirometria, a mensuração dos volumes por pletismografia e a difusão pelo monóxido de carbono por respiração única foram realizadas em equipamentos da marca Jaeger. Os testes foram feitos antes e após o uso do BD spray (salbutamol 400mcg). Analisamos a variação: do fator de transferência do monóxido de carbono (TLCO), do VEF1(Volume Expiratório Forçado no 1ºsegundo), da CVF (Capacidade Vital Forçada), do VR (Volume Residual) e da CI (Capacidade Inspiratória) com o uso do BD. **Resultados**: Foram avaliados 76 pacientes (64,5% do sexo masculino) com média de idade 64,9±7,59anos. Todas as variáveis analisadas apresentaram melhora estatisticamente significativa com o uso do BD. A CVF aumentou de 2,11±0,67L para 2,42±0,71L, o VEF1 aumentou de 0,9±0,33L para 1,05± 0,39L, a CI aumentou de 1,55±0,64L para 1,66±0,58L e o VR reduziu de 5,1±1,23L para 4,63±1,14L (p<0,05). O TLCO alterou de 8,72±4,39 ml/min/ mmHg para 9,68±4,6 ml/min/mmHg (p<0,01). As correlações da variação do TLCO com a variação apresentada pelas variáveis VEF1, CVF, CI e VR não foram significativas, exceto a correlação fraca com a variação do percentual do VEF1 (r:0,31 p=0,02). Dessa forma, o TLCO apresentou comportamento independente sob efeito do broncodilatador. **Conclusão:** O broncodilatador inalado afetou a capacidade de difusão pulmonar em pacientes com DPOC, mas o comportamento do TLCO foi independente, não apresentando correlação com o comportamento do VEF1, CVF, CI e VR.

PO425 AVALIAÇÃO DA FORÇA DOS MÚSCULOS RESPIRATÓRIOS EM ADULTOS ASMÁTICOS

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; PAULINE ZANIN SIQUEIRA[2]; HENRIQUE DARTORA[3]; RENATA HECK[4]; LUCIANA TESSER[5]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[6]

1.HOSPITAL DE CLINICAS DE P. ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4. UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5.HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 6.HOSPITALDE CLINICAS DE P.ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MUSCULOS RESPIRATÓRIOS; PRESSÔES RESPIRATÓRIAS MÀXIMAS; ASMA

O aumento da força dos músculos respiratórios representa uma resposta adaptativa à obstrução das vias aéreas. A asma aumenta a carga da bomba ventilatória por causar aumento da resistência das vias aéreas, volumes pulmonares e ventilação minuto. Os músculos inspiratórios suportam a maioria desta carga, enquanto o recrutamento dos músculos expiratórios é relativamente menor. Há possibilidade que ocorra fraqueza ou fadiga da musculatura inspiratória na asma contribuindo para piora da dispnéia e insuficiência ventilatória. **Objetivo:** Avaliar o comportamento da pressão inspiratória máxima (PImax) e da pressão expiratória máxima (PEmax) em pacientes asmáticos com obstrução das vias aéreas de graus variados (classificadas em: leve(DVOL), moderada(DVOM) e grave(DVOG) de acordo com as DPFP de 2002. **Metodologia:** Incluímos no estudo pacientes asmáticos adultos submetidos à espirometria e mensuração das pressões respiratórias máximas, na Unidade de Fisiologia Pulmonar do HCPA. Usamos equipamentos da marca Jaeger. **Resultados**: O grupo ficou constituído de 89 pacientes (55 mulheres e 34 homens) com média de idade de 52 anos. Encontramos 24 indivíduos com espirometria normal(N) e 65 com DVO: 30 leves, 14 moderados e 21 graves. A PEmax média foi 87cmH2O nos N, 75 cmH2O no DVOL, 73 cmH2O no DVOM e 63 cmH2O no DVOG. A PImáx média foi 79cmH2O nos N, 59 cmH2O no DVOL, 53 cmH2O no DVOM e 47 cmH2O no DVOG. O VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1ºsegundo) foi 2461mL nos N,. 1720mL no DVOL, 1168mL no DVOM e 909mL no DVOG. A CV (Capacidade Vital) foi 3359mL nos N, 2465mL no DVOL, 1950mL no DVOM e 1723mL no DVOG. As correlações da PEmáx com o VEF1 e com a CV foram significativas nos pacientes com DVOG(r=0,679, p<0,001 e r=0.721 p<0.001 respectivamente). As correlações da PImax com o VEF1 e com a CV foram significativas para todo o grupo (r=0.465, p<0,001 e r=0.541 p<0.001, respectivamente). **Conclusão:** Na amostra estudada, os resultados sugerem que o aumento da obstrução(evidenciada pela redução do VEF1) e a redução da PImáx estão correlacionados. A PEmáx só está relacionada à obstrução nos pacientes graves.

PO426 DESCRITORES DE DISPNÉIA EM PACIENTES COM ASMA

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; PAULINE ZANIN SIQUEIRA[2]; AMANDA LUCAS DA COSTA[3]; LETICIA KRAMER PEREIRA[4]; DANIEL LUNARDI SPADER[5]; DIEGO BONIATTI RIGOTTI[6]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[7]

1.HOSPITAL DE CLINICAS DE P. ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,5,6.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 7.HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; DISPNÉIA; PICO DE FLUXO

A asma é uma doença respiratória em que a dispnéia é um sintoma importante para ser avaliado. Existem métodos subjetivos e objetivos para esta avaliação. **Objetivos**: Comparar vários critérios de avaliação da dispnéia aplicados a pacientes asmáticos correlacionando-se com a gravidade da asma. **Metodologia:** Em pacientes do ambulatório de asma do HCPA , avaliamos a dispnéia por 4 critérios: expressão referida pelo paciente, a escala visual analógica de Borg (0 A 10), a escala MMRC (1 A 5) e o Pico de Fluxo (PF). A análise dos dados foi realizada em uma mesma consulta. **Resultados**: O grupo ficou constituído de 38 pacientes asmáticos com média de idade de 53 anos, 8 homens e 30 mulheres.. Em relação à gravidade da asma: 12 persistente grave(PG), 11 persistente moderada(PM) e 15 persistente leve(PL). A dispnéia foi descrita como falta de ar por 31, dificuldade de respirar por 17, cansaço por 11, opressão no peito por 11, sufocamento por 8, fôlego curto por 8 e fome de ar por 5. A média do Borg e do PF medido foram respectivamente: 2 e 355L/ min no L, 2.5 e 297L/min no M, e 3 e 217L/min no G. No MMRC incluímos: 9 no nível I, 13 no nível II, 10 no nível III e 6 no nível IV. Correlacionando-se os descritores, encontramos: correlação significativa entre o PF e o MMR (r=-0,52 p=0.001) e entre o PF e o Borg no nível IV do MMR (r=-0.87 p=0.02). Não houve correlação significativa entre o PF e o Borg em todo o grupo (r= -29 p=0.082). **Conclusões**: Na amostra estudada: os termos falta de ar e dificuldade para respirar foram os mais lembrados, a escala MMRC refletiu melhor o índice quantitativo representado pelo PF e a escala analógica de Borg não conseguiu refletir a realidade funcional do paciente.

PO427 ELEVAÇÃO DA IGE SÉRICA EM ASMÁTICOS

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; AMANDA LUCAS DA COSTA[2]; LETICIA KRAMER PEREIRA[3]; RAFAEL NOSHANG PEREIRA[4]

1.HOSPITAL DE CLINICAS DE P. ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4. UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: IGE; TESTE CUTÂNEO; ASMA

A asma muitas vezes está associada com IgE elevada e sensibilização a aeroalergenos. 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. Objetivo: Avaliar se pacientes com diferentes níveis de elevação da IgE sérica total apresentam comportamento laboratorial e clínico diferenciado. **Metodologia:** Analisamos um grupo de pacientes submetidos ao prickteste utilizando alergenos da FDA Allergenic, 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 alergenos de negativa a +++++ cruzes. A concentração da IgE sérica foi dividida em 3 níveis: abaixo de 100UI (Grupo I), entre 101 e 999UI(Grupo II) e acima de 1000 UI(Grupo III). **Resultados**: O grupo total ficou formado

por 253 pacientes asmáticos, com uma média de idade de 17 anos. O GI, ficou constituído de 46 pacientes, com uma média de idade de 22 anos, 91% com história familiar de asma, apresentou uma IgE média de 54 UI/ml. Neste grupo, 100% referiam sintomas nasais, 63% cutâneos e 67% oculares. A eosinofilia média foi 398 e 35% eram reatores ao teste cutâneo. O GII, constituído de 125 pacientes, com uma média de idade de 17 anos, 88% com história familiar de asma, apresentou uma IgE média de 437 UI/ml. Neste grupo, 88% referiam sintomas nasais, 70% cutâneos e 78% oculares. A eosinofilia média foi 511 e 72% eram reatores teste cutâneo. O GIII, constituído de 82 pacientes, com uma média de idade de 12 anos, 91% com história familiar de asma, apresentou uma IgE média de 2653 UI/mL. Neste grupo, 90% referiam sintomas nasais, 67% cutâneos e 74% oculares. A eosinofilia média foi 828 e 91% eram reatores ao teste cutâneo. **Conclusões**: O Grupo com IgE acima de 1000UI/ml diferiu dos demais pela faixa etária menor, pela maior elevação dos eosinófilos e pelo maior percentual de reatividade ao teste cutâneo. Os aspectos clínicos não diferenciaram os grupos.

PO428 TESTE CUTÂNEO EM ADULTOS E CRIANÇAS COM ASMA

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; AMANDA LUCAS DA COSTA[2]; LETICIA KRAMER PEREIRA[3]; RAFAEL NOSHANG PEREIRA[4]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[5]

1.HOSPITAL DE CLINICAS DE P. ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4. UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5.HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; TESTE CUTÂNEO; IGE SERICA

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. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico e laboratorial dos pacientes pediátricos e adultos, sintomáticos respiratórios, encaminhados para realização de testes cutâneos a antígenos inalatórios no ambulatório de testes cutâneos do HCPA. **Metodologia:** Analisamos uma amostra de pacientes asmáticos submetidos ao TC no Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A técnica utilizada foi do prickteste, utilizando alergenos 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 alergenos 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 294 pacientes , 201 abaixo de 12 anos(GI) e 93 acima(GII). A história familiar foi similar nos dois grupos 92% no GI e 93% no GII. As queixas nasais, cutânes e oculares foram 91%, 62% e 68% no GI e 86%, 68% e 77% no GII, respectivamente. A média da IgE sérica no GI foi 1265UI, 38% acima de 1000UI/mL e no GII 736UI, 22% acima de 1000UI/mL (p<0,05). O valor médio dos eosinófilos foi 665 no GI e 417 no GII (p<0,05). O teste cutâneo foi positivo em 76% dos pacientes do GI e em 64% do GII (p<0,05). **Conclusão:** Na amostra estudada, o perfil atópico foi mais acentuado no grupo infantil, evidenciado apenas por dados laboratoriais.

PO429 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE ESFORÇO EM PACIENTES COM DPOC ATRAVÉS DO TESTE DO DEGRAU DE 6 MINUTOS(TD6M)

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; ALEXANDRA ALBUQUERQUE HUBNER[2]; DANIEL LUNARDI SPADER[3]; DIEGO BONIATTI RIGOTTI[4]; DANTON PEREIRA SILVA JUNIOR[5]; PAULO STEFANI SANCHES[6]; ANDRE FROTA MULLER[7]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[8]

1.HOSPITAL DE CLINICAS DE P. ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,5,7,8. HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,4.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 6.HOSPITALDE CLINICAS DE P.ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TESTE DA CAMINHADA 6 MINUTOS; TESTE DO DEGRAU ; DPOC

O TD6M pode ser uma alternativa ao teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) na avaliação da capacidade funcional do paciente com DPOC. A vantagem do TD6M em relação ao TC6M é o tamanho da área necessária para sua realização, que é mínima. **Objetivos**: Comparar a freqüência cardíaca máxima atingida (%FCmáx) nos dois testes e o número de degraus subidos nos diferentes estádios do DPOC (GOLD). **Método:** Pacientes com DPOC, estáveis, realizaram 2 vezes o TC6M conforme as normas da ATS, no mesmo dia, selecionando-se o teste com a maior distância percorrida. No período de 7 dias, realizava-se o TD6M, selecionando-se o com maior número de degraus subidos. Durante os exames os pacientes eram monitorados por um oxímetro portátil através de um sistema de biotelemetria, o que permitia a visualização em tempo real da curva e dos valores de SpO2 e FC. No TD6M, o indivíduo era instruído a realizar uma seqüência de subidas e descidas em seu próprio ritmo em uma plataforma de 17,5 cm de altura, o maior número de vezes possível, por 6 minutos. O número de subidas era registrado através de um sensor óptico localizado na base da plataforma, calculando automaticamente os metros verticais percorridos (MV). **Resultados**: Avaliamos 59 pacientes com DPOC (GOLD II: 19, III: 26 e IV: 14), com 7,46 anos(n.s. entre os grupos), sendo 38 média de idade de 65,2 (64,4%) homens. O percentual da FCmáx no TC6M e no TD6M não diferiu 13% 11,6% e de 80 entre os estádios da doença (média de 75 respectivamente). Comparando-se a %FCmáx no TC6M e no TD6M houve diferença estatística significativa (p< 0,05), inclusive entre as 12,53 e13,6; III: 78,13 10,56 e 75,15 classes. GOLD II: 70,48 10,51. O número de degraus subidos 9,56 e 78,19 13,17; IV: 74,58 83,92 foi diferente entre os grupos (p<37,37 (19,67 MV); 0,05): II:112,44 26,39 (13,65 MV). 37,47 (18,28 MV) ; IV: 78,21 III: 104,46 **Conclusão:** O TD6M exige maior esforço que o TC6M, observado pelo %FCmáx atingida. Pacientes com maior gravidade de doença apresentam menor tolerância ao esforço. Indivíduos classificados como GOLD IV são capazes de subir cerca de 4,33 andares de escada, enquanto os da classe III sobem 5,8 e os da classe II, 6,24. O TD6M demonstrou ser útil e comparável ao TC6M na avaliação da capacidade de esforço deste grupo de pacientes, podendo ser utilizado na prática clínica.

PO430 SPECT QUANTITATIVO DA PERFUSÃO PULMONAR: CORRELAÇÃO COM O VOLUME ALVEOLAR

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; PAULO RICARDO MASIERO[2]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[3]

1.HOSPITAL DE CLINICAS DE P. ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3. HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: VOLUMES PULMONARES; SPECT; PERFUSÃO PULMONAR

Algumas doenças pulmonares podem ocasionar áreas mal perfundidas na Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único (SPECT). Estas áreas não são incluídas na medida do volume pulmonar mensurado pelo SPECT perfusional. Áreas pobremente ventiladas também não são incluídas na avaliação dos volumes pulmonares pela técnica da diluição do Helio(He). **Objetivo:** Nosso objetivo foi avaliar se o volume pulmonar medido por SPECT perfusional se correlaciona com o volume alveolar medido pelo He com a técnica de respiração única. **Metodologia:** Registramos o volume alveolar medido pelo hélio (através da técnica de respiração única, durante o teste de difusão do monóxido de carbono) e o volume de perfusão pulmonar derivado do SPECT. **Resultados**: Avaliamos um grupo de 14 pacientes (8 homens e 6 mulheres com uma idade média de 58 anos – entre 31 a 80). Nove pacientes tinham doença obstrutiva e 5 pacientes doença pulmonar restritiva. O volume pulmonar perfundido, derivado do SPECT, teve uma correlação significativa com o volume alveolar medido pelo He(r=0.871, p<0,001). O volume pulmonar perfundido era significativamente menor que o volume alveolar pelo He(0.548±0,608mL, p=0,005). Pacientes com doença pulmonar restritiva tiveram um volume alveolar menor quando comparado a pacientes com doença obstrutiva (1.733±0.328mL, p<0,001). O volume pulmonar perfundido foi também menor nos pacientes restritivos comparados aos pacientes com doença pulmonar obstrutiva (1372±0.158mL, p<0,001). **Conclusão:** O volume de perfusão pulmonar pelo SSPECT se correlacionou com o volume alveolar medido pelo He, nos pacientes estudados. Uma diferença significativa no volume pulmonar entre os restritivos e obstrutivos foi também detectada pelo SPECT.

P0431 ÍNDICE VEF1/PFE NA ANÁLISE DA CURVA FLUXO-VOLUME

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; VINICIUS DAL MASO[2]; ALESSANDRA HOFSTADLER DEIQUES FLEIG[3]; KÁTIA RUTTER JENSEN[4]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[5]

1.HOSPITAL DE CLINICAS DE P. ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,5. HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESPIROMETRIA; PLATEAU EXPIRATÓRIO ; ÍNDICE VEF1/PFE

A obstrução de vias aéreas altas caracteristicamente provoca limitação ao fluxo aéreo, reduzindo o pico de fluxo expiratório (PFE), sem no entanto alterar o Volume Expiratório Forçado no 1º segundo (VEF1). Para identificação do comprometimento de vias aéreas altas tem sido sugerido o cálculo da relação VEF1/PFE. **Objetivo:** Avaliar o contribuição do índice VEF1/PFE na análise das curvas fluxo-volume. **Metodologia:** Analisamos uma amostra de espirometrias de pacientes encaminhados à Unidade de Fisiologia Pulmonar em maio de 2008. As curvas fluxo-volume foram realizadas em equipamentos da marca Jaeger. Calculamos o valor da relação: VEF1 (expresso em mL) dividido pelo PFE (expresso em L), considerando-se que um valor maior ou igual a 8 sugere comprometimento de vias aéreas superiores (ATS-ERS 2005). **Resultados**: Incluímos os exames de 79 pacientes, sendo 37 do sexo masculino (47%), com uma média de idade de 58 anos. Os diagnósticos foram: DPOC em 26%, asma em 21%, colagenoses em 19%, avaliação pré-operatória em 14% e outros diagnósticos em 20%. Encontramos um valor de relação VEF1/PFE ≥ 8 em 17 pacientes (21%). Analisando-se as curvas fluxo-volume, encontramos uma imagem sugestiva de plateau expiratório em 5 casos (2 colagenoses, 1 asma, 1 DPOC e 1 neoplasia gástrica). Destes casos, apenas no paciente com neoplasia gástrica, este dado foi relevante. **Conclusão:** O índice VEF1/CVF não acrescentou informações significativas para a análise das curvas fluxo-volume, nos casos estudados.

P0432 A INFLUÊNCIA DA VOLUME PULMONAR NAS PRESSÕES RESPIRATÓRIAS

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; ALESSANDRA HOFSTADLER DEIQUES FLEIG[2]; VINICIUS DAL MASO[3]; KÁTIA RUTTER JENSEN[4]; DIEGO PADILHA VANTI[5]; PAULO STEFANI SANCHES[6]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[7]

1,2,3,4,5,7.HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 6.HOSPITAL DE CLINICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: VOLUMES PULMONARES; PRESSÕES RESPIRATÓRIAS; OBSTRUÇAÕ

Os volumes pulmonares influenciam nos valores das pressões respiratórias máximas (PEmáx e PImáx). A elevação do volume residual (VR) nos obstrutivos faz com que o paciente faça esforço a um volume pulmonar mais alto que o normal, reduzindo a pressão inspiratória máxima (PImáx). A redução da capacidade pulmonar total (CPT) nos pacientes restritivos, pode fazer com que os músculos expiratórios não estejam em seu estiramento ideal, reduzindo a pressão expiratória máxima (PEmáx). **Objetivo:** Avaliar a influência do volume pulmonar nas pressões respiratórias máximas. **Metodologia:** Analisamos as pressões respiratórias (PEmáx e PImáx) e os volumes pulmonares (VR e CPT), obtidos por pletismografia, em um grupo de pacientes adultos da Unidade de Fisiologia Pulmonar do Serviço de Pneumologia. Utilizamos equipamentos da marca Jaeger. **Resultados**: Incluímos 55 pacientes com média de idade de 53 anos, sendo 20 com distúrbio restritivo e 35 com distúrbio obstrutivo. Nos restritivos, a CPT media foi 4,27 L, o VR foi 1,95L, a PEmáx foi 64,10cmH2O e a PImáx 56,50cmH2O. Nos obstrutivos, a CPT média foi 5,55L, o VR foi 3,45L, a PEmáx foi 61,70cmH2O e a PImáx 43,95cmH2O. Correlacionando-se a PEmáx com a CPT, nos pacientes restritivos, encontramos uma correlação significativa (r= 0.498 p=0.025). Houve correlação significativa também entre a PImáx com o VR nos pacientes obstrutivos (r= -0,39 p=0,020). **Conclusão:** Constatamos que o aumento do VR contribui para redução da PImáx nos obstrutivos e a redução da CPT contribui para a redução da PEmáx em restritivos.

P0433 INFECÇÃO PULMONAR POR MYCOBACTERUIM ABSCESSUS: RELATO DE CASO

MARIANA ZAIDEN E FERREIRA PINTO; JÚLIO CÉSAR ABREU DE OLIVEIRA; JORGE BALDI; ERICH VIDAL CARVALHO; SÉRGIO PAULO DOS SANTOS PINTO; FERNANDO FONSECA DOS REIS; FERNANDA SANTOS SILVA; MATEUS ALEXANDRE LEAL MACHADO BRUM

HU-UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MYCOBACTERIUM ABSCESSUS; PULMÃO; CLARITROMICINA

Introdução: As infecções associadas ao M. abscessus incluem doença pulmonar, endocardite, otite média, mastoidite e ceratite. Outros tipos de infecção foram identificados em procedimentos cirúrgicos estéticos, como lipossucção e lipoescultura; acupuntura; banhos em piscinas; administração parenteral de vitaminas, extrato de córtex adrenal, lidocaína e silicone. No Brasil são poucos os casos publicados de infecções descritas por M. abscessus. Não existem relatos de transmissão pessoa a pessoa, sendo as formas ambientais as mais importantes. **Objetivo:** Relatar um caso de infecção pulmonar por M. abscessus em um paciente do Ambulatório de DPOC do HU-UFJF. Discussão do caso: RSS, masc, 67 anos, branco, natural e residente em Juiz de Fora, MG, tecelão, portador de DPOC com diagnóstico em 2005 vem desde então em acompanhamento com a Pneumologia do HU-UFJF. Refere também 2 episódios de tuberculose pulmonar (1997 e 2003) com tratamento adequado, e alta por cura. Em maio/07 houve piora da tosse, passando a ter expectoração amarelada, e da dispnéia que antes era para andar no plano e passou a ser para vestir/despir. Negava febre e referia emagrecimento de 6 Kg em 1 ano. Na ocasião foram solicitadas 3 amostras de escarro para BAAR que foram positivas e foi iniciado Esquema-I. O paciente comparecia para as consultas de controle sempre mantendo as queixas de tosse com expectoração purulenta e dispnéia para vestir/despir mesmo com o tratamento.O resultado da cultura do escarro evidenciou Mycobacterium sp não tuberculosis e o material foi enviado para FUNED para identificação.Somente em março/08 conseguiu-se o resultado dessa análise e foi identificado Mycobacterium abscessus e iniciado, então, Claritromicina e mantido o tratamento para DPOC (Formoterol e Brometo de Ipratrópio). **Resultados**: O paciente encontra-se em acompanhamento com a Pneumologia do HU-UFJF com consultas mensais e vem ainda em uso da Claritromicina 500mg bid. Houve melhora importante da dispnéia com retorno ao padrão basal (andar no plano) e a tosse tornou-se seca e em menor intensidade, com aproximadamente 1 mês do tratamento. **Conclusão:** Infecção pulmonar por M. Abscessus é uma entidade rara ainda sem diretrizes específicas sobre tratamento ideal. A antibioticoterapia empírica, conforme os dados de literatura, pode-se ser realizada utilizando-se Claritromicina. Pode ser necessária a associação de um aminoglicosídeo, nos casos de acometimento sistêmico ou de imunossupressão. As infecções respondem, geralmente, de forma lenta, por isso o tratamento pode se arrastar por períodos de tempo prolongado.

P0434 CIRURGIA DO PECTUS EXCAVATUM: A ESTERNOCONDROPLASTIA E A CIRURGIA DE NUSS SÃO TÉCNICAS ANTAGÔNICAS?

MARLOS DE SOUZA COELHO[1]; WILSON DE SOUZA STORI JR[2]; NELSON BERGONSE NETO[3]; ANNA FLÁVIA RIBEIRO DOS SANTOS[4]; FABRICIO STRAPASSON[5]; EDUARDO FERNANDO CHYLA[6]; RAFAEL GARBELOTTO MENDES[7]; RUY FERNANDO KUENZER CAETANO DA SILVA[8]

1,2,3,4,6,7,8.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURÚ, CURITIBA, PR, BRASIL; 5.HOSPITAL MATERNIDADE MARIETA KONDER BORHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PECTUS EXCAVATUM; CIRURGIA DE NUSS; ESTERNOCONDROPLASTIA

Introdução: Com a Cirurgia de Nuss (Nuss) tem-se obtido bons resultados no tratamento do Pectus Excavatum (PE), no entanto o número de complicações tem sido elevado e a sua indicação tem sido indiscriminada. Por outro lado a Esternocondroplastia (ECP) oferece bons resultados com baixo índice de complicações, porém necessita de uma incisão transversal na parede torácica anterior. **Objetivos**: Comparar a ECP e Nuss em relação a indicação, resultados, tempo de internamento, tempo de cirurgia, e complicações. **Métodos** : foram analisados 40 pacientes portadores de Pectus Excavatum submetidos a cirurgia, sendo 20 pela ECP e 20 por Nuss. Trinta (75,0%) eram masculinos e 10 (25,0%) feminino. A idade variou dos 10 aos 38 anos com média de 18,1 anos. No grupo ECP , 09(45,0%) eram portadores de PE Simétrico e 11(55,0%) PE

Assimétrico e no Grupo Nuss 17 (85%) apresentavam PE Simétrico e 3 (15%) PE Assimétrico com p=0,020. **Resultados**: Quinze (75,0%) de ambos os grupos não apresentaram sintomas, 19(95,0%) de ECP e 18,0(90,0%) de NUSS não tinham doença associada (p=0,500); 06((0,30%) de ECP e 02(10,0%) de NUSS tinham Prolapso da Válvula Mitral (p=0.118). O tempo de cirurgia da ECP variou de 210 a 260' com média de 229,5' e o de de Nuss de 40,0 a 95,0` com média de 54,3. A média de internamento foi de 4 dias com ECP e 6,3 com Nuss (p=0,219). Com a ECP obteve-se 18 (90,0%) de bons resultados e 2 (10,0%) de regular. Com Nuss obteve-se 17 (85,0%) de bons resultados e 3 (15,0%) de maus resultados, todos portadores de PE Assimétrico que passaram para Pectus Carinatum Severo que exigiram ECP, 2 anos após NUSS. No Grupo ECP 17(85,0%) não apresentaram complicações (p=0,004) e 03(15,0%) as apresentaram: 01(05.0%) de cicatriz hipertrófica; 01 (05,0%) de deiscência parcial da incisão,; 01(05,0%) soroma. No Grupo Nuss 9 (45,0%) apresentaram 13 complicações: 03 (15,0%) Pectus Carinatum Lateral pós operatório; 1(05,0%) derrame pleural, 02 (10,0%) deslocamento da barra; 01(0.5%) dor torácica crônica; 03 (15,0%) dor torácica severa; 01 (05,0%) exteriorização do estabilizador e fio de aço; 02 (10.0%) pneumonia. Não houve diferença em relação ao tempo de internamento (p=0.172) nem ao tempo de seguimento (p=0.169). **Conclusão**: Contrariando ao que tem sido divulgado na literatura, nesta série, a Esternocondroplastia foi superior a Cirurgia de Nuss. A ECP teve melhor resultado, menos dor, menos complicações. NUSS teve menor tempo de cirurgia, maior necessidade de analgésico, maior número de maus resultados e mais complicações, especialmente pela não consideração do Pectus Excavatum Assimétrico grande responsável pelos seus maus resultados em virtude da sua transformação em Pectus Carinatum Assimétrico. A Esternocondroplastia e a Cirurgia de Nuss não são técnicas antagônicas. A utilização de Organograma para tratamento do Pectus Excavatum proposto pelos autores melhorará os resultados e diminuirá o índice de complicações.

PO435 BLOQUEIO SIMPÁTICO POR CLIPAGEM DO GÂNGLIO T3 X SIMPATECTOMIA TORÁCICA VIDEOTORACOSCÓPICA DO GÂNGLIO T3 NO TRATAMENTO DA HIPER-HIDROSE PALMAR

MARLOS DE SOUZA COELHO; ANNA FLÁVIA RIBEIRO DOS SANTOS; RAFAEL GARBELOTTO MENDES; RUY FERNANDO KUENZER CAETANO DA SILVA; FABRICIO STRAPASSON; ALEXANDRE NOVICKI FRANCISCO; LUCAS MATOS FERNANDES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURÚ - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SIMPATECTOMIA TORÀCICA; BLOQUEIO SIMPÀTICO POR CLIPAGEM; HIPERIDROSE

Introdução: O bloqueio Simpático por Clipagem (BSC) devido a sua potencial reversibilidade tem sido utilizado no tratamento da hiper-hidrose. Não está claro se os índices de sucesso terapêutico, satisfação e sudorese compensatória (SC) obtidos são semelhantes aos da Simpatectomia Torácica Videotoracoscópica (STV) **Objetivos**: Avaliar de forma randomizada o índice de satisfação, sucesso terapêutico e SC em pacientes submetidos a BSC ou STV do gânglio T3 no tratamento da Hiper-hidrose Palmar (HP) associada ou não à Hiper-hidrose Plantar (HPl) **Métodos**: Setenta pacientes, sendo 23 (32,9%) masculino e 47 (67,1%) feminino, com idade entre 8 e 39 anos, média de 23,2 + 5,8 anos foram operados, sendo 35 por BSC e 35 por STV. As cirurgias foram realizadas sob anestesia geral, com intubação seletiva com Sonda de Carlens e o paciente semi-sentado. Utilizou-se uma incisão de 5 mm no quarto espaço intercostal na linha axilar média para ótica de 5 mm. Um segundo trocáter para instrumental cirúrgico foi colocado através de 3º espaço intercostal. Procedeu-se ao BSC do tronco simpático com clip de titânio e clipador 5 mm EDLOTM sobre a terceira e quarta costela (BSC de T3). A STV foi realizada por eletrocoagulação do tronco simpático e gânglio T3 entre a terceira e quarta costela. **Resultados**: Após dois anos o sucesso terapêutico para HP foi excelente em 26(74,3%) BSC e 29 (82,9%) STV, bom em 7 (20,0%) BSC e 5 (14,3%) STV, regular em 2 (5,7%) BSC e nenhum STV; nenhum mau BSC e 01 (2,8%) STV. Para HPl associada foi excelente em 1(2,9%) BSC e nenhum STV; bom em 3(8,8%) BSC e 4 (12,5%) STV , regular em 14(41,2%) BSC e10(31,2%) STV e 16 (47,1%) mau com BSC e 17(53,1%) STV com P= 0,234. A SC foi observada em 47 (67,1%), sendo 22 (62,9%) BSC e 25 (71,4%) STV sem diferença estatística (P=0,450). No total 19(27,1%) tiveram SC grau leve, sendo 10(28,6%) de BSC e 9(25,7%) de STV; 25 (35,7%) grau moderado, sendo 12 (34,3)% BSC e 13 (37,1%) STV e 03 (4,3%) grau severo no grupo STV. Não foi observada diferença em relação a presença de SC, ao número de locais acometidos (P=0,267), ao grau ou ao local de acometimento. No grupo BSC, 26 (74,3%) estão muito satisfeitos, 8 (22,9%) satisfeitos e 1(2,8%) insatisfeitos. No grupo STV 19 (54,3%) estão muito satisfeitos, 14 (40,0%) satisfeitos e 2 (5,7%) insatisfeitos. O motivos de insatisfação no grupo BSC foi a SC e no grupo STV foi uma falha terapêutica e um por SC. Dor torácica foi a única complicação ocorrendo em 7(10%). **Conclusões:** O BSC e a STV foram eficientes no tratamento da HP, não havendo diferença estatística em relação ao sucesso terapêutico, a satisfação e a presença ou grau da SC. Devido a sua potencial reversibilidade nós recomendamos o BSC no tratamento da HP

PO436 BLOQUEIO SIMPÁTICO POR CLIPAGEM DOS GÂNGLIOS T3 E T4 X SIMPATECTOMIA TORÁCICA VIDEOTORACOSCÓPICA DOS GÂNGLIOS T3 E T4 NO TRATAMENTO DA HIPER-HIDROSE AXILAR

MARLOS DE SOUZA COELHO; WILSON DE SOUZA STORI JR; NELSON BERGONSE NETO; ANNA FLÁVIA RIBEIRO DOS SANTOS; RAFAEL GARBELOTTO MENDES; LUCAS MATOS FERNANDES; RUY FERNANDO KUENZER CAETANO DA SILVA; ALEXANDRE NOVICKI FRANCISCO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERIDROSE AXILAR; BLOQUEIO SIMPATICO; SIMPATECTOMIA TORÀCICA

Introdução: O bloqueio Simpático por Clipagem (BSC) devido a sua potencial reversibilidadedade tem sido utilizado no tratamento da hiper-hidrose. Não está claro se os índices de sucesso terapêutico, satisfação e sudorese reflexa ou compensatória (SC) obtidos são semelhantes aos da Simpatectomia Torácica Videotoracoscópica (STV) **Objetivos**: Avaliar o índice de satisfação, sucesso terapêutico e SC em pacientes submetidos a BSC ou STV dos gânglios T3 e T4 no tratamento da Hiper-hidrose Axilar (HA) associada ou não à Hiper-hidrose Palmar (HP) e/ou Plantar (HPl) CASUÍSTICA E **Métodos**: Oitenta e quatro pacientes, sendo 21 (25,0%) masculino e 63 (75,0%) feminino, com idade entre 14,0 e 41,0 anos, média de 24,3 +_ 5,8 anos foram operados, sendo 42 por BSC e 42 por STV e o seguimento foi de 2 anos. As cirurgias foram realizadas sob anestesia geral, intubação seletiva com Sonda de Carlens e o paciente semi-sentado. Procedeu-se ao BSC do tronco simpático com 2 clips e clipador 6.5 mm EDLO EXATECH sobre a terceira, quarta e quinta costela (BSC). A STV foi realizada por eletrocoagulação do tronco simpático e gânglios (T3 T4) entre a terceira e quinta costela. **Resultados**: Após dois o sucesso terapêutico para HA foi excelente em 24(57,1%) BSC e 36 (85,7%) STV, bom em 11 (26,2%) BSC e 03 (7,1%) STV, regular em 07(16,7%) BSC e 0,1 (2,4%) STV e nenhum mau BSC e 02 (4,8%) STV; para HP associada foi excelente em 27(93,1%) BSC e 17 (94,4%) STV; bom em 0(0%) BSC e 01 (5,6%) STV e 02 (6,9%) mau com BSC e nenhum STV e para HPl associada foi excelente em 01 (3,5%) BSC e nenhum c/ STV; bom em 02 (6,9%) BSC e 07 (38,9%) STV; regular em 07 (24,1%) BSC e 0,7 (38,9%) STV E 19 (65,5%) mau BSC e 04 (22,8%) STV com P= 0,453. Quando se considera somente sucesso (excelente+bom) e insucesso (regular+mau) temos na HA 35(83,3%) de sucesso no BSC e 39 (92,8%) na STV e 07(16,7%) de insucesso no BSC e de 03 (7,2%) na STV (p=0.312). Na HP tivemos 27(93,1%) de sucesso no BSC e de 18(100%) na STV e 02(6,9%) de insucesso no BSC e 0% na STB (p=0.376) A SC foi observada em 65 (77,4%), sendo 33 (78,6%) BSC e 32 (76,2%) STV sem diferença estatística (P=0,861). Não observada diferença em relação a presença de SC (P=0,861), ao número de locais acometidos (P=0,267) ou ao grau (p=0,905). No grupo BSC, 28 (66,7%) estão muito satisfeitos, 11 (26,2%) satisfeitos e 02(7,1%) insatisfeitos e no grupo STV 35 (83,3%) estão muito satisfeitos, 07 (16,7%) satisfeitos,sem diferença estatística. Os motivos de insatisfação no grupo BSC foram um insucesso terapêutico da HA e dois casos de SC severa. E no grupo STV foi 1 caso de SC severa. **Conclusões:** BSC E STV foram eficientes no tratamento da HA e da HP associada. Não foi encontrada diferença estatística em relação ao sucesso terapêutico, satisfação e incidência, severidade e localização da SC. O BSC é recomendado devido à sua potencial reversibilidade.

PO437 ESPIROMETRIA FORZADA EN PREESCOLARES DE 3 A 5 AÑOS

BREA ROBALLO SYLVIA; MARQUEZ PIRIZ MARIA; MUIÑO GARCIA ADRIANA

CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL, MONTEVIDEO, URUGUAI

PALAVRAS-CHAVE: ESPIROMETRIA ; PREESCOLARES; ACEPTABILIDAD

Introduccion: La espirometría forzada es un método fácil para el estudio de niños con enfermedades respiratorias, y otras con repercusión sobre la función pulmonar. La estandarización de la espirometría, en su documento

de la Asociación Americana de Tórax (ATS) y la Sociedad Europea Respiratoria (ERS) contempla varios aspectos que pueden ser aplicados a niños pequeños, pero hay criterios que pueden no ser alcanzados por ellos. Por eso, existen recomendaciones específicas para preescolares de 3 a 5 años. En el año 2007 se publicaron nuevas recomendaciones (ATS/ERS) para este grupo. **Objetivos:** Evaluar los criterios de aceptabilidad y repetibilidad de las espirometrías realizadas a niños de 3 a 5 años. **Pacientes y Metodos**: Se estudiaron los preescolares con indicación de valoración de la Función Pulmonar. Se siguieron procedimientos estandarizados por la ATS/ERS 2005, incorporando nuevos parámetros en la interpretación para preescolares (ATS/ERS, 2007). Se utilizó un espirómetro Easy One (ndd Medizintechnick AG Switerland) que mide el flujo por ultrasonido y con incorporación de un programa computarizado diseñado para incentivar las maniobras forzadas. Se verificó la calibración diariamente, con una jeringa de 3 litros Hans Rudolph y se aceptó una desviación de + 3 %. Se administraron 200 microgramos de salbutamol, con inhalador de dosis medida y con espaciador, y se realizó una espirometría a los 15 minutos. Se utilizaron los valores de referencia de ERS/ Zapletal, 2003. Los parámetros que valoran aceptabilidad fueron: 1.- Test de Calidad global de la prueba registrado por el espirómetro basado en criterios específicos para preescolares (ERS/ATS 2007). 2.- Inicio del test: medido por el volumen extrapolado (BEV), y el tiempo para alcanzar el pico espiratorio máximo (PEFT). 3.- Tiempo espiratorio forzado (TEF) 4.- Finalización de la maniobra forzada, expresada como el volumen en el punto en que cesa el flujo espiratorio, medida en litros y en porcentaje del pico de flujo espiratorio (EOTV, EOTV %). Para valorar repetibilidad se calculó la variabilidad entre los dos mayores valores de CVF y VEF1 en valores absolutos y porcentulaes. **Resultados**: Se estudiaron 142 preescolares; se excluyeron 33 por no realizar las maniobras espirométricas aceptables. Se analizaron los datos de 109 niños, 56 varones (51,4%); edad media 5,12 +_ 0,64 años. De ellos, 63 (57,8%) lograron 3 maniobras aceptables y reproducibles (calidad A –B). El TEF promedio fue de 3,33 segundos (DE + 1,37) y el PEFT fue 94,04 miliseg. (DE + 24,54).El final de la maniobra espiratoria medido por el EOTV fue de 9 ml (DE + 1,7) y por el EOTV % fue de 0,45%. La repetibilidad en la CVF fue de 76,95 ml. (9,52 %) y en el VEF1 63,28 ml. (9%). **Conclusiones:** Es posible realizar la espirometría en preescolares, desde los 3 años, obteniéndose datos confiables (aceptables y reproducibles), confirmando la utilidad diagnóstica y de seguimiento desde etapas tempranas de la vida.

PO438 RELATO DE CASO: DOR TORÁCICA EM PEDIATRIA

MARÍLIA AIRES DE OLIVEIRA; VANESSA MACEDO SILVEIRA FUCK; ANA CAROLINA MONTEIRO CUNHA
HRAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DOR TORÀCICA; PEDIATRIA; TUMOR

Introdução: A queixa de dor torácica é freqüente em pediatria. Ao contrario do que acontece nos pacientes adultos, a dor torácica não é usualmente manifestação de cardiopatia ou outra doença orgânica significativa, então, quando o exame físico é normal, e a criança apresenta história de eventos traumáticos, muitas vezes a dor já é classificada de imediato como idiopática ou psicogênica, sem mais investigações. Paciente RSS, de 12 anos, sexo masculino, com queixa de dor torácica há 40 dias, contínua, de início súbito, ventilatório dependente, que cessa apenas com uso de analgésicos. Há 35 dias, procurou atendimento médico sendo diagnosticado mialgia, prescrito antiinflamatório oral, sem melhora do quadro. Há 20 dias iniciou quadro de febre, procurando novamente atendimento médico, submetido a Rx de tórax e diagnosticado PNM, sendo tratado com levofloxacino por 7 dias. Como não houve melhora do quadro, procurou novamente atendimento médico há 10 dias, com hipótese diagnóstica de obstipação intestinal e prescrito laxante oral, havendo melhora da dor em hemitórax esquerdo, porém com piora do lado direito. Antecedentes: previamente hígido; o pai foi assassinado há 2 anos e 7 meses, mãe relata que após tal episodio criança evoluiu com humor deprimido e ganho de peso acentuado. Exame físico: Bom estado geral, fácies de dor, respiração superficial, palidez cutâneo-mucosa discreta, sobrepeso (IMC: 28), não foram palpadas linfonodomegalias. Exame segmentar normal Rx de tórax: presença de opacidade projetada no terço médio do hemitórax direito, periférica, com bordas parcialmente infiltradas e de origem a esclarecer. Os exames laboratoriais normais Hipótese diagnóstica: Tratamento inadequado de PNM prévia? Derrame septado? Distúrbio neuro-vegetativo exacerbando quadro clínico? Criança foi internada, evoluiu alternando períodos de dor e humor deprimido, com episódios de euforia, sendo avaliado pela psicologia e recebendo diagnostico de estresse pós-traumático.Realizou tomografia de tórax, recebendo alta; orientado a resgatar resultado no retorno ambulatorial. No retorno, queixava de piora da dor, impossibilitado de sentar sozinho, humor deprimido, choro constante. Tomografia: lesão insuflante na região posterolateral de arco costal direito, provável sarcoma de Ewing Paciente foi encaminhado ao hospital de referencia em oncologia para prosseguir investigação e tratamento. **Conclusão:** Então, percebe-se que a queixa de dor torácica na população pediátrica é comum e necessita ser cuidadosamente avaliada. Mesmo sendo as etiologias mais comuns a idiopática e a psicogênica, geralmente a gravidade envolvida na maioria das possíveis causas orgânicas necessitam atenção, os pacientes com anamnese inespecífica e exame físico normal devem ser submetidos a radiografia de tórax e ECG, antes de diagnosticados com idiopáticos ou psicogênicos, e os pacientes com alguma alteração no exame devem serem prontamente referendados a investigação e tratamento específico.

PO439 DISSOCIAÇÃO CLINICO-RADIOLÓGICA EM PACIENTE COM CARCINOMA BRONQUÍOLO-ALVEOLAR – RELATO DE CASO

MATHEUS LEITE ROLIM MOREIRA; YURI DINIZ CAMPOS; ITATHIANA MARIA CUNHA BENTO DA SILVA; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA; TÚLIO ROCHA PETRUCCI; BENEDITO BRUNO DE OLIVEIRA; FERNANDO ANTÔNIO DE CARVALHO; CLÁUDIA ROLIM MOREIRA ROBERTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER; BRONQUÍOLO-ALVEOLAR; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Introdução: O carcinoma bronquíolo-alveolar é um tipo de carcinoma broncogênico de crescimento insidioso, que surge nas paredes das vias aéreas distais e se dissemina utilizando o septo alveolar como um estroma, preservando a arquitetura pulmonar. Corresponde de 2 a 4% das neoplasias pulmonares. Objetivo: Relatar o caso de um paciente portador de carcinoma bronquíolo-alveolar com intensa dissociação clinico-radiológica. **Métodos**: Coleta de dados dos prontuários do paciente no HULW/UFPB e Hospital Napoleão Laureano. **Relato de Caso:** Paciente de 64 anos, sexo masculino, aposentado (agricultura, fabricação de carvão, perfuração de poços), previamente hígido, procurou o serviço de infectologia com quadro de tosse seca e sialorréia há um ano. Negava febre, dispnéia, perda ponderal e hemoptise. Apresentava como antecedentes uma carga tabágica de 3 maços/dia, interrompidos ao início do quadro clínico; hábito de caçar tatus, e atividade anterior no fabrico de carvão e perfuração de poços. Estava no quinto mês do esquema I para tuberculose, introduzido empiricamente, sem melhora clínica ou radiológica. Exame físico: regular estado geral, eupnéico (FR:22irpm), corado, hidratado, afebril e pouco emagrecido. Não se observavam linfadenopatias. Ausculta respiratória com roncos e sibilos expiratórios difusamente. Saturação de O2 ao ar ambiente 96%. Hemoglobina: 16,5 g/dl; hematócrito: 50,9%; leucócitos: 8390/mm3; bioquímica, provas de função hepática e renal normais; T3, T4 e TSH normais; PCR<6mg/l; P.Anca 1/20, C.Anca não reagente; PPD 0mm; Baciloscopia negativa; cultura do escarro: Streptococcus alfa hemolyticum, Neisseriae catharralis; Espirometria: PEF (1/s)=39% (pre) e 47% (post), FEV1=46% (pre) e 48% (post); radiografia de tórax com velamento difuso em ambos hemitóraces; TC do tórax com opacidades parenquimatosas nodulares e infiltrativas, extensas e bilaterais, com formação abscedada no lobo inferior direito e consolidação homogênea dos lobos superior esquerdo e língula, compatíveis com pneumopatia inflamatória crônica. Lavado bronco alveolar com cultura negativa para M.tuberculosis, fungos e citologia negativa para células neoplásicas. Biópsia transbrônquica inconclusiva, por inviabilidade da amostra. Programada mini-toracotomia para biópsia de lesão. No primeiro dia pós-operatório o paciente evoluiu com insuficiência respiratória, indo a óbito. Biópsia de lesão confirmou carcinoma bronquíolo-alveolar mucinoso bem diferenciado. **Conclusão**: O carcinoma bronquíolo-alveolar é um tipo de adenocarcinoma raro que deve ser lembrado no diagnóstico diferencial das pneumonias e pneumopatias oportunistas, principalmente naquelas que não respondem ao tratamento com antimicrobiano. Seu diagnóstico precoce é importante para reduzir a mortalidade ou aumentar a sobrevida dos pacientes por ele acometidos.

PO440 METÁSTASE PULMONAR EM PACIENTE COM LINFOMA DE AMÍGDALA – RELATO DE CASO

MATHEUS LEITE ROLIM MOREIRA; FERNANDO ANTÔNIO DE CARVALHO; CLÁUDIA ROLIM MOREIRA ROBERTO; PEDRO RIBEIRO NETO; JOSÉ LUCAS DE CARVALHO; THIAGO MORAES DE GUEDES
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: METÀSTASE; LINFOMA; AMÍGDALA

Introdução: Os tumores amigdalianos são doenças raras, no entanto, abrangem uma diversidade de lesões, tanto neoplásicas quanto inflamatórias. Estatisticamente, cerca de 75% dos tumores desse órgão são lesões malignas. A sintomatologia é vaga e tem um curso insidioso o que dificulta o diagnóstico precoce. Os principais fatores de risco para neoplasias amigdalianas são sexo masculino e tabagismo. **Objetivos**: relatar o caso de uma paciente portadora de linfoma de tonsila palatina, que evoluiu, no curso da doença, com metástase pulmonar. MATERIAL E **Métodos**: coleta de dados do prontuário número 116805 do Hospital Napoleão Laureano. **Resultados**: MJS, 32 anos, sexo feminino, casada, empregada doméstica, procurou o serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Napoleão Laureano, com quadro de odinofagia há cerca de 7 meses. A paciente não apresentava antecedentes de tabagismo, nem história familiar de neoplasias. Até a primeira consulta no serviço, havia sido medicada com anti-inflamatórios e penicilinas, repetidamente, sem, no entanto, obter melhora clínica definitiva. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, corada, hidratada, afebril, eupnéica, emagrecida; adenopatia submandibular direita, dura, indolor, aderida aos planos profundos; cavidade oral com tonsila palatina direita apresentando tumoração, algo dolorosa ao toque, sem outros sinais flogísticos. Realizada biópsia excisional de tonsila palatina cujo anátomo- patológico evidenciou doença linfoproliferativa. Rotina de estadiamento para linfoma não encontrou outro sítio acometido, classificado como estadio IA. Realizado quimioterapia CHOP. No seguimento, 4 anos após término da quimioterapia, a paciente evoluiu com tosse seca. Radiografia simples e tomografia computadorizada (TC) de tórax mostravam nódulo pulmonar solitário em lobo inferior esquerdo, sem indícios de acometimento linfonodal. TC de coluna cervical mostrava processo expansivo em região cervical direita. TC de abdome e crânio normais. Realizada segmentectomia e biópsia de peça cirúrgica confirmou recidiva. Paciente veio a óbito no sexto mês pós segmentectomia. **Discussão**: Como em todo órgão, um aumento de volume ou tumor de amígdalas pode corresponder a uma diversidade de patologias, benignas ou malignas e o diagnóstico precoce de tais lesões podem aumentar chance de cura de tais pacientes. Neste caso, o fato de a paciente não apresentar fatores de risco para linfoma de amígdalas torna o diagnóstico de malignidade menos suspeito, retardando o diagnóstico.

PO441 CÂNCER DE MAMA MASCULINO COM METÁSTASE PULMONAR – RELATO DE CASO

MATHEUS LEITE ROLIM MOREIRA; CLÁUDIA ROLIM MOREIRA ROBERTO; FERNANDO ANTÔNIO DE CARVALHO; JOSÉ LUCAS DE CARVALHO; RODRIGO RODRIGUES CAVALCANTE LEITE; LONARDO RODRIGUES COURA; YURI DINIZ CAMPOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MAMA; PULMÃO; METÀSTASES

Introdução: O câncer de mama masculino é uma doença rara, responsável por menos de 1% de todas as neoplasias neste sexo e representa apenas 0,1% das mortes por câncer no homem. É raro seu desenvolvimento antes dos 30 anos e a idade de seu diagnóstico é por volta dos 60 anos. A etiologia ainda é desconhecida, mas distúrbios na regulação estrógeno-testosterona parecem ter um papel relevante. **Objetivos**: Relatar o caso de um paciente do sexo masculino, portador de câncer de mama, que evoluiu com metástase pulmonar. **Material e Métodos**: Coleta de dados do prontuário 95429 do Hospital Napoleão Laureano. **Resultados**: EVS, 51 anos, masculino, negro, compareceu ao ambulatório de Mastologia do Hospital Napoleão Laureano, referindo surgimento de nódulo em mama D há cerca de 2 meses. Negava tabagismo, etilismo, bem como casos de câncer de mama na família. Ao exame físico, nódulo em mama direita medindo cerca de 2 cm, duro e indolor, axilas livres. Radiografia simples de tórax normal; ultra-sonografia de abdome normal; CEA e PSA normais. Paciente foi submetido a biópsia da lesão que evidenciou adenocarcinoma ductal invasivo. Realizada mastectomia direita com esvaziamento ganglionar, cuja biópsia revelou carcinoma ductal infiltrante pouco diferenciado, grau III de Richardson- Bloom, grau nuclear 3 de Fisher com extensão para pele mamilar. Biópsia de linfonodos não revelou malignidades. Realizada quimioterapia adjuvante com ciclofosfamida, adriamicina e 5-fluoruracil. Paciente obteve alta com tamoxifeno. No seguimento da doença, 67 meses após a mastectomia, radiografia de controle evidenciou nódulo pulmonar em lobo inferior direito. Tomografia computadorizada, sem adenomegalias. Realizada lobectomia, cuja biópsia evidenciou adenocarcinoma metastático. Realizado seguimento trimestral, paciente involui no quinto mês após lobectomia com dispnéia e linfadenopatias inguinais. Radiografia de tórax mostra derrame pleural e ultra-sonografia de abdome mostra alça intestinal com processo expansivo, linfonodo metastático e derrame pleural à direita. Paciente veio a óbito 3 meses depois. **Discussão:** O câncer de mama no sexo masculino é uma entidade incomum, no entanto, deve ser incluso no diagnóstico diferencial de nódulos mamários, principalmente em indivíduos com fatores de risco para a doença. O diagnóstico precoce e um tratamento adequado diminui mortalidade e pode aumentar a sobrevida desses pacientes.

PO442 SARCOMA DE ALTO GRAU DE PAREDE TORÁCICA EM PACIENTE COM DOENÇA DE VON RECKLINGHAUSEN

MATHEUS LEITE ROLIM MOREIRA; CLÁUDIA ROLIM MOREIRA ROBERTO; FERNANDO ANTÔNIO DE CARVALHO; JOSÉ LUCAS DE CARVALHO; RODRIGO RODRIGUES CAVALCANTE LEITE; DAVID PAES DE LIMA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOMA; NEUROFIBROMATOSE; CIRURGIA

Introdução: Os sarcomas são as lesões malignas mais freqüentes da parede torácica, mas quando considerados por tipo histológico são bastante incomuns. O grau de diferenciação desses tumores assumem importância, visto que as metástases são mais comuns nos tumores com maior grau de diferenciação. A maioria dos sarcomas ocorre nas extremidades, apenas 6% são primários da parede torácica. A taxa de sobrevida em cinco anos para pacientes com sarcoma de baixo grau é inferior a 50%. **Objetivos**: Relatar o caso de uma paciente com doença de Von Recklinghausen que apresentou sarcoma de alto grau em parede torácica posterior. **Material e Métodos**: análise e coleta de dados do prontuário 42671 do Hospital Napoleão Laureano. **Resultados**: IAF, 27 anos, negra, estudante, não tabagista, referindo dor torácica em região interescapular há cerca de 3 meses. A paciente é portadora de neurofibromatose 1, e tem como antecedentes excisão de neurofibromas e radioterapia. Radiografia simples de tórax mostrava massa em hemitórax direito, posteriormente, sem aparente comprometimento pulmonar à radiografia em perfil. Tomografia computadotizada (TC) evidenciou massa heterogênea em região posterior de hemitórax direito, destruindo arcos costais posteriores estendendo-se para corpos vertebrais e musculatura para-vertebral, nódulo paratraqueal superior direito e espessamento pleural à direita. TC de abdome normal. Radiografias de extremidades normais. Biópsia incisional de lesão revelou neoplasia mesenquimal de padrão fusocelular de alto grau histológico compatível com sarcoma de alto grau, estadio IV B. Realizada quimioterapia com adriamicina e ifosfamida e posterior ressecção de lesão, com quimioterapia neoadjuvante. Margens de peça cirúrgica encontravam-se livres de neoplasia. Seguimento da paciente de 3 em 3 meses revelou nódulos pulmonares difusos. A paciente veio a óbito no 18o mês pós- operatório. **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. O prognóstico está relacionado ao grau de diferenciação e presença de metástases no momento da apresentação. A neurofibromatose 1 é fator de risco para neurofibrossarcomas, no entanto não se observa nestes pacientes predisposição para sarcoma de partes moles.

PO443 TUMOR GLÔMICO DE PULMÃO – RELATO DE CASO

MATHEUS LEITE ROLIM MOREIRA; CLÁUDIA ROLIM MOREIRA ROBERTO; FERNANDO ANTÔNIO DE CARVALHO; JOSÉ LUCAS DE CARVALHO; THIAGO MORAES DE GUEDES; DAVID PAES DE LIMA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR; GLÕMICO; PULMÃO

Introdução: Os tumores glômicos são tumores incomuns que surgem primariamente na derme e tecido subcutâneo, notadamente nas extremidades. Os corpos glômicos são compostos de células musculares lisas que, acredita-se, estão envolvidas na termorregulação. Ocasionalmente, podem ocorrer em sítios extracutâneos como trato gastrointestinal, ovário, colo uterino, osso ou mediastino, no entanto, tumores glômicos do trato respiratório são

extremamente raros. São geralmente benignos e devem ser classificados de acordo com a abundância relativa de células glômicas, do componente vascular e muscular. **Objetivos**: relatar um caso de tumor glômico em parênquima pulmonar. **Material e Métodos**: análise de prontuário. **Resultados**: Paciente de 69 anos, sexo masculino, branco, não tabagista, referindo tosse há cerca de 3 meses associada a dor torácica de pequena intensidade que aliviava com analgésicos comuns. Negava febre, dispnéia, hemoptóicos, perda de peso. Exame segmentar normal. Radiografia e Tomografia computadorizada de tórax mostravam nódulo pulmonar isolado em lobo inferior esquerdo, sem linfadenopatias. Realizada mini- toracotomia lateral com segmentectomia. Biópsia de lesão evidenciou tumor glômico, sem atipias celulares. Seguimento do paciente sem recidivas. **Discussão:** A raridade dos tumores glômicos torna seu diagnóstico difícil, principalmente quando se trata de lesões pulmonares, no entanto, eles devem ser inclusos no diagnóstico diferencial de tais lesões.

PO444 SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO

MATHEUS LEITE ROLIM MOREIRA; CLÁUDIA ROLIM MOREIRA ROBERTO; LONARDO RODRIGUES COURA; PEDRO RIBEIRO NETO; CONSTANTINO GIOVANNI BRAGA CARTAXO; LÍVIA MERIA SALES DANTAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DISCINESIA CILIAR; KARTAGENER; DEXTROCARDIA

Introodução: A discinesia ciliar primária (DCP) pertence a um pequeno grupo de doenças genéticas que seguem um padrão de herança autossômica recessiva. Os primeiros casos de DCP foram relatados por Siewert, em 1904, e por Gunther, em 1923, e foram descritos bronquiectasias e situs inversus. Posteriormente, em 1933, Kartagener descreveu a tríade composta por dextrocardia, rinossinusopatia crônica e bronquiectasia como uma entidade clínico-patológica distinta. Kartagener deu ênfase ao caráter familiar e hereditário desta síndrome, leva seu nome, síndrome de Kartagener (SK). A incidência de DCP varia de 1:20.000 a 1:60.000 em nascidos vivos, com base em diversos estudos populacionais. **Objetivo**: relatar o caso de um paciente portador de SK atendido no ambulatório de Pneumologia Infantil, que evolui satisfatoriamente com o uso de β2 agonistas e corticosteróides e fisioterapia, com diminuição de morbidades. **Material e Métodos**: coleta de dados do prontuário 44239 do Hospital Clementino Fraga. **Resultados**: ASM, masculino, 14 anos, estudante, com quadro de tosse crônica há cerca de 2 anos, contato de tuberculose (o pai). Antecedentes patológicos apresentavam vários tratamentos para pneumonia, com necessidade de internamento, e um episódio de derrame pleural extenso, sem necessidade de toracotomia com drenagem fechada. Ao exame físico, bom estado geral, emagrecido, afebril, hipocorado. Exame do aparelho respiratório com sibilos difusamente. Radiografia simples de tórax evidenciava dextrocardia e infiltrados em base esquerda, compatíveis com bronquiectasias, confirmadas pela tomografia computadorizada de tórax. Espirometria revelou distúrbio respiratório misto. Baciloscopia do escarro e cultura negativas para M. tuberculosis; anti-HIV I e II negativos. O paciente foi tratado como pneumonia comunitária e, durante seguimento pós-alta, passou a ser medicado com formoterol e budesonida e fisioterapia respiratória ambulatorialmente. O paciente não apresentou maiores intercorrências após controle rigoroso dos fatores ambientais, medicação inalatória e tratamento fisioterápico. **Conclusão**: Apesar de ser doença muito incomum, a SK deve ser incluída como diagnóstico diferencial nos casos de pneumopatias de repetição. A antibioticoterapia criteriosa reduz morbidade e o tratamento de suporte com fisioterapia respiratória, β2 agonistas e corticosteróides prolongam o tempo livre de crises.

PO445 INCIDÊNCIA DO USO HABITUAL DE DROGAS E SUA RELAÇÃO COM O RESULTADO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL-ESCOLA NA CIDADE DE SÃO PAULO

MAURO GOMES; JULIA MARIA OLSEN; JULIO CESAR RIGHI BERSÉLLI
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; DROGAS; ALCOOLISMO

Introdução: A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa que acomete principalmente os países em desenvolvimento e é responsável por alta morbimortalidade no mundo, representando um grande problema de saúde pública. Atualmente os maiores obstáculos para sua cura são a interrupção e o abandono do tratamento, relacionados com o uso de álcool e drogas, a existência dos bacilos multi-resistentes e a co-infecção com o HIV. A avaliação destas barreiras para a cura é fundamental, pois permite a definição de medidas que promovam maior controle e menor gasto com a doença. **Objetivos:** Determinar a incidência de uso habitual de drogas nos pacientes atendidos no Ambulatório de Tuberculose da Clínica de Pneumologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo/SP e sua relação com o tratamento da tuberculose. **Métodos:** Estudo retrospectivo de todos os pacientes tratados por tuberculose no Ambulatório de Tuberculose da Clínica de Pneumologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo/SP, no período de Março de 2001 a Dezembro de 2006, com análise dos dados referentes ao sexo, idade, raça, antecedente de etilismo, de tabagismo e de uso de outras drogas, forma da doença, tratamento realizado e evolução. Foi realizada análise descritiva dos dados, utilizando o teste do qui-quadrado, considerando-se significante $p<0,05$. **Resultados:** Foram incluídos 340 pacientes, sendo 146 (42,9%) do sexo masculino e 194 (57,1%) do sexo feminino. A idade variou entre 13 e 92 (média 39, mediana 37, desvio padrão 15,5); quanto à raça, 151 (55,6%) eram brancos e 189 (44,4%) não brancos. Do total, 145 (42,5%) tinham algum vício entre tabaco, álcool ou demais drogas; 195 (57,5%) não tinham nenhum vício relatado. A forma pulmonar da doença foi correlacionada ao tabagismo, independente da utilização de outras drogas conjuntamente ($p=0,041$). A forma extrapulmonar foi correlacionada aos doentes sem a presença de algum vício ($p=0,037$). A freqüência da lesão do tipo cavidade foi significativa nos pacientes com algum vício ($p=0,003$) independentemente de qual seja. Ocorreu a cura em 79,4% doentes, abandono em 15,6%, transferência em 3,8%, falência do tratamento em 0,6%, óbito em 0,6%. Houve correlação entre cura e ausência de vícios ($p=0,013$). O abandono do tratamento foi correlacionado à presença de algum vício ($p=0,011$), ao uso exclusivo de álcool ($p=0,011$) e ao uso de álcool e tabaco conjuntamente ($p=0,005$). **Conclusões:** A incidência do uso de algum tipo de droga no ambulatório de Tuberculose da Clínica de Pneumologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo foi de 42,5%. A forma pulmonar da doença foi correlacionada ao tabagismo, enquanto as formas extrapulmonares aos doentes que não possuíam nenhum vício. A doença pulmonar cavitária e abandono do tratamento foram correlacionados com a presença de algum tipo de uso de drogas, sendo o álcool o principal.

PO446 OMALIZUMABE: REAÇÃO ANAFILÁTICA TARDIA

MAURO GOMES[1]; ROBERTO STIRBULOV[2]; ANGELA HONDA*[3]; VALERIA CRISTINA MARTINS[4]; RAFAEL FARACO RODRIGUES[5]; RODRIGO RUSSO[6]; DANIELA LIMA OGAWA[7]; NELSON XAVIER SOARES JUNIOR[8]
1.SANTA CASA SÃO PAULO ; HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,4,5,6,7.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA SANTA CASA DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.PNEUMOLOGISTA CONSULTORA CIENTÍFICA DA NOVARTIS, SAO PAULO, SP, BRASIL; 8.HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ANAFILAXIA; OMALIZUMABE; ASMA DIFICIL CONTROLE

Aproximadamente 5% dos indivíduos com asma apresentam a característica de ser de difícil controle, com a possível indicação de omalizumabe. O omalizumabe é um anticorpo monoclonal recombinante humanizado específico, cuja característica é inibir a ligação da IgE com o seu receptor de alta afinidade, inibindo a broncoconstrição induzida por alérgeno nas fases precoce e tardia da inflamação e conseqüente redução da hiper-responsividade das vias aéreas. **Relato de Caso:** M.F.L.G, 57 anos, natural de Portugal e procedente de São Paulo (há 47 anos), com asma desde a infância, evoluindo como grave há 7 anos. Estão associadas doença do refluxo gastroesofágico, rinite e conjuntivite alérgica. Há 8 meses em uso regular de Seretide 50/500mcg 12/12h; Prednisona 10mg/dia; Singulair/10mg dia; Budesonida nasal 64mcg 12/12h; omeprazol 80mg/dia e, mesmo assim, apresentava necessidade de fazer uso da medicação de resgate cerca de 6 vezes por semana, principalmente à noite. Prova de função pulmonar demonstrando um distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com variação pós uso de broncodilatador. Ig E = 546,8 UI/ml; Peso=70Kg. Questionários de qualidade de vida: ACT=06; AQLQ=55. Optado por introduzir omalizumabe (375 mg SC/15 dias). Após início do Omalizumabe evoluiu com melhora respiratória, retirada do corticóide sistêmico, uso eventual da medicação de resgate ,demonstrado através de aumento progressivo na pontuação dos questionários : controle de asma (ACT: 5-10-16-20) e qualidade de vida (AQLQ: 46-50-77-77). Após 48h da terceira aplicação, a doente referiu prurido com irritação na garganta, o que não se repetiu nas aplicações seguintes. Uma semana após a sétima aplicação apresentou mal estar com irritação da garganta e extensa erupção cutânea urticariforme em tronco e membros superiores e inferiores, acompanhada de edema de pálpebras e lóbulos de orelha. Necessitou de passagem pelo serviço de emergência com

uso de corticoterapia sistêmica, com reversão total do quadro. **Conclusão**: As reações anafiláticas ao uso do omalizumabe são raras e geralmente ocorrem nas primeiras horas após a aplicação da medicação e após as primeiras aplicações. Reações anafiláticas tardias são extremamente raras e pouco registradas na literatura. Alertamos quanto à necessidade de se observar mais atentamente o doente após a aplicação de Omalizumabe em função da possibilidade da ocorrência de reações tardias. *A NOVARTIS não colaborou financeiramente para a realização desse relato.

PO447 PNEUMONIA LIPOÍDICA EM \"ENGOLIDOR DE FOGO\"

MAURO GOMES[1]; DANIELA LIMA OGAWA[2]; RODRIGO RUSSO[3]; RAFAEL FARACO RODRIGUES[4]; JOSE GUSTAVO BARIAN ROMALDINI[5]; VERA LUIZA CAPELOZZI[6]; NELSON XAVIER SOARES JUNIOR[7]; LUIS CARLOS LOSSO[8]

1,2,3,4,5.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 6.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 7,8.HOSPITAL SAMARITANO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA LIPOÍDICA; ENGOLIDOR FOGO; HIDROCARBONETOS

Introdução: Pneumonia lipóide decorre da aspiração contínua de substâncias lipídicas presentes geralmente no óleo mineral utilizado no tratamento da constipação intestinal. Mais raramente é descrito pela aspiração acidental de misturas hidrocarbonadas, como nos engolidores de fogo. **Relato de Caso:** Homem, 22 anos, tabagista (08 anos/maço), atuava como engolidor de fogo desde adolescência, com 2 episódios prévios de pneumotórax espontâneo e pleurodese à esquerda em decorrência disso. Relatava febre, dor torácica e abdominal há uma semana e tosse seca há um dia. Apresentava-se febril (38°C), estável hemodinamicamente, eupneico, Sat O2=97%. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Palpação de abdome doloroso em flanco esquerdo, baço percutível no espaço de Traube. Exames laboratoriais mostravam VHS: 54 mm/h, PCR: 120 mg/l, leucócitos: 10.840/µL (linfócitos 710/µL). Restante dos exames bioquímicos sem alterações e sorologia anti-HIV negativa. Raio-X de tórax com opacidades nodulares bilaterais, predominando na região para-hilar direita e no terço inferior do pulmão esquerdo. TCAR de tórax revelou consolidações pulmonares bilaterais de predomínio nas bases, uma maior em região peri-hilar à direita com intensa área de necrose em seu interior; opacidades em vidro fosco ao redor das lesões do lobo inferior esquerdo. Introduzido ceftriaxone e claritromicina pelo serviço de emergência, sem melhora. Como persistiram os sintomas, foi realizada broncofibroscopia sem evidência de lesões. LBA demonstrou a presença de 99% de macrófagos com pesquisa de gordura positiva no seu interior (1 – 2%). Realizada biópsia pulmonar por videotoracoscopia cujo anatomopatológico revelou bronquiolite necrotizante associada à pneumonia lipídica, compatível com pneumonite em pirofágicos conseqüente à aspiração de hidrocarbonetos. **Conclusão:** Os líquidos hidrocarbonados de cadeia leve geralmente possuem baixa toxicidade. Em casos raros, a aspiração incidental leva a graves conseqüências como pneumonite, edema pulmonar e hemorragia. A extensão do dano celular depende ainda do tipo dos componentes da mistura (ex. óleo) e da quantidade aspirada. Os episódios de pneumotórax ocorridos em nosso paciente provavelmente foram complicações decorrentes de repetidas microaspirações dessas soluções. Como até então não havia sido feita essa associação causal, ele continuava a se expor a esse fator vindo a apresentar uma complicação aguda de uma aspiração maciça com dano alveolar, necrose de parênquima e infecção bacteriana secundária. Como a grande maioria dos casos de pneumonia lipóide acomete crianças e idosos, especialmente aqueles com doenças neurodegenerativas, quando nos deparamos com um jovem saudável sem nenhuma doença associada, o diagnóstico se torna um desafio. Não podemos esquecer que, apesar de rara, esta é uma doença grave e potencialmente fatal, sendo obrigatória uma anamnese adequada e sua correlação com achados clínicos e radiológicos.

PO448 MICOBACTERIOSE POR M. MASSILIENSI

MAURO GOMES[1]; RAFAEL FARACO RODRIGUES[2]; RODRIGO RUSSO[3]; DANIELA LIMA OGAWA[4]; JORGE ETHEL FILHO[5]; NELSON XAVIER SOARES JUNIOR[6]; VALERIA CRISTINA MARTINS[7]; JOSE GUSTAVO BARIAN ROMALDINI[8]

1.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA SANTA CASA DE SAO PAULO ; HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4,5,7,8.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA SANTA CASA DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 6.HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MICOBACTERIOSE; M.MASSILIENSI; MNTB

Introdução: As micobactérias não-tuberculosas (MNTB) são conhecidas desde a década seguinte ao descobrimento do M.tuberculosis por Robert Koch. A princípio não foram consideradas patogênicas para o homem, idéia que se modificou após o surgimento de casos de doenças causadas por elas. São encontradas no solo, na água e em membranas mucosas de indivíduos sadios. Algumas são consideradas como de crescimento rápido (M.fortuitum, M. massiliensi, M. abscessus) e podem ser contaminantes de medicamentos injetáveis, artigos e dispositivos para saúde, sendo potenciais agentes etiológicos de infecções hospitalares. **Relato de caso**: M.N.P.V., fem., 79 anos, branca, aposentada, com quadro de tosse produtiva e dispnéia aos mínimos esforços há 15 dias. Refere internações pregressas em outros serviços com o mesmo quadro, sendo que há 5 anos foi-lhe dito ter "bronquiolite". Ex-tabagista 30 a/m e em uso de salmeterol/fluticasona 50/500mcg-12/12h. Ao exame: REG, corada, cianose de extremidades, SatO2=87% em ar ambiente. AR: sibilos e roncos disseminados, com predomínio nos 2/3 inferiores bilateralmente. Espirometria com DVO moderado com redução da CVF sem resposta ao broncodilatador. TCAR com múltiplos nódulos com distribuição randômica, alguns centrolobulares e bronquiectasias. Provas para colagenose negativas. IgE:23. Broncoscopia normal com LBA com cultura quantitativa, pesquisa de BAAR e fungos, negativas. AP de biópsia transbrônquica: doença bronquiolocêntrica compatível com DRGE. Evoluiu com melhora após tratamento broncodilatador, corticóide sistêmico e inalatório, omeprazol 80mg/dia e medidas anti-rge. Após 1 mês reinternou duas vezes com quadro clínico semelhante, sendo que na última vez evoluiu com insuficiência respiratória, necessitando VM prolongada e traqueostomia. Cultura do LBA realizado anteriormente revelou Mycobacterium massiliensi, confirmado em novo LBA. Iniciado Tigeciclina 100mg/d (mantido por 3 meses), claritromicina-1,0g/d (1 ano) e amicacina inalatória-250mg/d (1 ano), com alta hospitalar após 1 mês. Apresentou melhora clínica em 1 ano de observação, com regressão importante do quadro obstrutivo e das lesões tomográficas, sem novas internações no período e com culturas negativas para micobactérias. Permanece em uso de antibióticos, com perspectiva de 18-24 meses de tratamento. **Conclusão**: MNTB de crescimento rápido podem ser agentes de infecção pulmonar em bronquiectasias e em fibrose cística, além de poder também ocorrer após procedimentos invasivos.É fundamental identificar a espécie através de técnicas moleculares de tipagem de microorganismo,assim como a sensibilidade ao antibiograma,para um tratamento correto.Acreditava-se que o M.massiliensi seria uma mutação ou subespécie de M.abscessus; recentemente foram consideradas espécies diferentes devido á seqüência dos genes rpoB e hsp65 presentes na primeira. Apesar da baixa mortalidade, o tratamento por essa espécie é difícil, pois há poucas opções terapêuticas e com baixo nível de evidência.O tratamento se baseia em macrolídeo, podendo-se utilizar conjuntamente Amicacina inalatória (15mg/Kg/dia), com bons resultados.A escolha dos antibióticos em nosso caso se deu baseado no teste de sensibilidade realizado.Quanto à esterilização dos materiais, deve ser realizada em glutaraldeído por no mínimo 8 horas,ou autoclave, para se evitar infecções nosocomiais.

PO449 RELATO DA EXPERIÊNCIA DA LIGA ACADÊMICA DO PULMÃO EM CAMPANHAS REALIZADAS EM CIDADES DO INTERIOR DO ESTADO DE GOIÁS

MAYARA COUTO SARDINHA; MARCELO FOUAD RABAHI; UBIRATAN DA CONCEIÇÃO SEIXAS JUNIOR; ELIANE CONSUELO ALVES RABELO; JOÃO AUGUSTO R. R. AZEVEDO; TIAGO MARINHO ALMEIDA NOLETO; THIAGO FINTELMAN PADILHA; HEITOR ALVES ROCHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; DPOC; CAMPANHAS

Introdução: A Liga Acadêmica do Pulmão (LAPu) é um projeto de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e como tal visa

articular o ensino e a pesquisa na área da pneumologia e sua integração com a sociedade. Um dos temas centrais das atividades desenvolvidas pela LAPu é o tabagismo, considerado uma doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e uma das principais causas de morte evitável no mundo. Dentre as suas conseqüências está a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doença prevenível e tratável, causada principalmente pela exposição ao tabagismo. **Objetivos**: Descrever o perfil dos indivíduos atendidos pela LAPu em campanhas realizadas em duas cidades do interior do estado de Goiás: Pirenópolis e Piracanjuba. **Métodos**: As atividades foram voltadas para tabagistas ou ex-tabagistas, maiores de 40 anos. Foram feitas as aplicações de uma ficha com dados sócio-demográficos, de um questionário desenvolvido pela GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) para o rastreamento de DPOC e da Escala de Fagerström para avaliação da dependência à nicotina (aplicada apenas aos tabagistas) e os indivíduos foram submetidos à espirometria. Ao final, realizou-se a conscientização individual antitabagismo. **Resultados**: A população estudada foi de 25 (45,5%) homens e 30 (54,5%) mulheres cuja idade média foi 56,2 anos (± 11,7). Trinta indivíduos (54,5%) tabagistas e 25 (45,5%) ex-tabagistas. Dos tabagistas, 16 (53,3%) foram do sexo feminino. O tempo médio de tabagismo foi de 34,5 anos (±15,7) sendo a média de cigarros fumados por dia de 13,2 (± 8,2). Na espirometria, 18 indivíduos (32,7%) apresentaram a relação VEF1/CVF < 70% (padrão de "screening" para DPOC). Destes, 5 (27,8%) apresentaram VEF1 ≥ 80% (DPOC leve), 11 (61,1%), 50% ≤ VEF1 ≤ 80% (DPOC moderada), 2 (11,1%), 30% ≤ VEF1 < 50% (DPOC grave). Pelo questionário GOLD, 36 indivíduos (65,5%) apresentaram pontuação condizente com o diagnóstico de DPOC. Pela Escala de Fagerström, dos 30 tabagistas, 8 (26,7%) apresentaram dependência muito baixa, 6 (20%), baixa, 8 (26,7%), média, 5 (16,6%), elevada e 3 (10%), muito elevada. **Conclusão**: Houve uma maior participação de mulheres nas campanhas. O número de tabagistas superou o de ex-tabagistas, e dentre aqueles, observou-se uma maior freqüência do sexo feminino. Baseado no diagnóstico pela espirometria, a proporção de DPOC entre os fumantes avaliados mostrou-se mais elevada (32,7%) do que o esperado, segundo estudo PLATINO (15,8%). Quando avaliado o questionário GOLD houve uma freqüência maior da doença (65,5%). Com relação à Escala de Fagerström, observou-se uma maior freqüência de fumantes com dependências baixas ou médias, sendo as elevadas e muito elevadas menos freqüentes, sinalizando para a importância da abordagem cognitivo-comportamental na abordagem terapêutica do tabagismo. Programas de busca de doentes, visando à redução da DPOC na popu¬lação, podem ser úteis, principalmente se aliados a ações antitabágicas.

PO450 SARCOMA DE EWING COM FOCO PRIMÁRIO EM PULMÃO

CEZAR AUGUSTO DOS SANTOS; RODRIGO MIQUELANTI MELO; CARLOS HUMBERTO SILVA JUNIOR; MAÍRA FARIA BRAGA PIRES; FERNANDA ZANATA SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLANDIA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOMA TORÁCICO; SARCOMA EWING; NEOPLASIA PULMONAR

Introdução: A família de tumores de Ewing é dividida em Sarcomas de Ewing e Tumores Neuroectodérmicos Primitivos Periféricos. Estes são denominados Tumores de Askin quando acometem parede torácica. São neoplasias derivadas de células neuroectodérmicas primitivas, acometendo primariamente ossos e partes moles. Somente 8% dos sarcomas são de regiões extra-ósseas. São tumores de rápido crescimento e precoce metastatizaçao. A sobrevida em 5 anos para tumores extra-ósseos é aproximadamente 20 a 30%. **Objetivo:** relatar um caso de paciente com Sarcoma de Ewing primário do pulmão. **Métodos/Resultados**: apresentamos o caso clínico e a revisão da literatura realizada na base de dados PUBMED. Paciente J.B.R.F., 43 anos, branco, ex-tabagista há seis meses, iniciou com "pneumonias" de repetição há dois meses. Concomitantemente apresentava dispnéia, dor torácica, febre e emagrecimento de 5 Kg. À tomografia computadorizada foi evidenciada lesão expansiva em lobo médio não passível de biópsia transtorácica. Broncoscopia mostrava compressão extrínseca do brônquio do lobo médio. Não se chegou ao diagnóstico pré operatório. Paciente foi submetido a toracotomia com achado de grande linfonodo na junção das cissuras, o qual foi ressecado. Macroscopicamente era compatível com granuloma tuberculóide pela grande quantidade de secreção caseosa. Anatomopatológico, porém, evidenciou tratar-se de carcinoma epidermóide. Realizado então lobectomia média sem intercorrências. Estudo imunohistoquímico, entretanto confirmou tratar-se de sarcoma de Ewing/PNET (CD99 e vimentina positivo) e o paciente foi encaminhado para tratamento quimioterápico adjuvante. Tomografia de abdome evidenciou nódulos hipodensos nos segmentos sete e oito sugestivos de metástase hepática, não presentes no pré operatório. **Discussão:** Descrevemos uma rara apresentação do Tumor de Ewing/PNET. Na revisão literária encontramos somente 10 casos, com idades entre 8 a 67 anos, preferência pelo sexo masculino (7:3) e com seguimento por 3 a 24 meses. Todos foram igualmente submetidos a ressecção com ou sem quimioterapia associada ou não a radioterapia. Os melhores resultados foram obtidos com associação cirurgia/quimioterapia, atingindo sobrevida e tempo livre de doença de 22 e 24 meses. Conclusão: O Sarcoma de Ewing primário do pulmão é uma neoplasia rara e agressiva, assim como em outros sítios. O tratamento padrão ainda não foi estabelecido, mas relatos mostram melhor evolução de pacientes submetidos a ressecção e quimioterapia.

PO451 BRONQUIOLITE OBLITERANTE COM PNEUMONIA ORGANIZANTE LOCALIZADA

MELINE MARQUEZ DE SOUSA; DANILO MARTINS DE SÁ; DOUGLAS NUNES DE OLIVEIRA; RENATA RODRIGUES CATANI; ROGER CARDOSO MARTINS; JOSÉ EDUARDO LOBATO

UFU, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIOLITE OBLITERANTE E PNEUMONIA ORGANIZANTE; TABAGISMO; CANCER DE PULMÃO

O relato de caso refere-se a um paciente de 60 anos, do sexo masculino, natural de Baixo Grande, procedente de Uberlândia-MG. Trabalhou como motorista de caminhão por mais de 30 anos e atualmente é proprietário de uma mercearia. Começou a fumar cigarro artesanal aos 7 anos, até aos 20 e industrializado até aos 52, com média de 1,5 a 2 maços por dia. Relata ingestão diária de dois litros de bebida alcoólica fermentada durante 30 anos, tendo cessado juntamente com o tabagismo, há 6 anos. Há 3 anos, teve infarto do miocárdio, com implantação de stent. O paciente apresentava dispnéia crônica, sem outros sintomas, como tosse, chiados, expectoração. Em novembro de 2006, foi encaminhado ao HC/UFU com piora do quadro dispnéico, associado à tosse, expectoração e dor torácica, sem febre, hemoptise ou emagrecimento. A radiografia de tórax de 30/10/2006 apresentava opacidades reticulares irregulares em lobo superior do pulmão direito. Exames radiográficos anteriores, de 2004, mostravam hiperinsuflação pulmonar, sem outras alterações. A espirometria mostrou Distúrbio Ventilatório Obstrutivo moderado (DVOM), com resposta ao broncodilatador, sem alterar o nível de gravidade. A tomografia computadorizada de tórax mostrava área de opacificação com contornos indistintos, localizada em lobo superior direito, com retração de parênquima; e sinais de hiperinsuflação pulmonar e bolhas enfisematosas predominante em lobo superior direito. A ultrassonografia abdominal evidenciou cistos simples em ambos os rins. Foi medicado com broncodilator e corticosteróide inalatórios. Em janeiro de 2007, o paciente foi submetido à toracotomia, onde foram retirados os linfonodos 4l e 7l e o lobo superior direito, que foram encaminhados para análise histo-patológica. O laudo mostrou gânglios mediastinais com antracose e hiperplasia linfóide reacional de padrão misto, sem sinais de malignidade. O lobo pulmonar apresentava área irregular, pardo-acinzentada e varias bolhas de tamanhos variados. Na microscopia, havia a presença de "pólipos" de tecido de granulação no interior de bronquíolo e espaços aéreos peribronquiolares, constituídos por fibroblastos e miofibroblastos, com alguns linfócitos e plasmócitos de permeio, caracterizando o diagnóstico de Pneumonia Organizante localizada. No sexto dia pós-operatório, o paciente recebeu alta hospitalar e retornou ao ambulatório 10 dias após, com dispnéia e dor em região da cirurgia. Ao exame físico, estava em bom estado geral, murmúrio vesicular fisiológico normalmente distribuído, sem ruídos adventícios. Não se indicou corticoterapia sistêmica, pois considerou-se a lobectomia também terapêutica. Após 7 meses, foi realizada nova espirometria, que evidenciou DVO grave, com resposta ao broncodilatador e mudança do nível de gravidade para moderado. O paciente continua em acompanhamento e vem mantendo-se bem.

PO452 ESTUDIO INTERNACIONAL Y OBSERVACIONAL PARA EVALUAR MANEJO ACTUAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEUMONIA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD

GONZALO AIELLO; MERCEDES ARCAUS; ANDREA SAN MARTIN; CLAUDIA BENTANCOR; GUILLERMO CREVOISSIER
CATEDRA DE NEUMOLOGIA, MONTEVIDEO, URUGUAI

PALAVRAS-CHAVE: NEUMONIA; NIVEL DE CUMPLIMIENTO; DE LAS GUIAS INTERNACIONALES

Introducciòn: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección muy común y representa una causa muy común de mortalidad a escala mundial. En un intento de mejorar el pronóstico de los pacientes, organizaciones nacionales de varios países han desarrollado guías para el manejo de los pacientes con NAC. Las primeras guías fueron publicadas por la Sociedad Americana De Tórax(1) en 1993. y Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas.(2) La premisa durante la creación de un documento guía es que la diseminación de las mismas alterará, el manejo actual de pacientes con NAC y estará en conformidad con las normas recomendadas por las guías nacionales . Debe ser reconocido que el manejo de los pacientes fuera de las recomendaciones de las guías no necesariamente indica pobre cuidado del paciente. Si existe variación, es necesario conocer si la misma debe ser considerada clínicamente justificada o injustificada. La identificación de una variable injustificada es importante para desarrollar e implementar programas educacionales específicos u otra herramienta necesaria con el objetivo de dirigir al médico tratante local más cerca de la práctica recomendada por las guías nacionales. **Objetivo:** Se evaluaron el nivel de cumplimiento de las guías internacionales para el manejo de los pacientes hospitalizados por NAC, tomando como referencia las guías citadas. El nivel de cumplimiento de las guías recomendadas para el cuidado de los pacientes hospitalizados con NAC se pueden clasificar: -óptima > 90%; -intermedio 50-90 %; -baja < 50%. Para definir el corriente nivel de cumplimiento realizamos un segundo análisis de base de datos del CAPO de un total de 3062 pacientes. **Resultados**: A -nivel optimo: 1 necesidad de hospitalización (97 %), 2 administración oxígeno (94 %) B- nivel intermedio: 1 tratamiento empírico (83%) 2 antibióticos dentro de las 8 horas (71 %), 3 terapia switch (60 %), 4 alta hospitalaria (50 %); C - nivel bajo: 1 cese hábito tabáquico (25 %), 2 administración vacuna influenza (17 %), 3 administración vacuna antineumocócica (12 %). **Conclusiones:** Nuestros datos indican un bajo nivel de adhesión al cumplimiento de las recomendaciones para la prevención de NAC. Conociendo dichos niveles en relación con las recomendaciones , es crítico el desarrollo de herramientas locales, a los efectos de acercarnos a niveles óptimos. 1) Niederman MS, Bass JB, Campbell GD, et al. Guidelines for the initial management of adults with community – acquired pneumonia: Diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. Am Rev Respir Dis 1993; 148: 1418 – 1426. 2) Barlett JG, Breiman RF, Mandell LA, File Jr TM. Community – acquired pneumonia in adults: guidelines for management. Clin Infect Dis 1998; 26: 811 -838

PO453 EVALUACION CUALITATIVA DEL RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERHIDROSIS PALMAR BILATERAL

MIGUEL CONGREGADO; GREGORIO GALLARDO; RAFAEL JIMENEZ-MERCHAN; ANA TRIVIÑO; JAVIER AYARRA; SERGIO MORENO; JESUS LOSCERTALES
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y TORACICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA, SEVILLA, ESPANHA

PALAVRAS-CHAVE: HIPERHIDROSIS PALMAR; CALIDAD DE VIDA; CIRUGIA

Objetivo: Los resultados inmediatos y a corto plazo de la simpatectomía videotoracoscópica han sido bien estudiados y presentados. El objetivo propósito de este estudio es evaluar desde un punto de vista cualitativo los resultados, complicaciones y grado de satisfacción de los pacientes con hiperhidrosis tratados quirúrgicamente en nuestro Servicio, a corto, medio y largo plazo. **Material y Método:** Se ha realizado un estudio de investigación cualitativa prospectivo de 322 simpatectomías y simpaticotomías torácicas. Estas intervenciones incluyen a 161 pacientes (66 hombres, 95 mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y 58 años con hiperhidrosis; 132 casos con hiperhidrosis palmar y 29 con hiperhidrosis palmo-axilar. Técnica quirúrgica: simpatectomía videotoracoscópica T2 -T3 bilateral en 61 pacientes. Se presenta un seguimiento mediante cuestionario en relación a la calidad de vida y grado de satisfacción pre y postoperatoria. Análisis estadístico: Análisis de frecuencia y descriptivos de los datos obtenidos sobre técnica quirúrgica, calidad de vida y cambios posteriores a la cirugía y un test no paramétrico de Wilcoxon para dos variables relacionadas para contrastar diferencias significativas entre la calidad de vida pre y postoperatoria con relación a la hiperhidrosis y sus complicaciones. **Resultados**: El porcentaje de éxito terapéutico ha sido del 100%. Las tasa de complicaciones del procedimiento fueron del 21.2%(Hemotórax (2), síndrome de Horner temporal (2), derrame pleural (1) y mínima cámara aérea apical (4). Tras un seguimiento entre 6 y 12 meses, un 88% de estos pacientes refirió mejoría de su calidad de vida y un 10% la misma sobre todo al considerar la aparición de la sudoración compensatoria. El 95% de los pacientes entrevistados respondieron afirmativamente a la cuestión de si se volverían a operar. **Conclusión:** La simpatectomía videotoracoscópica es un método efectivo para el tratamiento de la hiperhidrosis palmar primaria con bajas tasas de morbilidad y nulas de mortalidad. A pesar de la aparición de cambios posteriores como la sudoración compensatoria, presenta una alta tasa de satisfacción y mejora de la calidad de vida de los pacientes.

PO454 EMPIEMA PLEURAL. TRATAMIENTO ACTUAL

MIGUEL CONGREGADO[1]; CRESPO ROYO[2]; JAVIER AYARRA[3]; RAUL EMBUN[4]; JUAN JOSE RIVAS[5]; JESUS LOSCERTALES[6]
1,3,6.SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y TORACICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA, SEVILLA, ESPANHA; 2,4,5.SERVICIO DE CIRUGIA TORACICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ZARAGOZA, ESPANHA

PALAVRAS-CHAVE: EMPIEMA PLEURAL; FIBRINOLISIS; VIDEOTORACOSCOPIA

Introduccion: Consideramos que el tratamiento de los empiemas pleurales (EP) ha experimentado una notable mejoría gracias a la actuación temprana, no dejándolos evolucionar hacia la fase de fibrosis, y a los nuevos fármacos fibrinolíticos y a técnicas quirúrgicas de limpieza menos agresivas(Videotoracoscopia) **Material y Metodos**: Se ha realizado un estudio retrospectivo entre Enero de 1998 y Mayo de 2008, tratándose 255 pacientes con el diagnóstico de EP. La edad media fue de 51,8 años con un rango de 18 a 90 años. De ellos 74,8% (191) fueron varones y el resto (64) mujeres. A todos ellos se les realizó un estudio radiográfico simple de tórax, completándolo, según evolución, con estudio con TAC (88%) o la realización de una ECO torácica (5,2%). Los exámenes se complementaron con estudios bioquímicos y microbiológicos coincidiendo su etiología con procesos paraneumónicos (73%), postoperatorios (8%), origen digestivo (3,8%), postraumáticos (6%), iatrogénicos (5%) y de origen desconocido (1,2%). Los gérmenes más frecuentes fueron el Strep. Pneumoniae y milleri, Staph. Aureus y entre los anaerobios streptococcus y enterococos. Todos los pacientes fueron tratados con drenaje pleural de grueso calibre y antibioterapia sistémica. **Resultados**: En 135 enfermos (53,2%) el EP se resolvió con la colocación precoz de un drenaje pleural espirativo de grueso calibre y tratamiento antibiótico, precisando en doce casos la repetición de la técnica. En 84 pacientes (33%) fue necesaria la instilación de Urokinasa como agente fibrinolítico llegando a su curación en 73 casos representando el 30 % del total, siendo necesaria, en los no resueltos una intervención quirúrgica. En los 47 enfermos restantes, siempre se ha intentado la realización de una videotoracoscopia de limpieza, consiguiendo su resolución en 20 de ellos (42,7%) y siendo necesaria la práctica de una decorticación por toracotomía en el resto, 27 pacientes (10,7%). No hubo ningún caso de mortalidad intraoperatoria y ocho pacientes fallecieron en el postoperatorio (3%). La estancia media fue de 7,8 días (3-71). **Conclusiones**: El EP es una de las patologías que ha experimentado importantes cambios en nuestra especialidad. Ha pasado de ser una entidad frecuentemente quirúrgica a ser, en casos contados, necesaria una intervención gracias a una actuación precoz y aplicación de nuevos tratamientos.

PO455 INFILTRADO PULMONAR DIFUSO EM LACTENTE NÃO-HIV

MILENA BAPTISTELLA GROTTA; ADYLEIA APARECIDA CONTRERA TORO; ALBINA M.A.M. ALTEMANI; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA INTERSTICIAL; LACTENTES; PNEUMOCYSTIS

Introdução: Pneumonia intersticial em lactentes é uma condição rara, principalmente em pacientes não – HIV. Como várias doenças infecciosas e não infecciosas podem estar presentes com quadro clínico e exames radiográficos muito similares, estabelecer a causa do infiltrado pulmonar é um desafio para o médico. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de pneumonia intersticial

em lactente, discutir os métodos diagnósticos e os diagnósticos diferenciais. **Métodos**: JGV, masculino em acompanhamento de puericultura, bom ganho pôndero-estatural, aleitamento materno exclusivo, até que, aos cinco meses de idade iniciou crise de tosse seca, taquipnéia e cianose sem febre. Ao exame físico: bom estado geral, ativo, afebril, FR-60mpm e ausculta pulmonar sem ruídos adventícios, saturação de O2 de 86% em ar ambiente. Demais aparelhos sem alterações.Peso:8600g e estatura:65 cm. Nascido a termo, sem intercorrências gestacionais (sorologias maternas negativas) e parto normal. Apgar 9/10.Antecedentes: irmão falecido de insuficiência respiratória aos nove meses de idade sem diagnóstico definido.Vacinação em dia e sem reações.Com um dia de história, realizado internação com necessidade de O2 em cateter (2l/min) mantendo saturação de 96% porém com períodos de queda brusca até 85% com retorno rápido.Radiograma de tórax mostrou opacidades intersticiais difusas bilaterais e ecocardiograma sem alterações.Pela ausência de febre e bom estado geral aventou-se a hipótese de pneumonia atípica e introduzido eritromicina.No terceiro dia de internação foi encaminhado a UTI devido a labilidade na manutenção da saturimetria chegando a 73% com episódios de letargia e cianose sem resposta clínica ao tratamento.Apresentou melhora com oxigênio (8 l/min) em tenda, sem necessidade de intubação oro-traqueal.A tomografia computadorizada de tórax alta resolução evidenciou opacidades intersticiais difusas em "vidro fosco moído".Diante do antecedente familiar e da dificuldade diagnóstica decidiu-se realizar biópsia pulmonar a céu aberrto. **Resultados**: A análise microscópica do tecido pulmonar biopsiado evidenciou intenso infiltrado intersticial difuso constituído por linfócitos e plasmócitos. Nas luzes alveolares notavam-se macrófagos e material róseo com pontilhado central compatível com Pneumocystis jirovecii (antes carinii) confirmado pela coloração pela prata (Grocott) com visualização destes em vários alvéolos. Introduzido sulfametoxazol + trimetropim na dose de 100mg/kg com sucesso terapêutico. Evoluiu sem O2 após três dias de tratamento. Recebeu alta com a mesma terapia na mesma dose por 21 dias conforme recomendação da literatura.Com o diagnóstico de P. jirovecii realizou-se sorologia para HIV no lactente, na mãe e no pai negativos. A investigação para imunodeficiência primária mostrou valores de Ig A de 5,2 mg/dl sendo as demais normais.CD3, CD4 e CD8 normais.**Conclusão**: Este caso ressalta a importância da biópsia pulmonar em crianças com infiltrado intersticial pulmonar difuso de causa não definida.

PO456 ASSOCIAÇÃO RARA DE SARCOIDOSE EM ADOLESCENTE COM IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA HUMORAL (IPH)

MILENA BAPTISTELLA GROTTA; ADYLEIA APARECIDA CONTRERA TORO; ALBINA M.A.M. ALTEMANI; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSE; IMUNODEFICIÊNCIA PRIMARIA; ADENOMEGALIA MEDIASTINAL

Introdução: Sarcoidose é uma doença rara em pacientes menores de 15 anos de idade. A incidência nesta faixa etária é de 0,29 para cada 100.000 pessoas/ano na Dinamarca. A história natural e o prognóstico são raramente investigados em crianças. Após extensa revisão da literatura não encontramos citações da associação sarcoidose e IPH. OBJETIVO: Relatar um caso clínico de sarcoidose em adolescente de 12 anos com imunodeficiência comum variável. **Métodos**: LCCL, feminino, parda, com diagnóstico de imunodeficiência comum variável desde 7anos de idade devido a história de pneumonias de repetição, baixa estatura e peso, diarréia crônica, micoses superficiais e esplenomegalia, confirmado com dosagens de imunoglobulinas (IgG, IgM, IgA, IgE) abaixo da normalidade. Fazia uso de gamaglobulina humana intravenosa (400mg/Kg) 1x/mês desde então com controle clínico. Aos 12 anos notou aparecimento de gânglio supraclavicular à direita há uma semana da consulta e com febre e tosse há 1 dia . Ao exame físico: eupneica, ativa, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações com presença de gânglio supraclavicular à direita de 6cm de diâmetro. Peso de 26,200g (p 2,5-10) e estatura: 131cm (<p2,5). Radiograma de tórax: opacidades irregulares multifocais nas metades inferiores dos pulmões e adenopatia em mediastino superior à direita. Hemograma: Hb- 10,7g/dl; Ht-32%; VCM: 86; leucócitos: 6600 (5%eosinófilos, 69%segmentados, 20% linfócitos e 6%monócitos).Tomografia computadorizada de tórax: densidade homogênea de partes moles de contornos bocelados com tamanho de 5,3-4cm na topografia para-traqueal inferior a direita, raras bronquiectasias em lobo médio, múltiplas consolidações arredondadas e múltiplos nódulos miliares. HD: linfonodomegalia mediastinal + achados compatíveis com disseminação hematogênica de doença granulomatosa. Diante da dificuldade diagnóstica decidiu-se realizar biópsia do gânglio supraclavicular. **Resultados**: Processo inflamatório crônico granulomatoso não necrosante. Pesquisa de BAAR e fungos negativos. HD: sarcoidose. Como a criança permanece assintomática há 1 mês, em classificação grupo II que apresenta remissão espontânea em 30 a 70% dos casos, está em acompanhamento clínico. **Conclusão**: Este caso relata uma associação entre imunodeficiência primária e sarcoidose, ressaltando a suspeita do risco da desordem imunológica ser fator de risco para desenvolvimento de doenças com desordens inflamatórias imuno-mediadas como a sarcoidose.

PO457 DERRAME PERICÁRDICO TUBERCULOSO VOLUMOSO

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR; FABIOLA SCHORR; RANGEL OLSEN DE CARVALHO; EDUARDO GARCIA; MILENE HOTA; MARISA PEREIRA; ANDRE BARRETO DA SILVA; AMANDA BARRETO DA SILVA
SANTA CASA/PAVILHAO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; DERRAME PERICÁRDICO; TUBERCULOSE EXTRA PULMONAR

Introdução: A pericardite tuberculosa (PT) é a causa mais comum em nosso meio de pericardite subaguda-crônica com diagnostico específico. O quadro clínico é insidioso, porém pode abrir como pericardite aguda em casos eventuais. O ecocardiograma geralmente revela derrame pericárdico moderado, como imagens hiperecogênicas (fibrina). O derrame pleural unilateral esta presente em 40% dos casos. O tamponamento é possível, mas não é comum. O derrame pericárdico tuberculoso isolado é uma entidade de difícil confirmação diagnostica. A bacterioscopia positiva do liquido é observada em poucos casos, a biopsia do liquido é positiva em menos de 50% dos casos, mas demora mais de 30 dias. O líquido é um exsudato, com predomínio de mononucleares e com celularidade aumentada. O padrão ouro do diagnostico é a biopsia do pericárdio. O tratamento esta indicado já na suspeita e o tratamento é semelhante ao da tuberculose pulmonar associado com uso de prednisona nos primeiros meses. **Objetivo:** Relatar um caso de derrame tuberculoso, doença insidiosa, com diagnostico difícil e com graves repercussões para seu portador. **Relato de caso:** DB, branco, 55 anos, natural e procedente de Imbé, etilista e tabagista 20 anos/maço. O paciente relata que iniciou com historia de dispneia progressiva há 6 meses. Há 4 meses procurou o posto de saúde aonde foi diagnosticado insuficiência cardíaca. Há 2 meses cursou com dispneia ao pequenos esforços e somente conseguia dormir sentado. Em nenhum momento apresentou dor torácica, tosse, expectoração, emagrecimento ou febre. Com a piora do quadro o paciente foi internado na enfermaria do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Na admissão o paciente apresentava-se em bom estado geral, eupneico em repouso com pressão arterial de 150 x 90 mmHg, pulso de 64 bpm. Na ausculta pulmonar não havia ruídos adventícios e na ausculta cardíaca apresentava bulhas quase inaudíveis. Paciente apresentava uma anemia hipocrômica microcítica (Hematócrito 30,4,1; Hb: 11,3; VCM: 71fl) e leucograma normal. Sorologias negativas. Não apresentava historia de dor torácica ou historia previa e/ou epidemiológica de tuberculose. Na tomografia de tórax apresentava importante derrame pericárdico, sem outras alterações. O derrame pericárdico foi drenado, resultando em 2600 ml de liquido amarelo citrino. A citologia do liquido evidenciou um exsudato com predomínio de linfócito(79%). O paciente então iniciou tratamento com tuberculostáticos e prednisona 60mg/dia e segue no segundo mês de tratamento com boa resposta e sem recidiva do derrame pericárdico. **Conclusão:** Os derrames tuberculosos inflamatórios podem ocorrer em qualquer das cavidades serosas do organismo, como por exemplo as cavidades pleurais, pericárdicas ou peritoneais. Estas são formas mais comuns de TB em adultos HIV-positivos do que em HIV-negativos e também em crianças em idade escolar com ou sem infecção de HIV. A tuberculose como causa de derrame pericárdico deve ser sempre lembrada.

PO458 MEDIDA DEL VO2 MÁX EN EJERCICIO EN PACIENTES CON EPOC SEVERO. CORRELACION CON INDICE BODE

MONICA SANDRA MAMCHUR; MARIA VICTORINA LOPEZ; ANA LIA TEMPONE; CAROLINA SILVA; EDILBERTO PACHECO; CARLOS ALVES; ERIC GIMENEZ
HOSPITAL MACIEL, MONTEVIDEO, URUGUAI

PALAVRAS-CHAVE: CONSUMO MÀX; PRUEBAS DE EJERCICIO; BODE

Introducción: La EPOC es una enfermedad con una prevalencia creciente y elevado costo socioeconómico a nivel mundial. Además de la gravedad de la obstrucción medida por el VEF1 se reconocen como factores pronósticos de la enfermedad la desnutrición y la baja capacidad de ejercicio, que son contemplados por el índice multidimensuinal (BODE). Objetivo El objetivo

de éste trabajo fue evaluar la relación entre el VO2 máximo en dos pruebas de ejercicio; Shuttle Test y TM6M en pacientes con EPOC severo y el índice BODE. **Material y Métodos:** Se estudiaron pacientes con EPOC grave, en situación estable. Se evaluó: la capacidad de ejercicio por medio de una prueba submáxima (TM6M), y una prueba máxima (Shuttle Test), la Calidad de Vida a través del cuestionario de St George (SGRQ) , el estado nutricional a través del IMC, disnea por la escala del MRC y se calculó el índice BODE. Se realizó estadística descriptiva, y se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables cuantitativas. **Resultados:** Se evaluaron 9 pacientes con EPOC grave 6 varones y 3 mujeres con edad media de 61,9 años, la media del VEF1 fué de 36,5%. La media de la distancia recorrida en el TM6M fué de 330 metros (±70,3) y la media del VO2máx. fué de 13,7 ml/min/Kg (±2,33). En la prueba máxima Shuttle Test la media de la distancia en metros fue de 167 metros (±53,1) que correspondió a una media de nivel de 4,2 (±1,03).Los pacientes alcanzaron una media de VO2 máximo en dicha prueba de 14 ml/min/kg (±2,14). El 80 % de los pacientes tuvieron una desaturación significativa durante ambas pruebas. El 20 % de los pacientes tenían bajo peso (IMC< 21 kg/m2) La media de la disnea fue de 2,4, y la media del SGRtot 48,55 (±9,59). La media del índice BODE fue de 6,2 (±1,14). Existe correlación significativa entre el VO2máx en el TM6M y Shuttle Test , entre el índice BODE y el VO2max. obtenida en ambas pruebas (TM6M, -0,50, p<0,001)) y (Shuttle Test, -0,70,p<0,001) así como entrer el índice BODE y el SGRQtotal (-0,66, p<0,001)), índice BODE y SGRQimp (-0,77,p<0,001). **Conclusiones:** En una población de pacientes con EPOC grave se encontró correlación alta en el VO2máx alcanzado en ambas de ejercicio utilizadas, lo que permitiría inferir que para éstos pacientes la prueba del TM6M, es una prueba máxima y también encontramos una buena correlación entre el índice BODE y el VO2máx. en éstas 2 pruebas.

PO459 AGENESIA UNILATERAL DA ARTÉRIA PULMONAR

MUNIRA MARTINS OLIVEIRA[1]; LUIZ EDUARDO MENDES CAMPOS[2]; MARIA LUIZA SILVA BERNARDES[3]; ANA CAROLINA PEREZ RABELO[4]
1,2,3.HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 4.AXIAL CENTRO DE IMAGEM, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: AGENESIA; ARTÉRIA PULMONAR; ANOMALIA CONGÊNITA

Introdução: A agenesia unilateral da artéria pulmonar é uma anomalia congênita rara, frequentemente associada a outras malformações cardiovasculares, como Tetralogia de Fallot, defeitos septais e patência do ducto arterioso. Em geral, é diagnosticada e cirurgicamente tratada durante os primeiros anos de vida. No entanto, quando ocorre como anomalia isolada, pode apresentar curso clínico benigno e poucos sintomas. Deste modo, o diagnóstico pode ser realizado na vida adulta, a partir de alteração encontrada na radiografia de tórax. **Objetivo**: Relatar caso clínico de paciente do sexo masculino, 57 anos, morador de Belo Horizonte-MG, com história de tosse seca e dispnéia grau I de quatro meses de evolução. Havia fibrilação atrial crônica e policitemia em avaliação inicial, além de importante alteração na radiografia de tórax. Nosso propósito é ilustrar que elevado índice de suspeição é necessário para o diagnóstico da anomalia. **Métodos**: Paciente submeteu-se à propedêutica com radiografia de tórax, angiotomografia computadorizada de tórax, espirometria, teste de caminhada de 6 minutos, ECG, ecocardiograma, hemograma, além de minuciosa avaliação clínica. **Resultados**: Os achados ao exame físico e de imagem permitiram firmar o diagnóstico de agenesia de artéria pulmonar direita. Trata-se de doença extremamente rara, oligossintomática quando diagnosticada na vida adulta. Pacientes podem apresentar hemoptise, infecções respiratórias recorrentes, dor torácica, dispnéia e cianose. Hipertensão pulmonar costuma estar presente em 40% dos casos, em geral de leve magnitude. Quando grave, a evolução para insuficiência cardíaca e óbito ocorre em fases mais precoces. Como complicação, pode ocorrer edema agudo de pulmão por vasoconstrição do território pulmonar em elevadas altitudes. A radiografia de tórax pode sugerir o diagnóstico através do achado do hemitórax acometido reduzido de volume, sem a sombra característica da artéria pulmonar. Há hiperinsuflação do pulmão contralateral. A confirmação da anomalia pode ser realizada por meio de cintilografia pulmonar de ventilação/perfusão, tomografia computadorizada contrastada do tórax, angiografia pulmonar. O ecocardiograma é útil para avaliar malformações cardíacas associadas e presença de hipertensão pulmonar. RNM de tórax também pode ser utilizada para o diagnóstico. **Conclusão**: Clínicos e radiologistas devem estar atentos à possibilidade de ocorrência de casos não diagnosticados de agenesia unilateral de artéria pulmonar no adulto. Um elevado índice de suspeição e o uso judicioso dos exames de imagem podem levar ao diagnóstico correto.

PO460 AVALIAÇÃO DOS BENEFÍCIOS NA QUALIDADE DE VIDA E NA CAPACIDADE FÍSICA PARA O EXERCÍCIO DOS PACIENTES SOB UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO SIMPLIFICADO

MÁRCIA ALCANTARA HOLANDA[1]; EANES DELGADO BARROS PEREIRA[2]; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA[3]; FRANCISCO ALESSANDRO BRAGA DO NASCIMENTO[4]; JOSEMARY DA SILVA ARAÚJO LIMA[5]
1,4,5.PULMOCENTER - INSTITUTO DO PULMÃO, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2,3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO PULMONAR; PROGRAMA SIMPLIFICADO ; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: Apesar de ser considerada como terapêutica eficaz na redução de sintomas, limitações e incapacidades funcionais dos pacientes com doenças pulmonares crônicas; os benefícios da Reabilitação Pulmonar ainda não estão bem difundidos entre nós. Há necessidade de maior aplicabilidade desse recurso no controle de doenças pulmonares. **Objetivos**: Avaliar os benefícios de um Programa de Reabilitação Pulmonar Simplificado (PRPS) tomando-se por base a avaliação da qualidade de vida e a capacidade física para o exercício. **Métodos**: O estudo realizou-se no Setor de Reabilitação Pulmonar do Pulmocenter - Instituto do Pulmão em Fortaleza(Ce). Um médico e um fisioterapeuta conduziram o PRPS que incluiu avaliação pré e pós-reabilitação, com duração de doze semanas, dos seguintes parâmetros: 1) pontuação da dispnéia pela escala de BORG; 2) teste da caminhada de 6 minutos (TC6); 3) teste incremental de membros superiores (TIMMSS); 4) exame físico (verificação dos sinais vitais, ausculta pulmonar, palpação dos músculos respiratórios, SatO2, Peak Flow e manovacuometria); 5) avaliação da oximetria das atividades da vida diária e 6) identificação das limitações e da dependência funcional (aplicação do questionário sobre qualidade de vida do St. George\'s Hospital - QQVSGH). Foram admitidos 34 pacientes dos quais 20 concluíram o PRPS e foram estudados: dez portadores de DPOC, dois com bronquiectasia bilateral, um de fibrose pulmonar difusa (FPD), um de seqüela de tuberculose, cinco com asma e um com deformidade torácica. O critério de inclusão foi o desejo de reabilitar-se e apresentar evidências clínicas e funcionais de insuficiência pulmonar grave. Oito eram do sexo masculino e doze do feminino e a idade variou de 50 a 89 anos. Todos realizaram espirometria (E) e testes específicos para avaliação pré e pós-reabilitação.**Resultados**: Após o PRPS, houve melhora da qualidade de vida de 657,1371 +/-398,0675 (31%) para 276,5762 +/-92,02956 (13,10%) no QQVSGH, p=0,221189; da distância percorrida de 202,25m +/-92,19 para 266,65m +/-93,210662, p=0,000887; da SatO2, em repouso, de 94,25% +-/2,6 para 95,55% +/-1,8, p=0,02 e da dispnéia em repouso (Escala de Borg) de 0,95 +/-1,23 para 0,775 +/-1,06 p=0,27.**Conclusão**: Apesar do pequeno número de pacientes estudados e de se dispor apenas de dois profissionais da área de reabilitação, o PRPS aplicado exerceu impacto na capacidade física para o exercício e em todos os domínios do QQVSGH, embora não tenham tido todos os domínios resultados estatisticamente significantes, estudos adicionais serão necessários.

PO461 PENTRAXINA 3: UM NOVO MARCADOR DA INFLAMAÇÃO DAS VIAS AÉREAS?

TÚLIA KLEVESTON; MÁRCIA MARGARETH MENEZES PIZZICHINI; EDELTON FLAVIO MORATO; JOSÉ TADEU PINHEIRO; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; CRISTIANE CINARA ROCHA; MANUELA BRISOT FELISBINO; EMILIO PIZZICHINI
NUPAIVA - UFSC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PTX3; DPOC; ESCARRO INDUZIDO

Introdução: A pentraxina 3 (PTX3) pertence à família das pentraxinas, assim como a PCR e a proteína amilóide sérica, sendo produzida como parte da resposta imune inata por macrófagos, fibroblastos, células endoteliais e dendríticas. A asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são condições caracterizadas pela presença de processo inflamatório crônico das vias aéreas que pode ser investigado através do exame do escarro induzido (EI). Assim, a PTX3 poderia estar presente nas vias aéreas destes pacientes. **Objetivos**: Investigar se a PTX3 pode ser medida na fase líquida do escarro de participantes com asma ou com DPOC e se existem diferenças entre os dois grupos quando comparados com controles e entre si. **Métodos**: Foram incluídos 44 participantes (15 com asma e 13 com DPOC virgens de tratamento com corticosteróides e 16 controles sem doença respiratória). Os participantes

responderam a um questionário clínico, realizaram espirometria, teste cutâneo por puntura e indução do escarro. Teste de broncoprovocação com metacolina foi realizado apenas nos controles. O EI foi obtido e processado de acordo Pizzichini et al.1 A PTX3 foi medida na fase líquida do EI pela técnica de ELISA (limiar de detecção de 0,15 ng/ml). **Resultados**: Os resultados estão apresentados nas tabelas abaixo. Características clínicas e fisiológicas (percentual ou média e desvio padrão). Caracteríticas do escarro induzido (mediana e interquartil). VEF1= volume expiratório forçado no 1º segundo pre-broncodilatador, CVF = capacidade vital forçada pré-broncodilatador, Δ BD = resposta broncodilatadora. CCT = contagem celular total, Neu = neutrófilo, Eos = eosinófilo, Macro = macrófago, Linfo = linfócito. † p<0.001 - DPOC vs. asma e controles, †† p=0.01 - controles vs.DPOC e asma, ††† p<0.01 - asma vs. controles, ‡ p< 0.001 - comparações entre todos os grupos,‡‡ p<0.01 - asma vs. DPOC e controles, ‡‡‡ p=0.005 - DPOC vs. controles. Conclusão: A PTX3 pode ser medida na fase líquida do EI, discriminando pacientes com DPOC de controles. A medida da PTX3 pode ser um novo marcador do distinto processo inflamatório da DPOC. 1.Pizzichini E et al. Indices of airway inflammation in induced sputum: reproducibility and validity of cell and fluid phase measurements. AJRCCM, 1996; 154:308-17.

	n	Homens	Idade	Atopia, %
Asma	15	4 (26.7)	32.5 (12.5)	93.3 (14)
DPOC	13	9 (62.2)	61.1(7.9)†	8.0 (73)
Controles	16	7 (43.8)	31.6 (12.4)	43.8†† (7)

	VEF1%	VEF1/CVF	ΔBD, L
Asma	77 (17)†††	0.67 (0.1)‡	0.3 (0.2)‡‡
DPOC	47 (15)†	0.45 (0.1)‡	0.13 (0.1)
Controles	94 (12)	0.84(0.1)‡	0.07 (0.1)

	Viabilidade, %	CCT x 106/g	Neu, %
Asma	77 (28)	3.0 (2.6)	8.0 (2.7)
DPOC	90 (6)	6.2 (4.6)†	43 (31.2)†
Controles	77 (12)	3.1 (2.8)	20 (18.2)

	Eos, %	Macro, %	Linfo, %	PTX3 (ng/ml)
Asma	5.5 (20)‡	60 (32)	3.0 (4.5)	<0.15 (9.8)
DPOC	0 (2.5)	49 (30)	2.0 (2.0)	1.9 (47.8)‡‡‡
Controles	0 (0)	70 (29)	3.0 (4.5)	<0.15 (0)

PO462 HIPERRESPONSIVIDADE DAS VIAS AÉREAS EM PACIENTES COM SINTOMAS DE ASMA E ESPIROMETRIA NORMAL OU QUASE NORMAL

MÁRCIA MARGARETH MENEZES PIZZICHINI; DAYANE DE ASSIS PEREIRA HANSEN; ANDRÉ GUSTAVO C. CAVALHEIRO; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; EMILIO PIZZICHINI

NUPAIVA - UFSC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; BRONCOPROVOCAÇÃO; METACOLINA

Introdução: O uso isolado da espirometria para diagnosticar asma em pacientes sintomáticos pode resultar em subdiagnóstico ou diagnóstico errôneo de asma quando a espirometria é normal ou quase normal sem resposta broncodilatadora. A medida da responsividade das vias aéreas através do teste de broncoprovocação com metacolina (TBM) é considerado particularmente útil para excluir asma como causa de sintomas respiratórios atuais devido ao seu alto valor preditivo negativo. Contudo, este teste não é utlizado com freqüência na prática clínica. **Objetivos**: Estudar a prevalência de hiperresponsividade das vias aéreas (HRVA) em pacientes com sintomas de asma e espirometria normal ou quase normal sem resposta broncodilatadora. Hiperresponsividade das vias aéreas em pacientes com sintomas de asma e espirometria normal ou quase normal. **Metodos:** Nós revisamos os sintomas e os TBM de 405 pacientes (idade média (mínimo-máximo) de 31.7 (6-78) anos) cuja espirometria foi considerada normal (VEF1/CV ≥ 0.80 e VEF1 ≥ 80% do predito) ou quase normal (VEF1/CV ≥ 0.75 and/or VEF1 ≥ 75% do previsto) sem resposta broncodilatadora e que fizeram o TBM entre janeiro e dezembro de 2006. Espirometria, TBM, teste cutâneo por puntura para 19 aéro-alérgenos mais comuns foram realizados de acordo com procedimentos estandardizados. HRVA foi considerada presente quando a CP20 metacolina foi inferior a 8.0 mg/ml.**Resultados**: HRVA estava presente em 167 (41.2%) pacientes dos quais 73 (37.8%) tiveram HRVA considerada moderada ou grave. A presenca de HRVA foi maior em pacientes com dispnéia (47.5 vs. 26.1, p<0.001), rinite alérgica (47.1 vs. 27.1%, p<0.001), sibilos (48.4 vs. 34.8%, p=0.02) e atopia (48.8 vs. 31.9, p=0.04) do que naqueles sem estas características. O único preditor significativo para a presenca de HRVA foi a idade inferior a 20 anos. Comparado com pacientes mais velhos, aqueles com idade < 20 anos tiveram uma razão de chance (95 IC) para HRVA de 4.1 (2.6; 6.8), p<0.001. **Conclusão:** Estes resultados demonstram a utilidade do TBM na prática clínica, uma vez que cerca de 40% dos pacientes com sintomas de asma e espirometria normal ou quase-normal, sem resposta broncodilatadora, não teriam sido diagnosticados corretamente. Por outro lado, o tratamento de asma nesses pacientes, baseado apenas nos sintomas, teria sido desnecessário em 60% dos casos.

PO463 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO: RELATO DE CASO E EVOLUÇÃO CLÍNICA

FABIANO ALVES SQUEFF; MÁRCIO MATIAS DE OLIVEIRA; LUIZ CLAUDIO RESENDE GONÇALVES; RAFAEL GONÇALVES PORTELLA; LEONARDO ALVES CORDEIRO; SANCLER OTONI DE OLIVEIRA JÚNIOR

FASA - HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE ANÁPOLIS, ANÁPOLIS, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOMEDIASTINO; DOR TORÀCICA; ENFISEMA DE SUBCUTÂNEO

Introdução: O pneumomediastino espontâneo foi descrito inicialmente em 1939 por Hamman. Trata-se da presença de ar no mediastino, não associada a doença pulmonar prévia, trauma ou intervenções cirúrgicas. Sua incidência é mais frequente em homens jovens. Clinicamente os pacientes podem apresentar aumento do volume cervical, dor cervical e/ou torácica, enfisema de subcutâneo, disfagia, dispnéia. Nos exames de imagem, encontra-se ar dissecando todas as regiões do mediastino. Trata-se de uma condição benigna e autolimitada, com resolução espontânea em três a 15 dias. OBJETIVO: Descrever caso de pneumomediastino espontâneo e sua evolução clínica. **Métodos**: Relato de caso através de análise de prontuário e dos exames realizados. **Resultados**: JLP, 17 anos, masculino, natural de Anápolis, sem antecedentes de doença pulmonar ou de traumatismo torácico, admitido no Hospital de Urgências de Anápolis, com história de dor toráccia de início súbito há aproximadamente três horas, após vários episódios de tosse, associado a aumento do volume cervical, dispnéia e rouquidão. Ao exame, paciente apresentava-se com fácies de dor, dispnéia ao repouso (Fr 24 ipm), normocorado, hidratado, consciente, com enfisema de subcutâneo em toda região cervical e torácica superior. Estável hemodinamicamente e com expansão e ausculta pulmonar normais. Os exames radiológicos evidenciaram extenso enfisema de mediastino, localizado em região peritraqueal e retroesternal, com dissecção subpleural apical e com enfisema de subcutâneo em região torácica anterior. Complementou-se investigação com esofagoscopia e broncoscopia, com resultados normais. O paciente permaneceu internado por quatro dias recebendo oxigênio suplementar e anagésicos. Evoluiu com melhora significativa, recebendo alta com resolução do quadro clínico. **Conclusão**: Trata-se de um caso pouco comun, com incidência estimada de 1/30.000 das admissões hospitalares. Crise asmática, atividades físicas, acessos de tosse, vômitos, manobra de Vasalva e uso de drogas são fatores predisponentes. É uma condição clínica favorável, com resolução espontânea, necessitando apenas de cuidados clínicos, entretanto, outras etiologias de pneumomediastino devem der afastadas.

PO464 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR: RELATO DE CASO

MÔNICA LAZZAROTTO; ROSEANE CARDOSO MARCHIORI; GUSTAVO KÖHLER HOMRICH; DANIEL SPILMANN; VINÍCIUS DALLAGASPERINA PEDRO; JULIANA KACZMARECK FIGARO; FABIANI PALAGI MACHADO; PAULA WILLING MÓR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR; PROTEINOSE; DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

Introdução: A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença rara, de prevalência estimada em 0,37casos para 100.000 pessoas. Ocorre em três formas: congênita, secundária e idiopática (PAPI). Todas resultam em acúmulo de material derivado de surfactante no interior dos espaços aéreos distais, causando leve inflamação sem alterar a arquitetura pulmonar. **Objetivos** Relatar caso clínico de PAPI em paciente com sintomatologia inespecífica, evidenciando a importância da inclusão dessa patologia no diagnóstico diferencial. **Materiais e Métodos:** Coleta de dados de prontuário médico e registro de exames do caso em questão e revisão da literatura com as palavras chave: Alveolar pulmonary proteinosis, proteinosis . **Resultados**: Homem de 34 anos, tabagista, interna no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário de Santa Maria com tosse produtiva, hemoptise episódica, febre de até 39 °C, dor torácica ventilatório dependente e dispnéia aos esforços há 7 meses.Ao exame físico, apresentava crepitações inspiratórias em terços médios de campos pulmonares. O Raio-X

de tórax apresentou infiltrado na mesma localização. Amostras de escarro e de lavado broncoalveolar (LBA) para microbiologia e celularidade foram negativas. A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) mostrou infiltrado em vidro fosco e espessamento de septos interlobulares. Realizada biópsia pulmonar a céu aberto, cujo anatomopatológico (AP) revelou material lipoproteinaceo preenchendo alvéolos. Durante a internação houve remissão espontânea dos sintomas. O paciente permanece em acompanhamento e aguarda nova TCAR e espirometria para melhor manejo terapêutico. **Conclusão:** A PAPI é a forma mais comum da proteinose, e sua patogênese é pouco conhecida. Atualmente, têm-se demonstrado anticorpos para fator estimulador de colônia granulocítica-macrofágica no LBA e soro de portadores de PAPI, o que prejudica a ação dos macrófagos alveolares no clearance do surfactante além de reduzir a ação dos neutrófilos circulantes, predispondo a infecções. A apresentação clinica é variável e inespecífica, sendo comum dispnéia progressiva e tosse. Também caracteriza a doença seu início insidioso, dissociação clinico-radiológica e predisposição a infecções por germes oportunistas. Habitualmente, o Raio-X mostra opacidades alveolares em zonas peri-hilares gerando um padrão em asa de morcego. A TC costuma mostrar opacidades em vidro-fosco e septos interlobulares espessados entre tecido pulmonar normal, resultando em um padrão mosaico. O LBA tem aspecto leitoso e opaco, e a microscopia revela material proteinaceo, eosinofílico, granular, acelular, resistente a diastase e PAS positivo. Este achado constitui o diagnóstico padrão ouro quando encontrado em AP de biopsia pulmonar a céu aberto. O tratamento padrão consiste em lavado pulmonar total e o prognóstico varia, de remissão espontânea à insuficiência respiratória. O fator crucial para definir o curso da doença é a ocorrência de infecções por germes oportunistas.

PO465 MANIFESTAÇÃO PULMONAR COMO PRIMEIRO ACHADO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM PACIENTE MASCULINO IMUNOCOMPETENTE

MÔNICA LAZZAROTTO; GUSTAVO TRINDADE MICHEL; MAURÍCIO DE VARGAS SOARES; JULIANA KACZMARECK FIGARO; VINÍCIUS DALLAGASPERINA PEDRO; FABIANI PALAGI MACHADO; GUSTAVO KÖHLER HOMRICH; DANIEL SPILMANN

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONITE; LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO; CITOMEGALOVÍRUS

Introdução: Relatamos paciente masculino, hígido e imunocompetente cuja primeira manifestação do lúpus eritematoso sistêmico (LES) foi acometimento pulmonar agravado por citomegalovírus (CMV). Objetivo: Relatar caso clínico de LES em paciente masculino imunocompetente. **Métodos**: Coleta de dados no prontuário e revisão da literatura. **Resultado:** Homem, 21a, não-tabagista, apresenta-se com febre, tosse produtiva, dispnéia, dor ventilatório-dependente, astenia e linfadenomegalia há 4 meses. RX de tórax mostrou derrame pleural E. Iniciou-se antibioticoterapia empírica para tratamento de pneumonia porém não houve melhora. Ao exame físico: regular estado geral, descorado, emagrecido, linfadenomegalia cervical, axilar e inguinal. Ausculta cardiopulmonar: sopro sistólico de leve intensidade, além de estertores e roncos em terço inferior do hemitórax E. Exames laboratoriais evidenciaram anemia, elevação de gama-GT e transaminases. Coombs direto positivo, VHS=70mm; proteína C-reativa=19,73mg/dL. VDRL reagente 1/4, FTA ABS negativo.HIV negativo, CMV IgM=1,95 e IgG>250. EQU com proteinúria (3+), hematúria, leucocitúria; relação proteína/creatinina na urina =2,5. Fator reumatóide= 13,1; FAN Hep2 reagente > 1/640 com padrão salpicado fino denso, Anti-RNP e Anti-SM foram não reagentes, Anti-DNA 1/80, Anticoagulante Lúpico confirmatório 1,6. Análise e cultura de líquido cefalorraquidiano negativas para bactérias, micobactérias e fungos. Biópsia de linfonodo cervical negativa para tuberculose ou linfoma. Sorologia liquórica negativa para CMV. TC de tórax mostrou consolidação heterogênea em lobo inferior E. Diagnóstico de pneumonia por CMV associada a LES foi considerado. Iniciado Ganciclovir por 21 dias, com regressão da opacidade pulmonar. Biópsia renal evidenciou glomerulonefrite proliferativa mesangial. **Conclusão:** LES é uma doença auto-imune com diversas apresentações clínicas que afeta predominantemente mulheres. Envolvimento pulmonar direto ou secundário a outros processos pode ocorrer em até 60% dos pacientes. Pneumonite intersticial é entidade freqüente em pacientes com colagenoses, porém só ocorre em 4% dos pacientes com LES, sendo drogas e CMV exemplos de causas. Infecção por CMV pode mimetizar exacerbação do LES ao mesmo tempo em que o distúrbio auto-imune pode servir como fator de risco para infecção por CMV. Embora o risco de infecção em pacientes que não estão fazendo uso de terapia imunossupressora seja pequeno, sabe-se que o LES diminui a atividade antibacteriana dos macrófagos alveolares e causa disfunção das atividades de neutrófilos, linfócitos e células dendríticas. Infecção oportunista causada por CMV pode complicar o LES especialmente em pacientes em terapia imunossupressora. Em pacientes imunocompetentes o acometimento pulmonar é um dos menos freqüentes. É importante excluir etiologias infecciosas em pacientes com SLE que tenham novas alterações radiológicas pulmonares a fim de evitar tratamento inadequado e aumento da morbimortalidade

PO466 PARACOCCIDIOIDOMICOSE ENDOBRÔNQUICA

MÔNICA LAZZAROTTO; ARIOVALDO LEAL FAGUNDES; FABIANI PALAGI MACHADO; RONALDO MANFREDINI VASSOLER; JULIANA KACZMARECK FIGARO; VINÍCIUS DALLAGASPERINA PEDRO; GUSTAVO KÖHLER HOMRICH; DANIEL SPILMANN

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS; PARACOCCIDIOIDOMICOSE ENDOBRÔNQUICA; LESÃO ENDOBRÔNQUICA

Introdução: Paracoccidioidomicose endobrônquica é uma forma incomum da doença, apesar do amplo espectro de apresentação. Seu reconhecimento é importante para controle efetivo e prevenção de desfecho desfavorável dessa doença tratável. **Objetivos**: Relatar caso clínico de lesão endobrônquica em paciente imunocompetente com sintomatologia inespecífica, evidenciando a importância da inclusão dessa patologia no diagnóstico diferencial. Materiais e **Métodos**: Realizou-se coleta de dados de prontuário médico e registro de exames clínico-radiológicos do caso em questão e revisão da literatura com as palavras chave: paracoccidioides brasilienses, endobronchial paracoccidioidomycosis e endobronchial disease. **Resultados e Conclusões:** Paciente masculino, 76 a, agricultor, ex-tabagista (35 anos/maço), DPOC prévio, apresenta tosse seca, hemoptise e perda ponderal importante. Ao exame físico estava em regular estado geral e ausculta pulmonar com crepitantes difusos. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou áreas enfisematosas e redução do volume pulmonar em lobo médio. Espirometria com obstrução moderada. Fibrobroncoscopia revelou lesão vegetante em brônquio intermediário com lavado broncoalveolar e biópsia brônquica revelando pequenas estruturas em multibrotamento, características de Paracoccidioides brasiliensis, com cultura positiva. Anfotericina B foi iniciada e ao completar dose total de 800 mg foi substituída por itraconazol devido à intolerância medicamentosa. Paciente evoluiu assintomático nos seis meses de acompanhamento. Paracoccidioidomicosis é uma micose profunda comumente vista na América do Sul, com uma marcada prevalência em homens agricultores, com taxa de incidência de até 3/100.000 habitantes nas áreas endêmicas. A apresentação clínica é variável quanto à sintomatologia, pode apresentar forma aguda/subaguda ou crônica, unifocal, multifocal ou fibrótica/residual. No adulto predomina a forma crônica, mas em crianças e adolescentes, a forma aguda e subaguda. Os sintomas não são específicos e podem ser similares a diversas patologias. Os exames de imagem não apresentam achado característico, embora um padrão intersticial ou alveolar possa direcionar o diagnóstico desta micose. As outras formas de apresentação variam entre cavitação, alargamento mediastinal, broncopneumonia, derrame pleural, pneumotórax ou calcificações. A paracoccidioidomicose é causa rara de lesão endobrônquica, e muitas vezes não está incluída nas formas clássicas de apresentação da doença. É necessário diagnóstico diferencial com carcinoma broncogênico primário ou metastático, vasculites e patologias infecciosas e até mesmo outras micoses. Paracoccidioidomicose endobrônquica deve ser considerada no diagnóstico diferencial de lesões endobrônquicas obstrutivas, especialmente quando os métodos diagnósticos invasivos não evidenciarem lesão neoplásica.

PO467 CARCINOMA DE GRANDES CÉLULAS: LESÃO CAVITADA OLIGOSSINTOMÁTICA DE LONGA EVOLUÇÃO

MÔNICA LAZZAROTTO; ROSEANE CARDOSO MARCHIORI; MAURÍCIO DE VARGAS SOARES; JULIANA KACZMARECK FIGARO; ROBERTA AMARAL BERTÃO; PAULA WILLING MÓR; VINÍCIUS DALLAGASPERINA PEDRO; GUSTAVO KÖHLER HOMRICH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOMA DE GRANDES CÉLULAS; LESÃO CAVITADA PULMONAR; CÂNCER DE PULMÃO

Introdução: Apresentamos paciente feminina com lesão cavitada em lobo superior esquerdo com um ano de evolução sem apresentar sintomas

sistêmicos. Objetivo: Relatar caso clínico carcinoma de grandes células em paciente imunocompetente com sintomatologia inespecífica, evidenciando a importância da suspeição clínica. **Métodos**: Coleta de dados de prontuário médico e registro de exames clínico-radiológicos do caso em questão e revisão da literatura. **Resultado:** Paciente feminina, 50 anos, tabagista 43 anos-maço apresenta-se com tosse produtiva e hemoptise há 1 ano. Nega, dispnéia, dor torácica, febre, sudorese noturna ou emagrecimento. Ao exame físico: bom estado geral, eutrófica, sem adenopatias e com presença de hipocratismo digital. À ausculta respiratória, murmúrios vesiculares diminuídos em ápice pulmonar esquerdo. Tomografia computadorizada (TC) de alta resolução de tórax evidenciou lesão cavitada em segmento apical do lobo superior esquerdo (LSE) associada a bronquiectasias cilíndricas. Lavado broncoalveolar (LBA) foi negativo para BAAR e malignidade. Nos últimos 4 meses houve aumento da freqüência e da quantidade de hemoptise. A paciente foi submetida à nova TC de tórax que mostrou opacidade em periferia do segmento apical posterior do LSE, sem sinais de adenopatia mediastinal. Cintilografia óssea mostrou aumento de captação em face súpero-lateral do hemitórax esquerdo. Optou-se por ressecção do LSE e o anatomopatológico evidenciou neoplasia maligna de linhagem epitelial, cavitada, com centro necrótico, medindo 1,4cm e com pleura sem infiltração tumoral. A imunohistoquímica confirmou o diagnóstico de carcinoma de grandes células primário pulmonar. **Conclusão:** O carcinoma de grandes células indiferenciadas representa até 5% dos cânceres de pulmão e tem forte associação com tabagismo. Em geral, apresenta-se como uma grande massa periférica, com rápido crescimento e metástases precoces, especialmente para mediastino e cérebro. Acredita-se que o fenômeno de cavitação ocorra pelo rápido crescimento do tumor, excedendo seu suprimento sangüíneo e causando necrose central na lesão. Recentemente foi demonstrado que a cavitação tumoral está associada ao aumento na expressão do receptor de fator de crescimento epidérmico cuja expressão se observa mais comumente em câncer de pulmão não-pequenas células. Pacientes com tumores cavitados possuem manifestações precoces dos sintomas, o que não se observou neste caso. A cavitação em tumor primário está associada com pior prognóstico e menor tempo global de sobrevida. O prognóstico do câncer de pulmão é desfavorável e geralmente este é detectado em fases tardias de sua evolução quando o paciente já tem sintomas importantes. Por isso, é necessário que se esteja atento para esta patologia mesmo na presença de lesão de longa evolução e sintomatologia.

PO468 HISTOPLASMOSE CAVITÁRIA CRÔNICA PULMONAR: RELATO DE CASO

MÔNICA LAZZAROTTO; GUSTAVO TRINDADE MICHEL; JULIANA KACZMARECK FIGARO; GUSTAVO KÖHLER HOMRICH; VINÍCIUS DALLAGASPERINA PEDRO; DANIEL SPILMANN; FABIANI PALAGI MACHADO; CARLA BORTOLIN FONSECA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HISTOPLASMOSE CRÔNICA PULMONAR; LESÃO CAVITADA PULMONAR; HISTOPLASMOSE

Introdução: Histoplasmose cavitária crônica pulmonar(HCCP) é uma doença fibrocavitária rara dos lobos superiores(LLSS) dos pulmões que acomete 1 a cada 2000 exposições e raramente se manifesta em mulheres. **Objetivos** : Relatar caso clínico de lesões cavitárias por Histoplasma capsulatum, evidenciando a importância da inclusão desta patologia no diagnóstico diferencial. **Métodos** Coleta de dados de prontuário médico e revisão da literatura. **Resultados**: Paciente feminina, dona-de-casa, tabagista, apresenta dispnéia progressiva, tosse produtiva, infecções respiratórias de repetição, inapetência há 4 anos. Portadora de artrite reumatóide há 14 anos. Em uso de prednisona 15mg/dia, com uso prévio de methotrexate. Ao exame físico: emagrecida, sem linfonodomegalias, sem baqueteamento digital. Ausculta pulmonar revela murmúrio vesicular reduzido difusamente. TCAR realizada no início do quadro revela enfisema parasseptal, cavidades e destruição do parênquima em LLSS. No último ano houve piora dos sintomas. Nova TCAR mostrou piora do padrão radiológico. Espirometria e gasometria normais. Exame de escarro direto negativo para fungos e BAAR, porém cultura foi positiva para Histoplasma capsulatum e confirmada por cultura do LBA. Iniciado tratamento com Itraconazol 200mg/dia devido ao baixo peso da paciente. Houve melhora sintomática e aumento de peso, sem alterações da função hepática. Conclusão: Histoplasmose é uma doença sistêmica causada por fungo dimórfico térmico Histoplasma capsulatum. Infecção ocorre por inalação durante atividades que envolvam solos contaminados com fezes de morcego ou aves. Infecção sintomática ocorre em <1% dos infectados. HCCP é uma doença fibrocavitária rara acometendo 1 a cada 2000 exposições e há estreita associação com enfisema pulmonar. Acomete preferencialmete homens caucasianos. Inicialmente se caracteriza por infiltrado inflamatório intersticial adjacente a bolhas enfisematosas acometendo segmentos apicais e apico-posteriores dos LLSS. É comum que haja espessamento das paredes das bolhas com subseqüente necrose e aumento da fibrose. Lesão tardia caracteriza-se por área cavitada preexistente. A quantidade de fungo encontrada no parênquima é pequena e invasão tecidual é limitada. Adenopatias não são observadas. Manifestações sistêmicas incluem fadiga, febre, sudorese noturna, anorexia e perda ponderal, tosse produtiva, hemoptise e dispnéia. Quando não-tratada cursa com insuficiência pulmonar progressiva que leva o paciente ao óbito. Cultura é o padrão-ouro para diagnóstico etiológico. Infecções por micobactérias não-tuberculosas e outras doenças fúngicas devem figurar como diagnósticos diferenciais. HCCP guarda semelhanças com tuberculose pós-primária porém com intensidade menor dos sintomas. Dos pacientes com cavitações em LLSS, DPOC, baciloscopia negativa e PPD negativo, só 5% terão tuberculose. O percentual de teste terapêutico para tuberculose é alto(50%), retarda o reconhecimento e tratamento da HCCP.

PO469 ANÁLISE DE 100 CASOS CONSECUTIVOS DE TRAUMA TORÁCICO

NATHALIA VIEIRA; SILVIA STIEFANO NITRINI; MAÍRA BENITO SCAPOLAN; ROBERTO GONÇALVES; MARCIO BOTTER; JACQUELINE ARANTES GIANNINI PERLINGEIRO; VICENTE DORGAN NETO; ROBERTO SAAD JUNIOR

FCMSCSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRAUMA; TORÀCICO; SANTA CASA

Introdução: O trauma torácico corresponde a 25% das mortes em traumatizados. Porém, 85% das vítimas de trauma de tórax podem ser assistidas adequadamente apenas com suporte ventilatório, analgesia e drenagem de tórax. OBJETIVO: Analisar os traumas torácicos atendidos pelo Serviço de Emergência do Pronto Socorro Geral do Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **Métodos**: Foi preenchido um Protocolo de Trauma Torácico com dados dos prontuários de 100 pacientes atendidos em 2006 por 6 meses, contendo: Identificação, Mecanismo de Trauma, Exame Físico Geral e Específico, Exame Radiológico, Conduta Inicial, Tratamento, Lesões Associadas, Ventilação Mecânica, Diagnóstico e Evolução. Os pacientes foram divididos em três grupos, conforme classificação proposta por Saad Jr. et al. O grupo 1 abrange os pacientes instáveis, o grupo 2 os estáveis cuja drenagem de tórax é o tratamento definitivo e o grupo 3, os estáveis cuja drenagem de tórax não é o tratamento definitivo. Utilizamos o Escore Revisado de Trauma (RTS) para avaliar a gravidade da lesão e calcular a taxa de sobrevida, a partir da pressão sanguínea sistólica, freqüência respiratória e a Escala de Coma de Glasgow. **Resultados**: Houve prevalência de homens com idades entre 20 e 29 anos. Sobre as lesões, 44% eram traumas fechados e 56% traumas penetrantes, sendo desses, 78,6% por arma branca e 21,4% por arma de fogo. Quanto à localização das lesões, 23% encontravam-se na transição tóraco-abdominal, 7% na região precordial e 70% no restante da área torácica. A fratura de clavícula foi a lesão mais comum entre os traumas fechados, sendo a fratura de membros a lesão associada mais freqüente. Já nos traumas abertos predominaram os pacientes com hemotórax e sem lesões extra-torácicas associadas. Dos pacientes com ferimento tóraco-abdominal, 22,7% eram instáveis e 77,3% estáveis. Daqueles com ferimento precordial, 75,0% eram instáveis e 25,0% estáveis. Nas lesões tóraco-abdominais, 40,9% apresentavam lesões diafragmáticas, e todos os pacientes eram estáveis. Entre os pacientes com ferimentos precordiais, 37,5% apresentavam lesões cardíacas, sendo estas 66,7% estáveis e 33,3% instáveis. O procedimento cirúrgico mais realizado foi a drenagem de tórax (71%). O RTS médio foi de 6,571 e a mortalidade de 8,33%. De acordo com a classificação proposta, 24 pacientes foram inclusos no grupo I, 36 no grupo II, e 40 no III. DISCUSSÃO: Quanto ao RTS, o valor calculado revela uma probabilidade de sobrevida de aproximadamente 95%, o que se explica por uma baixa incidência de lesões associadas nesses casos. O número de pacientes no grupo I apresenta-se relativamente alto por concentrar quase a totalidade dos pacientes com lesões associadas. **Conclusão**: O paciente de trauma torácico mais freqüente é homem com idade entre 20 a 29 anos, com ferimento penetrante por arma branca, estável, apresentando hemotórax sem lesões associadas, e com alta probabilidade de sobrevida.

PO470 EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA INDIVIDUALIZADA NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE ASMA PERSISTENTE

NAZARE OTILIA NAZARIO[1]; GELSON LUIZ ALBUQUERQUE[2]; MÁRCIA MARGARETH MENEZES PIZZICHINI[3]; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE[4]; EMILIO PIZZICHINI[5]

1,3,4,5.UFSC-HU, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2.UFSC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; EDUCAÇÃO; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: As Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma indicam que a educação é um dos pilares fundamentais no manejo da asma, por provável impacto positivo na modificação de comportamento frente a doença e alteração da qualidade de vida. **Objetivos:** Desenvolver módulos de aprendizagem sobre o controle da asma para a intervenção educativa e avaliar os efeitos desta intervenção na qualidade de vida e na obtenção e manutenção do controle da asma. **Métodos:** Ensaio clínico longitudinal, randomizado, não cego, com intervenção de 18 semanas, comparando atendimento ambulatorial (Grupo Controle = GC) desenvolvido no HU/UFSC com atendimento que utiliza intervenção educativa em módulos (Grupo Intervenção = GI). O estudo foi dividido em dois períodos seqüenciais distintos: período pré-randomização e período pós-randomização. O período pré-randomização, com duração de 2 semanas, teve por objetivo determinar se os participantes eram capazes de seguir as orientações, preencher adequadamente os diários, medir o Pico de Fluxo Expiratório (PFE) e responder questionários. O período pós-randomização teve duração de 16 semanas. Os participantes do GI, durante o período pós randomização, foram avaliados através de visitas (V) com intervalos de 30 dias, entre as V1 e V2 e 60 dias entre a V2 e V3. Com exceção da V1B, realizada apenas no GI, os participantes do GC foram avaliados no mesmo intervalo de tempo que o GI. Os participantes realizaram espirometria e responderam aos questionários de controle da asma e qualidade de vida em todas as visitas, que foram realizadas no mesmo período do dia, com uma flexibilidade de ± 3 dias e ± 2 horas. Os dados foram analisados com base no impacto clínico e de forma estatística. **Resultados:** Os resultados baseados no impacto clínico demonstraram que o escore global de qualidade de vida no GI teve uma melhora clinicamente importante (> 2.0) e que isto não ocorreu no GC. A análise das mudanças após intervenção em cada domínio estudado, mostrou aumento clinicamente importante em todos os domínios (diferença ≥ 0.5) no GI e no GC apenas na limitação das atividades. Contudo a análise das diferenças entre grupos para a qualidade de vida demonstrou nível de significância igual a 0.05. As diferenças entre grupos na qualidade de vida foram estatisticamente significativas apenas para limitação das atividades e função emocional. No controle da asma os resultados demonstram que o mesmo não foi modificado pela intervenção educativa, quer quando analisado como escore global ou quando analisado por itens do escore. **Conclusão:** (1) Houve mudança clinicamente significativa na qualidade de vida total e em todos os domínios estudados: sintomas, limitação das atividades, função emocional e estímulo ambiental; (2) A intervenção educativa melhora a qualidade de vida no que se refere à limitação das atividades e função emocional; e (3) A intervenção educativa não influencia no controle da asma.

PO471 ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS SÉRICOS DA PROTEÍNA C REATIVA (PCR) E O PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO (PFE) EM ASMÁTICOS PERSISTENTES

NELMARA CAMARGO; MARIA LUIZA COTRIM SARTOR OLIVEIRA; FABIANE MARIA ROMÃO; DEBORA MACIEL CAVALCANTI ROSA; LUCIANO BARBOSA; HUGO HYUNG BOK YOO; THAIS HELENA ABRAHÃO QUELUZ

UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PCR; PFE; ASMÁTICOS

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas caracterizada por hiperreatividade brônquica e limitação variável aos fluxos aéreos expiratórios. Estudos recentes têm mostrado elevação dos níveis séricos da PCR, um marcador sistêmico de inflamação, em asmáticos. OBJETIVO: Verificar se em asmáticos persistentes em tratamento otimizado os níveis séricos da PCR se correlacionam com as variações do PFE e com a celularidade do escarro. **Casuística e Métodos**: 50 asmáticos persistentes do ambulatório de pneumologia da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP foram selecionados e submetidos às medidas de PFE e dosagem da PCR sérica nos seguintes momentos: tempo zero, 15, 30, 60 e 90 dias após o tempo zero. Nos tempos zero, 15 e 90 dias foi realizado também indução de escarro para exame citológico. Entre o tempo zero e 15 dias os pacientes receberam diariamente 40 mg de prednisona oral, 800mg de budesonida e 24µg de formoterol inalatórios. A seguir receberam apenas os medicamentos inalatórios. O PFE foi medido com o aparelho portátil PEAK FLOW DIGITAL PIKO-I e a PCR de alta sensibilidade foi realizada por quimioluminescência (IMMULITE 2000, DPC) e os valores esperados em indivíduos saudáveis foram estabelecidos pela literatura em <3mg/L. Foram excluídos pacientes com problemas cardíacos, diabetes, neoplasia, DPOC, grávidas, tabagistas e usuários crônicos de corticosteróide sistêmico. Para análise estatística utilizou-se o teste Kruskal-Wallis e Dunn, p < 0,05. **Resultados**: Os pacientes, 15 homens e 35 mulheres, tinham idade média de 51±15 anos (variação, 22-77). Dos 50 pacientes selecionados (tempo zero) foram obtidas amostras dos seguintes números de pacientes: 32 (15 dias), 17 (30 dias), 13 (60 dias) e 9 (90 dias). Os valores medianos da PCR em mg/L, do PFE em L/min e da celularidade do escarro estão descritos na tabela abaixo. **Conclusão**: A PCR diminuiu apenas entre os tempos zero e 15 dias, assim como a diminuição qualitativa dos eosinófilos, talvez porque nesse período os pacientes estivessem recebendo corticóide sistêmico, mas não houve correlação entre a queda dos níveis séricos da PCR e os valores do PFE entre os diversos momentos do estudo. Medianas seguidas de letras iguais não diferem entre si pelo teste de Dunn (p>0,05) NS=não significativo; NR= não realizado

	ZERO	15dias	30dias	60dias	90dias	P
PCR	3,7 a	1,4 b	3,1 ab	2,0 ab	2,0 ab	P= 0,027
PFE	285 a	303 a	245 a	355 a	397 a	NS
EOSINÓFILOS	2+	1+	NR	NR	1+	-
NEUTRÓFILOS	1+	1+	NR	NR	1+	-

PO472 NÍVEIS SÉRICOS DA PROTEINA C REATIVA (PCR) EM PACIENTES OBESOS E NÃO OBESOS PORTADORES DE ASMA PERSISTENTE

NELMARA CAMARGO; DEBORA MACIEL CAVALCANTI ROSA; LUCIANO BARBOSA; HUGO HYUNG BOK YOO; THAIS HELENA ABRAHÃO QUELUZ

UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PCR; OBESO; ASMA

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas e por limitação variável ao fluxo aéreo expiratório. Recentemente tem sido descrito em asmáticos níveis elevados da PCR, que é uma das proteínas de fase aguda mais utilizada como indicador sensível e precoce de processos inflamatórios. Entretanto, nestes estudos não foi levado em consideração a obesidade, doença comum e que sabidamente eleva os níveis séricos da PCR. Assim, não está definitivamente comprovada a elevação da PCR em asmáticos e estudos que eliminem outras eventuais causas desta alteração têm que ser realizados. **Objetivo:** Verificar os níveis séricos da PCR em pacientes obesos e não obesos portadores de asma persistente. **Casuística e Método:** Foram estudados 79 pacientes sendo 17 obesos asmáticos, 32 não obesos asmáticos, 15 obesos não asmáticos e 15 não obesos não asmáticos, com idade entre 18 e 77 anos, atendidos no ambulatório de pneumologia da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Foram realizadas história clínica, prova de função pulmonar, mensurado o índice de massa corpórea (IMC) e dosado o nível da PCR sérica. A PCR de alta sensibilidade foi realizada por quimioluminescência (IMMULITE 2000, DPC) e os valores esperados em indivíduos saudáveis foram estabelecidos pela literatura em <3mg/L. Foram excluídos os pacientes que apresentavam problemas cardíacos, diabetes, neoplasias, DPOC, grávidas, tabagistas e usuários crônicos de corticosteróide sistêmico. Para análise estatística utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis e Dunn, p<0,05. **Resultados**: Os valores medianos da PCR em mg/L e do IMC estão descritos na tabela abaixo: **Conclusão**: A PCR não está elevada nem em pacientes asmáticos nem em pacientes obeso, porém naqueles em que há a combinação das duas doenças os níveis medianos da PCR estão mais elevados que nos grupos de doenças isoladas. Estes achados sugerem que a utilização da PCR como marcador de atividade inflamatória em pacientes asmáticos com IMC≥32 deve ser feita com cautela. * Medianas seguidas de letras iguais não diferem entre si pelo teste de Dunn (p>0,05)

	ASMÁTICO OBESO	ASMÁTICO NÃO OBESO	OBESO NÃO ASMÁTICO	NÃO OBESO NÃO ASMÁTICO	P
PCR	5,5 b	2,6 b	2,3 b	0,5 a	p<0,001
IMC	32 b	26 a	36 b	23 a	p<0,001

PO473 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA

NILSON MOURA GAMBERO; ILKA LOPES SANTORO; JORGE NAKATANI; CLISTENES DOYR SOARES SILVA; ROSALI TEIXEIRA DA ROCHA; JOSÉ ROBERTO ARAUJO; THÚLIO MARQUEZ CUNHA
UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; EPIDEMIOLOGIA; DIAGNÓSTICO

Introdução: Segundo a OMS o Brasil ocupa o décimo quarto lugar entre os 23 países com 80% dos casos de tuberculose do mundo. Portanto ainda é uma doença que representa um grande problema de saúde pública em nosso pais, apresentando altas taxas de morbidade e mortalidade. **Objetivo**: Estudar as características epidemiológicas (sexo, raça e idade) e clínicas (aspecto da espectoração) de pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera atendidos em serviço de pronto atendimento na cidade de São Paulo. **Métodos:** Análise retrospectiva do livro de registro do laboratório de microbiologia do pronto atendimento em pneumologia da Disciplina de Pneumologia da Unifesp de janeiro de 2002 até junho de 2008. Foram coletados dados epidemiológicos (sexo, raça e idade) e clínicos (aspecto da expectoração). Os dados foram tabulados e analisados estatísticamente com o objetivo de identificar o perfil dos pacientes com tuberculose pulmonar. **Resultados**: De 2002 a 2008 foram atendidos no serviço 39937 pacientes. Neste período foram solicitados 1841 pesquisas de BAAR no escarro. Destes foram 1083 (58,8%) pacientes do sexo masculino, 1269 (68,8%) classificados como brancos e 211 exames positivos. Idade média 45,7 anos ; mediana= 45 anos (13 – 88anos). Número de amostras em média=1,42. **Conclusão**: A análise de regressão mostrou que depois do modelo ser ajustado para pacientes não-brancos a maior razão de chance para o escarro ser positivo era para pacientes com menor a idade, do sexo feminino e com expectoração hemática.

PO474 ALTERACIÓN DEL LABORATORIO PULMONAR EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

ORLANDO RUBEN LOPEZ JOVE; O. GIUNO E.; E. BATTAGLIA D.; FERNÁNDEZ ACQUIER M.; METTA S.; TORRES R.; ZORUBA D.; CABERLOTTO O
HOSPITAL CETRÁNGOLO, VICENTE LOPEZ, ARGENTINA

PALAVRAS-CHAVE: ESPIROMETRIA; ENF REUMATICAS; DLCO

Introducción: Algunas enfermedades reumáticas provocan alteraciones respiratorias, y en gran medida se ven reflejadas en las pruebas funcionales del Laboratorio Pulmonar. La frecuencia varía según diversos autores. Para conocer la situación en nuestro medio se estudió en el Laboratorio Pulmonar del Hospital de Tórax "Dr. Antonio Cetrángolo" a los pacientes referidos desde el Servicio de Reumatología del Hospital "Dr. Bernardo Houssay", que es un hospital general, ambos en Vicente López, Provincia de Buenos Aires, República Argentina. **Objetivos**: Describir la frecuencia de alteración de las pruebas funcionales respiratorias en pacientes que padecen enfermedades reumáticas y caracterizar el tipo de alteración observada. **Material y Métodos**: Se realizó un estudio descriptivo estudiando entre enero de 2005 y enero de 2008, pacientes que presentaban, según criterios diagnósticos de la American College of Reumathology, las siguientes enfermedades reumáticas: Artritis reumatoidea (AR), Lupus eritematoso sistémico (LES), Artritis psoriasica (A.PSO), Esclerodermia (ESC), CREST, Sjogren (SJO), Artritis psoriasica juvenil (A.PSO. JU), Polimiositis (POL) y Dermatomiositis (DER). Se les realizó Espirometría y Difusión de Monóxido de Carbono (DLCO), categorizándolos según normas ERS/ATS. Los resultados se informan como porcentajes y media más menos desvío estándar. **Resultados**: Se analizaron 65 pacientes cuya edad promedio fue de 57,09 ± 13 años; 50 pacientes (76,92%) eran de sexo femenino y 9 (13,85%) eran tabaquistas. La frecuencia de diagnósticos fue la siguiente: AR en 42 (64,62%), ESC 9 (13,85%), A.PSO 5 (7,69%), LES 2, CREST 1, SJO 3, A.PSO.JU 1, POL 1, DER 1. En 22 pacientes (33,85%) se observó alguna alteración de los estudios respiratorios. Presentaron Espirometría Normal: 57 (87,69%), patrón No obstructivo: 5 (7,69%), y Obstructivo; 3 (4,62%). En 43 pacientes la DLCO fue normal (67,19%), en 11 (17,19%) fue levemente disminuida, en 7 (10,94%) fue moderadamente disminuida, en 2 (3,13%) severamente disminuida, y en 1 (1,56%) aumentada. Se encontró espirometría y DLCO alteradas en 3 pacientes con ESC (33,33%), en 4 con AR (9,52%), y en 1 con LES. Se encontró espirometría normal y DLCO alterada en 5 pacientes con ESC (55,56%), 5 con AR (11,9%), 1 CREST y 2 SJO. **Conclusiones:** Se encontró cerca de un 13% de espirometrías y de un 33% de DLCO alteradas. Todas las espirometrías anormales tenían DLCO anormal, pero encontramos 14 pacientes con espirometría normal y DLCO alterada. Consideramos recomendable realizar la DLCO a este grupo de pacientes, especialmente en AR, ESC y SJO, para detectar alteraciones respiratorias.

PO475 TUMORES DE PARED TORÁCICA

OSVALDO SALARIATO; CARLOS HORACIO SPECTOR
INSTITUTO DE ONCOLOGIA ANGEL H ROFFO, CAPITAL FEDERAL, DF, ARGENTINA

PALAVRAS-CHAVE: PARED TORACICA; TUMORES; CIRUGIA

Introducción: Los tumores que comprometen el espesor de la pared torácica y adquieren volumen importante, crean un serio problema para efectuar su resección quirúrgica completa y posterior reconstrucción, dado que es necesario procurar la preservación de factores fundamentales como son la funcionalidad respiratoria, rigidez parietal y una apariencia estética aceptable. **Objetivos**: Reportar nuestra experiencia en resección y reconstrucción de la pared torácica **Métodos**: Ochenta y cuatro pacientes fueron operados entre 1985 y 2007. La pared torácica fue reconstruida con tejidos autólogos y/o prótesis. Estos elementos siempre fueron cubiertos por músculos, epiplón o colgajos miocutáneos pediculados. 18 fueron benignos y 66 malignos (37 primarios, 23 metastáticos y 6 por invasión local de carcinoma mamario. Hubo 2 resecciones extendidas a pericardio, 2 a pulmón, 1 a columna y 1 a miembro superior. Las reconstrucciones fueron las siguientes: costilla y músculo 3, costilla y colgajo de dorsal 1, colgajos musculares pediculados 36, malla de polipropileno 19, plancha de PTFE 6, auto injerto, polipropileno y metilmetacrilato 16, acrílico mas alambre 4, epiplón mas malla mas acrílico 9 y diafragma mas malla 4. **Resultados**: Un paciente falleció en el p/o inmediato. 4 desarrollaron infecciones (el acrílico debió ser retirado) y 2 tuvieron recurrencia local y los tumores fueron reoperados y resecados. Todos los pacientes con tumores benignos viven bien. Los resultados de los tumores malignos recidivados invasivos estuvieron relacionados a la evolución de su neoplasia primaria. Después de un periodo de seguimiento de 130 meses (rango de 1 a 130) 19 pacientes con tumores primario maligno tuvieron una tasa de sobreviva libre de enfermedad de 51.35 % a 5 años. **Conclusión:** La resección de tumores de pared torácica y su reconstrucción basada en el uso de tejidos autólogos o materiales protésicos es una solución efectiva en pacientes con grandes lesiones malignas primarias.

PO476 REALIZAÇÃO DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÕES PULMONARES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

PATRÍCIA NERYS KAMINSKI; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; LUIZ ALBERTO FORGIARINI JR
COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: RESSECÇÃO PULMONAR; PERFIL DE PACIENTES PEDIÀTRICOS NO PÓS-OPERATÓRIO; FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

Introdução: No período pós-operatório(PO) de pacientes submetidos a procedimentos torácicos, pode ocorrer uma série de complicações pulmonares,como atelectasias,pneumonias e até mesmo permanência prolongada em ventilação mecânica,contribuindo significativamente para a morbidade e a mortalidade.A fisioterapia(Ft) atua a fim de prevenir o aparecimento de problemas no PO e minimizar as complicações quando existentes,reduzindo assim as alterações decorrentes da cirurgia.**Objetivos**: Avaliar os pacientes pediátricos que foram submetidos à fisioterapia no PO de ressecções pulmonares(RP),analisar as técnicas utilizadas e as complicações mais freqüentes. **Metodologia:** Entre janeiro de 2005 a dezembro de 2007 foram revisados os prontuários de 88 pacientes submetidos a RP no Hospital da Criança Santo Antônio com diferentes doenças de base.Foram excluídos 14 por prontuários incompletos.Os 74 restantes foram avaliados quanto a:etiologia,características clínicas no pré-operatório(PrOP),procedimento realizado,prescrição de Ft,técnicas de Ft utilizadas,complicações no PO,tempo de permanência de dreno torácico(DT) e de internação hospitalar(IH). **Resultados**:Foram incluídos no estudo 74 prontuários.A idade média dos pacientes foi de 6,7 anos,sendo 52,7% do sexo masculino.As etiologias predominantes foram:bronquiectasias 28,3%(n=21),bronquiolite obliterante 21,6%(n=16),bronquiectasias e bronquiolite obliterante associadas 9,4%(n=7),metástases pulmonares 21,6%(n=16),e pneumonia bacteriana 16,2%(n=12).O tipo de RP mais utilizado foi a segmentectomia 67,5%(n=50) seguida pela lobectomia direita 29,7%(n=22) e esquerda 28,3%(n=21).Dos 50 pacientes que foram

submetidos a segmentectomias, 28%(n=14) realizaram também lobectomia. Em relação às características clínicas no PrOP todos os pacientes apresentavam alteração na ausculta pulmonar, 32,4%(n=24) apresentavam tosse produtiva e 25,7%(n=19) demonstraram alteração radiológica unilateral.A prescrição de Ft respiratória esteve presente em 81%(n=60) dos pacientes.O tempo médio de início do atendimento de Ft foi 1,3 dias de PO(DP=±1,03).As técnicas predominantes de Ft foram:mobilização torácica 71,6%(n=43), tosse 53,3%(n=32),uso de pressão expiratória positiva 38,3%(n=23) e huffing 15%(n=9).Complicações no PO foram observadas em 22,9%(n=17),consistindo em:47,05%(n=8) atelectasia,29,4%(n=5) pneumotórax,23,5%(n=4) fuga aérea prolongada,17,6%(n=3) enfisema subcutâneo,11,7%(n=2) empiema e 5,8%(n=1) quilotórax. Destes, 4 apresentaram mais de uma complicação associada.Dos 17 pacientes que desenvolveram complicações no PO, apenas 2 não realizaram Ft respiratória.O tempo de permanência com (DT) foi de 2,75 dias(DP=±1,88) e de internação 11(DP=±6,9).**Conclusão:** A Ft respiratória pode ser iniciada precocemente no PO de pacientes pediátricos, independentemente da idade e do tipo de ressecção pulmonar.A aplicação de diversas técnicas ou a associação das mesmas demonstra que não existe padronização específica para os pacientes pediátricos.

PO477 ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF SUPERFICIAL ESOPHAGEAL CANCER: EXPLORING THE POSSIBILITY OF CURATIVE INTENT IN NON-SURGICAL CANDIDATES

PAULA ANTÔNIA UGALDE FIGUEROA[1]; BENNY WEKSLER[2]; GHULAM ABBAS[3]; GILBERT SEBASTIEN[4]; JAMES LUKETICH[5]; BLAIR JOBE[6]
1,3,5,6.UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER, PITTSBURGH, ESTADOS UNIDOS; 2.THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL, PHILADELPHIA, ESTADOS UNIDOS; 4.UNIVESITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER, PITTSBURGH, ESTADOS UNIDOS

PALAVRAS-CHAVE: ESOPHAGEAL CANCER; ENDOSCOPY; ULTRASOUND

Introduction: Endoscopic therapy for early stage esophageal cancer has emerged as a potentially effective and safe alternative to surgery in non-surgical candidates. Endoscopic ultrasound (EUS) coupled with endoscopic mucosal resection (ER) forms the mainstay of management since these modalities provide both Nodal staging and large tissue specimens for T-staging in patients with lesions confined to the mucosa or submucosa. These modalities can be used to determine populations who may be appropriate for definitive endoscopic therapy with photodynamic therapy (PDT), radiofrequency ablation, or stepwise radical endoscopic resection (SRER). **Objective:** We aimed to analyze outcomes in terms of treatment complications, accuracy of staging, and cancer-free surveillance in patients with early esophageal cancer managed with endoscopic therapy. **Methods**: During a 1 year period 5 non-surgical candidates with superficial cancer were staged with EUS/ER. Data on demographic features, co-morbidities, tumor characteristics, types of treatment received, and surveillance results were analyzed. **Results**: All patients underwent EUS and 4 of them EMR without immediate or delayed complication. Staging revealed T1aN0 in 4 patients and high grade dysplasia in one. Only one patient was over staged by EUS. Therapy with curative intent was delivered in 100% of patients (1 PDT, 1 SRER and 3 RFA). After 1 year follow-up, two patients developed recurrence or metachronous cancers which required further therapy. **Conclusions**: ER allows the esophagus to be preserved as well as specimens to be pathologically examined. Close follow-up is necessary as well as repeated procedures. Only long-term follow-up will allow survival analysis. Management of Barrett esophagus patients with HGD or EC should be performed in centers with a dedicated endoscopic program and future studies should focus on development of ER techniques that allow radical resection of the whole Barrett segment without stricture formation.

PO478 TRATAMENTO DA SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO-OBESIDADE COM VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA – RELATO DE CASO

PAULA CRISTINA FERREIRA; MARCO ANTÔNIO SOARES REIS; PAULO TARSO LIMA VIANA
HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO-OBESIDADE; VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA; OBESIDADE

Introdução: A síndrome de hipoventilação-obesidade (SHO) é definida como uma associação entre obesidade (IMC > 30 kg/m2) e hipercapnia crônica diurna (PaCO2 > 45 mmHg) que ocorre na ausência de outras causas conhecidas de hipoventilação alveolar. A ventilação não invasiva (VNI) com Bilevel, associada a outras medidas como a perda de peso, é considerada o tratamento de escolha para esses pacientes. **Objetivos**: Alertar para o diagnóstico diferencial da hipoxemia associada à hipercapnia diurna e sobre a eficácia do tratamento da SHO com a VNI. **Métodos**: Análise retrospectiva clínica e funcional de uma paciente com SHO internada no Hospital Madre Teresa - Belo Horizonte. **Resultados**: A.C.C., 82 anos, feminino, não-tabagista, admitida em 15/02/05 com quadro progressivo de prostração, confusão mental e distúrbios de memória há aproximadamente 01 mês. Ao exame: obesa (IMC = 32 kg/m2), confusa, eupneica, ausculta com sons respiratórios reduzidos difusamente, sem ruídos adventícios. Ausência de edema de membros inferiores. Detectado hipoxemia pela oximetria de pulso (SpO2 = 88%) e iniciada extensa propedêutica. Exames laboratoriais foram normais. Gasometria arterial de 28/02/08: pH=7,40; PaCO2=52mmHg; PaO2=59mmHg; HCO3=32mmol/L; SatO2=90%) com gradiente alvéolo-arterial de oxigênio de 9 (previsto = 19). Radiografia de tórax, tomografia computadorizada de crânio e angiotomografia de tórax normais. Polissonografia de 03/03/05 evidenciou ausência de apnéia ou hipopnéia, mas com dessaturação de oxihemoglobina abaixo de 89% em 99,6% do tempo total de registro do sono; não sendo observado roncos. Feito diagnóstico de SHO e iniciado em 15/03/05 tratamento com VNI noturna (IPAP = 16 cmH2O e EPAP = 4 cmH2O), com melhora cognitiva e funcional progressivas. A paciente obteve alta hospitalar em 30/05/05 em uso de VNI domiciliar, lúcida e com hipercapnia e hipoxemia diurnas revertidas. **Conclusão**: O reconhecimento precoce da síndrome de hipoventilação-obesidade (SHO) é importante, e a terapia apropriada com a ventilação não invasiva noturna tem se mostrado efetiva devido a uma rápida e sustentada melhora nos níveis dos gases arteriais e redução da sonolência diurna, levando à melhora do quadro clínico e cognitivo desses pacientes.

PO479 AVALIAÇÃO INICIAL DA CRISE DE ASMA NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE P.ALEGRE

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA[1]; PAULINE ZANIN SIQUEIRA[2]; HENRIQUE DARTORA[3]; RENATA HECK[4]; MARCELO LUCCHO[5]
1.HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,5.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; NEBULIZAÇÃO; CRISE

Os pacientes asmáticos buscam frequentemente os atendimentos de emergência para tratamento das descompensações. O uso regular das medicações geralmente não é seguido ou por falta de conhecimento ou falta de oportunidade de atendimento ambulatorial. A maioria dos casos poderia ser manejado fora das emergências,pois geralmente apresentam melhora na primeira etapa do tratamento. **Objetivo**: Analisar o perfil e a resposta ao tratamento inicial de pacientes asmáticos atendidos no Hospital de Pronto Socorro da Prefeitura Municipal de P.Alegre, local de referência para atendimentos de emergência da cidade **Metodologia**: Selecionamos pacientes adultos que atendidos devido a crise de asma. A avaliação inicial constitui-se de: história clínica, exame físico, avaliação do Pico de Fluxo(PF), SpO2, aplicação da escala analógica de Borg para dispnéia (0-sem dispnéia a 10-dispnéia máxima). Após as avaliação inicial, o paciente recebia fenoterol + ipratropio inalados, sendo avaliado após esta etapa. **Resultados**: O grupo ficou constituído de 46 pacientes com uma média de idade de 37 anos (±15), sendo 25 mulheres. Em 32(70%) pacientes, a asma iniciou antes dos 18 anos e em 35(77%) as crises eram mensais ou semanais. Corticóide ianalatório era usado por 13% dos pacientes. Na chegada: a média do PF(Pico de Fluxo) foi 184L/min, a SpO2 média 95%, a escala de Borg 6(dispnéia muito forte), 40(87%) apresentavam sibilância, 20(43%) tinham escarro purulento e 23(50%) tinham dor torácica. Entre os 34 RX de tórax realizados, 24(52%) estavam normais. Após receber a medicação inalada, observamos PF médio de 247L/min (variação 63mL, 34%) , SpO2 média 96%, Borg 3(dispnéia moderada,variação 50%), sibiância em 16(35%, queda de 60%). Observamos uma correlação significativa mas fraca entre o PF e o Borg (r=-0,34 p=0,02). **Conclusão**: Nossos dados sugerem que muitos asmáticos atendidos na emergência não apresentam crises graves e melhoram significativamente após a primeira etapa de tratamento, indicando que poderiam manejar suas crises a nivel ambulatorial.

PO481 PULMONARY FUNCTION IN POST-POLIOMYELITIS: PRELIMINARY RESULTS

ROGÉRIO ANTÔNIO CANUTO; CÍCERO RICARDO GOMES; SERGIO RICARDO M MATEUS; PAULO SERGIO SIEBRA BERALDO
REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: POST-POLIOMYELITIS; PULMONARY FUNCTION ; SCOLIOSIS

Introduction/objective: Approximately 30% of patients with post-poliomyelitis develop, among several other deformities, deviations of the spinal axis. However, 60% of scoliosis cases are associated with poliomyelitis. These patients often present, in the long term, breathing disorders that may require respiratory support, with consequent reduction in quality of life. Our objective was to evaluate the real impact of the spinal deviations (scoliosis and cifosis) on the respiratory function of patients with post-poliomyelitis. **Methods**: The inclusion criterion for patients in this study were: independent gait, clinical stability and independence in activities of daily life (ADLs). Patients who had undergone surgical procedures for correction/fixation of their scoliosis and previous pulmonary diagnosis (asthma, chronic obstructive pulmonary disease) were excluded. Until now we studied 24 patients with clinical diagnosis of post-poliomyelitis. Most were women (13/24), with median age of 36.5 years (interquartile range, 33.8-47.1; range 29.0-77.2); the average duration of the acute poliomyelitis was 2 years (1.0-3.0). Twelve out of 24 patients presented at 3 impaired segments in the motor assessment (which considered 5 segments: arms, legs and trunk), and all patients presented with at least one of their legs impaired. To quantify the degree of residual impairment of poliomyelitis, muscle strength of all extremities was measured manually (manual muscle testing, MMT), with each muscle group receiving a score ranging from 0 to 5. An arms strength score was obtained by adding the MMT-scores of all 10 arm muscle groups tested (range 0–50) and a legs strength score was obtained by adding the MMT-scores of all 16 leg muscle groups tested (range 0–80). The median of manual muscle testing arm strength sum-score was 50.0 (45.0-50.0) and for leg 53.5 (42.0-65.3). The median Cobb angle was 16.0 degrees (11.8-23.8). Only four participants did not present scoliosis. The median cifosis angle was 39 degrees (26.0-41.5), and only 5 participants didn\'t present cifosis. All patients were assessed by spirometry, lung volumes and diffusion (DLCO) capacity. This study was approved by the Research and Ethics Committees of our Institution. **Results**: The patients did not exhibit restrictive or obstructive patterns, evidenced, respectively, by the total lung capacity (88.6% from predicted, 81.0%-98.4%), vital capacity (105.3%, 88.7%-120.1%) and FEV1/VC (79.4, 74.9%-85.0%). Diffusion capacity and respiratory pressure were in a rude analysis into the normality range. In a univariate analysis considering total lung capacity as dependent variable the unique significant correlation was found with scoliosis. We found a negative and moderate correlation between the Cobb angle and percent predicted of the TLC (r = -0.542; CI95% -0.776 to -0.177; P=0.0054). The equation of the regression line among the variables was TLC (percent predicted) = 96.91 – 0254.0 Cobb angle. In a preliminary multivariate analysis the best model was obtained only with variable related to the spinal deviations (TLC %pred = 100.542 – 0.527 Cobb angle – 0.182 cifosis angle). **Conclusions**: Despite a small sample, this study was able to demonstrate that scoliosis is an independent variable in determining the lung function in patients with post-poliomyelitis. Although not significant in the univariate analysis cifosis angle contribute to the final model. Further analysis will follow with the increase of the casuistic.

PO482 QUALIDADE DE SONO É DETERMINANTE DE QUALIDADE DE VIDA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

EANES DELGADO BARROS PEREIRA; DEUZILANE MUNIZ; PEDRO BRUIN; VERALICE BRUIN
UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA; QUALIDADE DE SONO; DPOC

Introdução: Queixas relacionadas ao sono são comuns na DPOC. Entretanto, o impacto da qualidade de sono sobre a qualidade de vida nessa doença ainda não foi adequadamente investigado. OBJETIVO: Avaliar a relação entre qualidade de sono e qualidade de vida em portadores de DPOC. **Métodos**: Trinta portadores de DPOC grau II a IV (GOLD-2006) foram consecutivamente avaliados quanto à qualidade subjetiva do sono, através do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), e à qualidade de vida, pelo Questionário Respiratório do Hospital Saint George (SGRQ). Adicionalmente, foi mensurada a função pulmonar por espirometria; a gravidade da dispnéia, pelo índice de dispnéia modificado do Medical Research Council, e o status funcional de exercício, pelo Teste de Caminhada de seis minutos (TC6). **Resultados**: Os 30 pacientes estudados (H =18) tinham idade de 65,6 ± 8,9 (média ± DP) anos, IMC de 24,1 ± 4,1 kg/m2 e carga tabágica de 47,8 ± 32,0 maços/ano. Quinze pacientes foram classificados como DPOC moderada, 10 como grave e 5 como muito grave. O VEF1 médio foi de 48,5 ±17,3% do previsto e a distância média percorrida no TC6 foi de 344,1 ± 69.3 m. O escore médio do SGRQ foi 46,3 ± 20,3% e a pontuação global média do IQPS foi 7,4 ± 3.6. Má-qualidade de sono (IQPS > 5) foi diagnosticada em 21 pacientes (70%). Os indivíduos com má-qualidade de sono apresentaram qualidade de vida pior em comparação àqueles com boa qualidade de sono (p=0.013). Verificou-se uma correlação linear entre o escore do SGRQ e o IQSP (R=0,42; p=0.022) e o grau de dispnéia (R=0,56; p=0.001). Análise de regressão múltipla identificou a qualidade do sono como o principal preditor de qualidade de vida nos indivíduos estudados. **Conclusão**: A qualidade do sono é um determinante importante da qualidade de vida na DPOC. Esforços para identificar e tratar problemas relacionados ao sono são indispensáveis para um manuseio adequado desses pacientes.

PO483 AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO CPAP EM PORTADORES DE DESPERTAR RELACIONADO A ESFORÇO RESPIRATÓRIO E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ATRAVÉS DA MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL

PEDRO NERY FERREIRA JR; PAULO TAVARES; MARILE GUIOT TAVARES; CESAR AUGUSTO MELO E SILVA; NEILA ANDERS AIDAR; RODRIGO CUNHA CANTO NERY FERREIRA
UNB, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: : DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO; ; SÍNDROME DE APNÉIA DO SONO POR RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES/DIAGNÓSTICO/FISIOPATOLOGIA/TRATAMENTO

Introdução: O despertar relacionado a esforço respiratório (RERAs - Respiratory Effort-Related Arousals), é uma nova entidade clinica e pouco conhecida, podendo ser causa de hipertensão arterial sistêmica (HAS). O CPAP é uma forma eficaz de tratamento do quadro(1) . Objetivo: Avaliar se terapia com CPAP, aplicado por três noites, melhora os níveis de pressão arterial (PA), avaliados pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) em portadores de RERAs e HAS. **Métodos**: Ensaio clinico com delineamento seqüencial não controlado em sete portadores de RERAs e HAS, avaliados através da MAPA, com utilização de auto-CPAP durante 03 noites a nível domiciliar, seguindo-se no dia seguinte nova MAPA, visando avaliar a resposta ao CPAP de "curta duração". Polissonografias realizadas em aparelho icelera (past poli 26i), durante noite inteira no Hospital Universitário de Brasília, utilizando-se dispositivo de cânula-transdutor para diagnóstico de RERAs. MAPA realizada com monitor SpaceLabs – 90207 – 8Q, instalado pela manhã e retirado após 24 h. Os exames tecnicamente validados, com no mínimo dezesseis medidas válidas no período da vigília e oito no sono, seguindo normas da IV diretriz para uso da MAPA da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2). CPAP aplicado com dispositivo de auto-CPAP (autoSet Spirit – ResMed Ltd Austrália). Correlação entre as variáveis da MAPA com distribuição paramétrica pré e pós CPAP feita com teste t de Student emparelhado e não paramétricas utilizado o teste de U de Mann-Whiney. Significância estatística quando $p \leq 0,05$. A análise estatística realizada com software SPSS 15.0. **Resultados**: Amostra composta por seis homens e uma mulher, idade média de 36,8 anos. Após uso do CPAP, houve redução significativa da PA em seis variáveis da MAPA: pressão arterial sistólica (PAS) de 24 h (135,85 vs 131,42 mmHg), pressão arterial diastólica (PAD) de 24 h (81,71 vs 78,85 mmHg), pressão arterial média (PAM) de 24 h (99,57 vs 96,85 mmHg), PAS do sono (126,14 vs 119,00 mmHg), PAM do sono (89 vs 83,85 mmHg) e carga pressórica sistólica do sono (64,14 vs 46,57). **Conclusão**: O uso do CPAP de curta duração melhora os níveis de PA, avaliados pela MAPA, em portadores de RERAs e hipertensão arterial sistêmica. Bibliografia: 1. Guilleminault C, Stoohs R, Shiomi T, Kushida C, Schnittger I. Upper airway resistance syndrome, nocturnal blood pressure monitoring, and borderline hypertension. Chest. 1996 Apr;109(4):901-8. 2. IV Diretriz para uso da monitorização ambulatolatorial da pressão arterial da pressão arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2005 Julho 2005;Volume 85, Suplemento II, Julho(Suplemento II):1-18.

PO484 RUPTURA ESPONTÂNEA DO ESÔFAGO, APRESENTAÇÃO NÃO USUAL

NELSON PERELMAN ROSENBERG; LEANDRO PRETTO ORLANDINI; RAFAEL HERTZOG MOSSMANN; CARLOS EDUARDO FICHT DE OLIVEIRA; THIAGO LEANDRO MARCOS; RENATA FARINON
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: RUPTURA ESOFÀGICA; BOERHAAVE; RUPTURA DO ESÕFAGO

Introdução: A ruptura espontânea de esôfago, também chamada de Síndrome de Boerhaave, ocorre subitamente e gera risco de vida. Em 80% dos casos é precedida por episódios de vômitos intensos. Em 50% dos casos, não é diagnosticada inicialmente. lsto ocorre porque sua apresentação clínica mimetiza uma série de situações freqüentemente deparadas pelos profissionais médicos, tais como aneurisma dissecante de aorta, infarto miocárdico, doença péptico dolorosa, pancreatite aguda, pericardite e pneumotórax. **Objetivo**: relato de caso de um paciente com apresentação incomum desta síndrome. **Métodos**: revisão sistemática do prontuário, bem como exames laboratoriais, diagnósticos e de imagem. **Resultados**: paciente masculino, 35 anos, branco, comerciante, natural e procedente de Porto Alegre procura a emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição com história de desconforto em hemitórax direito com aproximadamente 20 dias de evolução, associado a dispnéia leve e alguns episódios de tosse. Era tabagista 1 cart/dia e negava etilismo. Apresentava RX de tórax com nível hidroaéreo em hemitórax D. Avaliado pelo plantão da emergência e submetido à drenagem de tórax, com saída de grande volume de secreção francamente purulenta. No dia seguinte, apresentou piora do quadro infeccioso com desenvolvimento de celulite ao redor do dreno de tórax. Permanecia drenagem de grande quantidade de secreção. Foi solicitada avaliação para o serviço de cirurgia torácica quando foi indicada cirurgia onde se identificou pulmão encarcerado com grande cavidade empiemática e grande volume de secreção espessa, sendo então realizada pleurostomia. No primeiro pós-operatório, permanecia com intensa drenagem pela pleurostomia. No segundo, houve saída de restos alimentares pela cavidade. Revisando-se a história, o paciente admitiu ser etilista pesado (1 garrafa de cachaça por dia) e havia apresentado episódio de ingestão excessiva de álcool com vômitos em grande quantidade alguns dias antes do início do quadro. Realizado então RX contrastado de esôfago e endoscopia digestiva alta que confirmaram o diagnóstico de ruptura esofágica. Foi administrada NPT e antibioticoterapia e indicada cirurgia para correção do defeito. Realizado levantamento gástrico subesternal e anastomose cervical, com exclusão esofágica completa. O paciente apresentou adequada evolução clínico-cirúrgica e laboratorial pós-operatória, tendo sido introduzida dieta oral no 7o PO e alta hospitalar no décimo pós-operatório. **Conclusão**: A necessidade de uma abordagem terapêutica precoce, a baixa incidência, a semelhança clínica com outras patologias e o risco de contaminação cervical, mediastínica e torácica são fatores que, quando somados, resultam numa taxa de mortalidade de 25-30%, quando o tratamento ocorre antes de 24 horas a partir da ruptura, e de 45-55% quando decorrem mais de 24 horas. Em nosso caso, o paciente permaneceu mais de 20 dias com a perfuração esofágica, sem apresentar quadro séptico.

PO485 HÉRNIA DE BOCHDALEK A DIREITA: RELATO DE CASO

NELSON PERELMAN ROSENBERG; LEANDRO PRETTO ORLANDINI; RAFAEL HERTZOG MOSSMANN; CARLOS EDUARDO FICHT DE OLIVEIRA; THIAGO LEANDRO MARCOS; RENATA FARINON
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HÉRNIA DIAFRAGMÀTICA; HÉRNIA DE BOCHDALEK; EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÀTICA

Introdução: Hérnia diafragmática é uma das malformações congênitas mais comuns, com incidência de 1 para 2-5000 nascidos vivos. O defeito é mais freqüente do lado esquerdo (80%). Defeitos bilaterais são raros e associados com múltiplas malformações. A hérnia de Bochdalek é a herniação diafragmática posterior, sendo a mais comum das hérnias (95% dos casos). A maioria ocorre do lado esquerdo (efeito protetor do fígado). OBJETIVO: relato de caso de uma paciente com diagnóstico e tratamento de Hérnia de Bochdalek a direita. **Métodos**: revisão sistemática do prontuário, bem como exames laboratoriais, diagnósticos e de imagem. **Resultados**: paciente de 50 anos, natural e procedente de Porto Alegre, com história de dor torácica e dispnéia aos médios esforços há 4 meses. Exames de imagem (Rx de tórax) demonstrando abaulamento diafragmático com aparente elevação da hemicúpula posterior direita (lesão expansiva? Coleção pleural septada? Eventração por afrouxamento das fibras?) e aorta aumentada de diâmetro. TC de tórax: herniação de parte do lobo hepático direito e pequena quantidade de gordura mesentérica para dentro do hemitórax, determinando importante redução volumétrica do lobo inferior desse lado, por efeito compressivo. Havia aparente descontinuidade da porção posterior do diafragma a direita, por onde ocorria herniação das estruturas descritas. Paciente submetida a videotoracoscopia, que confirmou os achados dos exames de imagem, sendo realizada toracotomia com redução do conteúdo herniário e reparo diafragmático. **Conclusão**: hérnias diafragmáticas são entidades raras, geralmente associadas a malformações congênitas e que podem ser diagnosticadas com exames de imagem com alta acurácia. O tratamento dessas lesões é eminentemente cirúrgico, com bons resultados (taxa de recidiva menor que 1%).

PO486 MÚLTIPLOS SCHWANNOMAS DA PAREDE TORÁCICA

NELSON PERELMAN ROSENBERG; LEANDRO PRETTO ORLANDINI; RAFAEL HERTZOG MOSSMANN; CARLOS EDUARDO FICHT DE OLIVEIRA; THIAGO LEANDRO MARCOS; RENATA FARINON
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SCHWANNOMA; NEURILEMOMMA; NEUROFIBROMA

Introdução: schwannomas de parede torácica são lesões que geralmente acometem o mediastino posterior. São tumores raros, geralmente benignos (60% dos casos). Normalmente são lesões solitárias, que acometem apenas 1 espaço intercostal e apresentam poucas ou nenhum manifestação clínica. OBJETIVO: relato de caso de um paciente com 2 lesões compatíveis com Schwannoma num mesmo espaço intercostal. **Métodos**: revisão sistemática do prontuário, bem como exames laboratoriais, diagnósticos e de imagem. **Resultados**: paciente de 60 anos, natural e procedente de Porto Alegre, com história de dor em hemitórax direito nos últimos 3 meses. Exames de imagem (Rx de tórax) demonstrando lesão em ápice de hemitórax direito. TC de tórax evidenciando no terço superior do hemitórax direito, junto ao ápice, duas lesões expansivas de localização extra-pulmonar, localizadas ao nível do 2o espaço intercostal posterior, medindo, respectivamente 6,0x4,0cm e 2,5x1,3cm. Não era possível afastar com segurança se as lesões tinham origem neural. Paciente foi submetido a toracotomia exploradora, onde se evidenciou que as lesões acometiam o 2 espaço intercostal a direito. Procedeu-se a ressecção das mesmas. Laudo anatomopatológico: Schwannomas de parede intercostal. **Conclusão**: os Schwannomas geralmente são lesões solitárias, benignas em 98% dos casos, encapsuladas e de fácil extirpação cirúrgica. Patologicamente, ocorre proliferação das células de Schwann, com o endoneuro formando sua cápsula, não havendo desordem das fibras neuronais. Transformação maligna é rara (menos de 2% dos casos). Têm predileção pelo sexo feminino, sem faixa etária definida. Pode estar relacionada com a doença de Von Recklinghausen tipo 1. Clinicamente cursam como lesões assintomáticas, mas podem evoluir com dor torácica (sintoma mais comum). Radiologicamente, se apresentam como lesões solitárias, ovaladas, que podem apresentar calcificações em seu interior (TC ou RMN é fundamental na análise pré-operatória, para excluir acometimento de canal vertebral). O tratamento visa a extirpação cirúrgica, através de viceotoracoscopia ou toracotomia exploradora.

PO487 CONDROSSARCOMA: RELATO DE CASO

NELSON PERELMAN ROSENBERG; LEANDRO PRETTO ORLANDINI; RAFAEL HERTZOG MOSSMANN; CARLOS EDUARDO FICHT DE OLIVEIRA; THIAGO LEANDRO MARCOS; RENATA FARINON
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CONDROSSARCOMA; TUMOR DE PAREDE TORÀCICA; OSTEOSSARCOMA

Introdução: os tumores de parede torácica correspondem a 5% das neoplasias torácicas. Mais de 50% são malignos, freqüentemente correspondendo a metástase ou invasão direta de tumores irrtra-torácicos ou de tecidos moles. O condrossarcoma é o tumor ósseo maligno de parede mais comum sendo a cirurgia de ampla ressecção o tratamento de escolha. **Objetivos**: relatar o caso de um paciente de 77 anos que procura a emergência por aumento de volume em região torácica. **Métodos**: revisão sistemática do prontuário, bem como exames laboratoriais, diagnósticos e de imagem. **Resultados**: paciente masculino, 77anos, previamente hígido, interna por abaulamento progressivo em tórax há 3 meses. Negava emagrecimento ou febre. História de tabagismo pesado. Ao exame físico, presença de massa firme, indolor e fixa a parede com cerca de 10cm de diâmetro. Ausculta pulmonar e cardíaca sem particularidades.

Hemograma e função renal normais. Fosfatase alcalina = 60U/l e VSG = 7mm. Raio-x de tórax e arcos costais sem alterações. Ecografia de abdome com imagem nodular heterogênea e irregulares de 7,6x3,1x5,6cm na parede. Tomografia de tórax confirmou lesão expansiva de 8x6cm comprometendo a parede abdominal no hipocôndrio direito. Paciente foi levado à cirurgia com ressecção de parte de parede torácica constituída por segmentos de arcos costais, tecido muscular, adiposo e massa tumoral de 12x8x8cm. O anátomo-patológico foi compatível com condrossarcoma com margens livres. Apresentou boa evolução no pós-operatório tendo alta uma semana após a cirurgia. **Conclusões:** os tumores de parede torácica são neoplasias raras que podem se originar do osso, cartilagem ou tecidos moles. A maioria dos tumores ósseos se origina dos arcos costais, sendo o condrossarcoma o tumor maligno mais comum da parede. Acomete mais homens na faixa etária dos 20-40 anos. A apresentação clínica costuma ser inespecífica. A presença de massa palpável assintomática é o sinal mais freqüente. O raio-x de tórax faz parte da avaliação inicial, podendo mostrar massa associada à destruição óssea. A realização de exames de imagem como a tomografia computadorizada é fundamental para avaliar extensão e invasão tumoral. Já a ressonância magnética fica reservada para investigar invasão neural e vascular. Mesmo assim, nenhum desses métodos é capaz de diferenciar tumores benignos de malignos. O papel da biópsia por agulha fina é controversa, devendo ser realizada somente nos casos de suspeita de metástase, doença hematológica ou pacientes com alto risco cirúrgico. Já a biópsia incisional fica reservada para os casos em que a PAAF é inconclusiva ou quando a lesão primária for maior que 5cm. O ideal é proceder à ampla ressecção cirúrgica da lesão sempre que possível, principalmente se forte evidência de malignidade. Logo, o tratamento de escolha é cirúrgico independentemente se a intenção for curativa ou paliativa. A presença de margens livres implica em menor índice de recorrência e metástase.

PO488 TERATOMA CÍSTICO MEDIASTINAL: RELATO DE CASO

NELSON PERELMAN ROSENBERG; LEANDRO PRETTO ORLANDINI; RAFAEL HERTZOG MOSSMANN; CARLOS EDUARDO FICHT DE OLIVEIRA; THIAGO LEANDRO MARCOS; RENATA FARINON

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TERATOMA; TUMOR DE MEDIASTINO; MASSA MEDIASTINAL

Introdução: o tumor de células germinativas constitui 8-10% dos tumores mediastinais, sendo que em 80% dos casos corresponde a teratoma cístico maduro. A sua localização e composição são características importantes no diagnóstico diferencial com outras patologias. Relatamos o caso de um jovem com aumento de mediastino em raio-x de tórax. **Objetivos**: relatar o caso de um paciente jovem que se apresenta com massa mediastinal no raio-x de tórax. **Métodos**: revisão sistemática do prontuário, bem como exames laboratoriais, diagnósticos e de imagem. **Resultados**: paciente masculino, 16 anos, interna por cefaléia e episódios de dor torácica em aperto com irradiação dorsal. Negava febre ou tosse. Raio-x de tórax evidenciou alargamento de mediastino anterior e tomografia confirmou o achado de lesão expansiiva. A fibrobroncoscopia mostrou compressão extrínsica de brônquio fonte com biópsia inconclusiva, sendo realizado videotoracoscopia cuja biópsia também foi inconclusiva. Paciente foi submetido a estemotomia com ressecção de lesão mediastinal de 14x12x4cm. AP compatível com teratoma cístico maduro com margens livres. Apresentou adequada evolução no pós-operatório, tendo alta em bom estado geral. **Conclusões:** o tumor de células germinativas pode ser encontrado em vários órgãos, tendo predileção pelo ovário, testículo, região sacrococcigea e mediastino.O sítio extra-gonadal mais comum em crianças é a região sacrococcigea e em adultos, o mediastino anterior. Apesar de aproximadamente 2/3 dos tumores mediastinais serem benignos, lesões em localização anterior tendem a malignidade. O teratoma cístico maduro é o tumor germinativo mais freqüente do mediastino. Acomete geralmente adultos entre 20-40 anos, sem predileção por sexo. Clinicamente se manifesta com dispnéia, tosse ou dor torácica irradiada para ombro e dorso devido a compressão de estruturas vizinhas, porém a grande maioria é assintomática. A determinação de marcadores tumorais como alfa-fetoproteína e beta-HCG é importante no diagnóstico assim como no acompanhamento após cirurgia já que teratomas malignos tendem a ter marcadores positivos. O raio-x de tórax é um exame importante na avaliação inicial desses pacientes. Freqüentemente demonstra alargamento de mediastino. A TC de tórax c/ contraste é o padrão-ouro para a confirmação do achado e para avaliar a extensão/invasão da lesão e o seu conteúdo. Apesar da tomografia e dos exames bioquímicos conseguirem caracterizar a lesão, a biópsia é necessária para definir diagnóstico histológico. Esta deve ser sempre realizada seja por via trans-torácica, transbrônquica, por mediastinoscopia ou por videotoracoscopia. O tratamento curativo de escolha do teratoma mediastinal maduro é a excisão total da lesão e o atraso em seu emprego pode acarretar em ruptura ou degeneração maligna. Logo, a ressecção está indicada independentemente de sintomas. Se toda a lesão for retirada a chance de recidiva é mínima.

PO489 FÍSTULA DE COTO BRÔNQUICO 3 ANOS PÓS PNEUMONECTOMIA

NELSON PERELMAN ROSENBERG; LEANDRO PRETTO ORLANDINI; RAFAEL HERTZOG MOSSMANN; CARLOS EDUARDO FICHT DE OLIVEIRA; THIAGO LEANDRO MARCOS; RENATA FARINON

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FÍSTULA DE COTO BRÔNQUICO; FÍSTULA PÓS PNEUMONECTOMIA; TÉCNICA DE PERELMAN

Introdução: a fístula de coto brônquico é uma temida complicação das pneumonectomias. A incidência é baixa, 2,7% a 6,8% das penumonectomias, porém sua mortalidade chega a 50%. A maioria dos trabalhos mostra que a sutura mecânica produz menor incidência de fístula e maior resistência à pressão do que a sutura manual. Apresentamos um caso de fístula de coto brônquico tardia pós pneumonectomia esquerda devido a trauma. **Objetivo**: relato de caso. **Métodos**: revisão sistemática do prontuário, bem como exames laboratoriais, diagnósticos e de imagem. **Resultados**: paciente masculino, 24 anos, natural e procedente de Porto Alegre procura a emergência do HNSC com queixa de dispnéia. Tinha história de ter sido submetido a pneumonectomia esquerda em Hospital de Trauma local 3 anos atrás por ferimento por arma de fogo no hemitórax esquerdo. Apresentava tosse produtiva com escarro amarronado, sobretudo quando em decúbito lateral direito, dispnéia, febre, perda de peso e piora progressiva do estado geral há algumas semanas. Era tabagista e usuário de drogas (maconha, cocaína, crack). Ao exame físico, regular estado geral, emagrecido, hipocorado, com ausculta pulmonar com roncos e sibilos a direita, abdômen sem alterações exceto por cicatriz de laparotomia mediana e havia linfonodomegalias cervicais palpáveis. Laboratório da chegada Hb 12,5 Ht 38,3 Leuc 8420 Cr 0,8 Ur 38 Na 137 K 4,0 Glic 83. Marcadores virais Anti-HIV e HbsAg reagentes, Anti-HCV neg, HTLV neg, Toxo IgG neg, VDRL neg. Carga viral 4527 cópias/ml e CD4 348. RX de tórax com desvio do mediastino para a esquerda, nível hidro-aéreo no hemitórax esquerdo; pulmão direito com hiperinsuflação compensatória e diversos micronódulos difusos. Realizada toracocentese a esquerda, encontrando-se líquido pleural amarronado. Pesquisas do líquido com BAAR positivo, cultural negativo para bactérias e positivo para Aspergillus sp. Novos culturais de escarro evidenciando ainda Acinetobacter sp e Enterobacter cloacae. Realizada drenagem de tórax e submetido a TC que demonstrou cavidade hidro-aérea no hemitórax esquerdo em comunicação com o brônquio principal esquerdo. Fibrobroncoscopia confirmou o achado de fístula de coto brônquico tardia pós pneumonectomia esquerda, e os culturais do lavado bronco alveolar ainda foram positivos para BAAR, pseudomonas sp e estáfilo aureus. Foi iniciado tratamento com RHZ, antifúngico e antibioticoterapia guiada por antibiograma e submetido à cirurgia para correção da fístula, pela técnica de Perelman, abordando-se o coto esquerdo por toracotomia póstero-lateral direita. Apresentou melhora inicial e, após, piora do quadro respiratório / séptico. Foi submetido a pleurostomia esquerda, evoluindo para óbito por septicemia no 21 PO

PO490 ADIASPIROMICOSE PULMONAR AGUDA: RELATO DE CASO

RENATO MACIEL; RAFAELA RABELO MACIEL; MARCUS VINICIUS LEITE SANTOS; RAFAELA BICALHO VIANA

HGIP - IPSEMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ADIASPIROMICOSE; TUBERCULOSE MILIAR; CHRYSOSPORIUM PARVUM

Introdução: Apresentamos um caso de adiaspiromicose pulmonar aguda em paciente com quadro clínico e radiológico sugestivo de tuberculose miliar. **Relato do caso**: R.F.D., 38 anos, natural de Biquinhas-MG, procedente de Paineiras-MG, trabalhador rural, previamente hígido, tabagista, se apresentou com quadro de febre não-termometrada, vômitos, tosse seca e dispnéia com quinze dias de evolução. Recebeu tratamento para pneumonia comunitária durante cinco dias sem resposta clínica, sendo então internado no serviço de Pneumologia do HGIP-IPSEMG em 23/05/2008. Radiografia do tórax mostrou infiltrado intersticial micronodular difuso bilateral. Hemograma com

leucocitose e PCR aumentada. Em propedêutica para tbc miliar, realizamos exame de fundo de olho (24/05/08) com resultado normal. Evoluiu com piora clínica e mantendo picos febris diários, tendo sido iniciado quinolona respiratória em 25/05/08. Tomografia Computadorizada de tórax (27/05/08) evidenciou presença de micronódulos difusos, bilaterais, em todos os segmentos pulmonares, e ausência de derrame pleural, compatível com a impressão clínica de tbc miliar. Em 29/05/08, nova fundoscopia, sem alterações. Biópsia hepática em 09/06/08 foi inconclusiva. Em 18/06/08, submetido à biópsia pulmonar a céu aberto através de minitoracotomia submamária esquerda que demonstrou achados histopatológicos compatíveis com adiaspiromicose pulmonar. Anti-HIV negativo. **Discussão**: A adiaspiromicose é uma doença fúngica rara, de localização pulmonar, causada pelo fungo Chrysosporium parvum var crescens. A proliferação e replicação do fungo não ocorre na forma tecidual. O mecanismo de lesão pulmonar parece estar relacionado ao desenvolvimento de adiaconídios através de uma reação inflamatória, de natureza exsudativo-granulomatosa, cuja intensidade está relacionada ao número de conídios inalados. O padrão de distribuição periférica em relação aos bronquíolos sugere a via inalatória como porta de entrada. No caso em discussão, a apresentação clínico-radiológica da adiaspiromicose pulmonar foi indistinguível de tuberculose miliar, sendo o diagnóstico possível apenas pela realização de biópsia pulmonar. A regressão natural ocorre na grande maioria dos casos e a experiência clínico-terapêutica ainda é limitada.

PO491 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM BRONQUIECTASIA ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO EM 2007

RAISSA PEREIRA MOREIRA LIMA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; ROBERTA DE SOUSA WERNZ; CAROLINE ALMEIDA OLIVEIRA; JENNEFER GUIMARÃES DE SOUSA; LAIANE GONÇALVES DEQUEIXES; JOSÉ HIDELBLAND CAVALCANTE DE FARIAS; MAGNO RIBEIRO ROCHA JÚNIOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO; BRONQUIECTASIA; ASMA

Introdução: A bronquiectasia é uma doença com alta prevalência em países em desenvolvimento, já que a maioria dos acometidos é formada pela população menos favorecida economicamente e com pouco acesso aos serviços de saúde. Caracteriza-se por uma dilatação irreversível de um ou vários segmentos brônquicos, sendo representada clinicamente por tosse produtiva crônica com escarro purulento, infecção respiratória de repetição e hemoptise. Dentre as suas diversas causas, destacam-se as infecções respiratórias na infância e a tuberculose. **Objetivos**: Avaliar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com bronquiectasia atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) em São Luís – MA no ano de 2007. **Métodos**: Estudo observacional, em que foram levantados dados dos prontuários de todos os pacientes bronquiectásicos atendidos no PAPA do HUPD em 2007. Os dados foram analisados no programa Epi Info 3.3.2. **Resultados**: Dos 20 pacientes atendidos em 2007, 85% eram do sexo feminino e 55% do total apresentavam mais de 51 anos, sendo seguido pela faixa etária entre 31 e 50 com 35%. Em 35% dos pacientes foi observado dispnéia, 10% apresentaram dor torácica, 20% referiram febre e 50% tinham tosse. Destes com tosse, 8 apresentaram expectoração, sendo que 25% de cor amarelada, 25%, esbranquiçada e 25% esverdeada, ou dado ignorado na ficha. Em apenas 5% foi observado sibilância. Na análise subjetiva dos sintomas pelo paciente, 20% relataram grau de desconforto respiratório (GDR) leve, 30% GDR moderado, 5% GDR grave e 45% nenhum grau de desconforto. Dos pacientes que apresentaram espirometria, 78,5% possuíam padrão misto, 10% padrão somente obstrutivo e 5% padrão somente restritivo. Ao exame físico, 35% apresentaram murmúrio vesicular diminuído em alguma região do tórax; 60% apresentaram ruídos adventícios, sendo 20% roncos, 10% estertores crepitantes, 20% associação entre dois ou mais ruídos, 10% apresentando outros ruídos e nenhum apresentou estertores bolhosos. Quanto ao diagnóstico, 35% apresentavam associação de bronquiectasia com asma persistente moderada e 5% apresentou associação com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. A relação entre o pico de fluxo previsto e o obtido na pré-consulta ficou entre 60-80% em 6 (30%) e menor que 60% em 7 (35%) pacientes (nos demais prontuários este item não foi preenchido). **Conclusão**: A bronquiectasia apresentou-se de forma mais prevalente nos pacientes com idade acima de 50 anos e do sexo feminino, o que se mostra de acordo com a literatura. A comorbidade pulmonar mais encontrada foi a asma e o distúrbio respiratório, o padrão misto. Nenhum dos pacientes apresentou hemoptise, o que pode ser explicado por um controle adequado da doença nesses pacientes.

PO492 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO EM 2007

ROBERTA DE SOUSA WERNZ; RAISSA PEREIRA MOREIRA LIMA; MAGNO RIBEIRO ROCHA JÚNIOR; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; JENNEFER GUIMARÃES DE SOUSA; LAIANE GONÇALVES DEQUEIXES; JOSÉ HIDELBLAND CAVALCANTE DE FARIAS; ANA CAROLINA MUNIZ COSTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ESPIROMETRIAS; PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO

Introdução: Medidas de função pulmonar são relevantes para o diagnóstico de asma, para avaliar sua gravidade, monitorizar o curso da doença e para a avaliação da resposta ao tratamento. **Objetivo:** Avaliar a função pulmonar em pacientes asmáticos atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Univesitário Presidente Dutra(HUPD). **Métodos**: Foi realizado estudo seccional, com observação de 332 espirometrias referentes aos pacientes atendidos no Programa, no ano de 2007. Foram avaliados: VEF1, a variação de VEF1 pós-BD, CVF, variação de CVF pós-BD e VEF1/CVF. O padrão da função ventilatória observado e sua classificação foram realizados de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Função Pulmonar de 2002. Foram observados, ainda, os valores de PMEF(pico de fluxo expiratório) obtidos, os valores previstos e a relação entre ambos. **Resultados**: A média de idade entre os 332 pacientes foi de 46 anos, com idade mínima de 12 e máxima de 86. O sexo feminino representou 71,4%, enquanto o sexo masculino representou 28,6%. A média dos valores de PMEF e de PMEF previstos foi de 306,24 e 426,24; respectivamente. O pico de fluxo obtido foi maior ou igual a 80% do predito em 33,7% dos pacientes, entre 60 a 80% do predito em 29,8% e menor ou igual a 60% do predito em 25,9%. Do total de espirometrias, 85,2% apresentaram anormalidades, enquanto 12,7% apresentaram-se dentro dos padrões de normalidade. A CVF apresentou valor maior ou igual a 80% em 62,7% das espirometrias e, em 37,3%, o valor foi inferior a 80%. Em 42,8% das espirometrias o valor de VEF1 foi maior ou igual a 80% e em 56,6% o valor foi menor que 80%. Após o uso de BD, a variação de CVF foi maior ou igual a 12% em 37,7% dos pacientes enquanto níveis inferiores a este valor foram observados em 61,7%. A variação foi ausente em 2 pacientes. O VEF1 variou, com o uso de BD, em valores maiores ou iguais a 200 mL em 63,3% das espirometrias. Variações abaixo deste valor estiveram presentes em 35,2% das espirometrias e em 3 espirometrias não houve variação. O Tiffenau foi maior ou igual a 70% em 46,1% dos pacientes. Em 83,1% das espirometrias foram observados o padrão obstrutivo, sendo este de caráter leve em 48,2%, moderado em 21,1% e grave em 10,5%. Padrão restritivo foi evidenciado em 2,4% das espirometrias. **Conclusão**: A freqüência do sexo feminino foi mais representativa. A idade média evidenciada foi de 46 anos. Variação entre PMEF e de PMEF previsto maior ou igual a 80% do predito foi a mais freqüente. As espirometrias apresentaram função ventilatória anormal em 85,2% dos exames. Houve predomínio de valores de CVF maiores ou iguais a 80%, enquanto que os valores de VEF1 predominantes foram aqueles inferiores a 80%. Após o uso de BD, os níveis de variações observados para CVF e VEF1 foram, respectivamente, menores que 12% e maiores ou iguais a 200 mL. O padrão obstrutivo foi o mais prevalente, havendo maior representatividade do padrão obstrutivo de caráter leve.

PO493 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO HUPD

RAISSA PEREIRA MOREIRA LIMA; ANA CAROLINA MUNIZ COSTA; MARYANNE MIRANDA MATIAS; LAURA CAROLINA RODRIGUES BERNARDES; GILNARA FONTINELLE SILVA; ALINE QUIÑONEZ DA SILVA CASTANHO; CÂNDIDA NAIRA LIMA E LIMA; ALCIMAR NUNES PINHEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; TABAGISMO; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada pela presença de obstrução ou limitação crônica do fluxo aéreo, possui progressão lenta e não totalmente reversível. Ela está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos,

causada primariamente pelo tabagismo. É um problema de saúde pública que vem aumentado progressivamente nas últimas décadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2020 ela será a 5ª enfermidade mundial mais prevalente. Esses dados ainda mostram que a DPOC é responsável por grande parte das visitas a médicos e a setores de emergência e das hospitalizações. Além disso, tem apresentado considerável aumento no número de óbitos nos últimos 20 anos, em ambos os sexos.**Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico de pacientes com DPOC atendidos no Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) em São Luís - MA. **Métodos:** Foram levantados os prontuários de todos os pacientes atendidos no ambulatório de DPOC, da pneumologia do HUPD, foi criado um banco de dados no Programa EpiInfo 3.3.2, que também foi utilizado para analisá-los. **Resultados**: Dos 329 pacientes analisados, 222 (67,5%) foram do sexo masculino e 107 (32,5%) do sexo feminino. A idade variou de 36 a 93 anos, com uma média de 68,6 anos. Deste total, apenas 184 possuíam espirometria que permitia a classificação (segundo GOLD) em normal (27,2%), estádio I (4,9%), estádio II (29,9%), estádio III (27,7%) e estádio IV (10,3%). Quanto à carga tabágica, 240 pacientes possuíam este dado disponível que variou de 2 a 159 anos/maço, com uma média de 43,2 anos/maço. O tempo de tabagismo variou de 1 a 80 anos, com média de 41,24 anos. O tabagismo atual pôde ser avaliado em 295 pacientes, e destes, apenas 55 (18,6%) ainda permanecem fumando. Apenas 62 (18,8%) apresentaram resposta broncodilatadora caracterizada por uma variação do VEF1 maior ou igual a 200 ml após administração de broncodilatador. **Conclusão**: Pode-se concluir que o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em nosso meio não difere do encontrado em outros estudos sobre o assunto. Os dados existentes indicam que a morbidade causada pela DPOC aumenta com a idade e é maior em homens do que em mulheres, em virtude do hábito tabágico ser mais freqüente nos homens, embora tenha uma tendência de crescimento nas mulheres. O tabagismo é sua causa majoritária e uma carga tabágica maior que 40 maços/ano é considerado um fator de risco. O progressivo quadro clínico associa-se a inaptidão física e a inatividade, com grave comprometimento da qualidade de vida.

PO494 PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO HUPD

ANA CAROLINA MUNIZ COSTA; ALCIMAR NUNES PINHEIRO; MARYANNE MIRANDA MATIAS; RAISSA PEREIRA MOREIRA LIMA; LAURA CAROLINA RODRIGUES BERNARDES; CÂNDIDA NAIRA LIMA E LIMA; ALINE QUIÑONEZ DA SILVA CASTANHO; GILNARA FONTINELLE SILVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; PREVALÊNCIA; COMORBIDADES

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma síndrome caracterizada por limitação no fluxo aéreo, em geral progressiva, não totalmente reversível, associada a resposta inflamatória anormal do pulmão a partículas ou gases. Tem uma prevalência aproximada de 12% da população acima de 40 anos. E, por manifestar-se prioritariamente em uma população de idade avançada, não é raro a ocorrência de outras comorbidades associadas à DPOC. Tal fator pode ser um agravo à qualidade de vida destes pacientes e constituir-se em importante fator limitante ao tratamento. **Objetivos**: Estabelecer a prevalência das principais comorbidades de pacientes com DPOC atendidos no Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) em São Luís - MA. **Métodos**: Foram analisados os prontuários de todos os pacientes atendidos no ambulatório de DPOC, da pneumologia do HUPD, os dados obtidos foram analisados estatisticamente pelo Programa EpiInfo 3.4.3. **Resultados**: Foram analisados 329 pacientes, dos quais 222 (67,5%) eram do sexo masculino e 107 (32,5%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 68,6 anos. Das comorbidades apresentadas a mais prevalente foi hipertensão arterial sistêmica com 75 casos (22,8%), seguida de asma com 33 (10%), ocorrência de pneumonia e tuberculose foi verificada em 28 (8,5%) e 27 (8,2%) respectivamente. Arritmia foi encontrada em 4 (1,2%), doença coronariana em 6 (1,8%), diabetes mellitus em 10 (3%), doença cloridropéptica em 7 (2,1%) e insuficiência cardíaca em 1 (0,3%). Avaliando as comorbidades mais prevalentes, do total de 75 hipertensos, 31 (41,3%) eram mulheres e 44 (58,7%) eram homens; dentre os asmáticos 36,4% eram mulheres e 63,4% homens, para tuberculose e pneumonia a prevalência mais marcante também foi em homens, 60,7% e 88,8%, respectivamente. A combinação de comorbidades foi verificada em 39 casos, sendo a relação mais freqüente a de asma com hipertensão arterial responsável por 6 (15,3%) casos. **Conclusão**: Alguns estudos apontam que os pacientes com DPOC apresentam mais co-morbidades que pacientes sem a doença, e que, quanto maior o número de co-morbidades pior a qualidade de vida apresentada. Em nosso meio, verificou-se que a comorbidade de maior prevalência foi a hipertensão arterial que somada ao fator etiológico principal do DPOC (tabagismo) favorece a ocorrência de outras doenças cardiovasculares, também observadas em nossa população (doença coronariana, insuficiência cardíaca, arritmias). Asma, tuberculose e pneumonia por atingirem diretamente o sistema respiratório, estão inclusas no diagnóstico diferencial da DPOC, bem como podem ser responsáveis pelo desencadeamento de exacerbações características da doença. Logo, conclui-se que o diagnóstico precoce e controle das comorbidades é parte fundamental no tratamento da DPOC, tanto no sentido de evitar internações quanto no de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

PO495 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORES DE BRONQUIECTASIA ATENDIDOS NO PAPA

MARYANNE MIRANDA MATIAS; FLORENIR GLÓRIA DA SILVA PAES; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; RAISSA PEREIRA MOREIRA LIMA; MAURÍCIO MIRANDA MATIAS; LAURA CAROLINA RODRIGUES BERNARDES; BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIA; QUALIDADE DE VIDA; QUESTIONÀRIO DO HOSPITAL SAINT GEORGE NA DOENÇA RESPIRATÓRIA

Introdução: Qualidade de vida (QV) é a quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar do paciente de maneira formal e padronizada. Essa relação pode ser útil na monitorização do paciente, determinando a escolha do melhor tratamento. Os questionários doença-específicos foram desenvolvidos para avaliar uma doença e quantificar ganhos de saúde após o tratamento. Eles obtêm resultados detectando pequenas mudanças no curso da doença. O Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) é um exemplo. Ele aborda os aspectos relacionados a três domínios: sintomas, atividade e impactos psicossociais que a doença respiratória inflige ao paciente. Cada domínio tem uma pontuação máxima possível, os pontos de cada resposta são somados e o total é referido como um percentual deste máximo. Valores acima de 10% refletem uma QV alterada naquele domínio. Os pacientes com bronquiectasia passam por um processo brusco de mudança no seu dia-a-dia, sendo importante ter à disposição um instrumento para medir o que a doença representa em sua vida. **Objetivos**: Avaliar, através do SGRQ, a qualidade de vida em pacientes com bronquiectasia atendidos no Programa de Atendimento ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), em São Luís, MA. **Métodos**: Foi aplicado o questionário SGRQ em pacientes com bronquiectasia atendidos no PAPA do HUPD. Os resultados foram tabulados e analisados no programa EpiInfo 3.4.2. **Resultados**: Foram atendidos 48 pacientes, destes 82,2% eram do sexo feminino. A distribuição etária foi uniforme, mas a freqüência foi maior acima dos 30 anos (93,6%). Em relação à profissão, as pacientes que se diziam "do lar" representaram 84,6% dos pacientes analisados. 21,2% dos pacientes apresentavam sobrepeso (25 < IMC < 29,9) e 5,3% apresentavam obesidade grau II (35 < IMC < 39,9), segundo a classificação da Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). 92,4% dos pacientes apresentavam mais que 10% no domínio sintomas. 100% dos pacientes tinham mais que 10% no domínio do impacto psicossocial, sendo que 41,8% apresentavam mais que 50%. Do total de pacientes, 100% apresentavam mais de 10% no domínio atividades, sendo que 59,5% apresentavam mais que 60%. **Conclusão**: A maioria dos pacientes era do sexo feminino, tinha mais de 30 anos e se dizia "do lar". 92,4% dos pacientes tinham alterações referentes aos sintomas e 100% destes, alterações referentes ao impacto psicossocial e às atividades. Sendo assim, quase 100% dos pacientes tinham sua QV prejudicada pela bronquiectasia, demonstrando a necessidade de tratamentos que levem em consideração esse fato a fim de minimizar o impacto negativo da doença na vida de seus portadores.

PO496 USO DE COCAÍNA E HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR; EDUARDO GARCIA; FERNANDA BRUM SPILIMBERGO; GISELA MARTINS BOHNS MEYER; RANGEL OLSEN DE CARVALHO; FABIOLA SCHORR; MILENE HOTA; ANDRE BARRETO DA SILVA

SANTA CASA/PAVILHAO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: COCAÍNA; HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR; DROGADIÇÃO

Introdução: Os mecanismos que a cocaína leva a danos pulmonares incluem barotrauma, toxicidade celular direta, dano inflamatório, e vasoespasmo levando a isquemia. A exposição a longo-termo à cocaína pode levar a uma variedade de alterações histopatológicas pulmonares; existe especulação que essas alterações sejam resultados de toxicidade celular direta, constricção da vasculatura pulmonar com conseqüente isquemia e/ou resposta inflamatória e de hipersensibilidade. Outros mecanismos incluem inflamação granulomatosa, hipertensão pulmonar secundária a dano vascular e dano térmico direto às vias aéreas. **Objetivos**: relatar a associação do uso de cocaína e hipertensão pulmonar. Relato do caso: Paciente branco, 29 anos, natural e procedente de Gramado, RS, ex-marcineiro e metalúrgico; É admitido referindo dispnéia progressiva no decorrer de 18 meses, sendo há 1 mês grau IV, associado a tosse seca e ortopnéia; relata asma intermitente na infância e pai asmático; ex – tabagista há 1 ano tabagismo (30 anos/maço), também fez uso maconha (1,5 anos/maço) e cocaína inalada e endovenosa por 5 anos além de etilismo (2 litros cachaça por 9 anos). Ao exame físico encontra-se em regular estado geral, taquipneico e com cianose central, saturação de O2 de 90 %, PA 110 x 80 mmHg, FR 26 mrpm, FC 80 bpm, turgência jugular a 45°, ausculta cardíaca com sopro sistólico ++/4+ regurgitativo em foco tricúspide, ausculta pulmonar com creptações leves em terços inferiores pulmonares, abdome com fígado palpável a 5 cm do rebordo costal direito e membros inferiores com edema ++/4+. Exames laboratoriais revelando hematócrito de 51, BNP 363 e gasometria com hipoxemia severa (paO2 57 mmHg), ECG com onda p pulmonale e sinais de sobrecarga de VD, em teste de caminhada 6 minutos percorreu 135 m e com dessaturação de 91 – 84%, realizado cateterismo de ventrículo direito com PAm de 73 mmHg, com teste de vasoreatividade com óxido nítrico negativo. Excluídos outras causas, a etiologia diagnostica ficou atribuído ao uso de cocaína. Foi iniciado tratamento clínico com sildenafil, diurético, anicoagulante e oxigenioterapia domiciliar e permanece acompanhamento com equipe de transplante pulmonar. **Conclusão**: Apesar do uso de cocaína ser uma causa rara de hipertensão pulmonar esta associação tem que sempre ser lembrada a elucidação diagnostica. Com o aumento global do uso de cocaína, esta condição tende a ser mais freqüente e poderá influenciar políticas sociais.

PO497 DERRAME PLEURAL EM PACIENTE COM AIDS E PASSADO DE TUBERCULOSE

RAPHAEL ZENATTI; CÁSSIO SAMPAIO DIAS; BERNARDO GIUSEPPE AGOGLIA; BERNARDO HENRIQUE MARANHÃO; FREDERICO DE SOUZA MARQUES; TATIANE SOARES COSTA MACEDO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOMA DE KAPOSI; AIDS; DERRAME PLEURAL

Introdução: A síndrome da imunodeficiência humana adquirida (AIDS) é um campo fértil em patologias pulmonares, aonde muitas se sobrepõem e convivem, o que muitas vezes confunde o raciocínio médico habitual que é racionalizado baseando-se em probabilidades. Apresentamos paciente com AIDS e passado de tuberculose, com tratamento irregular para ambas e aparente recidiva do quadro tísico. **Objetivo**: Alertar para outras causas de derrame pleural na AIDS. Método: Relato de um caso atendido em hospital terciário de referência. **Resultados**: Paciente de 32 anos, morador do Rio de Janeiro, pedreiro. Iniciou quadro de dispnéia lentamente progressiva até o repouso durante quatro meses, neste período perdeu 10% do seu peso. Procurou atendimento no ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle/UNIRIO. Radiografia de tórax mostrava derrame pleural bilateral. Realizada toracocentese de alívio e diagnóstica. Restante da anamnese revelava um paciente homossexual, etilista, tabagista e usuário de drogas venosas. Diagnóstico de HIV havia quatro anos, já com AIDS em tratamento irregular com lamivudina, zidovudina, lopinavir e ritonavir. CD4+ de 30 células/mm3. Teve tuberculose pulmonar um ano antes com tratamento irregular com esquema 1. Resultado do líquido pleural demonstrou exsudato com forte predomínio linfocitário e glicose normal. Os sintomas voltaram com menos de uma semana. Realizado novo procedimento acrescido de biópsia pleural com laudo de pleurite crônica inespecífica. Encontrada mácula hipercrômica em tórax, requerendo biópsia. Após quatro dias, houve necessidade de nova punção pleural de alívio. Optou-se por videopleuroscopia com drenagem da cavidade. Visualizadas lesões pigmentadas em pleura parietal. Histopatologia de ambas biópsias compatíveis com de sarcoma de Kaposi. Tratado com bleomicina e vincristina, obtendo melhora do quadro. **Conclusão**: O caso em tela aponta para a necessidade de se aprofundar a pesquisa diagnóstica em pacientes com pneumopatias na AIDS, sem o que haverá fortes chances de equívocos, se a opção tender para a abordagem preferencialmente não invasiva.

PO498 TIMOMA B2 ASSOCIADO A SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR

BRENO CYPRIANI RODRIGUES DA SILVA; ANA CATARINA OLIVEIRA SOARES; JOSÉ RODRIGUES NETO; CHRISTIANA MOURA LEITE DA SILVEIRA; MARCELO MENDONÇA TASSARA; WALLASSY OTHONI DE MOURA MELO; MARINA BEATRIZ DEPAULI FERNANDES; RAQUEL FELISARDO ROSA

SANTA CASA DE BH E CPG CENTO DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO-FCMMG FACULDADE DE CIÊNCIAS MEDICAS MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TIMOMA; B2; SÍNDROME DE VEIA VAVA SUPERIOR

Introdução: Os timomas são os tumores mais freqüentes do mediastino anterior e do mediastino de uma forma geral. É difícil a diferenciação entre maligno e benigno. Histologicamente há três variedades estruturais: hiperplásica, cística e tumoral. A classificação é feita de acordo com o tipo celular que predomina ou na proporção das células existentes. Radiologicamente, os timomas se apresentam sob a forma de massas de densidade elevada no mediastino anterior, com bordas regulares, lobuladas ou não, de limites precisos. **Objetivo**: Relatar caso de paciente com diagnostico de Timoma B2 associado à síndrome de veia cava superior e trombose venosa profunda de membro superior esquerdo, além disso, realizar revisão de literatura. **Métodos**: Relato de caso. **Resultados**: Paciente M.L.P.L.S, 44 anos, feminino, faioderme. Previamente hígida, admitida em 25/04/08 no serviço de pneumologia, apresentando edema em face e trombose de membro superior esquerdo, sugerindo síndrome de veia cava superior. RX Tórax: derrame pleural bilateral, mais volumoso à esquerda; Ecografia cervical: linfonodomegalia cervical esquerda. Duplex Scan venoso de membros superiores: trombose de veia jugular interna esquerda, trombose proximal de veia subclávia esquerda, veia axilar e trombose segmentar de veia cefálica do braço esquerdo. TC Tórax: lesão expansiva, infiltrativa, heterogênea, mediastinal, infiltrando e comprimindo as estruturas mediastinais, com infiltração de pericárdio, associando-se a derrame pericárdico e derrame pleural bilateral. Espessamento intersticial, provavelmente de aspecto congestivo secundário à constrição extrínseca da silhueta cardíaca. Atelectasias passivas bibasais e na lingula. Opacidade pleural no terço inferior do hemitorax direito, sugerindo implante. O conjunto dos achados pode sugerir a possibilidade de timoma, predominantemente epitelial (B3/OMS). Imuno-histoquímico: o conjunto dos achados morfológicos (padrão lobular de crescimento, presença de componente linfóide de permeio) além da expressão de citoceratina pelas células epiteliais em padrão anastomosante e de TdT por subset de linfócitos, é diagnostico de timoma tipo B2. **Conclusão**: apesar da maior incidência desta doença ocorrer na faixa de 50 – 60anos, nos tumores de mediastino deveremos sempre investigar esta doença e investir todos os recursos necessários para confirmação e estadiamento, no intuito de possibilitar um melhor tratamento e prognostico para o paciente

PO499 DIAGNÓSTICO DE PARACOCCIDIODOMICOSE ATRAVÉS DE BIOPSIA DE LESÃO EM CAVIDADE ORAL

BRENO CYPRIANI RODRIGUES DA SILVA; ANA CATARINA OLIVEIRA SOARES; JOSÉ RODRIGUES NETO; CHRISTIANA MOURA LEITE DA SILVEIRA; MARCELO MENDONÇA TASSARA; RAQUEL FELISARDO ROSA; MARINA BEATRIZ DEPAULI FERNANDES; DANIEL LAGE DE ASSIS ROCHA

SANTA CASA DE BH E CPG CENTO DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO-FCMMG FACULDADE DE CIÊNCIAS MEDICAS MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PARACOCCIDIOIDOMICOSE; BIOPSIA; ORAL

Introdução: Adolfo Luftz (1908) foi quem descreveu a doença pela primeira vez num paciente no interior de São Paulo. Doença endêmica na América Latina. Prevalente na faixa etária de 20 a 50 anos, principalmente nos habitantes de zona rural em contato íntimo com solo e lavouras. Paracoccidiodes brasiliensis

é o agente etiológico. O material ideal é obtido por raspagem de lesão ulcerada ou por biopsia de lesão. Se o numero de brotos for numeroso pode apresentar o aspecto patognomônico em "roda de leme". Sintomatologia respiratória é variável, raramente apresentando clinica de insuficiência respiratória aguda. A pobreza das manifestações clinica contrasta com a riqueza radiológica: bilateralidade, simetria, preferência por teço médio e bases pulmonares poupando os ápices, ausência de adenomegalias visíveis, dentre outras características. **Objetivos**: Relatar um caso de paracoccidiodomicose cujo diagnostico foi confirmado apenas após resultado de anatomopatológico de biopsia de lesão em cavidade oral. **Métodos**: Relato de caso. **Resultados**: J.L. Costa 57 anos, masculino, leucoderma, previamente hipertenso. Admitido em 21/02/08 com quadro de emagrecimento, de cerca de 20 kilos em 06 meses, acompanhado de tosse seca, dor lombar, adinamia e úlceras em língua. Negava febre. Ex-etilista e tabagista pesados. RX tórax: opacidades reticulo-nodulares predominado estes últimos, bilaterais, difusas, mais notadamente em lobos superior e médio à direita, poupando bases. Pinçamento pleuro diafragmático á direita. TC tórax: comprometimento pulmonar difuso e bilateral caracterizado por espessamento do interstício peribroncovascular e centrolobular, poupando relativamente à periferia, pelo menos três opacidades nodulares localizadas nos lobos superiores bilateralmente, de tamanhos variados, contornos irregulares, algumas delas de densidade cálcica, opacidade parenquimatosa de contornos grosseiros, porção central cavitada, localizada no segmento superior do lobo inferior direito (SSLID), com distorção leve do parênquima adjacente; presença de linfonodomegalia mediastinal paratraqueal direita, em janela aortopulmonar e subcarinal; superfícies pleurais levemente espessadas e de contornos irregulares notadamente nas regiões posteriores. Citologia de escarro: pesquisa de fungos, parasitas ou vírus; não foram observadas células com características citológicas de malignidade. Biopsia de língua: acentuado infiltrado inflamatório mono e polimorfonuclear e vasos ectasiados; Há esboços de granulomas com células gigantes multinucleadas, estruturas arredondadas, fúngicas, sugestivas de Paracoccidioides brasiliensis, ausência de malignidade. **Conclusão**: Diante de um paciente com uma síndrome consumptiva, pelo fato dos sinais e sintomas serem inespecificos, devemos também pensar nos diagnósticos diferenciais das doenças malignas, observando a historia natural da doença, a epidemiologia, sinais clínicos e radiológicos para conclusão diagnóstica.

PO500 PNEUMOMIA EM ORGANIZAÇÃO EM PACIENTE USANDO AMIODARONA COM RECIDIVA APÓS A DIMINUIÇÃO DO CORTICÓIDE ORAL

REINALDO ALEXANDRE DE CARVALHO MASSUCIO[1]; DAIR BICUDO PIAI[2]; LUIS FERNANDO BARONE[3]; ALÍPIO BARBOSA BALTHAZAR[4]; ALBA BRAGA SALLES BALTHAZAR[5]

1,2,3.INSTITUTO DE CARDIOLOGIA E PNEUMOLOGIA DAIRO BICUDO PIAI, PIRACICABA, SP, BRASIL; 4.UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 5.UNIMED, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: AMIODARONA; PNEUMONIA; INTERSTICIAL

Paciente de 73 anos, sexo feminino ,em dezembro de 2007 procurou nosso serviço referindo quadro de tosse com pouca secreção clara, dispnéia aos médios esforços, febre não medida e diminuição do estado geral há uma semana. Em uso de ceftriaxona há 04 dias sem melhora. **Antecedentes pessoais:** dona-de-casa,hipertensa em uso de atenolol+clortalidona e amiodarona 400 mg/dia há 7 meses por FA (dose acumulada 84g). Ao exame físico: PA 130/80 mmHg e freqüência cardíaca de 85bpm. BANF sem sopros. Murmúrio vesicular presente com estertores crepitantes bibasais e SO2 basal de 93%.Freqüência respiratória de 22 resp./minuto. Trazia consigo radiogramas de tórax que mostravam opacidades heterogêneas em terços médios e inferiores, bilateralmente com padrão nodular e broncogramas aéreos de permeio. Em 14/12 suspenso a amiodarona e iniciado metilprednisolona 375 mg/dia. Solicitada TCAR que mostrou: Parênquima pulmonar apresentando opacidades alveolares, algumas de aspecto nodular, difusamente distribuídas associado à áreas de consolidação com boncograma aéreo de permeio em maior numero e dimensões nos segmentos basais dos lobos inferiores. Gasometria arterial: pH 7.447, pO2 58.6,pCO2 39.6,SO2 =89.5%,Gradiente A-a: 35 mmHg. Broncoscoscopia com BAL e biópsia transbrônquica que mostrou: discreta hiperemia de mucosa e pequena quantidade de secreção hialina em toda árvore traqueobrônquica. Ausência de lesões endobrônquicas. Lavado broncoalveolar: Células 42000; Diferencial Linfócitos 32%,Neutrófilos 8%,Eosinófilos 5%,Macrófagos alveolares 49% e células epiteliais 6%. Pesquisas de fungo, BAAR, PCR para M. tuberculosis e Mycoplasma e detecção de DNA de Citomegalovirus negativos.Ausência de células neoplásicas malignas. Biópsia transbrônquica: Fragmentos de parênquima pulmonar com arquitetura mantida e alterações de distribuição focal "patch", com fibrose intraluminal em organização nos alvéolos e bronquíolos distais, inflamação intersticial crônica leve e hiperplasia focal de pneumócitos II. Fungos e BAAR negativos (Grocott e Ziehl Nielsen). Etiologia neoplásica: ausente Espirometria: CVF- 2,32L (75%),FEV1-1,85L (78%) e VEF1/CVF 80%. Ecocardiograma normal. Radiograma de tórax de fevereiro de 2008 com discretas opacidades heterogêneas bibasais. Em abril reduzido prednisolona para 5 mg/dia. Em maio, retorno referindo tosse seca há 2 semanas e radiograma de tórax com opacidades heterogêneas difusas com predomínio em 1/3 superior de pulmões bilateralmente.Pesquisa de BK e fungo no escarro negativas. Reiniciado prednisolona 40 mg com redução até 20mg e mantido. Em julho retorna sem queixas com importante melhora clinica e radiológica.Radiograma: opacidades heterogêneas bilaterais com predomínio em campos inferiores e ápices com discretas opacidades heterogêneas difusas bilateralmente. Exame físico mostrando estertores crepitantes bibasais e SO2 basal 94%. Mantido prednisolona 20 mg/dia por tempo indeterminado e seguimento clínico radiológico de rotina.

PO501 FIBROSE PULMONAR SECUNDÁRIA À POLIMIOSITE

REINALDO ALEXANDRE DE CARVALHO MASSUCIO; JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA

POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO DE CAMPINAS-EXÉRCITO BRASILEIRO, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE; POLIMIOSITE; CORTICÓIDE

Paciente de 53 anos de idade, sexo feminino,procurou atendimento em novembro de 2007 referindo tosse seca há 3 meses, sem dispnéia, chiado ou outros sintomas pulmonares. Referia dor e paresia em membros superiores e inferiores, sem disfagia. Negava tabagismo,antecedente de doença pulmonar ou qualquer outra patologia crônica.Sem uso de medicação de rotina. Ao exame físico: PA 130x80 mmHg P75 bpm,rítmico. BRNF sem sopros e murmúrio vesicular presente com EC em bases. SO2 basal de 94%. Solicitado radiograma de tórax que mostrou opacidades heterogêneas de padrão intersticial predominantemente em bases pulmonares. Ecocardiograma com fração de ejeção de 62% ,sem outras alterações. Tomografia de tórax de alta resolução com espessamentos septais corticais envolvendo segmentos posteriores, notando-se nos segmentos inferiores áreas de bronquioloectasias de permeio. Prova de função pulmonar: CVF=1.35L(48%),VEF=1.35L(60%) e VEF/CVF=0.80.Após broncodilatador: CVF=1.55L(55%),VEF=1.39L(62%) e VEF/CVF=0.90. Iniciado formoterol+budesonida 12/400 mcg, 1 cápsula 2x/dia. Nos exames laboratoriais: VHS= 65 mm/1º hora; Creatinoquinase=1924;AST=79 e ALT=74.Demais exames e provas reumatológicas normais. Eletroneuromiografia com sinais de denervação parcial ativa, de intensidade moderada em todos os músculos examinados.Sinais de tentativa de reinervação. Em janeiro de 2008 iniciada prednisona 0,5 mg/kg/dia, uso contínuo. Paciente procurou nosso serviço em fevereiro de 2008 referindo dor em pé esquerdo.Ao exame evidenciado cianose de 4º e 5º podáctilos esquerdos.Ecodoppler mostrou trombose subaguda MMII. Aumento de prednisona para 1 mg/kg/dia e seguimento periódico. Retornou em maio de 08 referindo importante melhora do quadro geral,sem queixas respiratórias,com melhora da força muscular e sem alterações vasculares,com ecodoppler de membros inferiores normal. SO2 basal de 96%. Em junho de 08 novos exames: Tomografia de tórax alta resolução com presença de espessamentos de septos interlobulares e alguns nódulos centrilobulares de distribuição periférica, notadamente nas bases e áreas de faveolamento notadamente nos segmentos basal anterior e lateral do lobo inferior esquerdo. Prova de função pulmonar: CVF=1.69 l (58%),VEF=1.62 l (71%) e VEF/CVF=0.96,evidenciando melhora da função pulmonar. Teste de caminhada de 6 minutos com distância percorrida de 345 metros(previsto=565m),com SO2 inicial de 96%,aos 3 minutos 95% e aos 6 minutos 96%.Nos exames laboratoriais VHS=5 mm/1º hora e creatinoquinase=60. Reduzida a prednisona para 20 mg/dia e mantido formoterol+budesonida 12/400 mcg 01 cápsula 2x/dia, com seguimento clínico periódico.

PO502 ACHADO DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR EM JOVEM PORTADORA DE ESCLEROSE TUBEROSA

REINALDO ALEXANDRE DE CARVALHO MASSUCIO; JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA
POSTO MÉDICO DA GUARNIÇÃO DE CAMPINAS-EXÉRCITO BRASILEIRO, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ANGIOMIOLIPOMA; LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; ESCLEROSE TUBEROSA

Paciente de 21 anos de idade, sexo feminino, acompanhada por quadro de esclerose tuberosa diagnosticada há 18 anos. Em uso de carbamazepina 200 mg 2 vezes ao dia para controle de crises convulsivas. Após síncope ao volante em dezembro de 2007 realizados exames gerais dentre os quais um ultra-som de abdome total, onde foram visualizadas massas renais. Solicitada tomografia computadorizada de abdome com contraste que mostrou rins com dimensões preservadas, contornos bocelados,às custas de lesões nodulares sólidas,heterogêneas,com áreas de atenuação adiposa de permeio,localizando-se no pólo inferior do rim direito(3,2 X 3,0 cm) e pólo inferior do rim esquerdo (5,0 X 4,5 cm),compatíveis com angiomiolipomas renais. Negava qualquer tipo de sintoma respiratório, tabagismo ou antecedente de doença pulmonar, entretanto como sua tomografia abdominal foi vista ao acaso por pneumologista, foi solicitada investigação complementar. Ao exame físico: PA 110X70 mmHg,pulso 63 bpm,rítmico.Ausculta cardíaca.Bulhas normofonéticas e sem sopros.Ausculta pulmonar:Murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios. SO2 basal de 98%. Exames complementares: Radiograma de tórax normal. Por se tratar de paciente com esclerose tuberosa e angiomiolipomas renais foi feita a solicitação de tomografia de tórax alta resolução que mostrou: presença de formações císticas, de paredes finas, menores que 5,0 mm,esparsas pelo parênquima pulmonar,bilateralmente,estendendo-se dos ápices até as bases pulmonares,indicativas de linfangioleiomiomatose. Prova de função pulmonar: CVF=3,58L(92%), VEF=3.18L(94%) e VEF/CVF=0.89.Após broncodilatador: CVF=3.53L(91%),VEF=3,21L(95%) e VEF/CVF=0.91. DLCO=normal (87%). Iniciado seguimento pneumológico de rotina e encaminhada para avaliação ginecológica com sugestão de anticoncepção com medicação sem estrógeno.

PO503 RELAÇÃO ENTRE COLONIZAÇÃO BACTERIANA, MUTAÇÃO ΔF508, FUNÇÃO PULMONAR E CAPACIDADE FUNCIONAL EM PORTADORES DE FIBROSE CÍSTICA DO DISTRITO FEDERAL

RENATA CLAUDIA ZANCHET[1]; GILVÂNIA FEIJÓ[2]; ANA PAULA ALVES DE ANDRADE[3]
1.FUNIVERSA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; MUTAÇÃO GENÉTICA; PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença multissistêmica causada por mutações em um gene no braço longo do cromossomo 7, lócus 7q32, responsável pela produção da proteína cystic fibrosis transmembrane regulator. A doença afeta principalmente o sistema respiratório, gastrointestinal, geniturinário e as glândulas sudoríparas, causando disfunções exócrinas em todos os órgãos envolvidos. **Objetivo:** Avaliar a relação da colonização bacteriana por Pseudomonas aeruginosa com a mutação ΔF508, a capacidade funcional e a função pulmonar em pacientes portadores de FC do Distrito Federal. **Métodos:** Foi realizado estudo descritivo transversal com portadores de FC atendidos no ambulatório de FC da Universidade Católica de Brasília. Os dados sobre a colonização por Pseudomonas aeruginosa e o resultado do diagnóstico genético para a mutação ΔF508 foram coletados nos prontuários dos pacientes. Os pacientes foram classificados como homozigotos (ΔF508/ΔF508), heterozigotos (ΔF508/N) e normais (N/N), com base na presença de dois, um ou nenhum cromossomo apresentando a deleção ΔF508. Outras mutações não foram consideradas. Os pacientes foram submetidos a espirometria e ao teste de caminhada de seis minutos (TC6'). Na análise estatística, com o objetivo de caracterizar a distribuição dos dados, foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Como os dados apresentaram distribuição não-paramétrica, foi aplicado o teste de correlação de Spearman, para verificar a correlação entre os dados estudados, e o teste U de Mann-Whitney, para verificar as diferenças entre os grupos formados de acordo com a colonização por Pseudomonas aeruginosa e com a presença da mutação ΔF508. O nível de significância considerado foi de 5%. **Resultados:** Foram estudados 24 pacientes, sendo 14 do sexo masculino. A média de idade foi de 9,6 ± 5,6 anos. Foi observada correlação negativa e significativa entre idade e função pulmonar na amostra total e nos pacientes colonizados por Pseudomonas aeruginosa. Nos fibrocísticos heterozigotos para a mutação ΔF508 foi encontrada correlação positiva e significativa entre idade e distância percorrida no TC6' (r=0,92; p=0,002). Nos pacientes colonizados por Pseudomonas aeruginosa, todos homozigotos para a mutação ΔF508, foram observados menores valores na distância percorrida no TC6', quando comparados aos não-colonizados por Pseudomonas aeruginosa (487,5 ± 58,1m vs 606,6 ± 73,1m) (p=0,0021). **Conclusão:** Em portadores de FC, a função pulmonar declina com a idade, pacientes homozigotos para a mutação ΔF508 têm pior perfil microbiológico e a colonização por Pseudomonas aeruginosa ocasiona diminuição na capacidade física funcional.

PO504 TUMOR CARCINÓIDE BRÔNQUICO COM SÍNDROME CARCINÓIDE PRESENTE: UM CASO RARO

RENATA FERLIN ARBEX; ILKA LOPES SANTORO; SÉRGIO JAMNIK; CESAR UEHARA; GABRIEL BARBOSA SANDIM; LILIAN TIEMI KURANISHI; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; ROSANA DE MORAES VALLADARES
UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME CARCINÓIDE; SEROTONINA; TUMOR CARCINÓIDE PULMONAR

Introdução: Os tumores carcinóides são raros grupos de neoplasia pulmonar, que são caracterizados por diferenciação neuroendócrina e relativo comportamento clínico indolente, mas com potencial de metástases. O sítio pulmonar é o segundo mais comum entre os tumores carcinóides (20%) só suplementado pelos do trato gastrointestinal (55%). Apesar disso ele só representa 1 a 2% entre todas as malignidades do pulmão, entre adultos. A Síndrome Carcinóide, que é a eliminação de substâncias ativas como serotonina, caracteriza-se por vermelhidão de pele, diarréia e broncoespasmo, além de outros sintomas e sinais, apresenta uma menor taxa entre os tumores carcinóides localizados no pulmão(1 a 3%). **Objetivos:** Apresentar um novo caso raro de um paciente portador de tumor carcinóide pulmonar com Síndrome Carcinóide. **Caso:** Sexo masculino, branco, 46 anos, cozinheiro, natural e procedente de São Paulo, tabagista 60maços/ anos. Parou há 3 anos. Há 1 ano com quadro de edema membros inferiores, hiperglicemia, hipertensão de difícil controle, tetraparesia e e eritrofagocitose. Nos exames subsidiários, demonstrou-se uma mancha em lobo superior Esquerdo. Foi submetido a lobectomia superior esquerda, a qual evidenciou um Tumor Carcinóide Endobrônquico, obstrutivo, com 3,5 cm no maior eixo e metástase em linfonodo hilar. Foi retirado na cirurgia toda a massa tumoral e remissão de todo o quadro clínico descrito acima.

PO505 ADENOCARCINOMA PULMONAR INVASOR DE TRAQUÉIA: CASO RARO

RENATA FERLIN ARBEX; ILKA LOPES SANTORO; SÉRGIO JAMNIK; CESAR UEHARA; LUIZ HIROTOSHI OTA; RENATO YOSHIAKI NAKAMA; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; LILIAN TIEMI KURANISHI
UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ADENOCARCINOMA PULMONAR; INVASÃO DE TRAQUÉIA; DISPNÉIA

Existem 4 tipos histológicos de carcinoma broncogênico: 1. células escamosas surgindo nos brônquios maiores e difundindo-se comumente por extensão direta e metástases em linfonodos; 2. células pequenas indiferenciadas produzindo metástases hematogênicas precocemente; 3. células grandes indiferenciadas, se difundem através da corrente sangüínea; e 4. adenocarcinoma, periférico, que também difunde através da corrente sangüínea. O carcinoma pulmonar primário é o câncer mais comum nos homens (22%) e nas mulheres (20%). Mais importante ainda, como causa de morte por câncer, é a primeira em homens (35%) e em mulheres (30%). Sua incidência está mais rapidamente nas mulheres. A doença é mais comum entre 45-70 anos. O fumo é responsável por 90% dos casos em homens e 70% em mulheres, com correlação dose-resposta bem evidente e regressão da incidência após o abandono do hábito. A correlação dose-resposta é vista nos 3 tipos mais comuns de câncer pulmonar: células escamosas, células pequenas e adenocarcinoma. **Relato de Caso:** Paciente sexo feminino, branca, 44 anos, desempregada, ex tabagista 15anos/ maço.Parou há 6 meses. Iniciou há 6 meses com dispnéia progressiva. Tratada a priori como pneumonia. Devido a persistência da dispnéia e a sibilos presentes, iniciou tratamento para asma. Evoluiu com dispnéia aos mínimos esforços. Deu entrada em nosso serviço com murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo e macicez a percussão. Rx tórax com opacidade homogênea em

hemitórax esquerdo e TC demonstrando estreitamento de brônquios principais a esquerda.Foi indicada broncoscopia na qual foi visualizada imagens císticas há 3 cm da traquéia, e diagnóstico anatomo patológico: Adenocarcinoma pulmonar. Indicada quimioterpia , e apesar da melhora dos sintomas clínicos, paciente permanece com oxigenioterapia domiciliar.

PO506 CORRELAÇÃO DOS PARAMETROS FUNCIONAIS RESPIRATÓRIOS COM A SAÚDE FÍSICA E MENTAL DOS PACIENTES COM DPOC

EANES DELGADO BARROS PEREIRA[1]; RENATA MARIA ARAÚJO PINTO[2]; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA[3]; MARTA CHAGAS MEDEIROS[4]; ROSA SALONI MOTA[5]

1,3,4,5.UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESPIROMETRIA ; SAÚDE FÍSICA E MENTAL; DPOC

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica(DPOC) é uma doença crônica e incapacitante que interfere tanto na saúde física como mental de seus pacientes. Para esta avaliação um dos instrumentos utilizados é o SF-36. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com DPOC através do SF-36 e correlacionar com o quadro funcional. . Metodologia: para avaliar a saúde física e mental foi aplicado o SF-36 utilizando o componente físico e mental sumarizado(CFS e CMS) dos oito domínios e o quadro funcional foi avaliado pela espirometria, gasometria e teste da caminhada dos 6 minutos. Resultados:Foram estudados 8 anos (71,4% masculino, 28,6%□42 pacientes com média de idade 65.4 feminino).O escore médio do componente físico e mental sumarizado foi 37,05 ± 11,1 e 45,61 ± 15,6. Correlacionando o componente físico sumarizado do SF-36 dos pacientes com parâmetros funcionais, observamos significância estatística com o valor médio do VEF1 em litros por segundo (r = 0,38 e p = 0,012) e em percentual do predito (r = 0,32 e p = 0,033). Os demais parâmetros não tiveram correlação significativa. O componente mental sumarizado dos pacientes não apresentou correlação com nenhum parâmetro funcional. Conclusão: a saúde física dos pacientes com DPOC piora com o declínio da função pulmonar.

PO507 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA MIMETIZANDO PADRÃO DE NEOPLASIA PULMONAR PELO PET-CT

FERNANDA CAPARELLI AZEVEDO; ANTONIO CARLOS BUZAID; RICARDO BEYRUTI

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO ; PET; ICC

Introdução: É conhecida a linfonodomegalia mediastinal associada à insuficiência cardíaca congestiva. São também conhecidas as condições em que ocorrem os falso positivos da tomografia por emissão de pósitrons acoplada à tomografia (PET-CT), quando da avaliação por este método de lesões pulmonares ou torácicas. **Objetivo:** Relatar associação (falso positivo) do PET-CT, em paciente com insuficiência cardíaca congestiva e nódulo pulmonar e alargamento mediastinal, não descrito até então na literatura. **Métodos: Relato de caso:** Paciente feminina de 71 anos com dupla lesão mitral de longa evolução (febre reumática aos 17 anos de idade mantendo-se em seguimento cardiológico desde então com uso regular de espironolactona 50 mg/dia e amiodarona 120 mg/dia), apresentando queixas de anorexia, plenitude pós-prandial, aumento do volume abdominal e perda ponderal progressiva de aproximadamente 5kg em 2 meses. Apresentava alargamento mediastinal à radiografia simples do tórax, inexistente em exame anterior. Tomografia de tórax revelava cardiomegalia com nódulo pulmonar de 1,4 cm nitidamente aumentado de tamanho em relação a exame realizado um no ano antes, linfonodomegalia mediastinal, hepatomegalia homogênea e ascite moderada. Apresentava também CA 19.9 discretamente elevado. Ecocardiograma transtorácio evidenciava dupla lesão mitral e insuficiência tricúspide importante com fração de ejeção de 61%, demais exames normais. Pela suspeita clínica de processo neoplásico pulmonar com comprometimento de linfonodos mediastinais, foi solicitado o PET-CT. Este exame apresentou múltiplas áreas focais de hipercaptação acentuada do radiofármaco, no mediastino e região peri-hilar pulmonar à direita (SUV entre 3,5 e 5,4); área focal de hipercaptação moderada na região epigástrica, à esquerda da linha média (SUV=2,8) podendo corresponder a linfonodomegalia perigástrica, nódulo pulmonar esquerdo com discreta atividade metabólica em terço médio do pulmão esquerdo (SUV=1,8) e em ambas as axilas (SUV=1,6 à direita e 1,4 à esquerda) sugestivos de linfonodos. Procedeu-se a seguir à mediastinoscopia para confirmação diagnóstica. A análise anatomopatológica dos linfonodos foi condizente com hiperplasia linfóide reacional com intensa histiocitose sinusal, sem evidencias de malignidade e ausência de micobactérias ou infecção fúngica. Paciente foi submtida à otimização de medidas para insuficiência cardíaca congestiva com melhora do quadro sintomático e posterior regressão dos linfonodos mediastinais Discussão: O PET-CT constitue-se em um dos mais eficazes métodos de imagem atualmente empregados no diagnóstico e avaliação do câncer de pulmão. Quando negativo, praticamente exclue o diagnóstico de câncer em função do seu alto valor preditivo negativo (acima de 90% em lesões maiores do que de 1cm). Quando positivo no entanto necessita de confirmação histopatológica da lesão, uma vez que doenças inflamatórias podem captar com intensidade variável o radiofármaco (FDG-18). Nesta paciente, fatores como o crescimento do nódulo pulmonar, aumento linfonodal mediastinal (apesar deste poder estar associado à insuficiência cardíaca) e o emagrecimento levaram à suspeita de neoplasia pulmonar, sendo então dentro da rotina diagnóstica solicitado o PET-CT. Sua positividade implicou na realização da mediastinoscopia que excluiu malignidade. Do observado no caso presente, a linfonodomegalia associada a ICC pode ser mais uma causa de falso positivo do PET-CT, ocorrência esta não relatada na literatura até então.

PO508 DERRAME PLEURAL SECUNDÁRIO À TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NO PUERPÉRIO

RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO[1]; RAFAEL SILVA MUSOLINO[2]; MARCELO JORGE DE SOUZA LEAO ANDRADE[3]; ROSEMEIRE DA NATIVIDADE PRATES NEVES[4]; ANGELA APARECIDA CAMARGO BONATTI[5]; CARLOS VERRASTRO[6]; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA[7]; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE[8]

1,2,3.HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4.MÉDICA COORDENADORA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DO HOSPITAL IPIRANGA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 5.MÉDICO PLANTONISTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DO HOSPITAL IPIRANGA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 6,8.MÉDICO ASSISTENTE - INCOR/HC- FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 7.PROFESSORA ASSOCIADA FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; DERRAME PLEURAL; PUERPÉRIO

Introdução: Dentre as causas de Derrame Pleural na gestação e puerpério, a mais grave é o Tromboembolismo Pulmonar (TEP). As variações hormonais marcantes neste período são condições sabidamente pró-trombóticas, relacionadas com tromboembolismo venoso (TEV). O diagnóstico de embolia pulmonar nesses casos permanece desafiante devido à complexa interação materno-fetal e limitada propedêutica complementar diagnóstica. **Objetivo:** Enfatizar a importância da investigação de doenças associadas que possam ter contribuído para a ocorrência de TEP no período gravídico-puerperal. **Resultado:** Puérpera de 24 anos com queixa de dispnéia súbita e dor torácica pleurítica em hemitórax direito. Apresentava antecedente de hipotireoidismo e, durante a gestação, considerada de alto risco, cursou com doença hipertensiva específica da gestação e síndrome HELLP, culminando em parto cesáreo sem intercorrências, porém com internação prolongada. Na admissão encontrava-se taquipnéica, com dessaturação em ar ambiente e murmúrio vesicular abolido na metade inferior do hemitórax esquerdo. Foi encaminhada à UTI. Diagnosticado volumoso derrame pleural à esquerda, Dímero D sérico elevado e à ecocardiografia aumento de câmaras direitas e hipertensão pulmonar leve. A angiotomografia de artérias pulmonares mostrou falha de enchimento em artérias pulmonares, bilateralmente e densificações subpleurais posteriores, achados compatíveis com TEP bilateral e infartos pulmonares. A paciente foi submetida à toracocentese para diagnóstico e alívio sintomático e a seguir anticoagulada com enoxeparina. A análise do líquido pleural foi compatível com um transudato. Por persistência do derrame pleural o hemitorax foi drenado e iniciado prednisona. Após X dias foi retirado o dreno, suspensa a prednisona e mantida sob anticoagulação oral. Evoluiu com resolução da dispnéia e melhora progressiva da dor torácica. Durante seguimento, referiu artralgia intermitente migratória, rash malar e fotossensibilidade, motivando suspeita de outras condições possivelmente relacionadas ao TEP. Novos exames revelaram FAN nucleolar e anticoagulante lúpico IgG/IgM positivos, compatível com síndrome do anticorpo antifosfolípide. Optou-se por manter anticoagulação prolongada e contracepção oral livre de estrógenos. Apresentou boa evolução clinico-radiológica. A tomografia e o ecocardiograma realizados 6 meses após o evento tromboembólico mostravam normalização dos fluxos nas artérias pulmonares, das dimensões das câmaras direitas e da pressão de artéria pulmonar. Conclusão O período gravídico-puerperal é isoladamente fator de maior incidência de

embolia pulmonar; entretanto, a pesquisa de outras causas associadas tem extrema importância. O diagnóstico precoce e tratamento adequado destes fatores associados mudam o tratamento, prognóstico e a chance de recorrência do evento tromboembólico que pode ser fatal.

PO509 ADESÃO E EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE APNÉIA/HIPOPNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO COM CPAP

RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE; FLAVIO JOSE MAGALHAES DA SILVEIRA; ANAMELIA COSTA FARIA; JOSE CARLOS BIAGINI JR
SLEEP - LABORATÓRIO DE ESTUDO DOS DISTÚRBIOS DO SONO - CENTRO MÉDICO BARRASHOPPING, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ADESÃO; CPAP; APNÉIA DO SONO

Introdução: CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) é o tratamento de escolha para a síndrome de apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono (SAOS) moderada e severa. Porém, a literatura tem descrito baixa adesão a esta modalidade terapêutica, apesar de sua eficácia. **Objetivos:** calcular a taxa de adesão ao CPAP em pacientes com SAOS moderada e severa em uma clínica especializada em distúrbios do sono. **Métodos:** análise prospectiva de uma coorte de indivíduos adultos, com diagnóstico polissonográfico de SAOS moderada e severa, em acompanhamento numa clínica especializada em distúrbios do sono, no Rio de Janeiro, com uso do CPAP há pelo menos 3 meses, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Todos os pacientes foram submetidos à polissonografia (PSG) diagnóstica (equipamento Embla®) e de titulação do CPAP na clínica acima e todos utilizaram o CPAP da marca ResMed® com software que registra o tempo de uso do CPAP (AutoScan 5.7®). No cálculo da adesão foi considerado o número de noites com uso do CPAP ≥ 4 horas/número total de noites. As variáveis analisadas foram: gênero, idade, índice de massa corporal (IMC), circunferência do pescoço (CP), escala de sonolência de Epworth (ESE), índice de apnéia/hipopnéia (IAH) e saturação mínima de oxigênio (SatmO2). A análise estatística foi obtida com os testes Mann-Whitney e ANOVA. A correlação entre o IAH (pela PSG e durante o tratamento com CPAP), a pressão do CPAP obtida na titulação, o uso (em horas) e a adesão (em %) em 3 e 6 meses foi feita com o coeficiente de correlação de Spearman (rs). **Resultados:** 143 pacientes (81,8% homens) foram estudados (média de idade = 52,8 ± 12,7 anos). As médias do IMC, CP e ESE foram, respectivamente: 30,3 ± 5,1 Kg/m2; 41,3 ± 3,6 cm e 11,3 ± 5,5. As médias do IAH e da SatmO2 (ambos pela PSG) foram: 47,7 ± 21,1/h e 78,3 ± 9,8%. A média da pressão do CPAP (medido pela titulação) foi de 9,8 ± 2,3 cmH20. Dos 143 pacientes com acompanhamento por 3 meses, as médias de uso e de adesão foram de: 6,2 ± 1,0/h e 81,3 ± 18,9%. Nestes 143 pacientes, a média do IAH com o uso do CPAP foi de 5,2 ± 4,2/h. Dos 108 pacientes com acompanhamento por 6 meses, as médias de uso e de adesão foram de: 6,1 ± 1,0/h e 81,4 ± 19,5%. Nestes 108 pacientes, a média do IAH com o uso do CPAP foi de 5,1 ± 3,9/h. Houve correlação entre a pressão do CPAP e o IAH (pela PSG): rs = 0,328 (p < 0,001); entre o IAH obtido durante o tratamento em 3 e 6 meses: rs = 0,969 (p < 0,001) e entre a adesão com 3 e com 6 meses: rs = 0,931 (p < 0,001). Não houve correlação estatisticamente significativa entre a pressão do CPAP e a adesão (em 3 e em 6 meses). **Conclusão:** a média de adesão ao CPAP foi de 81% (em 3 e 6 meses), com média de uso de 6 horas (em 3 e 6 meses). Houve boa eficácia com redução da média do IAH para 5,2 eventos/h em 3 meses e 5,1 eventos/h em 6 meses. Portanto, é possível obter adesão e eficácia satisfatórias com este tratamento.

PO510 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DEVIDO SINDROME DA EMBOLIA GORDUROSA - RELATO DE CASO

RICARDO MILINAVICIUS[1]; MAURI MONTEIRO[2]; HELEN MOREIRA COUTINHO[3]; MARCIO FEREIRA SANTOS[4]; LARISSA REGO VOSS[5]; HELOMAR PAULA NETTO[6]; LUIZ FELIPE ANDRADE[7]; CARLOS ALBERTO PEREIRA[8]
1,2,3,4,5,6,7.HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL; 8.HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SINDROME EMBOLIA GORDUROSA; INSUFICIENCIA RESPIRATORIA; FRATURA

A Síndrome de embolia gordurosa é uma coleção de seqüelas hematológicas, neurológicas, circulatórias e respiratórias, frequentemente associadas a traumatismo ortopédico. Embora a incidência possa alcançar 5 a 10% em casos de fraturas múltiplas, acredita-se que a incidência verificada após morte seja mais elevada. A prevalência é de aproximadamente 1% entre todos os pacientes com fraturas ósseas. A apresentação pode ser fulminante, com embolização de gordura para a circulação pulmonar e para a sistêmica, insuficiência ventricular direita e colapso cardiovascular e respiratório. Relatamos um caso de Insuficiência respiratória aguda devido a embolia gordura após fratura de fêmur. Paciente masculino, 27 anos, moto boy, interna devido a fratura de fêmur D, após queda da moto. Após 48h de internação, evoluiu com dor torácica em pontada, acompanhada de dispnéia súbita. Antecedente de asma (sem tratamento). Obeso, FC 110 bpm, FR 32 ipm, SatO2 80% (ar ambiente), ausculta pulmonar com som vesicular diminuído difusamente, sem ruídos adventícios. Hemograma normal com plaquetas 126.000; gasometria arterial: pH 7,44 PaCO2 27 mmHg, PaO2 44 mmHg, SaO2 83%), D-dímero 225 (normal até 195), ECG com taquicardia sinusal. Radiografia Tórax: sem alterações. Tomografia de Tórax: sem evidencia de TEP, opacidade em vidro fosco difusa e áreas de consolidação. Paciente encaminhado para UTI, em uso de ventilação não invasiva (BIPAP). Apresentou após 4horas de internação na UTI petéquias em tronco, pescoço e conjuntivas. Evoluiu com melhora do padrão respiratório com uso de VNI e Máscara de Venturi + Hidratação. As principais causas da SEG são as fraturas metafisárias do fêmur, da tíbia e dos ossos da pélvis. Na prática cirúrgica atual, entretanto, são também freqüentes os casos de SEG durante ou após as artroplastias do joelho e do quadril, bem como decorrentes das instrumentações da coluna vertebral, sobretudo quando se utilizam os parafusos pediculares. Mais recentemente, tem-se dado importância também à EG derivada dos traumatismos graves do tecido subcutâneo, como pode acontecer nos ferimentos descolantes extensos, bem como nos traumas fechados de partes moles (quedas e espancamentos), os quais podem evoluir com SEG até mesmo fatal. Dependendo do tempo do início dos sintomas em relação ao trauma, e da gravidade destes, a SEG foi classificada em: aguda fulminante, subaguda e subclínica. Classicamente, os sintomas se iniciam entre 12 e 24h após o trauma. Gurd et al, num estudo minucioso de 100 casos de SEG, observaram que o tempo de latência entre trauma e sintomas variou entre 4h e 15 dias (média = 46h). Como seria de se esperar, os pulmões comumente são os órgãos mais atingidos. O cérebro é o segundo órgão mais atingido pela SEG, sendo afetado em 70 a 89% dos casos. As petéquias cutâneas representam o terceiro sinal mais importante para o diagnóstico clínico da SEG. Ao contrário do que se pensava inicialmente, a ocorrência das petéquias não guarda relação com a plaquetopenia, que ocorre em cerca de 30% dos casos de SEG. A incidência situa-se entre 40 e 60% dos casos.

PO511 HERNIA DIAFRAGMÁTICA ASSOCIADO A PNEUMONIA ASPIRATIVA - RELATO DE CASO

RICARDO MILINAVICIUS[1]; RICARDO XIMENES MALINVERNI[2]; EDUARDO MENDES MOTTA[3]; LARISSA REGO VOSS[4]; PATRICIA VITORIO KITTLER[5]; MARIA DO CARMO CRUVINEL[6]; HELEN MOREIRA COUTINHO[7]; CARLOS ALBERTO PEREIRA[8]
1,2.HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3,4,5,6,7,8.HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HERNIA DIAFRAGMÀTICA; PNEUMONIA ASPIRATIVA; TOSSE CRÔNICA

As Hérnias diafragmáticas significam a passagem de vísceras abdominais para o tórax através de solução de contiguidade desse músculo. Essas alteração pode ocorrer devido a um defeito durante o desenvolvimento embrionário, em um ponto anatômico fraco que aumenta durante o desenvolvimento somático ou consequente a traumatismo direto ou indireto sobre o diafragma. Também pode ocorrer pela pressão positiva da cavidade abdominal e negativa da cavidade pleural. Relatamos um caso de Hérnia diafragmática com invasão toracica do estômago associado a pneumonia aspirativa. Feminina, 45 anos, refere 1 semana com tosse seca, dispnéia aos moderados esforços, dor torácica não ventilatório dependente, febre, emagracimento de 3 kg em 1 mês, disfagia para alimentos sólidos. Antecedente de cirurgia de esôfago a 12 anos. Eupneica, SATO2 96% a/a, murmúrio vesicular diminuído 2/3inferior HTE. Exames laboratoriais sem alterações. Pesquisa de Baar negativo. Radiolografia de tórax: Opacidade heterogênea em base direita, grande opacidade com nível líquido em 2/3 inferior do HTE. Tomografia de tórax: consolidação em árvore em brotamento em LM e presença de estomago intratorácico E. Broncoscopia sem alterações com LBA para Baar e fungos negativos. EED: Hérnia diafragmática posterolateral E com estomago intratorácico, redução de calibre no esôfago superior podendo corresponder compressão extrínseca. EDA: introdução do aparelho até cerca de 25 cm da arcada dentária superior onde notamos um

estreitamento da luz, anelar, fibrótico, com cerca de 0,7 cm de diametro, intransponível ao aparelho. Inciado tratamento com Antibiotico evoluindo com melhora da consolidação em base D, sendo encaminhado avaliação cirúrgica da hérnia diafragmática.

PO512 ACTINOMICOSE PULMONAR - RELATO DE CASO

RICARDO MILINAVICIUS[1]; MAURI MONTEIRO[2]; HELEN MOREIRA COUTINHO[3]; MARCIO FEREIRA SANTOS[4]; RICARDO XIMENES MALINVERNI[5]; EDUARDO MENDES MOTTA[6]; MARIA DO CARMO CRUVINEL[7]; CARLOS ALBERTO PEREIRA[8]

1,2.HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3,4,5,6,7,8.HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ACTINOMICOSE; CANCER; INFECÇÃO

A Actinomicose é uma doença crônica supurativa e granulomatosa, caracterizada por múltiplos abscessos com fistulas que drenam pús contendo grãos. Causada por actinomicetos anaeróbios, Gram positivos e BAAR negativa, encontrado como comensais na cavidade oral, intestino e vagina. É considerada como bactéria. Relatamos de um caso de investigação de massa pulmonar que era Actinomicose pulmonar. Masculino, 60 anos. Apresentando a 15 dias tosse seca, dor torácica não ventilatório dependente, febre. Procurou Pronto socorro onde foi prescrito Claritromicina, evoluindo sem melhora. Informa que 3 dias antes do início dos sintomas foi para casa de praia e teve contato com mofo e passáro. Ex-tabagista 30 maço/ano. Eupneico, SATO2 97% a/a. murmurio vesicular presente sem RA, sem linfonodomegalia. Hemograma normal, bioquimica normal, ECG sem alterações, Ecocardiogram normal, Espirometria normal. Radiografia de tórax: opacidade nodular em ápice D e outra em base E e pequena em campo médio E. Tomografia de tórax: massa em apíce D e LIE e nódulo em língula. Broncoscopia sem alterações. LBA para fungos e Baar negativos. Biopsia transbrônquica: sem neoplasia. Paciente foi para Pleuroscopia + ressecção em cunha da lesão em LIE. Pesquisa de Baar e fungos negativos. Biopsia cirúrgica: Pneumonia aspirativa em diferentes fases de organização (de focos supurativos à pneumonia em organização) associado a Actinomicose. Inciado Antibiotico, evoluindo com melhora clínica e radiológica. A Actinomicose é mais comum em homens. Apresenta três formas: Cervicofacial, Torácica e Abdominal. Ocorre da aspiração de material da cavidade oral, devido extensão direta da região cervical ou da cavidade abdominal. Formas raras pode ser por via sanguínea. O fatores de risco são: homens, idade entre 40 - 50 anos, pobre higiene oral, doença pulmonar de base e etilista. Responde muito bem a penicilina por longo tempo.

PO513 FIBROTÓRAX APÓS REVASCULARIZAÇÃO MIOCARDICA - RELATO DE CASO

RICARDO MILINAVICIUS[1]; RICARDO XIMENES MALINVERNI[2]; HELEN MOREIRA COUTINHO[3]; MARCIO FEREIRA SANTOS[4]; LARISSA REGO VOSS[5]; PATRICIA VITORIO KITTLER[6]; MARIA DO CARMO CRUVINEL[7]; CARLOS ALBERTO PEREIRA[8]

1,2.HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3,4,5,6,7,8.HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FIBROTORAX; REVASCULARIZAÇÃO MIOCARDICA; ATELECTASIA REDONDA

A incidência do derrame pleural após cirurgia de revascularização do miocárdio oscila entre 42 a 90% na primeira semana, decaindo com o tempo. Um estudo norte-americano com 47 pacientes com derrame pleural após cirurgia de revascularização do miocárdio mostrou a incidência de 89% nos primeiros 7 dias, 77% em 14 dias e 57% em 30 dias. O derrame pleural após cirurgia de revascularização é dividido em precoce (antes de 30 dias) e tardio (após 30 dias). No derrame pleural tardio a etiologia mais provável está relacionada a fatores imunológicos (alguns autores acham que é uma variante da Síndrome de Dressler, da qual difere por não apresentar febre, pericardite, dor torácica, nem atrito pleural). O derrame pleural precoce é autolimitado e não requer tratamento específico. Os derrames pleurais após cirurgia de revascularização do miocárdio que evoluem para fibrotórax podem necessitar de toracoscopia com decorticação pleural. A atelectasia redonda decorre de um derrame pleural que se organiza ou de espessamento pleural. As causas mais comuns são: derrame pleural decorrente da exposição a asbesto, derrames decorrentes de tuberculose, para-pneumônicos ou empiema; hemotórax; derrame pleural urêmico, derrame associado à hemodiálise e derrame pós-revascularização do miocárdio. Relatamos um caso de Derrame pleural crônico que evouiu com fibrotórax após cirurgia de revascularização miocárdica. Paciente masculino 73anos, da raça negra, não fumante, obeso (IMC=37,5 kg/m2, hipertenso, portador de dislipidemia, residente em São Paulo há 53anos. Trabalhou como encanador e em fábrica química (tiner, acetona), atualmente aposentado. Dispnéia aos grandes esforços há vários anos, que atribuía à obesidade e ao sedentarismo. Em dezembros de 2005 apresentou um mal estar súbito, sendo submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio após exames. Após 1 ano da cirurgia, a dispnéia se acentuou, passando a médios esforços, tendo sido diagnosticado derrame pleural esquerdo, drenado >1L (sero-hemático), com melhora da dispnéia. Após 2 meses houve nova piora da dispnéia, quando foi encaminhado. Após a cirurgia iniciou dieta, com perda de 26 kg com IMC atual= 29 kg/m2. Nega dor precordial e ortopnéia. Edema de MMII que melhora após uso de furosemida. Em uso ainda de atenolol, enalapril, AAS e sinvastatina. Radiografia de tórax realizada meses antes da revascularização do miocárdio mostrava cardiomegalia discreta, sem outras anormalidades. MV ausente em base E e reduzido no restante do 1/3 inferior E; fr= 16 ipm. Radiologia tórax: derrame pleural até 2/3 HTE, opacidade arrendondada em contato com a pleura. Tomografia de tórax: espessamento pleural, derrame pleural moderado, atelectasia redonda. Punção pleural: hemorrágico; DHL= 397 (relação > 0,6); Proteinas= 2,4 g% (relação com nível sérico< 0,5); Alb=1,3; Glicose=106; CEA=0,2 U/ml; BNP=138 ng; Células=1300/mm3 % PMN 17%, Linfócitos 81%, Histiócitos 2%.

PO514 RESSECÇÃO EM CUNHA POR VIDEOTORACOSCOPIA DE NÓDULO PULMONAR INDETERMINADO: DRENAGEM PLEURAL ROTINEIRA É DESNECESSÁRIA

RICARDO MINGARINI TERRA; ISRAEL LOPES MEDEIROS; ANGELO FERNANDEZ; RICARDO HELBERT BAMMANN

NÚCLEO AVANÇADO DE TÓRAX HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: RESSECÇÃO EM CUNHA; NÓDULO PULMONAR; DRENAGEM PLEURAL

Introdução: A ressecção em cunha por videotoracoscopia (RCV) tem alta acurácia para o diagnóstico de nódulos pulmonares indeterminados. Ainda que o padrão seja drenagem pleural pós-operatória, questionamos se esta conduta é realmente necessária rotineiramente. **Objetivos:** Avaliar a eficácia e segurança da RCV para diagnóstico de nódulos pulmonares quando realizada sem drenagem pleural em um regime de curta internação hospitalar. **Métodos:** Análise prospectiva de pacientes em investigação de nódulo pulmonar periférico indeterminado (fev/06 - maio/08). Foram excluídos do estudo todos os pacientes com nódulos centrais e condição clinica desfavorável (DPOC grave, coagulopatia etc). As ressecções foram realizadas durante ventilação monopulmonar, através de três incisões, utilizando-se grampeadores lineares endoscópicos. Ao final do procedimento, era introduzida na cavidade pleural uma sonda nasogástrica, cuja extremidade era colocada sob selo d'água. Na ausência de fístula aérea, a sonda era retirada e as incisões suturadas. O dreno foi utilizado quando havia fístula ou quando existiam aderências pleurais firmes e extensas. Ao término da cirurgia os pacientes eram extubados e encaminhados ao quarto. Radiografia de tórax era realizada na manhã seguinte. **Resultados:** Dos trinta pacientes submetidos à RCV, dez foram submetidos à lobectomia no mesmo tempo cirúrgico, pois a biópsia de congelação mostrou carcinoma primário do pulmão. Sendo assim, 20 pacientes (12H/8M), com idade variando de 34 a 71 anos (média de 55), foram incluídos no estudo. Vinte e uma cirurgias foram realizadas (em um paciente um novo nódulo surgiu no pulmão contra-lateral). Os diagnósticos foram: metástase (11 casos), granuloma (5), tuberculose (1), criptococoma (1), hamartoma (1), BOOP (1) e adenocarcinoma (1). Em 19 cirurgias (90,5%) não houve necessidade de drenagem pleural e em duas (9,5%) optou-se por drenagem devido à presença de aderências pleurais extensas. Todos receberam alta no dia seguinte à operação (em ambos os casos drenados foi possível a retirada do dreno em menos de 24 horas). Em 3 pacientes havia pequeno pneumotórax (assintomático) na radiografia de controle. Não houve mortalidade associada, e a única complicação, observada em dois pacientes, foi pequeno e auto-limitado enfisema de subcutâneo. Em apenas 3 casos foi necessário o uso de opióides após a alta e, em 4 pacientes, observou-se pequeno derrame pleural no retorno ambulatorial uma semana após, com regressão espontânea depois de um mês. **Conclusão:** A RCV é um procedimento eficaz e seguro para o diagnóstico de nódulos pulmonares em pacientes selecionados,

sendo que nesta amostra a drenagem se mostrou desnecessária e a estratégia utilizada reduziu o tempo de internação para menos de 24 horas.

PO515 DERRAME PLEURAL SECUNDÁRIO À HIPERESTIMULAÇÃO OVARIANA PARA FERTILIZAÇÃO IN VITRO

JADER JOEL MACHADO JUNQUEIRA; ANGELO FERNANDEZ; RICARDO HELBERT BAMMANN; ANA CRISTINA PUGLIESE CASTRO; RICARDO MINGARINI TERRA; AUGUSTO ISHY

NÚCLEO AVANÇADO DE TÓRAX HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVARIANA; FERTILIZAÇÃO IN VITRO; DERRAME PLEURAL

Introdução: A Síndrome de Hiperestimulação Ovariana é complicação iatrogênica do tratamento de fertilização in vitro. Sua patogênese está ligada à ação de substâncias vasoativas secretadas pelos ovários sob estímulo gonadotrófico, fortemente amplificada nesta situação. Na maioria dos casos as manifestações clínicas são autolimitadas e sua regressão ocorre de forma espontânea. Outras vezes o metabolismo hídrico e osmótico está de tal maneira alterado que se formam edemas extensos, associados a congestão pulmonar, derrame pleural e insuficiência respiratória. A evolução com derrame pleural, além de outras morbidades e/ou complicações potencialmente fatais, têm sido descritas na literatura internacional com certa freqüência, sendo poucos os relatos nacionais sobre o tema. **Objetivo:** Descrever a apresentação clínica, tratamento e evolução de pacientes com derrame pleural secundário à Síndrome de Hiperestimulação Ovariana. **Método:** Análise retrospectiva dos prontuários de três pacientes que apresentaram insuficiência respiratória causada por derrames pleurais secundários à hiperestimulação ovariana atendidos no período de 2005 a 2008. O diagnóstico radiológico baseou-se quase que exclusivamente em exames ultrassonográficos por se tratar de pacientes potencialmente gestantes, recém submetidas à fertilização, nas quais a exposição à radiação deve ser evitada. **Resultados:** Três pacientes com idade variando entre 27 e 33 anos desenvolveram derrame pleural sintomático bilateral em média um mês após o início da terapia hormonal de indução ovulatória. Em dois casos houve repercussão hemodinâmica sistêmica, com necessidade de internação em UTI para reposição de volume (cristalóides e albumina) e ventilação mecânica não invasiva. Nestas mesmas pacientes houve associação de ascite volumosa, sendo uma delas submetida à paracentese de alívio. Todas as três pacientes foram inicialmente submetidas à toracocenteses de alívio e, embora o derrame tivesse características de transudato, com a recidiva do processo pleural foram drenadas com catéter tipo pig-tail. Apesar do débito pleural elevado (em média 1100 ml / dia na primeira semana) e o tempo prolongado de drenagem (entre 9 e 17 dias), as três pacientes evoluíram satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar para seguimento obstétrico. **Conclusão:** O acúmulo de derrame pleural secundário à hiperestimulação provavelmente é subdiagnosticado, porém a morbidade relacionada a esta situação clínica não deve ser subestimada ainda mais por se tratar de pacientes potencialmente gestantes. Havendo um diagnóstico precoce e medidas de suporte adequadas o prognóstico é favorável e requer abordagem pleural conservadora.

PO516 ABORDAGEM MINIMAMENTE INVASIVA PARA O TRATAMENTO DO LEIOMIOMA ESOFÁGICO

ANGELO FERNANDEZ; RICARDO MINGARINI TERRA; AUGUSTO ISHY; JOSÉ RIBAS MILANEZ; JADER JOEL MACHADO JUNQUEIRA

NÚCLEO AVANÇADO DE TÓRAX HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LEIOMIOMA; VIDEOTORACOSCOPIA; ESOFAGOSGOPIA

Introdução: Os leiomiomas são os tumores mesenquimais benignos mais comuns do esôfago, mas, mesmo assim, representam menos de 10% das neoplasias esofágicas. A maioria tem crescimento intramural e se localizam na porção intratorácica do órgão. O diagnóstico pode ser retardado, pois os sinais clínicos podem ser pouco evidentes. O sintoma mais comum é a disfagia e a eco-endoscopia é o método mais preciso para o diagnóstico etiológico, sendo o tratamento cirúrgico curativo. **Objetivo:** Apresentar a experiência na ressecção deste tipo de lesão através de abordagens minimamente invasivas. **Método:** Estudo retrospectivo de oito pacientes (6M/2F) submetidos à ressecção de leiomioma esofágico no período de 2000 a 2008. A queixa de seis pacientes era disfagia, dois eram assintomáticos, sendo a lesão um achado tomográfico. A localização mais comum foi o terço médio, abaixo da veia ázigos (sete casos), sendo que apenas um estava acima dela. Sete tinham sinais de obstrução da luz esofágica identificada à endoscopia ou ao EED. Três tinham diagnóstico prévio, obtido por punção-biópsia guiada; os demais foram operados com diagnóstico presuntivo, sem biópsia pre-operatória. Em três pacientes a lesão era em ferradura, acometendo mais de 2/3 da circunferência do esôfago. A operação consistiu na dissecção video-toracoscópica do segmento esofágico acometido, abertura extensa da muscular e ressecção extra-mucosa da lesão. Em quatro casos a ressecção video-toracoscópica foi acompanhada por esofagoscopia. **Resultados:** Total de oito pacientes (6M/2F), com idade média de 39 anos (variando entre 6 e 68 anos), foram incluídos no estudo. O tempo operatório médio foi de 128 minutos (variando entre 85 e 220 minutos). A videotoracoscopia foi realizada com paciente em decúbito lateral com dois ports (10,5mm), uma minitoracotomia lateral de apoio (5cm) e óptica de 10mm/30º. Drenagem pleural com dreno 28F foi realizada em todos os pacientes. Esofagoscopia intraoperatória foi realizada em 4 casos. Após a ressecção, fechamento dos planos musculares com fio absorvível foi realizado em todos os casos. O tamanho tumoral médio encontrado foi de 4 cm (variando entre 2 e 12 cm de diâmetro máximo). No pós-operatório o teste com ingestão de solução de azul de metileno foi feito antes de realimentar e retirar o dreno. O tempo médio de internação foi 4 dias (variando entre 3 e 10). Não houve complicações tardias. **Conclusão:** O tratamento video-toracoscópico dos leiomiomas do esôfago é eficiente e seguro, mesmo nas lesões maiores ou em ferradura. A esofagoscopia pode prevenir a complicação mais grave do procediemnto, que é a abertura inadvertida da mucosa esofágica.

PO517 SARCOMA DE ARTÉRIA PULMONAR SIMULANDO ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR

RICARDO MINGARINI TERRA; ANGELO FERNANDEZ; JADER JOEL MACHADO JUNQUEIRA; RICARDO HELBERT BAMMANN; VERA LUIZA CAPELOZZI

NÚCLEO AVANÇADO DE TÓRAX HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOMA; ANEURISMA; ARTÉRIA PULMONAR

Introdução: Os sarcomas primários de artéria pulmonar são neoplasias raras, com cerca de 200 casos relatados. O diagnóstico é um desafio, uma vez que sua apresentação clínica e radiológica pode mimetizar doença tromboembólica. **Objetivo:** Apresentar um caso ainda não descrito na literatura de um sarcoma de artéria pulmonar simulando um aneurisma de artéria pulmonar. **Relato do Caso:** Paciente de 77 anos, sexo feminino, hipertensa, deu entrada no serviço de emergência com quadro agudo de dispnéia progressiva, dor torácica e hemoptise. Ao exame apresentava-se taquidispnéica com sinais clínicos de derrame pleural em hemitórax direito. Propedêutica laboratorial e de imagem: ECG, Dímero-D, CKMB e Troponina I normais; Radiografia de tórax: Opacidade circular em topografia de hilo pulmonar direito, com derrame pleural moderado à direita; TC de tórax: Derrame pleural moderado à direita, dilatação sacular na porção interlobar da artéria pulmonar direita, preenchida com contraste e circundada por um tecido irregular e com atenuação de partes moles. RNM de tórax: Confirmou os achados da TC tórax, permitindo uma melhor definição das relações entre o tecido irregular e o tronco da artéria pulmonar anterior. Toracocentese mostrou que o derrame pleural era francamente hemorrágico. Com o diagnóstico de aneurisma roto da artéria pulmonar, optou-se pela abordagem cirúrgica imediata. A dissecção dos elementos hilares evidenciou um pseudo-aneurisma e uma massa sólida na fissura oblíqua, ao redor da artéria interlobar. O exame de congelação mostrou tecido neoplásico maligno e por isso se optou pela pneumonectomia direita com ressecção completa da massa. A paciente evoluiu bem, recebendo alta no 4º dia pós-operatório. A patologia final concluiu que se tratava de um sarcoma primário da artéria pulmonar. Após 2 anos a paciente se encontra livre de doença de acordo com exames clínicos e radiológicos (TC de tórax e abdome; RNM crânio). **Conclusão:** Aneurisma ou pseudo-aneurisma devem ser suspeitados em pacientes com hemoptise e cujo exame radiológico mostra alargamento hilar ou massa pulmonar com aumento progressivo. No caso descrito, a primeira hipótese era de um aneurisma de artéria pulmonar circundado por trombo mural, mas o diagnóstico definitivo foi elucidado apenas no intra-operatório. O tratamento do sarcoma de artéria pulmonar é cirúrgico e a ressecção completa pode ser curativa. Nesta paciente, devido à posição central da lesão, isto só foi possível através de uma pneumonectomia radical.

PO519 LOBECTOMIA TOTALMENTE VIDEOTORACOSCÓPICA COM DISSECÇÃO ANATÔMICA DO HILO NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO

RICARDO MINGARINI TERRA[1]; LETÍCIA LEONE LAURICELLA[2]; ANGELO FERNANDEZ[3]; RICARDO HELBERT BAMMANN[4]; RICARDO BEYRUTI[5]; FÁBIO BISCEGLI JATENE[6]

1,2,3,5,6.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.NÚCLEO AVANÇADO DE TÓRAX, HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LOBECTOMIA; VIDEOTORACOSCOPIA; CÂNCER DE PULMÃO

Introdução: A lobectomia pulmonar é tratamento padrão para o carcinoma não-pequenas células de pulmão em estádios precoces. Com a evolução das técnicas cirúrgicas e a busca constante por procedimentos menos invasivos, a lobectomia pulmonar sofreu várias mudanças, principalmente no que se refere a sua via de acesso, ou seja, a toracotomia. Atualmente, ela vem sendo realizada através de videotoracoscopia em vários centros mundiais. O objetivo deste estudo é relatar a experiência inicial deste serviço com a lobectomia totalmente videotoracoscópica. **Método:** Análise prospectiva de pacientes portadores de nódulos pulmonares com suspeita ou diagnóstico de neoplasia de pulmão, sem evidência de doença mediastinal ou pleural e sem antecedentes de cirurgias pulmonares. Todos foram submetidos a lobectomia totalmente videotoracoscópica com dissecção anatômica do hilo pulmonar através de 3 ou 4 incisões de 10mm, e utilização de grampeadores endoscópicos. **Resultados:** Foram operados 11 pacientes (7 mulheres e 4 homens), com idade média de 55,2 anos (35 a 71 anos). O tamanho médio dos tumores foi de 1,75 cm (1,0 a 3,0 cm), sendo realizadas 4 LSE, 3 LIE, 3 LSD e 1 LID. Os diagnósticos anatomopatológicos foram: adenocarcinoma (9) , tumor miofibroblástico (1) e carcinoma indiferenciado de grandes células (1). Todos os pacientes foram submetidos a linfadenectomia mediastinal sistemática e o estadio patológico foi Ia. O tempo médio de anestesia foi de 272,5 minutos (180 a 400 minutos), e o número médio de cargas utilizadas foi de 5,5 (3 a 10). Não houve nenhum caso de conversão para toracotomia ou complicação intra-operatória. Em 8 casos, foram deixados 2 drenos de tórax e, em 3 pacientes, apenas 1. O tempo médio de permanência com os drenos foi de 4 dias. O tempo médio de internação após a cirurgia foi de 4,2 dias (2 a 7 dias). Dentre as complicações pós-operatórias, houve 2 casos de atelectasia e um caso de enfisema subcutâneo após retirada do dreno torácico, necessitando de redrenagem com cateter tipo pig-tail (permaneceu por 2 dias). Não houve nenhum caso de mortalidade cirúrgica. **Conclusão:** Concluímos que a lobectomia totalmente videotoracoscópica é um procedimento seguro a ser realizado em casos selecionados de câncer de pulmão em estádio IA, associado a baixo índice de complicações intra e pós-operatórias.

PO520 DPOC E HEMOFILIA ADQUIRIDA

RITA BARBOZA GUIMARÃES

HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; HEMOFILIA ADQUIRIDA; ADQUIRIDA

Introdução: Hemofilia adquirida é uma doença rara causada pelo desenvolvimento de auto-anticorpos contra os fatores da coagulação, mais freqüentemente o fator VIII. Auto-anticorpos contra fator II, V, VII, IX, X, XI, e XIII e fator de Von Willebrand também foram relatados. O diagnóstico pode ser difícil por causa da raridade e o paciente não tem precedentes pessoais ou familiares de episódios de sangramentos, como ocorre na forma congênita. A produção de anticorpos contra o fator VIII leva à deficiência do fator VIII, resultando na produção insuficiente de trombina pelo fator IXa e VIIIa. A incidência no mundo é de 0,2 a 1 caso por 1 milhão de pessoas por ano nos EUAS e 1,48 por 1 milhão no Reino Unido. É mais freqüente na população adulta idosa (60 a 67 anos), ocorrendo em todos os grupos raciais e em ambos os sexos. A mortalidade está estimada em 7,9% a 22%, relacionada a fenômenos hemorrágicos. A etiologia pode ser desconhecida ou associada a várias condições clínicas como gravidez, doenças auto-imunes (artrite reumatóide, lúpus eritematoso, esclerose múltipla, artrite temporal, síndrome de Sjögren, anemia hemolítica auto-imune, síndrome de Goodpasture, miastenia Gravis, doença de Graves, hipotiroidismo auto-imune), doença inflamatória intestinal (colite ulcerativa), desordens dermatológicas (psoríase e pênfigo), doenças respiratórias (asma e DPOC), reações alérgicas a drogas (penicilina e derivados, sulfonamidas, fenitoína, cloranfenicol, etc), diabetes, infecção aguda por hepatite B ou hepatite C, tumores malignos sólidos (próstata, pulmão, cólon, pâncreas, estômago, vias biliares, cabeça e pescoço, colo uterino, mamas melanoma e rim, doenças hematológicas (leucemia linfocítica crônica, linfoma não-Hodgkin, mieloma múltiplo, macroglobulinemia de Waldenstrom, síndrome mielodisplásica, mielofibrose e eritroleucemia). **Objetivos:** Descrever um caso de DPOC associada à hemofilia adquirida. **Métodos:** Relato de caso de um paciente com diagnóstico de DPOC e hemofilia adquirida internado na Clínica Médica-Pneumologia do Hospital dos Servidores do Estado e revisão da literatura médica específica. **Resultados:** W.R.P., 60 anos foi admitido na enfermaria de clínica médica-pneumologia no dia 04/12/08 para tratar agudização do quadro clínico de DPOC. Na ocasião se queixava de dispnéia, tosse e expectoração clara. Foi medicado com hidratação venosa, corticóide, aminofilina, enoxiparina em dose profilática, nebulização com beta 2agonista e brometo de ipratropium e oxigenoterapia. Evoluiu em 20 dias com dor nos membros inferiores, torácica posterior, bem como abaulamento neste local e equimoses no tórax, abdômen e membros. Os exames complementares revelaram anemia normocrômica e normocítica, PTT superior à 100 segundos e TAP e INR normais. A dosagem do fator VIII foi baixa e constatou-se a presença de anticorpos contra o fator VIII da coagulação (>2000). A biopsia de medula óssea não mostrou doença hematológica. O paciente foi tratado com inibidor do anticorpo contra fator VIII (Feiba imune) em várias doses, obtendo melhora clínica e laboratorial parcialmente. Posteriormente foi realizado tratamento com 4 sessões de rituximab por via endovenosa. Em seqüência, apresentou um episódio de piora respiratória atribuída à infecção respiratória, tendo sido tratado com cefepime. Obteve alta para acompanhamento ambulatorial, após estabilização do quadro clínico. **Conclusão:** Descrevemos o quadro incomum de paciente com DPOC acompanhado regularmente no ambulatório de pneumologia, tendo sido internado por agudização de sua doença pulmonar crônica e evoluindo para discrasia sanguinea, descrito como hemofila adquirida por formação anômala de anticorpo contra o fator VIII. A DPOC pode ser uma das possíveis causas de hemofilia adquirida, conforme descrito na literatura. Procedemos a revisão bibliográfica.

PO521 PREVALENCIA DESINDROME HEPATOPULMONAR EM PACIENTES COM FIBROSE PERIPORTAL ESQUISTOSSOMOTICA ATENDIDOS NO HOSPITAL DAS CLINICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

RITA DE CASSIA DOS SANTOS FERREIRA[1]; ANA LUCIA COUTINHO DOMINGUES[2]; BRIVALDO MARKMAN FILHO[3]; FLAVIO HENRIQUE VÉRAS[4]; LUIZ JOSÉ DE BARROS BATISTA[5]; EOLO SANTANA DE ALBUQUERQUE FILHO[6]

1.HOSPITAL UNIVERSITARIO OSWALDO CRUZ, RECIFE, PE, BRASIL; 2,3,4,5,6. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SINDROME HEPATOPULMONAR ; ESQUISTOSSOMOSE MANSONICA; ECOCARDIOGRAFIA

Introdução: a sindrome hepatopulmonar (SHP) caracteriza-se pela presença de dilataçoes vasculares intrapulmonares (DVIP) e alteraçoes de oxigenaçao associadas à doença hepatica cirrotica ou nao cirrotica. **Objetivo:** determinar a prevalencia de SHP em pacientes com fibrose periportal esquistossomotica atendidos no Hospital das Clinicas - Universidade Federal de Pernambuco. Métodos: no periodo de abril a julho de 2007, 84 pacientes com fibrose periportal esquistossomotica realizaram gasimetria arterial de oxigenio e aqueles com diferença alvéolo-arterial de oxigenio (DA-aO2) maior ou igual a 15mmHg, foram submetidos à ecocardiograma transtoracico com contraste de microbolhas (Eco-TT). O diagnostico de SHP foi estabelecido nos pacientes que apresentaram DA-aO2 maior ou igual a 15mmHg e DVIP evidenciadas no Eco-TT. Os pacientes com SHP foram submetidos à tomografia computadorizada multidetectores de torax (TCMD) com contraste. Resultados: 53 pacientes eram do sexo feminino(63%),a média de idade foi de 50,06><12,25 anos e 49 pacientes (58,33%) tinham a forma hepatoesplenica da esquistossomose. A D-aO2 maior ou igual a 15mmHg foi encontrada em 22 pacientes (26,19%) com média de 20,86<>7,91. O eco-TT revelou DVIP em 5 dos 22 pacientes (22,72%) com DA-aO2 maior a igual a 15mmHg, todos com a forma hepatoesplenica da doença, definindo uma prevalencia de SHP de 6% (IC:1,96-13,35) nos 84 pacientes. No grupo de pacientes com a forma hepatoesplenica (49 pacientes), a prevalencia de SHP foi de 10,2%. Os achados da TCMD de torax nos pacientes com SHP foram: aumento do diametro de artérias periféricas(100%), maior numero de ramos arteriais periféricos estendendo-se para superficie pleural (40%) e micronodulos associados a vasos centrilobulares mais em lobos

inferiores (40%). Em nenhum paciente foram visibilizadas fistulas artério-venosas. Conclusao: os achados deste estudo confirmam que SHP ocorre em pacientes com fibrose periportal esquistossomotica e que a hipertensao portal é o fator, predominantemente relacionado ao aparecimento de SHP, nesses casos.

PO522 ALTERAÇOES RADIOLOGICAS DE TORAX EM PACIENTES COM FIBROSE PERIPORTAL ESQUISTOSSOMOTICA

RITA DE CASSIA DOS SANTOS FERREIRA[1]; ANA CAROLINA CHIAPPETTA CORREIA ARAUJO[2]; ANA LUCIA COUTINHO DOMINGUES[3]; LUIZ JOSÉ DE BARROS BATISTA[4]

1.HOSPITAL UNIVERSITARIO OSWALDO CRUZ, RECIFE, PE, BRASIL; 2.HOSPITAL ESPERANÇA, RECIFE, PE, BRASIL; 3,4.UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESQUISTOSSOMOSE MANSONICA; RAIO X DE TORAX; HIPERTENSAO PORTAL

A esquistossomose mansonica pode afetar diferentes orgaos. O envolvimento pulmonar possui espectro clinico variado,indo desde formas assintomaticas, caracterizadas pelo encontro de granulomas e arterite focal, até alteraçoes com grave repercussao clinica como hipertensao pulmonar, cor pulmonale e sindrome cianotica. Dessa forma, podem haver expressoes radiologicas diversas como nodulos, massas, areas de fibrose, aumento de vasos pulmonares e cardiomegalia. **Objetivo:** avaliar as alteraçoes da radiologia de torax em pacientes com fibrose periportal esquistossomotica. **Método:** foram arrolados 70 pacientes com fibrose periportal esquistossomotica, atendidos no periodo de abril a julho de 2007, no ambulatorio especializado do Hospital das Clinicas- Universidade Federal de Pernambuco. Todos pacientes foram submetidos à classificaçao da forma clinica em hepatointestinal e hepatoesplenica e realizaram radiografia simples de torax em incidencias PA e perfil esquerdo. **Resultados:** 46 pacientes eram do sexo feminino, a média de idade foi de 50,06><12,25 anos, 29 tinham a forma hepatointestinal e 41 a forma hepatoesplenica. As alteraçoes radiologicas observadas foram: nodulos (11,43%), reticulaçoes(37,14%), acentuaçao de trama (72,85%), espessamento pleural (32,85%), cardiomegalia (27,14%), aumento do diametro do tronco pulmonar (14,28%), aumento das artérias pulmonares principais (15,71%), hilos proeminentes (40%), retificaçao ou abaulamento do arco pulmonar (24,28%). Nao houve diferença desses achados em relaçao às formas clinicas hepatointestinal e hepatoesplenica (respectivamente, p=0,128, p=0,319, p=1,0, p=0,120, p=0,415, p=0,508, p=1,00, p=0,621, p=0,778). **Conclusão:** um numero significativo de pacientes apresentam alteraçoes radiologicas de torax, mas nem todas elas podem ser relacionadas à etiologia esquistossomotica. O aumento do tronco pulmonar (14,28%) e a retificaçao ou abaulamento do arco pulmonar (24,28%) podem corresponder à presença de hipertensao pulmonar, devendo ser prosseguida a investigaçao, nesses pacientes. Os nodulos pulmonares presentes em 11,43% dos pacientes podem ser decorrentes de granulomas esquistossomoticos ou de outras doenças granulomatosas endemicas na regiao, como tuberculose. O fato de nao haver diferença de achados entre pacientes com as formas clinicas hepatointestinal e hepatoesplenica, sugere que hipertensao portal e formaçao de colaterais portossistemicas nao sejam fundamentais para que haja comprometimento pulmonar na esquistossomose.

PO523 DEPENDÊNCIA TABÁGICA EM GESTANTES

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ; BLANCARD SANTOS TORRES; ESDRAS XAVIER PEREIRA; ADALGISA OLIVEIRA CAVALCANTI; MILENA DE MELO CAVALCANTI; NATALIE ANDRADE LIMA; THYAGO PARANHOS CORREIA; PATRÍCIA CHAGAS PESSÔA DE MELLO MORAIS

UFPE, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DEPENDÊNCIA; TABAGISMO; GESTANTES

Introdução: O tabagismo constitui um sério problema de saúde pública, porque afeta tanto a saúde dos fumantes quanto as das pessoas que com eles convivem. O principal e mais conhecido componente do tabaco é a nicotina, um alcalóide tóxico cuja dose letal é de 50 mg. O estado de dependência é dinâmico e as pessoas não podem ser classificadas simplesmente em dependentes ou não-dependentes, pois é sutil a divisão entre o uso abusivo de droga e o estado de dependência, é importante ter instrumentos para se mensurar a intensidade deste estado. Objetivos: Descrever em gestantes fumantes a dependência tabágica. **Métodos:** Foram aplicados 201 questionários em gestantes, com média de idade de 25 anos, voluntárias, procedentes do Recife e cidades próximas (Vitória de Santo Antão, Gravatá) que se encontravam nos ambulatórios de pré-natal. **Resultados:** Encontramos num total de 201 mulheres entrevistadas, 67,7% eram fumantes e 88,8% fumavam até 20 cigarros por dia. Quanto ao tempo de tabagismo: 23,5% estavam fumando até a cinco anos, 50,9% fumavam entre seis e 20 anos. Quanto à escala de Fargerström: 29,5% fumavam o primeiro cigarro em até 5 minutos após acordar, 56,2% fumavam mesmo se estivessem doente, 53,8% tinham dificuldade de deixar de fumar em locais proibidos, e 33,9% achavam mais prazeroso o cigarro da manhã. Entre as fumantes, 67,5% não pararam de fumar quando engravidaram, 20,7% não pretendiam parar de fumar. Cerca de 82% relataram que foram estimuladas pelo médico a parar de fumar, mas apenas 27,7% foram orientadas quanto aos métodos que existem para cessação do tabagismo. **Conclusão:** A nicotina é fortemente indutora de dependência e concorrem para isso, vários fatores individuais, sociais, emocionais, que devem ser levados em conta no momento de estimular um paciente a largar o vício. A gestação é uma ocasião especial para a promoção da cessação do tabagismo. A preocupação com a saúde do feto gera uma motivação extraordinária na gestante. Os resultados e a relação custo-efetividade das intervenções são melhores nesse grupo do que na população em geral. Os ganhos extrapolam os benefícios à saúde da mulher, pois permitem também o desenvolvimento de um feto mais saudável. A prevenção e o tratamento da recaída devem ser intensamente trabalhados, pois este fenômeno pode comprometer a chance de um abandono definitivo do tabagismo, alcançado pela motivação relacionada à gestação.

PO524 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO EM GESTANTES

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ; BLANCARD SANTOS TORRES; ESDRAS XAVIER PEREIRA; MARCELA VIDAL; MARÍLIA ÁVILA

UFPE, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EPIDEMIOLOGIA; TABAGISMO; GESTANTES

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo é considerado a maior causa evitável isolada de morbi-mortalidade do mundo atual. O tabagismo durante a gestação tem implicações que vão além dos prejuízos à saúde materna, sendo responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais. A manutenção do hábito de fumar ainda na vida intra-uterina e/ou durante o período de amamentação e crescimento da criança agrava os prejuízos respiratórios, neurológicos e psicomotores, o que avoluma os gastos com assistência médica, não só às gestantes, como também aos neonatos e à criança. **Objetivos:** Descrever as características epidemiológicas de gestantes fumantes.no primeiro ano de vida. **Métodos:** Foram aplicados 201 questionários em gestantes, com média de idade de 25 anos, voluntárias, procedentes do Recife e cidades próximas (Vitória de Santo Antão, Gravatá) que se encontravam nos ambulatórios de pré-natal. **Resultados:** Encontramos num total de 201 mulheres entrevistadas, 67,7% eram fumantes, a faixa etária mais representativa encontrava-se dos 16 aos 25 anos, com freqüência maior de gestantes nos sexto, sétimo, oitavo e nono meses de gestação. Cerca de 57,2% das entrevistadas tinham como formação escolar o ensino fundamental, destas 68,8% não concluíram o curso. A renda familiar de 73,97 pacientes não excedia dois salários mínimos. E 37,67% destas mulheres tinham relato de abortamento, prematuridade ou natimorto nas gestações anteriores. **Conclusão:** Sabe-se que o hábito de fumar varia de acordo com gênero, idade, aspectos socioculturais e sociogeográficos. Dentre os fatores de risco quanto ao hábito de fumar no início da gestação, estudos mostram que idade inferior a 25 anos, o nível sócio-econômico baixo (escolaridade, renda, aglomeração doméstica), a ausência do companheiro e o hábito de fumar dos pais das gestantes e do companheiro (quando presente) prevaleceram dentre as maiores taxas. Estes mesmos fatores de risco, juntamente com a longa duração, a maior intensidade e a idade precoce de início do hábito seriam fatores prognósticos que dificultariam seu abandono durante a gestação. Mulheres com maior paridade e baixa escolaridade têm maior probabilidade de ser fumante. Um fator que provavelmente influenciou nessa diferença na amostra foi que o hospital onde essas gestantes foram interrogadas são públicos, imprimindo geralmente características sociais de um grupo: mulheres com baixa escolaridade e pouca renda familiar. Ao avaliar a renda da família, pesquisas demonstram probabilidades maiores de abandono do hábito de fumar quando parturientes com renda familiar mensal de 6-10 salários mínimos eram comparadas com as de renda menor ou igual a um salário. Encontra-se uma associação negativa entre o nível socioeconômico e a continuação do hábito de fumar durante a gravidez.

PO525 GESTANTE – CARACTERÍSTICAS TABÁGICAS

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ; BLANCARD SANTOS TORRES; ESDRAS XAVIER PEREIRA; PATRÍCIA CHAGAS PESSÔA DE MELLO MORAIS
UFPE, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CARACTERÍSTICAS; GESTANTES

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo é considerado a maior causa evitável isolada de morbi-mortalidade do mundo atual. O tabagismo durante a gestação tem implicações que vão além dos prejuízos à saúde materna, sendo responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais. Estima-se que o tabagismo entre gestantes brasileiras compromete milhares de vidas e consome milhões de reais que poderiam estar sendo empregados, por exemplo, na melhoria da atenção pré-natal e no controle da mortalidade infantil. O fumo voluntário ou involuntário está associado com placenta prévia, rotura prematura das membranas, nascimento pré-termo, baixos peso e estatura ao nascer, mortalidade perinatal, síndrome da morte súbita na infância, além de distúrbios de comportamento e redução do desenvolvimento físico e mental. **Objetivos:** Verificar as características do tabagismo num grupo de gestantes, como quantidade de cigarros, tempo de fumo, e avaliar a escala de dependência. **Métodos:** Foram aplicados 201 questionários em gestantes, com média de idade de 25 anos, voluntárias, procedentes do Recife e cidades próximas (Vitória de Santo Antão, Gravatá) que se encontravam nos ambulatórios de pré-natal. **Resultados:** Encontramos num total de 201 mulheres entrevistadas, 67,7% eram fumantes e 88,8% fumavam até 20 cigarros por dia, 23,5% estavam fumando até há 5 anos, e 50,9% fumavam entre 6 e 20 anos; 29,5% fumavam o primeiro cigarro em até 5 minutos após acordar, 56,2% fumavam mesmo se estivessem doente, 53,8% tinham dificuldade de deixar de fumar em locais proibidos, e 33,9% achavam mais prazeroso o cigarro da manhã. Cerca de 67,5% não pararam de fumar quando engravidaram, 20,7% não pretendem parar de fumar. A faixa etária mais representativa encontrava-se dos 16 aos 25 anos, com freqüência maior nos sexto, sétimo, oitavo e nono meses de gestação. Cerca de 57,2% das entrevistadas tinham como formação escolar o ensino fundamental, destas 68,8% não concluíram. A renda familiar de 73,97 pacientes não excedia 2 salários mínimos. **Discussão:** No nosso estudo encontramos um alto percentual de fumantes, com acentuada dependência e que se recusam a parar de fumar apesar da gravidez. A capacitação e o treinamento de profissionais para o controle do tabagismo e a implementação de programas públicos e privados para apoio à cessação revelam-se eficazes na redução do tabagismo entre gestantes. A gestação e o pós-parto é um momento ímpar para promover a cessação do tabagismo. Mulheres com maior paridade e baixa escolaridade têm maior probabilidade de ser fumante. Um fator que provavelmente influenciou nessa diferença na amostra foi que o hospital onde essas gestantes foram interrogadas são públicos, imprimindo geralmente características sociais de um grupo: mulheres com baixa escolaridade e pouca renda familiar. Ao avaliar a renda da família, pesquisas demonstram probabilidades maiores de abandono do hábito de fumar quando parturientes com renda familiar mensal de 6-10 salários mínimos eram comparadas com as de renda menor ou igual a um salário. Encontra-se uma associação negativa entre o nível socioeconômico e a continuação do hábito de fumar durante a gravidez.

PO526 DERRAME PLEURAL NA ARTRITE REUMATÓIDE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM TUBERCULOSE

ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[1]; MÁRCIA SEISCENTO[2]; SIDNEY BOMBARDA[3]; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO[4]; LEILA ANTONANGELO[5]; ROBERTO ONISHI[6]; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA[7]; FRANCISCO SUSO VARGAS[8]
1,2,3,4,6,7,8.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - INCOR - HC -FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 5.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - INCOR - DISCIPLINA DE PATOLOGIA CLÍNICA HC -FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; ARTRITE REUMATOIDE; TUBERCULOSE

Introdução: Artrite Reumatóide (AR) é uma doença sistêmica, que atinge vários órgãos, inclusive o pulmão, dentre as manifestações pulmonares, o derrame pleural é uma delas, com incidência variando entre 0,6 a 3,4%. Na maioria dos casos o derrame é pequeno, assintomático e com pouca repercussão clínica. **Objetivo:** Descrever um caso de derrame pleural com AR e o diagnóstico diferencial com tuberculose. Método: Análise retrospectiva de prontuário médico **Relato de Caso:** Mulher de 39 anos, com diagnóstico recente de AR (fator reumatóide de 70,0 UI/mL e auto anticorpos anti-DNA nativo, anti-SM, anti-RNP/SM e anti-SCL 70 negativos) em tratamento com, colchicina, corticóide oral e anti-inflamatório não hormonal. Iniciou com quadro de dor torácica e dispnéia e após 8 semanas foi diagnosticado derrame pleural direito acometendo 50% do hemitórax. Realizado toracocentese que evidenciou tratar-se de um derrame exsudativo ricamente protéico (6,0 g/dL), com níveis pleurais de DHL de 342 U/L, adenosina deaminase (ADA) de 86 U/L, citologia quantitativa com: neutrófilos 10%, linfócitos 76%, macrófagos 64% e células mesoteliais 1%, apresentando freqüente sombras nucleares. A citologia oncótica foi negativa. As pesquisas e culturas para BAAR no líquido pleural foram negativas e Teste tuberculínico apresentou nódulo de 30 mm com vesiculação. A histologia do fragmento pleural demonstrou uma pleurite crônica inespecífica, com Ziehl- Neelsen negativo. Neste caso, embora o quadro clínico e citológico sugerissem AR, impunha-se o diagnóstico diferencial com tuberculose. Por este motivo, foi realizada a dosagem de interferon gama no líquido pleural com níveis indetectáveis. Otimizado terapia com corticóide oral, ocorrendo à resolução do derrame. **Conclusão:** Este relato demonstra que o diagnóstico diferencial do derrame pleural na AR é uma combinação da história clínica, idade e análise do líquido pleural. A biópsia pleural não é recomendada, por que o aspecto mais encontrado é um espessamento dos folhetos visceral e parietal inespecíficos, e apenas raramente evidencia-se granulomas. Embora a dosagem do interferon gama seja mais onerosa que a ADA, em algumas situações, sua realização é imprescindível, porque apesar de estar aumentada na tuberculose, seus níveis não se alteram no derrame de origem reumatológica.

Apoio: FAPESP

PO527 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA POR SÍNDROME HEMORRÁGICA FEBRIL: PRIMEIRO CASO DE FEBRE AMARELA AUTÓCTONE EM SÃO PAULO DESDE 1937

RAIMUNDO JENNER PARAISO PESSOA JUNIOR; ROBERTA PULCHERI RAMOS; LILIAN TIEMI KURANISHI; DANIELE MENEZES TORRES; ERIKA CRISTINE TREPTOW; RIMARCS GOMES FERREIRA; PAULO CÉSAR BASTOS VIEIRA; MILTON RODRIGUES JUNIOR
UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FEBRE HEMORRÀGICA; SARA; FEBRE AMARELA

Introdução: A febre amarela é uma doença viral aguda endêmica em diversas regiões do Brasil. Acomete, essencialmente, pessoas não vacinadas que entram em contato com áreas silvestres e caracteriza-se por sintomas virais inespecíficos. A resposta do organismo é variável, podendo-se apresentar de maneira oligossintomática, o que impede o diagnóstico correto na maioria das vezes. Cerca de 10% evoluem com piora clínica importante sendo tais casos de alta letalidade. **Objetivo:** Descrever o primeiro caso de febre amarela autóctone de São Paulo desde 1937.**Material e Métodos:** Análise retrospectiva de prontuário. **Resultados:** Paciente de 49 anos, natural e procedente de São Paulo, sem história de viagens recentes, apresentou-se com história de 6 dias de febre, mal-estar, dores pelo corpo e tosse seca. Ao exame da entrada, apresentava-se eupneico, hidratado, com ausculta pulmonar normal, sem lesões de pele. Radiografia de tórax evidenciava opacidades irregulares bilaterais. Em poucas horas houve piora clínica importante, com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. A radiografia de tórax, neste momento, mostrava opacidade pulmonar difusa bilateralmente. Houve pouca resposta ao suporte ventilatório inicial, sendo realizadas manobras de recrutamento alveolar e prona. Entretanto, paciente evoluiu com falência de outros órgãos, progredindo rapidamente para o falecimento 48 horas após a entrada. A necropsia evidenciou síndrome hemorrágica difusa, com hemorragia de diversos órgãos internos, incluindo pulmões, fígado e sistema nervoso central. O estudo imunohistoquímico de espécime hepático foi diagnóstico de febre amarela. **Conclusão:** Uma grande faixa do território brasileiro é considerada endêmica para a febre amarela silvestre, entretanto desde 1942 não há registros de casos de febre amarela urbana no Brasil. Apesar da maioria dos casos não apresentarem evolução fatal, consideramos tal caso de relevância epidemiológica para o nosso país, cumprindo papel na avaliação e rediscussão da cobertura vacinal desta entidade.

PO528 SÍNDROME DAS UNHAS AMARELAS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUBERCULOSE PULMONAR

ROBERTINA PINHEIRO ROBERTO BARROS; JOÃO PAULO NUNES MAGALHÃES DE OLIVEIRA; RAIMUNDO LEITE DE ARAÚJO LIMA NETO
FMJ, JUAZEIRO DO NORTE, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; SINDROME DAS UNHAS AMARELAS; INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO

Paciente de 36 anos de idade, natural e procedente de Aurora-CE, professora do ensino fundamental, procura consultório médico com relatos de infecções respiratórios de repetição nos últimos 3 anos, um tratamento para Tuberculose pulmonar, mas as pesquisas de BAAR no escarro foram negativas, 2 anos atrás. Relatava ainda ocasionais edema de membros inferiores e sintomas compatíveis com rinossinusites de repetição. Na ocasião da consulta a paciente queixava-se de tosse produtiva de secreção amarela e espessa, picos febris, dores torácicas e questionava sobre a possibilidade do retorno da tuberculose. A paciente não tinha passado de tabagismo e nem possuía HAS, DM, dislipidemias. No exame físico apresentava unhas das mãos distróficas, algumas deslocadas do leito ungueal e de coloração amarelas; havia aumento do diametro ântero-posterior do tórax e a ausculta respiratórios com roncos e sibilos disseminados em AHT; RCR 2T s/ sopros e PA 120 x 80 mmHg, FC 100bpm. A Pesquisa de BAAR e a cultura para micobactérias foram negativas, a cultura do escarro foi positiva para estreptoccocos pneumonia; a TC de tórax mostrava bronquiectasias de bases e segmento médio do pulmão direito; o Rx dos seios da face com velamento parcial dos seios maxilares; ureia e creatinina normais e hemograma c/ Hb de 12.30 e leucograma de 12000 c/ 81% de segmentados com restante do diferencial normal. O estudo micológico das unhas foi negativo e o FAN, ANCA, mucoproteinas e PCR dentro da normalidade. Foi iniciado levofloxacino para o quadro infeccioso e orientado a paciente sobre o diagnóstico da Síndrome das Unhas amarelas.

PO529 CORPO ESTRANHO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMONIA DE RESOLUÇÃO LENTA

ROBERTINA PINHEIRO ROBERTO BARROS[1]; RODRIGO DE ARAÚJO ROBERTO[2]; JOÃO PAULO NUNES MAGALHÃES DE OLIVEIRA[3]; RAIMUNDO LEITE DE ARAÚJO LIMA NETO[4]
1,2.UFC-CAMPUS BARBALHA, BARBALHA, CE, BRASIL; 3,4.FMJ, JUAZEIRO DO NORTE, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; CORPO ESTRANHO ENDOBRONQUICO; PNEUMONIA RESOLUÇÃO LENTA

PACIENTE DE 68 ANOS, NATURAL E PROCEDENTE DE IGUATU-CE, PORTADORA DE DPOC DIAGNOSTICADA HÁ 2 ANOS, HIPERTENSA DIAGNÓSTICA HÁ 6 ANOS. A PACIENTE PROCURA CONSULTÓRIO POR UM QUADRO DE TOSSE PERSISTENTE COM POUCA EXPECTORAÇÃO E AUMENTO DA DISPNÉIA HAVIAM 15 DIAS APÓS UM ENGASGO DURANTE O JANTAR. NO MOMENTO DO ENGASGO A PACIENTE RELATA QUE HOUVE IMPORTANTE ACESSO DE TOSSE SEGUIDO DE DISPNÉIA E CIANOSE DE EXTREMIDADES. AO PROCURAR AVALIAÇÃO MÉDICA FOI INTERNADA POR 8 DIAS COM O DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIA E TRATADA COM LEVOFLOXACINO. O RX DE TÓRAX MOSTRAVA CONSOLIDAÇÃO 1/3 MÉDIO DIREITO. NÃO HOUVE MELHORA RADIOLÓGICA OU CLÍNICA COM O ANTIBIÓTICO PRESCRITO. NO EXAME FÍSICO HAVIA CREPITAÇÕES DE BASE DIREITA NA REGIÃO ANTERIOR. FOI REALIZADO UMA TC DE TÓRAX QUE REVELOU ATELECTASIA DO LOBO MÉDIO. FOI PROGRAMADO UMA BRONCOSCOPIA QUE REVELOU A PRESENÇA DE CORPO ESTRANHO NO BRÔNQUICO PARA O LOBO MÉDIO (UM GRÃO DE FEIJÃO). O CORPO ESTRANHO FOI RETIRADO E FOI PRESCRITO CLINDAMICINA 3VEZES AO DIA E FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA COM REGRESSÃO DO QUADRO CLÍNICO-RADIOLÓGICO.

PO530 DOSES REDUZIDAS DE RIFAMPICINA, ISONIAZIDA E PIRAZINAMIDA: HEPATOTOXICIDADE E EFETIVIDADE

ROBERTO LUIZ TARGA FERREIRA; PEDRO DORNELLES PICON; SERGIO LUIZ BASSANESI; GISELA UNIS; CESAR AUGUSTO ESPINA; CLAUDIA FONTOURA DIAS; CARLOS FERNANDO RIZZON; CARLA ADRIANE JARCZEWSKI
HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON/SES/RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: RHZ DOSES; HEPATITE; EFETIVIDADE

Introdução: O esquema RHZ (rifampicina, isoniazida e pirazinamida) pode provocar lesão hepática. A dose elevada dos fármacos é reconhecida como fator de risco para esse efeito adverso. Contribuindo para isso estão as formulações disponíveis no Brasil que levam a uma utilização de doses maiores de H do que a internacionalmente recomendada (5mg/kg – máximo de 300 mg/dia). **Objetivo:** Verificar se doses menores de RHZ estão associadas com menores taxas de hepatotoxicidade e se resultam na mesma taxa de cura e de recidiva da Tuberculose (TB) do que doses mais altas. **Método:** Amostra consecutiva de 2.500 pacientes com TB, Virgens de Tratamento, tratados com RHZ numa Unidade de Porto Alegre, de 1989 a 2006. Devido às variações de peso corporal, os pacientes receberam diferentes doses de RHZ. Variáveis estudadas: doses por kg de peso e modo de uso dos fármacos, presença de hepatotoxicidade, resultado do tratamento e recidiva da TB. Na análise, os pacientes foram separados em três grupos quanto à dose de H: grupo 1: £ 5 mg/kg; grupo 2: de 5 a 6,5 mg/kg; grupo 3: >6,5 mg/kg. Na avaliação da hepatoxicidade consideraram-se todos os 2.500 pacientes. Na avaliação dos resultados do tratamento consideraram-se apenas os 1.204 pacientes com TB confirmada (baciloscopia e/ou cultura), que usaram a medicação regularmente, sem troca de esquema por toxicidade. Para análise dos dados foi utilizado o teste Qui-Quadrado para Tendências. 14,2□.**Resultados:** 61,4% eram homens e 67,7% brancos, com idade de 36,6 anos. O diagnóstico foi comprovado em 73,6% dos pacientes. Dentre os testados para anti-HIV (n=1.745), 17,8% eram HIV+. Fizeram uso regular do RHZ 68,8% dos pacientes. Ocorreram 89 hepatotoxicidades (3,6%). As taxas de hepatotoxicidades nos pacientes dos grupos 1 (n=126), 2 (n= 1.073) e 3 (n= 1.301) foram 0,8, 3,0 e 4,3% respectivamente (p=0,016). As taxas de cura foram semelhantes nos três grupos respectivamente, 96,5, 92,7 e 92,6% (p=0,489). As taxas de recidiva também foram semelhantes (2,0, 3,3 e 3,5%, respectivamente) (p=0,662). Conclusões: Os grupos são suficientemente grandes e homogêneos para que os dados possam ser examinados e para que se possa chegar a conclusões preliminares que poderão ser testadas em outros estudos especialmente planejados para esse fim. Observou-se tendência de aumento das taxas de hepatoxicidade na medida que foram utilizadas doses maiores de H. Não se observou diferença nas taxas de cura e de recidivas entre os três grupos analisados. É desejável que novas formulações sejam disponibilizadas nos serviços de saúde para facilitar o ajuste das doses dos fármacos ao peso dos pacientes

PO531 BACILOSCOPIA POSITIVA DO ESCARRO EM PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR ESCAVADA

ROBERTO LUIZ TARGA FERREIRA; PEDRO DORNELLES PICON; SERGIO LUIZ BASSANESI; GISELA UNIS; CESAR AUGUSTO ESPINA; CLAUDIA FONTOURA DIAS; CARLOS FERNANDO RIZZON; CARLA ADRIANE JARCZEWSKI
HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON/SES/RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BAAR POSITIVO; RAIO X TÓRAX; CAVIDADE

Introdução: Tuberculose é uma causa freqüente de lesões pulmonares escavadas no RX simples de tórax. Quando a pesquisa de BAAR é negativa há a necessidade de investigar outras possibilidades diagnósticas, antes de iniciar tratamento de prova. Objetivo: Verificar, em casos de TB pulmonar confirmados por baciloscopia ou por critérios clínicos (resposta ao tratamento de prova), a prevalência de baciloscopia positiva segundo a presença ou não de lesões escavadas. **Método:** Estudo transversal. Foi examinada uma amostra consecutiva de 1.049 pacientes com TB pulmonar confirmada por baciloscopia ou por critérios clínicos atendidos em uma Unidade de Tuberculose de Porto Alegre no período de 1989 a 1994. Foram comparados os resultados das baciloscopias segundo a presença ou não de cavidades na radiografia de tórax. Os resultados da baciloscopia foram coletados dos prontuários. As radiografias foram revisadas por um dos pneumologistas autores deste estudo. Os pacientes foram reunidos em três grupos: Grupo 1: com lesões escavadas (n=664); Grupo 2: com lesões suspeitas de escavação (n=189) e Grupo 3: sem lesões escavadas (n=196). **Resultados:** A prevalência de baciloscopia positiva para BAAR nos Grupos 1, 2 e 3 foi de 97,4%, 93,1% e 45,4% respectivamente. Nestes grupos, não foi possível fazer a baciloscopia por falta de escarro em 0,2%, 1,1% e 16,8%, respectivamente. Do total de pacientes, apenas 13,1% eram casos de tratamento sem confirmação baciloscópica. No Grupo 1, essa proporção foi de 2,6%. **Discussão:** Este estudo confirma achados já descritos na literatura de que a grande maioria dos pacientes com lesões tuberculosas escavadas no RX simples de tórax apresenta baciloscopia positiva no exame direto do escarro. Isto significa que poucos casos de TB com lesões escavadas precisaram submeter-se a tratamento de prova. Os casos do Grupo 2 tiveram um comportamento, quanto à baciloscopia, semelhante ao Grupo 1, de modo

que apenas 6,9% realizaram tratamento de prova. **Considerações finais:** Os achados deste estudo reforçam a recomendação que não se deve iniciar tratamento de prova em pacientes com lesões pulmonares escavadas e com baciloscopia negativa antes de se esgotar a investigação em busca de outras possibilidades diagnósticas. Esta recomendação pode ser estendida aos casos em que se suspeita de existir lesão escavada no RX de tórax.

PO532 GESTÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE – PNEUMOLOGIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

ROBERTO LUIZ TARGA FERREIRA; SANDRA REJANE SOARES FERREIRA
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PROGRAMA DE CONTROLE; ATENÇÃO PRIMÀRIA EM SAÚDE; PNEUMOLOGIA

Introdução: A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública que vem crescendo no RS e em algumas áreas do Brasil. O coeficiente médio de incidência de TB no Brasil é 46 casos por 100.000 hab. Em P. Alegre é de 100 / 100.000 hab. O Serviço de Pneumologia (SP) e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Hospital N. S. Conceição (HNSC), com apoio da SMS de Porto Alegre, iniciou em 2002 a descentralização do atendimento da TB. O SSC é responsável pela atenção à saúde de 108.565 habitantes. Após capacitação, 04 Unidades de Saúde (US) do SSC implantaram ações de rastreamento, diagnóstico, tratamento de primeira linha e acompanhamento dos pacientes com TB. Em setembro de 2007, implantou-se o Programa nas outras 08 US já que a TB foi considerada problema prioritário para o SSC e houve sucesso da experiência inicial. **Objetivos**: Relatar a experiência da gestão compartilhada do cuidado de pessoas com TB realizada pelo SP e pelo SSC e, relatar a contribuição do Pneumologista na educação permanente, apoio matricial, supervisão, monitoramento e avaliação do trabalho das equipes de APS no controle da TB. **Métodos**: As estratégias utilizadas para implantação do Programa Descentralizado de Controle foram: a) reunião dos 02 serviços para definir atribuições, responsabilidades, rotinas e fluxos; b) sensibilização das equipes; c) construção conjunta de uma diretriz assistencial voltada para a realidade da APS; d) definição de indicadores para monitoramento e avaliação; e) implantação de educação permanente através da discussão mensal de casos, da discussão de casos por telefone e de atualização anual; e) implantação de sistema de registro e acompanhamento dos casos; f) supervisão direta do médico pneumologista e de enfermeira do SSC nas US; g) disponibilização de material didático, medicamentos e insumos; h) orientação para os usuários do serviço de saúde; i) avaliação sistemática com as equipes. **Resultados:** A gestão entre os dois serviços permitiu construir fluxos, rotinas de referência/contra-referência e diretrizes assistenciais, levando em consideração a realidade da APS, a estrutura organizacional dos serviços e a inserção destes na realidade municipal. O trabalho integrado entre a Pneumologia e o Programa de TB na APS tem sido fundamental para a educação permanente. Foram realizados 28 encontros de discussão de casos com duração de 01 hora. Desde 2005 realizaram-se quatro atualizações em TB para as equipes. A supervisão direta foi implantada em março de 2008. Inicia-se com a discussão das metas e indicadores da equipe e discutem-se os casos em acompanhamento na US, revisam-se prontuários e registros do Programa (livros verde e preto). **Conclusão:** É possível que equipes de APS cuidem desse problema de saúde pública com implementação de uma diretriz assistencial, de educação permanente, de apoio matricial e de supervisão continuada. A descentralização do cuidado de pessoas com TB para a APS requer também ações persistentes de vigilância, monitoramento e avaliação.

PO533 MUCORMICOSE PULMOAR EM PACIENTE COM DIABETES MELLITUS SECUDÁRIO À PACREATITE CRÔNICA

RODRIGO LUÍS BARBOSA LIMA; LUIZ EDUARDO MENDES CAMPOS; GEDIEL CORDEIRO JÚNIOR; AUGUSTO GONÇALVES ARAÚJO; GUILHERME CARDOSO PARREIRAS; MUNIRA MARTINS OLIVEIRA; RONALDO MARCOS OLIVEIRA; RAMAO TAVARES NETO
HJK, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MUCORMICOSE PULMONAR; DIABETES MELLITUS; APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Introdução: A mucormicose pulmonar é uma doença oportunística fúngica com poucos casos descritos na literatura médica. O diagnóstico correto é de suma importância devido à alta letalidade sem o tratamento correto. A maioria dos pacientes acometidos apresentam algum tipo de imunossupressão. As manifestações clínicas são inespecíficas apresentando na maioria dos casos descritos evolução aguda. **Objetivo:** Relatar um caso de Mucormicose Pulmonar com apresentação clínica atípica. **Métodos:** Paciente AG, 44anos, melanoderma, tabagista 30 anos/maço portador de Diabetes Mellitus secundário a Pancreatite Crônica e Cardiomiopatia Alcoólica . Admitido no serviço de urgência do HJK com quadro de dor abdominal de forte intensidade. Durante propedêutica do quadro álgico, RX tórax demonstrou imagem cavitada com nível hidroaéreo em LID com suspeita diagnóstica inicial de abscesso pulmonar. Tratamento inicial com antibiótico não apresentou melhora clínica ou radiológica. TC abdominal e exames laboratoriais revelaram Pancreatite Crônica agudizada. TC tórax: imagem escavada LID com sinais de disseminação regional e para o lobo superior contra lateral. Submetido a fibrobroncoscopia com demonstração de estruturas fúngicas típicas de Mucormicose na histopatologia da biópsia transbrônquica. **Discussão:** O achado ocasional da mucormicose pulmonar é pouco descrito na literatura. O quadro clínico mais comum é de uma doença aguda progressiva com febre, tosse, dor torácica, dispnéia e hemoptise. Revisão de casos descritos mostra que a maioria dos pacientes são homens com idade média de 44 anos. Os principais fatores predisponentes citados são DM (56%), Cetoacidose Diabética (20% dos Diabéticos) e Neoplasias Hematológicas (32%). Os achados radiográficos mais freqüentes são infiltrado, cavitação e consolidação pulmonar predominando em lobos superiores. A confirmação diagnóstica se dá por análise histológica obtida por fibrobroncoscopia ou biópsia pulmonar a céu aberto. Uma característica peculiar da Mucormicose em relação às outras micoses pulmonares é a propensão à invasão dos vasos hilares. Os relatos descritos com a maior taxa de cura foram obtidos com a combinação de uso de Anfotericina B e ressecção cirúrgica da área acometida. **Conclusão:** A Mucormicose é uma doença pulmonar incomum, entretanto, devido ao número crescente de pacientes imunossuprimidos, cada vez mais casos estão sendo descritos. A suspeita diagnóstica deve ser sempre considerada nas populações de risco devido à alta letalidade sem o tratamento recomendado.

PO534 PARACOCCIDIODOMICOSE PULMONAR COM APRESENTAÇÃO CLÍNICO- RADIOLÓGICA ATÍPICA: RELATO DE CASO

RODRIGO LUÍS BARBOSA LIMA; LUIZ EDUARDO MENDES CAMPOS; GEDIEL CORDEIRO JÚNIOR; GUILHERME CARDOSO PARREIRAS; AUGUSTO GONÇALVES ARAÚJO; OLAVO DIAS JÚNIOR; MUNIRA MARTINS OLIVEIRA
HOSPITAL JULIA KUBTSCHECK, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PARACOCCIDIOIDOMICOSE; IMAGEM; ATÍPICA

Introdução: A Paracoccidiodomicose (PCM) é uma doença granulomatosa sistêmica de caráter crônico ou subagudo, causada pelo fungo dimórfico Paracoccidiodes brasiliensis .Acomete indivíduos expostos principalmente em areas endêmicas. A maioria dos pacientes tem idade entre 30 e 50 anos. A proporção homem/mulher descrita é de aproximadamente 13:1. A forma crônica da PCM representa mais de 90% dos casos.Acomete em sua maioria adultos masculinos e fumantes. **Objetivo:** Relatar um caso de PCM com apresentação radiológica atípica. **Metodologia:** Revisão de prontuário e exames radiológicos.. **Descrição:** Paciente APM, masculino, 64 anos, procedente de Teófilo Otoni-MG. Iniciou há 6 meses quadro de tosse com expectoração mucóide associada a hemoptóicos e dispnéia progressiva até grau III. Emagreceu 4 Kg no período. Febre vespertina recente. Ao exame não apresentava linfonodomegalias palpáveis e ausculta respiratória evidenciou murmúrio reduzido com crepitações em base E. Negava tabagismo, ex-etilista. Trabalhou em área rural há mais de 40 anos. Ao RX de tórax observou-se consolidaçõa paracardíaca `a E, achado este ratificado na TC de tórax onde também se evidenciou discreto derrame pleural e pequenos linfonodos calcificados no mediastino. À fibrobroncoscopia evidenciou-se bronquite em óstio de LIE e o BAL identificou estruturas fúngicas sugestivas de Paracoccidioides sp que foi confirmado em posteriores exames de escarro. Evoluiu com boa resposta clínico-radiológica ao tratamento instituído com cetoconazol. **Discussão:** O encontro de PCM tendo como única manifestação radiológica a presença de consolidação em lobos inferiores é pouco descrito na literatura. Estudo publicado por Souza e cols. avaliando a freqüência de achados tomográficos de 77 pacientes com PCM não tratados mostrou: areas de atenuação em vidro fosco (58,4%), pequenos nódulos centro-lobulares (45,5%), nódulos cavitados (42,9%), grandes nódulos (41,6%), bandas parenquimatosas (33,8%), áreas de enfisema cicatricial (33,8%), espessamento septal interlobular (31,2%) e distorção da arquitetura (29,9%). A maioria dos achados foram periféricos (53%) e posteriores (88%) envolvendo todos os campos pulmonares com discreta predominância nos campos médios. A doença localizada é incomum. Quando ocorre, geralmente acomete as partes superiores e nos faz pensar em

doença inicial. O caráter não-fumante do paciente confere ainda mais atipia ao caso clínico. **Conclusão:** A PCM, assim como a tuberculose, é uma doença infecciosa, granulomatosa e crônica. Porém, por ter incidência bem menor que a tuberculose, faz com que apresentações atípicas sejam menos comuns. Devido ao caráter endêmico da PCM em nosso meio, devemos sempre estar atentos à esta possibilidade diagnóstica mesmo em casos com apresentação não-usual. A busca de agentes etiológicos deve sempre ser empreendida principalmente em casos com pesquisas de BAAR negativas.

PO535 TUMOR CARCINÓIDE PULMONAR

CEZAR AUGUSTO DOS SANTOS; RODRIGO MIQUELANTI MELO; MARIANA CECCONI; OTAVIO AUGUSTO DOS SANTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLANDIA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CARCINÓIDE PULMONAR; CÂNCER DE PULMÃO; NEOPLASIA BRÔNQUICA

Introdução: Carcinóides são tumores raros, que se originam de células neuroendócrinas presentes na mucosa brônquica normal. Representam 1% a 2% das neoplasias pulmonares. São classificados em típicos e atípicos, conforme histopatologia. Os tumores típicos representam cerca de 90% destas neoplasias, são mais comuns em mulheres e a idade de apresentação é em torno de 49 anos. Os atípicos, entretanto parecem ser mais freqüentes em homens, com maior incidência ao redor dos dez anos e estão relacionados ao tabagismo. Essas neoplasias raramente cursam com síndrome carcinóide ao diagnóstico, sendo muitas vezes assintomáticas. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente com tumor carcinóide tratado cirurgicamente com preservação do parênquima, assim como apresentar revisão da literatura sobre o assunto. **Métodos:** Foi pesquisada base de dados PUBMED, sendo encontrados 233 artigos de revisão sendo selecionados os relevantes para correlação com o caso descrito. **Resultados**: Paciente masculino, 36 anos, apresentando tosse, dispnéia e dor torácica em tratamento para bronquite sem melhora clínica significativa. Após episódio de derrame pleural e atelectasia completa do pulmão esquerdo foi submetida à drenagem pleural e por falta de expansão pulmonar foi encaminhado a este serviço. Iniciando investigação complementar evidenciou-se a presença de uma lesão violácea, lisa, oval, obstruindo o brônquio principal esquerdo. Pela macroscopia típica de tumor carcinóide foi optado pela não realização de biópsia. Foi submetido à toracotomia anterolateral esquerda com broncotomia e broncoplastia. A lesão ressecada originava-se da carina interlobar. Recebeu alta hospitalar precocemente sem intercorrências. O acompanhamento pós-operatório em 30 dias demonstrou RX de tórax sem alterações e completa reexpansão pulmonar. Anatomopatológico: Tumor carcinóide típico. **Discussão:** Os tumores carcinóides são neoplasias de crescimento lento e quadro clínico inespecífico levando a atrasos diagnósticos que podem comprometer a conduta posteriormente. Sintomas ocorrem mais precocemente em lesões com acometimento brônquico provocando dispnéia, tosse, escarros hemoptóicos, infecções de repetição e atelectasias. O tratamento de escolha é a ressecção, o mais econômica, sempre que possível, visando não comprometer a margem cirúrgica. O prognóstico é bom, alcançando sobrevidas de 60% e 90% em 5 anos para tumores atípicos e típicos respectivamente. Tratamento adjuvante se faz necessário em ressecções incompletas e tumores em estágio mais avançado. **Conclusão:** Por isso, conclui-se a importância desta patologia no diagnóstico diferencial de sintomas respiratórios inespecíficos, uma vez que o tratamento precoce imprime importante melhora na qualidade de vida do paciente, assim como, a prevenção de complicações.

PO536 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO RECIDIVANTE: HISTIOCITOSE X

CEZAR AUGUSTO DOS SANTOS[1]; RODRIGO MIQUELANTI MELO[2]; JOÃO ALMIRO FERREIRA FILHO[3]; CRISTIANE JACOMINI[4]; MAXWEL CAPSY BOGA RIBEIRO[5]; DANILO HIDEKI SUGITA[6]
1,3,4,5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLANDIA, MG, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO; HISTIOCITOSE PULMONARX; DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

Introdução: A histiocitose pulmonar de células de Langerhans é uma doença de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de lesões pulmonares granulomatosas e císticas, que em sua fase ativa contém várias células de Langerhans. É usualmente vista em pacientes na terceira ou quarta décadas de vida. O principal fator de risco conhecido é o tabagismo, havendo relação da doença com a carga tabágica. **Objetivo:** Relatar caso de paciente que apresentou dois episódios de pneumotórax espontâneo anterior ao diagnóstico histiocitose X e com isso chamar atenção para o risco de mais uma afecção pulmonar relacionada ao tabagismo. **Métodos:** Investigação clínica e de imagem de paciente com pneumotórax espontâneo. Descrição do caso segundo prontuário médico. **Resultados:** Paciente 19 anos apresentou pneumotórax espontâneo tratado com drenagem torácica, realizada em outro serviço, sem investigação diagnóstica. Encaminhado a este serviço com recidiva do pneumotórax, sessenta dias após episódio inicial. Tomografia de tórax confirmou a presença de infiltrado micronodular e lesões císticas de menos de 10 mm. Paciente submetido a videotoracoscopia e segmentectomia apical seguida de pleurodese química com talco. Anatomopatológico confirmou suspeita clínica de Histiocitose X. **Discussão:** A histiocitose pulmonar é caracterizada por inflamação dos bronquíolos e dos pequenos vasos sanguíneos dos pulmões. Este tipo de inflamação leva a uma rigidez (fibrose) e à destruição da parede dos alvéolos evoluindo com vários micronódulos e cistos. Evolui com freqüência com quadro de pneumotórax espontâneo de repetição. Dispnéia e tosse são os sintomas mais comuns da doença enquanto hemoptise, sudorese, febre e perda de peso podem estar presentes. Ainda não existe terapêutica definida nestes casos embora o uso de corticóide seja disseminado e obtenha boa resposta. No entanto a conduta primordial é o estímulo para que o paciente cesse o tabagismo, tanto por existir relatos de regressão da doença com a cessação de tal hábito quanto pelo aumento do risco de neoplasia maligna brônquica. **Conclusão:** o relato comprova a necessidade de investigação diagnóstica em pacientes com pneumotórax espontâneo recidivante. A histiocitose X é uma doença benigna, de tratamento clínico, com ótimo prognóstico desde que o tabagismo seja interrompido. Cirurgia é reservada para comprovação diagnóstica, tratamento de pneumotórax recidivante (pleurodese) e em casos raros quando é necessário transplante pulmonar.

PO537 EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD Y FUNCIONALIDAD DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR CON ALOINJERTOS DE ARTERIA PULMONAR LIOFILIZADA Y CRIOPRESERVADA

ROGELIO JASSO-VICTORIA; MIGUEL GAXIOLA-GAXIOLA; JAIME VILLALBA-CALOCA
INERICV, MEXICO, DF, MÉXICO

PALAVRAS-CHAVE: ARTERIA PULMONAR; LIOFILIZACION; CRIOPRESERVACION

La liofilización y la criopreservación son técnicas de preservación de tejidos que mantienen la arquitectura morfológica normal de los vasos sanguíneos de alta presión. En este estudio utilizando estas técnicas, se preservaron arterias pulmonares caninas y se utilizaron como aloinjertos de arteria pulmonar (AP) izquierda en 24 perros. El objetivo del trabajo fue evaluar la utilidad, cambios en la función cardiopulmonar, angiográficos, macroscópicos y microscópicos que se producen en la arteria pulmonar de perros, después ser reconstruida con aloinjertos de arteria pulmonar liofilizada o criopreservada. Material y métodos: En 24 perros se reconstruyó la arteria pulmonar izquierda. Los animales se dividieron en 3 grupos de estudio. Grupo I (n=6): Sección y reanastomosis de la AP izquierda. Grupo II (n=6): Resección de 1 cm de la AP izquierda y reconstrucción con aloinjerto de arteria pulmonar liofilizada (APL). Grupo III (n=6) Resección y reconstrucción de AP izquierda con aloinjerto de arteria pulmonar criopreservada (APC). Donadores (n=6). Los animales se evaluaron clínica, radiológica y ecográficamente. También se evaluaron sus constantes hemodinámicas y gasométricas previo a la cirugía y 4 semanas posteriores a esta. Al finalizar el estudio se llevo a cabo evaluación macroscópica y microscópicamente del estado del injerto y de la anastomosis vascular. Resultados. Todos los animales sobrevivieron al procedimiento quirúrgico y al tiempo de estudio establecido y no se observó ninguna alteración clínica, radiológica o gasométrica. Angiográficamente 2 animales mostraron obstrucción total del injerto. Hemodinámicamente las presiones sistémicas sistólica y diastólica, las presiones de la AP y la resistencias pulmonares del grupo III se incrementaron y mostraron cambios estadísticamente significativos (ANOVA $p<0.05$ y Tukey $p<0.05$) con respecto a los otros grupos de estudio. Microscópicamente en el grupo III existió proliferación de la íntima y de la colágena, así como una moderada inflamación. **Conclusión:** La liofilización de la AP es mejor opción de preservación que la criopreservación y puede utilizarse exitosamente como injertos de la AP, obteniéndose adecuada integración y cicatrización.

PO538 PNEUMOPATIAS EM PACIENTES COM HIV/AIDS: ESTUDO DE 118 CASOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

ROSEMERI MAURICI DA SILVA; NATHALIA TAVARES GOMES
UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, TUBARÃO, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIV; AIDS; DOENÇAS PULMONARES

Introdução: As complicações infecciosas e neoplásicas são as causas mais importantes de morbimortalidade em pacientes infectados com o HIV. Grande número apresenta-se como doenças pulmonares, as quais acarretam grande impacto na sobrevida e na qualidade de vida destes pacientes. Estima-se que, em 65% dos pacientes infectados pelo HIV, o acometimento pulmonar seja a primeira manifestação clínica da síndrome, e que cerca de 80% desses indivíduos tenham alguma manifestação pulmonar no curso de sua doença. **Objetivos:** Descrever os aspectos clínicos, epidemiológicos e as técnicas utilizadas no diagnóstico de pneumopatias em pacientes portadores de HIV/Adis em um Hospital de Referência. **Métodos:** Foram avaliados os prontuários de pacientes acima de 14 anos admitidos no Hospital Nereu Ramos – Florianópolis – SC, no período de 2000 a 2003, com diagnóstico de pneumopatia e portadores de HIV/Aids. **Resultados:** Foram avaliados 118 indivíduos, com média de idade de 37,6 anos, a maioria do gênero masculino (78%) e caucasianos (89%).Foi verificada uma grande associação entre sinais e sintomas, onde isoladamente, os mais comuns foram febre (66,1%), tosse produtiva (64,4%) e dispnéia (54,2%). As técnicas diagnósticas mais utilizadas foram análise de escarro (61%), lavado broncoalveolar (54,2%) e biópsia pulmonar transbrônquica (22,9%). Os diagnósticos mais encontrados foram pneumocistose (25,4%), tuberculose (24,6%) e pneumonia bacteriana (21,2%). Em 8,5% dos casos não foi alcançado um diagnóstico etiológico. A média de células TCD4+ foi de 179 células/mm3, e não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as contagens de células TCD4+ e os diagnósticos etiológicos específicos (p>0,05). Em 16,1% casos que foi necessário o encaminhamento para a UTI. Dos casos analisados, 33,9% tiveram êxito letal, sendo 81,6% destes conseqüência direta da pneumopatia. **Conclusão:** Os casos estudados foram de adultos jovens, com um predomínio do gênero masculino e caucasianos, onde os diagnósticos mais comuns foram pneumocistose, tuberculose e pneumonia bacteriana.

PO539 QUALIDADE DE AMOSTRAS DE ESCARRO: ANÁLISE COMPARATIVA DA TÉCNICA DE GRAM E DA CONTAGEM DIFERENCIAL DE CÉLULAS

ROSEMERI MAURICI DA SILVA[1]; RAIDA AHMAD HUSSEIN[2]; MARIA LUIZA BAZZO[3]; MARIANA CHAGAS[4]
1,2.UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, TUBARÃO, SC, BRASIL; 3,4.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CELULARIDADE; ESCARRO; GRAM

Introdução: O escarro é o material expectorado, proveniente do trato respiratório inferior, usualmente trazido pela tosse e eliminado pela boca. Ao transitar pela orofaringe e boca, entretanto, ele se mistura com secreções desses locais e também com os que são aspirados da nasofaringe. A contaminação do escarro representa um fator de significativa relevância no resultado dos achados microbiológicos referentes a este tipo de exame, por isso reduzir essa contaminação torna-se necessário. **Objetivo:** Estimar o grau de concordância entre a técnica de Gram e a contagem diferencial de células na avaliação da qualidade de amostras de escarro. **Metodologia:** Realizou-se um estudo prospectivo com delineamento transversal. Cada amostra foi avaliada pela técnica de Gram e pela contagem diferencial de células. Foi classificada como de boa qualidade a amostra que apresentasse uma viabilidade celular maior que 40% e menos de 20% de células epiteliais, e pelo método de Gram as amostras com menor número de células epiteliais e maior número de leucócitos. **Resultados:** Avaliou-se consecutivamente 47 amostras de escarro. Através da contagem diferencial de células, 19 (40,4%) amostras foram de boa qualidade. A média de leucócitos absolutos foi de 1,69 x 106 células/ml, de células viáveis foi de 156,1 x 106 células/ml, e de células epiteliais foi de 55,3 x 106 células/ml. Quando comparado o número absoluto de leucócitos com o número absoluto de células viáveis, o coeficiente de correlação de Pearson foi de 0,755. A correlação do número absoluto de células viáveis e o número absoluto de células epiteliais, demonstrou um coeficiente de correlação de Pearson negativo (- 0,201). A qualidade das amostras de escarro avaliada pelo método de Gram demonstrou que 13 (27,7%) das amostras foram de boa qualidade. Não houve boa concordância quando comparados o método de Gram e o método de contagem diferencial de células (Kappa 0,35). **Conclusão:** A classificação das amostras de escarro em representativas ou não representativas das vias aéreas inferiores pela técnica de Gram, com os critérios aqui propostos e utilizados, não apresenta boa concordância com os resultados encontrados na contagem diferencial de células.

PO540 HIPOCRATISMO DIGITAL EM PACIENTES COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

ROSEMERI MAURICI DA SILVA; MARIA PIO FERREIRA
UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, TUBARÃO, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPOCRATISMO; FÍSTULA ARTERIOVENOSA; ÍNDICE DIGITAL

Introdução: A associação entre hipocratismo digital (HD) e doença subjacente é reconhecida desde a época de Hipócrates. Dentre os fatores que estão associadas ao HD, a fistula arteriovenosa (FAV) desperta significativo interesse, principalmente pelo fato de que nesses casos, usualmente a sua incidência ser unilateral. **Objetivos:** Descrever a prevalência de HD em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) e fistula arteriovenosa (FAV). Descrever as associações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais, e o HD. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal em pacientes nefropatas crônicos, maiores de 18 anos, submetidos à hemodiálise por FAV. Foram excluídos os indivíduos portadores de cardiopatia congênita, doença pulmonar obstrutiva crônica, e os que se recusaram a participar do estudo. Com a utilização de um paquímetro, foi mensurada a espessura da falange distal e da articulação interfalangeana distal do dedo indicador, e a razão entre elas foi chamado de índice digital. Valores maiores ou iguais a 1 foram considerados como critério diagnóstico de HD. Foram avaliadas as variáveis idade, gênero, grupo étnico, hábito tabágico, tempo de diálise, cálcio, fósforo, potássio, hematócrito, hemoglobina, clereance fracional de uréia (Kt/V), e paratormônio. Resultados: A maioria das participantes era do gênero masculino (46,7%), caucasianos (85,3%), não tabagistas (60,7%), em hemodiálise há mais de um ano (80,5%) com FAV localizada no membro superior esquerdo (MSE) (80%). A prevalência de HD foi de 30,3%. O gênero feminino apresentou uma prevalência de HD quase duas vezes maior comparada ao gênero masculino (RP= 1,97; IC 95%: 1,02- 3,78; p 0,036). O Kt/V baixo/normal (<1,2) apresentou-se como um fator de proteção para HD, sendo cerca de 80% menor quando comparado aos pacientes com Kt/V ideal/elevado (>1,2). (RP = 0,23; IC 95%: 0,06 – 0,89; p = 0,008). As demais variáveis não apresentaram relação estatisticamente significativa com a presença de HD. Conclusões: A prevalência de HD foi de 27 (30,3%). Seis indivíduos (6,7%) apresentavam HD bilateralmente, e três (3,3%) na mão contrária a fistula. O HD unilateral na mão da FAV foi encontrado em 21% dos indivíduos. A prevalência de HD unilateral no membro da fistula foi de 23,5%.

PO541 A BRONCOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE AFECÇÕES PULMONARES EM PACIENTES INFECTADOS PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

ROSIMARA EVA FERREIRA ALMEIDA; MANOEL CAMELO PAIVA NETO; ALEXANDRE PEREIRA RIOS; RODRIGO DINIZ COSTA; TOMAS AIZA ALVAREZ
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOSCOPIA; VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA; AFECÇÕES PULMONARES

Introdução: As infecções oportunistas são as maiores causas de morbimortalidade em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), ocorrendo em 90% dos casos. Grande parte dessas afecções apresenta-se como desordens pulmonares que, em 65% dos casos serão a primeira manifestação da doença e, em mais de 80% dos casos, ocorrerão no curso da enfermidade. Estas complicações ocasionam um importante impacto na qualidade de vida e sobrevida desses pacientes e, por isso, a determinação diagnóstica torna-se essencial. Dessa maneira, uma vez que em tais pacientes as manifestações clínicas e radiológicas são inespecíficas, faz-se necessário um método diagnóstico que não seja baseado somente em sinais e sintomas. Atualmente, o método mais aceito é a broncoscopia com lavado broncoalveolar, escovado brônquico e biópsia pulmonar transbrônquica. **Objetivo:** Relatar o papel da broncoscopia isolada no diagnóstico de afecções pulmonares em um grupo de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana, as manifestações clínicas e os achados radiológicos mais prevalentes. **Método:**

Trata-se de um estudo descritivo, tipo série de casos, em que foram analisados retrospectivamente o registro de dados de todos os pacientes com diagnóstico de retrovirose submetidos à broncoscopia entre o período de 2000 a 2006 na. Unidade de Broncoscopia do Hospital Universitário de Brasília. Resultados: Foram analisados 32 pacientes com diagnóstico de retrovirose, sendo 22(68,8%) homens e 10(31,3%) mulheres. A broncoscopia foi efetiva na determinação do diagnóstico em 11(34,3%) pacientes. Foi diagnosticada tuberculose em 6(18,8%), bronquiectasias em 2(6,3%), granuloma infra-glótico em 1(3,1%) e neoplasia em 2(6,3%) pacientes. Em relação às manifestações clínicas: a tosse estava presente em 24(75%) pacientes, expectoração em 16(50%), hemoptise em 2(6,3%), dispnéia em 6(18,8%), dor do tipo pleurítica em 3(9,4%) e perda ponderal em 6(18,8%). A radiografia de tórax foi normal em 10(31,2%) pacientes, evidenciou consolidação em 10(31,2%), infiltrado retículo-nodular em 11(34,4%) e atelectasia em 1 paciente(3,1%). **Conclusão:** O estudo mostra uma baixa efetividade da broncoscopia isolada no diagnóstico de afecções pulmonares em pacientes com retrovirose. Em relação às manifestações clínicas, a tosse foi a manifestação mais freqüente, o que é compatível com os dados da literatura que mostram freqüências de até 89%. E relação aos achados radiológicos, a radiografia foi normal em 31,2% dos pacientes e a alteração radiológica mais freqüente foi a presença de infiltrado retículo nodular, presente em 34,4% dos pacientes. Isso corrobora o fato de que tanto as manifestações clínicas quanto os achados radiológicos nestes pacientes são inespecíficos, reforçando a necessidade de outros métodos diagnósticos.

PO542 HISTIOCITOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS: RELATO DE CASO

ROGERIO CARVALHO TOLEDO; ROSIMARA EVA FERREIRA ALMEIDA; MANOEL CAMELO PAIVA NETO; THAÍSA FABIANA PEIXOTO; EDGARD SANTOS MAESTRO; PATRÍCIA EIKO YAMAKAWA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS; HISTIOCITOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS; DIABETES INSIPIDUS

Introdução: A histiocitose pulmonar de células de Langerhans é uma doença rara que geralmente manifesta-se como doença restrita ao parênquima pulmonar mas, em torno de 4 a 20% dos casos, associa-se ao acometimento de outros órgãos, como ossos e hipófise, levando às mais diversas manifestações clínicas que, quando desconhecidas ou não pensadas, acabam levando a um diagnóstico tardio da doença. **Objetivo**: Histiocitose pulmonar de células de Langerhans associada a manifestação de diabetes insipidus, com alerta médico a respeito destas e de outras das suas manifestações. **Método:** Exposição e análise do quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem, que levaram ao diagnóstico e co-morbidades independentes que podem estar ou não associadas. **Resultados:** Um homem negro de 48 anos procurou o ambulatório de pneumologia queixando-se de dor e sensação de calor em região infra-escapular bilateral sem associação com posição ou esforço físico e com exacerbações freqüentes, além de cervicalgia e lombalgia, há 14 anos. Queixava-se ainda de crises de tosse seca ou com muco, sibilância pulmonar e dispnéia e crises esternutatórias. Sensível aos alérgenos e irritantes habituais de vias aéreas. Tabagista de 36 maços/ano desde os 12 anos. Há 12 anos com diagnóstico de diabetes insipidus na vigência de quadro de polidipsia e poliúria. Queixava-se ainda de intolerância a alimentos gordurosos. Radiograma de tórax na ocasião: "nódulos, estrias de fibrose e imagens sugestivas de bronquiectasias no lobo superior direito, lobo superior esquerdo e no lobo médio". Em uma tomografia computadorizada de tórax, alta resolução, foram observadas "múltiplas lesões císticas difusamente distribuídas em ambos os pulmões, algumas confluindo e espessamento reticular pulmonar. Aspecto compatível com histiocitose de células de Langerhans." O diagnóstico de diabetes insipidus foi confirmado como central, parcial, com teste de restrição hídrica. Ultra-sonografia de abdome superior mostrou sinais sugestivos de vesícula escleroatrófica calculosa e colédoco, fígado, rins, pâncreas e baço normais. Tomografia computadorizada de crânio, órbitas e sela túrcica foi normal. Radiografia de coluna torácica evidenciou cifose e porose óssea. Radiografia de coluna lombar evidenciou retificação da lordose fisiológica. Evoluiu com 3 episódios de pneumotórax pós esforço físico e estabilização clínica da histiocitose. Com manifestações iniciais de asma, atualmente apresenta-se compensado com uso formoterol e budesonida. **Conclusão**: O diabetes insipidus pode ser uma manifestação da histiocitose de células de Langerhans, devendo-se estar sempre atento a esta e a outras manifestações mais raras de tal patologia, que pode afetar órgão único ou multissistemas (pele, ossos, pulmões, dentes/gengivas, ouvidos, sistema endócrino, sistema reprodutor feminino, sistema linfo-reticular, sistema digestivo, sistema nervoso central, entre outros), para que a mesma não seja subdiagnosticada ou até mesmo diagnosticada tardiamente.

PO543 DEFICIÊNCIA HETEROZIGÓTICA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EM PACIENTE COM ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE

ROGERIO CARVALHO TOLEDO; ROSIMARA EVA FERREIRA ALMEIDA; MANOEL CAMELO PAIVA NETO; THAÍSA FABIANA PEIXOTO; EDGARD SANTOS MAESTRO; PATRÍCIA EIKO YAMAKAWA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA; ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE; DPOC

Introdução: A deficiência de alfa-1 antitripsina não é uma doença rara, porém freqüentemente subdiagnosticada. Seu diagnóstico tardio pode levar à doença pulmonar grave, além de um grande prejuízo na qualidade de vida dos pacientes acometidos. Dessa forma, deve estar sempre entre hipóteses diagnósticas daqueles pacientes com afecções pulmonares de difícil controle como é o caso em questão. **Objetivos:** Relatar caso de asma de difícil controle em paciente tabagista, cuja investigação evidenciou deficiência de alfa-1-antitripsina. **Método:** Exposição e análise de quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem, que levaram ao diagnóstico e conduta terapêutica do caso. **Resultados:** Um homem de 60 anos, era acompanhado ambulatorialmente na pneumologia do HUB há 17 anos por persistentes crises de tosse com secreção mucóide, sibilância pulmonar e dispnéia, com exacerbações noturnas freqüentes, nos últimos 3 anos. Queixava-se ainda de sonolência diurna excessiva e roncos perturbadores durante o sono, após ganho de peso nos últimos anos. Sensível aos alérgenos e irritantes de vias aéreas habituais. Ex-tabagista de 40 maços/ano; dos 17 até há 3 anos. Em uso de terbutalina VO, betametasona IM e salbutamol spray. Bom estado geral. IMC de 28,47 kg/m2. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído universalmente, sem ruídos adventícios, no momento. Aparelho cardiovascular, abdome e extremidades sem alterações. Evoluiu com crises noturnas em 1990 e estabilização em 1991, em uso de salbutamol e beclometasona spray. Várias espirometrias com resposta ao broncodilatador. Polissonografia em 1995 confirmou síndrome de apnéia obstrutiva do sono grave. Em 30/9/96, IgE total: 853 KU/L (até 140) e em 28/10/96: IgE total: 654 KU/L. IgE específica para fungos: MX1 (Penicilium notatum, Cladosporium herbarum (hormodendrum), Aspergillus fumigatus, e Alternaria alternata (tenuis): NEGATIVO. Eletroforese de proteínas com ausência do pico de alfa-1 globulina aumentou a suspeita de deficiência de alfa-1 antitripsina. Alfa 1 Antitripsina: 68,2 mg/dl(140 a 470 - Nefelometria) em 1996 e 73 mg/dl (90 a 200 mg/dl - Nefelometria) em 2008. TC de Tórax (AR) -2003: Aumento do volume pulmonar, com enfisema parasseptal bilateralmente, predominando nos lobos superiores. Bandas parenquimatosas no lobo médio e língula e discretas bronquiectasias de tração. Nódulo periférico no segmento basal posterior direito, com 0,5 cm de diâmetro, de aspecto inespecífico. Espessamento da parede de alguns brônquios na região hilar bilateralmente. Ausência de linfonodomegalias mediastinais ou hilares. Discreto espessamento pleural na base esquerda. **Conclusão:** A deficiência de alfa-1-antitripsina é subdiagnosticada com freqüência, principalmente nos casos heterozigotos em que a eletroforese de proteínas pode apresentar pico de alfa-1-globulina normal ou ausente. Tal deficiência deve ser cogitada nos casos de asma grave ou de difícil controle, bronquiectasias clinicamente indeterminadas e DPOC sem exposição maior ao fumo.

PO544 A SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO

ROGERIO CARVALHO TOLEDO; ROSIMARA EVA FERREIRA ALMEIDA; MANOEL CAMELO PAIVA NETO; THAÍSA FABIANA PEIXOTO; EDGARD SANTOS MAESTRO; PATRÍCIA EIKO YAMAKAWA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA; SÍNDROME DE KARTAGENER; SITUS INVERSUS

Introdução: A discinesia ciliar primária é uma doença hereditária autossômica recessiva caracterizada por anormalidades ultra-estruturais ciliares que comprometem a atividade ciliar normal, com conseqüências diretas sobre o clearance mucociliar. A alteração do transporte mucociliar resulta em doença crônica com acometimento progressivo do trato respiratório superior e inferior, caracterizado por infecções recorrentes do pulmão, onde podem ocorrer bronquiectasias, infecções do ouvido médio e dos seios paranasais. O presente

relato mostra um caso raro, em que a discinesia ciliar primária era acompanhada de situs inversus, caracterizando a denominada síndrome de Kartagener. **Objetivo:** Síndrome de Kartagener diagnosticada em paciente adulta, com alerta médico para o diagnóstico da discinesia ciliar. **Método:** Exposição e análise do quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem, que levaram ao diagnóstico e conduta terapêutica do caso. **Resultados:** Paciente feminina, 38 anos, procurou o ambulatório de pneumologia por episódios freqüentes de pneumonias e infecções de vias aéreas superiores desde a infância, caracterizadas por tosse com expectoração esverdeada em quantidade superior a 100 ml/dia, associada a coriza, prurido e obstrução nasal, crises esternutatórias, dispnéia discreta e sensação de febre esporádica, com períodos assintomáticos de no máximo 15 dias. Apresentava ainda, episódios repetidos de otalgia, otorréia e sinusite, acompanhada pela otorrinolaringologia há 14 anos devido a sinusopatia e hipoacusia do tipo condutiva. Dois irmãos com quadro semelhante. Exame físico na ocasião, em bom estado geral, com roncos esparsos e crepitações inspiratórias e expiratórias grosseiras em bases pulmonares. À ausculta cardíaca as bulhas eram melhor audíveis em hemitórax direito, sugerindo dextro-cardia e não havia sopros. Uma tomografia computadorizada de tórax, de alta resolução, mostrou bronquiectasias varicosas e cilíndricas e bronquioloectasias do lobo superior esquerdo, bronquioloectasias e bronquiectasias com impactação mucóide nos segmentos basais medial e posterior do lobo inferior direito e situs inversus totalis com estruturas vasculares de aspecto normal. Sinusite de repetição, hipoacusia, situs inversus e bronquiectasias permitiram o diagnóstico da síndrome de Kartagener, uma forma grave de discinesia ciliar. **Conclusão:** Trata-se de um caso de discinesia ciliar diagnosticado tardiamente apesar da presença do situs inversus, facilmente reconhecível e que caracteriza a síndrome de Kartagener. O diagnóstico de discinesia ciliar deve ser sempre investigado quando houver queixa de infecções repetidas de vias aéreas superiores, independente da presença de situs inversus ou não, uma vez que tal mal-formação pode estar ausente em quase metade dos casos.

PO545 ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE, BRONQUIECTASIAS, BOLHA PULMONAR GIGANTE E ENFISEMA EM PACIENTE NÃO TABAGISTA: RELATO DE CASO

ROGERIO CARVALHO TOLEDO[1]; ROSIMARA EVA FERREIRA ALMEIDA[2]; MANOEL CAMELO PAIVA NETO[3]; MATEUS PIGOSSI NEVES[4]; EDGARD SANTOS MAESTRO[5]; PATRÍCIA EIKO YAMAKAWA[6]

1,2,4,5,6.UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 3.UUNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; BRONQUIECTASIA; BOLHA PULMONAR GIGANTE

Introdução: A susceptibilidade para desenvolver doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) resulta da combinação de fatores genéticos e ambientais. O mais importante fator de risco ambiental é o tabagismo, enquanto a deficiência severa de alfa-1-antritripsina é um comprovado fator de risco genético. A identificação de pacientes com DPOC portadores de deficiência de alfa-1-antitripsina é de extrema importância, uma vez que permite a instituição precoce do tratamento adequado, prevenindo ou atrasando a doença pulmonar severa e melhorando a qualidade de vida desses pacientes. **Objetivo:** Relato de caso de asma de difícil controle, bronquiectasias, enfisema e bolha pulmonar enfisematosa gigante em paciente não tabagista e cuja investigação evidenciou deficiência de alfa-1-antitripsina. **Método:** Exposição e análise quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem, que levaram ao diagnóstico e conduta terapêutica do caso. **Resultados:** V.L.B., 61 anos, sexo feminino, em acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília há 12 anos por asma desde a infância, enfisema e bronquiectasias. Há 6 meses com piora das crises asmáticas caracterizadas por dispnéia intensa e cianose. Há 3 dias com persistência da dispnéia e cianose intensas e necessidade contínua de oxigenioterapia. Com este quadro paciente foi admitida com a hipótese de descompensação infecciosa, iniciando tratamento antimicrobiano, além de corticoterapia e uso de beta-2-agonista. Radiografia de tórax na ocasião evidenciou bolha pulmonar gigante que, comparativamente à anterior mostrou-se aumentada há 6 meses. Tomografia computadorizada de tórax confirmou o achado, evidenciando enfisema panlobular mais evidente em bases pulmonares, principalmente à direita. Observa-se também atelectasia compressiva do parênquima adjacente à grande bolha enfisematosa em lobo inferior direito. Espirometria recente evidenciou um distúrbio ventilatório obstrutivo grave com amputação da capacidade vital forçada e sem resposta ao alfa-1-antitripsina). Por falta de condições técnicas e financeiras anteriormente, só agora foi considerada a dosagem de alfa-1-antitripsina(22mg/dl). Paciente recebeu alta após melhora do quadro, devendo ser submetida a avaliação pletismográfica da função pulmonar visando saber o que poderá restar do parênquima pulmonar, caso seja submetida a lobectomia inferior. **Conclusão:** A deficiência de alfa-1-antitripsina não é uma doença rara, porém é subdiagnosticada e, portanto, deve ser sempre uma hipótese naqueles casos de asma de difícil controle, bronquiectasias sem outra causa aparente, além de enfisema precoce em fumantes e de enfisema em não tabagistas.

PO546 TEP MACIÇO E ISQUEMIA MESENTÉRICA CONCOMITANTES EM PACIENTE INFECTADO PELO HIV: UMA CATÁSTROFE VASCULAR

SABRINA BOLLMANN GARCIA[1]; ANA CAROLINA PEÇANHA ANTÔNIO[2]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[3]; MARCELO BASSO GAZZANA[4]

1,2,4.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO; ISQUEMIA MESENTÉRICA; INFECÇÃO PELO HIV

Introdução: Evidências crescentes sugerem que pacientes HIV positivos apresentam um risco maior de eventos tromboembólicos que a população geral. Entretanto, a ocorrência de eventos tromboembólicos simultâneos não é comumente descrita. **Objetivo:** descrever o caso de um paciente HIV positivo com TEP maciço associado concomitante à isquemia mesentérica. Materiais e métodos: relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE (unitermos: HIV infection; hipercoagulable state; pulmonary embolism; mesenteric isquemia). **Resultados:** paciente masculino, 49 anos, tabagista, soropositivo para o HIV em tratamento (CD4: 600; carga viral < 50), apresenta-se na emergência com história de tosse seca, dispnéia progressiva, febre e perda de peso há 4 meses. Ao exame estava taquicárdico (FC: 115 bpm) e hipotenso (PA: 90/60 mmHg); Rx de tórax com tênue infiltrado intersticial difuso. Tratado empiricamente com Levofloxacina para infecção respiratória, tendo melhora parcial dos sintomas. No terceiro dia apresentou dor abdominal súbita de grande intensidade associado a hipoxemia (SpO2 77%), com leve distensão abdominal mas sem sinais de peritonismo. Houve melhora parcial com sintomáticos, porém 24 horas após evoluiu com insuficiência respiratória e choque circulatório. TC de tórax e abdome mostrou grande trombo em tronco da artéria pulmonar, trombo em aorta adominal e pneumatose intestinal. Ecocardiograma demonstrou trombo em tronco da artéria pulmonar com extensão para os ramos direito e esquerdo, diâmetro de ventrículo direito de 3 cm e pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 56 mmHg. Tentativa de trombólise farmacológica com Estreptoquinase sem resposta. Dezoito horas após foi a laparotomia exploradora, que mostrou isquemia de todo intestino delgado e cólon sem possibilidade de ressecção compatível com a vida. Duas horas após evoluiu para óbito. **Discussão:** Estudos demonstram uma incidência 2 a 8 vezes maior de eventos tromboembólicos em pacientes HIV positivos na ausência de fatores de risco clássicos para trombofilia. Após extensa revisão da literatura, este é o primeiro caso no conhecimento dos autores de TEP maciço associado à isquemia mesentérica relatado. Deve-se ficar cada vez mais atento para a associação de eventos tromboembólicos em pacientes portadores do HIV, especialmente porque o retardo diagnóstico significa aumento significativo do risco de mortalidade. **Conclusão:** Paciente infecctados pelo HIV podem apresentar eventos tromboembólicos concomitantes e ameaçadores a vida, como tromboembolismo pulmonar e isquemia mesentérica.

PO547 EMBOLECTOMIA CIRÚRGICA EM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBAGUDO: RELATO DE CASO

VINICIUS DAL MASO[1]; SABRINA BOLLMANN GARCIA[2]; ALESSANDRA HOFSTADLER DEIQUES FLEIG[3]; KÁTIA RUTTER JENSEN[4]; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[5]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[6]; MARCELO BASSO GAZZANA[7]

1,2,3,4,7.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5,6.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBAGUDO; SÍNDROME ANTICORPO ANTIFOSFOLIPÍDEO; LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Introdução: A apresentação subaguda do tromboembolismo pulmonar (TEP) é definida pela evolução clínica de 2 a 12 semanas e, embora pouco comum, possui altas taxas de mortalidade. As manifestações clínicas geralmente são menos dramáticas que o TEP agudo, dificultando o diagnóstico. O manejo desses casos ainda não está padronizado, visto que a resposta terapêutica

ao uso de heparina ou trombolíticos pode não ser satisfatória. **Objetivos:** Relatar caso de TEP subagudo em paciente portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e Síndrome do Anticorpo Antifosfolipídio (SAAF). **Material e Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE (unitermos: systemic lupus erythematosus; antiphospholipid syndrome; subacute pulmonary embolism). **Resultado:** Feminina, 59 anos, branca, diagnóstico recente de LES (fotossensibilidade, plaquetopenia, úlceras orais, FAN 1/160 nuclear pontilhado fino, anticoagulante lúpico e anticardiolipina IgG positivos) procurou a emergência por artralgias em joelhos e tornozelos. Relatou também dispnéia progressiva há 40 dias, chegando aos moderados esforços. Ao exame, apresentava-se taquipneica, taquicárdica e normotensa. Gasometria arterial mostrou hipoxemia (PaO2 66,5 com FiO2 50%). Pela suspeita clínica de TEP (escore de Wells: 4,5), solicitou-se angio-TC de tórax que demonstrou defeito de enchimento em ramos arteriais pulmonares incluindo os ramos principais direito e esquerdo. Ecocardiograma transtorácico evidenciou dilatação de câmaras direitas com pressão sistólica pulmonar estimada 54 mmHg, e diâmetro do VD de 3 cm. Iniciado anticoagulação com heparina não fracionada endovenosa. Devido o tempo subagudo (40 dias), optou-se pela colocação de filtro de veia cava inferior e realização de embolectomia cirúrgica ao invés da utilização de trombolíticos. O tempo de circulação extracorpórea foi de 57 minutos e o tempo de isquemia foi de 98 minutos. Paciente apresentou encefalopatia no pós-operatório sem diagnóstico específico, tendo recuperação completa durante a internação. Ecocardiograma de controle estimou PSAP em 28 mmHg e diâmetro do VD em 2,4 cm. Recebeu alta clinicamente bem, com anticoagulação via oral para acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A associação de LES de SAAF já é conhecida, potencializando o risco de evento tromboembólico em 6 vezes. As recomendações para o manejo do TEP dividem-se na forma aguda e crônica, sendo a subaguda mais controversa. No caso, ao invés de trombolíticos, optou-se pela embolectomia com colocação de filtro de veia cava inferior devido a possibilidade do trombo estar mais organizado e pelo risco de embolização periférica, com bom desfecho clínico. **Conclusão:** O TEP subagudo é uma condição não contemplada nas diretrizes de tratamento de TEP agudo e crônico, sendo que a embolectomia cirúrgica pode ser uma alternativa terapêutica eficaz e segura.

PO548 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE EM PACIENTE PORTADORA DE ARTRITE REUMATÓIDE

KÁTIA RUTTER JENSEN[1]; SABRINA BOLLMANN GARCIA[2]; VINICIUS DAL MASO[3]; ALESSANDRA HOFSTADLER DEIQUES FLEIG[4]; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO[5]; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN[6]; MARCELO BASSO GAZZANA[7]

1,2,3,4,7.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5,6.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; ARTRITE REUMATÓIDE; DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

Introdução: Linfangioleiomiomatose é uma doença multissistêmica resultante da proliferação celular anormal da musculatura lisa, levando a obstrução vascular e de vias aéreas associado degeneração cística pulmonar, além de infiltração linfática e de órgãos abdominais. **Objetivo:** Descrever um caso de linfangioleiomiomatose em paciente portadora de artrite reumatóide. **Materiais e métodos:** relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE (unitermos: lymphangioleieomiomatosis; rheumatoid arthritis; intersticial lung disease). **Resultado:** Mulher, 54 anos, branca, não tabagista, há 8 meses com tosse seca. Menopausa aos 38 anos. Portadora de artrite reumatóide avançada, soronegativa, com uso crônico de diversos imunossupressores(metotrexate, cloroquina, sulfassalazina, ciclosporina, sais de ouro), e há 9 meses iniciada medicação anti-TNFα (Infliximab e Adalimumab). Sem historia de pneumotórax. Não apresentava alterações no exame físico exceto pela presença de importantes deformidades articulares. Exames de função pulmonar normais. Radiografia de tórax normal, porém TC de tórax de alta resolução demonstrou múltiplos cistos de paredes finas distribuídos difusamente em ambos os pulmões. Lavado broncoalveolar por broncoscopia flexível sem resultados conclusivos, mas excluiu processo infeccioso. Submetida então a biópsia pulmonar a céu aberto, com exame anatomopatológico e imunohistoquímico (HBM 45 positivo) confirmatórios de lifangioleiomiomatose. Em conjunto com equipe da Reumatologia optou-se pela suspensão da medicação anti-TNFα, e iniciou-se sirolimus para o tratamento da linfangioleiomiomatose apesar de funcionalmente em estágio precoce. **Discussão:** Linfangileiomiomatose é uma doença rara e que predomina nas mulheres em idade reprodutiva (média de 35 anos). Apesar de a artrite reumatóide ser uma doença de alta prevalência e também de predominância feminina de semelhante faixa etária, após extensa revisão da literatura não encontramos descrição de associação entre linfangioleiomiomatose e artrite reumatóide e/ou secundária ao seu tratamento. Entretanto, devido à temporalidade do início da medicação anti-TNFα e do início dos sintomas, e ao achado de relatos de doenças pulmonares intersticiais associadas ao seu uso, optamos pela suspensão desta medicação, além do início do tratamento específico com outro imunossupressor, o qual pode também ter ação sobre a doença reumatológica. **Conclusão:** A presença de linfangioleiomiomatose em pode ser paciente com artrite reumatóide em uso de tratamento anti-TNF um indício inicial, embora de fraca evidência metodológica, da associação entre ambas e/ou do uso de agentes biológicos.

PO549 ESPOROTRICOSE PULMONAR CAVITÁRIA CRÔNICA: RELATO DE CASO

ALESSANDRA HOFSTADLER DEIQUES FLEIG; SABRINA BOLLMANN GARCIA; VINICIUS DAL MASO; KÁTIA RUTTER JENSEN; MARCEL MULLER DA SILVEIRA; RICARDO THADEU CARNEIRO DE MENEZES; MARCELO BASSO GAZZANA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESPOROTRICOSE; MICOSE PULMONAR; INFECÇÃO PULMONAR CRÔNICA

Introdução: A esporotricose constitui infecção subaguda ou crônica causada pela inoculação do fungo Sporothrix schenckii, comprometendo a pele e subcutâneo. Ocasionalmente compromete outros órgãos como o pulmão, principalmente em pacientes imunocomprometidos, alcoolistas, portadores de diabete melito e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Objetivos:** Relatar um caso clínico de esporotricose pulmonar cavitária atendida no serviço de pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Material e Métodos:** relato do caso e revisão da literatura (livros texto e MEDLINE (unitermos: Sporotrichosis, lung disease). **Resultados:** Paciente masculino, 56 anos, branco, tabagista e alcoolista, portador de DPOC, encaminhado ao ambulatório de pneumologia para avaliação de dispnéia aos moderados esforços, tosse crônica com expectoração mucopurulenta, astenia e perda de peso há cerca de 2 anos. Negava febre ou hemoptise. Radiograma de tórax evidenciou cavidade medindo cerca de 6 cm de diâmetro em segmento apical do lobo superior direito. Ao exame físico não se observavam lesões cutâneas. Fibrobroncoscopia com a realização de lavado broncoalveolar evidenciou exame direto e cultura positiva para Sporothrix schenckii. Paciente foi encaminhado para internação e tratamento com anfotericina B convencional (deoxicolato) por 15 dias. Apresentou boa evolução durante a hospitalização recebendo alta em boas condições clínicas. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial há 10 meses, apresentando excelente resposta ao tratamento com itraconazol, com resolução dos sintomas pulmonares e constitucionais e regressão da lesão cavitária pulmonar em exames radiológicos comparativos. Plano de completar 12 meses de tratamento deste fármaco. **Discussão:** A esporotricose pulmonar constitui forma rara de apresentação desta micose sistêmica. É adquirida pela inalação de conídeos de Sporothrix schenckii, afetando geralmente homens de meia idade, tabagistas e alcoolistas, apresentando-se como doença fibronodular (forma primária pulmonar) e ou cavitária crônica. Os sintomas mimetizam tuberculose pulmonar, manifestando-se com febre, sudorese noturna, tosse com expectoração purulenta, perda de peso, dispnéia e fadiga. Seu prognóstico é normalmente reservado, devido à gravidade da pneumopatia de base e diagnóstico tardio. **Conclusão:** A esporotricose pulmonar, apesar de ser uma micose rara, pode ser considerada no diagnóstico diferencial das doenças pulmonares cavitárias crônicas, simulando a tuberculose pulmonar endêmica em nosso meio.

PO550 ESTUDOS COLABORATIVOS ESTÃO AUMENTANDO NA LITERATURA PNEUMOLÓGICA

RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SAMIA RACHED; PEDRO RODRIGUES GENTA; GERALDO LORENZI - FILHO

HC / FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESTUDOS COLABORATIVOS; COLABORAÇÃO; MULTICÊNTRICO

Introdução: Estudos colaborativos aumentam a eficiência e qualidade da investigação clínica. Com o aumento da globalização, a facilidade da dispersão da informação parece contribuir para o aumento nas colaborações na pesquisa

científica. Poucos estudos têm demonstrado esse aumento. **Objetivo:** Avaliar a evolução dos trabalhos colaborativos na literatura pneumológica na última década. **Métodos:** Foram analisados o número de estudos colaborativos e suas características de dois jornais médicos em pneumologia. Todos os artigos originais publicados no Chest e Jornal Brasileiro de Pneumologia (JBP) em dois momentos diferentes (1997 e 2007) foram incluídos. Estudo colaborativo foi definido como sendo artigo original com a participação de duas ou mais instituições, independente de ser do mesmo país ou não. Estudos multicêntricos foram definidos quando o mesmo protocolo foi aplicado em mais de uma instituição. **Resultados:** Foram publicados 366 artigos originais no Chest e 20 no JBP em 1997. Em 2007, 377 foram publicados no Chest e 70 no JBP. Houve um aumento da participação de estudos colaborativos no Chest de 29 para 42% (p<0,001) e de 10 para 35% (p=0,017) no JBP. No Chest, não houve aumento na participação de colaboração internacional (9,3 X 7,9%, respectivamente em 1997 e 2007; p = não significante), apesar de ter ocorrido uma tendência de aumento de estudos multicêntricos (7,3 X 11,1; p=0.10). **Conclusões:** Nós demonstramos que houve um aumento importante de trabalhos colaborativos nos dois periódicos. Isso pode representar uma tendência mundial na melhora da qualidade em pesquisa, mesmo em jornais com menor índice de impacto de países em desenvolvimento. Entretanto, colaborações internacionais ainda são infrequentes e não estão aumentando. Estudos colaborativos internacionais devem ser encorajados por agências de suporte a pesquisa e sociedades médicas profissionais a fim de melhorar ainda mais a qualidade das pesquisas realizadas.

PO551 EMBOLIZAÇÃO OU CIRURGIA CONVENCIONAL PARA TRATAMENTO DE FÍSTULAS ARTERIO-VENOSAS COMPLEXAS PULMONARES: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO[1]; SAMIA RACHED[2]; LUCIANA TAMIÊ KATO[3]; LAILA SCHNITMAN[4]; FÁBIO HENRIQUE ALDEGHERI PASCHOAL[5]; RICARDO MINGARINI TERRA[6]; MÁRIO TERRA FILHO[7]

1.FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4,5,6,7.USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MÀ FORMAÇÃO; FÍSTULA ; MÀ FORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA

Introdução: Má formações arterio-venosas (MAVs) pulmonares são alterações geralmente congênitas relacionadas ao quadro clínico de dispnéia associado ou não a epistaxe e hemoptise. Até 55% dos pacientes podem ser assintomáticos. As complicações mais importantes são hemoptise, hemotórax, AVC e abscesso pulmonar. Apesar do uso cada vez mais rotineiro da embolização no tratamento das MAV pulmonares, o papel desse procedimento em fistulas complexa ainda é controverso devido a alta taxa de recidiva/falha terapêutica. **Relato de Caso:** Mulher, 23 anos, com histórico de bilobectomia superior à direita aos 4 anos de idade por quadro de cianose caracterizado por má formação vascular pulmonar. Evoluiu sem intercorrências e com bom desenvolvimento pondero-estatural quando aos 21 anos iniciou quadro de dispnéia progressiva e cianose ao esforço, sem outros sintomas. Apresentava saturação de O2 em ar ambiente em torno de 77%. Realizada arteriografia que evidenciou má formação arterio-venosa em lobo inferior direito remanescente com aferência de artérias pulmonares, mamária, intercostais e subclávia direita, sem participação de artérias brônquicas. Realizada embolização em 2007 com melhora da dispnéia (presente somente aos grandes esforços) e aumento discreto da saturação (85%). Após 5 meses do procedimento apresentou piora da dispnéia e da saturação. Nova angioTC confirmava presença de MAV em pulmão direito e a cintilografia revelava shunt de 43,6%. O ecocardiograma não evidenciava hipertensão pulmonar, assim como cateterismo direito e a prova de função pulmonar era normal. Optado por procedimento cirúrgico com ressecção de lobo inferior direito remanescente. A paciente evoluiu no pós-operatório com melhora expressiva da hipoxemia e sintomatologia, não apresentando indícios de formação de novas MAVs em pulmão contralateral. **Conclusões:** Comunicações anômalas de vasos sanguíneos nos pulmões geralmente são de origem congênita, apesar de inúmeras condições poderem levar a quadros de má formações arterio-venosas como trauma, metástases e infecções fúngicas. Até 70% dos casos pode estar relacionada a telangiectasia hereditária hemorrágica. Os estudos que comparam as duas formas de tratamento de fístulas complexas são escassos na literatura e não permitem definir qual a melhor maneira abordagem, devendo-se individualizar cada caso. Entretanto, devem-se ser respeitadas as contra-indicações à técnica de embolização para se evitar complicações potencialmente graves como dor de difícil controle e embolia paradoxal.

PO552 HIPERTENSÃO PULMONAR ASSOCIADA A SÍNDROME DE POEMS: O EFEITO DO CORTICÓIDE COMO TRATAMENTO DE PRIMEIRA LINHA

SAMIA RACHED; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SERVULO AZEVEDO DIAS JÚNIOR; FÁBIO HENRIQUE ALDEGHERI PASCHOAL; CARLOS VIANA POYARES JARDIM; ROGÉRIO SOUZA

INCOR - HC/USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; TRATAMENTO; POEMS

Introdução: A síndrome de POEMS é uma rara discrasia de plasmócitos caracterizada por polineuropatia, organomegalia, endocrinopatia, gamopatia monoclonal e alterações cutâneas com manifestações raras de hipertensão pulmonar. Citocinas, principalmente TNF-alfa, IL-6 e IL-1beta, e o fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF) podem mediar a hipertensão pulmonar associada a síndrome de POEMS, como proposto para as manifestações sistêmicas dessa enfermidade. Inflamação também parece desempenhar um papel importante na patogênese da hipertensão pulmonar nesse cenário, assim como já foi demonstrado nas outras formas de hipertensão pulmonar. Diante desses dados, a terapia imunossupressora parece ser útil no controle das alterações vasculares relacionadas a esta doença. **Relato de Caso:** Mulher, 54 anos, encaminhada à nossa instituição com clássicos sintomas de POEMS como polineuropatia (confirmada por eletroneuromiografia), organomegalia, hipotireoidismo subclínico, gamopatia monoclonal em dosagem urinária e alterações cutâneas. A cateterização cardíaca revelou pressão arterial pulmonar média de 49mmHg, débito cardíaco de 4,1L/min e resistência vascular pulmonar de 805 dynes.s.cm-5. O valor de BNP era igual a 150pg/mL. Nenhuma outra doença foi encontrada durante investigação. Alta dose de corticóide (1mg/kg por 3 meses) foi iniciado, com dramática melhora clínica. Sintomas desapareceram assim como ocorreu normalização dos níveis de hormônios tireoidianos e eletroforese de proteína na urina. A pressão arterial pulmonar média caiu para 26mmHg, o débito cardíaco para 3,8/min e a resistência vascular pulmonar para 289 dynes.s.cm-5. O valor de BNP nesta época era de 8pg/mL. **Conclusão:** Nossos achados corroboram outros relatos de casos que apontam o uso de corticosteróides como tratamento de primeira linha na hipertensão pulmonar associada a síndrome de POEMS. Diante da raridade dessa apresentação, um registro multicêntrico deveria ser desenvolvido para garantir a aquisição de mais dados que suportem essa conduta.

PO553 LAVADO PULMONAR PARA O TRATAMENTO DE PROTEINOSE ALVEOLAR: RELATO DE DOIS CASOS

RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SERVULO AZEVEDO DIAS JÚNIOR; SAMIA RACHED; CARLOS EDUARDO GALVÃO BARBOZA; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS CARVALHO

INCOR - HC/USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PROTEINOSE ALVEOLAR; LAVADO BRONCOALVEOLAR; LAVAGEM PULMONAR CIRÚRGICA

Introdução: Proteinose alveolar é uma doença rara caracterizada pelo acúmulo de material lipoproteináceo no interior dos alvéolos. Seu curso é bastante variável, podendo evoluir para insuficiência respiratória a despeito de tratamento adequado ou resolução espontânea. Além da hipoxemia, outra complicação freqüente nesses pacientes são as infecções oportunistas, relacionadas ao mal funcionamento dos macrófagos alveolares. Estudos experimentais apontam uma base auto-imune contra alvos relacionados ao GM-CSF, abrindo campo para uma nova possibilidade terapêutica. **Objetivo:** Descrever a evolução de dois pacientes com proteinose alveolar submetidos a lavagem pulmonar cirúrgica. **Resultados:** Caso 1 - Paciente masculino, 19 anos, com diagnóstico de proteinose alveolar desde 2002. Na época do diagnóstico, a tomografia revelava padrão típico de pavimentação em mosaico e biópsia pulmonar apresentando alvéolos preenchidos com substância PAS positiva. Já foi submetido a 3 lavagens pulmonares por broncoscopia, porém com melhora apenas parcial dos sintomas. Tentado tratamento com GM-CSF sem resposta. Em 2006 foi retirado nódulo pulmonar com diagnóstico de criptococoma e, pela primeira vez, foi submetido à lavagem cirúrgica do pulmão esquerdo. Depois de 2 anos estável, voltou a apresentar dispnéia e queda na função pulmonar. Nova lavagem pulmonar foi indicada, que ocorreu sob anestesia geral, com intubação pulmonar seletiva e utilizando 21 litros de SF0,9% a 37º. Os procedimentos de infusão e drenagem do SF0,9% foram feitos com o paciente em decúbito lateral, com o lado a ser lavado para cima, de forma a facilitar as manobras de fisioterapia (tapotagem) e a drenagem pela

gravidade do material infundido. No momento, o paciente encontra-se bem, sem necessidade de uso de oxigênio. Caso 2 - Paciente feminina, 21 anos, com diagnóstico de proteinose alveolar desde os 11 anos. Durante esse período ela foi submetida a 4 lavados broncoalveolares (LBA) terapêuticos e estava assintomática há 4 anos quando começou a apresentar dispnéia aos esforços e piora radiológica progressiva. A função pulmonar apresentava um padrão de restrição leve e no TC6' apresentou queda da saturação de oxigênio de 96 para 83% e percorreu 530m. Optado por novo LBA terapêutico. O pulmão esquerdo foi lavado com 22 litros de SF0,9% aquecido à 37º com mesma técnica descrita anteriormente. Após o procedimento, observou-se melhora nos volumes pulmonares, diminuição da hipoxemia no exercício e aumento da distância caminhada no TC6'. **Conclusão:** Trata-se de uma doença, na maior parte dos casos, idiopática que apresenta evolução imprevisível, porém com boa resposta ao tratamento de escolha no momento que é a lavagem pulmonar cirúrgica. Terapêutica com GM-CSF é uma alternativa promissora, mas que ainda necessita maiores estudos. Estes pacientes devem manter acompanhamento regular tanto de imagem como de função pulmonar e especial atenção tem que ser dada para infecções oportunistas pulmonares.

PO554 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR E TROMBO INTRACARDÍACO: UMA ASSOCIAÇÃO SEM CONDUTA DEFINIDA

SAMIA RACHED; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; LIA BELCHIOR MENDES BEZERRA; LETÍCIA BARBOSA KAWANO DOURADO; FÁBIO HENRIQUE ALDEGHERI PASCHOAL; MÁRIO TERRA FILHO
INCOR - HC/USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TOMBOEMBOLISMO PULMONAR; TROMBO INTRACARDÍACO; TUMOR CARDÍACO

Introdução: A presença de trombo intracardíaco direito está associada a um aumento no risco de embolia pulmonar. Diagnóstico diferencial deve ser feito com tumores cardíacos primários, sendo o mixoma o mais prevalente. O tratamento classicamente é anticoagulação, apresentando, em sua maioria, bom prognóstico. Novos relatos de caso tem sugerido trombolíticos como opção terapêutica e, nos casos de forame oval patente associado, diversos relatos de caso demonstram bons resultados com a correção cirúrgica associada a retirada do trombo. A presença de trombos intracardíacos flutuantes é achado incomum na literatura, apresentando risco de embolização, com alta mortalidade (até 45%), quando não realizada terapia trombolítica ou cirúrgica. **Relato de Caso:** Apresentamos o caso de um homem de 39 anos, portador do vírus da imunodeficiência humana há 7 anos, que procurou assistência médica por dispnéia súbita, subseqüente a um quadro de 7 dias de dor e edema em panturrilha esquerda. Paciente realizou radiografia de tórax sem alterações significativas, sendo encaminhado para tomografia computadorizada de tórax contrastada (TC) que evidenciou imagem hipoatenunate, obliterando quase completamente a luz da artéria pulmonar direita (APD), sugestiva de trombo agudo, além de imagem hipoatenuante em ventrículo direiro (VD). O ecocardiograma transtorácico mostrou câmaras cardíacas de tamanho normal, VD com hipocinesia discreta, pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP) estimada de 48mmHg e imagem hipoecogênica móvel medindo 2,3 x 1,2 cm, aderida à banda moderadora do VD, podendo corresponder a trombo ou vegetação. Optado por tratamento com antigoagulação com varfarina, apresentando melhora clínica importante, persistindo apenas com dispnéia aos grandes esforços. Reavaliado após 6 meses de tratamento, nova TC realizada evidenciou persistência de trombo em APD. Ecocardiograma mostrando ainda presença de imagem pediculada na porção apical do septo ventricular, lado direito, com componente móvel na porção mais distal, bordas irregulares, conteúdo homogêneo, medindo 3,1 x 1,4 cm, câmaras cardíacas de tamanho normal, com ausência de refluxo tricúspide. Paciente permaneceu anticoagulado, sendo optado por seguimento clínico e radiológico. **Conclusões:** Apesar de já demonstrada a relação entre trombos intracardíacos e tromboembolismo pulmonar, pouco se conhece sobre sua prevalência e prognóstico. Torna-se importante, portanto, sua pesquisa ativa com ecocardiograma transtorácico e, diante do achado de massa intracardíaca, o diagnóstico diferencial com tumores para adequada decisão terapêutica. Há, no entanto, necessidade de ensaios clínicos randomizados comparando as diversas opções terapêutica para trombo intracardíacos, em especial o uso de trombolíticos versus anticoagulação.

PO555 BRONQUIOLITE OBLITERANTE COM PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO (BOOP) COMO MANIFESTAÇÃO PULMONAR DE MIELOMA MÚLTIPLO

SAMIA RACHED[1]; THIAGO OLIVEIRA MENDOÇA[2]; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO[3]; CARLOS EDUARDO GALVÃO BARBOZA[4]; MARISA DOLHNIKOFF[5]; TERESA YAE TAKAGAKI[6]; RONALDO ADIB KAIRALLA[7]; CARLOS CARVALHO[8]
1,2,3,4,6,7,8.INCOR - HC/USP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 5.HC/USP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIOLITE OBLITERANTE COM PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO ; BOOP; MIELOMA MÚLTIPLO

Introdução: A bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP) é um padrão histopatológico de lesão intersticial pulmonar que ocorre em diversas doenças sistêmicas. Sua associação com neoplasias hematológicas é rara, sendo a maioria dos casos relacionados a linfomas e leucemias. Outra forma de manifestação de BOOP em doenças hematológicas é secundário ao tratamento medicamentoso. Não há, até o momento, relatos da associação com mieloma múltiplo. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 63 anos, que vinha em tratamento para síndrome mielodisplásica diagnosticada por 2 biópsias de medula óssea com hipocelularidade. **Antecedentes:** hipertensão arterial sistêmica e tuberculose tratada há 30 anos. Em Agosto de 2006 apresentou quadro de tosse com expectoração amarelada, febre por 3 dias e opacidade em LSD, sendo tratada como broncopneumonia. Apresentou melhora clínica parcial com recrudescência dos sintomas por mais de uma vez, caracterizados por infiltrados pulmonares alveolar em campos distintos. Exames laboratoriais demonstravam pancitopenia e aumento de provas inflamatórias. Realizou em fevereiro de 2008 biópsia pulmonar transtorácica guiada por tomografia que revelou padrão de BOOP, tendo iniciado tratamento com prednisona (60mg/dia). Evoluiu com melhora significativa dos sintomas até o início do desmame da corticoterapia, quando voltou a apresentar febre, dispnéia e tosse produtiva. Nova tomografia evidenciou melhora das opacidades alveolares porém com formação de lesão escavada em lobo inferior direito. Optado por nova biópsia transtorácica que revelou infiltrado plasmocitário. Eletroforese de proteínas séricas e urinárias apresentaram pico monoclonal e imunofixação com paraproteína lgG kappa. Realizado mielograma com contagem de plasmócitos superior a 20%. Biópsia de medula confirmou diagnóstico de mieloma múltiplo: infiltração intersticial por células pequenas com citoplasma escasso com expressão de CD20 e CD138, correspondendo a 10%-20% da celularidade geral. **Conclusão:** O diagnóstico histopatológico de BOOP não deve encerrar as investigações etiológicas de uma pneumopatia. É importante lembrar das inúmeras associações entre BOOP e outras doenças, incluindo hematológicas. Entretanto, este é o primeiro caso descrito de mieloma múltiplo cursando com bronquiolite obliterante com pneumonia em organização.

PO556 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD ENTRE LA BLEOMICINA, TETRACICLINA O AMBAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS DERRAMES PLEURALES MALIGNOS METASTÁSICOS MEDIANTE PLEURODESIS

SAMUEL PECHO SILVA; SAMUEL PECHO SILVA
HOSPITAL REBAGLIATI, LIMA, PERU

PALAVRAS-CHAVE: PLEURODESIS; TETRACICLINA; BLEOMICINA

Objetivo: Con el Objetivo de Comparar la eficacia y la seguridad de los agentes esclerosantes empleados en el manejo de los derrames pleurales malignos metastásicos: Tetraciclina, Bleomicina o su combinación se llevó a cabo un estudio prospectivo, de asignación secuencial, comparativo, entre estos agentes. **Material y métodos:** Se Incluyeron a todos los pacientes que requirieron colocación de tubo de drenaje para posterior pleurodesis como manejo del derrame pleural maligno metastásicos durante el periodo de enero a junio del 2006. Los agentes a comparar fueron la tetraciclina sola (1500 mg), la bleomicina sola (60U) o el uso combinado de ambas instilados a través de un tubo de toracotomía en la cavidad pleural. A todos los pacientes se les siguió mensualmente por un periodo de 180 días, realizándoseles examen físico y radiografía de tórax posteroanterior y lateral del lado con pleurodesis. Los pacientes eran todos mayores de 18 años, de ambos sexos, y con neoplasias metastásicas a pleura, hospitalizados en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del Perú. Se analizaron los datos comparando la sobrevida, los efectos adversos relacionados al agente esclerosante al momento de la pleurodesis y la realización de una pleurodesis óptima definida como la

ausencia de recidiva del derrame pleural posterior a su realización. **Resultados:** Se ingresaron 27 pacientes durante el periodo de recrutamiento, de un total de 38, que cumplían con los criterios de inclusión y no de exclusión. Obteniéndose que la sobrevida total a 6 meses fue de 37%. Ingresaron secuencialmente 1 paciente a cada uno de los grupos, para un total de 9 pacientes en cada grupo, no hubo diferencia entre la neoplasia primaria entre los grupos. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al agente estudiado y la sobrevida. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de efectos adversos en los diferentes grupos. Al excluir a los fallecidos para cada grupo, la tetraciclina tuvo mejor efecto esclerosante siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0.05). **Conclusiones:** El derrame pleural maligno metastásico es un signo ominoso de la enfermedad. En este tipo de pacientes la tetraciclina demostró tener un mejor perfil como agente esclerosante, un número de efectos adversos comparables al del otro agente solo o a su combinación y no demostró diferencias en cuanto a la sobrevida. Recomendaciones: Se recomienda el empleo intra-pleural de tetraciclina en su forma de presentación oral a dosis de 1500 mg para el manejo de los derrames pleurales malignos metastásicos.

PO557 TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES INTRATORÁCICO

SAMUEL ZUÍNGLIO DE BIASI CORDEIRO[1]; PAULO DE BIASI CORDEIRO[2]; DÉBORA CORDEIRO LANNES[3]; AURELIANO MOTA CAVALCANTE[4]
1.HCI/INCA/RJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4.HC1/INCA/RJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR; HISTOPATOLOGIA; RESSECÇÃO

Introdução: o tumor de células gigantes (TCG) é uma neoplasia mesenquimal benigna, caracterizada pela proliferação de células gigantes multinucleadas, semelhantes aos osteoclastos, em meio a estroma de células mononucleares fusiformes. O TCG ocorre na epífise distal do fêmur (36%) ou na tíbia (17%). Acometimento de arcos costais é extremamente raro. **Objetivos:** ressaltar a importância do diagnóstico histopatológico por biópsia tecidual em tumores intratorácicos. **Métodos:** relato de caso de TCG intratorácico ocupando todo o hemitórax esquerdo, originário da costela. Paciente de 28 anos de idade, história de três meses de tosse e desconforto respiratório. Diagnóstico de imagem através de ressonância magnética mostrava formação expansiva mista, heterogênea e de limites definidos, ocupava todo o hemitórax esquerdo e rechaçava o mediastino e o hemidiafragma esquerdo. Abordagem diagnóstica por punção com trucut e biópsia da massa. Histopatologia compatível com TCG. **Resultados:** Submetida a toracectomia e ressecção em bloco do tumor intracavitário. Reconstrução com tela de polipropileno. Recuperação plena, pulmão reabilitado. Follow-up aos dois anos livre de doença e assintomática. **Conclusão:** Apesar das grandes dimensões do tumor, a RM e a biópsia tecidual permitiram mudança na conduta e a ressecção completa. A citologia da punção inicial com agulha fina foi sugestiva de tumor sarcomatoso.

PO558 DESFECHO DE TRATAMENTO DE PACIENTES INTERNADOS POR TUBERCULOSE EM DOIS GRANDES HOSPITAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

MIRTES CRISTINA PERRECHI[1]; CLAUDIO SHOKI KAVAGUTI[2]; SANDRA APARECDA RIBEIRO[3]
1,3.UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.PREF. DIADEMA, DIADEMA, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; INTERNAÇÃO; DESFECHO DE TRATAMENTO

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença transmissível de tratamento ambulatorial na maioria dos casos, mas o diagnóstico tardio leva os doentes para serem diagnosticados em hospitais. **Objetivos:** Esta pesquisa teve como objetivo avaliar características dos pacientes internados por tuberculose em dois hospitais de grande porte do município de São Paulo e verificar o desfecho de tratamento. **Método:** Foi realizado um estudo de campo prospectivo onde foram entrevistados 104 pacientes internados consecutivamente por TB em dois hospitais, no período de janeiro a dezembro de 2007. Posteriormente, verificou-se o desfecho do tratamento destes pacientes por consulta ao Sistema de Informação de Tb (TBWeb). Resultados: Dos 104 pacientes, 68% eram do sexo masculino e 32% do feminino, com média de idade de 41,6 anos (+/- 15,4) e o tempo médio de internação foi de 25 dias (+/- 38). Eram HIV positivos 27,9%. Relatavam tratamento anterior para TB 25% dos pacientes. Quanto à forma clínica 73% tinham forma pulmonar, 23% extrapulmonar e 4% pulmonar associada à extrapulmonar. Deste pacientes, 73% haviam procurado outro serviço médico antes da internação e 20% relatavam internação prévia por TB. A maioria (82%) tinha até 20 semanas de sintomas até a internação. O tempo médio de sintomas foi de 4,7 semanas (+/- 7,2). Quanto ao desfecho, 46% evoluíram com alta cura, 4,8% foram transferidos, 1,9% tiveram mudança de diagnóstico, 8,6% abandonaram e 38,5% evoluíram para óbito, sendo que 77,5% dos óbitos ocorreram durante a internação e 15% não chegaram a iniciar o tratamento para tuberculose. Foram atribuídos à tuberculose 37,5% dos óbitos, à TB/AIDS 22,5% e 40% dos óbitos foram atribuídos a outras causas. **Conclusões:** Os pacientes internados por tuberculose, com ou sem sorologia positiva para HIV, apresentam uma evolução pior que a observada em pacientes não internados, com menor taxa de cura e alta letalidade e os casos de TB hospitalizados merecem grande atenção das autoridades de Saúde Pública.

PO559 FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA DE PROGRAMAS DE CESE DE TABACO

SANDRA LUZ PEÑA; SILVIA CATALDI; EDIBERTO PACHECO; MARIA LOPEZ VARELA; LUIS PIÑEYRO
CATEDRA DE NEUMOLOGIA UDELAR, MONTEVIDEO, URUGUAI

PALAVRAS-CHAVE: TABAQUISMO; ADHERENCIA; PROGRAMA

Introducción: el tabaquismo es una enfermedad con elevada morbimortalidad y genera elevados costos sanitarios, es relevante establecer programas de prevención primaria y secundaria en las instituciones públicas y privadas. La OMS establece que existen factores vinculados al éxito o fracaso de los programas de Cese de Tabaco. **Objetivo:** evaluar la adherencia de la población que inicia el programa en relación a sus características socioculturales. **Materiales y métodos:** descripción de la población que inició el programa en el período marzo 2007 a marzo 2008 en la consulta ambulatoria del Hospital Maciel a cargo de la Cátedra de Neumología. Se analizan las siguientes variables: sexo, situación laboral (con/sin ingreso mensual fijo), nivel de educación (mayor o menor nivel si cursaron secundaria completa o nó). La adherencia se analizó con el número de controles cumplidos por los pacientes (1y2 controles vs 3 ó más controles) y la deserción al programa por abandono al tercer control. **Resultados:** ingresaron 71 pacientes: 55% hombres y 45% mujeres, sin ingreso mensual fijo 65%; con menor nivel de educación 77%. Con 1y2 controles 70%. La deserción fue del 70% al tercer control. La media de los controles por sexo: mujeres 2.95 vs 3.09 para hombres (p = 0.67), para la población sin ingreso fijo mensual 1.33 vs 1.24 con ingreso mensual fijo (p = 0.001) con menor nivel de educación 2.84 vs 3.73 a la población de mayor nivel (p = 0.001). Conclusiones: la población que inicia el programa de cese de tabaco es de bajo nivel socioeconómico y cultural con mala adherencia al mismo asociado a estos dos factores.

PO560 HISTOPLASMOSE PULMONAR URBANA: VALORIZAÇÃO DOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

SAULO MAIA DAVILA MELO; BÁRBARA SANTANA DAVILA MELO; EDSON FRANCO FILHO; SAULO SANTANA DAVILA MELO
HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HISTOPLASMOSE; MICOSE PULMONAR; DOENÇA FÚNGICA

Introdução: Histoplasmose é uma infecção fúngica causada pelo H. capsulatum que acomete principalmente os indivíduos que vivem em áreas rurais. Geralmente aqueles indivíduos residentes em áreas urbanas que se apresentam com quadro clínico pulmonar agudo ou crônico, são diagnosticados como portadores de tuberculose ou de pneumonia causados por outros agentes. **Objetivo:** Relatar caso de histoplasmose urbana cuja suspeita clínica de doença pulmonar fúngica foi feita pelos dados epidemiológicos. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** MPS, 23 anos, masculino, solteiro, procedente de Estância-SE, mecânico de tecelagem, encaminhado ao serviço de endoscopia respiratória com tosse seca, secreção amarelada ao despertar, febre vespertina, cansaço aos médios esforços, dores torácicas e emagrecimento (2kg) em 6 meses. Anteriormente era saudável, desportista, não fumante, sem vícios, negava uso de medicamentos ou patologias prévias. Morador de área urbana sem nenhum convívio em área rural nestes últimos anos. Trabalhava em fábrica de tecelagem há dois anos como mecânico, usando máscara de proteção. Com suspeita clínica de tuberculose pulmonar em outro serviço foram realizadas 02 pesquisas de BAAR (negativas) e PPD (não reator). Rotina laboratorial normal e pesquisa anti-HIV negativa. Radiografia do tórax e TC do tórax com infiltrado em terços superiores bilateralmente. Encaminhado para realização de broncoscopia para

esclarecimento diagnóstico. Anamnese mais detalhada referiu que pegava óleo lubrificante para suas máquinas de trabalho em um porão, onde havia muitos morcegos. Exame físico normal. **Broncoscopia:** traqueobronquite difusa inespecífica. Histoplasma capsulatum presente na cultura do LBA. Afastado do trabalho e comunicado a empresa do foco infeccioso no local do trabalho. Terapia com Cetoconazol 400mg/dia por 6 meses. Boa resposta terapêutica, com normalização clínica e radiológica ao final do tratamento. Histoplasmose freqüentemente é negligenciada no diagnóstico diferencial nas doenças pulmonares nos moradores das cidades. As manifestações clínicas e radiológicas são inespecíficas. A semelhança clínica da histoplasmose com outras doenças granulomatosas, especialmente a tuberculose, muitas vezes pode levar a um retardo ou até mesmo o erro no diagnóstico. O presente caso apresentava quadro clínico e radiológico bastante semelhante com tuberculose. Dados epidemiológicos de foco infeccioso no local do trabalho e a colheita adequada de material através da broncoscopia permitiram o diagnóstico correto e precoce. O cetoconazol é uma opção terapêutica em casos clínicos mais brandos, permitindo tratamento ambulatorial. **Conclusão:** Histoplasmose pulmonar é uma doença com características clínicas e radiológicas inespecíficas com os dados epidemiológicos devendo sempre ser valorizados e sua presença em áreas urbanas é uma realidade.

PO561 APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA INCOMUM DE HISTOPLASMOSE PULMONAR

SAULO MAIA DAVILA MELO; BÁRBARA SANTANA DAVILA MELO; EDSON FRANCO FILHO; SAULO SANTANA DAVILA MELO
HOSPITAL SÃO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HISTOPLASMOSE; FUNGOS; MICOSE PULMONAR

Introdução: Histoplasmose é uma infecção fúngica causada pelo H. capsulatum que acomete principalmente os pulmões. Pode apresentar-se com quadro clínico de infecção primária assintomática, infecção pulmonar aguda ou crônica, ou sob a forma disseminada. Dentre os exames complementares no auxílio diagnóstico a sorologia, pesquisa direta e culturas, histopatologia e exames radiológicos contribuem para a confirmação diagnóstica. A radiografia e tomografia computadorizada de tórax são inespecíficas. **Objetivo:** Descrever apresentação incomum de aspectos tomográficos de histoplasmose pulmonar. **Métodos: Relato de Caso. Resultados:** MPS, 23 anos, masculino, solteiro, procedente de Estância-SE, mecânico de tecelagem, com tosse seca, secreção amarelada ao despertar, febre vespertina, cansaço aos médios esforços, dores torácicas e emagrecimento (2kg) em 6 meses. Anteriormente era saudável, não fumante, sem vícios, negava uso de medicamentos ou patologias prévias. Morador de área urbana sem nenhum convívio em área rural nestes últimos anos. Trabalhava em fábrica de tecelagem há dois anos como mecânico, usando máscara de proteção. Anamnese mais detalhada referiu que pegava óleo lubrificante para suas máquinas de trabalho em um porão, onde havia muitos morcegos. Exame físico normal. Rotina laboratorial normal e pesquisa anti-HIV negativa. Radiografia do tórax com exsudato infiltrativo bilateral comprometendo os terços superiores. TC do tórax com opacidades heterogêneas irregulares com formações geográficas infiltrando difusamente os lobos superiores bilateralmente e discretamente os lobos inferiores. Broncoscopia: traqueobronquite difusa inespecífica. Histoplasma capsulatum presente na cultura do LBA. Terapia com Cetoconazol 400mg/dia por 6 meses evoluiu com cura clínica e regressão das lesões com normalização radiológica. As apresentações radiológicas da histoplasmose pulmonar mantêm correlação com a fase clínica. Na fase aguda pode apresentar-se com infiltrado exsudativo tipo pneumonite segmentar, infiltrado micronodular difuso com áreas de confluência associado a linfonodomegalias mediastinais e histoplasmoma, já na doença crônica são descritas calcificação hilar, mediastinite fibrosante, opacidades alveolares e imagens cavitárias com nível liquido. A rara apresentação com aspecto geográfico bizarro é pouco referida pela literatura. **Conclusão:** Histoplasmose pulmonar é uma doença com características clínicas e radiológicas inespecíficas, todavia, a apresentação tomográfica de lesões geográficas bizarras bilaterais em terços superiores deve despertar suspeita clínica de doença fúngica.

PO562 DERRAMES PLEURAIS APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA – DIAGNÓSTICO IMPORTANTE A SER LEMBRADO

SCHEILA FRITSCH; WILTON FRANCISCO GOMES; JOSIANE CHIESORIN VAINE MARCHIORO; LÊDA MARIA RABELO
UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; REVASCULARIZAÇÃO MIOCÀRDICA; TORACOCENTESE

Introdução: Derrames pleurais (DPs) ocorrem com freqüência após cirurgias de revascularização do miocárdio (CRM). Geralmente de evolução benigna, podem causar morbidade considerável em alguns casos. **Métodos: Objetivos:** relato de caso de paciente de 72 anos com DP à esquerda, de grande volume, exsudativo com predomínio linfocítico, 3 meses após CRM, tratado com toracocenteses de alívio com resolução do derrame. Revisão de literatura acerca do tema. **Resultados:** Aproximadamente 80% dos pacientes apresentam DP pós CRM, a maior parte à esquerda, exsudativos e de pequeno volume. Parece haver um forte componente inflamatório na patogênese destes derrames. Em 10% dos pacientes, entretanto, ocorrem grandes derrames, quase sempre recorrentes, necessitando de 1 a 3 toracocenteses terapêuticas e, em alguns casos, pleurodese. Grandes derrames tardios, que se formam após 30 dias da cirurgia, caracterizam-se por exsudato linfocítico (diagnóstico diferencial de tuberculose pleural e neoplasia). **Conclusão:** o diagnóstico de DP de grande monta decorrente de CRM é um diagnóstico de exclusão, que deve ser sempre lembrado neste grupo de pacientes, pela sua freqüência e fácil manejo.

PO563 HEMOPTISE COMO PRINCIPAL SINAL DE INFECCAO PULMONAR EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE POR CLADOSPORIUM CLADOSPORIOIDES:RELATO DE CASO

SERGIO GRAVA[1]; FRANCISCO DIAS LOPES[2]; ALEX MOISES PIMENTA[3]; PRISCILA VALERIO LIMA[4]; LILIAN CRISTIANE BAEZO[5]; TEREZINHA ESTIVALET SVIDZINSKI[6]
1,2.HOSPITAL PARANA-SERVICO DE PNEUMOLOGIA, MARINGA, PR, BRASIL; 3,4.LABORATORIO SAO CAMILO, MARINGA, PR, BRASIL; 5,6.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGA, MARINGA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HEMOPTISE; FUNGOS; CLADOSPORIUM

Objetivo: relatar um caso de infecção pulmonar em indivíduo imunocompetente por Cladosporium cladosporioides, um fungo ambiental, comum em grãos que raramente acomete o sistema respiratório, cuja principal manifestação foi hemoptise. **Relato do Caso:** GMW, 59, masculino, amarelo, natural de Maringá-PR, dono de lanchonete, tabagista 25 anos/maço, residente no Japão há cinco anos, procurou o serviço de saúde com história de hemoptise havia quatro meses, a qual iniciou logo após ingestão de amendoim, ausência de perda ponderal ou febre. No Japão foram realizados RX e tomografia de tórax, demonstrando infiltrado em lobo superior direito. Orientado a retornar ao Brasil para investigação, onde foi realizada broncoscopia com biópsia transbrônquica revelando hemorragia parenquimatosa no anátomo-patológico; lavado broncoalveolar não demonstrou presença de bactérias, fungos ou BAAR no exame a fresco e nas culturas. Houve piora clínica acentuada caracterizada por dispnéia, sibilância, tosse e aumento da hemoptise, quando foi encaminhado nosso serviço. Optado pela realização de biópsia pulmonar a céu aberto, com fragmentos enviados para anátomo-patológico e microbiologia. Os resultados demonstraram hemorragia alveolar e a pesquisa de bactérias comuns e BAAR por meio de exame a fresco e culturas foi negativa. Entretanto, um fragmento de pulmão foi encaminhado ao laboratório de micologia médica, do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Análises Clínicas da Universidade Estadual de Maringá (LEPAC-UEM) para pesquisa de fungos. A amostra foi fracionada por pequenos cortes com bisturi esterilizado e inoculados em múltiplos tubos de Sabouraud Dextrose Agar com e sem cicloheximida. Após três dias de incubação a 25 °C, houve desenvolvimento em todos os cultivos, exatamente no local de inoculação do material, de colônias de um fungo demáceo. Esse crescimento ocorreu somente nos meios de cultura que não continham inibidor. As características macroscópicas e as estruturas micromorfológicas permitiram a identificação de Cladosporium cladosporioides. O paciente foi tratado com Itraconazol 400mg/dia +Fumarato de Formoterol 24mcg/dia + Budesonida 800mcg dia, com remissão completa da tosse e da hemoptise após 30 dias, bem como melhora clínica e radiológica importantes. Trata-se de um caso pouco comum de comprometimento pulmonar em indivíduo imunocompetente por um fungo demáceo de origem ambiental. Em princípio, o resultado dos exames micológicos foram interpretados com cautela tendo em vista o risco desse

fungo ser um contaminante ambiental. Entretanto algumas particularidades nortearam a opção pelo inicio do tratamento com antifúngico: o quadro clínico era totalmente compatível com alguns relatos da literatura internacional com isolamento e valorização de C. cladosporioides; reforçou a história de contato com amendoim e também a reprodutibilidade das culturas para fungos que não sugeriam aspecto de contaminação ambiental.

PO564 NOVAS ESTRATÉGIAS PARA A CAPTAÇÃO E TRATAMENTO DE PACIENTES TABAGISTAS DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR – UM PROJETO PILOTO

SERGIO RICARDO SANTOS; ÂNGELA GIULIANA ZAVATTIERI; HELENICE DE PAULA VIEIRA; FERNANDO SÉRGIO STUDART LEITÃO FILHO; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA; YONARA RIVELLE NEVES DAVID; VALTER FURLAN

HOSPITAL PAULISTANO - TOTAL CARE - AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CESSAÇÃO; CAPTAÇÃO

Introdução: Pacientes tabagistas devem receber aconselhamento e tratamento do tabagismo durante a internação, para algumas instituições como a JCAHO esse é um critério de qualidade na assistência a pacientes com Insuficiência Cardíaca, DAC e Pneumonia. Entretanto a organização de um protocolo de intervenção durante a internação com continuação após a alta pode ser um grande desafio. O paciente internado apresenta características específicas que dificultam o aconselhamento e seguimento. **Objetivo:** Avaliar a eficácia de um protocolo de tratamento do tabagismo intra-hospitalar em garantir o seguimento após a alta. **Métodos:** A partir de 12/2007 a 06/2008, um hospital de uma operadora de saúde implantou um programa de tratamento do tabagismo intra-hospitalar. A equipe de fisioterapia ao avaliar um paciente tabagista, sinalizava o serviço de tratamento do tabagismo, baseado em ligações telefônicas, e a equipe de pneumologia. Esta realizava o aconselhamento para a cessação do tabagismo e quando indicado prescrevia farmacoterapia. Em até 48 horas o paciente recebia a primeira ligação do serviço telefônico. Neste primeiro contato era feita a coleta dos dados do paciente e a inscrição do paciente no programa de seguimento após a alta: grupos presenciais ou serviço de ligações telefônicas. **Resultados:** No período de 12/2007 a 06/2008 foram encaminhados ao serviço telefônico 50 pacientes, 54,6(14,2) anos, 23(46%) feminino, 27(54%) masculino, 19(38%) internação cirúrgica e 31(62%) internação clínica. Após o primeiro contato por telefone: 28% optaram por seguimento (abordagem em grupo ou através de ligações telefônicas), 15% referiram não ter interesse no seguimento, 13% referiram ter interesse no tratamento, mas pediram para serem contatados após a recuperação, 42% não responderam a três tentativas semanais de contato, em dias e horários diferentes e 2% outras respostas. **Conclusão:** Essa experiência trouxe aprendizado no desenvolvimento do protocolo intra-hospitalar para a cessação do tabagismo. Novas iniciativas estão sendo desenvolvidas para aumentar o número de pacientes identificados e aumentar a taxa de adesão ao seguimento.

PO565 PENFIGÓIDE DAS MEMBRANAS MUCOSAS: RELATO DE QUATRO CASOS DE ACOMETIMENTO DE VIAS AÉREAS

FELIPE COSTA DE ANDRADE MARINHO; MARCELO JORGE DE SOUZA LEAO ANDRADE; SERVULO AZEVEDO DIAS JÚNIOR; ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; ANDRÉ APANAVICIUS; TELMA ANTUNES; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO E HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PENFIGÓIDE; DESCAMAÇÃO; VIAS AÉREAS

Introdução: Inicialmente denominado pênfigo benigno das mucosas, é atualmente denominado penfigóide das membranas mucosas, pois há vésico-bolhas subepidérmicas não acantolíticas. O penfigóide das membranas mucosas (PMM) é doença bolhosa subepidérmica que acomete preferencialmente as mucosas e ocasionalmente a pele. O PMM é também conhecido como penfigóide cicatricial devido à tendência para formação de cicatrizes. A doença é rara, acomete mais idosos e mulheres. O envolvimento traqueo-brônquico é raro, com poucos casos relatados na literatura. Nós apresentamos o quadro clínico e a evolução de 4 pacientes com PMM. **Relato dos casos CASO 1:** Paciente 20 anos, sexo feminino, com história de lesões ulcerativas em cavidade oral e vulva que responderam, parcialmente, a corticosteróides. Com auxílio de biópsia, diagnosticou-se PMM. Não houve controle clínico adequado, tendo a paciente evoluído para intenso desconforto respiratório. Função pulmonar com obstrução grave e TCAR com lesões justapleurais. A paciente evolui desfavoravelmente e houve óbito após 03 semanas sob ventilação mecânica, apesar de imunossupressão. CASO 2 Paciente de 43 anos, sexo masculino, que procurou auxílio médico por lesões ulceradas em cavidade oral e vias aéreas superiores. Houve necessidade de traqueostomia e biópsia realizada revelou diagnóstico de PMM. Sem controle clínico com corticosteróides, passou a usar metotrexate. Após 10 anos, o paciente segue em acompanhamento com estabilidade do quadro. CASO 3 Paciente de 45 anos, sexo feminino, internada por ulcerações orais associadas a alterações tomográficas em regiões distais do parênquima pulmonar, de aspecto cístico. Com hipótese de herpes, não houve melhora clínica com aciclovir. Uma biópsia da lesão oral resultou no diagnóstico de PMM e tratamento imunossupressor com corticosteróide foi iniciado. A paciente segue estável há 02 anos em uso de prednisona. CASO 4 Paciente de 42 anos, sexo masculino, que procurou o serviço médico com lesões orais. Biópsia revelou o diagnóstico de PMM e avaliação endoscópica demonstrou úlceras em esôfago e árvore traqueo-brônquica. Não houve controle com esteróides e atualmente segue controlado com Azatioprina. Há 04 anos em acompanhamento ambulatorial, mas necessitou submeter-se a dilatação brônquica devido a evolução para estenose cicatricial. **Discussão:** O PMM corresponde a um grupo heterogêneo de doenças que se assemelham do ponto de vista clínico, histológico e imunopatológico, porém diferem nos alvos antigênicos localizados na membrana basal. O PMM não é considerado uma entidade nosológica e sim expressão fenotípica. As lesões que acometem as vias aéreas podem evoluir com obstruções e as cicatrizes podem levar à necessidade de traqueostomia. O diagnóstico é baseado na associação clínica, histopatológia e imunológica O tratamento é orientado de acordo com a extensão e a severidade da doença. A maioria dos casos não responde aos corticóides sistêmicos e outros imunossupresores devem ser usados.

PO566 ASSOCIAÇÃO TUBERCULOSE – DIABETES MELLITUS E RAZÃO DE MASCULINIDADE

SIDNEY BOMBARDA[1]; MARIA JOSEFA PENON RUJULA[2]; MÁRCIA SEISCENTO[3]; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[4]; VERA MARIA NEDER GALESI[5]

1,2,5.DIVISÃO DE TUBERCULOSE DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3,4.INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; DIABETES MELLITUS; RAZÃO DE MASCULINIDADE

Introdução: O Brasil é classificado como país com alta carga de tuberculose e o Estado de São Paulo representa, em números absolutos, o maior contingente de casos da Federação. Estima-se que existam 4,5 milhões de diabéticos no Brasil e que aproximadamente 2 milhões desconhecem a doença. A prevalência no Estado de São Paulo, estimada em 9,6% é a maior do país. Pacientes diabéticos são considerados de alto risco para o adoecimento por tuberculose e estudos sugerem que a razão de masculinidade pode ser alterada na associação das duas doenças. **Objetivo:** Descrever a associação tuberculose - diabetes mellitus e a razão de masculinidade (homem/mulher) nas diferentes faixas etárias entre os pacientes notificados no Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo descritivo da coorte de pacientes com tuberculose notificados no banco de dados da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo entre os anos de 1998 e 2005. As variáveis estudadas foram: diabetes mellitus, sexo e idade. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: grupo TB (tuberculose) e grupo TBDM (tuberculose associada ao diabetes mellitus) e a razão de masculinidade (RM) foi calculada para os 2 grupos de acordo com as faixas etárias (15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 e 60 anos ou mais). **Resultados:** Foram notificados 186.805 casos de tuberculose nesse período, dos quais 9194 eram diabéticos (4,9%). Houve uma predominância do sexo masculino nos 2 grupos (TB e TBDM) em todas as faixas etárias, exceto nos pacientes diabéticos com idade entre 15 e 19 anos, quando houve um discreto predomínio do sexo feminino (RM= 0,9). A RM foi semelhante nos 2 grupos nas faixas entre 20-29 e 30-39 anos: 1,6 e 2,4 no grupo TB e 1,9 e 2,3 no grupo TBDM, respectivamente. No entanto, a partir dos 40 anos a RM se acentua no grupo TB em relação ao grupo TBDM: 3,0 (TB) e 2,3 (TBDM) na faixa etária de 40 a 49 anos; 3,2 (TB) e 2,0 (TBDM) nos pacientes entre 50 e 59 anos e 2,3 (TB) e 1,4 (TBDM) naqueles com 60 anos ou mais. **Conclusão:** Fatores socioculturais podem explicar a predominância do sexo masculino entre pacientes com tuberculose. Estudos sugerem que essa predominância pode ser alterada na associação com o diabetes mellitus. Nesse

estudo observou-se um predomínio do sexo masculino em todas as faixas etárias a partir dos 20 anos nos pacientes com tuberculose, independente da associação com o diabetes mellitus. No entanto, a razão de masculinidade é menor na associação tuberculose e diabetes mellitus a partir dos 40 anos de idade, sugerindo que fatores biológicos e de cuidados com as doenças, além dos socioculturais possam interferir nessa relação. Apoio: ICOHRTA.

PO567 ALTERAÇÕES CELULARES NO ESCARRO INDUZIDO DE ASMÁTICOS APÓS TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO COM SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA

SILVIA MARIA ROMÃO PONTES; ERICA FERRAZ; MARCOS DE CARVALHO BORGES; ELCIO DOS SANTOS OLIVEIRA VIANNA
FMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA ; BRONCOPROVOCAÇÃO; ESCARRO INDUZIDO

Introdução: A asma se caracteriza por obstrução reversível das vias aéreas, inflamação eosinofílica e hiperreatividade brônquica, e esta última pode ser avaliada com o teste de broncoprovocaçao. A solução salina hipertônica é um estímulo indireto utilizado para medir a reatividade brônquica e seu uso já está estabelecido em asmáticos. **Objetivo:** Analisar possíveis alterações celulares do escarro induzido após teste de broncoprovocação com solução salina hipertônica. **Método:** Asmáticos adultos, ambos os sexos, estáveis, foram submetidos à indução de escarro basal. Após 15 dias, os pacientes foram submetidos ao teste de broncoprovocação com solução salina hipertônica e, 48 horas após, foram submetidos à nova indução de escarro. **Resultados:** Vinte e um pacientes concluíram o estudo, sendo quatro do sexo masculino. Média de VEF1 2,50 L +/-0,50 (86,0% +/- 7,8% do predito). Todos estavam em uso de beclometasona em torno de 800 ug/dia. A média do percentual de eosinófilos no escarro induzido basal foi de 7,84 +/- 8,47 e após o teste de broncoprovocação 9,18 +/-9,25 (p=0,56). Também não houve alteração significativa no número de neutrófilos. **Conclusão:** Não há estudos envolvendo análise da composição celular do escarro induzido após um teste de broncoprovocação com solução salina hipertônica. Alguns trabalhos que envolveram análise da composição celular após induções sucessivas de escarro com a utilização de solução salina hipertônica, demonstraram que não há alterações no percentual de eosinófilos e neutrófilos, se respeitado um intervalo de 48h. Concluímos, com os dados de nossa amostra, não haver alterações no diferencial de células após 48 horas da inalação da salina.

PO568 NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO: EXPERIÊNCIA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

SILVIA STIEFANO NITRINI; TIAGO FRIGINI; NATHALIA VIEIRA; ROBERTO GONÇALVES; MARCIO BOTTER; JORGE HENRIQUE RIVABEN; ROBERTO SAAD JUNIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: NÓDULO; PULMONAR; SANTA CASA

Introdução: O nódulo pulmonar solitário é definido por uma lesão menor do que 3cm de diâmetro no parênquima pulmonar, sem outros achados radiológicos associados. É um achado comum, inclusive em exames de rotina e em pacientes assintomáticos, e sua importância se dá pela taxa relativamente alta de malignidade encontrada entre eles. **Objetivos:** Análise dos pacientes portadores de nódulo pulmonar solitário que foram operados pelo Serviço de Cirurgia Torácica da Santa Casa de São Paulo 1980 e 1996. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, em que foi feito levantamento dos prontuários dos pacientes submetidos à cirurgia durante a duração do estudo avaliando-se os seguintes dados: sexo, quadro clínico, resultado histológico final da peça e tratamento definitivo. Os pacientes que possuíam nódulos com calcificações e que o possuíssem por mais de um ano sem alterações radiológicas foram excluídos da pesquisa. Após análise estatística dos dados, os pacientes foram reconvocados afim de se estudar a sobrevida pós-operatória. **Resultados:** Foram encontrados 68 pacientes operados que se encaixavam nos critérios de inclusão, sendo 59% do sexo masculino e 41% do feminino. Quanto ao quadro clínico, 88% eram assintomáticos. Em relação ao achados histológicos, a natureza do nódulo era maligna em 33,8% dos casos, havendo maior incidência de adenocarcinomas (16,2%). Nos nódulos de natureza benigna (66,1%), os mais incidentes foram tuberculose (22%) e hamartoma (20,5%). O procedimento cirúrgico foi indicado para os nódulos malignos, sendo videotoracoscopia realizada em 21% deles e toracotomia em 79%. Nos casos em que se utilizou vídeo, 2 se tratavam de metástases pulmonares e foram ressecados com nodulectomia, enquanto 3 se tratavam de nódulos malignos primários, sendo então indicada a conversão para toracotomia e realizada lobectomia. Nos doentes submetidos à toracotomia, também havia metástases em 2 deles, nos quais foi realizada nodulectomia, porém em 16 havia nódulos malignos primários, ressacados com lobectomia. A sobrevida pós-operatória foi de 45% nos primeiros 5 anos e de 15%, após 10 anos. Pudemos observar também maior incidência de nódulos malignos entre os pacientes mais idosos (acima de 60 anos). **Discussão:** Percebe-se alta incidência de nódulos malignos, representando aproximadamente um terço de todos os casos,o que está em acordo com a literatura. Trata-se de importante fator para que se estabeleça uma conduta mais agressiva frente a nódulos pulmonares solitários, já que a nodulectomia se apresenta como a melhor escolha terapêutica nessas situações. **Conclusão:** A experiência da Santa Casa de São Paulo mostra que o paciente que possui um nódulo pulmonar solitário é geralmente do sexo masculino, não apresentando queixas respiratórias. Uma parte considerável dos nódulos encontrados tende a ser malignos, o que justifica a necessidade de intervenção cirúrgica precoce no tratamento.

PO569 PREVALÊNCIA DE BENEFÍCIOS TEMPORÁRIOS POR ASMA NO BRASIL, 2003-2004

SIMONE DE ANDRADE GOULART ILDEFONSO; ANADERGH BARBOSA-BRANCO; PAULO ROGÉRIO ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; TRABALHO; INCAPACIDADE

Introdução: Asma é uma das maiores causas de incapacidade para o trabalho entre adultos em idade produtiva. Estima-se que 10% dos casos de asma do adulto estejam relacionados a agentes ocupacionais e a asma ocupacional tornou-se a doença respiratória ocupacional mais comum. Contudo os dados epidemiológicos existentes no Brasil acerca deste tema são ainda pouco conhecidos. Avaliar a base de dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) tornou-se uma grande oportunidade de conhecer a prevalência de incapacidade para o trabalho por asma, bem como verificar os ramos de atividade econômica que estiveram associados a esta patologia e ainda determinar o seu impacto ocupacional e previdenciário. **Objetivo:** Determinar a prevalência de benefícios temporários por asma em trabalhadores empregados no Brasil, em 2003 a 2004, buscando possíveis influências do ramo de atividade econômica, bem como os dias de trabalho perdidos e o custo previdenciário decorrente desta doença. **Métodos:** Foram estudados os benefícios auxílio-doença por asma concedidos pelo INSS aos trabalhadores empregados, em 2003 e 2004. Avaliaram-se sexo, idade, ramo de atividade econômica envolvido, espécie, duração e custo dos benefícios. Analisaram-se os dados por meio de coeficiente e razão de prevalência, mediana da duração e do custo dos benefícios. Os dados dos benefícios foram coletados da base do Sistema Único de Benefícios do INSS e os dados populacionais foram obtidos do Cadastro Nacional de Informações Sociais, e referem-se à média mensal de vínculos empregatícios declarados no período. **Resultados:** Em 2003 e 2004, as doenças respiratórias corresponderam a 1,3% do total de benefícios concedidos pelo INSS. A asma correspondeu a 17,1% destes benefícios. A prevalência de benefícios por asma foi de 1,69 por 10.000 vínculos, com uma razão de prevalência entre mulheres e homens de 1,73:1,00. As faixas etárias acima de 50 anos foram as mais acometidas (4,19) e a razão de prevalência entre as espécies de benefícios - previdenciário (não relacionado ao trabalho) e acidentário (relacionado ao trabalho) - foi de 41,50:1,00. Quanto ao ramo de atividade econômica, aqueles com maiores prevalências foram Fabricação de produtos do fumo (7,44), Fabricação de móveis e indústrias diversas (6,47), Fabricação de artigos de vestuário e acessórios (4,83), Fabricação de produtos têxteis (4,27) e Fabricação de produtos de madeira (3,31). A asma resultou em 988.998 dias de trabalho perdidos com um custo total de R$19.477.601,10. A mediana da duração dos benefícios por asma foi de 142 dias, gerando um custo mediano de R$2.275,00 por benefício. **Conclusão:** Dentre as doenças respiratórias, a asma é importante causa de incapacidade para o trabalho gerando elevados custos previdenciários e um grande número de dias de trabalho perdidos. Os ramos nos quais esta doença foi mais prevalente reúnem fatores de risco clássicos, contudo a relação com o trabalho ainda é pouco estabelecida em nosso meio.

P0570 PREVALÊNCIA DE BENEFÍCIOS TEMPORÁRIOS POR SILICOSE NO BRASIL, 2003-2004

SIMONE DE ANDRADE GOULART ILDEFONSO; ANADERGH BARBOSA-BRANCO; PAULO ROGÉRIO ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SILICOSE; BENEFÍCIOS; INCAPACIDADE

Introdução: Silicose, fibrose pulmonar decorrente da inalação de sílica livre, é a principal pneumoconiose no Brasil. A elevada prevalência no país está associada ao grande número de trabalhadores expostos e ainda a condições precárias de trabalho em ambientes nos quais não há medidas de controle ambiental. É uma doença irreversível, podendo cursar com quadros clínicos graves e que ainda geram grande impacto socioeconômico. Contudo os dados epidemiológicos existentes no Brasil acerca deste tema são ainda pouco conhecidos. Avaliar a base de dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) tornou-se uma grande oportunidade de conhecer a prevalência de incapacidade para o trabalho por silicose, bem como verificar os ramos de atividade econômica que estiveram associados a esta patologia e ainda determinar o seu impacto ocupacional e previdenciário. **Objetivo:** Determinar a prevalência de benefícios temporários por silicose em trabalhadores empregados no Brasil, em 2003 e 2004, os ramos de atividade econômica envolvidos, bem como os dias de trabalho perdidos e o custo previdenciário decorrente desta doença. **Métodos:** Foram estudados os benefícios auxílio-doença por silicose concedidos pelo INSS aos trabalhadores empregados, em 2003 e 2004. Avaliaram-se sexo, idade, ramo de atividade econômica envolvido, espécie, duração e custo dos benefícios. Analisaram-se os dados por meio de coeficiente e razão de prevalência, mediana da duração e do custo dos benefícios. Os dados dos benefícios foram coletados da base do Sistema Único de Benefícios do INSS e os dados populacionais foram obtidos do Cadastro Nacional de Informações Sociais, e referem-se à média mensal de vínculos empregatícios declarados no período. **Resultados:** Em 2003 e 2004, a prevalência de benefícios por silicose foi de 0,09 por 10.000 vínculos, com uma razão de prevalência entre mulheres e homens de 13,00:1,00. A faixa etária entre de 50 anos a 59,9 anos foi a mais acometida (0,21) e a razão de prevalência entre as espécies de benefícios - previdenciário (não relacionado ao trabalho) e acidentário (relacionado ao trabalho) - foi de 1,79:1,00. Quanto ao ramo de atividade econômica, aqueles com maiores prevalências foram Fabricação de produtos minerais não-metálicos (0,79), Metalurgia básica (0,78), Fabricação de móveis e indústrias diversas (0,52) e Fabricação de outros equipamentos de transporte (0,51). A silicose resultou em 74.399 dias de trabalho perdidos com um custo total de R$1.822.157,58. A mediana da duração dos benefícios por silicose foi de 278 dias, gerando um custo mediano de R$6.486,84 por benefício. **Conclusão:** A silicose ainda é um problema de saúde pública em nosso meio, gerando incapacidade, elevados custos previdenciários e um grande número de dias de trabalho perdidos. Embora esta doença seja tipicamente ocupacional, a relação com o trabalho não foi estabelecida de forma adequada.

P0571 QUILOTORAX IDIOPATICO. REPORTE DE 3 CASOS

STELLA ISABEL MARTINEZ[1]; ANDRES ZERRATE[2]; JUAN GUILLERMO TRUJILLO[3]
1,3.CLINICA REINA SOFIA, BOGOTA, COLÔMBIA; 2.UNIVERSIDAD EL BOSQUE, BOGOTA, COLÔMBIA

PALAVRAS-CHAVE: QUILOTORAX; IDIOPATICO; TRATAMIENTO

Introducción: Las causas más frecuentes de quilotórax son el trauma y la obstrucción linfática, en algunos casos no se logra determinar la etiología y se consideran idiopaticos. **Objetivos:** Describir y analizar caos de pacientes con \"quilotórax idiopatico\" manejados en nuestra institución. Se discutirá su posible etiología y el manejo de esta inusual resentación. **Metodos:** Se realiza un reporte de casos de 3 pacientes que consultaron al servicio de urgencias de la clínica Reina Sofía, en quienes se diagnóstico quilotórax sin etiología clara. Todos los pacientes se manejaron por el servicio de cirugía de tórax con medidas nutricionales y sin drenaje de la cavidad pleural. El mismo equipo médico realizo el seguimiento clínico y radiologico de los pacientes mientras permanecieron hospitalizados y los controles ambulatorios. **Resultados:** Tres mujeres con edades de 27, 32 y 53 años, 2 de ellas con antecedente de actividad física reciente (gimnasia y pilates), presentarón dolor torácico súbito, dos casos con edema cervical ipsilateral doloroso, una paciente fue tratada inicialmente en otra institución con antiinflamatorios no esteroideos, y reconsulto una semana más tarde por disnea. En las 3 pacientes la radiografía de tórax mostro efusión pleural unilateral, la toracentesis obtuvo liquido de aspecto lechoso y el laboratorio confirmó el quilotórax. En un caso la TAC mostró quilomediastino y descartó neoplasias mediastinales. En ningún caso se realizó drenaje pleural adicional a la toracentesis diagnóstica debido al bajo volumen y a la ausencia de sintomas respiratorios. 2 casos fueron hospitalizados con suspensión de la ingesta e inicio de nutrición parenteral total (NPT). Despues de 3 y 7 días respectivamente se suspendio la NPT y se inicio la ingesta de frutas y vegetales crudos exclusivamente, al no evidenciar aumento de la efusión pleural fueron dadas de alta manteniendo esta dieta por una semana y se restituyo la dieta normal progresivamente en un periodo de 2 semanas. Los sintomas mejoraron y la efusión pleural no aumento en los controles radiologicos interdiarios durante la hospitalización y al iniciar la dieta libre de restricciones. En un caso se obtuvo una TAC a las 6 semanas del egreso. Una paciente se manejo ambulatoriamente sin NPT con las mismas restricciones en la ingesta y con los mismos controles radiológicos. **Conclusión:** El quilotórax puede presentarse por desgarros del conducto tóracico secundarios a traumatismos mínimos o no aparentes, particularmente la hiperextensión cervical, mecanismo atribuido al quilotórax neonatal. En adultos despues de descartar causa traumatica o neoplasica, el ejercicio físico o los movimientos de hiperextensión especialmete si antecedidos de comida copiosa, pueden explicar la aparición del quilotórax. El comportamiento observado fue la mejoria con tratamiento médico unicamente, sin complicaciones, e inclusive sin la necesidad de drenar la cavidad pleural.

P0572 IDENTIFICAÇÃO DA ESCALA ADEQUADA PARA AVALIAR A INTENSIDADE DA DISPNÉIA DURANTE A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD) EM PNEUMOPATAS

SUZANA ERICO TANNI; PAULO ADOLFO LUCHETA; IRMA DE GODOY
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ATIVIDADES DE VIDA DIÀRIA; AVD; DPOC

Introdução: A dispnéia é um dos principais sintomas relacionados às atividades de vida diária (AVD). Os instrumentos para avaliar a dispnéia utilizam escalas com números e frases e nenhum deles apresentam a opção de resposta por meio de expressões com cores. Objetivo: Identificar a escala mais adequada para avaliar a intensidade de dispnéia em pacientes pneumopatas durante a realização de AVD. Métodos: Foram aplicados três modelos de escala de dispnéia derivados de modelo prévio (Lareau et al., 1994 e 1998). Todos apresentavam 10 opções de resposta com frases que variavam de "falta de ar ausente" até "não realizo mais a AVD devido à falta de ar". No primeiro modelo havia números seqüenciais e frases explicativas: ex: um (falta de ar ausente) até 10 (não realizo mais devido à falta de ar). No segundo modelo os números foram substituídos por faces coloridas e com expressões e o terceiro modelo, completo, incluiu frases, faces coloridas com expressões e números. Os pacientes foram solicitados para identificar a sensação de dispnéia durante a realização de quatro atividades (Tomar banho de chuveiro, caminhar no plano em casa, subir ladeira e subir escadas) utilizando uma escala de cada vez. Ao final foi perguntado: Qual das três escalas o(a) Sr(a) prefere para descrever a intensidade da falta de ar durante a realização das AVD? **Resultados:** Foram entrevistados 33 pacientes com doenças respiratórias, residentes na área urbana de Botucatu, atendidos nos ambulatórios de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Botucatu. A idade média foi de 57,1 ± 15,5 anos, 17 (51%) eram mulheres, VEF1/CVF de 63,4 ± 13,0% e VEF1 de 73,0 ± 27,1%. Escolaridade: 36,4% primeiro grau incompleto, 39,4% primeiro grau completo e 24,2% segundo grau completo. **Diagnósticos:** Asma 58%, DPOC 33%, Hipertensão Arterial Pulmonar 6% e Tabagismo 3%, com. A escala completa foi a opção de 63,3% dos pacientes seguida da escala numérica (24,2%) e de expressões (12,1%). **Conclusão:** A escala completa foi identificada como a opção preferida pela maioria dos pacientes para identificar a intensidade de dispnéia relacionada com a realização de AVD em população com nível de escolaridade diversificado. **Referências:** Lareau, S. C., V. Carrierikohlman, et al. (1994). \"Development and Testing of the Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire (Pfsdq).\" Heart & Lung 23(3): 242-250. Lareau, S. C., P. M. Meek, et al. (1998). \"Development and testing of the modified version of the Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire (PFSDQ-M).\" Heart & Lung 27(3): 159-168

P0573 OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE MAMÁRIA EM CENTRO DE REFERÊNCIA AMBULATORIAL DE TUBERCULOSE- FORTALEZA-CE NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2004 A JUNHO DE 2008

TANIA REGINA BRÍGIDO OLIVEIRA[1]; ANA MARIA DANTAS DO AMARAL[2]; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO[3]; SÉFORA CHAVES MENDES LOPES[4]; MARIA SILVA RIBEIRO[5]

1,2,5.SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4.FUNASA, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE MAMÀRIA; FREQUENCIA; DIAGNÓSTICO

Introdução: A tuberculose mamária é rara, correspondendo a < 0,1% dos casos notificados nos EUA, chegando a 3,8% em países endêmicos. A apresentação clínica não difere das demais mastites crônicas. Pode se apresentar como abscessos, lesões esclerosantes semelhantes à neoplasia e nódulos múltiplos. Devido à forma clínica de apresentação, poderá ser confundida com carcinoma de mama ou ser concomitante a ele. Ocorre com maior incidência no grupo com idade entre 20 e 50 anos. O diagnóstico definitivo é feito pela cultura para BK do material obtido da lesão ou da secreção da mesma. A histopatologia orienta o diagnóstico na impossibilidade de se fazer a cultura. O diagnóstico diferencial da lesão granulomatosa se faz com sífilis, blastomicose,. histoplasmose, esporotricose entre outros. **Objetivo:** Avaliar a frequência e as características de pacientes com Tuberculose mamária notificados no Centro de Saúde D. Libânia (CSDL)/SESA -CE, unidade de referência de tratamento de TB no estado do Ceará no período de 04 anos. **Método:** Estudo retrospectivo realizado no período de janeiro 2004 a junho 2008, baseado no estudo de casos de tuberculose inscritos para tratamento, observados no Livro de Registro da Unidade Ambulatorial de Tuberculose do CSDL. O diagnóstico de Tuberculose mamária foi feito através de exames anatomopatológico. Os prontuários das pacientes foram revisados para a coleta de dados. **Resultados:** Foram notificados 1033 casos de tuberculose no período observado. Destes, 383 (37,07%) tiveram o diagnóstico de TB extrapulmonar. A tuberculose mamária diagnosticada em 32 casos representou 8,3% do total de extrapulmonares e 3,09% do total de casos notificados na unidade. A distribuição dos casos nos anos estudados, foi a seguinte 2004(08); 2005(05); 2006 (04); 2007 (09) e no primeiro semestre de 2008 (06).Todos os casos de TB mamária foram observados em mulheres. A idade variou entre 22 a 50 anos com média em 36,2 anos. A sorologia anti HIV foi realizada em 100% das pacientes sendo todos os resultados negativos. Quanto ao desfecho dos casos que concluíram o tratamento (26) foi observado alta por cura em 21/26 (80,8%) por abandono 2/26 (7,7%); por transferência 2/26 (7,7%) e falência 1/26 (3,8%). Continuam em tratamento 6/32 (correspondem aos inscritos no ano 2008). Nenhum óbito foi registrado. **Conclusão:** A TB mamária é doença pouco frequente entre os casos diagnosticados de TB extrapulmonar. Esta forma de apresentação é quase exclusiva do sexo feminino. Em nosso estudo representou 100% dos casos em mulheres jovens. O diagnóstico em todos os casos foi feito através do exame anatomopatológico. A neoplasia de mama representou o principal diagnóstico diferencial. O percentual de cura ficou acima da faixa observada no estado do Ceará. Surpreendeu a ocorrência de 01 caso de falência de tratamento no grupo estudado. Este trabalho visa chamar a atenção para o diagnóstico desta forma de apresentação da doença, particularmente em mulheres jovens.

P0574 ANUSITE TUBERCULOSA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

TANIA REGINA BRÍGIDO OLIVEIRA[1]; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO[2]; ANA MARIA DANTAS DO AMARAL[3]; SÉFORA CHAVES MENDES LOPES[4]

1.SECRETARIA DESAUDE DO ESTADO, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3.SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4.FUNASA, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ANUSITE TUBERCULOSA; LOCALIZAÇÃO RARA; DIAGNÓSTICO

Introdução: A tuberculose (TB) na região perianal é uma forma rara de localização da doença (TB). É mais comum em homens e ocorre em geral secundariamente à doença pulmonar. A contaminação ocorre a partir da deglutição de secreções respiratórias contaminadas por bacilos. Pode se apresentar de várias formas - abscessos, nódulos, tumorações sendo que a fístula é o sintoma mais freqüente da tuberculose anorretal (80% a 91% dos casos). O diagnóstico diferencial é feito comumente com neoplasias malignas, Doença de Crohn, doença pilonidal, actinomicose ou tumorações benignas. Nos casos descritos na literatura, a doença se apresenta mais comumente na forma de fistulas anorretais, associadas à TB pulmonar ativa e refletem quase sempre sinal de imunodeficiência. Formas isoladas como a anusite (processo inflamatório anal) são ainda mais raras. A histopatologia define facilmente o diagnóstico. A bacterioscopia direta, a cultura e a detecção do DNA bacteriano pelo PCR também podem fazer o diagnóstico, apesar de paucibacilar. O tratamento específico seja efetivo, embora em alguns casos possa ser combinado com a cirurgia. O tempo de cicatrização depende da lesão inicial. A evolução costuma ser favorável. **Objetivo:** Relatar caso de paciente imunocompetente com TB em sítio inusitado - região anal - que se apresentou como forma clínica isolada. **Relato do Caso:** Jovem de 20 anos, sexo masculino, estudante, procedente de Fortaleza-Ce. Relatava ardor e caroço doloroso na região perianal há 6 meses. US identificou lesão cística perianal. Foi submetido a biópsia. A histopatologia do fragmento de lesão sugeria etiologia tuberculosa. Foi encaminhado ao Centro de Saúde de Referência com indicação de tratamento de Tuberculose perianal. Assintomático respiratório, sem história de doença pulmonar prévia. Negava contato com paciente com TB. Negava sintomatologia clínica que sugerisse TB em outro sítio. Apresentava bom estado geral e exame físico normal, exceto a anuscopia que revelava lesão ulcerada perianal. O RX do tórax foi normal. O PPD reator forte - 12 mm. A sorologia anti HIV foi negativa, assim como sorologia para Lues. A revisão das lâminas confirmou tratar-se de lesão granulomatosa tuberculosa composta por granulomas epitelióides, linfócitos e cels gigantes do tipo Langhans com necrose caseosa central. Foi iniciado esquema I (rifampicina, isoniazida e pirazinamida) com boa evolução clínica. A alta foi dada por cura após 6 meses de tratamento específico, observando-se cicatrização completa da lesão. **Conclusão:** Anusite é uma apresentação rara da doença tuberculosa, particularmente em pacientes imunocompetentes. O caso apresentado apresentou-se como lesão perianal isolada sem apresentar sintomatologia clínica geral sugestiva de TB. O exame anátomo-patológico com a identificação do granuloma caseoso, definiu o diagnóstico. O tratamento específico mostrou-se efetivo na resolução do quadro. Chamar a atenção para esta rara localização da doença justifica o relato do caso.Introdução: A tuberculose (TB) na região perianal é uma forma rara de localização da doença (TB). É mais comum em homens e ocorre em geral secundariamente à doença pulmonar. A contaminação ocorre a partir da deglutição de secreções respiratórias contaminadas por bacilos. Pode se apresentar de várias formas - abscessos, nódulos, tumorações sendo que a fístula é o sintoma mais freqüente da tuberculose anorretal (80% a 91% dos casos). O diagnóstico diferencial é feito comumente com neoplasias malignas, Doença de Crohn, doença pilonidal, actinomicose ou tumorações benignas. Nos casos descritos na literatura, a doença se apresenta mais comumente na forma de fistulas anorretais, associadas à TB pulmonar ativa e refletem quase sempre sinal de imunodeficiência. Formas isoladas como a anusite (processo inflamatório anal) são ainda mais raras. A histopatologia define facilmente o diagnóstico. A bacterioscopia direta, a cultura e a detecção do DNA bacteriano pelo PCR também podem fazer o diagnóstico, apesar de paucibacilar. O tratamento específico seja efetivo, embora em alguns casos possa ser combinado com a cirurgia. O tempo de cicatrização depende da lesão inicial. A evolução costuma ser favorável. **Objetivo:** Relatar caso de paciente imunocompetente com TB em sítio inusitado - região anal - que se apresentou como forma clínica isolada. **Relato do caso:** Jovem de 20 anos, sexo masculino, estudante, procedente de Fortaleza-Ce. Relatava ardor e caroço doloroso na região perianal há 6 meses. US identificou lesão cística perianal. Foi submetido a biópsia. A histopatologia do fragmento de lesão sugeria etiologia tuberculosa. Foi encaminhado ao Centro de Saúde de Referência com indicação de tratamento de Tuberculose perianal. Assintomático respiratório, sem história de doença pulmonar prévia. Negava contato com paciente com TB. Negava sintomatologia clínica que sugerisse TB em outro sítio. Apresentava bom estado geral e exame físico normal, exceto a anuscopia que revelava lesão ulcerada perianal. O RX do tórax foi normal. O PPD reator forte - 12 mm. A sorologia anti HIV foi negativa, assim como sorologia para Lues. A revisão das lâminas confirmou tratar-se de lesão granulomatosa tuberculosa composta por granulomas epitelióides, linfócitos e cels gigantes do tipo Langhans com necrose caseosa central. Foi iniciado esquema I (rifampicina, isoniazida e pirazinamida) com boa evolução clínica. A alta foi dada por cura após 6 meses de tratamento específico, observando-se cicatrização completa da lesão. **Conclusão:** Anusite é uma apresentação rara da doença tuberculosa, particularmente em pacientes imunocompetentes. O caso apresentado apresentou-se como lesão perianal isolada sem apresentar sintomatologia clínica geral sugestiva de TB. O exame anátomo-patológico com a identificação do granuloma caseoso, definiu o

diagnóstico. O tratamento específico mostrou-se efetivo na resolução do quadro. Chamar a atenção para esta rara localização da doença justifica o relato do caso. **Introdução:** A tuberculose (TB) na região perianal é uma forma rara de localização da doença (TB). É mais comum em homens e ocorre em geral secundariamente à doença pulmonar. A contaminação ocorre a partir da deglutição de secreções respiratórias contaminadas por bacilos. Pode se apresentar de várias formas - abscessos, nódulos, tumorações sendo que a fístula é o sintoma mais freqüente da tuberculose anorretal (80% a 91% dos casos). O diagnóstico diferencial é feito comumente com neoplasias malignas, Doença de Crohn, doença pilonidal, actinomicose ou tumorações benignas. Nos casos descritos na literatura, a doença se apresenta mais comumente na forma de fistulas anorretais, associadas à TB pulmonar ativa e refletem quase sempre sinal de imunodeficiência. Formas isoladas como a anusite (processo inflamatório anal) são ainda mais raras. A histopatologia define facilmente o diagnóstico. A bacterioscopia direta, a cultura e a detecção do DNA bacteriano pelo PCR também podem fazer o diagnóstico, apesar de paucibacilar. O tratamento específico seja efetivo, embora em alguns casos possa ser combinado com a cirurgia. O tempo de cicatrização depende da lesão inicial. A evolução costuma ser favorável. **Objetivo:** Relatar caso de paciente imunocompetente com TB em sítio inusitado - região anal - que se apresentou como forma clínica isolada. **Relato do Caso:** Jovem de 20 anos, sexo masculino, estudante, procedente de Fortaleza-Ce. Relatava ardor e caroço doloroso na região perianal há 6 meses. US identificou lesão cística perianal. Foi submetido a biópsia. A histopatologia do fragmento de lesão sugeria etiologia tuberculosa. Foi encaminhado ao Centro de Saúde de Referência com indicação de tratamento de Tuberculose perianal. Assintomático respiratório, sem história de doença pulmonar prévia. Negava contato com paciente com TB. Negava sintomatologia clínica que sugerisse TB em outro sítio. Apresentava bom estado geral e exame físico normal, exceto a anuscopia que revelava lesão ulcerada perianal. O RX do tórax foi normal. O PPD reator forte - 12 mm. A sorologia anti HIV foi negativa, assim como sorologia para Lues. A revisão das lâminas confirmou tratar-se de lesão granulomatosa tuberculosa composta por granulomas epitelióides, linfócitos e cels gigantes do tipo Langhans com necrose caseosa central. Foi iniciado esquema I (rifampicina, isoniazida e pirazinamida) com boa evolução clínica. A alta foi dada por cura após 6 meses de tratamento específico, observando-se cicatrização completa da lesão. **Conclusão:** Anusite é uma apresentação rara da doença tuberculosa, particularmente em pacientes imunocompetentes. O caso apresentado apresentou-se como lesão perianal isolada sem apresentar sintomatologia clínica geral sugestiva de TB. O exame anátomo-patológico com a identificação do granuloma caseoso, definiu o diagnóstico. O tratamento específico mostrou-se efetivo na resolução do quadro. Chamar a atenção para esta rara localização da doença justifica o relato do caso. **Introdução:** A tuberculose (TB) na região perianal é uma forma rara de localização da doença (TB). É mais comum em homens e ocorre em geral secundariamente à doença pulmonar. A contaminação ocorre a partir da deglutição de secreções respiratórias contaminadas por bacilos. Pode se apresentar de várias formas - abscessos, nódulos, tumorações sendo que a fístula é o sintoma mais freqüente da tuberculose anorretal (80% a 91% dos casos). O diagnóstico diferencial é feito comumente com neoplasias malignas, Doença de Crohn, doença pilonidal, actinomicose ou tumorações benignas. Nos casos descritos na literatura, a doença se apresenta mais comumente na forma de fistulas anorretais, associadas à TB pulmonar ativa e refletem quase sempre sinal de imunodeficiência. Formas isoladas como a anusite (processo inflamatório anal) são ainda mais raras. A histopatologia define facilmente o diagnóstico. A bacterioscopia direta, a cultura e a detecção do DNA bacteriano pelo PCR também podem fazer o diagnóstico, apesar de paucibacilar. O tratamento específico seja efetivo, embora em alguns casos possa ser combinado com a cirurgia. O tempo de cicatrização depende da lesão inicial. A evolução costuma ser favorável. **Objetivo:** Relatar caso de paciente imunocompetente com TB em sítio inusitado - região anal - que se apresentou como forma clínica isolada. **Relato do Caso:** Jovem de 20 anos, sexo masculino, estudante, procedente de Fortaleza-Ce. Relatava ardor e caroço doloroso na região perianal há 6 meses. US identificou lesão cística perianal. Foi submetido a biópsia. A histopatologia do fragmento de lesão sugeria etiologia tuberculosa. Foi encaminhado ao Centro de Saúde de Referência com indicação de tratamento de Tuberculose perianal. Assintomático respiratório, sem história de doença pulmonar prévia. Negava contato com paciente com TB. Negava sintomatologia clínica que sugerisse TB em outro sítio. Apresentava bom estado geral e exame físico normal, exceto a anuscopia que revelava lesão ulcerada perianal. O RX do tórax foi normal. O PPD reator forte - 12 mm. A sorologia anti HIV foi negativa, assim como sorologia para Lues. A revisão das lâminas confirmou tratar-se de lesão granulomatosa tuberculosa composta por granulomas epitelióides, linfócitos e cels gigantes do tipo Langhans com necrose caseosa central. Foi iniciado esquema I (rifampicina, isoniazida e pirazinamida) com boa evolução clínica. A alta foi dada por cura após 6 meses de tratamento específico, observando-se cicatrização completa da lesão. **Conclusão:** Anusite é uma apresentação rara da doença tuberculosa, particularmente em pacientes imunocompetentes. O caso apresentado apresentou-se como lesão perianal isolada sem apresentar sintomatologia clínica geral sugestiva de TB. O exame anátomo-patológico com a identificação do granuloma caseoso, definiu o diagnóstico. O tratamento específico mostrou-se efetivo na resolução do quadro. Chamar a atenção para esta rara localização da doença justifica o relato do caso.

PO575 ASSOCIAÇÃO DE TUBERCULOSE PULMONAR E TUBERCULOMA CEREBRAL- RELATO DE CASO

TATIANE SOARES COSTA MACEDO[1]; BIANCA ALMEIDA ROCHA[2]; MARGARIDA MARIA LIMA DA MOTA[3]

1.HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFREE GUINLE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.POLO SANITARIO WASHINGTON LUIZ LOPES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3.POSTO DE SAÚDE HÉLIO CRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE PULMONAR; TUBERCULOMA CEREBRAL; EXPANSÃO PARADOXAL

Introdução: Tuberculose (TB) é grande causa de mortalidade por doença infecciosa no mundo, com uma estimativa de que uma em cada três pessoas esteja infectada. A Neurotuberculose representa 5 a 15% das formas extrapulmonares e pode ser classificada em meningite tuberculosa, tuberculoma cerebral e aracnoidite espinhal. Os tuberculomas cerebrais acometem crianças e adultos jovens após primoinfecção pulmonar. **Objetivos:** Relatar caso de paciente com diagnóstico de Tuberculoma cerebral em associação com TB Pulmonar. **Métodos: Relato de caso. Resultados:** SBC, 4 anos, negra, pré-escolar, natural de São Gonçalo - Rio de Janeiro foi encaminhada ao posto de saúde com quadro de febre alta diária vespertina, tosse seca e emagrecimento de 4 kg em 3 meses. Tratada com antibióticos e vitaminas, mas sem melhora do quadro. Radiograma torácico (nov/07) mostrava uma imagem hipotransparente em lobo médio direito, PPD com 10mm. Ao exame a criança apresentava a marca vacinal da BCG feita em 5/2/2004 e a mãe negou contactantes de TB, sendo então iniciado o esquema RIP. Após 1 mês apresentou marcha atáxica, cefaléia e dismetria a esquerda em membros superiores e inferiores. Foi encaminhada a um hospital universitário que realizou TC crânio que evidenciou várias imagens com captação anelar de contraste em topografia cerebelar à esquerda, com edema perilesional desviando o IV ventrículo, sem hidrocefalia, com cisternas de base visíveis sugerindo abscesso. Punção lombar não realizada pelo risco de herniação. Broncoscopia mostrou compressão extrínseca do BLM com redução do calibre e BLIE com processo inflamatório difuso leve. Resultado LBA com BAAR e cultura negativos. Em jan/08 a criança apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada, precedida de vômitos e cefaléia. Realizada RNM compatível com abscesso tuberculoso em vérmis cerebelar, com indicação de abordagem neurocirúrgica. Após 25 dias de internação evoluiu bem clinicamente, sem qualquer sinal neurológico e a TC de controle mostrou aparente diminuição do tuberculoma, sendo então liberada para controle ambulatorial. Entretanto, após 11 dias de alta hospitalar apresentou cefaléias e vômitos e nova TC mostrando o aumento do tuberculoma, sendo necessária intervenção neurocirúrgica. A mesma não foi realizada por problemas operacionais, sendo a paciente monitorizada com TC de controle. Permaneceu por mais 45 dias internada, com boa evolução do quadro, assintomática, TC controle com diminuição da lesão granulomatosa e redução da hidrocefalia, sendo liberada para controle clínico ambulatorial. **Conclusão:** A TB do SNC perpassa o diagnóstico diferencial de massas cerebrais e é conhecida por sua alta letalidade. Os tuberculomas representam 15 a 20% dos tumores cerebrais nos países subdesenvolvidos. Podem ser solitários ou múltiplos e cerca de 2/3 localizam-se no cerebelo e 1/3 nos hemisférios cerebrais. Vale ressaltar que neste caso a paciente apresentou expansão paradoxal da lesão cerebral durante o uso de tuberculostáticos.

PO576 DOENÇA DE CASTLEMAN ASSOCIADO TUBERCULOSE GANGLIONAR ABDOMINAL : RELATO DE CASO

TATIANE SOARES COSTA MACEDO[1]; RAPHAEL ZENATTI[2]; FREDERICO DE SOUZA MARQUES[3]; CÁSSIO SAMPAIO DIAS[4]; BERNARDO HENRIQUE MARANHÃO[5]

1.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GRAFFE GUINLE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4,5.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFREE GUINLE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA DE CASTLEMAN; TUBERCULOSE GANGLIONAR; HIV

Introdução: Doença de Castleman (DC) é uma doença linfoproliferativa, geralmente associada ao HIV e herpes vírus 8. Localização mais freqüente mediastinal (70%) e pouco comum no abdome. Apresenta 3 variáveis histológicas: hialino-vascular (90%), plasmocitária (8-9%) e mista (1-2%). Em sua grande maioria são assintomáticos ou com sintomas não específicos, tais como astenia, emagrecimento, febre e sudorese noturna e linfadenopatia; ou menos freqüentemente, com manifestações clínicas mais intensas como linfadenopatia sistêmica periférica e hepatoesplenomegalia. **Objetivos:** Relatar caso de paciente com diagnóstico de Doença de Castleman em associação com Tuberculose Ganglionar Abdominal. **Métodos:** Relato de caso clínico de paciente internado no Hospital Universitário Gafree e Guinle/UNIRIO. Resultados: JBVN, 57 anos, masculino, natural do Ceará, morador do Rio de Janeiro deu entrada em fev/08 com quadro de dor abdominal, associado a vômitos e diarréia havia cerca de 4 meses. Relatava também emagrecimento de aproximadamente 6 kg em 3 meses e tosse produtiva com expectoração mucóide com febre e sudorese noturna. História prévia de Tuberculose Pulmonar 25 anos antes. Radiograma torácico evidenciou áreas de condensação em ápice pulmão D aliada a fibrose e condensação paracardíaca esquerda. O anti-HIV foi negativo. TC de abdome revelou massa retroperitoneal e adenomegalia para-aórtica. Endoscopia digestiva alta mostrou hérnia hiatal por deslizamento e compressão extrínseca do bulbo duodenal. Lavado Broncoalveolar foi negativo para BAAR. Submetido à Laparotomia exploradora sendo realizadas linfadenectomia e biópsia hepática. A primeira com positividade para Doença de Castleman associada linfadenite granulomatosa, com hiperplasia dos folículos linfóides e formação de centros germinativos contendo material hialino, sendo que a segunda mostrava infiltrado linfocitário portal acompanhado de granulomas, com etiologia mais provável de Tuberculose. Em maio/08 foi iniciado esquema RIP. Após 1 mês evoluiu com quadro de peritonite fecal devido perfuração íleo-jejunal e submetido à laparotomia exploradora. No pós-operatório evoluiu com quadro infeccioso pulmonar, sepse, choque refratário e parada cardiorrespiratória irreversível. **Conclusão:** A DC é doença rara; com localização freqüente em mediastino, mas podendo acometer pescoço, axila, pelve, retroperitôneo e pericárdio. Doenças como tuberculose e linfomas entram no diagnóstico diferencial. A forma mais agressiva da doença está fortemente ligada a imunossupressão e cerca de 10% dos pacientes HIV negativos apresentam linfoadenopatia mediastinal ou abdominal. Neste caso a Doença de Castleman está associada à Tuberculose ganglionar abdominal em paciente HIV negativo.

PO577 ADENOCARCINOMA DE PULMÃO EM PACIENTE FUMANTE COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA - RELATO DE CASO

THAIS FERREIRA COSTA; ALEXANDRE AZEVEDO CUNHA; ROSA KILL MARTINS; SUZETE MENDES

HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; ADENOCARCINOMA; TABAGISMO

Introdução: O CA de pulmão que no início do século era uma doença rara tornou-se a neoplasia mais letal em todo o mundo. Dados do Ministério da Saúde mostram em 2006 uma incidência de 27170 novos casos no Brasil. É consenso que o tabagismo é o principal fator de risco na gênese deste câncer, e o risco é diretamente proporcional ao número de cigarros consumidos e ao tempo de exposição ao tabaco. Cerca de 90% dos CA de pulmão podem ser evitados com o abandono do tabagismo. O adenocarcinoma é tipo histológico mais comum nas mulheres e nos não fumantes. As lesões são geralmente pequenas, periféricas e possuem apresentação clássica ao RX de nódulo pulmonar solitário. Objetivo Relatar caso de paciente jovem e fumante com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão de apresentação atípica. **Relato de Caso:** CMC, feminino, 40 anos, casada, cabeleireira, natural e procedente do DF, queixava-se de dor em face lateral de hemitórax E associado à febre. Referia perda de 4 kg em 5 meses, negava tosse e expectoração. Referia história pregressa de tabagismo desde os 23 anos com consumo de 10 cigarros/dia. Realizou RX de tórax em 30/04/08 evidenciando múltiplas opacidades nodulares em ambos os pulmões com distribuição preferencialmente em bases e infiltrado reticulonodular difuso e bilateral mais evidente à E, onde há massa hilar. TC de tórax em 08/05/08 evidenciou lesão central à E de aspecto tumoral com provável disseminação metastática bilateral e presença de linfonodomegalias mediastinais e hilares. Broncoscopia com biópsia transbrônquica em 12/05/08 mostrou redução da luz do segmento lingular e anterior E com infiltração de mucosa e biópsia de fragmento que diagnosticou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Estadiamento tumoral resultou sem metástases à distância. Dia 21/05/08, a paciente apresentou queda importante do estado geral associado à dispnéia. Novo RX de tórax mostrou evolução da lesão pulmonar para praticamente todo pulmão D. Segundo parecer oncológico, a paciente se encontra fora de possibilidade terapêutica e permanece internada sob cuidados paliativos de suporte à vida. **Discussão:** A incidência do CA de pulmão é maior na 6°, 7° e 8° décadas de vida, porém o início precoce do hábito de fumar faz com que a doença se manifeste em pessoas mais jovens e embora os homens sejam mais acometidos, esta relação torna-se a cada ano menor, pois o vício de fumar está aumentando entre as mulheres. Com relação ao caso clínico, vale ressaltar o aumento na incidência de adenocarcinoma em pacientes com importante histórico de tabagismo. **Conclusão:** O CA de pulmão é a neoplasia que mais mata no mundo e o tabagismo a maior causa evitável desta doença responsável por inúmeras mortes precoces. O controle do tabagismo, principalmente entre as mulheres (onde a incidência deste câncer tem aumentado), deve tornar-se preocupação constante, já que a doença demanda grandes investimentos econômicos em tratamento, bem como um desgaste emocional intenso em familiares e pacientes acometidos.

PO578 SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN (TRAQUEOBRONCOMEGALIA)

THIAGO COSTA DE ARAÚJO DANTAS; MUNIR MASSUD; ANTÔNIO DE PÁDUA DE OLIVEIRA JUNIOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MOUNIER-KUHN; TRAQUEOBRONCOMEGALIA; BRONQUIECTASIAS

Introdução: A síndrome de Mounier-Kuhn, também chamada de traqueobroncomegalia, é uma entidade rara, congênita, caracterizada pela dilatação anormal da traquéia e dos brônquios principais em faca da atrofia das fibras elásticas e redução da camada de músculos lisos. Pode haver divertículos entre os anéis cartilaginosos em face da fragilidade do tecido músculo-membranoso. Em razão da dilatação, a eficácia da depuração muco-ciliar fica prejudicada, propiciando a retenção de secreções, seguidas por infecções respiratórias de repetição e formação de bronquiectasias. Esta síndrome pode vir associadas a outras entidades como a síndrome de Marfan, a cutis laxa e à síndrome de Ehlers Dahlos, porém é mais comumente idiopática. A síndrome manifesta-se mais frequentemente entre a terceira e quarta décadas de vida, sendo mais comum em homens negros. A apresentação clínica pode variar de sintomas leves até quadros com tosse, expectoração purulenta abundante, hemoptise mínima e dispnéia, sendo confundidos com com bronquite crônica. Como nas bronquiectasias difusas avançadas de outras causas, é comum o baqueteamento digital e a cianose. O diagnóstico depende da demonstração do aumento do diâmetro das vias aéreas. Na radiografia de tórax convencional, notadamente no perfil, é possível notar o alargamento da coluna de ar traqueal, mas o aumento das dimensões da traquéia e brônquios principais é melhor caracterizado no tomografia de tórax, tendo-se em conta os diâmetros normais previstos. Não existe tratamento efetivo, senão aquele preconizado para as bronquiectasias. **Objetivo:** O objetivo deste relato é apresentar um caso raro de bronquiectasias difusas cuja gênese está vinculada à susceptibilidade individual para esta condição causada pela síndrome de Mounier-Kuhn. No caso em apreço, as infecções de repetição propiciadas pelas alterações da depuração muco-ciliar em face da traqueobroncomegalia contribuíram para a formação de ectasias brônquicas difusas graves. O caso é extremamente didático, não em face da raridade, mas essencialmente por ilustrar de maneira clara a interação de predisposição individual e fatores externos na origem das bronquiectasias difusas. Portanto é exemplar e ilustra o que tem sido comumente apresentado acerca da gênese das bronquiectasias difusas em teoria e tão escassamente observado na prática clínica de forma tão inequívoca, tendo em vista que significa parcela dos casos de bronquiectasias difusas não têm sua etiopatogenia determinada. **Relato de Caso:** Os autores fazem uma breve revisão da literatura e relatam um caso da rara síndrome de Mounier-Kuhn em paciente com 57

anos de idade, sexo masculino, negro, com infecções de repetição do trato respiratório inferior, desde a infância, baqueteamento digital bilateral com cianose e incontáveis internações hospitalares causadas por exacerbações infecciosas da sua doença. O relato é ilustrado com imagens radiológicas que proporcionaram a confirmação do diagnóstico.

PO579 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA POR DEFICIÊNCIA GRAVE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EM PACIENTE DE 35 ANOS DE IDADE – RELATO DE UM CASO

THIAGO COSTA DE ARAÚJO DANTAS; MUNIR MASSUD; ANTÔNIO DE PÁDUA DE OLIVEIRA JUNIOR
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; DEFICIÊNCIA; ALFA-1ANTITRPSINA

Introdução: Acata-se atualmente uma predisposição genética para a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), em face da evidência que nem todos os fumantes desenvolvem a doença. No entanto, existe uma forma rara e bem documentada de DPOC de origem genética que é a deficiência de alfa-1 antitripsina (AAT), condição hereditária, autossômica e co-dominante. A AAT é uma glicoproteína alfa-1 globulina produzida no fígado, cujo gene altamente polimórfico localiza-se no cromossomo 14q32.1, com peso molecular de 52 kDa e presente soro numa concentração normal que varia de 120 a 200 mg/dL. A função precípua desta anti-enzima é inibir a elastase neutrofílica, uma enzima que degrada a elastina, além de outros elementos da matriz extracelular e da membrana basal. Existem dezenas de variedades alélicas da AAT, identificadas por focalização isoelétrica do soro em gel de poliacrilamida. Os alelos são separados por este método e designados por letras do alfabeto (de a A a Z), de acordo com a sua mobilização eletroforética. As que migram no meio do gel pertencem à família "M" e aquelas que migram para o cátodo, mais lentamente que todas as outras, são chamadas de Z. Pi é a designação do locus altamente polimórfico. O fenótipo normal é PiMM (mobilidade média), presente em 94-96% dos caucasianos. A mutação Z altera a configuração tridimensional da proteína de tal maneira que ela se acumula nos hepatócitos e não passa para a circulação, estando associada com a forma grave de deficiência de AAT e ao fenótipo mais comumente associado à doença. A deficiência de AAT constitui fator de risco que predispõe a doença hepática na criança e a enfisema pulmonar no adulto. **Objetivo:** O objetivo deste relato é apresentar um caso raramente diagnosticado de deficiência acentuada de AAT, associado a DPOC grave, como demonstrado pela manifestações radiográficas e espirométricas. A apresentação deste caso, além do valor didático, chama a atenção para o fato de que deficiências de AAT devem ser mais freqüentes do que é comumente relatado. **Relato de Caso:** Os autores apresentam um caso raramente diagnosticado de deficiência grave de AAT (33 mg/dL), com provável fenótipo PiZZ, e manifestações clínicas, espirométricas e radiológicas compatíveis com DPOC avançada. O paciente é do sexo masculino, solteiro, 35 anos de idade, com história de tosse seca e dispnéia progressiva há 17 anos. O início da dispnéia coincide com o início do tabagismo, que persiste até os dias de hoje (média de 60 cigarros/dia). O paciente não é portador de insuficiência hepática, de síndrome nefrótica ou de enteropatia perdedora de proteína. Logo, o nível sérico baixo não pode ter sido induzido por essas causas e, ademais, as manifestações de enfisema pulmonar em paciente de 35 anos de idade corroboram a hipótese de níveis realmente muito baixos de AAT, correspondentes ao fenótipo PiZZ.

PO580 DIAGNÓSTICO DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM PEDIATRIA ATRAVÉS DE BRONCOSCOPIA VIRTUAL: RELATO DE CASO

TIAGO NEVES VERAS
HOSPITAL DONA HELENA, JOINVILLE, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CORPO ESTRANHO; BRONCOSCOPIA; VIRTUAL

Introdução: A aspiração de corpo estranho (ACE) configura-se uma das principais causas de obstrução de vias aéreas superiores na faixa etária pediátrica, principalmente em menores de três anos. A apresentação inicial consiste em tosse e/ou sibilância de início súbito, dificuldade respiratória em graus variados e cianose. Outras considerações para esta condição são sibilância unilateral, ausência de doença pulmonar prévia e suspeita do pediatra assistente. O diagnóstico e tratamento devem ser o mais precoce possível, tendo em vista a possibilidade de apresentação grave desta condição e suas possíveis complicações. Estima-se que apenas 60% dos casos sejam diagnosticados nas primeiras 24 horas. O atraso no reconhecimento desta condição pode acarretar complicações tais como bronquiectasias, abscessos pulmonares e obstrução recorrente. A apresentação radiológica frequentemente é normal ou com alterações inespecíficas. O tamanho, a localização, a duração e a natureza do corpo estranho são os fatores mais relevantes. A radiografia de tórax pode apresentar áreas de consolidação parenquimatosa, alçaponamento de ar localizado, atelectasias e hiperinsuflação bilateral. Um terço das crianças com suspeita de ACE não apresenta alterações radiológicas. A broncoscopia é comumente realizada na suspeita de ACE, tanto para diagnóstico como para terapêutica imediata. Nos útlimos anos a Broncoscopia Virtual (BV) vem se apresentando como método diagnóstico não invasivo, dinâmico e com reconstrução de imagens em 3D. **Métodos:** Realizada revisão na literatura sobre ACE, suas modalidades de diagnóstico e tratamento. Revisão do prontuário do paciente, aquisição e ediçao de imagens da tomografia de tórax e BV do mesmo. **Resultados:** O menor GSD, 2 anos, masculino, deu entrada no Pronto Socorro Infantil do Hospital Dona Helena (Joinville-SC) com história de dificuldade respiratória e sibilância iniciados trinta minutos antes da consulta, durante a refeição. Na admissão encontrava-se com dificuldade respiratória moderada, tiragem subcostal, taquipnéia (FR 52ipm) e mantinha saturação de oxigênio em 94% em ar ambiente. Na ausculta pulmonar encontrava-se sibilância localizada em hemitórax direito. O raio X de tórax evidenciava discreto infiltrado intersticial em região hilar direita, área cardíaca dentro da normalidade. Realizou-se BV e reconstrução com tomógrafo multi-slice sendo diagnosticada estenose importante em brônquio fonte direito, com provável CE de natureza orgânica, não radiopaco. Em seguida o paciente foi encaminhado para Broncoscopia Rígida. **Conclusão:** O uso de BV em hospitais de referência pode trazer informações adicionais aos pacientes com suspeita de ACE, com vistas ao planejamento diagnóstico e terapêutico. Trata-se de um exame não invasivo, com baixos níveis de radiação e sem intercorrências severas.

PO581 ACTINOMICOSE PULMONAR

VALERIA CRISTINA MARTINS; DANIELA LIMA OGAWA; RODRIGO RUSSO; RAFAEL FARACO RODRIGUES; ROBERTO STIRBULOV; MAURO GOMES; JORGE ETHEL FILHO; IGOR BASTOS POLONIO
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ACTINOMICOSE; PULMÃO; BRONCOASPIRAÇÃO

Introdução: Actinomicose é entidade rara causada pelo Actinomices sp, uma bactéria Gram +, conhecida antigamente como fungo por sua forma filamentosa semelhante a hifa. Comensal de orofaringe e trato gastrointestinal, tem distribuição universal e maior prevalência nos países em desenvolvimento. Acomete crianças e adultos na 4ª e 5ª década de vida. A forma pulmonar corresponde a 15% de todas actinomicoses, tendo intima relação com má higiene oral, alcoolismo e traumas faciais. **Relato do Caso:** Mulher, 44 anos, ex - tabagista (30anos/maço), há 6 meses com tosse, expectoração amarelada, febre, dispnéia e dor torácica. Recebeu amoxacilina por 10 dias por pneumonia bacteriana com discreta melhora do quadro. Após 4 meses iniciou hemoptise e piora da dispnéia. Negava perda de peso. Usava prótese dentária e não era avaliada por dentista há 7 anos. Ao exame físico estava afebril, taquipneica, SatO2= 97%, com estertores crepitantes em ápice esquerdo. Dentição e prótese dentária em má conservação. Demais aparelhos sem alterações. Exames laboratoriais normais. Raio - X tórax com opacidade heterogênea no ápice pulmonar esquerdo, imagem que se mantinha inalterada em radiografias de 5 meses atrás. TC tórax demonstrava consolidação pulmonar com broncograma aéreo e áreas escavadas no lobo superior esquerdo. Broncoscopia sem lesões visíveis, com resíduos hemáticos. Cultura do LBA negativa para fungos, bactérias aeróbicas, anaeróbicas e micobactérias. Pela possibilidade de neoplasia pulmonar foi realizada lobectomia, cujo anatomopatológico mostrou filamentos bacterianos com caracteres de Actinomices sp e ausência de malignidade. Iniciada terapêutica com amoxacilina 500 mg 8/8h por 2 meses. Evoluiu assintomática e sem evidência de novas consolidações à radiologia após 7 meses de observação. **Conclusão:** Actinomicose pulmonar representa um desafio diagnóstico por ser rara e poder se manifestar clínica e radiologicamente semelhante ao câncer de pulmão, tuberculose e outras doenças pulmonares supurativas. Na era pós-antimicrobiana, o diagnóstico e tratamento precoces diminuíram consideravelmente a morbidade e preveniram cirurgias como toracotomia e ressecção pulmonar para uma doença benigna e curável. Potencialmente grave, podendo invadir pleura, parede torácica, tecido subcutâneo e estruturas ósseas com disseminação hematogênica para SNC e fígado (<10% dos casos). Doença pulmonar resulta da broncoaspiração com envolvimento dos segmentos inferiores, particularmente pulmão direito. Neste

caso acreditamos que, apesar de ter recebido antimicrobianos no inicio do quadro, a piora clínica provavelmente ocorreu pelo tempo insuficiente para o tratamento desta doença. A conduta cirúrgica foi justificada pela hipótese de neoplasia pulmonar, já que se observava um quadro indolente, imagem radiológica inalterada ao longo da investigação, sem crescimento bacteriano, de fungos ou micobactérias em cultura do LBA e existência de um importante fator de risco, o tabagismo.

PO582 PNEUMONIA LIPÓIDE POR ÓLEO MINERAL

VALERIA CRISTINA MARTINS; DANIELA LIMA OGAWA; RAFAEL FARACO RODRIGUES; RODRIGO RUSSO; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHO; HASSAN AHMED YASSINE NETO; ROBERTO STIRBULOV; JORGE ETHEL FILHO

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA LIPÓIDE; CÂNCER; ÓLEO MINERAL

Introdução: Aspiração ou inalação contínua de substâncias a base de óleo mineral resultam em uma doença rara e potencialmente grave, a pneumonia lipóide. Ocorre geralmente em idosos com fatores de risco que propiciem a broncoaspiração como doenças neurológicas, doenças crônicas e debilitantes, DRGE, acalasia, entre outros. O reconhecimento destes fatores levou ao declínio do uso de óleo mineral como tratamento de constipações intestinais com diminuição da incidência desta afecção, sendo extremamente incomum hoje em dia. **Relato do Caso:** Mulher, 60 anos com doença de Parkinson há 10 anos e constipação intestinal crônica. História de perda de sete quilos em 18 meses, tosse com expectoração amarelada e dispnéia progressiva. Fez uso de antibiótico para pneumonia bacteriana com persistência dos sintomas. Apesar do acompanhamento adequado com fonoaudiólogos, familiares admitiram ocorrer engasgos freqüentes e tosse durante as refeições. Negavam febre ou tabagismo prévio. Fazia uso de óleo mineral para o tratamento de constipação intestinal há dois anos, olanzapina, prolopa e clonidina. Encontrava-se em cadeira de rodas, contactuante, com sinais de demência secundária à doença de base. Afebril, emagrecida, taquipneica, Sat 02= 95%. Ausculta respiratória com estertores crepitantes nas bases, exame cardiovascular sem alterações. Exames laboratoriais normais. Raio-X de tórax com opacidade heterogênea nas bases predominantemente à direta e velamento do seio costofrênico esquerdo. TCAR de tórax com consolidação alveolar, opacidade em "vidro fosco" e broncograma aéreo no lobo superior direito e lobo inferior esquerdo. Pela rápida piora clínica e radiológica foi optado por biópsia pulmonar, convertida durante o ato cirúrgico em lobectomia (LID) pelo extenso comprometimento de parênquima. Anatomopatológico demonstrou pneumonite crônica associada à histiócitos xantomizados na luz alveolar; sugestivo de pneumonia lipóide; pesquisas de BAAR e fungos negativas. Suspenso o uso do óleo mineral e iniciada prednisona 1mg/Kg, com redução gradual em 6 meses sem importante melhora clínica ou radiológica. **Conclusão:** A pneumonia lipóide foi descrita pela primeira vez na década de 1940 e é caracterizada pela aspiração inadvertida e prolongada de emulsões lipídicas, que induz a reações inflamatórias que variam desde discreta hiperemia até grave pneumonia necrotizante e fibrose pulmonar. Relatamos aqui um caso típico de pneumonia lipóide em paciente idoso, com doença neurológica associada e uso de óleo mineral. O tratamento da doença de longa data não está bem estabelecido; deve-se suspender o agente causal e oferecer suporte clínico. Corticoesteróides se mostram benéficos apenas na doença aguda por aspiração maciça e por isso provavelmente nossa paciente não apresentou uma evolução favorável. A importância deste caso está na lembrança deste raro diagnóstico e a busca dos fatores predisponentes na história clínica e a sua associação com os achados radiológicos.

PO583 TUBERCULOSE PULMONAR COM SINAL DO HALO

ROBERTO STIRBULOV; JORGE ETHEL FILHO; VALERIA CRISTINA MARTINS; IGOR BASTOS POLONIO; TANIA LOPES SILVA; RAFAEL FARACO RODRIGUES; DANIELA LIMA OGAWA; RODRIGO RUSSO

SANTA CASA SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; SINAL DO HALO; DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Tuberculose Pulmonar com sinal do Halo **Introdução:** A tuberculose é uma doença de alta incidência e prevalência no Brasil. Sinais sugestivos de atividade ou seqüela da tuberculose podem ser obtidos através dos métodos de imagem. A radiografia do tórax é o método de imagem de escolha na avaliação inicial e no acompanhamento. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 36 anos, branca, auxiliar de indústria têxtil, natural e procedente de São Paulo, tabagista 15 anos/maço, procurou o ambulatório referindo história de tuberculose pulmonar há 15 anos sendo tratado por 1mês com esquema I; contato com pombos, durante 10 anos e fezes de morcego por 5 anos.Dispnéia aos médios esforços progressiva e tosse seca há 4 meses associada a dor em hemitórax esquerdo ventilatório dependente. Episódios de febre de 38,5 C, vespertina. Há 1 mês esses episódios febris cessaram. Dor em mama esquerda há 6 meses que piorava a palpação. **Exame físico:** Emagrecida, hipocorada (++/4); acianótica; anictérica; afebril; sem déficits motores; sem linfoadenomegalias cervicais, axilares e inguinais; aparelho cardiovascular, respiratório e abdominal sem alterações; mamas sem nódulos, apresentando dor a palpação de mama esquerda difusamente. **Radiografia de tórax:** múltiplos nódulos de limites imprecisos. TC do tórax: nódulos múltiplos,alguns em pontas de vasos; sinal do halo e massa heterogênea em região posterior. Mamografia com alterações compatíveis com classificação de BIRADS I, ultrassonografia pélvica e mamária sem alterações. Broncoscopia: normal, BAAR positiva +++. Feito diagnóstico de tuberculose pulmonar e introduzido esquema I. **Conclusão:** Na radiografia de tórax, a tuberculose pulmonar ativa pode manifestar-se sob a forma de consolidações, cavitações (maior parte dos casos), padrões intersticiais (reticulares/retículo-nodulares), linfonodomegalias hilares ou mediastinais e derrame pleural. Imagens compatíveis com doença ativa, como nódulos centrolobulares de distribuição segmentar, cavidades de paredes espessas, espessamento de parede brônquica ou bronquiolar, bronquiectasias e linfonodomegalias, podem ser observadas pela tomografia computadorizada do tórax. A causa mais comum do sinal do halo em imunocompetentes é o carcinoma bronquíolo alveolar, mas há numerosas causas devendo-se lembrar sempre da tuberculose, principalmente em pacientes com epidemiologia positiva.

PO584 OSCE (OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION) NA AVALIAÇÃO DE ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM PNEUMOLOGIA – VANTAGENS E DIFICULDADES

VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; ELCINEIDE SOARES CASTRO; ITALO JAMES PEIXOTO MACIEL; DANIELLE MARIE CARDOSO; IRENE LOPES MELLO; RAUL FAVA ALENCAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ENSINO DE GRADUAÇÃO; AVALIAÇÃO ALUNOS; OSCE VANTAGENS E DIFICULDADES

Introdução: O ensino da Pneumologia no currículo dos Cursos de Medicina orientado pelas Diretrizes da ABEM/MEC passou a exigir o treinamento de habilidades clínicas dentro do processo formativo. Novas estratégias para apresentação e avaliação do conteúdo programático vêm sendo desenvolvidas na UFC. Entre formas de avaliação prática, o OSCE (Objective Structured Clinical Examination) aparece como ferramenta útil. Em seu formato original o aluno roda num circuito de estações preparadas para avaliação de competências específicas. Pacientes reais ou simulados são utilizados para avaliação de habilidades de comunicação, psicomotoras e de atitudes com a grande vantagem de uniformizar a avaliação prática. O Módulo de Pneumologia e Cirurgia Torácica da UFC vem utilizando esta metodologia de avaliação desde 2004. **Objetivo:** Analisar o OSCE como ferramenta de avaliação na graduação em Pneumologia. **Método:** Foram avaliados 74 alunos (2 turmas consecutivas) do 5° semestre do Curso de Medicina do ano 2008.1. Para cada turma foi aplicada a prova constituída de 6 estações do OSCE abordando casos clínicos com exames complementares (gasometria, espirometria e imagem) para interpretação dos alunos, algumas contaram com paciente simulado. Em cada estação o aluno recebia instruções para resolver a situação apresentada em 3 minutos. A formulação das questões observava as competências e habilidades que se pretendia avaliar. Exigia-se do aluno, a interpretação dos exames, a elaboração de hipóteses diagnósticas e a sugestão de condutas. No caso de pacientes simulados o desempenho foi avaliado por observador através de checklist. Filmetes foram gravados para feedback. O método foi avaliado pelos alunos através de questionário estruturado e pelos organizadores através de discussão. **Resultados:** Os alunos (77,02%) concordaram que o OSCE possibilitou a avaliação do aprendizado. O enunciado estava claro e objetivo para 81,08% dos estudantes e 66,2% afirmaram que a avaliação estava de acordo com o conteúdo. Quanto ao tempo disponibilizado para as questões 56,76% dos alunos acharam que foi insuficiente para a tarefa. Na avaliação dos organizadores foi identificada a necessidade de ampliar a equipe de apoio (para controle do tempo, organização de fluxo de alunos) e arregimentar mais voluntários para atuar como pacientes simulados. **Conclusão:** O OSCE como

método de avaliação de competências de habilidades poderá ser estruturado de forma a contemplar todos os objetivos de aprendizagem em Pneumologia tanto no ensino de graduação quanto no treinamento em serviço. Para a sua realização é necessário infra estrutura apropriada ou adaptada, disponibilidade de recursos humanos e planejamento operacional detalhado. Em nosso módulo, o OSCE mostrou-se ferramenta eficiente de avaliação de competências contando com a aprovação dos estudantes e valorizado pela instituição e tem servido de modelo para outras disciplinas.

PO585 QUIMIOPROFILAXIA SECUNDÁRIA EM PACIENTES CANDIDATOS AO USO DE INFLIXIMAB

VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; MARCOS PAULO FERNANDES PATRÍCIO; JOLVINO FRANKLIN JR; WALDEMAR LENE CHAVES; ELVIS RUNY PAULINO DA SILVA; IGOR COELHO CARVALHO; TANIA REGINA BRÍGIDO OLIVEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: QUIMIOPROFILAXIA; INDICAÇÕES; INFLIXIMAB

Introdução: Várias indicações de quimioprofilaxia (QP) secundária com isoniazida (INH) estão bem estabelecidas, outras situações clínicas ficam a critério médico, devendo-se avaliar o custo-benefício do risco de adoecimento X efeitos colaterais da INH. Entre as indicações mais recentes está o uso de infliximab (Remicade®) um anticorpo monoclonal quimérico com uma elevada afinidade e especificidade para o TNF-α utilizado para o tratamento de patologias crônicas inflamatórias. Vários trabalhos tem demonstrado casos de a Tuberculose (TB) doença está associada com a diminuição da atividade do TNF-α o que sugere que esta citocina desempenha papel no controle da TB latente. Cada vez mais pacientes têm sido encaminhados para avaliação de QP devido ao possível uso dessa medicação. **Objetivo:** Apresentar o perfil do paciente com indicação do uso de infliximab, submetido à QP com INH e os resultados da quimioprofilaxia secundária. **Método:** Revisão dos prontuários de pacientes inscritos no Hospital Universitário Walter Cantídeo UFC- Fortaleza/CE com indicação médica de terapia com Infliximab (2005-2008) que iniciaram quimioprofilaxia secundária para tuberculose com INH 300mg/d. **Resultados:** Foram inscritos 29 pacientes (17 homens e 12 mulheres) com média de idade de 47 anos. Quinze pacientes foram inscritos no ambulatório de tisiologia do hospital e quatorze no ambulatório de dermatologia. A duração do tratamento foi de 6-9meses. As patologias de base referidas foram: 08 artrite reumatóide; 06 espondilite anquilosante; 01 Doença de Chron; 14 Psoríase. A grande maioria faz uso de várias medicações hepatotóxicas ou irritantes gástricas como corticóides, methotrexato, AINEs entre outras; 3/29 pacientes referiram sintomas respiratórios; 8/29 apresentaram alterações radiológicas residuais. A média do PPD foi 11,5mm; 15 pacientes negaram tratamento anterior; apenas 03 informaram contato com pacientes com TB. Em relação ao uso da QP a tolerância foi considerada boa para 24/29 pacientes avaliados: 10 concluíram o tratamento; 04 abandonaram sendo 01 devido à hepatite medicamentosa e 18 pacientes estão em tratamento regular. 13/29 pacientes iniciaram o tratamento com infliximab e estão sendo acompanhados. **Conclusões:** As normas para o acompanhamento de pacientes submetidos à QP nessa nova situação clínica, ainda não estão claramente definidas. A maior parte dos pacientes encaminhados fazem uso de várias medicações. Tem sido consensual manter a duração INH nessa situação clínica por 06 meses, ficando o paciente liberado para o uso para o uso de infliximab após o primeiro mês da QP secundária. A possibilidade do uso dessa citocina em pacientes com história de TB tratada ainda é ponto de discussão.

PO586 Avaliação da ocorrência de efeitos adversos em crianças tratadas com drogas anti-tuberculosas no Instituto Clemente Ferreira em São Paulo

VERA LUCIA BASSAN AMORIM; IRMI SGARBI OGATA; FERNANDO FIUZA MELO; JORGE BARROS AFIUNE; DENISE SILVA RODRIGUES

INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; EFEITOS ADVERSOS; TUBERCULOSTATICOS

Introdução: O esquema terapêutico atual para tratar tuberculose é o mais efetivo. Entretanto tem como conseqüência o aparecimento de efeitos adversos cuja incidência e gravidade é variada. O tratamento para tuberculose recomendado no Brasil é composto de isoniazida, ripampicina e pirazinamida. Essas drogas têm potencial hepatotóxico que pode comprometer o regime de tratamento e levar a morbidade significativa. Porém, esses efeitos são relativamente raros na clínica pediátrica. **Objetivo:** Determinar a incidência de efeitos adversos com as drogas anti-tuberculosas para o tratamento da tuberculose em crianças. **Métodos:** Estudo retrospectivo desenvolvido em janeiro de 1990 a dezembro de 2006. Um total de 287 pacientes foi analisado quanto à incidência de efeitos adversos relacionados à terapia antituberculosa. As informações foram obtidas dos prontuários e avaliadas quanto à idade, sexo, vacinação com BCG, co-morbidades e associação com outras medicações, dose e duração da terapia, bem como a gravidade dos efeitos adversos. Foi analisada a incidência de hepatite, definida como aumento das transaminases hepáticas maior que cinco vezes o nível normal, mesmo na ausência de sintomas clínicos. Foram considerados efeitos adversos graves quando resultou na descontinuação do tratamento por uma ou mais drogas ou hospitalização do paciente. **Resultados:** A maioria dos pacientes tratados era do sexo masculino (153/53%). A idade com maior concentração foi entre 0 a 4 anos (144/50%); 68 pacientes (24%) tinham idade entre 4-9 anos, e 75 (26%) tinham entre 10-13 anos. A tuberculose pulmonar foi a forma clínica predominante (213/74%). O tratamento consistiu em uso diário com drogas do esquema 1 em 268 (94%) pacientes. Em 3% dos pacientes houve associação com etambutol. Foi relatado 34 (12%) casos associados a asma, e 19 pacientes tinham verminose e 1 caso de co-infecção TB-HIV, entretanto nenhum desses pacientes apresentaram efeitos adversos. Do total de pacientes analisados 32 (11%) tiveram algum tipo de efeito adverso relacionado aos tuberculostáticos, com incidência maior em pacientes acima de 9 anos de idade (17/53%). Os sintomas apareceram dentro dos primeiros 60 dias de tratamento, e efeito adverso grave foi relatado em um único paciente que teve o tratamento interrompido por rash cutâneo. Nenhum paciente desenvolveu toxicidade hepática, e aumento de transaminases foi observada em dois pacientes (0,6%). O efeito adverso mais comum foi intolerância gastro-intestinal. Em dois pacientes foi relatada alteração de comportamento como irritabilidade e choro. A freqüência maior de efeitos adversos foi observada em crianças acima de 10 anos de idade, com predominância do sexo masculino (18-62%). **Conclusões:** Nesse estudo a ocorrência de efeitos adversos foi infreqüente. A associação com patologias não tuberculosas não aumentou a incidência do aparecimento dos sintomas. Os efeitos adversos foram mais freqüentes em crianças acima de 10 anos.

PO587 UM CASO DE FEBRE AMARELA EM PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

VERONICA MOREIRA AMADO; TULIO FRADE REIS; JAQUELINE FERREIRA DE SOUZA

UNB - HUB, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FEBRE AMARELHA; HIPERTENSÃO PULMONAR; PULMÃO

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar é uma condição clínica grave e limitante. A febre amarela (FA) é uma doença infecciosa não contagiosa que se mantém endêmica em áreas tropicais. Apresenta-se sob três formas: leve (90% dos casos), moderada ou grave. **Métodos:** Relato de caso de paciente com diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar idiopática grave que desenvolveu a forma leve da febre amarela. **Resultado:** F.P.N., 33 anos, feminina, branca, com hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPi) grave em classe funcional II pela NYHA. Há 6 dias havia apresentado sintomas sugestivos de traqueobronquite, tratada com amoxacilina e clavulonato, com melhora clínica. Porém, após cinco dias, iniciou subitamente vômitos, diarréia, febre de 38°C e sensação intensa de mal estar geral. Antecedentes: plaquetopenia de causa indefinida e viagem recente para Pirenópolis - GO. Não sabia informar sobre vacinação prévia contra febre amarela. Ao exame: regular estado geral, corada, desidratada 1+/4+. Temperatura 37 °C, pressão arterial - 90/60 mmHg, freqüência cardíaca de 92 bpm, saturação de O2 de 92%. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular fisiológico com crepitações em região infra-escapular direita. Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular, em dois tempos com hiperfonese B2 e sopro sistólico em foco tricúspide 3+/6+. Abdome: fígado a 3 cm da reborda costal direita. Sem outras alterações. Exames complementares: Hemoglobina 13,7g/dl, hematócrito 41,6%, leucócitos - 9200/mm3, segmentados - 83%, linfócitos – 14%, monócitos – 3%, plaquetas 43000. TAP - 3,49s (em uso de warfarina). Uréia - 47mg/dl, creatinina - 1mg/dl, TGO - 31U/l, TGP - 27U/l, FAL - 73U/l, γGT - 249U/l, bilirrubina total - 1,49mg/dl, bilirrubina direta - 0,59mg/dl, Na+ - 137mEq/l, K+ - 3,2mEq/l. Ecocardiograma: fração de ejeção - 76%, dilatação importante de cavidades direitas, disfunção sistólica importante de ventrículo direito, regurgitação tricúspide moderada, pressão sistólica da artéria pulmonar - 110mmHg. Hipótese diagnóstica

inicial: gastroenterocolite e traqueobronquite; medicações: ceftriaxona e metronidazol. Manteve Bosentana, Sildenafil e Warfarina (RNI alvo de 2). O ajuste volêmico foi feito com furosemida e espirolactona. Após 24h houve melhora dos sintomas, porém manteve pelo menos um pico febril diário, até o quarto dia de internação, e diarréia até o sexto dia. No sexto dia iniciou bradicardia sinusal, freqüência cardíaca de 48 - 50 bpm, sem repercussões hemodinâmicas, leucopenia (3.400/mm3) com segmentados - 47% e linfócitos - 48%, achados descritos na evolução da febre amarela. Após três dias houve normalização desses parâmetros. Sorologia para febre amarela: IgM de 0,939 (cut off de 0,2). **Discussão e Conclusão:** Aspectos epidemiológicos e clínicos foram essenciais para a definição diagnóstica nessa associação potencialmente muito grave de doenças.

PO588 ASOCIACIÓN ENTRE SARCOIDOSIS Y ENFERMEDAD CELÍACA: ¿DEBEMOS HACER SCREENING ?

VERÓNICA TORRES; ETHEL MEEROVICH; PABLO CURBELO; ELENA TRUCCO; CLAUDIA ALLIETTI; DANIEL ELLIS
FACULTAD DE MEDICINA, MONTEVIDEO, URUGUAI

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSIS; ENFERMEDAD CELIACA; AC ANTITRANSGLUTAMINASA

Introducción: Se ha descrito la asociación entre enfermedad celíaca y enfermedades respiratorias como la hemosiderosis pulmonar, sarcoidosis, neumonitis por hipersensibilidad entre otras. (e.g. Rutherford et al. Eur J Gastroenterol Hepatol.2004; 16(9): 911-5). Se ha sugerido que los pacientes que cumplen una dieta libre de gluten tienen mejor control de las enfermedades extradigestivas asociadas, incluídos los síntomas pulmonares. (eg. Marchisone et al .Colombia Médica 2005; 36 Supl 1: 60).La prevalencia de enfermedad celíaca en nuestra población es 1/100. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de enfermedad celíaca (EC) en pacientes con sarcoidosis. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo. Se evaluaron los pacientes con diagnóstico de sarcoidosis asistidos en la policlínica de Intersticiopatías del Hospital Maciel en el período comprendido entre enero- junio 2008. Se evaluaron 15 pacientes, 4 de sexo masculino y 11 de sexo femenino, con edad promedio de 52 años, y diagnóstico de sarcoidosis según ATS statement. El diagnóstico histológico se realizó por mediastinoscopía en 6 casos, BTB en 3 casos, biopsia pulmonar por videotoracoscopía en 3 casos, biopsia de adenopatías mamarias en 1 caso, biopsia de nódulos abdominales 1, biopsia de piel en 1 caso. No había sospecha clínica de EC en ninguno de los casos. Se realizó la determinación sérica de anticuerpos antitrasglutaminasa (ATG) como método de screening de mayor sensibilidad y especificidad para diagnóstico de enfermedad celíaca. **Resultados:** La determinación de ATG fue negativa para 14 pacientes y positiva confirmándose EC por biopsia duodenal en 1 paciente. **Conclusiones:** Dado que en el grupo de pacientes estudiados con sarcoidosis se encontró 1 paciente con EC y del total de 15, y siendo en nuestra población general la prevalencia de EC 1/100; los hallazgos hasta el momento parecen justificar estudios futuros de screening de enfermedad celíaca en nuestra población de pacientes con sarcoidosis.

PO589 DEFICIÊNCIA DE ALFA-1-ANTITRIPSINA EM PACIENTE JOVEM ENFISEMATOSO

ROGERIO CARVALHO TOLEDO; VIVIANE ALVES LEITE; LARISSA CAETANO SILVA; PATRÍCIA EIKO YAMAKAWA; ANA LUIZA RESENDE FREITAS; EDGARD SANTOS MAESTRO; RODRIGO DE CASTRO SOUSA
HUB, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DEFICIÊNCIA DE ALFA-1-ANTITRIPSINA ; DPOC; ALFA-1-ANTITRIPSINA

Introdução: A deficiência de alfa-1-antitripsina é uma doença genética transmitida de forma autossômica co-dominante. As manifestações clínicas principais incluem acometimento pulmonar e hepático. O diagnóstico definitivo é realizado pela análise bioquímica da alfa-1-antitripsina ou pela análise molecular. **Relato de Caso:** JBO, 44 anos, pardo, masculino, procurou o pronto-socorro do Hospital Universitário de Brasília em dezembro de 2007 com quadro de pneumonia grave que evoluiu com insuficiência respiratória, sendo encaminhado a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Apresentava como antecedentes: ex-tabagismo de 20 maços-ano, interrompido há oito anos e doença pulmonar obstrutiva crônica diagnosticada em 2001. Após alta da UTI, o exame físico mostrou freqüência respiratória de 28 irpm, além de sibilos difusos e crepitações nos terços inferiores de ambos os hemitóraces. Realizou tomografia de tórax que mostrou área extensa de enfisema basal bilateral, ecocardiograma que sugeriu elevação de pressão arterial pulmonar e espirometria com distúrbio ventilatório misto grave, com predomínio restritivo, sem resposta ao broncodilatador e redução grave de difusão alvéolo-capilar de monóxido de carbono. Dosagem de alfa-1-antitripsina sérica: 20 mg/dl (valor de referência= 88 -174 mg/dl). **Discussão:** A deficiência de alfa-1-antitripsina é caracterizada por baixos níveis séricos de alfa-1-antitripsina, uma glicoproteína sintetizada pelos hepatócitos e macrófagos alveolares que protege os tecidos do ataque proteolítico pelas proteases leucocitárias, tal como a elastase, catepsina e tripsina, durante as reações inflamatórias. As manifestações pulmonares da doença incluem enfisema, bronquite crônica, bronquiectasias e asma. Paciente jovem, com distúrbio ventilatório grave deve sempre ser investigado a deficiência de alfa-1-antitripsina. O enfisema geralmente desenvolve de forma precoce, na terceira e quarta décadas de vida, em indivíduos portadores da doença e tabagistas. O diagnóstico precoce e a reposição adequada da enzima são fundamentais para prevenção do desenvolvimento de uma doença pulmonar grave como encontrada neste paciente.

PO590 LINFANGITE CARCINOMATOSA PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS

ROGERIO CARVALHO TOLEDO; VIVIANE ALVES LEITE; LARISSA CAETANO SILVA; PATRÍCIA EIKO YAMAKAWA; ANA LUIZA RESENDE FREITAS; EDGARD SANTOS MAESTRO; RODRIGO DE CASTRO SOUSA
HUB, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGITE CARCINOMATOSA; NEOPLASIA; CARCINOMA CÉLULAS RENAIS

Introdução: A linfangite carcinomatosa corresponde a cerca de 8% das neoplasias pulmonares metastáticas. Os sítios primários mais comuns são mama, pulmão, estômago, próstata e pâncreas. Caracteriza-se por sua distribuição ao longo dos vasos linfáticos, sem distorção do parênquima. Nosso objetivo é relatar o caso de um paciente no qual a primeira manifestação de carcinoma de células renais foi a linfangite carcinomatosa, uma forma incomum de apresentação da doença. **Relato de Caso:** JGS, 64 anos, branco, pedreiro, natural de Januária - MG, procedente do Gama - DF. Procurou o Hospital Universitário de Brasília em Fevereiro de 2008 com queixa de tosse, expectoração amarelada e dispnéia progressiva há 3 meses, tendo sido tratado para pneumonia neste período com levofloxacino. Referia ainda dor em hipocôndrio esquerdo e perda ponderal de 18 kg neste período. Ex-tabagista de 42 maços-ano, cessado há 40 anos. Ao exame físico, apresentava crepitações inspiratórias em dois terços inferiores bilateralmente e sibilos expiratórios e massa palpável a 5 cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma com hematócrito de 41,3%, hemoglobina de 13,8 g/dl, leucopenia de 3300 sem desvio a esquerda, uréia de 62 mg/dl, creatinina de 1,2 mg/dl, sódio de 131 mEq/L e potássio de 5,7 mEq/L. Radiografia de tórax com infiltrado intersticial em ambos os pulmões predominando nos segmentos posteriores e lobo médio. Pesquisa de BAAR no escarro negativo. Tomografia computadorizada de abdome e tórax mostrava massa sólida volumosa em rim esquerdo com lesão à distância no retroperitônio esquerdo e pulmão com infiltrado e espessamento interlobular e intersticial difuso, sugestivo de linfangite carcinomatosa. CA 15,3: > 300 (Valor de referência: até 25 U/ml). Realizado biópsia renal por agulha que mostrou carcinoma de células renais favorecendo o tipo células claras, com grau de Furman 3. Paciente evoluiu com trombose de vasos ilíacos e femorais e insuficiência respiratória. Após compensação do quadro, foi submetido à nefrectomia esquerda em outro serviço. **Discussão:** A linfangite carcinomatosa representa 6 a 8% dos cânceres pulmonares metastáticos e se caracteriza por ser uma neoplasia infiltrativa difusa, com padrão histológico de distribuição linfática. Clinicamente, pode haver tosse, dispnéia e sibilância, com rápida evolução dos sintomas, como neste caso. O carcinoma de células renais não é sítio primário habitual de linfangite carcinomatosa pulmonar, sendo ainda mais raro quando a linfangite carci-nomatosa é encontrada como manifestação inicial da doença. Dos subtipos de carcinoma de células renais, o tipo células claras parece ser o mais metastático, com disseminação principalmente para pulmões.

PO591 ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: 10 ANOS DE ACOMPANHAMENTO

ROGERIO CARVALHO TOLEDO; VIVIANE ALVES LEITE; LARISSA CAETANO SILVA; PATRÍCIA EIKO YAMAKAWA; ANA LUIZA RESENDE FREITAS; EDGARD SANTOS MAESTRO; RODRIGO DE CASTRO SOUSA
HUB, BRASÍLIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGILOSE; ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA ; ASMA

Introdução: A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença pulmonar mediada por uma resposta alérgica a múltiplos antígenos expressados pelo Aspergilus fumigatus que coloniza o muco brônquico. Caracteriza-se por episódios repetidos de obstrução brônquica e inflamação, podendo levar a bronquiectasias, fibrose e comprometimento respiratório irreversíveis. **Relato de Caso:** Mulher branca de 35 anos, atendida em 05/09/91 por pneumonia de repetição e crises de broncoespasmo desde a infância associados a espirros freqüentes, em salvas, com gotejamento pós-nasal, sensível aos alérgenos e irritantes de vias aéreas. Negava tabagismo. Irmão com asma. Apresentava sibilos difusos à ausculta pulmonar. Após oito meses, retorna com dor torácica, tosse produtiva e febre. Radiograma de tórax mostrando condensação alveolar em base direita e hemograma com 7.400 leucócitos, 10% de eosinófilos. Durante acompanhamento ambulatorial, apresentou sucessivas exacerbações, necessitando de corticoterapia sistêmica. Novo radiograma de tórax evidenciou infiltrado em base esquerda e à ausculta pulmonar, crepitações inspiratórias e expiratórias em bases, sibilos e roncos difusos. Espirometria simples e com broncodilatador normais. Tomografia de tórax mostrou brônquios com paredes discretamente espessadas e pequena área de opacidade em vidro fosco em segmento anterior de lobo superior esquerdo compatível com processo infeccioso. IgE total: 839,20 UI/ml (até 140 - Imunoenzimático). IgE específica para fungos (MX1) positiva para Aspergillus fumigatus e outros fungos. Confirmado presença de Aspergillus fumigatus na cultura de escarro. Fez uso de Prednisona 40 mg/dia por 15 dias, e a seguir em dias alternados, e Itraconazol 200 mg/dia; ambos por 90 dias, seguido por mais 90 dias de Itraconazol. Em retorno após um mês, apresentava melhora clínica importante e IgE de 507 KU/L. Continuou fazendo controle mensal com IgE total, retornando sempre bem do ponto de vista pneumológico, sem crises de broncoespasmo e com pouca secreção pulmonar. Em 20/09/00, estava com VHS de 8 mm/h e 10.000 leucócitos com 1% de eosinófilos. Em Julho/01 foi realizada nova espirometria normal e IgE de 356 UI/ml (VR: 10 a 180 - Imunoenzimático/novos valores a partir de 06/10/97). **Discussão:** ABPA é uma co-morbidade que incide em 2 a 28% dos asmáticos e deve ser pesquisada em todos os pacientes com asma, cujo tratamento habitual não promova melhora clínica e funcional, ou que se associe com infecção parenquimatosa de repetição e/ou sinais de broncopatia ao radiograma de tórax. Quanto mais precoce o seu diagnóstico e tratamento, maior a chance de evitar-se a progressão ao dano anatomofuncional pulmonar. Nesse caso trata-se de uma apresentação típica e com boa evolução medicada com esquema proposto na literatura para tal situação.

PO592 REATIVAÇAO DE TUBERCULOSE LATENTE APÓS USO DE INFLIXIMAB NO TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATÓIDE

FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN; ROBERTA RIBEIRO DE SANTIS SANTIAGO; ALESSANDRA CAMPOS DE OLIVEIRA; KAMILA TICIANA DIAS FERREIRA; VIVIANE COUTINHO DA SILVEIRA PELIN
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; ARTRITE REUMATÓIDE; INFLIXIMAB

Introdução: Artrite reumatóide (AR) é uma doença autoimune inflamatória crônica tendo nos tecidos sinoviais seu principal alvo.Após melhor entendimento da fisiopatogenia, agentes terapêuticos específicos têm emergido, como os inibidores do fator de necrose tumoral (anti-TNF): infliximab, adalimumab e etanercept. O infliximab é um anticorpo monoclonal utilizado no tratamento de AR, espondilite anquilosante e artrite psoriática. Associa-se o uso dos anti-TNF com o aumento do risco de infecção, principalmente por organismos oportunistas, incluindo o Mycobacterium tuberculosis (MT). Surgindo então um problema: risco elevado de reativação de infecção tuberculosa latente (ITBL). OBJETIVO Apresentar paciente portadora de AR em tratamento com infliximab que evoluiu com tuberculose (TB) ativa. **Métodos:** Relato de caso abordando aspectos clínicos, radiológicos e laboratoriais. **Resultados:** ACA, 37anos, parda, enfermeira, natural e procedente de Recife-PE. Diagnóstico de AR em março de 2008, sendo iniciado corticóide sistêmico, utilizado por 02 meses sem melhora. Em função disso foi prescrito infliximab, após um mês de tratamento paciente evoluiu com tosse seca, astenia e febre por 4 semanas. Tratada com corticóide nasal e anti-histamínico por suspeita de rinite, sem sucesso. Nos antecedentes pessoais apresenta AR, rinite e vacinada com BCG na infância, radiografia de tórax do ano anterior normal. Ao exame físico apresentava bom estado geral, eupnéica,afebril, acianótica, ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. Saturação Periférica de Oxigênio de 96% e Pressão Arterial de 130 x 70 mmHg. Radiografia de tórax: presença de lesão em terço superior esquerdo e aumento de gânglio justa-hilar a esquerda. Tomografia de tórax: área de condensação associada a lesão cavitária em LSE. Baciloscopia de escarro induzida positiva (++). Desse modo foi iniciado esquema 1 para tuberculose com regressão dos sintomas. **Conclusão:** O TNF alfa participa ativamente na resposta inflamatória, sua presença é crítica na prevenção do estabelecimento do MT e na preservação da tuberculose em sua forma latente, mantendo a integridade do granuloma. Existem evidências substanciais que o risco de reativação de ITBL aumenta de 5 a 10 vezes após uso dos anti-TNFs quando comparados com outros tratamentos na mesma população, a maioria dos casos relacionados ao infliximab. Portanto, é fundamental a identificação de ITBL antes do início desta terapêutica, a investigação varia de país a país conforme endemicidade da TB. Entretanto a maioria dos guidelines recomenda: história clínica completa (identificando fatores de risco), radiografia de tórax e realização de PPD. Com a introdução da busca por infecção latente e correto tratamento houve uma redução da incidência de doença ativa em 75%, diminuindo sua morbimortalidade.

PO593 SÍNDROME DE APNÉIA-HIPOPNÉIA DO SONO ASSOCIADA A PICNODISOSTOSE

FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN; ROBERTA RIBEIRO DE SANTIS SANTIAGO; KAMILA TICIANA DIAS FERREIRA; VIVIANE COUTINHO DA SILVEIRA PELIN; ALESSANDRA CAMPOS DE OLIVEIRA; NARA NÓBREGA CRISPIM CARVALHO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE APNÉIA-HIPOPNÉIA DO SONO ; PICNODISOSTOSE; VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA

Introdução: Síndrome das apnéias-hipopnéias obstrutivas do sono (SAHOS) é definida como episódios recorrentes de obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores durante o sono. Síndrome com importância crescente por estar associada a sonolência diurna excessiva (SDE), depressão e distúrbios cognitivos, patologias cardiovasculares e cerebrovasculares. Picnodisostose é uma síndrome autossômica recessiva rara, levando a alterações de reabsorção e remodelamento ósseos além anormalidades craniofaciais. SAHOS é um achado freqüente nesta patologia, entretanto, pouco valorizado nestes pacientes. **Objetivos:** Demonstrar coexistência de SAHOS e picnodisostose (patologia genética que cursa com alterações anatômicas em vias aéreas superiores). **Métodos:** Paciente de 31 anos com SDE há 1 ano, inclusive com relato de traumatismo craniano leve por adormecer em pé. Na admissão estava em bom estado geral, hidratado, afebril, dispnéico (+/4+), acianótico. Baixa estatura, micrognatia e retrognatia. Peso 64Kg. Altura 1,51 m. Índice de massa corporal (IMC) de 28. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações, saturação periférica de oxigênio (SpO2) de 88% e pressão arterial (PA) de 160 x 100 mm Hg. No questionário do Epworth apresentou 24 pontos. Circunferência do pescoço de 39 cm, Mallampati de 4. Polissonografia com índice apnéia-hipopnéia de 92/h. Gasimetria arterial em ar ambiente com hipoxemia, hipercapnia, acidose respiratória, SaO2 88%. Tomografia de tórax dentro da normalidade. Paciente classificado como SAHOS grave com retenção de gás carbônico associada. Indicada ventilação não-invasiva (VNI) no modo BIPAP (bilevel positive airway pressure), com pressões ajustadas: IPAP (inspiratory positive airway pressure) de 15 cm H2O e EPAP (expiratory positive airway pressure) de 10 cmH2O. Avaliado por geneticista que diagnosticou picnodisostose. **Resultados:** Paciente evoluiu com melhora SDE (novo Epworth de 6) controle pressórico e normalização do valor de gás carbônico, oxigênio e da SaO2 após uso do BIPAP por 3 meses, sendo substituído pelo CPAP (continuous positive airway pressure). Também houve queda do IMC para 23. **Conclusão:** SAHOS ,que se acompanha de SDE, é um problema de saúde pública e pode ter repercussões importantes no trabalho, na vida social e na qualidade de vida do paciente e está associada a um aumento da morbidade e mortalidade. Dentre os fatores de risco para desenvolvimento de SAHOS, destacamos nesse caso as alterações na anatomia externa da cabeça e pescoço, independentemente do sobrepeso. A micrognatia ou hipoplasia mandibular é associada com o posicionamento posterior da base da língua,

o que estreita as vias aéreas superiores. PAP é o tratamento de escolha, pode ser de forma contínua ou em 2 níveis conforme indicação específica. Este caso nos alerta sobre a multidisciplinaridade envolvida na SAHOS.

PO594 SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD – RELATO DE CASO

WILLIAM SALIBE FILHO; ELIE FISS; MÁRCIO ABREU NEIS
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME ; SWYER-JAMES ; MACLEOD

A.K.M.S, 19 anos, sexo masculino, natural de Ribeirão Pires. Paciente com antecedentes de drenagem de tórax à esquerda por suposto pneumotórax espontâneo e infecções de vias aéreas esporádicas. Procurou PS com dispnéia aos médios esforços e tosse seca sendo realizada radiografia de tórax e submetido à drenagem de tórax à esquerda. Encaminhado com diagnóstico de novo pneumotórax espontâneo à esquerda, dreno de tórax não oscilante e radiografia de tórax com hiperlucência pulmonar à esquerda, diminuição da vasculatura no mesmo lado, imagem sugestiva de bolha em LSD e hérnia de pulmão para esquerda (imagem semelhante ao exame realizado pré drenagem). Tomografia de Tórax com redução volumétrica de pulmão esquerdo, redução da vascularização pulmonar, bronquiectasias e atelectasia de LIE, bolha em LSD e hérnia de pulmão direito para esquerda. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado; e cintilografia pulmonar apresentava ausência de perfusão e ventilação no pulmão esquerdo e déficit ventilatório e perfusional na região apical de pulmão direito. Caracterizado o diagnóstico de Síndrome de Swyer-James-Macleod. Enfatizamos a necessidade de avaliação adequada do quadro clínico e radiológico, principalmente de áreas avasculares e hiperlucentes, como bolhas ou de todo pulmão, antes da realização de drenagem de tórax.

PO595 PNEUMONIA POR CORYNEBACTERIUM SP - RELATO DE CASO

WILLIAM SALIBE FILHO; JULYANA GALVÃO TABOSA DO EGITO; CARLOS BOSCO MARX; FRED KENJI WADA; ELIE FISS; MARCELO ALEXANDRE COSTA VAZ
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA ; CORYNEBACTERIUM; TAZOBACTAM

M.J.N., 63 anos, branco, masculino, profissão metalúrgico, natural de Alves Castro - BA e procedente de São Paulo-SP. Paciente com antecedente insuficiência cardíaca e diagnóstico de tumor de hipófise há dois meses, em uso de corticoterapia (dexametasona). Há duas semanas iniciou quadro de dispnéia e tosse com expectoração muco-purulenta, foi ao PS local, sendo diagnosticado pneumonia e iniciado ciprofloxacina oral. Apesar da antibioticoterapia evoluiu com piora clínica (dispnéia, febre e da expectoração). Radiografia de tórax, realizada no PS, evidenciou múltlipas opacidades nodulares bilaterais, com componente alveolar ao redor dos nódulos, sendo internado em nosso serviço. Realizada broncoscopia com coleta de lavado broncoalveolar com cultura e biópsia pulmonar. A broncoscopia não evidenciou nenhuma lesão endobrônquica. A cultura do lavado broncoalveolar evidenciou 10^6 colônias de corynebacterium e a biópsia identificou processo crônico inespecífico. A hemocultura também identificou o corynebacterium. Continuou o tratamento com piperaciclina com tazobactam (Tazocin®), que havia sido introduzido durante a investigação devido a suspeita de um quadro pneumônico resistente a ciprofloxacina com melhora progressiva do quadro clínico e radiológico. O corynebacterium é constituído por células pleomórficas, gram-positivas e parasitas obrigatórios de membrana de mucosas ou da pele de mamíferos. Apresentam grande diversidade no requerimento de oxigênio, podendo ser aeróbias, microaerófilas e anaeróbias facultativas. Fazem parte da flora natural dos humanos e podem ocasionar doenças, como linfadenites, faringites, pneumonias e endocardite, principalmente em pacientes imunossuprimidos. Para confirmação do diagnóstico as culturas têm valores acima de 10^6 UFC/mL. O tratamento pode ser realizado com vários antibióticos (penicilina, β-lactâmicos ou macrolídeos) e entre eles a piperaciclina com tazobactam (Tazocin®).

PO596 SERÃO OS ESCORES PREDITORES DE RISCO PARA TEP REALMENTE ÚTEIS NA PRÁTICA CLÍNICA?

WILLIAM SALIBE FILHO; FRED KENJI WADA; ELIE FISS; MARCELO ALEXANDRE COSTA VAZ
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TEP; TC PROTOCOLO TEP; ESCORES PARA TEP

Introdução: a tromboembolia pulmonar (TEP) é uma doença muito freqüente, de grande impacto, com índices de mortalidade que chegam a 30%, mas que ainda representa um desafio diagnóstico. Esse fato acontece muitas vezes pela apresentação clínica ser muito variada, em muitos casos são comuns sintomas inespecíficos, e os exames diagnósticos serem complexos e caros. Com o objetivo de otimizar o diagnóstico, sem elevar demasiadamente o custo, foram criados escores para identificar pacientes com maior risco de desenvolver TEP, como os de Wells, Gêneva e Gêneva revisado. Embora suas respectivas acurácias ainda estejam em discussão na literatura são usados na prática médica para tomar decisões diagnósticas e terapêuticas. **Objetivo:** o presente estudo tem por finalidade descrever o perfil dos pacientes com diagnóstico confirmado de TEP e avaliar a efetividade dos escores preditores de risco para TEP. **Métodos:** trabalho retrospectivo de paciente internados e avaliados pela equipe de Pneumologia no Hospital Estadual Mário Covas de Santo André no ano de 2007 com diagnóstico confirmado para TEP. **Resultados:** no total foram 11 casos de TEP confirmados. As idades variaram de 30 a 92 anos, com média de 57.7 anos, sendo 8 mulheres e 3 homens. Dos fatores de risco para TEP encontramos 2 casos de TVP prévia, 2 com DPOC, 1 com fibrose pulmonar, 2 com ICC, 1 com neoplasia maligna, 1 uso de anticoncepcional oral, 2 sem fatores de risco e destes pacientes 3 estavam internados e apenas 1 destes recebia profilaxia para TVP. Em um caso foi necessário realizar arteriografia para confirmação diagnóstica. As tabelas abaixo mostram os resultados. **Conclusão:** apesar do tamanho amostral ainda ser muito reduzido, observamos que a angiotomografia foi o principal método diagnóstico, que a Ultrassonografia com Doppler de MMII não evidenciou o foco trombogênico e o mais importante que os escores preditores, se tivessem guiado a investigação diagnóstica teriam deixado de diagnosticar mais de 50% dos casos de TEP. Sugerimos que mesmo se o USG com Doppler de membros inferiores seja negativo, ou os escores preditores de TEP indiquem baixo risco de TEP, que não se interrompa a investigação de TEP nos quadros em que TEP possa ser uma possibilidade diagnóstica.

Sintomas e Sinais	Frequência %		
Dispnéia	11 (100%)		
Dispnéia súbita	5 (45.5%)		
Dor Torácica	6 (54.5%)		
Tosse	6 (54.5%)		
Hemoptiase	3 (27.2%)		
Edema de MMII	4 (36.3%)		
Edema unilateral MI	2 (18.8%)		
Frequência cardíaca acima de 100 bpm	5 (45.5%)		
Gasometria Arterial com Saturação<90%	7 (63.7%)		

Exames Complementares	Frequência %
Ecocardiograma com aumento de Pressão de Artéria Pulmonar	5 (45.5%)
US Doppler de MMII com TVP confirmada	2 (18.8%)
TC de tórax protocolo TEP (com falha de enchimento)	10 (91%)

Escores	Risco Baixo	Risco Inter-mediário	Risco Alto	
Wells	6 (54.5%)	3 (27.2%)	2 (18.8%)	
Gêneva	5 (45.5%)	6 (54.5%)	0	
Gêneva modificado	1 (9%)	7 (63.7%)	3 (27.2%)	

P0597 BIÓPSIA DE PLEURA: O NÚMERO DE FRAGMENTOS RETIRADO É IMPORTANTE?

WILLIAM SALIBE FILHO; FRED KENJI WADA; ERNESTO EVANGELISTA NETO; WLADMIR FAUSTINO SAPORITO; ADILSON CASEMIRO PIRES; ELIE FISS; ALTAIR DA SILVA COSTA JUNIOR; MARCELO ALEXANDRE COSTA VAZ

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BIÓPSIA DE PLEURA ; NUMERO DE FRAGMENTOS ; COPE

Introdução: a biópsia de pleura por agulha, ainda é uma das técnicas mais utilizadas no diagnóstico diferencial dos derrames pleurais. Contudo, ainda nos deparamos com um elevado número de pleurites inespecíficas. Vários fatores tem sido associados a este elevado número de resultados indeterminados, dentre eles citamos o fato da biópsia ser feita às cegas, o fragmento coletado pode ser de área não acometida pela doença, ou retirada de pequeno número de fragmentos, ou ainda existência de doenças que não são diagnosticadas pelo histopatológico, como em algumas afecções virais. **Objetivo:** o presente estudo tem por finalidade descrever o perfil etiológico dos derrames pleurais, obtidos por biópsia de pleura, em uma unidade de referência, assim como avaliar o impacto do número de fragmentos colhidos durante a biópsia e sua efetividade diagnóstica. **Métodos:** estudo retrospectivo de biópsias de pleura feitas com agulha de Cope no Hospital Estadual Mário Covas de Santo André, dos anos de 2002 e 2007. A análise foi feita apenas com os resultados da primeira biópsia de pleura. Os resultados são expressos de forma descritiva e foram separados em dois grupos (≤ 3 fragmentos e > 3 fragmentos) e comparados quanto ao diagnóstico etiológico obtido apenas com base no resultado anátomo-patológico. Critérios de inclusão: todos os pacientes com derrame pleural submetidos à biópsia de pleura por agulha de Cope; critérios de exclusão: ausência de dados demográficos ou histológicos; critérios para o diagnóstico etiológico: exame anatomo-patológico. **Resultados:** neste período foram realizadas um total de 142 biópsias de pleura, sendo incluídas neste trabalho 140. Os 2 casos não incluídos se devem a falta de dados demográficos. A idade variou entre 13 a 89 anos, com média de 53.5 anos. Considerando a distribuição de acordo com o sexo, os casos femininos predominaram, com 81 mulheres (57.9%) e 59 homens (42.1%). A tabela abaixo mostra os resultados. **Conclusão:** desta forma, concluímos que a primeira punção biópsia de pleura permitiu o diagnóstico na metade dos pacientes e que a obtenção de mais três fragmentos evidenciou uma tendência a maior efetividade diagnóstica para neoplasia, mas não resultou em melhor acurácia diagnóstica nas outras doenças. Contudo um número maior de pacientes precisa ser analisado para confirmar estes resultados.

BIÓPSIAS	Tuberculose	Neoplasia	Pleurite	Fibrose	Outros diagnósticos	Total
≤ 3 fragmentos	21 (28%)	14 (18.7%)	33 (44%)	4 (5.3%)	3 (4%)	75 (53.5%)
> 3 fragmentos	10 (15.4%)	23 (35.4%)	26 (40%)	3 (4.6%)	3 (4.6%)	65 (46.5%)
Total	31 (22.1%)	37 (26.4%)	59(42.2%)	7 (5%)	6 (4.3%)	140 (100%)

P0598 GASTOS REFERENTES À HOSPITALIZAÇÕES POR ASMA EM UM HOSPITAL PRIVADO

YONARA RIVELLE NEVES DAVID[1]; CLEIDE JANE DOREA DE JESUS[2]; PEDRO ROBERTO FAUSTO[3]; RUBENS SEVERO[4]; ANA RITA SANTOS NUNES[5]; HELENICE DE PAULA VIEIRA[6]; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA[7]

1.HOSPITAL PULISTANO- AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,5.HOSPITAL PAULISTANO - AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4,6,7.HOSPITAL PAULISTANO- AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA ; HOSPITALIZAÇÃO; CUSTOS

Introdução: Os custos diretos decorrentes de hospitalizações por asma consomem grande parte dos recursos do sistema de saúde. No Sistema único de Saúde os custos estimados de uma internação por asma é em torno de 404,00 reais. A avaliação dos custos desta doença permite elaborar estratégias que reduzam o seu impacto na sociedade. **Objetivo:** Avaliar os gastos referentes a hospitalizações por asma em um serviço privado de Pneumologia. **Método:** Foram incluídos os dados de 68 pacientes com diagnóstico de asma feito por um médico e acompanhados por pelo menos um ano antes da hospitalização . De forma retrospectiva foram levantados os dados administrativos destes pacientes e avaliados os seguintes dados: idade, sexo , dias de internação em enfermaria e UTI. No sistema privado a análise dos custos é dificultada por diferentes tabelas ,desta forma foram analisados os gastos totais dos pacientes(incluindo honorarios, medicamentos, Oxigênio e diárias de internação em UTI e enfermaria). Os gastos de diárias de internação em UTI e de enfermaria dos pacientes foram analisados separadamente para avaliar o impacto no gasto total dos pacientes. **Resultados:** Dos pacientes analisados, 52 (76%) eram do sexo feminino e 16 (24%) do sexo masculino, com idade de 14 a 83 anos, com X±DP (44±17). O gasto total médio dos pacientes foi de 3.274,00. Sete pacientes (10%) necessitaram internação em UTI. O tempo médio de internação foi 5,7±32 com um gasto correspondente de 1178,27±1081,36. Em relação a UTI, o tempo médio de internação foi de 1,7±0,76 com um gasto correspondente 1,081,00±1.685,00. **Conclusão:** Nesta amostra de pacientes, o tempo de internação dos asmáticos é semelhante aos dados do serviço público. A comparação dos custos de asma em diferentes serviços é dificultada pelos cálculos diferentes utilizados, porém a diferença dos valores sugere uma diferença acentuada entre as tabelas pagas pelo SUS e as tabelas pagas pelo sistema privado.

Índice de autores

A

ABBAS, G ..... AO 050, PO 187
ABE, NS.....PO 356, PO 360, PO 368, PO 369
ABELLAN, B..... AO 048
ABRÃO, FC.....PO 042, PO 083
ACENCIO, MMP..... AO 083, AO 084, PO 315, PO 317, PO 327, PO 328, PO 336, PO 337, PO 338, PO 339
ACHCAR, Á..... PO 602
ACHUTTI, AC.....PO 559, PO 560
ADAD, SJ..... PO 123
ADRIANA, MG .....PO 456, PO 519
AFIUNE, JB..... PO 520
AFONSO JÚNIOR, JE..... AO 064, PO 135, PO 174
AGNES, D.....PO 556, PO 557
AGOGLIA, BG.....PO 342, PO 485
AGUIAR, A ..... AO 113, AO 117
AHMED YASSINE NETO, H..... AO 035, AO 049, PO 133, PO 228
AIDAR, NA ..... AO 054, PO 198
AIELLO, G ..... PO 406
ALAMPI, R ..... PO 017
ALBUQUERQUE, C ..... PO 370, PO 371, PO 381
ALBUQUERQUE, DLL..... PO 602
ALBUQUERQUE, GL..... PO 026
ALBUQUERQUE, MFM..... PO 482
ALBUQUERQUE, PR..... AO 031, PO 084, PO 085, PO 086
ALBUQUERQUE, VM..... PO 488
ALCOLÉA, AP..... AO 079
ALENCAR, RF..... PO 487
ALLIETTI, C..... PO 246
ALMEIDA , P C ..... AO 103, PO 532, PO 533
ALMEIDA DE ARAÚJO, CA..... AO 031, PO 084, PO 085, PO 086
ALMEIDA JR, AMB..... PO 223
ALMEIDA, AC ..... PO 443
ALMEIDA, AC ..... PO 264
ALMEIDA, AR .....PO 205, PO 305, PO 343, PO 403, PO 404, PO 461, PO 462
ALMEIDA, MA ..... PO 596
ALMEIDA, REF.....PO 349, PO 364, PO 365, PO 366, PO 367, PO 463, PO 464, PO 465, PO 466
ALSINET, JL..... AO 047, PO 117, PO 352
ALTEMANI, AM .....PO 534, PO 535
ALVAREZ CASTRO, AA..... AO 073, AO 075
ALVAREZ, TA.....PO 349, PO 364, PO 365, PO 366, PO 367
ALVES DA COSTA, TD .....PO 451
ALVES DE ANDRADE, AP .....PO 517
ALVES DE FREITAS, KA..... PO 627
ALVES, A..... AO 113, AO 117
ALVES, ACF.....PO 628, PO 657
ALVES, AF..... PO 038
ALVES, C..... PO 284
ALVES, IMM ..... PO 594
ALVES, LR.....PO 061, PO 405, PO 206
ALVES, R..... AO 102
AMADO, VM ..... PO 387
AMARAL BOTELHO, CM..... PO 257
AMARAL, IR..... PO 085
AMARAL, PG..... PO 489
AMARAL, RAFD ..... AO 069, AO 072, PO 275, PO 281
AMATO, M ..... AO 114, AO 115, PO 599, PO 600
AMBROZIN, ARP ..... PO 098
AMORIM, PB ..... PO 001
AMORIM, VLB ..... PO 520
ANDRADE JR, EO.....PO 451
ANDRADE, BH.....PO 618
ANDRADE, CF.....PO 131, PO 132
ANDRADE, EF..... PO 223
ANDRADE, EO ..... AO 120, PO 451, PO 495
ANDRADE, F..... PO 370, PO 371, PO 381
ANDRADE, FM..... PO 348
ANDRADE, GR .....PO 252, PO 544
ANDRADE, HP .....PO 590, PO 591, PO 653, PO 654, PO 655
ANDRADE, LF..... PO 598
ANDRADE, MJSL..... AO 060, PO 207, PO 484, PO 606
ANDRADE, ML.....PO 345, PO 473
ANDREONI, S..... PO 259
ANDRIES, LC.....PO 345, PO 438, PO 472, PO 473, PO 474
ANGELELI, AYO..... AO 070, AO 072
ANGELINI, L ..... PO 001
ANGULO, CA.....AO 051, PO 087, PO 088, PO 089
ANN, E ..... AO 004
ANTERO, DC.....PO 251
ANTONANGELO, L ..... AO 083, AO 084, PO 314, PO 315, PO 317, PO 320, PO 326, PO 327, PO 328, PO 335, PO 336, PO 338, PO 339
ANTONELLI, M.....PO 537, PO 539, PO 540, PO 541
ANTÔNIO, ACP ..... PO 607
ANTONIO, C..... PO 409
ANTONIO, CA ..... PO 521
ANTUNES, CM..... AO 102
ANTUNES, CM..... PO 357
ANTUNES, GN .....PO 036, PO 393
ANTUNES, T ..... AO 060, PO 207, PO 225, PO 484
APANAVICIUS, A ..... PO 484
AQUINO, E ..... PO 577
ARAGÃO, FAB.....PO 090, PO 125
ARAKAKI, JSO.....PO 213, PO 231, PO 238, PO 256
ARAÚJO LIMA, JS ..... PO 490
ARAUJO, ACCC .....PO 389, PO 455, PO 482
ARAÚJO, AG .....PO 429, PO 430
ARAUJO, FB.....PO 330, PO 663
ARAÚJO, FB..... PO 034, PO 452, PO 493
ARAÚJO, I ..... AO 013
ARAUJO, JEM .....PO 090, PO 125
ARAUJO, JR ..... PO 634
ARAÚJO, L .....PO 032, PO 530
ARAÚJO, LRV..... PO 580
ARAÚJO, TPF..... AO 101, PO 592, PO 602, PO 612
ARBEX, MA..... AO 107
ARBEX, RF .....PO 039, PO 040, PO 051, AO 065, AO 067, AO 068, AO 107, PO 308
ARCAUS, M..... PO 406
ARCOS, JP..... PO 595
ARIAS, AA ..... PO 453
ARRAIS, MLT ..... PO 306
ARRIBALZAGA, EB ..... AO 047
ARROYO, A..... AO 018, AO 030, AO 048, PO 170, PO 185, PO 186
ARRUDA, SLM ..... AO 101, PO 592, PO 602, PO 612
ARRUDA, SM ..... PO 648, PO 649, PO 650
ARTERTA, F .....PO 614
ARTIFON, ELA ..... AO 098
ATHANAZIO, DA..... PO 307
ATHANAZIO, PRF ..... PO 307
ATHANAZIO, RA ..... PO 235, PO 236, PO 307, PO 396, PO 508, PO 509, PO 613
AURÉLIA, AF..... PO 268
AVELAR, SF..... PO 114, PO 115
ÁVILA, M..... PO 584
AYARRA, J.....PO 103, PO 104
AZAMBUJA, R ..... AO 111, AO 117
AZEVEDO, FC .....PO 041
AZEVEDO, RM ..... PO 494

B

B ELTRÃO, M..... PO 454

BAENA, R ..... AO 119
BAEZO, LC ..... PO 424
BAGLIO, P ..... AO 014, AO 015, AO 016, AO 019, AO 020, AO 022, AO 029, PO 671
BAKOWSKI, É ..... AO 096
BALDI, BG ..... AO 058, PO 239, PO 240, PO 241, PO 249
BALDI, J ..... PO 439
BALDIN, EC ..... PO 506
BALIEIRO, MA ..... AO 046, PO 091, PO 092, PO 128, PO 171, PO 172
BALTHAZAR, AB ..... PO 205, PO 214, PO 305, PO 343, PO 403, PO 404, PO 407
BALTHAZAR, ABS ..... PO 214, PO 407
BAMMANN, RH ..... PO 139, PO 141, PO 142, PO 323, PO 362
BANDEIRA, AP ..... PO 389
BANDEIRA, COP ..... PO 445
BARBEIRO, AS ..... PO 305, PO 462
BARBOSA, A ..... AO 013
BARBOSA, EC ..... PO 234
BARBOSA, L ..... PO 002, PO 003
BARBOSA, MP ..... PO 046, PO 047, PO 078, PO 079, PO 301, PO 363, PO 418, PO 503, PO 504, PO 515, PO 516, PO 605, PO 632
BARBOSA, TC ..... PO 648, PO 649, PO 650
BARBOSA-BRANCO, A ..... PO 016, PO 346
BARBOZA, CEG ..... PO 073, PO 235, PO 236, PO 242, PO 249, PO 250, PO 431
BARIAN ROMALDINI, JG ..... PO 063, PO 208, PO 209, PO 222, PO 423, PO 467
BARONE, LF ..... PO 214
BARROS PENA, JL ..... PO 257
BARROS PEREIRA, ED ..... AO 108, AO 109, AO 118, PO 195, PO 293, PO 411, PO 490, PO 546
BARROS, NM ..... PO 559, PO 560
BARROSO, EC ..... PO 619, PO 620, PO 621, PO 622, PO 627
BARZON, D ..... PO 286
BASSANESI, SL ..... PO 666, PO 667
BASTOS POLONIO, I ..... PO 208, PO 209, PO 408, PO 433, PO 647
BATISTA, I ..... PO 252, PO 544
BATISTA, LJB ..... PO 389, PO 455, PO 486
BAZZINO, I ..... PO 623
BAZZO, ML ..... AO 127, PO 475
BELEM, MS ..... PO 522, PO 523, PO 524, PO 525, PO 526
BELO, M ..... PO 669
BELTRÃO, M ..... PO 218
BENTANCOR, C ..... PO 406
BENTO, AIT ..... PO 409
BERALDO, CL ..... PO 499
BERALDO, FNM ..... PO 499
BERALDO, PSS ..... AO 021, PO 468
BERGER, EC ..... PO 036
BERMUDEZ, LA ..... PO 258
BERNARDES, AM ..... AO 124
BERNARDES, JD ..... AO 102
BERNARDES, LCR ..... PO 007, AO 009, PO 009, PO 027, PO 290, PO 291, PO 481, PO 501
BERNARDES, MLS ..... PO 505
BERNARDI, FDC ..... PO 073, PO 169, PO 225, PO 249
BERSÉLLI, JCR ..... PO 639
BERTÃO, RA ..... PO 052, PO 230
BERTOLAZI, AN ..... AO 057, AO 094, PO 194
BERTON, DC ..... AO 086, PO 259, PO 372
BETHLEM, EP ..... PO 646
BETTENCOURT, MM ..... AO 063, AO 125, PO 234, PO 420
BEYRUTI, R ..... AO 012, AO 017, PO 041, PO 042, AO 082, PO 142
BEZERRA, LBM ..... PO 307, PO 613
BEZERRA, TM ..... PO 223
BIAGINI JR, JC ..... AO 052, AO 053, AO 055, AO 056, AO 061, PO 197, PO 211
BIBAS, BJ ..... PO 042, PO 083
BICALHO, PA ..... PO 611
BINDÁ, FA ..... AO 120
BLANCO, DC ..... PO 017
BOMBARDA, S ..... AO 124, AO 126, AO 131, PO 328, PO 357, PO 624
BONATTI, AAC ..... PO 606
BONFIM, R ..... PO 285, PO 296, PO 572, PO 573, PO 582
BONIN, MB ..... PO 412
BORGES, EL ..... PO 050, PO 051, PO 060
BORGES, FK ..... PO 077, PO 513
BORGES, FN ..... AO 121
BORGES, FN ..... AO 121
BORGES, MC ..... PO 033
BORTOLINI, T ..... PO 210
BOSCO, LP ..... PO 353, PO 357
BOSQUETTI, KB ..... PO 547
BOTELHO, C ..... PO 344, PO 548, PO 549, PO 625
BOTELHO, MAM ..... PO 377, PO 378
BOTTER, M ..... AO 037, AO 045, PO 156, PO 168, PO 169, PO 175, PO 176, PO 177, PO 178, PO 188
BOULET, LP ..... AO 102
BOZZETTI, MC ..... AO 110, AO 112
BRAGA DO NASCIMENTO, FA. PO 490
BRAGA DOS SANTOS, FC ..... AO 014, AO 015, AO 016, AO 019, AO 020, AO 022, AO 029, AO 032, PO 671
BRAGA PIRES, MF ..... PO 093, PO 179
BRAGA, ALF ..... AO 107
BRANDAO MALAFAIA, EC ..... PO 469
BRANDAO, CR ..... PO 469
BRANDÃO, GV ..... PO 332, PO 437
BRAVO, DM ..... AO 089, AO 090, PO 259, PO 372
BREDA, AP ..... AO 093
BRITO, HF ..... PO 039, PO 040, PO 051, PO 060, AO 065, AO 067, AO 068, PO 308, PO 413
BRUIN, P ..... PO 195
BRUIN, V ..... PO 195
BRUM, MALM ..... PO 439
BRUNETTO, AF ..... PO 286
BUSS, CH ..... AO 105
BUZAID, AC ..... PO 041

C

C C LEÃO, CM ..... AO 109
CABALLERO, AS ..... AO 073, AO 075, PO 410
CABRAL, GAPS ..... AO 111, AO 113, AO 116, AO 117
CABRAL, MM ..... PO 283, PO 492
CAETANO DA SILVA, RFK ..... AO 028, PO 100, PO 101, PO 102
CAICEDO, M ..... AO 075
CALANDRINI, F ..... PO 313
CALDAS, F ..... AO 113
CALIXTO, WR ..... PO 592
CÂMARA JR, JP ..... AO 109, PO 411
CAMARA, JB ..... AO 111, AO 117
CAMARGO, AF ..... PO 527
CAMARGO, JJ ..... PO 054, PO 055, PO 144, PO 233, PO 324, PO 457, PO 458, PO 460
CAMARGO, N ..... PO 002, PO 003
CAMARGO, TR ..... PO 265
CAMARGO, VM ..... AO 093
CAMASSOLA, AP ..... PO 272
CAMÊLO, CPR ..... PO 294, PO 491, PO 550, PO 656, PO 660
CAMELO, RT ..... PO 451
CAMINO, AM ..... PO 461, PO 462
CAMPELLO SOLEIMAN, LN ..... PO 043, PO 469, PO 603
CAMPELO, CL ..... PO 619, PO 620, PO 621, PO 627
CAMPOS DE OLIVEIRA, A ..... PO 196, PO 629
CAMPOS, BJ ..... PO 545
CAMPOS, FA ..... PO 523, PO 524
CAMPOS, FTAF ..... PO 394
CAMPOS, KN ..... PO 090
CAMPOS, LEM ..... PO 429, PO 430, PO 505, PO 507
CAMPOS, SV ..... PO 174
CAMPOS, YD ..... PO 056, PO 058
CANAN, MGM ..... PO 287, PO 292
CANELOS-ESTRELLA, BA ..... PO 260, PO 279, PO 453
CANTERLE, D ..... PO 261, PO 262
CANUTO, RA ..... PO 468
CANZIAN, M ..... PO 112
CAPELOZZI, VL ..... PO 141, PO 222, PO 320
CARAM, LMO ..... PO 281, PO 554
CARAMORI, ML ..... AO 064, PO 135, PO 174
CARDOSO, D ..... PO 630
CARDOSO, DM ..... PO 487
CARDOSO, LS ..... PO 400
CARDOSO, MDSL ..... PO 004, PO 005, AO 007, AO 104, AO 106, PO 189, PO 190, PO 191, PO 192, PO 528, PO 626
CARLETI, GM ..... AO 111, AO 113, AO 116
CARMO MOREIRA, MA ..... PO 061, PO 263, PO 405
CARNELOS, LA ..... PO 345, PO 473
CARNEVALE, GG ..... PO 339
CARRARO, R ..... PO 135, PO 174
CARRASCOSSA, CR ..... AO 086
CARRILHO, F ..... PO 492
CARRILLO, JA ..... AO 044
CARTAXO, AM ..... PO 309, PO 316
CARTAXO, CGB ..... PO 536
CARUSO, P ..... PO 599, PO 600
CARVALHO, AA ..... PO 551, PO 552
CARVALHO, AS ..... PO 210, PO 310

CARVALHO, C ..... AO 058, PO 073, AO 114, AO 115, PO 226, PO 229, PO 235, PO 236, PO 239, PO 240, PO 241, PO 242, PO 249, PO 250, PO 599, PO 600
CARVALHO, C ..... PO 286
CARVALHO, D ..... PO 495
CARVALHO, EV ..... PO 312, PO 439
CARVALHO, FA ..... PO 264, PO 553, PO 593
CARVALHO, IC ..... PO 633
CARVALHO, MRD ..... PO 619, PO 620, PO 621, PO 622
CARVALHO, PE ..... AO 026
CARVALHO, SR ..... PO 380
CARVALHO, VS ..... PO 288
CASAROTTO, FC ..... AO 057, AO 094
CASCALES, P ..... AO 030
CASOTTI, P ..... PO 180, PO 331, PO 664, PO 665
CASTANHO, AQS ..... PO 290, PO 291
CASTEL-BRANCO, MG ..... PO 032
CASTEL-BRANCO, MG ..... PO 530
CASTRO ANTONELI MONTEIRO DE QUEIROZ, MC ..... PO 061, PO 263, PO 405
CASTRO, ACP ..... PO 323
CASTRO, ES ..... PO 487, PO 627
CASTRO, FB ..... PO 010
CASTRO-RODRIGUEZ, J ..... AO 001, AO 002
CATALDI, S ..... PO 576
CATANEO PANCIERI, MV ..... PO 094, PO 098
CATANEO, AJM ..... AO 024, PO 094, PO 095, PO 096, PO 097, PO 098, PO 099, PO 116, PO 160, PO 161, PO 162, PO 570, PO 571
CATANEO, DC ..... AO 024, PO 094, PO 095, PO 096, PO 097, PO 098, PO 099, PO 116, PO 160, PO 161, PO 162, PO 570, PO 571
CATANI, RR ..... PO 217
CATUNDA, LG ..... PO 224, PO 594
CAVALCANTE, AL ..... PO 628, PO 657
CAVALCANTE, AM ..... PO 113
CAVALCANTE, EA ..... PO 151
CAVALCANTE, JL ..... PO 628, PO 657
CAVALCANTE, RCBM ..... PO 004, PO 005, AO 007
CAVALCANTI, AO ..... PO 583
CAVALCANTI, MM ..... PO 583
CAVALCANTI, RPR ..... PO 596
CAVALHEIRO, AGC ..... PO 018
CAVALLAZZI, AC ..... PO 219
CECCONELLO, I ..... PO 355
CECCONI, M ..... PO 137
CEJAS, CA ..... AO 047
CERQUEIRA, M ..... PO 526
CERVEIRA, JA ..... PO 285, PO 295
CEVALLOS SALAS, N ..... PO 453
CHAGAS, M ..... AO 127, PO 475
CHATKIN, JM ..... PO 559, PO 560
CHAUL, DN ..... PO 277
CHAUVET, PR ..... AO 063
CHAVES MENDES LOPES, S ..... PO 658, PO 659
CHAVES, RM ..... PO 359
CHAVES, WL ..... PO 633
CHERREZ, I ..... PO 279
CHIAPELLA, L ..... PO 595
CHIAPPA, GR ..... AO 089, PO 372
CHIBA, EK ..... PO 356
CHIBANTE, AM ..... AO 061, PO 211
CHIERICE, GO ..... AO 003
CHIMARA, É ..... AO 126
CHTERPENSQUE, A ..... PO 588, PO 589
CHYLA, EF ..... PO 100
CIPRIANI, MF ..... PO 302
CIPRIANO, SL ..... AO 005
CIRINO, CCI ..... PO 112
CLIMACO, D ..... PO 283
COELHO NETO, AP ..... PO 604
COELHO, AC ..... PO 221
COELHO, LM ..... PO 412
COELHO, LS ..... PO 044, PO 470, PO 554
COÊLHO, MAL ..... PO 441
COELHO, MS ..... AO 028, AO 034, PO 100, PO 101, PO 102
COLETA, KD ..... AO 069, AO 078, PO 275
COLETTA, EM ..... AO 059, PO 248, PO 400
COLETTA, JAD ..... PO 044, PO 470
COLOSIMO, EA ..... PO 257
CONCEIÇÃO, EL ..... PO 650
CONGREGADO, M ..... PO 103, PO 104
CONROY, C ..... PO 499
CONTI, PBM ..... PO 539, PO 540, PO 541
CONTRERA TORO, AA ..... PO 534, PO 535
CORA, AP ..... AO 083, PO 314, PO 315, PO 335
CORDEIRO AMARAL, P ..... PO 263
CORDEIRO, CG ..... PO 046, PO 047, PO 504
CORDEIRO, JA ..... PO 545
CORDEIRO, LA ..... PO 311
CORDEIRO, PB ..... PO 113
CORONEL, NW ..... PO 004, PO 005, AO 007
CORRÊA DA SILVA, LC ..... PO 054, PO 055, PO 144, PO 233, PO 324, PO 457, PO 458, PO 460, PO 555, PO 556, PO 557, PO 558, PO 559, PO 560
CORREA DA SILVA, LM ..... PO 446
CORRÊA, AP ..... PO 628, PO 657
CORRÊA, CJ ..... AO 070, AO 072
CORRÊA, CR ..... AO 070, AO 072
CORREA, EM ..... PO 604
CORREA, EP ..... PO 541
CORRÊA, KS ..... PO 265, PO 266
CORREA, RA ..... PO 034, PO 452, PO 618
CORREIA, TP ..... PO 583
COSTA FERREIRA, K ..... PO 263
COSTA JUNIOR, JD ..... PO 338
COSTA OLIVEIRA, MT ..... PO 618
COSTA RODRIGUES, FA ..... PO 154, PO 155
COSTA, AA ..... AO 063, AO 125, PO 212, PO 234, PO 267, PO 419, PO 420
COSTA, ACS ..... PO 176
COSTA, AL ..... PO 020, PO 022, PO 023, PO 024
COSTA, ALP ..... PO 307
COSTA, AN ..... PO 229
COSTA, CC ..... AO 077, PO 261, PO 262
COSTA, CMC ..... PO 596
COSTA, CMR ..... PO 625
COSTA, D ..... AO 074
COSTA, EB ..... PO 412
COSTA, ELV ..... AO 114, AO 115
COSTA, G ..... PO 492
COSTA, GR ..... PO 471
COSTA, JNL ..... PO 602
COSTA, KH ..... PO 118
COSTA, MDRSR ..... PO 007, PO 008, AO 009, PO 009, PO 010, PO 011, PO 019, PO 025, PO 027, PO 028, PO 029, PO 030, PO 031, PO 480, PO 481, PO 500, PO 501
COSTA, MVD PO 011, PO 030, PO 031
COSTA, PLG ..... PO 314, PO 315
COSTA, RD ..... PO 349, PO 364, PO 365, PO 366, PO 367
COSTA, TC ..... AO 111, AO 113
COSTA, TF ..... PO 045
COURA, LR ..... PO 058, PO 536
COURI, V ..... PO 526
COUTINHO DA SILVEIRA PELIN, V ..... PO 196, PO 629
COUTINHO, HM ..... PO 319, PO 436, PO 498, PO 598
CREMA, E ..... AO 040
CREVOISSIER, G ..... PO 406
CRIPPA, JAS ..... PO 574, PO 575
CRUVINEL, MDC ..... PO 319, PO 436, PO 498
CRUZ, JS ..... PO 038
CRUZ, SS ..... AO 123
CUKIER, A ..... PO 001, AO 005
CUNHA, AA ..... PO 045
CUNHA, ACM ..... PO 529
CUNHA, AM ..... PO 345, PO 438, PO 471, PO 472, PO 473, PO 474
CUNHA, IS ..... PO 644
CUNHA, RFE ..... PO 153
CUNHA, TM ..... PO 051, PO 213, PO 340, PO 341, PO 413, PO 514, PO 634
CUNTIERE, I ..... AO 123
CURBELO, P ..... PO 246
CUSTODIO, FB ..... PO 400

D

D ASSUNÇÃO, MA ..... PO 359
D, EB ..... PO 379
D, Z ..... PO 379
D´AQUINO, LC ..... AO 122, PO 630
DA COSTA, CH ..... AO 063, AO 125, PO 234, PO 267
DA CRUZ, JAS ..... PO 321
DA MOTA, HJ ..... PO 105, PO 106, PO 182
DA MOTA, MML ..... PO 642
DA ROCHA, RM ..... PO 590, PO 591, PO 653, PO 654, PO 655
DA ROCHA, RT ..... AO 096, PO 340, PO 341, PO 634
DA SILVA JUNIOR, FC ..... AO 064
DA SILVA SANTOS, J ..... AO 123
DA SILVA SARAIVA, JM ..... PO 523
DA SILVA, ALM ..... PO 013, PO 254, PO 288, PO 313, PO 416, PO 417, PO 421, PO 488, PO 497
DA SILVA, AMM ..... AO 120
DA SILVA, CC ..... PO 604
DA SILVA, DC ..... PO 210, PO 310
DA SILVA, DKC ..... PO 416
DA SILVA, GA ..... PO 268

DA SILVA, IMCB..... PO 056
DA SILVA, LB..... AO 077
DA SILVA, RM .....AO 127, PO 414, PO 475, PO 476
DA SILVEIRA, MM..... AO 128, PO 422
DAL MASO, V .....PO 220, PO 385, PO 386, PO 422, PO 608
DALCIN, PTR ..... AO 006, AO 008, PO 014, AO 057, AO 094, AO 128, AO 129, PO 220, PO 310, PO 477, PO 478, PO 608
DAMAS, C ..... PO 454
DAMASCENO, EA ..... PO 443
DANTAS DO AMARAL, AM..... PO 658, PO 659
DANTAS, JLCM..... AO 031
DANTAS, LMS..... PO 536
DANTAS, TCA .....PO 269, PO 479
DAROS, CB..... PO 082, PO 244, PO 610
DARTORA, H..... PO 021, PO 035, AO 091
DAUD, DF ..... AO 041, PO 107, PO 108, PO 109, PO 110, PO 111, PO 163, PO 164, PO 165, PO 166, PO 334
DAVID, YRN..... PO 006, PO 012, PO 297, PO 586
DAVILA MELO, BS..... AO 087, PO 350, PO 351, PO 373, PO 374, PO 375, PO 376, PO 415
DAVILA MELO, SM..... AO 087, PO 350, PO 351, PO 373, PO 374, PO 375, PO 376, PO 415
DAVILA MELO, SS..... AO 087, PO 350, PO 351, PO 373, PO 374, PO 375, PO 376, PO 415
DAY, C ..... AO 100
DE ABREU E SILVA, FA ..... PO 477, PO 478
DE ABREU VIANNA, AO .....AO 111, AO 113, AO 116, AO 117
DE ABREU, IRLB .....PO 112
DE AGUIAR, DL..... PO 008, AO 009, PO 010, PO 031, PO 232
DE ALBUQUERQUE FILHO, ESPO 389, PO 486
DE ALMEIDA, JLJ.....AO 081, PO 321
DE ALMEIDA, LP..... PO 327
DE ALMEIDA, TP..... PO 078, PO 079, PO 459
DE ANDRADE, BB ..... AO 120
DE ANDRADE, CR .....PO 522, PO 523, PO 524, PO 525, PO 526
DE ANDRADE, RR .....PO 161
DE ANDRADE, RV .....PO 451
DE ARAÚJO, PHN..... AO 017, PO 042
DE ARAÚJO, WEC .....PO 491
DE ASSIS ROCHA, DL..... PO 332, PO 444
DE AZEVEDO, HG ..... PO 644
DE AZEVEDO, RP ..... PO 007, PO 008, PO 025, PO 030, PO 481, PO 590, PO 591, PO 653, PO 654, PO 655
DE BARROS, PJL ..... PO 604
DE BIASI CORDEIRO, SZ.....PO 113
DE BRITO, PRC.....PO 180, PO 331, PO 664, PO 665
DE CAPITANI, EM ..... PO 205, PO 305, PO 343, PO 403, PO 407, PO 461, PO 462
DE CARVALHO MASSUCIO, RA..... PO 214, PO 215, PO 216
DE CARVALHO, BMM ..... PO 007, PO 008, PO 009, PO 011, PO 480, PO 481, PO 501
DE CARVALHO, FA..... PO 056, PO 057, PO 058, PO 059, PO 502
DE CARVALHO, GPC ..... PO 009
DE CARVALHO, JL..... PO 057, PO 058, PO 059, PO 502
DE CARVALHO, LP ..... PO 459
DE CARVALHO, LR .....AO 024, PO 094, PO 098
DE CARVALHO, RO ..... PO 075, PO 076, PO 077, PO 388, PO 397, PO 398, PO 446, PO 447, PO 448, PO 449, PO 512, PO 513, PO 640
DE CASTRO SILVA, MH ..... PO 440
DE CERQUEIRA, EMPF ..... PO 205
DE FARIA, SAJ..... PO 527
DE FARIAS, JHC .....PO 009, PO 019, PO 025, PO 028, PO 500
DE FIGUEIREDO, M .....AO 006, AO 008, PO 014
DE GUEDES, TM .....PO 057, PO 502
DE LIMA, DP .....PO 059, PO 502
DE LIMA, LC..... AO 104, PO 114, PO 115, PO 189, PO 190, PO 191, PO 192
DE LIMA, VP..... PO 256
DE MACEDO, LG ..... PO 482
DE MEDEIROS, KB.....PO 491
DE MELLO, RC.....PO 096, PO 097
DE MELO MARTINS, RL ..... PO 483
DE MELO, FX..... PO 483
DE MELO, HA.....PO 350, PO 376
DE MELO, LA..... AO 009, PO 010, PO 011, PO 027, PO 029
DE MENDONÇA TELES, LM .... PO 440
DE MENDONÇA, IF ..... PO 524
DE MOURA MELO, WO..... PO 325, PO 332
DE OLIVEIRA FIGUEIREDO, CM..... PO 043
DE OLIVEIRA JÚNIOR, SO .....PO 311
DE OLIVEIRA, AC ..... PO 483
DE OLIVEIRA, BB ..... PO 056
DE OLIVEIRA, CEF ..... PO 145, PO 146, PO 147, PO 148, PO 149, PO 150
DE OLIVEIRA, CL.....PO 477, PO 478
DE OLIVEIRA, DN..... PO 217
DE OLIVEIRA, FHS .....PO 116
DE OLIVEIRA, JCA.....PO 312, PO 439
DE OLIVEIRA, JPNM..... PO 442, PO 631, PO 662
DE OLIVEIRA, MA ..... PO 529
DE OLIVEIRA, MA ..... PO 006, PO 012, PO 297, PO 586
DE OLIVEIRA, MM .....PO 311
DE OLIVEIRA, MVC .....PO 561
DE OLIVEIRA, NH..... PO 223
DE OLIVEIRA, RL..... PO 644
DE PAIVA, DD ..... PO 172
DE PAIVA, SAR .....PO 571
DE PAULA, WD..... PO 459
DE PAULA, WE ..... PO 592
DE RESENDE, SM.....PO 403, PO 407
DE SÁ, DM..... PO 217
DE SOUSA, FB ..... PO 054, PO 055, PO 144, PO 233, PO 324, PO 457, PO 458, PO 460
DE SOUSA, HB..... AO 009, PO 027, PO 031, PO 480
DE SOUSA, JG .....PO 019, PO 028, PO 029, PO 500
DE SOUSA, MM..... PO 217
DE SOUZA FILHO, AJ..... PO 036, PO 082, PO 204, PO 244, PO 251, PO 333, PO 393, PO 450, PO 610
DE SOUZA PINA, T ..... PO 263
DE SOUZA, JS.....PO 451
DE SOUZA, RM..... PO 348
DE VASCONCELOS, ACF..... AO 123
DE VASCONCELOS, MC..... PO 526
DE VASCONCELOS, RA..... PO 527
DELGADO, L .....PO 218, PO 454, PO 530
DELTREGGIA, PC ..... PO 407
DENARDI, D..... PO 539
DEPAULI FERNANDES, MB.... PO 325, PO 437, PO 444
DEQUEIXES, LG.....PO 019, PO 028, PO 029, PO 500
DESIDERI, AV .....PO 143, PO 158, PO 159
DEULEFEU, FC .....PO 318
DEVIDO, MS ..... AO 131
DI GIOIA, TR..... PO 326
DIAS FERREIRA, KT ..... PO 196, PO 629
DIAS JÚNIOR, M .....AO 046, PO 091, PO 128, PO 171, PO 172
DIAS JÚNIOR, SA ..... AO 060, PO 207, PO 225, PO 235, PO 249, PO 396, PO 484
DIAS, BA ..... AO 092, AO 093
DIAS, CF.....PO 666, PO 667
DIAS, CS.....PO 342, PO 485, PO 643, PO 645, PO 646
DIAS, JR ..... PO 038
DIAS, RM ..... AO 061, PO 211, PO 485
DOLHNIKOFF, M.....PO 226, PO 236
DOMINGOS, DDN.....PO 152, PO 153
DOMINGUES, ALC.....PO 389, PO 455, PO 486
DOMINGUES, OH ..... PO 072
DONATTI, MI .....PO 345, PO 438, PO 472, PO 473, PO 474
DOREA DE JESUS, CJ ..... PO 006
DOS REIS, FF.....PO 312, PO 439
DOS REIS, OA ..... PO 302
DOS REIS, SF.....PO 312
DOS SANTOS FERREIRA, RC.. PO 389, PO 455, PO 486
DOS SANTOS, AA ..... PO 350
DOS SANTOS, AFR ..... AO 028, AO 034, PO 100, PO 101, PO 102
DOS SANTOS, CA .....PO 093, PO 137, PO 138, PO 179, PO 181
DOS SANTOS, CB .....PO 531
DOS SANTOS, DM ..... PO 013, PO 254, PO 288, PO 313, PO 416, PO 417, PO 421, PO 488, PO 497
DOS SANTOS, DMSS.....PO 531
DOS SANTOS, DO..... PO 400
DOS SANTOS, FV ..... PO 114, PO 115
DOS SANTOS, GMC..... PO 488
DOS SANTOS, HTA..... AO 046, PO 127, PO 128, PO 172, PO 420
DOS SANTOS, JWA ..... PO 434
DOS SANTOS, NA..... AO 014, AO 015, AO 016, AO 019, AO 020, AO 022, AO 029, PO 671

DOS SANTOS, OA ..... PO 137
DOS SANTOS, PAR ..... PO 450
DOS SANTOS, RB ..... PO 043
DUAILIBE DE DEUS, LB ..... PO 417
DUARTE, RLM ..... AO 052, AO 053, AO 055, AO 056, AO 061, PO 197
DUEÑAS, R ..... PO 410
DUMARESQ, FP ..... PO 105, PO 106

E

E SILVA, JR ..... PO 046, PO 047, PO 301, PO 418, PO 503, PO 504, PO 515, PO 516, PO 605, PO 632
E, OG ..... PO 379
EGITO, JGTD ..... PO 511
EGOAVIL, M ..... PO 200, PO 201, PO 202
EILERS, RJ ..... AO 097
ELLIS, D ..... PO 246
EMBUN, R ..... PO 104
ESCUISSATO, DL ..... PO 494
ESPINA, CA ..... PO 666, PO 667
ESPÓSITO, A ..... PO 567
ESPOSITO, C ..... PO 253
ESTEVA, H ..... AO 047, PO 117, PO 352
ETHEL FILHO, J ..... PO 209, PO 228, PO 423, PO 433, PO 467, PO 647

F

FABRI JUNIOR, J ..... AO 084
FAÇANHA, MC ..... PO 619
FAGANELLO, MM ..... AO 071, PO 280, PO 281
FAGONDES, SC ..... AO 057, AO 094, PO 194, PO 390, PO 391, PO 392
FAGUNDES, AL ..... PO 361, PO 597
FAGUNDES, MN ..... AO 058
FALCONI, FQ ..... PO 271
FAORO, C ..... PO 287, PO 292
FARENZENA, M ..... AO 110, AO 112
FARIA, AC ..... AO 052, AO 053, AO 055, AO 056, AO 061, PO 197, PO 211
FARIAS, AQ ..... AO 092
FARIAS, MF ..... PO 594
FARINON, R ..... PO 145, PO 146, PO 147, PO 148, PO 149, PO 150
FATURETO, MC ..... AO 040, PO 118, PO 119, PO 120, PO 121, PO 122, PO 123
FAURI, V ..... PO 556, PO 557
FAUSTO, PR ..... PO 006
FEGADOLLI, C ..... PO 531
FEIJÓ, G ..... PO 517
FELICIO, ML ..... PO 161
FELINTO, CEA ..... PO 604
FELISBINO, MB ..... PO 289, PO 496
FELIX, JHS ..... AO 076, AO 118
FERNADES, CJC ..... AO 092, AO 093
FERNANDES ROCHA, RC ..... AO 109
FERNANDES, AC ..... PO 646
FERNANDES, AG ..... PO 012
FERNANDES, C ..... PO 219
FERNANDES, F ..... PO 134
FERNANDES, FL ..... PO 567, PO 568, PO 569
FERNANDES, LM ..... AO 028, PO 101, PO 102
FERNANDEZ, A ..... PO 124, PO 139, PO 140, PO 141, PO 142, PO 323, PO 362
FERRÃO, MHL ..... PO 119, PO 120, PO 121, PO 122
FERRARI, R ..... AO 069, AO 078, PO 275, PO 280, PO 281, PO 554
FERRAZ, ÁAB ..... PO 482
FERRAZ, DA ..... PO 119
FERRAZ, E ..... PO 033
FERREIRA JR, PN ..... AO 054, PO 198
FERREIRA JUNIOR, ABS ..... PO 090, PO 125
FERREIRA PINHEIRO, VG ..... PO 487, PO 619, PO 620, PO 627, PO 633, PO 658, PO 659
FERREIRA, AL ..... PO 353, PO 358
FERREIRA, ARC ..... PO 592
FERREIRA, DA ..... PO 612
FERREIRA, HPC ..... PO 085, PO 086
FERREIRA, JM ..... AO 122
FERREIRA, LF ..... PO 265
FERREIRA, ML ..... PO 343, PO 403, PO 404, PO 461, PO 462
FERREIRA, MP ..... PO 476
FERREIRA, PC ..... PO 199
FERREIRA, RG ..... PO 213, PO 238, PO 601
FERREIRA, T ..... AO 013
FERREYRA, J ..... PO 200, PO 201, PO 202
FIALKOW, L ..... AO 110, AO 112
FIGARO, JK ..... PO 052, PO 227, PO 361, PO 426, PO 427, PO 434, PO 597, PO 651
FIGUEIREDO, RG ..... AO 060, PO 207, PO 606
FIGUEIREDO, VR ..... AO 083, PO 353, PO 354, PO 355, PO 356, PO 357, PO 358, PO 359, PO 360, PO 368, PO 369
FIGUEIREDO, W ..... PO 646
FIKS, IN ..... PO 270, PO 562
FILGUEIRA NETO, JE ..... PO 395, PO 411
FILHO, AJN ..... PO 212, PO 267, PO 419
FILHO, BM ..... PO 389, PO 482, PO 486
FILHO, EF ..... PO 351, PO 415
FILHO, JAF ..... PO 138, PO 181
FILHO, MAM ..... PO 164
FILHO, VG ..... PO 143, PO 158, PO 159
FISS, E ..... PO 329, PO 510, PO 511, PO 615
FITERMAN, J ..... PO 017
FLEIG, AHD ..... PO 220, PO 385, PO 386, PO 422, PO 608
FONSECA, CB ..... PO 230, PO 427
FONSECA, J ..... PO 032, PO 530
FONTES, A ..... PO 180, PO 331, PO 664, PO 665
FORGIARINI JR, LA ..... PO 131, PO 132
FORMIGHIERI, L ..... PO 494
FORTALEZA, SCB ..... AO 076, AO 118, PO 594
FORTE, DY ..... PO 219
FORTE, V ..... AO 041
FOSCO, LC ..... PO 285, PO 295, PO 296, PO 572, PO 573, PO 581, PO 582
FRANÇA, F ..... AO 101
FRANCISCATTO, L ..... AO 006, AO 008, PO 014
FRANCISCO, AN ..... PO 101, PO 102
FRANCO, JA ..... PO 120
FRANKLIN JR, J ..... PO 633
FREIRE, CMM ..... PO 571
FREIRE, MR ..... PO 497
FREIRE, SML ..... PO 542
FREITAS, ALR ..... PO 053, PO 278, PO 428
FREITAS, CG ..... PO 046, PO 047, PO 301, PO 418, PO 459, PO 503, PO 504, PO 515, PO 516, PO 605, PO 632
FREITAS, LL ..... PO 205, PO 305, PO 343
FRIGINI, T ..... AO 037, PO 156
FRITSCH, S ..... PO 126
FROÉS, FHS ..... PO 013
FROTA, CC ..... PO 627
FROUFE, KSA ..... AO 046, PO 127, PO 128, PO 171, PO 172, PO 420
FUCK, VMS ..... PO 529
FUKUDA, CY ..... AO 068, PO 413, PO 425
FULLY, TC ..... PO 043, PO 603
FUMAGALLI, E ..... PO 540
FURLAN, V ..... PO 012, PO 297, PO 586
FUSCO, EV ..... AO 014, AO 015, AO 016, AO 019, AO 020, AO 022, AO 029, PO 671

G

GADIOLI, LP ..... PO 603
GALESI, VMN ..... PO 624
GALETTA, D ..... AO 015, AO 016, AO 022, AO 032
GALLARDO, G ..... PO 103
GALVÃO JÚNIOR, AC ..... PO 013, PO 254, PO 288, PO 313, PO 416, PO 417, PO 421, PO 488, PO 497
GALVÃO, RV ..... PO 459
GAMBERO, NM ..... AO 096, PO 213, PO 425, PO 514, PO 634
GARCIA, A ..... AO 018, AO 048, PO 186
GARCIA, E ..... PO 075, PO 076, PO 077, PO 388, PO 397, PO 398, PO 446, PO 447, PO 448, PO 449, PO 512, PO 513, PO 640
GARCIA, JP ..... PO 271
GARCIA, MA ..... PO 595
GARCIA, SB ..... AO 128, PO 220, PO 392, PO 422, PO 607, PO 608
GARCÍA-MARCOS, L ..... AO 001, AO 002
GARIB, JR ..... PO 489
GARRIDO, LC ..... PO 493
GARRIDO, T ..... PO 355
GARZON, JC ..... PO 129, PO 183, PO 184
GASPAR, HS ..... PO 549
GASPARRI, R ..... AO 029
GASS, J ..... PO 077, PO 513
GAXIOLA-GAXIOLA, M ..... AO 033, AO 033, PO 130
GAZZANA, MB ..... AO 062, AO 129, PO 220, PO 221, PO 310, PO 390, PO 391, PO 392, PO 399, PO 422, PO 607, PO 608, PO 609

GENOFRE, EH..... AO 083, AO 084, PO 309, PO 314, PO 315, PO 316, PO 317, PO 322, PO 327, PO 335, PO 606
GENTA, PR.....PO 316, PO 508
GHEFTER, MC ..... AO 035, AO 049, PO 133
GHEFTER, RF..... AO 035
GIL, FSU..... PO 470
GIMENEZ, E..... PO 284
GIUGNO, E..... PO 279
GODOY, DV ..... PO 272, PO 273, PO 274
GODOY, I.....PO 275, PO 554
GODOY, I..... PO 044, AO 069, AO 070, AO 071, AO 072, AO 078, PO 275, PO 280, PO 281, PO 300, PO 470, PO 554
GODOY, RF..... PO 272, PO 273, PO 274
GÓES, MCM..... AO 005
GOMES DE LUNA, MF..... AO 103, PO 532, PO 533
GOMES DOS SANTOS, AP ..... PO 635, PO 636
GOMES, AC..... AO 103, PO 532, PO 533
GOMES, C .....PO 637, PO 638
GOMES, CR..... PO 468
GOMES, F C ..... AO 103, PO 532, PO 533
GOMES, M ..... PO 015, PO 063, PO 209, PO 222, PO 408, PO 423, PO 433, PO 639
GOMES, MM..... PO 267
GOMES, NT.....PO 414
GOMES, WF..... PO 126
GONÇALVES, AP ..... PO 409
GONÇALVES, AV ..... PO 492
GONÇALVES, FA..... PO 175
GONÇALVES, LCR .....PO 311
GONÇALVES, LFS..... PO 247
GONÇALVES, R..... AO 037, AO 045, PO 156, PO 168, PO 169, PO 175, PO 176, PO 177, PO 178, PO 188
GONDIM, FAA ..... PO 596
GORDILLO, MDR .....PO 410
GOUVEIA, JPS ..... AO 096
GRANDE, RA..... PO 537
GRANTON, JT..... AO 095
GRAVA, S ..... PO 424
GRECO, DB .....PO 618
GREGÓRIO, MG .....PO 354, PO 357, PO 368, PO 369
GRIMES, NC.....PO 637, PO 638
GROPEN, C ..... PO 074
GROTTA, MB .....PO 534, PO 535
GUARIZE, J ..... AO 014, AO 015, AO 016, AO 019, AO 020, AO 022, AO 029, AO 032, PO 671
GUERRA, CN..... PO 594
GUERRA, FC ..... PO 082, PO 244, PO 393, PO 610
GUERRA, MD..... PO 267
GUERREIRO CARDOSO, PF..... AO 097
GUIMARÃES, CLM..... PO 166
GUIMARAES, GNF.....PO 077, PO 513
GUIMARÃES, RB..... PO 276
GUIMARÃES, RS..... PO 232
GUIMARÃES, VP..... PO 394
GUIMARTARES, LJ..... PO 523

H

HADDAD, R..... AO 023
HANSEN, DAP ..... PO 018
HARGREAVE, FE ..... AO 004
HASHIBA, K ..... PO 359
HASIMOTO, EN ..... AO 024, PO 095, PO 099, PO 116, PO 160, PO 161, PO 162
HECK, R .....PO 021, PO 035, AO 091
HELOU, T.....AO 116
HERRERA ROMERO, A..... PO 260
HESPANHOL, V ..... AO 013
HETZEL, JL..... PO 298
HIGA, C.....AO 046, PO 128, PO 171, PO 172
HIGAKI, ML..... PO 048, PO 065, PO 066, PO 072
HIPÓLITO, EJP..... PO 084
HIRATA, TKG..... AO 124
HIROSE, M..... PO 567
HIROTA, AS.....AO 114, AO 115
HOCHHEGGER, B..... PO 054, PO 055, PO 144, PO 233, PO 324, PO 457, PO 458, PO 460
HOLANDA, MA ..... PO 490
HOLANDA, MA ..... AO 076, AO 118, PO 223, PO 224, PO 293, PO 490, PO 594, PO 596
HOMRICH, GK ..... PO 052, PO 227, PO 230, PO 361, PO 426, PO 427, PO 434, PO 651
HOMSI, L ..... PO 545
HONDA*, A ..... PO 015
HORNBURG, G ..... PO 630
HOTA, M .....PO 075, PO 076, PO 077, PO 388, PO 397, PO 398, PO 446, PO 447, PO 448, PO 449, PO 512, PO 513, PO 640
HOUAT DE SOUZA, E..... PO 563, PO 564
HOUAT DE SOUZA, MFA..... PO 563, PO 564
HOVNAVIAN, A..... AO 093, PO 599, PO 600
HUBNER, AA..... AO 088, AO 091, PO 383
HUMMEL FILHO, FV..... PO 067
HUSSEIN, RA ..... PO 475

I

IANNI, BM ..... PO 134
IBAÑEZ, M..... AO 075
IBIAPINA, CC .....PO 522, PO 523, PO 524, PO 525, PO 526
IKARI, FK .....PO 048, PO 049, PO 064, PO 065, PO 066, PO 067, PO 068, PO 069, PO 070, PO 071, PO 072
ILDEFONSO, SAG.....PO 016, PO 346
IMAEDA, CJ ..... PO 067
IMAKAWA, NAS..... AO 123
INHAQUITES, MK.....PO 556, PO 557
IÑIGUEZ, SL..... PO 435
INMAN, MD ..... AO 004
INOUE, LY..... AO 070, AO 071
IRION, K .....PO 054, PO 055, PO 144, PO 233, PO 324, PO 457, PO 458, PO 460
ISHY, A .....PO 140, PO 323
IYOMASA, DM .....PO 296, PO 572, PO 573, PO 581, PO 582
IZEL, GEP.....PO 004, PO 005, AO 007

J

JACINTHO, EGS..... PO 232
JACINTHO, SAS ..... PO 232
JACÓ ROCHA, MJ.....PO 223, PO 224
JACOMELLI, M .....PO 353, PO 354, PO 355, PO 357, PO 358
JACOMINI, C.....PO 138, PO 181
JAMNIK, S.....PO 039, PO 040, PO 050, PO 051, PO 060
JANNINI, JF..... PO 630
JARCZEWSKI, CA .....PO 666, PO 667
JARDIM, CVP..... AO 092, AO 093, PO 226, PO 396
JASSO-VICTORIA, R.. AO 033, PO 130
JATENE, FB ..... AO 012, AO 017, AO 036, PO 042, AO 064, AO 079, AO 080, AO 081, AO 082, PO 083, PO 112, PO 124, AO 131, PO 134, PO 135, PO 142, PO 174, PO 320, PO 321, PO 322, PO 362
JENSEN, KR ..... PO 220, PO 385, PO 386, PO 422, PO 608
JIMENEZ-MERCHAN, R..... PO 103
JOBE, B..... AO 050, PO 187
JOHN, AB.....PO 194, PO 390, PO 391, PO 392, PO 399
JORGE, BH..... PO 123
JORGE, JF..... PO 407
JUNCKS, NM .....PO 637, PO 638
JUNIOR, APO.....PO 269, PO 479
JUNIOR, AS..... PO 630
JUNIOR, ASC ..... AO 041, PO 107, PO 108, PO 109, PO 110, PO 111, PO 163, PO 164, PO 165, PO 166, PO 329
JUNIOR, DSC ..... AO 098
JÚNIOR, GC .....PO 429, PO 430
JUNIOR, GV ..... PO 193, PO 303, PO 304, PO 518, PO 553
JUNIOR, IZ..... AO 097
JUNIOR, JS .....AO 010, AO 011
JÚNIOR, LHB..... PO 277
JUNIOR, MR ..... PO 601
JÚNIOR, MRR .....PO 007, PO 019, PO 027, PO 500
JUNIOR, NM .....PO 360, PO 369
JÚNIOR, OD.....PO 394, PO 430
JUNIOR, PM..... PO 239, PO 240, PO 241
JÚNIOR, RQ ..... AO 003, PO 205, PO 404, PO 407, PO 461
JUNIOR, RS..... AO 037, AO 045, PO 156, PO 168, PO 169, PO 175, PO 176, PO 177, PO 178, PO 188
JÚNIOR, SMD ..... PO 592
JUNQUEIRA, JJM ..... AO 036, AO 080, AO 082, PO 140, PO 141, PO 323
JURASZ, P..... AO 095

K

KAHAN, F..... PO 017
KAIRALLA, RA..... AO 058, PO 073, PO 226, PO 229,

PO 235, PO 236, PO 239, PO 240, PO 241, PO 242, PO 249, PO 250

KALTERMANN, T .....PO 597, PO 651

KAMINSKI, PN.....PO 131, PO 132

KATO, LT..... AO 114, AO 115, PO 509

KAVAGUTI, CS.....PO 641, PO 661

KAWANO DOURADO, LB .....PO 613

KAWASSAKI, AM.....PO 225, PO 226, PO 250, PO 484

KIM, SY ..... PO 362

KIMURA, BC ..... PO 582

KITTLER, PV .....PO 319, PO 498

KLEVESTON, T .....PO 289, PO 496

KNORST, MM..... AO 062, PO 221, PO 310, PO 609

KO, F ..... PO 279

KOZEN, GL..... AO 006, AO 008, PO 014

KRITSKI, AL .....PO 635, PO 636

KULISZEWSKA, K ..... AO 095

KURANISHI, LT..... PO 039, PO 040, PO 050, PO 051, PO 060, PO 213, PO 238, PO 308, PO 334, PO 425, PO 601

KURTZ, M ..... PO 555

L

LACERDA, CF..... AO 040

LACERDA, NP .....PO 618

LADOSKY, W .....PO 370, PO 371, PO 377, PO 378, PO 381

LAGAZETA, M .....PO 330, PO 663

LAMBERT PASSOS, SR..... PO 635, PO 636

LANNES, DC .....PO 113

LAPA, MS..... AO 092, AO 095

LAURICELLA, LL..... PO 142

LAVALHEGAS, M..... PO 521

LAVOUR, MS..... PO 459

LAZZAROTTO, M.....PO 052, PO 227, PO 361, PO 426, PO 427

LEAL, L.....PO 037, PO 670

LEÃO, LEV..... AO 041, PO 107, PO 108, PO 109, PO 110, PO 111, PO 163, PO 164, PO 165, PO 166

LEITE DA SILVEIRA, CM..... PO 325, PO 332, PO 437, PO 444

LEITE, CCA .....PO 312

LEITE, RRC.....PO 058, PO 059

LEITE, VA.....PO 053, PO 278, PO 428

LEMES, T ..... PO 595

LEO, F..... AO 014, AO 020

LERSCH, RJ.....PO 556, PO 557

LEVY, G ..... PO 279

LEVY-NETO, M ..... AO 060, PO 207

LIDO, AV ..... AO 085, PO 347

LIEBERMANN, M ..... PO 038

LIMA JÚNIOR, JCR..... PO 547

LIMA NETO, RLA.....PO 442, PO 631, PO 662

LIMA NETTO, JC ..... AO 104, PO 114, PO 115, PO 189, PO 190, PO 191, PO 192

LIMA VIANA, PT..... PO 199

LIMA, AAM .....PO 619, PO 621

LIMA, CNLE .....PO 290, PO 291

LIMA, DF.... AO 069, AO 078, PO 275, PO 280, PO 281

LIMA, EB..... PO 272

LIMA, ILQ.....AO 104, PO 114, PO 115, PO 189, PO 190, PO 191

LIMA, LA.....PO 282, PO 491, PO 550, PO 656, PO 660

LIMA, MR..... PO 545

LIMA, MS..... PO 248

LIMA, NA ..... PO 583

LIMA, PV..... PO 424

LIMA, RLB....PO 394, PO 429, PO 430

LIMA, RPM ..... PO 085

LIMA, S ..... PO 252

LIMA, TS .....PO 418, PO 632

LIMA, TT.....PO 294, PO 550, PO 660

LIMA, VH .....PO 471

LINDEBERG, AB ..... PO 192

LINHARES, CL..... PO 036

LINHARES, FF.....PO 522, PO 523, PO 524, PO 525

LINO DA SILVA, FFM..... PO 036, PO 393

LOBATO, GR .....PO 247, PO 617

LOBATO, JE ..... PO 217

LÖBLER, R ..... PO 230

LOBO, EJ..... PO 359

LOBO, VS ..... PO 008, AO 009, PO 031, PO 481

LOMBARDI, EMS.....AO 126, PO 431

LOPES, BG .....PO 518

LOPES, EPA ..... PO 482

LOPES, ÉS..... AO 009, PO 010, PO 011, PO 029, PO 480

LOPES, FD..... PO 424

LOPES, LC.....PO 363, PO 418

LOPEZ JOVE, OR..... PO 379

LOPEZ VARELA, M.....PO 299, PO 576

LOPEZ, MV ..... PO 284

LORENTZ, GZ.....PO 343, PO 403, PO 404, PO 461, PO 462

LORENZI - FILHO, G.....PO 316, PO 508

LORENZO, D ..... PO 595

LOSCERTALES, J .....PO 103, PO 104

LOSSO, LC..... AO 035, AO 049, PO 071, PO 133, PO 222

LOTUFO, JPB.....PO 565, PO 566, PO 567, PO 568, PO 569

LOUZADA CINDRA, PM ..... PO 525

LUCCHO, M..... PO 035

LUCENA, TJP..... PO 182

LUCENA, V..... PO 602

LUCHETA, PA .....AO 071, PO 280, PO 281, PO 300

LUCIA, MCS ..... AO 124

LUKETICH, J ..... AO 039, AO 042, AO 050, PO 187

LUNA, JA .....PO 612

LUNDGREN, FLC .....PO 196, PO 283, PO 441, PO 492, PO 629

LUZ, KG ..... PO 086

M

M, FA ..... PO 379

MACCHIONE, MC.....PO 353, PO 354

MACEDO, A.....PO 334, PO 340, PO 341, PO 514

MACEDO, GB.....PO 310

MACEDO, RF..... PO 205

MACEDO, TSC .....PO 342, PO 485, PO 642, PO 643, PO 645

MACHADO JÚNIOR, MRD ..... PO 254

MACHADO, FP.....PO 227, PO 361, PO 426, PO 427, PO 651

MACHADO, MCLO.... AO 065, AO 066, AO 067, AO 068, AO 089

MACHADO, MM ..... AO 097

MACHADO, OG..... PO 420

MACHIONE, MC .....PO 356, PO 357

MACIEL, PP ..... AO 100

MACIEL, R..... PO 432

MACIEL, RR ..... PO 432

MAESTÁ, I..... PO 162

MAESTRE, M ..... AO 030, AO 048

MAESTRO, ES.....PO 053, PO 278, PO 428, PO 463, PO 464, PO 465, PO 466

MAGALHAES DA SILVEIRA, FJ ..... AO 052, AO 053, AO 055, AO 056, AO 061, PO 197, PO 211

MAGALHÃES, A..... AO 013

MAGALHÃES, CS..... PO 232

MAGALHÃES, E..... PO 499

MAGALHAES, FB..... PO 663

MAGALHAES, MMGS..... PO 375

MAGNANI, KL.....PO 570, PO 571

MAIA, J ..... AO 065, AO 066, AO 067, AO 068, AO 086, AO 090

MAIA, KB .....PO 318

MAINARD, JPAJ ..... PO 305

MAIS, FG..... PO 407

MALDONADO, A.....AO 119

MALHEIROS, FC ..... PO 013

MALINVERNI, RX .....PO 081, PO 248, PO 319, PO 401, PO 402, PO 436, PO 498, PO 672

MALUF FILHO, F ..... PO 355

MALUF, S.....AO 077, PO 261

MAMCHUR, MS..... PO 284

MANCUZO, EV.....PO 034, PO 394, PO 452, PO 493

MANTOVANI BATAGLIN, LO.. PO 282, PO 294, PO 550, PO 656

MANZANO, BM .....PO 285, PO 286, PO 295, PO 296, PO 572, PO 573, PO 581, PO 582

MARANHÃO, AA.....PO 380, PO 644

MARANHÃO, BH.....AO 061, PO 211, PO 342, PO 485, PO 643, PO 645, PO 646

MARCHI, E.....AO 083, PO 314, PO 317, PO 338, PO 339

MARCHIORI, RC .....PO 052, PO 227

MARCHIORO, JCV .....PO 126, PO 287, PO 292, PO 494

MARCONDES, BF .....PO 309, PO 316

MARCONDES, BM ..... PO 567

MARCOS, TL .....PO 145, PO 146, PO 147, PO 148, PO 149, PO 150

MARCUS, R .....PO 370, PO 381

MARIA, MP .....PO 456, PO 519

MARIANI, AW ..... AO 036, PO 134, PO 135

MARINHO ALMEIDA NOLETO, T ..... PO 282, PO 294, PO 587

MARINHO, EC..... PO 495

MARINHO, FCA ..... AO 060, PO 207, PO 484

MARINHO, JM .....PO 648, PO 649, PO 650

MARQUES STEIDLE, LJ ..... PO 018, PO 026, PO 219, PO 289, PO 496

MARQUES, FF.....PO 096, PO 097

MARQUES, FS.....PO 342, PO 485, PO 643, PO 645, PO 646

MARTIN, RS.....PO 275, PO 554

MARTINEZ, JAB .....PO 206, PO 574, PO 575
MARTINEZ, JO .....PO 614
MARTINEZ, O .....PO 410
MARTINEZ, P ..... AO 018, AO 030, AO 048, PO 170, PO 185, PO 186
MARTINEZ, RS .....PO 271
MARTINEZ, SI..... AO 044, PO 136
MARTINS DA COSTA, FA.....PO 318, PO 395
MARTINS NETO, KS..... PO 013, PO 254, PO 288, PO 313, PO 416, PO 417, PO 421, PO 488, PO 497
MARTINS RODRIGUES SALGADO, L.... PO 263
MARTINS, BDCS..... AO 093
MARTINS, GM .....PO 076, PO 448, PO 449
MARTINS, HO.....PO 004, PO 005, AO 007
MARTINS, KC ..... PO 522
MARTINS, LQ..... PO 266
MARTINS, RC..... PO 217
MARTINS, RK .....PO 045, PO 080
MARTINS, RR..... PO 245
MARTINS, VC .....PO 015, PO 209, PO 228, PO 408, PO 423, PO 433, PO 467, PO 647
MARX, CB .....PO 511
MASIERO, PR..... PO 384
MASSUD, M .....PO 269, PO 479
MATEUS, SRM..... PO 468
MATHEUS, RS..... AO 026, AO 043
MATIAS, MM .....PO 007, PO 008, PO 009, PO 025, PO 030, PO 290, PO 291, PO 481, PO 501
MATIAS, MM ..... PO 501
MATSUBARA, B .....PO 571
MATSUMOTO, RAEK..... PO 336, PO 337
MATTOS, IM ..... AO 108, PO 546
MATTOS, TC..... PO 669
MAYER, AF .....PO 265, PO 266
MEDA, EDS.....AO 089, AO 090, PO 372
MEDEIROS NETO, AH.....AO 058, PO 229, PO 242
MEDEIROS, EAS ..... AO 096
MEDEIROS, IL..... AO 017, PO 139
MEDEIROS, LJ.....PO 398, PO 449
MEDEIROS, LMC ..... AO 031
MEDEIROS, MC ..... PO 293
MEDICI, JPO..... AO 049, PO 133
MEDINA, GD..... PO 595
MEEROVICH, E..... PO 246
MEIRA JÚNIOR, AES..... PO 648, PO 649, PO 650
MELARA, GF.....PO 611
MELENDEZ, M ..... AO 101
MELFI, FMA..... AO 032
MELLO, IL ..... PO 487
MELO E SILVA, CA.... AO 054, PO 198
MELO, CBC ..... AO 041, PO 107, PO 108, PO 109, PO 110, PO 111, PO 163, PO 164, PO 165, PO 166, PO 334
MELO, FF ..... AO 099, AO 130, PO 520, PO 521
MELO, ME.....PO 211
MELO, NG ..... PO 047, PO 078, PO 079, PO 503, PO 515, PO 516, PO 632
MELO, RM.....PO 093, PO 137, PO 138, PO 179, PO 181
MELO, VA ..... AO 087, PO 373, PO 374, PO 375, PO 376
MEMÓRIA, EV ..... PO 580
MENDES, CMC .....PO 648, PO 649, PO 650
MENDES, DM ..... AO 058, PO 229
MENDES, RG ..... AO 028, AO 034, PO 100, PO 101, PO 102
MENDES, RH ..... PO 527
MENDES, S .....PO 045, PO 080
MENDOÇA, TO .....AO 011, PO 073, AO 098, PO 236
MENDONÇA FILHO, RA ..... AO 087, PO 375
MENEGHELVO, LP ..... PO 434
MENEGHETTI, JC.....AO 010, AO 011
MENEGOTTO, DM..... AO 006, AO 008, PO 014, AO 129
MENEZES FILHO, RS ..... AO 087, PO 373, PO 374, PO 375, PO 376
MENEZES PIZZICHINI, MM ... AO 004, PO 018, PO 026, PO 289, PO 496
MENEZES, A..... PO 299
MENEZES, RTC .....PO 210, PO 310, PO 390, PO 422
MENNA BARRETO, SS ..... PO 020, PO 021, PO 022, PO 024, AO 057, AO 062, AO 088, AO 091, AO 094, AO 100, AO 105, AO 128, PO 194, PO 210, PO 220, PO 221, PO 382, PO 383, PO 384, PO 385, PO 386, PO 390, PO 391, PO 392, PO 399, PO 607, PO 608, PO 609
MERKLE, DS ..... AO 043
MESQUITA, FM .....PO 119, PO 120, PO 121, PO 122
MEYER, GMB.....PO 388, PO 397, PO 398, PO 512
MICHEL, GT..... PO 230, PO 426, PO 427, PO 434, PO 597, PO 651
MICHELIN, OC..... PO 162
MICHELLI, M.....PO 272, PO 273, PO 274
MIER, CL..... PO 435
MIER, JE ..... PO 435
MILANEZ, JR ..... PO 140
MILET, IO..... PO 652
MILEZI, WSG .....PO 180, PO 331, PO 664, PO 665
MILINAVICIUS, R..... PO 081, PO 319, PO 401, PO 402, PO 436, PO 498, PO 598, PO 672
MINAFRA, FG ..... PO 525
MINAMOTO, H .....PO 356, PO 359, PO 362
MINGARINI TERRA, R..... AO 017, AO 079, AO 080, AO 081, AO 082, PO 124, AO 131, PO 139, PO 140, PO 141, PO 142, PO 320, PO 321, PO 322, PO 323, PO 362, PO 509
MIRANDA, PC..... AO 101, PO 592, PO 602, PO 612
MIRAVITLLES, M..... PO 279
MITIDIERI, M.....AO 116
MIZOGUCHI, PG.....PO 004, PO 005, AO 007, AO 106, PO 528, PO 626
MOJICA, E ..... AO 073, AO 075
MONTE, LFV..... PO 527
MONTEIRO NOGUEIRA, AS.... PO 154, PO 155
MONTEIRO, M.....PO 231, PO 401, PO 402, PO 436, PO 598, PO 672
MONTEIRO, MB ..... PO 382
MONTEIRO, ML..... AO 122
MONTES DE OCA, M ..... PO 299
MONTOVANI, JC ..... PO 094
MÓR, PW .....PO 052, PO 227, PO 597
MORAES, D..... PO 274
MORAES, RD ..... PO 288
MORAIS, A...AO 013, PO 218, PO 454
MORAIS, PCPM .....PO 583, PO 585
MORANO, T ..... PO 546
MORARD, MSR..... PO 485
MORATO, EF..... PO 289
MORATO, JB..... PO 499
MOREIRA LIMA, RP ..... PO 007, PO 009, PO 019, PO 028, PO 030, PO 290, PO 291, PO 500, PO 501
MOREIRA, A..... PO 530
MOREIRA, CC .....PO 143, PO 158, PO 159
MOREIRA, GL .....PO 286, PO 295, PO 296, PO 581
MOREIRA, JLC..... PO 232
MOREIRA, JS .....PO 054, PO 055, PO 144, PO 233, PO 298, PO 324, PO 457, PO 458, PO 460
MOREIRA, LB..... AO 100
MOREIRA, MÂF .....PO 020, PO 021, PO 022, PO 023, PO 024, PO 035, AO 088, AO 091, PO 382, PO 383, PO 384, PO 385, PO 386
MOREIRA, MLR .....PO 056, PO 057, PO 058, PO 059, PO 502, PO 536
MORENO, AM .....PO 255, PO 538
MORENO, D ..... PO 299
MORENO, S..... PO 103
MORITZ, P ..... PO 496
MORRONE, N ..... AO 099, AO 130, PO 360, PO 369
MOSSMANN, RH .....PO 145, PO 146, PO 147, PO 148, PO 149, PO 150
MOTA, RS ..... PO 293
MOTTA, EM.....PO 436, PO 498
MOURA, EM .....PO 619, PO 620, PO 621, PO 622
MOURA, FAA ..... PO 084
MOURA, LCB .....PO 611
MOUSALLE, L.....AO 077, PO 261
MOYSÉS, EP..... AO 107
MUELLEROVA, H ..... PO 279
MUIÑO, A..... PO 299
MULLER, AF ..... AO 088, PO 383
MULLER, PT ..... PO 345, PO 438, PO 471, PO 472, PO 473, PO 474
MUNIZ COSTA, AC..... PO 008, PO 019, PO 025, PO 028, PO 030, PO 290, PO 291, PO 590, PO 591, PO 653, PO 654, PO 655
MUNIZ, D..... PO 195
MURIO, C ..... PO 279
MUSOLINO, RS ..... AO 010, AO 011, PO 073, AO 098, AO 114, AO 115, PO 226, PO 606
MUTTI, A .....PO 012, PO 297

N

NADIM, R.....PO 599, PO 600
NAGY, AL ..... PO 353
NAIR, P..... AO 004
NAKAMA, RY ..... PO 040
NAKANO, P ..... PO 669
NAKATANI, J ..... AO 096, PO 308, PO 340, PO 341,

PO 413, PO 425, PO 514, PO 634
NAPOLI, AER ..... AO 121
NAPOLI, AKR ..... AO 121
NASCIMENTO, JLS ..... PO 611
NASCIMENTO, M NGD ..... AO 103, PO 532, PO 533
NASCIMENTO, R ..... AO 102
NASCIMENTO, UM ..... PO 443
NASSER RAMOS, EB ..... PO 563, PO 564
NAVAS, D ..... AO 048, PO 186
NAZARIO, NO ..... PO 026
NEDER, JA ..... AO 086, AO 089, AO 090, PO 259, PO 372
NEIS, MA ..... PO 510
NERY FERREIRA, RCC ..... AO 054, PO 198
NERY, FPOS ..... PO 151, PO 152, PO 153
NERY, LE ..... AO 086, AO 089, AO 090, PO 259, PO 372
NETO, AG ..... PO 154, PO 155
NETO, EB ..... PO 669
NETO, ECC ..... PO 050, PO 060, PO 308, PO 413
NETO, EE ..... PO 329
NETO, FMS ..... PO 009, PO 011, PO 027, PO 028, PO 029, PO 480, PO 481
NETO, JR ..... PO 325, PO 332, PO 437, PO 444
NETO, NB ..... AO 028, AO 034, PO 100, PO 102
NETO, PCS ..... AO 100
NETO, PR ..... PO 057, PO 536
NETO, RT ..... PO 429
NETO, VD ..... AO 037, PO 168, PO 175, PO 176, PO 177, PO 178, PO 188
NETTO, HP ..... PO 598
NETTO, MX ..... PO 090, PO 125
NETTO, OS ..... PO 611, PO 616
NEVES, AD ..... PO 283
NEVES, C ..... AO 101
NEVES, MP ..... PO 466
NEVES, RNP ..... PO 606
NEWTON, AT ..... AO 047, PO 117
NICOLA, H ..... PO 558
NIKAEDO, SM ..... PO 048, PO 049, PO 064, PO 065, PO 066, PO 067, PO 068, PO 069, PO 070, PO 071, PO 072
NITRINI, SS ..... PO 156, PO 188
NOBRE, LFS ..... PO 219
NÓBREGA CRISPIM CARVALHO, N ..... PO 196
NÓBREGA, MM ..... PO 106, PO 182
NOGUEIRA, CR ..... PO 012, PO 297
NOMELINI, ID ..... PO 118
NOVAIS, CM ..... PO 046, PO 047, PO 301, PO 363, PO 418, PO 503, PO 504, PO 515, PO 516, PO 605, PO 632
NOVAIS, PP ..... PO 443
NUGUE, PB ..... PO 063
NUNES, C ..... AO 031, PO 084, PO 085, PO 086
NUNES, DP ..... PO 287, PO 292, PO 494
NUNES, RA ..... AO 046, PO 091, PO 128, PO 171, PO 172
NUÑEZ, I ..... PO 203
NÚÑEZ, TG ..... AO 047, PO 352

O

O, C ..... PO 379
OGATA, IS ..... PO 520
OGAWA, DL ..... PO 015, PO 063, PO 208, PO 209, PO 222, PO 228, PO 408, PO 423, PO 433, PO 467, PO 647
OH CHOI, EM ..... PO 322
OKIMOTO, AL ..... PO 096, PO 097, PO 160
OKURO, RT ..... PO 537
OKUYAMA, DCF ..... PO 096, PO 097, PO 161
OLIVEIRA, A ..... PO 067
OLIVEIRA, ACG ..... PO 372
OLIVEIRA, AR ..... PO 061, PO 405, PO 656
OLIVEIRA, CA ..... PO 027, PO 030, PO 031, PO 500, PO 628, PO 657
OLIVEIRA, CC ..... AO 086
OLIVEIRA, EC ..... PO 394
OLIVEIRA, EQ ..... PO 354, PO 368, PO 369
OLIVEIRA, ES ..... PO 648, PO 649, PO 650
OLIVEIRA, FM ..... PO 071
OLIVEIRA, HA ..... PO 090, PO 125
OLIVEIRA, JC ..... PO 215, PO 216
OLIVEIRA, JMF ..... PO 032
OLIVEIRA, LRP ..... PO 569
OLIVEIRA, M ..... AO 101
OLIVEIRA, MEM ..... PO 559, PO 560
OLIVEIRA, MI ..... AO 108
OLIVEIRA, MJA ..... AO 083, PO 326
OLIVEIRA, MLCS ..... PO 002
OLIVEIRA, MM ..... PO 429, PO 430, PO 505, PO 507
OLIVEIRA, PR ..... PO 612
OLIVEIRA, PRA ..... PO 016, PO 346
OLIVEIRA, R ..... PO 109, PO 110, PO 111, PO 166
OLIVEIRA, RCB ..... PO 489
OLIVEIRA, RK ..... PO 545
OLIVEIRA, RM ..... PO 429
OLIVEIRA, TC ..... PO 580
OLIVEIRA, TRB ..... PO 633, PO 658, PO 659
OLIVEIRA, VP ..... PO 266, PO 277
OLMEDO, G ..... AO 025
OLSEN, JM ..... PO 639
ONISHI, R ..... AO 084, PO 309, PO 316, PO 326, PO 328, PO 335
ORLANDINI, LP ..... PO 145, PO 146, PO 147, PO 148, PO 149, PO 150
ORROSTIETA, FD ..... PO 271
ORTEGA, A ..... AO 119
ORTIZ, LS ..... PO 075, PO 447
OSORIO, C ..... PO 129, PO 157, PO 183, PO 184
OTA, LH ..... PO 040, PO 165
OTERO MUÑOZ, AM ..... PO 117

P

PACHECO, E ..... PO 576
PACHECO, E ..... PO 284
PADILHA, TF ..... PO 282, PO 294, PO 587, PO 656
PÁDUA, JP ..... PO 042
PAES, FGS ..... PO 501
PAIVA NETO, MC ..... PO 349, PO 364, PO 365, PO 366, PO 367, PO 463, PO 464, PO 465, PO 466
PALAVRO, R ..... PO 588, PO 589
PALHANO, PC ..... AO 031
PALMA, LAS ..... PO 506
PALMARES, C ..... PO 454, PO 530
PALMARES, MC ..... PO 218
PANCIERI, MVC ..... PO 570
PANTOJA AMARAL, LC ..... PO 563, PO 564
PARREIRAS, GC ..... PO 429, PO 430
PASCHOAL, FHA ..... PO 242, PO 250, PO 396, PO 431, PO 509, PO 613
PASCHOAL, IA ..... PO 403, PO 404, PO 462
PASIAN, SR ..... PO 574, PO 575
PASTOR, P ..... PO 170, PO 185
PASTORE, R ..... PO 118
PATANÉ, AK ..... AO 025
PATRICIA, TM ..... PO 519
PATRÍCIO, MPF ..... PO 633
PATUSCO, LA ..... PO 345, PO 438, PO 472, PO 473, PO 474
PAULIS, MD ..... PO 567
PAULO, RL ..... PO 567
PECHO SILVA, S ..... PO 062, PO 062
PEDREIRA JUNIOR, WL ..... PO 358
PEDRO, VD ..... PO 052, PO 227, PO 230, PO 361, PO 426, PO 427, PO 434, PO 597, PO 651
PEDROLLO, I ..... PO 558
PÊGO-FERNANDES, PM ..... AO 017, AO 036, AO 064, AO 079, AO 080, AO 081, PO 124, AO 131, PO 134, PO 135, PO 174, PO 320, PO 321, PO 322, PO 362
PEIXOTO MACIEL, IJ ..... PO 487
PEIXOTO, FMC ..... PO 078, PO 079
PEIXOTO, TF ..... PO 463, PO 464, PO 465
PELEGRINO, NR ..... AO 070, AO 071, AO 072, PO 280
PELIZARI, NN ..... PO 336, PO 337, PO 338
PEÑA, SL ..... PO 576
PERALES, SR ..... PO 118
PERDOMO, JC ..... PO 114, PO 115
PEREIRA FILHO, JR ..... PO 048, PO 049, PO 063, PO 064, PO 065, PO 066, PO 067, PO 068, PO 069, PO 070, PO 071, PO 072, PO 208, PO 209, PO 228, PO 467
PEREIRA GALDEZ, AP ..... PO 628, PO 657
PEREIRA, AL ..... PO 143, PO 158, PO 159
PEREIRA, AM ..... PO 616
PEREIRA, ASL ..... PO 105, PO 106
PEREIRA, CA ..... AO 059, PO 081, PO 213, PO 231, PO 238, PO 248, PO 319, PO 400, PO 401, PO 402, PO 436, PO 498, PO 561, PO 598, PO 672
PEREIRA, ERS ..... PO 491
PEREIRA, EX ..... PO 037, PO 577, PO 578, PO 579, PO 583, PO 584, PO 585, PO 670
PEREIRA, FL ..... PO 327
PEREIRA, FM ..... PO 537
PEREIRA, JM ..... PO 123
PEREIRA, JR ..... PO 048, PO 049, PO 064, PO 065, PO 066, PO 067,

PO 067, PO 068, PO 069, PO 070, PO 071, PO 072
PEREIRA, LAA..... AO 107
PEREIRA, LFF .....PO 034, PO 452
PEREIRA, LK .....PO 020, PO 022, PO 023, PO 024
PEREIRA, M ..... PO 640
PEREIRA, MC.....PO 205, PO 404, PO 461, PO 462
PEREIRA, RN .....PO 023, PO 024
PEREIRA, RP..... AO 006, AO 008, PO 014
PEREIRA, SA.....PO 193, PO 303, PO 304, PO 518
PEREIRA, SS ..... PO 469
PERELLES, M..... PO 527
PEREZ PADILLA, R..... PO 299
PERFEITO, JAJ .....AO 041, PO 107, PO 108, PO 165, PO 166, PO 256
PERIN, C ..... AO 057, AO 094, AO 128, PO 194
PERINEI, P ..... AO 063, PO 234
PERLINGEIRO, JAG ..... AO 045, PO 168, PO 188
PERRARO, MC ..... PO 496
PERRECHI, MC .....PO 661
PESANTEZ OSORIO, AL ..... PO 453
PESSOA JUNIOR, RJP ..... PO 050, PO 163, PO 213, PO 238, PO 425, PO 601
PESSOA, IS..... AO 074
PESSOA, J ..... PO 546
PESSOA, RMR.....PO 090, PO 125
PETRELLA, F.....AO 019, PO 671
PETRI, PG ..... PO 630
PETRUCCI, TR ..... PO 056
PIAI, DB ..... AO 003, PO 214
PIAUILINO, MA.....PO 125, PO 612
PICCININI, DPF..... AO 123
PICON, PD .....PO 666, PO 667
PILAU, J ..... PO 506
PIMENTA, AM ..... PO 424
PIMENTA, SP.....PO 239, PO 240, PO 241
PINEDA, A..... PO 203
PIÑEYRO, L ..... PO 576
PINHEIRO, AN .....PO 290, PO 291, PO 580, PO 653, PO 654, PO 655
PINHEIRO, JT ..... PO 289
PINHEIRO, L ..... PO 043, PO 469, PO 603
PINHEIROS, KV ..... PO 326
PINHO QUEIROGA JÚNIOR, FJ..... AO 065, AO 066, AO 067, AO 068, AO 089, AO 090
PINHO, LG ..... PO 596
PINTO, AC..... AO 123
PINTO, HA ..... PO 443
PINTO, MZEF.....PO 312, PO 439
PINTO, RC..... PO 001
PINTO, RMA ..... AO 108, PO 293
PINTO, SPS .....PO 312, PO 439
PIRES FERREIRA, MA ..... AO 100
PIRES, AC..... PO 329
PIRES, NF..... AO 013
PITANGA, M ..... PO 492
PITTA, F..... PO 286
PITTA, FG .....PO 336, PO 337
PIZZICHINI, E ..... AO 004, PO 018, PO 026, PO 219, PO 289, PO 496
PLAZA, V..... AO 001, AO 002
POLANIA, E.....PO 410
POLERI, C ..... AO 025
POLETTO COUTO, L...PO 599, PO 600
POLONIO, CA.....PO 160, PO 161, PO 162
POLÔNIO, CA..... AO 024, PO 095, PO 099, PO 116
PONTES, EPO .....AO 041, PO 107, PO 108, PO 109, PO 110, PO 111, PO 163, PO 164, PO 165, PO 166
PONTES, SMR..... PO 033
PORTAS, T ... AO 047, PO 117, PO 352
PORTELA, FX..... AO 108, PO 395, PO 411
PORTELLA NUNES NETO, L.... PO 459
PORTELLA, RG .....PO 311
PORTO, LB.....PO 491
PORTO, N.....PO 054, PO 055, PO 144, PO 233, PO 324, PO 457, PO 458, PO 460
POSADA, A..... AO 075
POZZOBON, LR .....PO 471
PRADO, GF..... AO 010, AO 011, AO 098
PRATES, BH..... PO 382
PRIETO, FT ..... AO 124
PRIMO, AM.....PO 318
PROCOPIO SILVA, DD..... AO 040
PUFAL, L..... PO 086

Q

QUEIROGA, H ..... AO 013
QUEIROZ MELLO, FC..... PO 635, PO 636
QUELUZ, THA.....PO 002, PO 003
QUITÉRIO, MC.....PO 412

R

R R AZEVEDO, JA.....PO 282, PO 294, PO 550, PO 587
R, T..... PO 379
RABAHI, MF.....PO 294, PO 491, PO 587, PO 656, PO 660
RABELO, ACP.....PO 505, PO 507
RABELO, ECA.....PO 282, PO 587, PO 656, PO 660
RABELO, ÉMF.....PO 008, PO 025, PO 027, PO 031
RABELO, LM .....PO 126, PO 287, PO 292, PO 494
RACHED, S.....PO 235, PO 236, PO 307, PO 396, PO 508, PO 509, PO 613
RAHAL, AA..... AO 065, AO 066, AO 067, AO 068, PO 167, PO 237
RAMIREZ, MAO 018, AO 030, PO 185
RAMOS JÚNIOR, JSM ..... PO 154, PO 155
RAMOS, D .....PO 285, PO 286, PO 295, PO 296, PO 572, PO 573, PO 581, PO 582
RAMOS, DMG ..... PO 120
RAMOS, EMC.....PO 285, PO 286, PO 295, PO 296, PO 572, PO 573, PO 581, PO 582
RAMOS, RP ..... PO 050, PO 238, PO 334, PO 340, PO 341, PO 425, PO 514, PO 601
RAMOS, SG ..... PO 206
RANGEL, DM .....PO 010, PO 025, PO 029, PO 480
RANGEL, GG.....AO 113, AO 116
RAPELLO, GV.....PO 518
RAVAGLIO, LM .....PO 568, PO 569
RAVANINI, JN..... PO 225
REALPE, MM ..... PO 435
REGINATTO, FP..... PO 506
REGO, JDB... PO 245, PO 302, PO 611
REIKO, S..... AO 072
REIS, JTS.....PO 541
REIS, MAS..... AO 074, PO 199
REIS, MS ..... PO 259
REIS, PHG .....PO 611
REIS, RA.....PO 531
REIS, RC.....PO 411
REIS, TF ..... PO 387
REIS, TL .....PO 653, PO 654, PO 655
RESENDE ASSIS, M..... PO 263
RESTINI, CBA ..... PO 547
REY DE CASTRO, J....PO 200, PO 201, PO 202
REZENDE, JE.....PO 294, PO 550, PO 660
REZENDE, NA..... PO 493
RIBEIRO DE SANTIS SANTIAGO, R..... PO 196, PO 629
RIBEIRO, AF..... PO 255, PO 537, PO 538
RIBEIRO, CA.....AO 117
RIBEIRO, CP.....PO 287, PO 292
RIBEIRO, IOES ..... AO 097
RIBEIRO, JD.....PO 255, PO 534, PO 535, PO 537, PO 538
RIBEIRO, KA..... PO 123
RIBEIRO, KB..... PO 440
RIBEIRO, L .....PO 441
RIBEIRO, MAGO .....PO 255, PO 537, PO 538, PO 539, PO 540, PO 541
RIBEIRO, MCB .....PO 138, PO 181
RIBEIRO, RM.....PO 318
RIBEIRO, SA.....PO 641, PO 661
RIBEIRO, SCC..... PO 339
RIBEIRO, SP .....AO 110, AO 112
RIBEIRO, VHP .....PO 336, PO 337
RIGO, MAC.....PO 151
RIGOTTI, DB ..... PO 020, PO 022, AO 088, AO 091, PO 383, PO 391, PO 392
RIOS, A..... AO 018, PO 170, PO 185, PO 186
RIOS, AP.....PO 349, PO 364, PO 365, PO 366, PO 367
RIOS, PB.....PO 353, PO 356, PO 369
RITTER, C..... PO 036
RIVABEN, JH ..... AO 037, AO 045, PO 156, PO 168, PO 169, PO 175, PO 176, PO 177, PO 178
RIVAS, JJ..... PO 104
RIVERA, AL ..... AO 044
RIVERO, LJ.....PO 614
RIZZON, CF.....PO 666, PO 667
ROBALDO, RB..... PO 210
ROBERTO BARROS, RP..... PO 442, PO 631, PO 662
ROBERTO, CRM.....PO 056, PO 057, PO 058, PO 059, PO 502, PO 536
ROBERTO, RA ..... PO 442
ROBINSON, E.....PO 410
ROCA, MJ..... AO 018, AO 030, AO 048, PO 170, PO 185, PO 186
ROCHA, BA ..... PO 642
ROCHA, CBD..... PO 572
ROCHA, CC .....PO 289, PO 496
ROCHA, CC ..... PO 017
ROCHA, DA..... PO 443, PO 611

ROCHA, EMM ..... PO 594
ROCHA, GR .....PO 168, PO 169, PO 175, PO 176, PO 177, PO 178
ROCHA, HA..... PO 282, PO 550, PO 587
ROCHA, M.....PO 371
RODRIGO, GJ..... AO 001, AO 002
RODRIGUES DA SILVA, BC..... PO 325, PO 332, PO 437, PO 444
RODRIGUES LIMA , AM..... PO 154, PO 155
RODRIGUES NETO, AMS .....PO 416
RODRIGUES PEREIRA, ATA.... PO 048, PO 049, PO 065, PO 066, PO 067, PO 068, PO 069, PO 070, PO 071, PO 072
RODRIGUES, A .....PO 354, PO 356, PO 368, PO 369
RODRIGUES, DS ..... AO 099, AO 130, PO 520, PO 521
RODRIGUES, EM ..... PO 420
RODRIGUES, FG ..... PO 242
RODRIGUES, H .....PO 012, PO 297
RODRIGUES, JS .....PO 648, PO 650
RODRIGUES, M.....PO 559, PO 560
RODRIGUES, OR..... AO 026, AO 043
RODRIGUES, RAO..... PO 010, PO 011, PO 030
RODRIGUES, RF.....PO 015, PO 063, PO 208, PO 209, PO 222, PO 228, PO 408, PO 423, PO 433, PO 467, PO 647
RODRIGUES, RS..... AO 087, PO 376
RODRIGUES, TGPM ..... PO 013, PO 254, PO 288, PO 313, PO 416, PO 417, PO 421, PO 488, PO 497, PO 628, PO 657
RODRIGUEZ, BR..... PO 203
RODRIGUEZ, HA..... PO 435
ROJAS, O..... AO 025
ROLLA, VC .....PO 635, PO 636
ROMANENCO, S .....PO 559, PO 560
ROMÃO, FM..... PO 002
ROMERA, E..... AO 018, PO 170, PO 186
ROMERO, CS.....PO 271
RONDON, EN.....PO 344, PO 548
ROSA RESENDE, EC..... AO 040
ROSA, AG.....PO 314, PO 315
ROSA, DMC.....PO 002, PO 003
ROSA, RF.....PO 325, PO 437, PO 444
ROSALES, E..... PO 200, PO 201, PO 202
ROSARIO, MB ..... PO 523
ROSENBERG, M..... AO 025
ROSENBERG, NP.....PO 145, PO 146, PO 147, PO 148, PO 149, PO 150
ROSO, E.....PO 559, PO 560
ROSSET, EG ..... PO 080
ROSSO, EX .....PO 054, PO 055, PO 144, PO 233, PO 324, PO 457, PO 458, PO 460
ROVEDDER, PME .....PO 477, PO 478
ROYO, C..... PO 104
ROZIN, GF....PO 073, PO 226, PO 250
RUBIM, JA ...PO 524, PO 525, PO 526
RUBIN, AS..... PO 298
RUFINO, R..... AO 063, AO 125, PO 234, PO 267, PO 420
RUIZ JR, RL .....PO 116
RUJULA, MJP ..... PO 624
RUSSO, R.....PO 015, PO 063, PO 169, PO 208, PO 222, PO 228, PO 408, PO 423, PO 433, PO 467, PO 647

S

S, M ..... PO 379
SAAVEDRA, A .....PO 410
SAD, D..... PO 074
SAITO, EH .....AO 046, PO 091, PO 092, PO 127, PO 128, PO 152, PO 153, PO 171, PO 172, PO 420
SALARIATO, O ..... AO 038, PO 173
SALDANHA, JC .....PO 119
SALDIVA, PHN..... AO 107
SALES, RKB..... AO 084, AO 124, AO 126, PO 326, PO 327, PO 328, PO 335, PO 624
SALGE, JM..... AO 058, PO 309
SALIBE FILHO, W .....PO 329, PO 510, PO 511, PO 615
SALLUM, R..... PO 355
SALÓES, V.....AO 111
SALOMÃO, AL.....PO 572, PO 582
SAMANO, MN..... AO 036, AO 064, PO 112, PO 135, PO 174
SAMPAIO VIANA, CM ..... AO 108, PO 411
SAMPAIO, JLM ..... PO 358
SAN MARTIN, A ..... PO 406
SANABRIA, I ..... AO 075
SANCHES, FD ..... PO 243
SANCHES, G .....PO 243, PO 445
SANCHES, PS..... AO 088, PO 383, PO 386
SANCHEZ, A ..... AO 030, PO 170, PO 185
SANCHEZ, FF.....AO 071, PO 280
SANCHO, LMM ..... PO 083
SANDERS, IF.....PO 046, PO 301, PO 503, PO 515
SANDIM, GB ..... PO 039
SANOMIA, AH..... PO 545
SANTA CRUZ, RC .....PO 037, PO 577, PO 578, PO 579, PO 583, PO 584, PO 585, PO 670
SANTANA, ANC ..... AO 058, PO 225, PO 239, PO 240, PO 241, PO 242
SANTANA, JH .....PO 400, PO 440
SANTIAGO, FF ..... AO 021
SANTIAGO, SL ..... AO 107
SANTORO, IL .....PO 039, PO 040, PO 050, PO 051, PO 060, PO 634
SANTOS JUNIOR, AO ..... AO 037, PO 168, PO 169, PO 175, PO 176, PO 177, PO 178
SANTOS NUNES, AR ..... PO 006
SANTOS, AO ..... PO 663
SANTOS, APT.....AO 031, PO 084, PO 085, PO 086
SANTOS, B ..... AO 100
SANTOS, CDPC ..... PO 649
SANTOS, CIS.....PO 255, PO 537, PO 538, PO 539, PO 540, PO 541
SANTOS, DO ..... PO 001, AO 005
SANTOS, EZ..... PO 558
SANTOS, FA..... AO 087, PO 373, PO 374, PO 375, PO 376
SANTOS, FZ.....PO 093, PO 179
SANTOS, L ..... PO 074
SANTOS, LR .....PO 330, PO 663
SANTOS, MBF..... PO 483
SANTOS, MC..... PO 595
SANTOS, MF.....PO 319, PO 436, PO 598
SANTOS, MH ..... PO 539
SANTOS, ML .....AO 116
SANTOS, MVL..... PO 432
SANTOS, NL..... PO 350, PO 373, PO 374
SANTOS, RLD ..... PO 277
SANTOS, SR..... PO 586
SANTOS, VM..... PO 443
SAPORITO, WF ..... PO 329
SARDINHA, MC .....PO 491, PO 550, PO 587, PO 656, PO 660
SARMENTO, PA.....AO 035, AO 041, PO 107, PO 108, PO 109, PO 110, PO 111, PO 163, PO 164, PO 165, PO 256
SATO, KT.....PO 285, PO 295
SAUAIA, RYP.....AO 009, PO 031, PO 480, PO 481
SAVIOLI, MTG ..... AO 099, AO 130
SCAGLIA, NC ..... PO 017
SCAPOLAN, MB..... AO 037, PO 188
SCHAVINSKI, CS..... PO 506
SCHMIDT JR, AF ..... AO 026, AO 043
SCHMITZ, LD..... PO 506
SCHNITMAN, L..... PO 509
SCHORR, F.....PO 075, PO 076, PO 077, PO 388, PO 397, PO 398, PO 446, PO 447, PO 448, PO 449, PO 512, PO 513, PO 640
SCHULZ, LF .....AO 129
SCHWINGELL, FL..... PO 630
SCORDAMAGLIO, PR.PO 353, PO 354, PO 358
SCUARCIALUPI, MECA.....AO 065, AO 066, AO 067, AO 068
SCUSSIATO, E.....PO 354, PO 355, PO 356
SEBASTIEN, G ..... AO 050, PO 187
SEISCENTO, M..... PO 357
SEISCENTO, M..... AO 124, AO 126, AO 131, PO 328, PO 624
SEIXAS JUNIOR, UC..... PO 282, PO 587, PO 660
SELIG, L ..... PO 669
SELLA, GCP.....PO 243, PO 445
SELLA, JA.....PO 243, PO 445
SENS, RR.....AO 110, AO 112
SEVERINO, MBM.....PO 620, PO 621
SEVERO, MD.....PO 434, PO 651
SEVERO, R ..... PO 006
SHIANG, C ..... PO 250
SHIMOCOMAQUI, G..... PO 573
SHIRATSUBAKI, SM ..... PO 193
SILVA DE OLIVEIRA, LC..... PO 154, PO 155
SILVA JUNIOR, AF..... PO 075, PO 076, PO 077, PO 388, PO 397, PO 398, PO 446, PO 447, PO 448, PO 449, PO 512, PO 513, PO 640
SILVA JUNIOR, CH .....PO 093, PO 179
SILVA JUNIOR, DP .... AO 088, PO 383
SILVA RIBEIRO, M..... PO 658
SILVA, A.....AO 124
SILVA, AA.....PO 590, PO 591
SILVA, AB.....PO 075, PO 076, PO 397, PO 446, PO 447, PO 448, PO 449, PO 512, PO 640
SILVA, AB....PO 075, PO 076, PO 388, PO 446, PO 447, PO 448, PO 640
SILVA, AB..... AO 086, AO 090
SILVA, ACRE ..... PO 547

SILVA, AT ..... PO 553
SILVA, C ..... PO 284
SILVA, CDS ..... AO 096, PO 634
SILVA, CN ..... PO 593
SILVA, CSR ..... PO 339
SILVA, DGST ..... PO 061, PO 405
SILVA, DR ..... AO 062, AO 129, PO 221, PO 399
SILVA, EFB ..... PO 527
SILVA, ERP ..... PO 633
SILVA, F RA ..... AO 103, PO 532, PO 533
SILVA, FC ..... PO 497
SILVA, FCD ..... PO 180, PO 331, PO 664, PO 665
SILVA, FS ..... PO 312, PO 439
SILVA, GF ..... PO 290, PO 291
SILVA, GP ..... PO 119
SILVA, HC ..... PO 551
SILVA, JCPS ..... PO 171
SILVA, JD ..... PO 287, PO 292
SILVA, JF ..... PO 605
SILVA, LC ..... PO 053, PO 278, PO 428
SILVA, LS ..... PO 400
SILVA, M GC ..... AO 103, PO 532, PO 533
SILVA, NOE ..... PO 307
SILVA, RC ..... PO 254, PO 417
SILVA, RLFE ..... PO 287, PO 292
SILVA, RMVG ..... PO 344, PO 548, PO 549, PO 625
SILVA, RO ..... PO 125
SILVA, RS ..... AO 021
SILVA, SA ..... PO 330, PO 663
SILVA, SG ..... PO 038
SILVA, TA ..... PO 245, PO 616
SILVA, TC ..... PO 265
SILVA, TL ..... PO 208, PO 408, PO 647
SILVA, TT ..... PO 013, PO 254, PO 288, PO 313, PO 416, PO 417, PO 421, PO 488, PO 497
SILVA, VL ..... AO 063, PO 234
SILVA, WS ..... PO 551, PO 552
SILVEIRA, CD ..... PO 034, PO 452, PO 493
SILVEIRA, CMC ..... PO 596
SILVEIRA, JAQ ..... PO 492
SIMÕES, FS ..... PO 119, PO 120
SIMPLÍCIO DE SOUSA, G ..... PO 056
SIQUEIRA, ACB ..... AO 086, AO 089, AO 090, PO 259, PO 372
SIQUEIRA, DR ..... PO 399
SIQUEIRA, HR ..... AO 063, AO 125, PO 234, PO 267
SIQUEIRA, PZ ..... PO 021, PO 022, PO 035, AO 091
SOARES FERREIRA, SR ..... PO 668
SOARES, ACO ..... PO 325, PO 332, PO 437, PO 444
SOARES, CF ..... PO 192
SOARES, MR ..... PO 081
SOARES, MS ..... PO 525
SOARES, MV ..... PO 052, PO 230, PO 426, PO 597
SOARES, PGON ..... PO 489
SOCHA, GB ..... PO 630
SOEIRO, ÁB ..... PO 114
SOLER, S ..... AO 075
SOLIMAN, F ..... AO 006, AO 008, PO 014
SOMENSI, RM ..... PO 556, PO 557
SOUSA, C ..... PO 082, PO 244, PO 610
SOUSA, CS ..... PO 443
SOUSA, RC ..... AO 040
SOUSA, RC ..... PO 053, PO 278, PO 428
SOUZA JÚNIOR, MA ..... PO 245, PO 616
SOUZA, AD ..... PO 080
SOUZA, CF ..... PO 474
SOUZA, DC ..... PO 616
SOUZA, EC ..... PO 567
SOUZA, EL ..... PO 080
SOUZA, F ..... PO 036, PO 082, PO 204, PO 244, PO 251, PO 253, PO 298, PO 333, PO 393, PO 450, PO 610
SOUZA, GM ..... PO 303
SOUZA, JA ..... PO 588, PO 589
SOUZA, JF ..... PO 387
SOUZA, JP ..... PO 552
SOUZA, LCNA ..... PO 542
SOUZA, R ..... AO 092, AO 093, PO 226, PO 396
SOUZA, RC ..... AO 035, AO 049, PO 133, PO 256
SOUZA, S ..... PO 037, PO 577, PO 670
SOUZA, VMV ..... PO 620, PO 621
SPADER, DL ..... PO 020, PO 022, AO 088, PO 383, PO 391, PO 392
SPAGGIARI, L ..... AO 014, AO 015, AO 016, AO 019, AO 020, AO 022, AO 029, AO 032, PO 671
SPECTOR, CH ..... AO 038, PO 173
SPILIMBERGO, FB ..... PO 388, PO 397, PO 398, PO 512
SPILMANN, D ..... PO 227, PO 230, PO 361, PO 426, PO 427, PO 434, PO 597, PO 651
SPINDLER, BM ..... AO 100
SQUEFF, FA ..... PO 311
STANZANI, F ..... PO 238
STECCA, NGG ..... PO 334, PO 340, PO 341, PO 425, PO 514
STEDILE, NRA ..... PO 272, PO 273, PO 274
STELMACH, R ..... PO 001, AO 005
STEWART, DJ ..... AO 095
STIRBULOV, R ..... PO 015, PO 063, PO 208, PO 228, PO 408, PO 433, PO 467, PO 647
STORI JR, WS ..... AO 028, AO 034, PO 100, PO 102
STORRER, KM ..... PO 060, PO 308, PO 334, PO 413
STRAMARI, LM ..... PO 555
STRAPASSON, F ..... AO 028, AO 034, PO 100, PO 101
STUDART LEITÃO FILHO, FS ..... AO 066, PO 586
STYPULKOWSKI, RP ..... PO 313
SUAREZ, C ..... AO 027
SUAREZ, F ..... AO 027
SUAREZ, F ..... AO 027
SUCCI, JE ..... PO 164
SUESADA, MM ..... PO 320
SUGITA, DH ..... PO 138, PO 181
SVIDZINSKI, TE ..... PO 424
SYLVIA, BR ..... PO 456, PO 519

T

TAGÉ THOMAZ, SM ..... AO 123
TAIRA, LGN ..... PO 245, PO 616
TAIRA, LGN ..... PO 245, PO 616
TAKARA, LS ..... PO 259
TALAMO, C ..... PO 299
TANAKA, BN ..... PO 011
TANNI, SE ..... PO 044, AO 069, AO 070, AO 071, AO 072, AO 078, PO 275, PO 280, PO 281, PO 300, PO 470, PO 554
TARGA FERREIRA, RL ..... PO 666, PO 667, PO 668
TASSARA, MM ..... PO 325, PO 332, PO 437, PO 444
TAVARES, CB ..... PO 082, PO 244, PO 610
TAVARES, MG ..... PO 119, PO 120, PO 121, PO 122, PO 123
TAVARES, MG ..... PO 603
TAVARES, MG ..... AO 054, PO 198
TAVARES, MS ..... AO 126, PO 431
TAVARES, P ..... AO 054, PO 198
TEDDE, ML ..... PO 355, PO 368
TEIXEIRA, E ..... PO 669
TEIXEIRA, ES ..... PO 182
TEIXEIRA, GM ..... AO 117
TEIXEIRA, LR ..... AO 079, AO 080, AO 081, AO 082, AO 083, AO 084, PO 309, PO 315, PO 316, PO 317, PO 321, PO 322, PO 327, PO 328, PO 335, PO 336, PO 337, PO 338, PO 339, PO 606
TEIXEIRA, RHOB ..... PO 174
TELINI, WM ..... PO 044
TELLEZ, LJ ..... PO 129, PO 183, PO 184
TEMPONE, AL ..... PO 284
TENROLLER, S ..... PO 610
TERRA FILHO, M ..... AO 092, PO 509, PO 613
TESSER, L ..... PO 021
TESTAGROSSA, LA ..... PO 358
TESTI, ALC ..... PO 580
TOLEDO, RC ..... PO 053, PO 278, PO 428, PO 463, PO 464, PO 465, PO 466
TOMICH, CS ..... PO 526
TONIAL, R ..... PO 082, PO 244, PO 251
TORO, IFC ..... PO 305
TORRADO, E ..... PO 410
TORRES, BS ..... PO 037, PO 577, PO 578, PO 579, PO 583, PO 584, PO 585, PO 670
TORRES, DM ..... PO 334, PO 340, PO 341, PO 514, PO 601
TORRES, J ..... AO 018, AO 030, AO 048, PO 170, PO 185, PO 186
TORRES, V ..... PO 246
TORTUL, FC ..... PO 438
TOSTA DE SOUZA, ES ..... PO 574, PO 575
TOUFEN JR, C ..... AO 114, AO 115
TRAJMAN, A ..... PO 669
TREPTOW, EC ..... PO 213, PO 238, PO 340, PO 341, PO 425, PO 514, PO 601
TRINDADE, E ..... AO 010
TRIVIÑO, A ..... PO 103
TRUCCO, E ..... PO 246
TRUJILLO, JG ..... PO 136
TSUTSUI, JM ..... AO 092

U

UCHOA SALES, MP ..... AO 108, AO 109, PO 411, PO 546

UEHARA, C .....PO 039, PO 040, PO 050, PO 051, PO 060
UGALDE FIGUEROA, PA ..... AO 039, AO 042, AO 050, PO 187
UNGIEROWICZ, A.....AO 111
UNIS, G .....PO 666, PO 667

V

VALE, CFD .....PO 007, PO 010, PO 025, PO 480
VALE, SF ..... PO 619, PO 620, PO 621
VALENTE BARBAS, CS..... AO 060, PO 207, PO 225, PO 484, PO 599, PO 600
VALLADARES, RM.....PO 039, PO 413
VALLE, F ..... PO 558
VALOIS, FM ..... PO 256
VALSECCHI, A .....PO 272, PO 273, PO 274
VANDERLEI, LCM.....PO 285, PO 295, PO 296, PO 581
VANNUCCI, F..... AO 014, AO 015, AO 016, AO 019, AO 020, AO 022, AO 029, AO 032, PO 671
VANTI, DP..... PO 386
VARGAS, FS ..... AO 079, AO 080, AO 082, AO 084, PO 309, PO 314, PO 315, PO 316, PO 317, PO 320, PO 326, PO 327, PO 328, PO 335, PO 337, PO 338, PO 339, PO 431
VASCONCELOS, FAR..PO 373, PO 374
VASSOLER, RM.....PO 361
VAZ, LCA.....AO 046, PO 171
VAZ, MAC .....PO 329, PO 511, PO 615
VENEGAS, AR .....PO 271
VENUTO, CA ..... PO 542
VÉRAS, FH .....PO 482, PO 486
VERAS, JSF ..... AO 031, PO 084, PO 086
VERAS, TN ..... PO 543
VERGANI, G ..... AO 128
VERONESI, G ..... AO 032
VERRASTRO, B .....PO 314
VERRASTRO, C .....PO 309, PO 326, PO 606
VETORAZZI, SF ..... AO 077
VIANA ARAÚJO, RF....PO 154, PO 155
VIANA, D..... PO 270
VIANA, RB..... PO 432
VIANA, SMDNR ..... PO 596
VIANNA, ESO..... PO 033
VIANNA, LG .....PO 551, PO 552
VIDAL, M ..... PO 584
VIDIGAL, LHG..... PO 277
VIEGAS, CL .....PO 078, PO 079, PO 418, PO 515, PO 516, PO 632
VIEIRA DE SOUSA, GR..... PO 400
VIEIRA MOREIRA, MC ..... PO 257
VIEIRA, C ..... PO 495
VIEIRA, CAF.....PO 247, PO 617
VIEIRA, CS .....PO 247, PO 617
VIEIRA, HP.....PO 006, PO 586
VIEIRA, I..... PO 649
VIEIRA, LF..... PO 090
VIEIRA, N.....AO 045, PO 156, PO 188
VIEIRA, PCB..... PO 601
VIEIRA, SRR .....AO 110
VILLALBA-CALOCA, J ..... AO 033, PO 130
VILLAS BOAS, LC ..... PO 080
VOLPI, MS..... PO 097
VOSS, LR.....AO 066, PO 081, PO 248, PO 319, PO 401, PO 402, PO 498, PO 561, PO 598, PO 672

W

WADA, FK .....PO 329, PO 511, PO 615
WAINSTEIN, MW.....PO 391
WAISBERG, DR..... AO 081
WEBA, EP .....PO 628, PO 657
WEIGERT, LL ..... AO 105
WEKSLER, B ..... AO 039, AO 042, AO 050, PO 187
WENGERKIEVICZ, AC ..... PO 335
WEREBE, EC..... AO 036
WERNZ, RS .....PO 019, PO 028, PO 029, PO 500
WESTPHAL, DC .....AO 104, PO 115, PO 189, PO 190, PO 191
WESTPHAL, FL .....PO 004, PO 005, AO 104, AO 106, PO 114, PO 115, PO 189, PO 190, PO 191, PO 192, PO 528, PO 626
WINKELER, GFP.....AO 118
WU, C.....PO 225, PO 249, PO 250
WU, RTW ..... PO 338
WUTZOW, CE .....PO 107, PO 108, PO 109, PO 110, PO 111, PO 163

X

XAVIER SOARES JUNIOR, N... PO 015, PO 222, PO 423
XAVIER, AM..... PO 256
XAVIER, AS ..... PO 573
XAVIER, RF .....PO 581
XIDIS, LJ .....PO 047, PO 301, PO 503, PO 504, PO 516

Y

YAE TAKAGAKI, T ..... AO 010, AO 011, PO 073, AO 082, AO 098, PO 236, PO 249
YAEKASHI, ML..... AO 026, AO 043
YAMAKAWA, PE.....PO 053, PO 278, PO 428, PO 463, PO 464, PO 465, PO 466
YONAMINE, M..... PO 569
YONEZAWA, GN..... PO 404
YOO, HHB .....PO 002, PO 003

Z

ZAGO, LB ..... PO 123
ZALESKI SEBASTIANI, VR ..... PO 506
ZAMBON, AA..... PO 083
ZAMBON, L..... PO 305
ZANCHET, RC .....PO 302, PO 517
ZANDONÁ, FW .....PO 082, PO 244, PO 251, PO 393, PO 610
ZANI, HP.....PO 193, PO 303, PO 304, PO 518
ZANONATO, A ..... AO 006, AO 008, PO 014
ZAVATTIERI, ÂG..... PO 586
ZELADA, FGB .....PO 336, PO 337
ZEMBRZUSKI, MMS..... PO 301
ZENATTI, R. AO 061, PO 211, PO 342, PO 485, PO 643, PO 645, PO 646
ZENTENO, RH.....PO 271
ZERRATE, A..... AO 044, PO 136
ZIEGLER, B ..AO 094, PO 477, PO 478
ZIMERMANN, P.....AO 077, PO 261, PO 262, PO 348, PO 382

Regionais da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Emílio Pizzichini
Secretário: Israel Silva Maia
Endereço: Hospital Universitário da UFSC - NUPAIVA - térreo. Campus - Trindade, 88.040 - 970 - Florianópolis - SC
Tel: (48) 3234-7711/ 3233-0747 E-mail: pizzichi@matrix.com.br

ASSOCIAÇÃO MARANHENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA
Presidente: Maria do Rosario da Silva Ramos Costa
Secretária: Denise Maria Costa Haidar
Endereço: Travessa do Pimenta, 46
65.065-340 - Olho D'Água - São Luís - MA
Tel: (98) 3226-4074 Fax: (98) 3231-1161
E-mail: rrcosta29@hotmail.com

SOCIEDADE ALAGOANA DE PNEUMOLOGIA
Presidente: Fernando Antônio Mendonça Guimarães
Secretária: Mirtes Maria de Melo Silva
Endereço: Rua Walfrido Rocha 225, Jatiuca
57.036-800 - Maceió - AL
Tel: (82) 33266618 Fax: (82)3235-3647
E-mail: fguima@neoline.com.br

SOCIEDADE AMAZONENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA
Presidente: Fernando Luiz Westphal
Secretária: Maria do Socorro de Lucena Cardoso
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco, 1359
69.020-030 - Manaus - AM
Tel: (92) 3234-6334 Fax: 32348346
E-mail: f.l.westphal@uol.com.br

SOCIEDADE BRASILIENSE DE DOENÇAS TORÁCICAS
Presidente: Ricardo Luiz de Melo Martins
Secretário: Antônio Teodoro de Andrade Filho
Endereço: SEPS 714/914 - BL E - sala 301
70.390-145 - Brasília - DF
Tel/fax: (61) 3245-1030
E-mail: sbdt@terra.com.br

SOCIEDADE CEARENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Maria da Penha Uchoa Sales
Secretária: Cyntia Maria Sampaio Viana
Endereço: Av. Dom Luis, 300, sala 1122, Aldeota
60160-230 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3081-7194 / 3092-0401
E-mail: pneumoceara@gmail.com

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DA BAHIA
Presidente: Guilhardo Fontes Ribeiro
Secretária: Hemenengarda Andaluz Santos
Endereço: Av. Oceânica, 551 - Ed. Barra Center - sala 112
40.160-010 - Barra - Salvador - BA
Tel/fax: (71) 3264-2427
E-mail: spba@terra.com.br site: www.pneumobahia.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO
Presidente: Carlos Alberto Gomes dos Santos
Secretário: Augusto Cezar Schwartz
Endereço: Rua Eurico de Aguiar, 130, Sala 514 - Ed. Blue Chip
Praia do Campo, 29.055-280 - Vitória - ES
Tel: (27) 3345-0564 Fax: (27) 3345-1948
E-mail: majeski.vix@terra.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO
Presidente: Dr. Clóvis Botelho
Secretário: Dra. Wandoircy da Silva Costa
Endereço: Rua Dr Jonas Correa da Costa, 210, Bairro Verdão
78030-510 - Cuiabá - MT
Tel: (65) 3637-1471 Fax: (65) 3637-7539
E-mail: fbotelho@terra.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO DO SUL
Presidente: Dra. Lilian Cristina Ferreira Andries
Secretária: Dr. Paulo de Tarso Guerreiro Muller
Endereço: Rua Antônio Maria Coelho,2912, Jardim dos Estados
79.002-364 - Campo Grande - MS
Tel: (67) 3324-5460
E-mail: liliandries@yahoo.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO
Presidente: José Manoel Jansen
Secretário: Arnaldo José Noronha Filho
Endereço: Rua da Lapa, 120 - 3° andar - salas 301/302
20.021-180 - Lapa - Rio de Janeiro - RJ
Tel/fax: (21) 3852-3677
E-mail: sopterj@rjnet.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL
Presidente: Paulo José Zimmermann Teixeira
Vice: Eduardo Brandão Almeida
Endereço: Centro AMRGS - Av. Ipiranga, 5311
90.610-001 - Porto Alegre - RS
Tel: (51) 3384-2889 Fax: (51) 3339-2998
E-mail: sptrs@terra.com.br

SOCIEDADE GOIANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Fernanda Miranda de Oliveira
Secretária: Karla Cristina de Moraes Arantes Curado
Endereço: Av. E, nº 987, Aptº 203 - Bloco B - Jardim Goiás
74.810-030 - Goiânia - GO
Tel: (62) 3942-6201 Fax: (62) 3942-6201
E-mail: sgpt2007@gmail.com

SOCIEDADE MINEIRA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA
Presidente: Luiz Eduardo Mendes Campos
Secretária: Valéria Maria Augusto
Endereço: Av. João Pinheiro, 161 - sala 203 - Centro
30.130-180 - Belo Horizonte - MG
Tel/fax: (31) 3213-3197
E-mail: smpct@ammgmail.org.br

SOCIEDADE NORTE-RIO GRANDENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Francisco Elmano Marques Souza
Secretário: Paulo Roberto Albuquerque
Endereço: Rua Mossoró, 576, sala 17, Ed. Eduardo, Tirol
59.020-090 - Natal - RN
Tel: (84) 4009-2034 Fax: (84) 4009-2028
E-mail: elmano@hcnatal.com.br

SOCIEDADE PARAENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Lúcia Helena Messias Sales
Secretário: Paulo Roberto Klautau Ferreira
Endereço: Trav. Dom Romualdo de Seixas, 1529, Umarizal
66.050-200 - Belém - PA
Tel/fax: (91) 3222-2224
E-mail: lucia.sales@terra.com.br

SOCIEDADE PARAIBANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Fátima Maria Macedo dos Santos
Secretário: João Bosco Bragao
Endereço: Rua Doutor Olavo Magalhães, 34, Jaguaribe
58.015-010 - João Pessoa - PB
Tel/fax: (83) 32219622
E-mail: drafatimamacedo@ig.com.br

SOCIEDADE PARANAENSE DE TISIOLOGIA E DOENÇAS TORÁCICAS
Presidente: Lêda Maria Rabelo
Secretário: Carlos Eduardo do Valle Ribeiro
Endereço: Rua Cândido Xavier, 575 - Água Verde
80.240-280 - Curitiba - PR
Tel/fax: (41) 3342-8889
E-mail: spdt@brturbo.com.br

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: José Eduardo Delfini Cançado
Secretária: Regina Maria de Carvalho Pinto
Endereço: Rua Machado Bittencourt, 205 - 8° andar - conj. 83
04.044-000 - Vila Clementino - São Paulo - SP
Tel: 0800 17 1618
E-mail: sppt@sppt.org.br site: www.sppt.org.br

SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren
Secretária: Adriana Velozo Gonçalves
Endereço: Rua Faustino Porto, 590, Sala 18, Boa viagem
51.020-120 - Recife - PE
Tel: (81) 3326-7098 Fax: (81) 3465-8425
E-mail: fernando@lundgren.med.br

SOCIEDADE PIAUIENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: João Araújo Moura Fé
Secretária: Tatiana Malheiros Nunes
Endereço: Rua Mário Teodomiro de Carvalho, 1120 - Ininga
64.049-820 - Centro - Teresina - PI
Tel: (86) 3233-6158 Fax: (86) 3233-9351
E-mail: joaomfe@yahoo.com.br

SOCIEDADE SERGIPANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
Presidente: Saulo Maia D´Avila Melo
Secretário: Normando Ferreira Filho
Endereço: Rua Guilhermino Rezende, 426 - São José
49.015-400 - Aracaju - SE
Tel: (79) 3214-3491 Fax: (79) 3214-3593
E-mail: smaia@infonet.com.br