

# PNEUMOLOGIA PAULISTA

Publicação Oficial da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia

Anais do 15<sup>o</sup> Congresso Paulista  
de Pneumologia e Tisiologia

Volume 27 | N<sup>o</sup> 4 | 2013





# VIDA NÃO PODE ESPERAR<sup>1,2</sup>

**INTERVIR COM SPIRIVA® para ajudar os pacientes com DPOC a manter um amanhã mais ativo.<sup>3,4</sup>**



## SPIRIVA®

brometo de tiotrópio

**Redução rápida e sustentada da falta de ar<sup>5</sup>**

**Prevenção de exacerbações da DPOC<sup>1,5</sup>**

**Melhora da qualidade de vida<sup>2,5</sup>**

**Dispositivo inovador para seu paciente com DPOC<sup>6</sup>**



**2 puffs  
consecutivos,  
uma vez ao dia<sup>5</sup>**

**SPIRIVA® RESPIMAT® (brometo de tiotrópio) - uso adulto. Apresentação:** frasco com 4ml. **Indicação:** DPOC. **Contraindicações:** hipersensibilidade aos seus componentes. **Reações adversas:** boca ou pele seca, tontura, arritmias, disfonia, epistaxe, tosse, faringite, laringite, gengivite, glossite, estomatite, candidíase orofaríngea, disfagia, dispepsia, prurido, hipersensibilidade, rash, urticária, broncoespasmo, edema angioneurótico, glaucoma, visão embaçada, infecção e úlcera de pele, retenção e infecção urinária, disúria, desidratação, insônia, sinusite, constipação, obstrução intestinal, íleo paralítico, edema articular. **Precauções:** pacientes com distúrbios de ritmo cardíaco devem utilizar Spiriva® Respimat® com cautela; não usar como terapia de resgate; cuidado no glaucoma de ângulo fechado, hiperplasia da próstata, obstrução do colo da bexiga, clearance de creatinina  $\leq 50$  ml/min, tontura ou visão embaçada podem alterar habilidade de dirigir e operar máquinas, não usar em mulheres grávidas ou lactantes (risco C). **Interações:** medicações anticolinérgicas. **Posologia:** inalar 2 puffs/dia. **SEM NECESSIDADE DE REFRIGERAÇÃO.<sup>3</sup>**

**VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS-1.0367.0137.** Boehringer Ingelheim do Brasil Química e Farmacêutica Ltda. Rod. Regis Bittencourt (BR116), km 286. Itapeerica da Serra – SP. SAC 0800 7016633. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.

**ESTE MEDICAMENTO É CONTRAINDICADO EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE HIPERSENSIBILIDADE À ATROPINA OU A SEUS DERIVADOS. A ADMINISTRAÇÃO CRÔNICA DE OUTROS FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS COM SPIRIVA® NÃO FOI ESTUDADA E, PORTANTO, NÃO É RECOMENDADA. SPIRIVA® É UM MEDICAMENTO. DURANTE SEU USO, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA AGILIDADE E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS.**

**MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE A PROFISSIONAIS  
HABILITADOS A PRESCREVER MEDICAMENTOS.**



**Referências:** 1.Vogelmeier C et al. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. N Engl J Med 2011; 364 (12): 1093-103. 2.Tashkin DP et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2008; 9 (15): 1543-54. 3.Decramer M et al. Effect of tiotropium on outcomes in patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease (UPLIFT): a prespecified subgroup analysis of a randomized controlled trial. Lancet 2009; 371:1171-78. 4.Decramer M et al. Tiotropium as essential maintenance therapy in COPD. Eur Respir Rev 2006; 15: 99, 51-7. 5.Bula de Spiriva® Respimat® 6.Dalby RN et al. Development of Respimat Soft Mist Inhaler and its clinical utility in respiratory disorders. Medical Devices: Evidence and Research. 2011; 4: 145-55.

**Presidente:** Mônica Corso Pereira  
**Vice-Presidente:** Oliver Augusto Nascimento  
**Secretária Geral:** Maria Raquel Soares  
**1º Secretário:** Igor Bastos Polonio  
**2º Secretário:** Carlos Vianna Poyares Jardim  
**Diretor de Finanças:** Lara Maris Napolis  
**Diretor de Assuntos Científicos:** Elcio dos Santos Oliveira Vianna  
**Diretor de Divulgação:** Hugo Bok Yoo  
**Diretora Informática:** Roberta Pulcheri Ramos

**COMISSÕES**

**Assuntos do Interior:** Mauricio Sousa de Toledo Leme  
**Defesa Profissional:** Altair da Silva Costa Júnior  
**Ensino:** Frederico Leon Arrabal Fernandes  
**Promoções:** Valéria Cristina Vigar Martins  
**Assuntos da Grande São Paulo:** Mônica Silveira Lapa

**DEPARTAMENTOS**

**Cirurgia Torácica:**  
 Ricardo Mingarini Terra  
 Roberto Gonçalves  
 Daniele Cristina Cataneo

**Endoscopia Respiratória:**

Viviane Rossi Figueiredo  
 Ascedio Rodrigues  
 Péricles Barbato

**Pediatria:**

Marina Buarque de Almeida  
 Adyleia Aparecida Dalbo Contrera Toro  
 Beatriz Neuhaus Barbisan

**Fisioterapia Respiratória:**

Adriana Claudia Lunardi  
 Luciana Dias Chiavegato  
 Felipe Augusto Rodrigues Mendes

**Conselho Fiscal**

**Efetivos:**  
 Ana Luisa Godoy Fernandes  
 Carlos Alberto de Castro Pereira  
 Irma de Godoy

**Suplentes:**  
 Jaquelina Sonoe Ota Arakaki  
 José Antônio Baddini Martinez  
 Ricardo Milinavicius

**Conselho Deliberativo**

Francisco Vargas Suso  
 Jorge Nakatani  
 José Eduardo Delfini Caçado  
 Manuel Lopes dos Santos  
 Miguel Bogossian  
 Nelson Morrone  
 Rafael Stelmach  
 Ricardo Beyruti  
 Roberto Stirvulov  
 Sônia Maria Faresin  
 Virgílio Alexandre Nunes de Aguiar

**PALAVRA DA PRESIDENTE**

*Gestão 2012 | 2013:  
 Crescimento e fortalecimento da pneumologia*

**PALAVRA DO EDITOR**

*Pneumologia Paulista: um trabalho de equipe*

**ANAIS**

*Asma ..... 8*

*Câncer de Pulmão ..... 12*

*Cirurgia Torácica ..... 19*

*Distúrbios Respiratórios do Sono ..... 39*

*Doenças Ambientais e Ocupacionais ..... 42*

*Doenças Intersticiais ..... 46*

*Doenças Pleurais ..... 55*

*Doenças Vasculares Pulmonares ..... 62*

*DPOC ..... 68*

*Endoscopia Respiratória ..... 74*

*Fisioterapia ..... 78*

*Função Pulmonar ..... 84*

*Infecções Respiratórias e Bronquiectasias ... 86*

*Pneumopediatria ..... 91*

*Reabilitação ..... 94*

*Tabagismo ..... 97*

*Terapia Intensiva ..... 100*

*Tuberculose ..... 101*

*Índice dos Autores ..... 105*

**PNEUMOLOGIA PAULISTA**

Publicação Oficial da Sociedade Paulista  
 de Pneumologia e Tisiologia  
 Editor Responsável:  
 Oliver Augusto Nascimento  
 Editoração Eletrônica:  
 Miriam Miranda

# Gestão 2012 | 2013: Crescimento e fortalecimento da pneumologia

Estamos chegando ao final desta gestão.

Ao iniciar a empreitada, há dois anos atrás, já tinha ideia do trabalho árduo que me esperava, pois tenho trabalhado pela SPPT há vários anos.

Tive o prazer, neste período, de contar com a participação e colaboração de vários grandes profissionais, profundamente dedicados ao crescimento e fortalecimento da Medicina do Tórax no estado de São Paulo e no Brasil. Pessoas sem as quais não conseguiria ter feito tudo que conseguimos fazer.

Ainda assim, ousou dizer que é necessário que nós, médicos, cientistas e professores mais experientes, tentemos passar aos nossos sucedâneos a importância deles se envolverem e participarem nas atividades associativas. As sociedades de especialidade são instâncias fundamentais na defesa profissional dos assuntos relativos à especialidade, na difusão da pesquisa nacional, na atualização e reciclagem dos profissionais da área, na discussão de aspectos relativos à formação dos novos especialistas e na interlocução com o poder público, tendo o dever de participar das discussões e elaboração de políticas públicas voltadas para o controle e cuidado das doenças respiratórias.

Entre as várias missões destaca-se a obrigação de manter o tônus da eterna e necessária atualização científica, obrigação de todo profissional médico. Iniciamos nesta gestão reuniões científicas por via virtual, e penso ser este um caminho sem volta. As reuniões presenciais, neste era de *internet* de banda larga e alta velocidade, disponível em qualquer lugar, a qualquer momento, estão se enfraquecendo enquanto necessidade para atualização científica. Logicamente tais reuniões mantêm o papel de conagraçamento entre os profissionais, a relevância no contato com grandes especialistas e professores, e permanecem fundamentais na difusão do conhecimento e pesquisa produzidos nacionalmente.

Nesta gestão realizamos muitas ações no campo da atualização científica, como as Jornadas Paulistas temáticas (na capital e nas regionais), as pizzas científicas (clínicas e cirúrgicas), além do nosso décimo-quinto Congresso Paulista, que ora se inicia. Teremos o lançamento de quatro livros: além dos três de atualização (Infecções Respiratórias, Medicina Intervencionista e Insuficiência Respiratória Crônica), um quarto, produzido por uma das Comissões da SPPT, a de Doenças Ocupacionais e Ambientais.

Procuramos assumir nosso papel na interlocução com o Poder Público, seja por meio da participação em comitês técnicos de assessoria (de DPOC, asma e Hipertensão Pulmonar, ligados ao núcleo de farmacologia da Secretaria Estadual de Saúde), seja por emissão de pareceres solicitados por instâncias como a defensoria pública, seja colocando em discussão e participando das discussões sobre políticas públicas, em fóruns e seminários promovidos por outras associações corporativas (Associação Paulista de Medicina, Conselho Regional de Medicina, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia), ou pela nossa própria (I Seminário de Doenças Respiratórias Crônicas na Atenção Primária).

Às contas e finanças, devotamos a preocupação e seriedade necessárias para mantê-las dentro da ordem. Não somos uma entidade com fins lucrativos, mas temos o orgulho de dizer que nossas reservas estão mantidas, que estamos em situação financeira confortável, que nossas contas foram avaliadas pelo nosso Conselho Fiscal, e que estão à disposição de quaisquer associados que desejem conhecê-las.

Lembro que o trabalho de toda a diretoria é voluntário, não há qualquer remuneração financeira para tal. Aliás, há

um questionamento de um associado sobre o assunto, cuja opinião, registrada em ofício enviado à diretoria da SPPT, sugere que deveria haver algum tipo de bonificação para os participantes da diretoria, que dedicam horas de sua vida pessoal para o crescimento da especialidade na comunidade médica. Deixamos esta sugestão para ser apreciada durante a assembleia, uma vez que modificações desta natureza devem ser do conhecimento prévio dos associados.

Trabalhamos muito, e convido a todos que vejam o balanço da gestão apresentado no suplemento de notícias da revista Pneumologia Paulistas, cujo último volume deste ano contem os anais do congresso, com a publicação de todos os trabalhos aceitos para apresentação.

Obrigada pela confiança depositada.

Um abraço,

**Mônica Corso Pereira**

Presidente da SPPT,  
em nome da diretoria da SPPT (2012-2013).

# Pneumologia Paulista: um trabalho de equipe

Caros colegas,

Chegamos ao último fascículo do Pneumologia Paulista da atual Gestão da SPPT. Nos últimos dois anos tive o prazer de coordenar, em conjunto com o Carlos Jardim, as edições de nossa Revista. Nossa Sociedade é composta por profissionais de diversas áreas que estudam a Saúde Respiratória. Somos formados por pneumologistas, pneumopediatras, endoscopistas respiratórios, cirurgões torácicos e fisioterapeutas respiratórios.

Consequentemente, a confecção de uma Revista que traga informações a todas estas áreas se torna complexa. Há três gestões a SPPT tem adotado este formato de temas em revisão para trazer blocos que direcionem nossos estudos. O que procurei fazer foi manter o sucesso das edições anteriores e inovar em certos temas. Foi um grande desafio, mas espero ter cumprido a missão de buscar temas que contribuíssem para a atualização de tratamento e científica de todos nós profissionais da saúde respiratória.

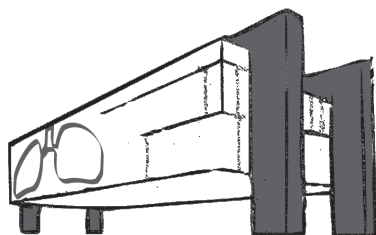
Ao longo desta gestão recebi diversos elogios sobre a revista, o novo formato da capa e sobre os temas abordados. Não fui o responsável por este sucesso. Sem dúvida, os fascículos não saíam sem a brilhante contribuição de cada um dos autores dos artigos. Mesmo com o pouco peso curricular que esta publicação possa acrescentar ao currículo de cada um de nós, todos encaram com a maior seriedade e cumplicidade. Tenho certeza que todos se empenharam da

melhor forma possível para contribuir com temas atuais e práticos. Em acréscimo, toda a Diretoria da SPPT contribuiu intensamente para este sucesso. Agradeço a todos os autores e membros da Diretoria da SPPT! De igual importância foram os membros administrativos da SPPT, Suzi Faresin Jesus e Wagner Oliveira, e Miriam Miranda, responsável pela editoração de nossa Revista. Agradeço a disponibilidade de sempre contribuírem para a confecção e logística da Revista.

Este último fascículo não podia ser diferente. Agora com os temas livres e relatos de casos clínicos aceitos para serem apresentados em nosso Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia. Aqui está o reflexo das pesquisas realizadas no Estado de São Paulo e de outros estados brasileiros e está demonstrado a importância científica de nosso Congresso. No fascículo do Pneumologia Paulista com os Anais do Congresso Paulista podemos contar com a participação de vários autores, que também agradeço a valiosa contribuição.

Um grande abraço a todos e obrigado pelo apoio!

Oliver A. Nascimento  
Editor do Pneumologia Paulista e  
Vice-Presidente da SPPT  
olivernascimento@yahoo.com.br



*São Paulo | 2013* 14 a 17 | novembro

**15º CONGRESSO PAULISTA  
DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**

Centro Fecomercio de Eventos

**ANAIS**

**POSTER 086****ANÁLISE DA CORRELAÇÃO DE DADOS CLÍNICOS, LABORATORIAIS E EPIDEMIOLÓGICOS COM A ASMA EM POPULAÇÃO NO SUL DA BAHIA**LUCIANO GAMA DA SILVA GOMES<sup>1</sup>; SÔNIA MARIA TORQUATO DOS REIS<sup>2</sup>; SANDRA ROCHA GADELHA MELO<sup>3</sup>; SANDRA MARA BISPO SOUSA<sup>4</sup>.

1,2,3.UESC, ITABUNA - BA - BRASIL; 4.UESB, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL.

A asma é uma patologia inflamatória crônica das vias aéreas inferiores, caracterizada pelo aumento da responsividade, acarretando em obstrução do fluxo aéreo, levando a episódios de tosse e aumento da pressão torácica. O objetivo principal do trabalho é avaliar quais fatores de risco estão ou não envolvidos com a asma em uma população do sul da Bahia. Trata-se de um estudo tipo caso-controle, foram selecionados 74 casos com diagnóstico clínico de asma atendidos em uma Clínica de Pneumologia em Itabuna-BA, e 200 controle, selecionados no laboratório de análises clínicas. Foram excluídos das análises indivíduos fumantes. Compreendeu a coleta de 10 ml de sangue periférico e aplicação de um questionário padronizado contendo dados clínicos, laboratoriais e epidemiológicos. Todos assinaram o TCLE, sob Protocolo nº453/2011. Os resultados estatísticos foram obtidos com o uso do pacote SPSS 17.0. Para normalidade, foi feito o teste Kolmogorov-Smirnov para uma amostra. A diferença entre os grupos foram computadas pelo teste não-paramétrico Mann Whitney U, qui-quadrado e correlação de Spearman (r). O p-valor menor do que 0,05 foi aceito como significante. Avaliamos um total de 262 indivíduos, com média de idade de 40,51 ± 19,44 (DP) anos. Observamos diferenças estatísticas significativas nas concentrações das dosagens de IgE total (média geométrica ± DP nos controles de 107,87 ± 4.43 UI/ml e nos casos 204,61 ± 4,17; p-valor = 0,002). De modo geral, homens tiveram a concentração de IgE maior do que as mulheres (média aritmética ± EP masculina de 477,02±74,92 UI/ml; média feminina 284,48±28,57 UI/ml; p-valor 0,007). Entretanto, a variável gênero não foi identificada como fator de risco para a asma ( $\chi^2$  p-valor = 0,994; r < 0,001; OR = 1,004), pois ambos os gêneros estão distribuídos homogeneamente entre casos e controles. Muitos sintomas e acometimentos importantes foram correlacionados com a asma, como ter alergia ( $\chi^2$  p-valor < 0,001; r = 0,52; OR = 16,53), dificuldade de respirar ( $\chi^2$  p-valor < 0,001; r = 0,70; OR = 42,75), escorrer secreção pelo nariz ( $\chi^2$  p-valor < 0,001; r = 0,43; OR = 7,00), espirros frequentes ( $\chi^2$  p-valor < 0,001; r = 0,50; OR = 9,53), dermatite atópica ( $\chi^2$  p-valor < 0,001; r = 0,32; OR = 4,37), tosse frequência ( $\chi^2$  p-valor < 0,001; r = 0,53; OR = 14,61), sibilos ( $\chi^2$  p-valor < 0,001; r = 0,67; OR = 37,20), aperto no peito ( $\chi^2$  p-valor < 0,001; r = 0,38; OR = 8,42). Analisando fatores sociais, a questão da renda familiar não teve correlação com a doença ( $\chi^2$  p-valor = 0,049; r = 0,129), o mesmo acontecendo para a quantidade de anos de estudo ( $\chi^2$  p-valor = 0,65; r = 0,03; OR = 1,134). Dessa forma, nessa população parece que os fatores sociais não interferem na prevalência dessa patologia e que ela está distribuída e presente em todos os níveis sociais. Observamos ainda diferença estatística na dosagem sérica de IgE total entre os indivíduos caso e controle e que asma, dermatite e rinite alérgica coexistem na grande maioria dos casos.

**POSTER 087****ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE E TIOTRÓPIO: RELATO DE CASO**

MARIA CECÍLIA NIEVES TEIXEIRA MAIORANO; GUILHERME ELER DE ALMEIDA; REGINA CARVALHO PINTO; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SAMIA ZAHÍ RACHED; FREDERICO ARRABAL FERNANDES; RAFAEL STELMACH; ALBERTO CUKIER.

FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Autor principal / apresentador: Maria Cecília Nieves Teixeira Maiorano

Co-autores: Guilherme Eler de Almeida, Regina Maria Carvalho-Pinto, Rodrigo Abensur Athanasio, Samia Zahi Rached, Frederico Leon Arrabal Fernandes, Rafael Stelmach, Alberto Cukier

Email: mariacecilia\_ntm@hotmail.com

Endereço: Rua Croata, 809, Lapa, CEP 05056-020. São Paulo-SP.

Contato telefônico: (11) 976638676 / (11) 38652599

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Introdução:** Um número razoável de pacientes possui asma de difícil controle, com sintomas recorrentes e exacerbações apesar do uso de drogas de escolha (como corticóide inalatório isolado ou em associação com beta-2 agonista de longa ação) para o controle da doença. Para alguns desses pacientes o tiotrópio pode ser uma opção terapêutica.

**Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 21 anos, com diagnóstico de asma desde a infância, com sintomas respiratórios iniciados aos 5 meses de idade. Desde o início do seguimento ambulatorial em nosso serviço há 3 anos, preenche critérios para asma de difícil controle. Tem rinite alérgica e doença do refluxo gastroesofágico. O ambiente em casa é adequado embora no trabalho exista tapete, carpete e poeira. Tem Prick-test positivo para ácaros, IgE 101 e 200 eosinófilos. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou áreas de aprisionamento aéreo e mosaico. A endoscopia digestiva alta revelou esofagite erosiva. O tratamento foi otimizado permanecendo em uso de Salmeterol+Fluticasona 50/250 3 vezes ao dia, em dispositivo de spray com espaçador, fluticasona nasal, montelucaste, ranitidina, bromoprida e prednisona oral 5mg por dia. Mesmo com essas medicações mantinha-se muito sintomática, com idas frequentes ao pronto socorro e recebia cursos habituais de corticóide oral em dose alta. Foi feito teste terapêutico com prednisona 60mg durante 15 dias, não havendo resposta clínica ou funcional. Nesse momento a espirometria revelava CVF 2,83l (74%), VEF1 1,94l (60%), VEF1/CVF 0,69. Frente a essa situação foi optado por introduzir tiotrópio na dose de 5mcg por dia. A paciente evoluiu com controle dos sintomas, melhora funcional (CVF 3,34 (91%), VEF1 2,33 (73%) e VEF1/CVF 0,70) e retirada do corticóide via oral.

**Discussão:** A opção de adicionar um segundo broncodilatador de longa ação inalatório em pacientes com asma de difícil controle baseia-se em estudos realizados recentemente que avaliaram a eficácia do tiotrópio nessa situação. O tiotrópio é um broncodilatador anticolinérgico de longa ação aprovado para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), mas não da asma. Nesses estudos a melhora no VEF1 foi relativamente pequena (<10%), embora deva se levar em consideração que essa melhora ocorreu em pacientes com obstrução fixa, já em uso de broncodilatador de longa ação. No caso relatado, além de melhora funcional expressiva a paciente teve melhora clínica com retirada de corticóide oral após a introdução do anticolinérgico.



## POSTER 088

### ASMA, DEFICIÊNCIA DE IGA E BRONQUIOLITE FOLICULAR

BRUNO LEÔNCIO DE MORAES BERALDO<sup>1</sup>; CLAUDINEI LEONCIO BERALDO<sup>2</sup>; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA<sup>3</sup>.  
1,3.UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2.UNIVAS, POUZO ALEGRE - MG - BRASIL.

Paciente M.D.S., 40a, fem, negra, trabalha de cuidadora. Iniciou na infância com sibilância, tosse seca e dispnéia aos grandes esforços, referindo necessidade de atendimento de urgência por várias vezes desde então, sendo diagnosticada como Asma. Apresentava à espirometria distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado. Iniciou uso de Alenia há 5 anos, progredindo com piora dos sintomas e funcional. Introduzido dose extra de Budesonida há 1 ano. Encaminhada ao ambulatório de Asma da Unifesp devido ao difícil controle sendo constatado deficiência de IgA e presença de cistos, perfusão em mosaico e nódulos centrolobulares com aspecto de árvore em brotamento em TC de tórax. Após avaliação clínica e radiológica foi feito o diagnóstico de Bronquiolite folicular. Descartado doença reumática. Iniciado então Azatiprina 125mg/dia com boa resposta clínica e estabilização da função pulmonar.

Há pouco relato na literatura acerca da associação de Asma, deficiência de imunoglobulinas, principalmente IgA e Bronquiolite Folicular. A Bronquiolite Folicular resulta de Hiperplasia linfóide no tecido linfóide associado ao brônquio (BALT), caracterizada histologicamente pela presença de folículos linfóides hiperplásicos com centros germinativos reativos distribuídos ao longo dos bronquíolos e, em menor extensão, dos brônquios. Tais folículos linfóides se situam entre os bronquíolos e as arteríolas pulmonares e frequentemente comprimem o lúmen bronquiolar, levando a aprisionamento aéreo e conseqüente formação de cistos. É associada à infecção crônica de vias aéreas (vírus ou Mycoplasma), asma, DPOC ou fibrose cística. Também visto ao redor de tumores ou abscessos.

Na ausência dessas condições, deve-se descartar artrite reumatóide juvenil, **síndrome de Sjogren**, infecção por HIV e condições de hipersensibilidade. Início da doença em pacientes de 1 a 70 anos de idade, com ligeiro predomínio do sexo feminino.

Os principais achados tomográficos são de infiltrados reticulonodulares bilaterais, com nódulos bilaterais centrolobulares e peribrônquicos com opacidades em vidro fosco em 75% dos casos. O tratamento consiste no uso esteróides e quimioterapia.

---

## POSTER 089

### AVALIAÇÃO DO USO DE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS EM ALUNOS ASMÁTICOS DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

AIMÉE MURAD PINTON; RAFAELA CRISTINA LOPES GARCIA; CAROLINA SOUZA TANNUS; ANA CARLA SOUSA DE ARAUJO.  
UNAERP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A asma resulta da combinação de três características essenciais: obstrução das vias aéreas, hiper-responsividade brônquica e inflamação. Tem a terapia inalatória de corticosteróides e broncodilatadores como papel central no seu tratamento, contudo, a técnica incorreta dos dispositivos inalatórios tem sido apontada como fator responsável pelo insucesso terapêutico. **Objetivo:** avaliar a compreensão e a técnica de uso dos dispositivos inalatórios prescritos de estudantes asmáticos do curso de medicina da Universidade de Ribeirão Preto e comparar se há diferença desta técnica entre os alunos que não passaram pelo ambulatório de pneumologia (pré-pneumo) e os que já passaram por este ambulatório (pós-pneumo). **Métodos:** Todos os alunos cursando medicina no primeiro semestre de 2013 foram questionados se tinham asma e usavam dispositivos inalatórios. Os que tiveram a resposta positiva demonstraram, individualmente, como utilizam a medicação inalatória e foram observados e pontuados. **Resultados:** Foram avaliados 35 asmáticos com idade média de 23,06 ± 2,06 anos, (68,6% do sexo feminino) sendo 13 do grupo pré (37,1%) e 22 do grupo pós-pneumo (62,8%). 97,1% relatou ter recebido orientação médica da técnica inalatória no momento da prescrição, 40% leu a bula da medicação e 14,3% procurou informação do uso na internet. 32 voluntários (91,4) cometeram pelo menos um erro ao utilizar o dispositivo inalatório e não houve diferença estatística entre o número de erros no uso do spray, aerocaps e diskus (p>0,05). Na comparação entre os grupos pré e pós-pneumo, não houve diferença significativa em relação ao uso de aerossol spray dosimetrado (p=0,65), aerocaps (p>0,5) ou Diskus (p=0,7). **Conclusão:** Embora a maioria dos participantes tenha recebido orientação médica do uso do dispositivo no momento da prescrição, 94,1% cometeu pelo menos um erro na utilização dos dispositivos e não houve diferença em ter passado pelo ambulatório de pneumologia da faculdade. Portanto, medidas práticas devem ser tomadas em toda consulta médica a fim de diminuir os erros e otimizar a terapêutica.

#### POSTER 090

#### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS ASMÁTICOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS GERAIS

EUGÊNIO FERNANDES DE MAGALHAES; CLAUDINEI LEONCIO BERALDO; ANNA LUIZA PIRES VIEIRA; BRUNO LEÔNIO DE MORAES BERALDO.

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ - UNIVÁS - MG, POUSO ALEGRE - MG - BRASIL.

**Objetivo:** Avaliar as características clínicas, sócio-econômicas e epidemiológicas dos asmáticos atendidos no ambulatório de um hospital universitário. **Métodos:** Aplicou-se um questionário com questões referentes à asma no período correspondido entre janeiro a dezembro de 2012, em 83 pacientes asmáticos atendidos no ambulatório de pneumologia pediátrica do hospital das clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), em Pouso Alegre - MG, com idade entre 0 e 14 anos. **Resultados:** Pôde ser observado que a maioria dos pacientes era do sexo masculino, residentes de zona urbana, e da raça branca. Pequena parcela dos pais era fumante e apenas um terço tinha história familiar de asma. A doença predominou no inverno e mais da metade da amostra tinha quadro intermitente ou leve. A maior parte dos pacientes usava corticóide inalado associado com beta 2 de longa duração, sendo que 50% tiveram que usar medicação de alívio pelo menos cinco vezes no último ano. **Conclusão:** Observou-se que em nosso serviço utiliza-se a na maioria dos pacientes a associação de corticóide inalado com beta 2 de longa duração, mesmo predominando o quadro mais leve de asma na maioria dos paciente do presente estudo. Faz-se necessário, portanto, uma revisão da conduta terapêutica com os pacientes atendidos no ambulatório.

---

#### POSTER 091

#### SÍNDROME DE SAMTER: UM RELATO DE CASO

GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; SÉRGIO PONTES PRADO; LARISSA PRANDO CAU; PAULA SILVA GOMES; FLÁVIO VIEIRA DE FARIA; FÁBIO CHECCHIA FERREIRA; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; MARIA AMÉLIA CARVALHO DA SILVA SANTOS; FLÁVIA DE ALMEIDA FILARDO VIANNA.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DO ESTADO DE SÃO PAULO (HSPE), SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A síndrome de Samter é uma comorbidade caracterizada pela associação de intolerância a aspirina (AAS), polipose nasal e asma. Como a aspirina é uma medicação bastante utilizada no tratamento e profilaxia de várias doenças, existem casos descritos de óbitos em pacientes que manifestaram broncoespasmo severo logo após o seu uso. O diagnóstico é feito pela história clínica e pelo teste de provocação com o AAS. E o tratamento da síndrome pode ser feita com o total afastamento de qualquer AINE e com a dessensibilização ao AAS, além do controle da asma e da polipose nasal.

**RELATO DE CASO:** Mulher, 61 anos, procurou PS por precordialgia e após a administração de AAS fez broncoespasmo severo revertido com medidas broncodilatadoras. Na investigação ambulatorial foi identificada a "tríade aspirínica" e a paciente mantém-se estável após o uso regular de corticoide inalatório e proibição da utilização de qualquer AINE.

**CONCLUSÃO:** O uso comum do AAS para o tratamento e profilaxia de várias comorbidades é imperioso. O cuidado na sua administração deve ser sempre lembrado visto que em pacientes com a síndrome de Samter o AAS pode provocar broncoespasmo severo e colocá-lo sob risco importante.

TL 178

**APOIO MATRICIAL EM PNEUMOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA ESTRATÉGIA PARA INTEGRAÇÃO DO CUIDADO.**

SONIA MARIA MARTINS<sup>1</sup>; WILLIAM SALIBE FILHO<sup>2</sup>.

1. GRESP, ADAMANTINA - SP - BRASIL; 2. PREFEITURA SÃO BERNARDO DO CAMPO, SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO** - Asma e DPOC são condições crônicas freqüentes, consideradas um problema de saúde pública mundial. O caráter crônico de ambas faz com que seu manejo medicamentoso seja prolongado, iniciando-se a partir do diagnóstico e podendo durar até o fim da vida. Há necessidade, portanto, de mudar a lógica da atenção a estes agravos que atualmente ainda está fragmentada e centrada na atenção especializada. A organização da assistência a partir da APS pode definir melhor os fluxos de encaminhamentos para a atenção especializada e a Educação em Saúde e o Apoio Matricial são ferramentas de gestão que podem apoiar esta mudança.

**OBJETIVOS** - Transformar a lógica tradicional burocrática e pouco dinâmica de encaminhamentos, referências e contra-referências, substituindo-as por ações horizontais que integrem as equipes e seus saberes nos diferentes níveis de atenção. Ampliar a clínica dos profissionais da APS e conseqüentemente melhorar a assistência às pessoas com Asma e DPOC, através das estratégias da Educação Multiprofissional e do Apoio Matricial. **METODOLOGIA** - Realizou-se estudo da demanda para casos de pneumologia através do levantamento do perfil de encaminhamentos. Estratificou-se o número de encaminhamentos por território e por UBS. Realizou-se educação multidisciplinar para desenvolver conhecimento e prática para o diagnóstico e tratamento da Asma e DPOC e consultas conjuntas do médico da atenção primária com o pneumologista. **RESULTADOS** - O estudo do perfil de encaminhamentos para a pneumologia evidenciou 70,28% de encaminhados por Asma e DPOC, sendo 26,63% e 43,65%, respectivamente.

Os territórios 3 e 7 foram os que apresentaram maior número de encaminhamentos, sendo 167 e 144, seguidos pelo território 6 e 8 com 124. As atividades de apoio matricial tiveram início no Território 9, pela dificuldade de acesso da população aos centros de especialidades, bem como pela ocorrência de um óbito por asma, apesar de apresentar a menor demanda de encaminhamentos. O número de encaminhamentos foi de 98 pacientes. Foram treinados 26 profissionais da equipe multidisciplinar. Representando um percentual de 86% do total. Dos 98 pacientes, foram atendidos 55, sendo que destes 46 através de consultas compartilhadas entre o médico generalista e o pneumologista. Apenas 9 consultas foram realizadas individualmente. Um total de 40 pacientes faltaram nas consultas.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÃO** - O Apoio Matricial é uma metodologia de gestão do trabalho em saúde capaz de ampliar as possibilidades de integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Através deste, as equipes da APS e AE buscaram criar possibilidades para trabalhar em conjunto, ampliando a clínica considerando que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. O processo se deu de forma harmoniosa, com troca de experiências entre os profissionais e ganho para os pacientes, que receberam de forma muito satisfatória este novo modelo de atenção.

## POSTER 001

### AVALIAÇÃO DO RECEPTOR DO FATOR DE CRESCIMENTO EPIDÉRMICO (EGFR), CERBB2, CD44 E BIOMARCADORES DE ANGIOGÊNESE EM PACIENTES COM TUMORES DE PULMÃO DO TIPO NÃO-PEQUENAS CÉLULAS RESSECADOS

GABRIELA GASPAR CARNEVALE<sup>1</sup>; BRUNA ROCHA SILVA<sup>2</sup>; LIA JUNQUEIRA MARÇAL<sup>3</sup>; MILENA M P ACENCIO<sup>4</sup>; EDWIN ROGER PARRA CUENTAS<sup>5</sup>; LISETTE RIBEIRO TEIXEIRA<sup>6</sup>; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES<sup>7</sup>; FRANCISCO SUSO VARGAS<sup>8</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>9</sup>; LEILA ANTONANGELO<sup>10</sup>.

1,3,5,9,10.LIM03/INCOR-HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2,4,6,7,8.INCOR-HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Racional:** Estudos demonstram que a mutação no gene do EGFR, aumento na expressão de oncogenes e de marcadores de angiogênese estão relacionados com prognóstico clínico e sobrevida em pacientes com câncer de pulmão do tipo não pequenas células (CPNPC).

**Objetivo:** Avaliar a expressão de EGFR, c-erbB2, VEGF, CD31, CD44 e proteínas inibidoras da ligação de DNA (Ids) 1-3 em CPNPC operados. **Métodos:** Imunohistoquímica (IH) com escore de positividade (número de células positivas e intensidade de positividade) foi utilizada para avaliar os parâmetros acima descritos em 92 pacientes com carcinoma de células escamosas (CEC) ou adenocarcinoma (Adeno). O impacto da hiperexpressão desses marcadores no prognóstico e na sobrevida dos pacientes foi avaliado pelo modelo de regressão de COX e curvas de Kaplan Méier. **Resultados:** Houve um aumento na expressão de EGFR, c-erbB2, CD31 VEGF, CD44 e Ids 1-3 no tecido tumoral dos CPNPC. Tumores no estágio N2 apresentaram maior expressão de CD44 no estroma tumoral. Maior positividade na expressão do EGFR, c-erbB2, VEGF e CD 44 foi observada nos adenocarcinomas. Correlações positivas foram encontradas entre EGFR e c-erbB2 (R=0,40; p<0,001) e EGFR e CD31 (R=0,26; p=0,01). A expressão de EGFR foi indiretamente relacionada com Id1 (R=-0,24; p=0,03). As variáveis: estágio nodal (N), expressão de EGFR, CD44, VEGF, Id2 e CD31 tiveram impacto na sobrevida dos pacientes. No modelo de regressão de COX, os pacientes com CEC apresentaram menor risco de morte quando não apresentavam comprometimento nodal (N0), EGFR <7,33, VEGF < 24,73% e CD 44 < 25,8%. **Conclusão:** Expressão anormal de proteínas relacionadas com crescimento, progressão e invasão tumoral pode ser demonstrada por IH nas células ou no estroma tumoral. A utilização de anticorpos específicos, como o EGFR, permite a demonstração da mutação das células tumorais por técnica de rotina, como a imunohistoquímica.

## POSTER 002

### CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO DE PULMÃO – RELATO DE UM CASO.

NELSON ARAUJO VEGA; JULIANA MAIA CARDOSO CARIBÉ; KAROLINE SCHERECK K. SANTA CASA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** O cistoadenocarcinoma mucinoso é uma subclassificação do adenocarcinoma invasivo pulmonar. É constituído por células colunares produtoras de mucina que leva a destruição do parênquima pulmonar normal, tendendo a aparecer na radiografia como nódulo solitário com aspecto de consolidação. A tosse produtiva é o principal sintoma, podendo se manifestar também com perda ponderal, dor torácica, pneumonia resistente a antibiótico e hemoptise. Todavia 50-60% dos pacientes podem ser assintomáticos.

**RELATO DO CASO:** Homem, 43 anos, iniciou quadro de tosse seca que evoluiu com intensificação do sintoma e surgimento de expectoração mucopurulenta. Apresentou dor torácica, de forte intensidade em região infraescapular direita e episódios de escarro hemoptoicos. Antecedentes pessoais: HAS, dislipidemia e ex-tabagista (11 anos-maço). Negou história familiar e pessoal de doenças respiratórias ou neoplasias. REG, normocorado, taquipneico, FR: 26 rpm, SpO2 = 94% (ar ambiente), FC: 108 bpm. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular abolido, macicez a percussão e frêmito toracovocal diminuído em terço médio e inferior de hemitórax direito. A radiografia de tórax demonstrou derrame pleural de grande volume a direita. Hemograma: leucocitose com desvio a esquerda. Realizou toracocentese diagnóstica (líquido pleural com DHL: 999 UI; glicose: 1mg/dl; proteína: 5,4 g/l; cultura (Gram): negativa; pesquisa de células neoplásicas: negativa; P BAAR: negativa. Considerou-se o diagnóstico de Derrame Pleural Parapneumônico complicado, iniciado antibiótico intravenoso e realizado toracostomia com drenagem fechada. Após 3 meses, paciente persistiu com dor torácica moderada e tosse seca. Realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax que demonstrou presença de massa com densidade de partes moles, com dimensões de 7 x 4,7 cm, localizada no lobo inferior direito (LID). Completou-se o estadiamento clínico com RM de crânio (normal), TC de abdome (cisto hepático e rim pélvico à direita). Realizado lobectomia inferior direita e anátomo patológico evidenciou massa pulmonar em LID compatível com adenocarcinoma de padrão mucinoso. Como a lesão está circunscrita por capsula de fibrose, os aspectos favorecem o diagnóstico de cistoadenocarcinoma mucinoso de pulmão (Estadiamento T2BN0M0). **DISCUSSÃO:** Existem três morfologias semelhantes de tumores císticos mucinoso, sendo elas: cistoadenoma mucinoso, tumor mucinoso cístico boderline e cistoadenocarcinoma mucinoso. O cistoadenocarcinoma mucinoso é subtipo extremamente raro do adenocarcinoma e que possui, em geral, um bom prognóstico. A sobrevida média em 5 anos é de 75%. Apresenta-se o caso de um paciente de 43 anos que, após um tratamento de pneumonia, foi evidenciado uma massa em LID. A lobectomia associada a linfadenectomia mediastinal foi o tratamento utilizado. O diagnosticado anatomopatológico foi de cistoadenocarcinoma mucinoso. Esta em seguimento ambulatorial há 14 meses e sem sinais de metástase ou recidiva local.

## POSTER 003

### EGFR FREQUENCY AND RESPONSE TO CHEMOTHERAPY IN A BRAZILIAN NSCLC POPULATION

MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME<sup>1</sup>; HELEN NAEMI HONMA<sup>2</sup>; EDUARDO MELLO DE CAPITANI<sup>3</sup>; MAURICIO WESLEY PERROUD<sup>4</sup>; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO<sup>5</sup>; JOSE VASSALO<sup>6</sup>; ANDRÉ MORCILLO MORENO<sup>7</sup>; DANIEL BOTELHO COSTA<sup>8</sup>; LAIR ZAMBON<sup>9</sup>.

1,2,3,4,5,6,7,9. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL; 8. BETH ISRAEL DEACONESS MEDICAL CENTER, BOSTON - ESTADOS UNIDOS.

**Introduction:** Platinum-based chemotherapy (QTX) is the cornerstone of care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer (NSCLC). It provides symptom relief, and improved quality and prolongation of life. Mutations of the EGFR tyrosine kinase domain occur in exons 18-21 span and are generally referred to as activating mutations, since they seem to result in increased kinase receptor activity.

**Aim:** The purpose of this study was to estimate and compare the frequency of EGFR in a Brazilian NSCLC population, and to associate them with clinical outcome, and response to platinum derivatives and paclitaxel chemotherapy. **Materials and Methods:** 124 biopsies of NSCLC patients were collected and analyzed by PCR-SSCP (used as screening for mutation in the EGFR gene, exons 18-21). The samples were further cloned and sequenced to confirm the mutation. **Results:** Out of 124 patients, only 64 had clinical conditions for chemotherapy. Among them, 31 patients were diagnosed with adenocarcinoma. The frequency of mutation in the EGFR gene in the 124 patients was 4.83%. Among the 64 patients who responded, or not, to QTX the frequency was 9.3%, and among the adenocarcinoma patients, 19.4%. Multivariate logistic regression analysis confirmed that the chance of patients having a mutation in the EGFR gene and having a positive QTX response is 14 times higher than in patients without this mutation [OR= 14.38; 95% CI= 1.41 - 146.68; p= 0.024]. Patients with ECOG 2 showed bad response to QTX [OR= 3.9; 95% CI= 1.0 - 3.93; p= 0.034]. **Conclusions:** A more personalizing patient-oriented therapy is a promising approach for selecting the most appropriate therapies aiming to optimize effectiveness, minimize toxicity, and reduce costs, increasing survival and quality of life. However, more studies are needed to confirm these results, and to define how the drugs sequence should be used in this group of patients.

---

## POSTER 004

### ERCC1 AND MDR1 EXPRESSION AND POLYMORPHISM FREQUENCY RELATED TO CLINICAL OUTCOME AND CHEMOTHERAPY RESPONSE IN A BRAZILIAN SAMPLE OF NSCLC PATIENTS

MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME; ANA PAULA SALLES PERROUD; HELEN NAEMI HONMA; MAURICIO WESLEY PERROUD; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; GISELE NUNES YONEZAWA; JOSE VASSALO; ANDRÉ MORCILLO MORENO; LAIR ZAMBON.

UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introduction:** Excision repair cross-complementation group 1 (ERCC1), seems to play a significant role in platinum-DNA adduct repair. Multidrug resistance (MDR1) plays an important role in chemo resistance to many drugs, including platinum derivatives. Although resistance to chemotherapy is caused by multiple genetic factors, DNA repair genes play a key role in platinum derivatives resistance. **Aim:** The purpose of this study was to estimate and compare the genotype frequencies, and the protein expressions of ERCC1 and MDR1 (exon 26), in a Brazilian sample of NSCLC patients, correlating the results with clinical outcome and response to platinum derivatives.

**Materials and Methods:** Genomic DNA of 79 NSCLC patients were collected, and the ERCC1 C8092A and MDR1 exon 26 polymorphisms were detected by PCR-SSCP, followed by sequencing to confirm the genotyping. The immunohistochemistry for ERCC1 and MDR1 were performed on 70 lung biopsies paraffin blocks; the polymorphism genotyping and the protein expressions results were then correlated with clinical outcome and response of chemotherapy. **Results:** There was no correlation of clinical outcome with the polymorphism genotypes and expressions of ERCC1 and MDR1. Regarding ERCC1 we observed frequencies of 34.6% for low expression, and 33.3% for high expression. We observed that for MDR1, 33.3% showed low expression and 36.2% high expression. There was no correlation of polymorphism genotype and protein expression with response to chemotherapy.

## POSTER 005

### MELANOMA METASTÁTICO SIMULANDO CARCINOMA NÃO PEQUENAS CÉLULAS

FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME; LAIR ZAMBON; CRISTINA BUENO DE MORAES; FRANCO CHIES MARTINS; POLLYANA DIOGO SALLES; VINICIUS CITELLI RIBEIRO; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução:** O melanoma é uma desordem neoplásica produzida pela transformação maligna do melanócito normal. O tratamento e prognóstico da doença dependem principalmente do tempo de evolução e do grau de invasão sendo os sítios mais comuns de metástases envolvem a cadeia ganglionar primária, ganglionar, pele (distante do sítio primário), fígado, pulmão, esqueleto e SNC.

**Relato do caso:** Homem, 53 anos, natural de Caconde MG, proprietário de depósito de bebidas. Iniciou com dor torácica posicional ao decúbito lateral esquerdo há quatro anos, assintomático respiratório; com antecedente de hipotireoidismo, estenose pulmonar congênita e psoríase. Exame físico sem alterações. Apresentava radiograma e tomografia de tórax com massa pulmonar em lobo superior esquerdo. Apresentava broncofibroscopia de aspecto normal e com lavado e escovado brônquico com citologia oncológica negativa. Optado por biópsia transtorácica percutânea guiada por TC evidenciando neoplasia maligna indiferenciada de grandes células com áreas de necrose (aguardava painel de imunohistoquímica). Após quatro meses apresentou confusão mental acompanhada de hemiparesia incompleta, braquifacial, hipoestesia tátil e dolorosa à direita. TC de crânio: lesão metastática única em região temporal esquerda e optado por realização metastasectomia (biópsia: lesão metastática de melanoma), com melhora parcial dos sintomas. Optado por realizar Tomografia por emissão pósitron para investigação de outros focos metastáticos apresentando lesões hipermetabólicas em massa pulmonar na língua à esquerda (SUVmax: 11,6), em espessamento parietal no corpo gástrico (SUVmax:2,8), lesão nodular em adrenal direita (SUVmax:3,5). Lesão nodular expansiva no lobo parietal esquerdo, hipometabólica em relação ao tecido cerebral. A imunohistoquímica (biópsia pulmonar) mostrou: Positivos: S100, HMB 45 e Melan A, favorecendo linhagem melanocítica. Realizado EDA que mostrou neoplasia gástrica tipo Bormam III sugestiva de metástase de melanoma. Optado por seguimento na oncologia e iniciada quimioterapia com Decarbazina 1000mg/m<sup>2</sup> d1q21d paliativo. **Discussão/conclusão:** A apresentação do melanoma com metástase à distância tornam-se mais evidentes em dois a três anos do diagnóstico do tumor primário e são pacientes com prognóstico muito ruim, com sobrevida média de 6 a 15 meses. O diagnóstico pela anatomia patológica pode ser confundido com neoplasia de pulmão não pequenas células (NPC). Na microscopia do paciente foi visto presença de células soltas, sem diferenciação escamosa, células neoplásicas grandes, com núcleo pleomórfico e nucléolos bem evidentes podendo também ser confundido com NPC. O melanoma pode ter vários padrões diferentes na mesma lâmina e apresenta áreas de necrose bem delimitada devendo sempre entrar no diagnóstico diferencial de qualquer neoplasia sendo a imunohistoquímica essencial para o diagnóstico definitivo.

---

## POSTER 006

### RECONSTRUÇÃO BRÔNQUICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO

JOSÉ EUSTÁCIO AQUINO DE MORAES<sup>1</sup>; FÁBIO DE OLIVEIRA RIUTO<sup>2</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>3</sup>; TIAGO DA SILVA SANTOS<sup>4</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>5</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>6</sup>.

1,2.HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3,4.ICESP / HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 5,6.INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Objetivo:** Descrever a experiência com reconstrução brônquica, em um serviço público terciário-quaternário dedicado ao tratamento do câncer. A reconstrução brônquica, também conhecida como broncoplastia, é um procedimento realizado desde 1932, porém, pouco se sabe sobre sua evolução quando comparada as ressecções pulmonares convencionais. **Método:** Estudo retrospectivo baseado na coleta de dados entre os anos 2009 a 2012. Foram incluídos os pacientes com diagnóstico prévio de neoplasia maligna de pulmão não pequenas células submetidos à ressecção pulmonar com intuito curativo associada à realização de broncoplastia. **Resultados:** Analisados dez pacientes com idade média de 53 anos. O diagnóstico apresentado foi de Tumor Carcinóide em 4 pacientes, Tumor Mucoepidermóide em 1, Carcinoma espinocelular em 4 e adenocarcinoma em 1. Todos os pacientes por apresentarem comprometimento brônquico foram submetidos a reconstruções brônquicas no intuito de permitir a ressecção R0 evitando a necessidade de pneumonectomia. Os procedimentos realizados foram: lobectomia superior direita com reconstrução do brônquio intermédio (3 casos), lobectomia inferior esquerda e reconstrução brônquio superior (2), bilobectomia inferior e reconstrução brônquio superior direito (1), lobectomia superior esquerda e reconstrução do brônquio inferior (1), broncoplastia do lobo intermédio (1) e broncoplastia do brônquio fonte esquerdo (1). Complicações: 1 caso de atelectasia lobar, 2 casos de pneumonia e 2 casos com fístula aérea persistente evoluindo com empiema. Dentre estes casos com empiema apenas um necessitou de abordagem cirúrgica para decorticação com resolução do quadro. Não houve nenhum óbito no seguimento. Em comparação com dados da literatura a broncoplastia apresentou menor morbidade frente aos casos de pneumonectomia (4% x 9%, respectivamente). **Conclusões:** Apesar de a reconstrução brônquica ser um procedimento que exige uma maior habilidade técnica da equipe cirúrgica, sua realização esta associada a uma melhor evolução se comparada a ressecções maiores (pneumonectomia). Todavia, o índice de complicações não é desprezível o que aponta a necessidade de cuidados intensivos no período pós-operatório.

## POSTER 007

### RELATO DE CASO: DERMATOMIOSITE APRESENTANDO-SE COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICA ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA DE PULMÃO

MARIANA SPONHOLZ ARAUJO; ANA LUIZA BRANDAO GALOTTI PANICO; LIVIA BISSOLI; RAFAEL FUTOSHI MIZUTANI; CAROLINA SALIM GONÇALVES FREITAS; DANIEL ANTUNES SILVA PEREIRA; LETICIA KAWANO-DOURADO; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO.  
USP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A dermatomiosite (DM) e a polimiosite (PM) são duas formas distintas de miopatias inflamatórias que podem se comportar como paraneoplasia em uma minoria dos casos. Relatamos um caso de adenocarcinoma de pulmão com imagem atípica em portadora de DM, ressaltando a necessidade de investigação exaustiva na presença de lesões suspeitas, especialmente em pacientes de alto risco. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 47 anos, ex-tabagista 26 anos-maço com quadro de dispneia aos grandes esforços, fraqueza muscular proximal, disfagia e lesões cutâneas (Gottron e exantema em face e em V em tronco). Apresentava elevação de enzimas musculares (CPK:300, aldolase:10,8), FAN nuclear pontilhado fino 1/180 e anti-Jo 1 não reagente, eletroneuromiografia com padrão de miopatia proximal e biópsia de pele compatível com diagnóstico de DM. Foi iniciado tratamento com prednisona e azatioprina. Realizada tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) de tórax que evidenciou enfisema, áreas de consolidação e vidro fosco com predomínio periférico e basal e pequena opacidade grosseiramente nodular que parecia preencher a luz bronquiolar sugerindo diferencial com impactação mucóide em lobo inferior direito (LID), com opacidades em vidro fosco de permeio. Na época, as consolidações e o vidro fosco periférico foram atribuídas a doença de base e foi optado por seguimento tomográfico da opacidade nodular. Após 6 meses, paciente evoluiu com hemoptise de pequena monta e perda ponderal de 10kg. Nova TCAR mostrava aumento de nódulo em LID e das opacidades em vidro fosco de permeio, sem alteração das lesões periféricas. Foram realizadas 2 broncoscopias com lavado broncoalveolar com PCR para M. tuberculosis negativo, BAAR negativo, pesquisas e culturas para bactérias e fungos negativas, cultura de BK negativa. Biópsias transbrônquicas foram inconclusivas e houve sangramento durante os procedimentos, dificultando sua realização. Sorologias para fungos foram negativas. Optado por segmentectomia anatómica em topografia de B6, sendo o anátomo-patológico diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado. Paciente encontra-se em estadiamento para posterior discussão de tratamento oncológico definitivo. **Discussão:** A DM está mais frequentemente relacionada a neoplasias do que a PM, estando associada a um risco 5-7 vezes maior de neoplasias em relação a população geral. Nessa situação o mecanismo implicado está relacionado a expressão de antígenos comuns aos tecidos neoplásico e muscular. Em alguns casos o tratamento do câncer pode melhorar a DM, sem necessidade de imunossupressão adicional. É importante lembrarmos da possibilidade de paraneoplasia, inclusive em casos com pneumopatia intersticial associada a DM, já que a associação com neoplasia não modifica a incidência desse tipo de manifestação e, o atraso no diagnóstico pode implicar em impossibilidade de tratamento curativo da neoplasia, além da possibilidade do tratamento do câncer contribuir para redução de atividade da DM.

## POSTER 008

### RESULTADOS INICIAIS DO “PROPULMÃO”: PRIMEIRO PROGRAMA DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO COM TOMOGRAFIA DE TÓRAX DE BAIXA DOSAGEM NO BRASIL.

RICARDO SALES DOS SANTOS<sup>1</sup>; JULIANA FRANCESCHINI PEREIRA<sup>2</sup>; FERNANDO ULIANA KAY<sup>3</sup>; RODRIGO CARUSO CHATE<sup>4</sup>; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR<sup>5</sup>; FERNANDO NUNES GALVÃO DE OLIVEIRA<sup>6</sup>; ANDRÉ LUIZ CAVALCANTE TRAJANO<sup>7</sup>; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA<sup>8</sup>; JOSÉ ERNESTO SUCCI<sup>9</sup>; ROBERTO SAAD JÚNIOR<sup>10</sup>.  
1,2,3,4,6,8.HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SAO PAULO - SP - BRASIL; 5,9.ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 7.INSTITUTO CARDIOPULMONAR DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL; 10.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** O câncer de pulmão (CP) é a principal causa de morte por câncer no Brasil e no mundo. Prevenção e detecção precoce são métodos eficazes para reduzir sua mortalidade, contudo mais de 90% dos casos são diagnosticados em estágios avançados em nosso meio. A tomografia computadorizada de baixa dose (TCBD) tem potencial para reduzir mortalidade quando utilizada para rastreamento em população de alto risco. Até o momento não há estudo brasileiro sobre a detecção precoce do CP. **Objetivos:** Apresentar os resultados iniciais do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Pulmão (ProPulmão), que visa avaliar a utilidade da tomografia de baixa dosagem no rastreamento populacional do câncer de pulmão no Brasil, em indivíduos com histórico de tabagismo importante. **Métodos:** Este protocolo é integrado com um modelo de atendimento e acompanhamento de fumantes ou ex-fumantes, submetidos à TCBD consecutivas. Os critérios de inclusão e exclusão são semelhantes aos do NLST (National Lung Screening Trial): idade 55-74 anos, tabagismo >30 maços.ano, ou de cessação <15 anos, excluindo candidatos com sintomas sugestivos de câncer de pulmão ou doença grave. Os indivíduos são convidados a participar de um programa de cessação do tabagismo. Os resultados da TCBD são avaliados por equipe multidisciplinar composta por radiologistas, pneumologistas e cirurgiões torácicos e são considerados achados positivos os nódulos acima de 4 mm. **Resultados:** Entre janeiro e julho de 2013, foram incluídos 165 indivíduos com idade média de 60,6 ± 5,2 anos, sendo 52,1% mulheres e 85,5% fumantes atuais. Na análise das tomografias foram observados resultados considerados positivos em 49,1% dos casos (81), sendo 169 nódulos acima de 4 mm em um total de 811 nódulos observados, com variação de 1 a 47 por paciente. Dos indivíduos com nódulos positivos: 9,9% (8) apresentaram nódulo único positivo; 34,6% (28) apresentaram um nódulo positivo (>4mm) associado a outros nódulos de menor diâmetro não considerados positivos, e os demais apresentaram nódulos positivos múltiplos. Em relação ao acompanhamento dos casos positivos: em 4,9% (4) foi indicado PET-CT; em 32,1% (26) e 59,3% (48) foi indicada TCBD em 3 e 6 meses, respectivamente. Os demais realizarão acompanhamento anual. **Conclusões:** Este estudo fornecerá informações científicas para uso local e possível validação da TCBD como ferramenta no rastreamento populacional do câncer de pulmão no Brasil. Os dados observados apontam para resultados positivos em número igual ou superior ao da literatura; entretanto, em virtude da alta prevalência local de doença granulomatosa, protocolo restrito para indicação de biópsia encontra-se em andamento.

## POSTER 009

### TUMORES SINCRÔNICOS – ADENOCARCINOMA DE PULMÃO ASSOCIADO À TIMOMA. RELATO DE CASO.

FLÁVIA FARINHA AYRES MOURA DE ASSIS; LÍCIA CALDAS FIGUEIREDO; ALDO AGRA DE ALBUQUERQUE NETO; FERNANDO SANTELLA; SERGIO JAMNIK.  
HOSPITAL SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**JUSTIFICATIVA:** Tumores sincrônicos representam apenas 4% dos casos de neoplasia torácica. São tumores histologicamente diferentes, de ocorrência simultânea em um mesmo paciente, sendo muito rara a associação entre Timoma e Adenocarcinoma de Pulmão. **HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E PREGRESSA:** sexo feminino, 74 anos, encaminhada devido a achado anormal no radiograma de tórax. Queixava tosse seca há 10 anos, sem mudança na frequência e aspecto do sintoma, perda de peso de 5kg em 3 meses. Antecedente de tabagismo passivo, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; Colectomia e Histerectomia radical devido a sangramento uterino. **EXAME FÍSICO:** Corada, hidratada, neurológico normal. AR: MV + sem RA; ACV: sem alterações; abdome com cicatrizes das cirurgias referidas; membros inferiores sem alterações. Não apresentava linfonodos palpáveis, circulação colateral e ou anormalidades à inspeção do tórax. **EXAMES COMPLEMENTARES:** Hemograma com anemia macrocítica, leucocitose com desvio à esquerda, PCR elevada, coagulograma e plaquetas sem alterações; função renal e eletrólitos normais. Tomografia computadorizada de tórax: formação expansiva heterogênea em mediastino antero-superior, contornos lobulados, áreas de hiporealce (necrose?) e calcificações de permeio (7,8 x 6,8 x 6cm). Nódulo com atenuação em vidro fosco (1,7 x 1cm) no ápice do lobo superior esquerdo. Diagnóstico anatomopatológico: Tumor de mediastino anterior – Timoma (Tipo AB, OMS); Nódulo pulmonar de LSE – Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Ambas com margens cirúrgicas livres de neoplasia. Estadiamento IA. **EVOLUÇÃO:** boa recuperação pós-operatória; queixava dor em coluna tóraco-lombar, astenia e insônia. Anemia com necessidade de transfusão sanguínea, encaminhada à hematologia para manejo da anemia e para a Radioterapia adjuvante. **DISCUSSÃO:** A importância da diferenciação entre tumores sincrônicos e metástases ou tumores metacrônicos reside no fato de que o prognóstico de tumores sincrônicos ressecáveis é muito melhor do que a de doença localmente avançada. A definição atual para tumores torácicos sincrônicos é ser diagnosticados simultaneamente, lesões separadas por parênquima pulmonar sadio e não compartilhar drenagem linfática, além da diferenciação anatomopatológica. O Timoma é o tumor mais frequente do mediastino anterior, o quadro clínico é pouco específico e comumente são achados de exames de imagem feitos de rotina. É comum a associação do Timoma com Miastenia Graves e Aplasia de células vermelhas. A maioria é encapsulada, 20% invadem estruturas ao redor. O Adenocarcinoma é o mais prevalente das neoplasias de pulmão e o mais comumente encontrado entre não-fumantes e mulheres; é de localização periférica habitual, com surgimento precoce de metástases e manifestação de síndromes paraneoplásicas. Não se observou casos publicados da associação descrita nem dados epidemiológicos de prevalência na literatura médica relacionados à ocorrência sincrônica destes dois tipos de tumores.

## TL 169

### ANÁLISE DOS FALSOS NEGATIVOS E FALSO POSITIVOS DO ESTADIAMENTO LINFONODAL NÃO-INVASIVO EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS

TIAGO DA SILVA SANTOS<sup>1</sup>; PEDRO NABUCO ARAÚJO<sup>2</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>3</sup>; ALBERTO DELA VEGA<sup>4</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>5</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>6</sup>.

1,2,3,4. INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 5,6. INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A cirurgia é o tratamento primordial do câncer pulmonar nos seus estádios iniciais. Contudo, quando existe acometimento linfonodal o tratamento precisa ser multimodal. Dentre os métodos de estadiamento mediastinal clínico dispomos de TC de tórax e PET-CT.

**Objetivo:** O objetivo do estudo é demonstrar nossos resultados do estadiamento clínico com TC e PET-CT nos pacientes inicialmente candidatos à ressecção cirúrgica e comparar a demografia dos grupos de pacientes verdadeiros negativos (VN) com os falsos negativos (FN) e verdadeiros positivos (VP) com os falsos positivos (FP) para tentar identificar melhor características de cada um.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, com análise de prontuário de 127 pacientes com Câncer de Pulmão Não Pequenas Células inicialmente eleitos para tratamento cirúrgico no período de janeiro de 2009 a agosto de 2012. Os pacientes foram submetidos a estadiamento mediastinal não-invasivo (TC e/ou PET-CT) e posterior confirmação patológica por mediastinoscopia e/ou linfadenectomia hilar e mediastinal. **Resultados:** O estadiamento clínico com TC (127 pacientes) e/ou PET-CT (75 pacientes) apresentou sensibilidade de 58,1%, especificidade de 75%, VPN de 84,7%, VPP de 43% e acurácia de 70,8%, numa população com prevalência de acometimento linfonodal de 32,3%. Dos 85 pacientes com estágio clínico N0, 72 foram VN e 13 foram FN. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quando analisados idade, sexo, posição central ou periférica. Em relação ao tipo histológico, encontramos maior incidência de CEC nos FN em relação aos VN (53,9% x 13,9%, p=0,001). Os índices de FN foram 7,7% em neoplasias cT1, 15,6% em cT2 e 41,7% em cT3 (p= 0,018). Quando excluimos os casos com acometimento somente de N1 ou N2 com única cadeia os índices caíram para 5,1% em cT1, 6,2% em cT2 e 8,3% em cT3 (p=0,79). A cadeia mais acometida entre os pacientes FN foi a subcarinal (61,5%). Também avaliamos 42 pacientes estágio N1/2 clínico. Desses, 24 foram FP e 18 foram VP. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quando analisados idade, sexo, lateralidade, posição central ou periférica e tipo histológico. Os índices de FP foram 85,7% em neoplasias cT1, 45,2% em cT2 e 28,6% em cT3 (p=0,02). **Conclusão:** Os resultados do estadiamento clínico pré-operatório no nosso serviço assemelham-se com os publicados por outros grupos. Encontramos maior índice de FN quando o tipo histológico era CEC. Também percebemos que o índice de FN se eleva conforme o descritor T clínico aumenta. A cadeia mediastinal mais acometida nos FN foi a subcarinal. Nos FP ocorre o oposto, com índices mais baixos de acordo com o aumento do descritor T clínico.



## TL 170

### ANÁLISE DOS FATORES DE DECISÃO NO ACOMPANHAMENTO DE NÓDULOS PULMONARES

RICARDO SALES DOS SANTOS<sup>1</sup>; JULIANA FRANCESCHINI PEREIRA<sup>2</sup>; ANDRÉ LUIZ CAVALCANTE TRAJANO<sup>3</sup>; FERNANDO ULIANA KAY<sup>4</sup>; RODRIGO CARUSO CHATE<sup>5</sup>; THAIS MARTINS CAIRES<sup>6</sup>; FERNANDO NUNES GALVÃO DE OLIVEIRA<sup>7</sup>; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA<sup>8</sup>; JOSÉ ERNESTO SUCCI<sup>9</sup>; ROBERTO SAAD JÚNIOR<sup>10</sup>.

1,2,4,5,6,7,8.HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3.INSTITUTO CARDIOPULMONAR DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL; 9.ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 10.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Em programas de rastreamento com uso de tomografia computadorizada de tórax de baixa dosagem (TCBD) é encontrado um grande número de indivíduos com nódulos pulmonares acima de 4mm, portanto, denominados positivos. Entretanto, espera-se que mais de 95% desses nódulos sejam achados falsos positivos, sem nenhuma malignidade. Existe debate na literatura sobre os critérios de indicação de exames complementares ou biópsia nesses indivíduos. Neste estudo, analisamos os fatores de decisão na escolha do acompanhamento dos casos “positivos” em programa de rastreamento, a partir dos componentes do cálculo pré-teste de malignidade (CPT). **Métodos:** Foram analisados os resultados da TCBD com achados positivos (nódulos > 4mm), em programa de rastreamento de câncer de pulmão, com mesmos critérios do National Lung Screening Trial (NLST). A interpretação dos achados foi feita por 2 radiologistas, pneumologista e cirurgião torácico; em seguida foi realizado cálculo pré-teste para avaliação da probabilidade de malignidade dos nódulos principais. As variáveis do CPT (idade, tamanho, localização e presença de espícula) foram analisadas em 4 grupos de decisões tomadas: realização de seguimento com TCBD em 1 ano, 6 meses, 3 meses ou complementação com PET CT ou biópsia. **Resultados:** Foram analisadas as decisões clínicas em 79 indivíduos com achados positivos nos exames de TCBD, entre janeiro e julho de 2013. A decisão de seguimento com imagem em 3, 6 ou 12 meses foi feita em 25, 44 e 7 indivíduos, respectivamente; 3 receberam a recomendação de PET CT, uma biópsia foi realizada. A probabilidade média de malignidade no CPT foi diferente entre os grupos ( $p < 0,001$ ); sendo em média de 7,2%; 9,1%; 12,3% e 27,8% para os grupos 1 ano; 6 meses; 3 meses e PET-CT/biópsia, respectivamente; porém não houve diferença entre os grupos 3 e 6 meses. O tamanho dos nódulos (de 4,1 a 12,4 mm) foi o fator que mais influenciou a conduta de repetição do exame em menor espaço de tempo, sendo diferente entre os grupos ( $p < 0,0001$ ). Dos 7 pacientes com nódulos positivos com indicação de repetição em 1 ano, nenhum apresentou nódulos espiculados. Nos 3 pacientes com indicação de PET-CT, dois tinham nódulos espiculados e todos são localizados no lobo superior. **Conclusões:** O seguimento de pacientes com nódulos positivos necessita da análise cuidadosa dos principais achados clínicos radiológicos relacionados à malignidade. A decisão de realizar biópsia neste protocolo dependerá da análise das tomografias consecutivas e da respectiva evolução dos fatores observados.

## TL 171

### EFICÁCIA DA SUBLOBECTOMIA COMPARADA À LOBECTOMIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS EM ESTÁDIOS INICIAIS. METANÁLISE PROPORCIONAL DE SÉRIE DE CASOS.

JOSÉ CORRÊA LIMA NETO; DANIELE CRISTINA CATANEO; REGINA EL DIB; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO.  
FMB- UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL.

**Introdução:** A ressecção pulmonar é o tratamento de escolha no carcinoma brônquico, sendo a lobectomia o tipo de cirurgia de eleição nesta situação. A sublobectomia é um tipo de ressecção menos invasiva com maior preservação de parênquima pulmonar e pode ser uma alternativa à lobectomia em estágios iniciais da doença. Na busca de melhor evidência para utilização da sublobectomia no tratamento do câncer de pulmão, uma revisão da literatura com metanálise pode ser instrumento valioso e com resposta imediata. Na literatura existe apenas um estudo clínico randomizado sobre o assunto; então uma metanálise proporcional de série de casos pode ser útil nesta questão. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da sublobectomia como tratamento cirúrgico no câncer de pulmão tipo carcinoma de não-pequenas células em estágios iniciais quando comparada com a lobectomia. **Método:** Revisão e metanálise proporcional de série de casos, avaliando a eficácia da sublobectomia quando comparada com a lobectomia no tratamento do carcinoma de pulmão de não-pequenas células. Os estudos foram identificados na base de dados MEDLINE via PubMed, Embase e Lilacs. Referências bibliográficas também foram pesquisadas para encontrar estudos não indexados. A análise estatística foi realizada através do programa StatsDirect 2.7.9. **Resultados:** Foram selecionados 21 artigos para essa metanálise, incluindo 19678 pacientes, sendo 17397 submetidos à lobectomia e 2281, à sublobectomia. Não houve diferença estatística na metanálise proporcional da sobrevida em cinco anos entre os dois tipos de ressecção. A metanálise da sobrevida em subgrupos de tumores menores que dois centímetros e a mortalidade pós-operatória também não mostraram diferença significativa na análise dos resultados. A recorrência local e à distância possíveis de serem avaliadas em nove artigos também não mostraram diferença estatisticamente significativa, mas uma tendência da recorrência local ser maior na sublobectomia. **Conclusão:** A sublobectomia apresentou, nesta metanálise resultados que não diferem da lobectomia quanto à sobrevida, recorrência e à mortalidade, portanto apesar do baixo nível de evidência, no momento atual é uma técnica válida no tratamento de pacientes com carcinoma de não pequenas células em estágio inicial.

## TL 179

### **AValiação de Fatores Preditores de Morbidade nas Cirurgias de Ressecção Pulmonar**

FLAVIO HENRIQUE SAVAZZI<sup>1</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>2</sup>; ALBERTO DELA VEGA<sup>3</sup>; PEDRO NABUCO ARAÚJO<sup>4</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>5</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>6</sup>.

1,5,6. INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2,3,4. INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A cirurgia de ressecção pulmonar figura como o tratamento com melhor possibilidade de cura para o câncer de pulmão precoce. Todavia, a gravidade dos pacientes associada a morbidade de uma cirurgia desse porte pode incorrer em complicações graves e óbito. **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo identificar possíveis fatores preditores de morbi-mortalidade e internação prolongada relacionados à cirurgia pulmonar. **Método:** Estudo observacional retrospectivo com análise de 263 pacientes submetidos a ressecção pulmonar entre janeiro de 2009 e outubro de 2012 no HC-FMUSP. Para identificação dos fatores preditores de complicações utilizamos modelo de regressão logística por seleção gradual ajustado para tipo de ressecção realizada. Fatores que influenciam o tempo de internação foram analisados através de modelo linear generalizado. **Resultados:** Foram estudados 129 (49%) homens e 134 (51%) mulheres, com idade média de 58 anos. Os procedimentos realizados foram 14 pneumectomias (5,3%), 7 bilobectomias (2,7%), 172 lobectomias (65,4%), 11 segmentectomias (4,2%), 44 nodulectomias (16,7%) e 15 ressecções em cunha (5,7%). Os diagnósticos foram neoplasia primária em 145 casos (55,1%), metástase em 84 (32%), tuberculose em 15 (5,7%) e outros processos benignos em 17 (6,5%). Observamos 5 mortes (2%) nos primeiros 30 dias e re-internação de 19 pacientes (7,2%) nos 3 meses logo após a cirurgia. Como co-morbidades encontramos tabagismo em 135 casos (51,3%), DPOC em 63 (24%), HAS em 118 (44,9%), doença cardíaca em 24 (12,9%), DM em 47 (18%), doença vascular periférica em 9 (4,9%), obesidade em 17 (9,2%), alcoolismo em 18 (9,8%), dislipidemia em 24 (13%) e história de câncer confirmado em 114 (62%). Foi observada a presença de pelo menos 7 co-morbidades em 5 pacientes (2%), 6 co-morbidades em 9 (3,4%), 5 co-morbidades em 22 (8,4%), 4 co-morbidades em 35 (13,3%), 3 co-morbidades em 50 (19%), 2 co-morbidades em 58 (22%) e 1 co-morbidade em 63 (24%). Complicações clínicas foram observadas em 54 casos (20,5%), sendo que em 17 (6,5%) verificou-se a presença de duas e em 5 (2%) de três. As principais foram pneumonia em 27 pacientes (10,3%), atelectasia em 13 (5%), arritmias cardíacas em 9 (3,4%), sepse em 6 (2,3%) e exacerbação do DPOC em 6 (2,3%). Observamos complicações cirúrgicas em 50 casos (22,8%), sendo que em 11 (4,1%) ocorreram duas delas. As mais vistas foram enfisema de subcutâneo em 18 pacientes (6,8%), empiema em 14 (5,3%), fístula alveolar por mais de 7 dias em 11 (4,2%), hemotórax em 4 (1,5%), fístula de coto em 4 (1,5%). Os fatores preditores de complicações pós-operatórias foram: idade (OR: 1.04, p=0.002), diagnósticos de DPOC (OR: 2.8, p=0.006), de câncer (OR: 0.4, p=0.03) e de obstrução vascular periférica (OR: 8.83, p=0.011). **Conclusão:** Identificamos a idade e os diagnósticos de DPOC e obstrução vascular periférica como preditores de complicações pós-operatórias.

## POSTER 010

### A EVOLUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RESSECÇÃO PULMONAR

CAMILLA CARLINI VALLILO; RICARDO MINGARINI TERRA; MILENA MAKO SUESADA; ANDRE LUIS PEREIRA ALBUQUERQUE; ALESSANDRO WASUM MARIANI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES.

INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A cirurgia de ressecção pulmonar está indicada em pacientes com bronquiectasias que apresentaram falha no tratamento clínico, apresentam infecções respiratórias recorrentes, hemoptise. Apesar da melhora da qualidade de vida dos indivíduos ser um importante objetivo durante a ressecção cirúrgica, não existem trabalhos que avaliem esse dado com um desfecho principal. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de indivíduos com diagnóstico de bronquiectasia após cirurgia de ressecção pulmonar. **Métodos:** Estudo prospectivo onde foi avaliada a qualidade de vida, através do questionário SF36 e WHOQOL- Bref, de pacientes com o diagnóstico de bronquiectasia antes e 9 meses após a cirurgia de ressecção pulmonar. **Resultados:** Foram incluídos 40 pacientes. 3 foram excluídos antes do 3º mês pós-op. Foram analisados 37 pacientes sendo 19 homens (40,42±10,86). 56,75% apresentavam história de tuberculose e 43,25% apresentavam etiologias diversas. No questionário WHOQOL- Bref aplicado no pré-operatório e 9 meses após a cirurgia de ressecção pulmonar foi observada melhora significativa apenas no domínio físico (55,95±55,82 / 71,98±72,30, p=0,0001; 22 pacientes apresentaram melhora). No questionário SF36 foram observadas melhoras nos seguintes domínios: domínio funcional (61,22±30,85 / 82,70±23,79, p=0,002; 21 pacientes apresentaram melhora), domínio físico (41,22±40,49 / 82,70±23,79, p=0,0001; 21 pacientes melhoraram), domínio geral (47,08±24,07 / 67,73±25,64, p=0,0001; 19 pacientes melhoraram), domínio vital (59,86±21,71 / 70,14±20,36, p=0,016; 20 pacientes melhoraram), domínio social (68,24±68,40 / 83,11±83,68, p=0,001; 23 pacientes melhoraram), domínio emocional (46,83±47,21 / 75,67±76,85, p=0,015; 18 pacientes melhoraram), domínio mental (63,78±64,22 / 71,97±72,64, p=0,048; 21 pacientes melhoraram); apenas no domínio dor observamos que após 9 meses de operação, os indivíduos ainda referiam dor relacionada ao procedimento realizado (58,84±30,42 / 72,38±28,46, p=0,014; apenas 6 indivíduos apresentaram melhora neste domínio. Os domínios de QV mais comprometidos no SF36 são o físico, estado geral de saúde e emocional. Todos os domínios de qualidade de vida melhoraram 9 meses após o procedimento, quando comparados à linha de base. Modelos de regressão multivariada para prever a melhoria da qualidade de vida mostraram que os resultados iniciais (Físico, p = 0,001; Geral de Saúde, p=0,001; Emocional, p = 0,001), Tiffenau (Física, p = 0,002) e do índice de Charlson (Física, p = 0,014; emocional, p = 0,005) estão inversamente correlacionados com a melhoria da qualidade de vida. **Conclusão:** Este trabalho demonstra um importante ganho na qualidade de vida para estes pacientes, que além de ser um desfecho importante durante a cirurgia de ressecção pulmonar, pode ser também um índice preditor a ser considerado na avaliação pré-operatória.

## POSTER 011

### A RETIRADA DO DRENO TORÁCICO, COM OU SEM ANESTESIA LOCAL - UM ESTUDO CLÍNICO PROSPECTIVO RANDOMIZADO. QUAL É O MELHOR MÉTODO?

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; THAMARA KAZANTZIS; JULIANA BRANDÃO FOLADOR; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA; ANDRÉ MIOTTO; ERIKA RYMKIEWICZ; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO VILLAGA LEÃO.

UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

O uso de dreno torácico nas operações torácicas e cardíacas é frequente. Existem alguns procedimentos que podem seguramente ser feito sem ele.. A presença de drenos torácicos é sinônimo de dor pós-operatória e sua retirada é um desconforto para o paciente. A remoção apresenta um desafio, porque não existe uma padronização para esse procedimento. A dor durante a remoção é caracterizado como uma das mais angustiantes para os pacientes e algumas pessoas a relataram como pior lembrança durante a internação. Apesar de seu uso muito frequente, poucos estudos sobre a melhor maneira de remover um dreno foram feitos e estamos longe de um consenso. Existem algumas técnicas de analgesia para tornar menos dolorosa a retirada do dreno, como morfina, óxido nítrico, medicações por via oral, tópica ou injetável, anestésicos locais e outras menos tradicionais - uso de gelo ou música. O que devemos usar? É muito comum remover o dreno apenas com medicação oral, justificado pelo desconforto temporário deste procedimento, que dura menos de 20 segundos. A fim de verificar qual seria o melhor método para retirar um dreno de tórax, que faz parte da rotina do cirurgião torácico, propomos um estudo prospectivo randomizado para comparar a remoção do dreno torácico, com ou sem anestesia local (que atualmente é a nossa rotina). **Objetivo:** Realizar um estudo clínico prospectivo randomizado para comparar a retirada do dreno, com ou sem anestesia local. **Método:** Foi realizado um estudo clínico prospectivo randomizado em nossa enfermaria de cirurgia torácica durante 2009. Foram avaliados os pacientes submetidos à drenagem torácica apenas (apenas um dreno), tamanho 28 fr, cirurgias eletivas e realizada pela nossa disciplina de cirurgia torácica. Divididos em dois grupos: A - sem anestesia local e grupo B - com um anestésico local (lidocaína a 2% - 10 ml injetado em torno do dreno com anestesia espaço intercostal). Os critérios de exclusão: - Os pacientes que apresentaram dor crônica - O uso crônico de analgésicos ou sedativos ou ansiolíticos. - Perturbações psiquiátricas. - A quimioterapia ou radioterapia. - Re-operação. - Operações de emergência. - Doenças com invasão pleural ou da parede torácica. - Toracectomia ou pleurectomia.

O comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de São Paulo aprovou este estudo, o número 1111/09. **Resultados:** Os grupos (18 em cada um) foram semelhantes em idade, sexo, tempo de drenagem, IMC, tipo de procedimento realizado e tempo de internação. Na tabela seguinte são mostrados os resultados dos grupos A e B:

Quando perguntado aos pacientes se eles achavam que doer para retirar o dreno, disseram que sim em 92% do grupo A e 85% no grupo. Após a retirada do dreno perguntamos se a dor foi maior do que o esperado, e em ambos os grupos, 92% disseram que não. **Conclusão:** Os resultados não mostraram diferença após a análise estatística. A retirada não é um processo angustiante e dolorosa, com níveis de dor menor do que 2 (dor leve).

## POSTER 012

### A TORACOTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA APRESENTA RESULTADOS SEMELHANTES AS RESSECÇÕES POR VÍDEO?

THAMARA KAZANTZIS; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; JULIANA BRANDÃO FOLADOR; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA; ANDRÉ MIOTTO; ERIKA RYMKIEWICZ; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO.

UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Embora a cirurgia torácica vídeo-assistida (CTVA) e robótica ganham popularidade como uma técnica minimamente invasiva, as toracotomias poupadoras (com preservação muscular) também são amplamente utilizadas. É evidente que a tecnologia trouxe um avanço impressionante no manejo destas técnicas, com benefícios para os pacientes. Mas o que é necessário para realizar cirurgias minimamente invasivas? A cirurgia robótica também traz benefícios mas não reduz o tempo de internação ou as taxas de complicações. Porém, tem um grande apelo de marketing. Os estudos que comparam as toracotomias com as videocirurgias foram realizados numa época que eram feitas as toracotomias póstero-laterais ou somente poupadoras. Uma discreta parcela da população pode ser utilizada a videotoracoscopia, uma vez que 90% das neoplasias são diagnosticadas em estádios avançados. Atualmente podemos utilizar outras técnicas.

**Objetivo:** Avaliar a aplicação dos conceitos de cirurgia minimamente invasiva na toracotomia e seu impacto na Cirurgia Torácica. **Objetivo secundário,** redução do tempo de internação para menos de sete dias. **Método:** Um estudo de coorte prospectivo clínico foi realizado em cirurgia torácica para avaliar a implementação dos conceitos de cirurgia minimamente invasiva nas toracotomias. Técnica implementada: Toracotomia poupadora muscular com preservação de nervo intercostal na abertura e no fechamento, uso de um único dreno 28 Fr, extubação precoce e analgesia adequada. Analisamos o tempo de internação, tempo de drenagem, intensidade da dor, a quantidade de analgésico utilizado e complicações. **Critérios de inclusão:** Pacientes com indicação de toracotomia. **Critérios de exclusão:** - os pacientes que apresentaram história de dor crônica. - uso crônico de analgésicos ou sedativos / ansiolíticos. - doenças psiquiátricas. - Quimioterapia ou radioterapia previa. - Re-operação. - Operações de urgência/emergência. - Doenças com invasão pleural ou de parede torácica. - Toracectomia ou pleurectomia. O comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de São Paulo aprovou este estudo, o número 1112/09. **Resultados:** Durante o período de março de 2009 a novembro 2012 foram incluídos 106 pacientes no estudo. Procedimentos: 38 lobectomias, 8 bilobectomias, 28 segmentectomias, 8 ressecções mediastinais, 8 ressecções de metástases, 10 decorticações e 8 bulectomias. A analgesia epidural realizada em 65,1% e 29,2% com bloqueio intercostal. **Conclusão:** A aplicação dos conceitos de cirurgia minimamente invasiva em toracotomias é perfeitamente viável, com adequada analgesia, extubação precoce, o uso mínimo de drenos e alta precoce. Quando comparamos nossos dados com os dados de pacientes submetidos à técnicas minimamente invasivas por vídeo da literatura consultada, são semelhantes. A última revisão do STS database 2012 com 2907 toracotomias mostrou uma média de internação de  $7,83 \pm 2$  dias e as 1054 cirurgias por vídeo,  $6,15 \pm 1,6$  dias. Nosso estudo tivemos uma média de 6,7 dias.

---

## POSTER 013

### ABSCESO PULMONAR GIGANTE

JOSÉ ALEXANDRE BIZON; FABIANO ALVES SQUEFF; MÁRCIO MATIAS DE OLIVEIRA; SILVIO GONÇALVES MESQUITA JUNIOR; LEONARDO BIZON DE ARAUJO; FELIPE DE OLIVEIRA TEIXEIRA.

SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL.

**Objetivo:** Apresentação de caso clínico de um abscesso pulmonar volumoso. **Resultados:** Paciente 44 anos, sexo masculino, evoluindo por 4 dias com quadro de tosse seca, prostração, queda do estado geral e febre. Tabagista e etilista social com má higiene de cavidade oral. Propedêutica respiratória com murmúrio vesicular reduzido e roncocal em hemitórax esquerdo. Radiografia de tórax documentava grande massa arredondada medindo cerca de 15 cm de diâmetro em 13 médio e superior esquerdo. Evoluiu com quadro de vômito intenso, piora do estado geral com edema agudo de pulmão sendo necessário internação imediata com suporte clínico. Foi realizado tratamento com esquema de antibioticoterapia, sintomáticos, fisioterapia respiratória e suporte nutricional. O paciente evoluiu satisfatoriamente mantendo seguimento ambulatorial até o momento. **Conclusão:** a aspiração de material bacteriano da orofaringe é a principal causa de abscesso pulmonar primário. A secreção proveniente do abscesso pulmonar é uma flora mista. Este caso ilustra a evolução de um paciente jovem com abscesso pulmonar gigante com provável origem de cavidade oral, seguido de sinais clínicos típicos e evoluindo satisfatoriamente.

## POSTER 014

### ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 12 ANOS DE TRATAMENTO CLÍNICO-CIRÚRGICO DO MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

BENOIT JACQUES BIBAS<sup>1</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>2</sup>; MAURO FEDERICO TAMAGNO<sup>3</sup>; RICARDO BEYRUTI<sup>4</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>5</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>6</sup>.  
1,2. INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3,4,5,6. INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Mesotelioma pleural maligno (MPM) é a principal neoplasia maligna primária da pleura. Tem comportamento extremamente agressivo e baixa sobrevida (média de 6 a 8 meses), a despeito de tratamento multimodal apropriado. Está diretamente relacionada à exposição ao asbesto e estima-se que o pico de incidência da neoplasia ainda não tenha sido atingida. **Objetivos:** Avaliar a experiência no diagnóstico, no tratamento clínico e cirúrgico do MPM acumulada durante doze anos em um hospital público terciário. **Métodos:** Estudo retrospectivo de prontuários de pacientes com diagnóstico de MPM entre dezembro de 1999 e dezembro de 2011. O diagnóstico definitivo foi estabelecido através de análise histopatológica da pleura. O estadiamento da neoplasia foi realizado através de tomografia computadorizada (CT) de crânio, tórax e abdome para estadiamento locorregional. O Pet Scan / PET-CT é utilizado no estadiamento desde 2002. A mediastinoscopia também vem sendo realizada rotineiramente a partir de 2002. Todos os pacientes foram inicialmente considerados para tratamento multimodal (pleuropneumectomia extrapleural com quimioterapia e radioterapia). Os regimes de quimioterapia utilizados foram: cisplatina, doxorubicina, ciclofosfamida e nos últimos anos, foi adicionado Pemetrexed. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 59 pacientes, 45 homens e 14 mulheres, com média de 57 anos de idade (13 a 79 anos). Os tipos histológicos foram epitelíóide em 45 pacientes (76%); sarcomatóide em 4 (7%); bifásico em 8 (14%), e desmoplásico em 2 (3%). As abordagens terapêuticas foram multimodal (pleuropneumectomia extrapleural associada com a radioterapia e quimioterapia) em 21 pacientes (36%); quimioterapia e radioterapia em 8 (14%), radioterapia sozinho em 4 (7%) e quimioterapia em 25 (43%). A sobrevida dentre os pacientes operados foi de 16 + 2 meses, e de 15.9 + 5.7 meses nos não operados. Não houve diferença estatística na sobrevida entre os grupos operados e não operados. Dentre os pacientes operados a mortalidade foi de 15%, com 40% de complicações pós-operatórias. **Conclusões:** O tratamento do MPM ainda é bastante controverso. A pleuropneumectomia extrapleural tem taxas altas de morbi-mortalidade, e mesmo o tratamento multimodal não é capaz de propiciar sobrevida elevada. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de protocolos assistenciais específicos para a padronização do atendimento e estudos multicêntricos randomizados para análise do melhor tratamento para a patologia.

## POSTER 015

### AVALIAÇÃO DAS PRESSÕES INSPIRATÓRIAS E EXPIRATÓRIAS MÁXIMAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À RESSECÇÕES PULMONARES POR TORACOTOMIA.

JOSÉ ERNESTO SUCCI; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; ANDRÉ MIOTTO; ERIKA RYMKIEWICZ; THAMARA KAZANTZIS; JULIANA BRANDÃO FOLADOR; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA.  
UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Nas toracotomias ocorre a redução na capacidade vital em torno de 60% a 70% principalmente pela disfunção diafragmática pós-operatória, com início logo após a cirurgia, retornando aos valores pré-operatórios em sete a dez dias. A incidência de complicações respiratórias pós-operatórias variam de 10% a 40%, prologam a internação e contribuem para a mortalidade. As complicações modificam o curso previsto da recuperação pós-operatória. Entre as medidas objetivas da capacidade respiratória realizadas à beira do leito, destacam-se as pressões inspiratórias e expiratórias máximas. **Objetivo:** Avaliar a força muscular respiratória durante a internação dos pacientes submetidos à ressecções pulmonares por toracotomia. **Método:** Realizamos um estudo prospectivo tipo coorte dos pacientes candidatos a toracotomia eletiva no hospital São Paulo pela disciplina de cirurgia torácica. Todas as toracotomias foram poupadoras de músculo. Avaliamos o tempo de cirurgia, tempo de internação, tempo de drenagem, escala de dor, quantidade de analgésico utilizada e as complicações. Também medimos as pressões respiratórias inspiratórias e expiratórias máximas no pré-operatório, 1º, 3º, 5º pós-operatório, na alta. Critérios de exclusão: história de dor crônica, uso crônico de analgésicos ou sedativos, doenças psiquiátricas, Quimioterapia ou radioterapia prévia, re- operação, urgência, invasão pleural ou de parede torácica, toracectomia. O comitê de ética e pesquisa da UNIFESP aprovou este estudo, o número 56579 /12. **Resultado:** Foram incluídos no estudo 36 pacientes com idade média de 52,6 anos ( $\pm 17,45$ ), prevaleceu gênero feminino com 53%, IMC de 25,07 Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 3,7$ ), 53% de tabagismo ativo, com média de 26,7 maços.ano ( $\pm 38,08$ ). **Conclusão:** As medidas das pressões inspiratórias e expiratórias máximas mostraram redução durante a internação em relação aos valores pré-operatórios. Houve diferença estatística entre os valores os pré-operatório, 1º e 3º PO. Após o 5º PO não houve mais significância estatística. Estudos posteriores deverão ser realizados para avaliar este parâmetro como preditor de risco em cirurgia torácica.

	Média	Desvio-padrão	p
VEF1%	78,32	24,59	
Tempo de Cirurgia (min)	159,56	79,93	
Tempo de drenagem (dias)	4,83	3,06	
Débito total do dreno (ml)	908,45	966,82	
Pressão inspiratória máxima			
Pre-op	-56,66	22,61	
1ºPO	-42,44	17,89	0,0001
3ºPO	-45,06	19,10	0,0035
5ºPO	-48,27	20,22	0,1590
Alta	-48,55	18,62	0,1261
Pressão expiratória máxima			
Pre-op	55,94	21,60	
1ºPO	39,41	14,90	0,00005
3ºPO	43,82	15,54	0,0018
5ºPO	50,32	24,31	0,6414
Alta	51,81	19,66	0,3425
Escala Visual Analógica			
Maior valor	4,76	2,56	
1º PO	3,76	2,46	
3º PO	2,97	2,72	
5º PO	2,43	2,48	
Alta	1,32	1,59	
Solução peridural (ml)	58,09	54,33	
Quantidade de Analgésico			
Tramadol (mg)	733,89	1289,31	
Dipirona (g)	19,86	13,99	
Morfina (mg)	28,76	89,89	
Tempo de internação (dias)	7,92	6,45	
Complicações	25%		

## POSTER 016

### AVALIAÇÃO INICIAL DO SISTEMA DIGITAL DE DRENAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA TORÁCICA.

THAMARA KAZANTZIS; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; JULIANA BRANDÃO FOLADOR; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA; ANDRÉ MIOTTO; ERIKA RYMKIEWICZ; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO.  
UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** Nos últimos anos, a avaliação de muitos de nossos pacientes "indicadores, bem como muitas outras partes da nossa vida a cada dia, tem usado a tecnologia digital. Até agora, a única forma de avaliação do dreno de tórax foi de uma forma subjetiva. Há dúvidas sobre a quantidade de líquido e principalmente sobre a perda aérea. Nos últimos anos, estudos com sistemas digitais mostraram uma avaliação objetiva destes parâmetros. Assim, evitamos procedimentos desnecessários, evitamos mais sofrimento dos pacientes e custos desnecessários. De um modo geral, na Cirurgia Torácica estes fatores principais são: manejo do dreno, o gerenciamento da perda aérea e controle da dor. Alguns sistemas digitais para avaliação da drenagem torácica foram descritos. São capazes de monitorar e gravar continuamente a quantidade de escape aéreo, débito e a pressão intrapleural. O sistema tem a vantagem principal de fornecer dados objetivos e reproduzíveis, diminuindo observador inter-variabilidade de avaliação de vazamento, que pode ser um dos principais fatores de atraso na retirada do dreno. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é avaliar o sistema digital de drenagem em pós-operatório de cirurgia torácica pulmonar. **MÉTODO:** Avaliação do sistema de drenagem digital THOPAZ nas ressecções pulmonares realizadas no hospital. **Critérios de inclusão:** - pacientes com indicação de toracotomia poupadora muscular e cirurgias eletivas.- **Critérios de exclusão:** - insuficiência renal ou hepática - pacientes de alto risco - disfunção neurológica - reoperação - operação de emergência - quimioterapia ou radioterapia prévia - toracectomia associada  
O sistema digital foi avaliado pelos critérios: manejo da perda aérea, biossegurança, manejo diário e benefícios clínicos, como aspiração contínua, expansão pulmonar e presença de enfisema de subcutâneo. **Resultados:** O sistema foi utilizado em 15 pacientes nesta fase inicial. Tempo médio de drenagem de  $5,2 \pm 3,4$  dias (2 – 12) e mediana de 3 dias. O tempo médio de cirurgia foi  $163 \pm 48$  minutos (120 – 280) e o volume médio de drenagem por paciente foi de  $1230 \pm 930$  ml (160 a 3090). Neste grupo inicial tivemos dois paciente com complicações – 13,3%, um com perda aérea prolongada e outro com pneumonia. O manejo da perda aérea foi facilitado pois não havia dúvida em relação ao borbulhamento, este mensurado de forma objetiva em ml/min. A biossegurança foi bem avaliada pois não havia necessidade de troca diária do selo d'água. Nesta avaliação inicial podemos constatar que o sistema digital facilita a rotina da enfermagem pelo manuseio simples do aparelho, principalmente em dois quesitos – troca de selo d'água e aspiração contínua. A locomoção dos pacientes também foi favorecida. Não podemos dizer que ha redução do tempo de drenagem e internação, conforme relatado na literatura.

## POSTER 017

### COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DA LOBECTOMIA VIDEO-ASSISTIDA E DA LOBECTOMIA ABERTA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO.

RICARDO MINGARINI TERRA<sup>1</sup>; ALBERTO DELA VEGA<sup>2</sup>; PEDRO NABUCO ARAÚJO<sup>3</sup>; TIAGO DA SILVA SANTOS<sup>4</sup>; LETÍCIA LEONE LAURICELLA<sup>5</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>6</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>7</sup>.

1,2,3,4,5. INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 6,7. INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Mesmo com o crescente uso da lobectomia video-assistida para tratamento de casos de câncer de pulmão não pequenas células estadio I, os questionamentos sobre sua segurança e confiabilidade são frequentes fontes de discussão entre especialistas em oncologia torácica. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo comparar os resultados dos dois métodos nas cirurgias realizadas em um centro universitário de referência no tratamento do câncer. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes submetidos a lobectomia pulmonar para tratamento do câncer de pulmão de Janeiro de 2009 a outubro de 2012. Incluídos apenas os pacientes que se apresentavam como bons candidatos às duas técnicas. Realizamos a comparação quanto a idade, sexo, comorbidades, performance, complicações intra-operatórias, complicações pós-operatórias, tempo de internação, tempo de permanência com dreno torácico, tempo de internação em UTI, estadiamento, sobrevida global e sobrevida livre de doença. Pacientes que tiveram outro procedimento associado no mesmo tempo operatório, exceto mediastinoscopia, por exemplo, segmentectomias ou ressecções de parede torácica foram excluídos. Foram realizados modelos de regressão logística para obter razão de chances ajustada referente a ocorrência de complicações clínicas (entre elas arritmias, pneumonia, DPOC descompensada) e cirúrgicas (por ex: fistula alveolar > 7 dias, empiema, enfisema de subcutâneo) nos dois grupos, modelos lineares generalizados para comparar de forma ajustada o tempo de internação e modelos de regressão de Cox para sobrevida global e sobrevida livre de doença. **Resultados:** Foram incluídos 118 pacientes. Do total da amostra 57 eram homens e 61 mulheres com idade média de 63 anos. 26 pacientes foram submetidos a lobectomia video-assistida e 92 submetidos a lobectomia aberta. Em nenhum caso houve necessidade de conversão. O estadiamento patológico revelou que 47 pertenciam estadio IA, 32 estadio IB, 10 estadio IIA, 11 estadio IIB, 16 estadio IIIA e 2 estadio IV. A lobectomia por videotoracoscopia esteve associada a menor chance de ocorrência de complicações clínicas ( $p=0.046$ , OR: 0.25) e menor tempo de internação hospitalar ( $p=0.002$ ) conforme ajuste para idade, performance status, número de comorbidades e estadio patológico. Não houve diferença quanto à ocorrência de complicações cirúrgicas ( $p=0.07$ ), sobrevida global (0.143) e sobrevida livre de doença quando feito ajuste para as mesmas variáveis. **Conclusão** A Lobectomia Pulmonar video-assistida teve resultados semelhantes do ponto de vista oncológico, pois não houve diferença estatística na sobrevida global e na sobrevida livre de doença, mas, confirmando a suspeita dos pioneiros nesse tipo de abordagem, a técnica por videotoracoscopia teve um vantagem no que diz respeito ao manejo clínico do paciente no pós-operatório, apresentando menor tempo de internação e menor incidência de complicações.

## POSTER 018

### DISPLASIA FIBROSA - RELATO DE CASO

ROBERTO RUBEN PANDO SERRANO; MÁRCIO ROGÉRIO ALCALÁ GOMES; OLANREWAJU MUISI ADEDAMOLA LADIPO; LUIZ CARLOS LEIRO.

HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** Avaliar as manifestações clínicas, Aspectos radiológicos histológicos, Diagnósticos diferenciais. Evolução Pós-operatória de displasia fibrosa. **RELATO DO CASO:** Paciente branco, masculino, 25 anos com queixa de abaulamento doloroso da região lateral da parede torácica direita ao nível da 10<sup>o</sup> costela. Na radiografia torácica observou-se lesão de aspecto insuflativo submetido a exame tomográfico computadorizado de tórax que mostrou lesão insuflativa no 10<sup>o</sup> arco costal á direita, respeitando os limites do córtex ósseo. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico para retirada do segmento costal comprometido, que foi encaminhado para exame anatômico patológico que confirmou o diagnóstico de displasia fibrosa. Pós- operatório sem complicações e acompanhamento ambulatorial assintomático há 15 meses.

---

## POSTER 019

### ENSINO A DISTÂNCIA PARA CIRURGIA TORÁCICA: UMA FERRAMENTA ÚTIL E ACESSÍVEL.

ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>1</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>2</sup>; PEDRO NABUCO ARAÚJO<sup>3</sup>; ALBERTO DELA VEGA<sup>4</sup>; LETÍCIA LEONE LAURICELLA<sup>5</sup>; RICARDO BEYRUTI<sup>6</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>7</sup>.

1,2. INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3,4,5. ICESP / HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 6,7. INCOR/ HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** O rápido desenvolvimento científico e técnico da cirurgia torácica obriga seus profissionais, como em outras áreas médicas, à uma constante atualização. Todavia, a educação médica continuada é um grande desafio em um país de dimensões continentais como o Brasil. **Objetivo:** Descrever a experiência do desenvolvimento de um modelo de ensino a distância sobre oncologia torácica com ferramentas de e-learning baseadas em internet. Público alvo constituído por cirurgiões de tórax em atividade ou residentes no último ano da especialidade. **Método:** Quatro médicos, com especialidade em cirurgia torácica, trabalharam com suporte de profissionais de Tecnologia de Informação na implementação do curso que consiste em: disponibilização de artigos científicos em versão eletrônica (PDF), discussão monitorada em fóruns eletrônicos específicos para cada tema, transmissão de aulas gravadas, testes e questionários on-line. Além de uma pesquisa de satisfação administrada durante o curso. O curso foi hospedado no ambiente eletrônico MOODLE. **Resultados:** Nenhum dos alunos possuía experiência com curso a distância. No corpo docente dos quatro médicos, dois tinham experiência como aluno de cursos on-line. Iniciamos o curso com 20 alunos e terminamos com oito participando ativamente. O curso foi composto por quatro módulos com média de seis temas. As atividades relativas a cada tema começavam com a disponibilização dos artigos escolhidos pela equipe docente e abertura do fórum, com no mínimo quatro cenários que permitiam ampla discussão sobre o tema em questão. Após duas semanas, o fórum era dado como encerrado e uma aula gravada sobre o tema era disponibilizada. Ao fim de cada módulo foram realizadas uma avaliação à distância através de um questionário e uma webconferência para discussão de casos clínicos. A pesquisa de satisfação com o curso apresentou os seguintes resultados: satisfação geral 90%; adequação ao ambiente virtual 70%; satisfação com os fóruns 70%; satisfação com as aulas disponibilizadas no site 70%. Média de tempo dedicado ao curso: 5 horas/semana. **Conclusões:** Este modelo de ensino a distância tem grande potencial em um país de dimensões continentais como o nosso, podendo ser a chave para a rápida transferência de conhecimento desde os grandes centros até os pontos mais remotos. Esta experiência demonstrou a viabilidade e eficiência do modelo.

## POSTER 020

### FATORES ASSOCIADOS A SOBREVIDA LIVRE DE DOENÇA EM PACIENTES SUBMETIDOS A METASTASECTOMIAS PULMONARES

ALBERTO DELA VEGA<sup>1</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>2</sup>; PEDRO NABUCO ARAÚJO<sup>3</sup>; RICARDO LOPES OLIVEIRA<sup>4</sup>; LETÍCIA LEONE LAURICELLA<sup>5</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>6</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>7</sup>.  
1,2,3,4,5. INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 6,7. INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Apesar das metástases pulmonares se desenvolverem em aproximadamente 30% dos pacientes com algum tipo de doença maligna e da metastasectomia ser a única opção de tratamento em grande número de casos, a definição dos casos que se beneficiam da ressecção trazem um grande desafio à cirurgia torácica. **Objetivo:** Este trabalho tem o objetivo de descrever os resultados do tratamento cirúrgico de metástases pulmonares e identificar fatores associados à sobrevida livre de doença nestes pacientes. **Método:** De maio de 2009 a novembro de 2012 foram realizadas 111 cirurgias de metastasectomia pulmonar, em 89 pacientes houve intenção curativa. Foram excluídos pacientes que apresentavam doença disseminada na análise intra-operatória que impedia a completa ressecção e pacientes cujo exame anatomopatológico não foi compatível com metástase. Nos casos de pacientes que apresentavam metástases bilaterais e foram submetidos a cirurgias sequenciais, somente a segunda cirurgia foi considerada. As seguintes variáveis foram analisadas: comorbidades, ASA, número de nódulos, performance, escala de dispnéia, thoracoscore, tipo de ressecção, se a ressecção foi R0, R1 ou R2, tempo de internação, complicações pós-operatórias, óbito em 30 dias, reinternação em 3 meses, sobrevida global e sobrevida livre de doença. Foi utilizado o modelo de regressão de cox para identificar preditores associados com sobrevida livre de doença. **Resultados:** Foram eleitos para o estudo e avaliados retrospectivamente 79 pacientes, desses 43 homens e 36 mulheres com média de idade de 56 anos. Houve recidiva em 39 casos (49%). Em 26 casos (66%) o órgão acometido foi o pulmão, em 5 (12%) a recidiva ocorreu no sítio primário e em 8 casos (20%) houve recidiva em outros locais (por ex: fígado e ossos). Dos 26 casos em que houve recidiva pulmonar em 5 deles a recidiva ocorreu no local da metastasectomia. Nenhum paciente morreu em um período de 30 dias após a cirurgia. A sobrevida livre de doença mediana nesta amostra foi de 12 meses. Os preditores que tiveram impacto na sobrevida livre de doença foram ressecção R0 (HR: 35, p=0.0001), intervalo livre de doença (HR: .95, p=0.002), performance status (HR: 2.86, p=0.017), tumor primário de osso (HR: 0.05, p=0.011) ou partes moles (HR: 0.11, p=0.018). Por outro lado variáveis como o número de nódulos, idade e ASA não se relacionaram com sobrevida livre de doença. **Conclusão:** A cirurgia de metastasectomia teve alta taxa de recidiva e uma sobrevida livre de doença de apenas 12 meses (mediana), dados esses dão mais peso aos fatores preditores detectados no estudo. Dessa forma talvez o intervalo livre de doença e a possibilidade de ressecção R0, a presença de lesões osseas ou de partes moles bem como a performance devam ter mais peso na seleção dos pacientes candidatos a metastasectomia pulmonar.

## POSTER 021

### FRATURA DE COSTELA COM RISCO DE PERFURAÇÃO DA AORTA DESCENDENTE: RELATO DE CASO

ANDRÉ MIOTTO; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO; THAMARA KAZANTZIS; JULIANA BRANDÃO FOLADOR; ERIKA RYMKIEWICZ; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO.  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** As fraturas de costela são as lesões mais comuns decorrentes de traumatismos torácicos contusos, e suas complicações são frequentemente resolvidas com a drenagem pleural. Lesões de aorta por fragmentos de costelas fraturadas são lesões descritas, porém raras e possivelmente fatais. (1, 2, 3). O tratamento de tais lesões pode ser realizado por toracotomia ou toracosopia. Relatamos abaixo um caso de paciente vítima de politrauma com múltiplas fraturas de costelas com risco de perfuração da aorta descendente.

**Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 44 anos, vítima de atropelamento por ônibus. Foi submetido a intubação orotraqueal no transporte para o hospital por rebaixamento do nível de consciência. Na avaliação inicial, não foram evidenciadas alterações no exame físico respiratório. Notou-se apenas grande hematoma na região acrômio-clavicular como sinal de trauma torácico contuso. A tomografia mostra fratura de múltiplos arcos costais, grande contusão pulmonar à esquerda, pequeno pneumotórax à esquerda, além de fratura de coluna de C7 a T8. Mostrava também espículas de 4ª, 5ª e 6ª costelas fraturadas com desvio em íntimo contato com a aorta. Na drenagem pleural houve saída de ar e 100 ml de sangue. Optou-se por tratamento cirúrgico por toracotomia pósterio-lateral, pela possibilidade de laceração da aorta com hematoma tamponado. Na cirurgia foi evidenciado que as espículas ósseas estavam em contato com a aorta, porém não havia laceração ou perfuração. Foi realizada costectomia parcial de 4º, 5º e 6º arcos costais. O paciente teve uma evolução clínica satisfatória, porém lenta, complicada por infecção da área correspondente à contusão pulmonar inicial. Foi extubado no 12º dia de pós-operatório, tendo alta da UTI dois dias após, quando retiramos o dreno pleural. **Conclusão:** Lesões de grandes vasos por espículas de costelas são complicações raras e potencialmente fatais. Seu diagnóstico e tratamento rápido são fatores prognósticos importantes, uma vez que há relatos na literatura de lacerações tardias dos grandes vasos por espículas de costelas, inclusive durante a movimentação do paciente no leito (4). Acreditamos que em pacientes com essas lesões, a cirurgia de urgência deve ser o tratamento de escolha. A via toracoscópica é uma boa alternativa para pacientes estáveis, porém em caso de instabilidade e com hipóteses de sangramento ativo ou tamponado, a toracotomia permanece uma abordagem segura e efetiva.



## POSTER 022

### FRATURA DE ESCÁPULA COM PENETRAÇÃO DA CAVIDADE PLEURAL

ERICA NISHIDA HASIMOTO<sup>1</sup>; DANIELE CRISTINA CATANEO<sup>2</sup>; GILMAR FELISBERTO JR<sup>3</sup>; ANDREA CHRISTINA CORTOPASSI<sup>4</sup>; DAVID NICOLETTI GUMIEIRO<sup>5</sup>; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO<sup>6</sup>.

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

**INTRODUÇÃO:** As fraturas de escápula (FE) são pouco frequentes, devido sua grande proteção anatômica, correspondendo a 1% de todas as fraturas ósseas. Geralmente são decorrentes de traumas com alta energia cinética, com impacto diretamente na região escapular, sendo que 80 a 95% dessas fraturas estão associadas a outros tipos de lesões como: fraturas de arcos costais, contusões pulmonares, hemopneumotórax, fratura de clavícula, lesão do plexo braquial e de artéria subclávia. O principal local de fratura é o corpo em 35 a 43% dos casos. A queixa mais frequente é de dor na região da cintura escapular e os achados físicos são edema, equimose e crepitação na mobilização. As radiografias nas incidências anteroposterior, perfil e incidência axilar devem ser solicitadas. Por causa da complexidade anatômica, muitas vezes uma tomografia computadorizada é necessária para melhor avaliação da extensão da lesão e planejamento do tratamento. A maioria das FE (90%) são minimamente desviadas ou com desvios aceitáveis, podendo ser tratadas de forma conservadora na tipóia, somente em casos selecionados realiza-se a correção cirúrgica. **OBJETIVO:** Relatar um caso de FE onde um fragmento ósseo penetrou na cavidade pleural sem causar repercussões pleuropulmonares. **RELATO DE CASO:** L.C.S., 25 anos, feminina. Há 60 dias durante uma ultrapassagem foi comprimida entre dois caminhões, caindo da motocicleta. Apresentou fratura de clavícula direita, escápula esquerda e múltiplos arcos costais. Na primeira consulta portava duas tipoias que imobilizavam os membros superiores. Ao exame físico referia dor moderada em hemitórax esquerdo e impossibilidade de movimentação de ombro esquerdo. Negava sintomas respiratórios. A radiografia de tórax mostrava fratura de clavícula direita e fratura de escápula esquerda. Na tomografia computadorizada de tórax evidenciamos que um fragmento da escápula fraturada havia penetrado na cavidade pleural esquerda pelo espaço intercostal, sem causar repercussões pleuropulmonares. Como a paciente apresentava um desvio importante das fraturas associado à limitação funcional grave foi optado pelo tratamento cirúrgico em conjunto com a equipe da ortopedia. No intra-operatório foi evidenciada uma fratura parcial do corpo da escápula e que parte do fragmento havia penetrado através do espaço intercostal. As fibras musculares intercostais e escapulares foram seccionadas para liberar o fragmento ósseo, sendo posteriormente reinseridos na borda medial da escápula possibilitando a estabilização da fratura. A paciente evoluiu muito bem no pós-operatório com recuperação total da movimentação da cintura escapular esquerda. **DISCUSSÃO:** Devido à complexidade anatômica local algumas lesões podem ser subestimadas se forem realizadas somente exames de imagem mais simples. Apesar da grande maioria das FE serem tratadas de forma conservadora é importante uma completa avaliação para que lesões associadas não sejam negligenciadas e que o correto tratamento seja instituído.

## POSTER 023

### HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DIREITA POR TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: RELATO DE UM CASO

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; ALTAIR R CHAVES; CAROLINA VERTEMATI CAVALIERE; TIAGO MAGALHÃES CARDOSO; ANDERSON ALMEIDA MACIEL; EDINETE DÖRNER VITAL DE BRITO.

FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL.

**Introdução:** As hérnias diafragmáticas são geralmente causadas por trauma abdominal penetrante e menos comumente por trauma fechado. As hérnias à direita são mais raras que à esquerda. Nosso objetivo é relatar um caso de hérnia diafragmática à direita causada por um trauma abdominal fechado.

**Relato:** Mulher de 39 anos, atendida no pronto socorro com queixa de dor em epigástrio de forte intensidade, dispnéia, náuseas e sensação de plenitude pós-prandial. Ao exame físico apresentava abdome flácido e doloroso em epigástro e murmúrio vesicular abolido em terço médio e inferior do hemitórax direito. Em radiografia de tórax foram identificados sinais de conteúdo abdominal em hemitórax direito. À tomografia computadorizada e ressonância magnética de tórax foi evidenciada elevação diafragmática direita contendo fígado e cólon transverso. Na anamnese dirigida a paciente informou trauma abdominal fechado por acidente automobilístico. Foi submetida a toracotomia póstero-lateral direita com achado de lesão diafragmática e presença de fígado no interior da cavidade torácica, bem como a flexura hepática do cólon. Foram dissecadas aderências do diafragma com as vísceras, ampliação da falha diafragmática, redução do conteúdo abdominal e rafia do diafragma com reforço com tela de polipropileno. A paciente evoluiu satisfatoriamente com retirada do dreno torácico no 4º PO e alta hospitalar no 5º PO em bom estado geral. A radiografia de tórax pós-operatória evidenciou diafragma direito em posição satisfatória e expansão pulmonar total.

**Discussão:** Um a 7% dos traumas abdominais fechados causam hérnias diafragmáticas, enquanto que os traumatismos penetrantes causam 10 a 15% dos casos. O diafragma direito é acometido em torno de 19% dos casos, enquanto que o esquerdo em torno de 58%. O diagnóstico pode ser difícil, sendo que a radiografia de tórax identifica um terço das hérnias diafragmáticas, sendo que a tomografia computadorizada de tórax parece ser a melhor opção. As vias de acesso para reparo podem ser por toracotomia, laparotomia, acessos combinados, além da laparoscopia e toracotomia videoassistida. Apresentamos aqui um caso raro de hérnia diafragmática direita por trauma fechado de tórax com diagnóstico postergado. Chama a atenção a capacidade do parênquima hepático em ser deslocado quase que completamente para o interior da cavidade torácica sem maiores danos a sua integridade.

**Conclusão:** Apesar de hérnias diafragmáticas à direita serem raras, bem como aquelas por trauma abdominal fechado, são patologias que devem ser aventadas em pacientes com elevação diafragmática a radiografia de tórax.

## POSTER 024

### IMPACTO FUNCIONAL DA RESSECÇÃO PULMONAR NO TRATAMENTO DA BRONQUIECTASIA

CAMILLA CARLINI VALLILO; RICARDO MINGARINI TERRA; MILENA MAKO SUESADA; ANDRE LUIS PEREIRA ALBUQUERQUE; ALESSANDRO WASUM MARIANI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES.

INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A bronquiectasia é uma doença que está relacionada com infecções pulmonares de repetição que levam à perda de função pulmonar, morbidade crônica e limitação social, as atividades de vida diária e ao exercício. A falha do tratamento clínico é a principal indicação para a cirurgia, mas os efeitos do tratamento cirúrgico na qualidade de vida e capacidade funcional não estão totalmente estudados. **Objetivo:** Determinar como se comportam os testes de capacidade funcional após uma cirurgia de redução pulmonar para tratamento de bronquiectasia. **Métodos:** estudo prospectivo onde avaliamos a função pulmonar completa (PFP), capacidade de exercício (teste cardiopulmonar de esforço incremental - TCP) e qualidade de vida (questionários SF36 e WHOQOL-Bref) de pacientes com o diagnóstico de bronquiectasia antes e 9 meses após a cirurgia de redução pulmonar. **Resultados:** Foram incluídos 40 pacientes. Três pacientes foram excluídos antes do 3º mês pós-operatório (1 óbito, 1 fístula de coto, necessidade de cirurgia abdominal). Foram analisados 37 pacientes 19 homens (40,42±10,86) e 18 mulheres (41,56±13,00). Foi observada uma diminuição de todos os volumes e capacidades pulmonares avaliadas pela PFP no 3º mês PO, com uma melhora no 9º PO na Capacidade Vital Forçada (3,26±0,87L – 2,94±0,85L); VEF<sub>1</sub> (2,27±0,77L – 2,07±0,78L); Capacidade inspiratória (2,10±0,51L – 1,99±0,53L); DLco (24,55±7,24L – 22,30±8,19L), porém, nenhum desses valores retornou ao seu valor basal. O Volume residual (2,24±0,91L – 1,95±0,81L) continuou apresentando uma diminuição ainda no 9º mês PO. Com relação ao TCP também foram observadas diminuições ao longo do 3º mês PO com uma melhora gradual até o 9º PO no valores de VO<sub>2</sub>max (21,42±6,43mL/Kg/min – 19,68±5,05mL/Kg/min); Volume minuto máximo (55,07±18,01L/min – 50,75±15,32L/min) e no Volume total máximo (1,35±0,43L – 1,26±0,34L). Ao observarmos o tipo de cirurgia realizada com a relação à avaliação funcional destes pacientes (VEF<sub>1</sub>), observamos que 47% dos pacientes submetidos à lobectomia superior, 41,66% dos submetidos à lobectomia inferior, 100% dos submetidos à lobectomia média e 20% dos submetidos à pneumectomia não apresentaram diminuição do VEF<sub>1</sub> após o 9º mês PO. Na avaliação do TCP 64,70% dos pacientes submetidos à lobectomia superior; 100% dos pacientes submetidos à lobectomia média; 50% dos pacientes submetidos à lobectomia inferior e 80% dos indivíduos submetidos à pneumectomia não apresentaram piora do VO<sub>2</sub>max após o 9º PO. Na avaliação do TCP observamos que 71,42% dos pacientes com tuberculose não apresentaram piora do VO<sub>2</sub>max e 56,25% dos paciente com outras etiologias como causa de bronquiectasia também não apresentaram piora desse valor. **Conclusão:** Embora a ressecção cirúrgica da bronquiectasia diminua a capacidade funcional, inicialmente, esta começou a ser restaurada até o 9º mês PO, esse fato pôde ser observado em todos os valores estudados no TCP e na PFP exceto no volume residual, que continuou a apresentar diminuição.

## POSTER 025

### IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DO ISOLAMENTO DE FUNGOS NO LAVADO BRONCOALVEOLAR PÓS-TRANSPLANTE PULMONAR

RICARDO BAMMANN<sup>1</sup>; HÉLIDA CONCEIÇÃO CAVALCANTE TORRES<sup>2</sup>; ARIADNE OLIVEIRA DESSUNTE<sup>3</sup>; JOAO PAULO VICTOR COELHO JAJAH NOGUEIRA<sup>4</sup>; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA<sup>5</sup>; LUCIANA PASCHOARELI BOSCO TAVARES<sup>6</sup>; SILVIA VIDAL CAMPOS<sup>7</sup>; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA<sup>8</sup>; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO<sup>9</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>10</sup>.

1,2,3,4,5,6,9. SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - CENTRO DE VIA AÉREA - INCOR/HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 7,8,10. GRUPO DE TRANSPLANTE PULMONAR DA DIVISÃO DE CIRURGIA TORÁCICA - INCOR/HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** infecções fúngicas em pacientes transplantados de pulmão representam alto risco de morbimortalidade, justificando sua vigilância através da cultura do lavado broncoalveolar. **Objetivos:** avaliar o desfecho clínico de pacientes transplantados de pulmão com isolamento de fungos no lavado broncoalveolar ao longo do seguimento pós-operatório imediato e tardio. **Metodologia:** análise retrospectiva das broncoscopias realizadas no Serviço de dezembro de 2011 a julho de 2013, divididas em cinco grupos para fins de comparação: Grupo 1 - broncoscopias realizadas nos primeiros três meses pós-transplante em caráter de rotina (vigilância programada); Grupo 2 - broncoscopias de rotina realizadas entre o 4º e o 12º mês pós-transplante; Grupo 3 - broncoscopias realizadas por demanda clínica nos primeiros três meses pós-transplante; Grupo 4 - broncoscopias realizadas por demanda clínica entre o 4º e o 12º mês pós-transplante; e Grupo 5 - broncoscopias realizadas por demanda clínica após mais de um ano de pós-transplante. Vale ressaltar que a profilaxia infecciosa com anfotericina B deoxicolato inalatória (20mg/dia durante 3 meses) foi prescrita a todos os pacientes como parte da nossa rotina protocolar. **Resultados:** 229 exames com lavado broncoalveolar foram realizados no período - Tabela 1, correspondendo a 33 pacientes recém transplantados (durante o período do estudo) e outros 37 pacientes transplantados entre 2006 e 2011.

Cultura para Fungos	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Subtotal < 1 ano	Grupo 5 (> 1 ano)
Positiva	20 (27,0%)	3 (7,1%)	9 (34,6%)	2 (20,0%)	34 (22,4%)	23 (29,9%)
Negativa	54	39	17	8	118	54
Total	74	42	26	10	152	77

As 57 amostras com cultura positiva foram obtidas de 31 pacientes (quase metade da casuística). O crescimento de fungos associado a parâmetros clínicos implicou a introdução de tratamento específico em 9 dos 10 doentes (90,0%) com isolamento de *Aspergillus* sp, tendo a maioria sido medicada com antifúngicos intravenosos. Oito dos 21 pacientes (38,1%) com identificação de leveduras foram tratados por apresentarem quadro clínico desfavorável ou evidências endoscópicas de isquemia brônquica concomitante. Três dos nove pacientes que faleceram apresentaram infecção fúngica como uma das causas associadas ao óbito. **Conclusão:** a identificação de fungos em amostras de lavado broncoalveolar pós-transplante pulmonar é achado freqüente tanto em broncoscopias realizadas em caráter de rotina quanto de urgência, bem como nos exames mais tardios. O crescimento de fungos ao longo do primeiro ano é significativamente maior ( $p < 0,01$ ) nos três primeiros meses. O crescimento de *Aspergillus* sp tem impacto clínico e terapêutico maior que o de leveduras.

## POSTER 026

### INFECÇÕES POR FUNGOS DA ORDEM MUCORALES EM PACIENTES TRANSPLANTADOS DE PULMÃO

FERNANDO MOACYR FRAGOSO DIDIER-NETO<sup>1</sup>; ANDRE NATHAN COSTA<sup>2</sup>; PRISCILA CILENE LEÓN BUENO DE CAMARGO<sup>3</sup>; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA<sup>4</sup>; JOSÉ EDUARDO AFONSO JR<sup>5</sup>; RAFAEL CARRARO<sup>6</sup>; SILVIA VIDAL CAMPOS<sup>7</sup>; LUIS GUSTAVO ABDALLA<sup>8</sup>; MARCOS NAOYUKI SAMANO<sup>9</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>10</sup>.

1.DIVISAO DE PNEUMOLOGIA - INCOR - HC FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8,9,10.INCOR - HC FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** Infecções fúngicas em vias aéreas de pacientes submetidos a transplante pulmonar têm como agentes mais comuns os *Aspergillus* sp e *Candida* sp. Os fungos da ordem Mucorales são patógenos infrequentes porém com incidência crescente nos transplantados pulmonares. Essa ordem de fungos pode infectar anastomoses e obstruí-las além de provocar quadros sistêmicos de alta mortalidade (50-95%). Descrevemos quatro casos em pacientes submetidos a transplante pulmonar bilateral em nossa instituição.

**MATERIAL E MÉTODO:** Analisamos dados de prontuário dos receptores de transplante pulmonar bilateral do InCor-HCFMUSP. Identificamos a ocorrência dos Mucorales através de resultados de culturas de lavado bronco-alveolar (LBA) em três casos e achados de necropsia em um dos casos. **RESULTADOS:** O primeiro caso foi transplantado por fibrose cística (FC). O LBA de vigilância um ano após o transplante revelou o raro *Syncephalastrum* sp., o paciente falecendo secundariamente a rejeição aguda do enxerto. O segundo, também portador de FC, teve isolado o fungo *Rhizopus* sp. também no LBA de vigilância após um ano. Neste caso houve boa evolução, sem sepse ou rejeição do enxerto. Em um terceiro caso (Síndrome de Kartagener) foi identificado *Rhizomucor* sp gerando traqueobronquite aguda no 15º dia de pós-operatório. Houve bom controle local, sem infecção sistêmica, porém durante a internação houve insuficiência renal aguda e sepse por outros patógenos na UTI, evoluindo o paciente a óbito. No quarto caso (FC), o achado se deu apenas à necropsia a qual identificou brônquios e vasos regionais totalmente preenchidos e infiltrados por fungos dessa ordem. **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** Os quatro casos descritos foram submetidos a transplante por bronquiectasias. Houve desfecho desfavorável relacionado à presença dos Mucorales em três dos quatro casos, um por redução da imunossupressão, outro por infecção invasiva, além do óbito por complicações renais e sépticas de outra origem em paciente infectado. Apenas um dos casos mostrou presença concomitante de *Aspergillus* e *Candida*, fungos mais frequentes nos transplantados pulmonares. Interessante ressaltar que a necropsia do quarto caso mostrou o agente no interior da veia pulmonar com uma delimitação precisa de acometimento apenas da do segmento da doadora, levando a hipótese de colonização prévia desta. Não se pôde estabelecer associação do desfecho com tempo de transplante ou presença ou não de infecção ativa pela raridade dos casos. A vigilância para a presença dessa ordem fúngica pode motivar tratamento em momento oportuno e reduzir a morbimortalidade do transplantado pulmonar.

## POSTER 027

### LACERAÇÃO TRAQUEAL EM CRIANÇA APÓS TRAUMA CERVICAL

GILMAR FELISBERTO JR; ERICA NISHIDA HASIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO. PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP, MARILIA - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** O trauma de traqueia é uma condição rara, porém potencialmente fatal. Na população pediátrica, cerca de 1% dos pacientes com trauma de tórax apresentam comprometimento traqueobrônquico e a mortalidade pode chegar a 30%. O fato das crianças apresentarem um pescoço mais curto e anéis traqueais mais maleáveis contribuem para reduzir o número de lesões nos traumas fechados. Os principais mecanismos envolvidos nas lesões são: desacelerações bruscas, hiperextensão cervical, trauma cervical direto, aumento da pressão nas vias aéreas (fechamento da glote) e aumento do diâmetro transversal do tórax nas compressões anteroposteriores. Os sintomas são muito variáveis e por isso o diagnóstico muitas vezes não é realizado. Os principais são dispnéia, enfisema de subcutâneo, alteração na qualidade da voz, hemoptise e tosse. Radiologicamente podemos encontrar pneumomediastino, irregularidade da coluna de ar traqueal e pneumotórax. Lesões pequenas podem ser tratadas de maneira conservadora, caso contrário o tratamento deve ser cirúrgico. **OBJETIVO:** Relatar um raro caso de trauma traqueal em criança, após queda da própria altura. **RELATO DE CASO:** D.M.S., cinco anos, masculino. Referia queda da própria altura há quatro horas, com choque da região cervical anterior contra um banco de concreto. Na admissão encontrava-se em ventilação espontânea porém taquipneico. Apresentava enfisema de tecido celular subcutâneo em região cervical, terço inferior da face e região anterior do tórax, além de uma pequena escoriação na porção anterior do pescoço. A radiografia de tórax revelava enfisema de subcutâneo, discreto afilamento da coluna de ar na traqueia cervical e pneumomediastino. O paciente foi submetido a uma broncoscopia rígida (BR) que evidenciou um importante edema e enantema da porção membranosa da traqueia cervical e outra pequena área edemaciada na porção anterior correspondente, não sendo visualizada área de laceração traqueal. Frente a esse achado, foi mantida uma conduta conservadora. Devido piora importante do enfisema de subcutâneo, se estendendo para a região torácica posterior, abdominal, chegando até a região escrotal. Foi repetida a BR onde se visualizou uma laceração longitudinal de aproximadamente 3 cm na porção membranosa, na transição laringotraqueal, com fratura de um anel cartilaginoso. O paciente foi submetido à traqueoplastia término terminal com ressecção do anel fraturado e sutura da porção membranosa. A criança evoluiu muito bem recebendo alta no 5º PO. **DISCUSSÃO:** Nos traumas fechados que acometem a região cervical é muito importante suspeitar de lesão traqueal, principalmente se o paciente apresentar sinais e sintomas sugestivos. A broncoscopia é o exame padrão ouro para o diagnóstico porém deve ser realizada uma avaliação cuidadosa pois lesões podem ser negligenciadas, principalmente na fase aguda quando existe um processo inflamatório importante associado.

## POSTER 028

### LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (LEPR) EM TRANSPLANTE DE PULMÃO: RELATO DE 5 CASOS

ANDRE NATHAN COSTA; FABIO EIJI AIMURA; PRISCILA CILENE LEÓN BUENO DE CAMARGO; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA; JOSÉ EDUARDO AFONSO JR; RAFAEL CARRARO; SILVIA VIDAL CAMPOS; LUCAS MATOS FERNANDES; MARCOS NAOYUKI SAMANO; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES.  
*INCOR - HC FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.*

**Introdução:** Leucoencefalopatia Posterior Reversível (LEPR) é uma entidade clínico-radiológica relacionada a condições clínicas como eclampsia, encefalopatia hipertensiva, doenças autoimunes e transplantes de órgão sólidos. Ela se caracteriza por cefaleia, alterações visuais, alteração de nível de consciência e convulsões, associados a achados de imagem que traduzem edema cortical e subcortical de distribuição predominantemente posterior. Os achados neurológicos podem ser agudos ou subagudos; e usualmente são complicações de doenças já conhecidas ou do uso de drogas imunossupressoras, refletindo sua importância nos transplantes de órgãos. **Materiais e métodos:** Análise retrospectiva dos casos de LEPR no serviço de transplante pulmonar do INCOR – HC-FMUSP. **Resultados:** Relatamos 6 casos de LEPR com manifestações clínicas e radiológicas características em diferentes fases pós transplante; o mais precoce ocorrendo no 2 pós op e o mais tardio 3 meses após a cirurgia. Vale notar que em um dos casos não houve uso de inibidores de calcineurina, e em outro houve sintomas com ambos inibidores de calcineurina utilizados (tacrolimus e ciclosporina). Quatro dos seis pacientes apresentaram reversão completa de sintomas, entretanto uma paciente apresentou AVC isquêmico com transformação hemorrágica e sequelas tardias de hemiparesia, disartria e mioclonias; o outro manteve déficit visual após o insulto. **Conclusões:** A LEPR deve ser suspeitada em casos de alterações neurológicas em pacientes transplantados pulmonares, principalmente naqueles em uso de inibidores de calcineurina, dada sua gravidade e prevalência. Nessa série relatamos ainda um caso de LEPR não relacionado ao uso de inibidor de calcineurina, o que ainda não havia sido descrito na literatura. Esse dado levanta a dúvida sobre a patogênese da LEPR em transplantados pulmonares e sua relação direta com os imunossupressores, o que deve ser levado em conta ao se realizar a imediata substituição ou diminuição da dose em casos de LEPR, que podem culminar em diminuição da imunossupressão e sofrimento do enxerto.

---

## POSTER 029

### LINFANGIOMA INTRATORÁCICO EM CRIANÇA: APRESENTAÇÃO DE UM CASO RARO

NIVALDO CASSIANO BACHICHI; ANTÔNIO YOSHINORI HAMADA; DAVI GANGI BACHICHI; THIAGO GANGI BACHICHI; VICTOR COSTA NUEVO.  
*COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI, SAO PAULO - SP - BRASIL.*

O linfangioma cístico é uma desordem linfática rara, sendo mais frequente na população pediátrica. O acometimento mediastinal primário é ainda mais raro representando apenas 1 % dos casos. O tumor caracteriza-se por apresentar múltiplos cistos de até 5 centímetros de diâmetro, ser depressível e conter líquido amarelo claro. Apresenta crescimento lento e em poucos casos cursa com complicações.

O caso relatado aborda um paciente pediátrico que apresentou um linfangioma cístico em mediastino anterior do hemitórax esquerdo, que após ressecção cirúrgica completa, apresentou após um ano uma rara recidiva da patologia em hemitórax contra-lateral, sendo necessária nova ressecção. **Relato:** DPC, 10 anos, natural e procedente de Minas Gerais. A mãe refere que a criança apresentou uma tumoração em região superior do hemitórax esquerdo abaixo da clavícula com surgimento há 2 meses. Após consulta pediátrica, portando resultado de uma tomografia computadorizada sem contraste e ressonância magnética, o paciente veio encaminhado para o serviço de cirurgia torácica. A criança apresentava-se assintomática, e no exame físico notava-se uma tumefação de cerca de 10 cm em Hemitórax esquerdo em região subclavicular, depressível a palpação e aderente a planos profundos. A ressonância magnética apresentava imagem cística subclavicular à esquerda e outra mediastinal ipsilateral de grandes proporções. Realizada toracotomia esquerda, constatou-se tratar de um linfangioma cístico o qual foi ressecado totalmente com boa evolução pós-operatório. Confirmada a ausência de recidiva por meio de tomografia computadorizada do tórax com contraste após três meses. Após 12 meses apresentou uma nova tumoração, agora em hemitórax direito. Realizada nova tomografia computadorizada verificou-se lesão tumoral subclavicular e mediastinal direita, retirada cirurgicamente. Desde a ressecção, há 2 anos, não apresentou nova recidiva do quadro nos exames de controle. **Discussão:** Na infância, o predomínio dos linfangiomas se dá na região cervical, representando 75% dos casos, outros 20% na região axilar sendo que em apenas 10% são encontrados no mediastino. Em crianças, por terem como complicação frequente compressão de estruturas adjacentes, devido ao limitado espaço de crescimento na região, apresentam um diagnóstico precoce.

Para o diagnóstico da lesão, o primeiro exame a ser solicitado é a radiografia simples de tórax, onde o aspecto de tumoração sólida mediastínica pode ser sugestivo de linfangioma. Para melhor avaliação, deve-se solicitar uma tomografia computadorizada de tórax, importante para melhor delimitação do tamanho, densidade, localização e compressão de estruturas adjacentes. O melhor tratamento para qualquer forma de linfangioma é a ressecção cirúrgica completa da tumoração, não necessitando remoção cirúrgica em monobloco, visto que os linfangiomas são afecções benignas.

## POSTER 030

### MIGRAÇÃO DE FIO DE KIRSCHNER PARA MEDIASTINO APÓS FIXAÇÃO DE FRATURA DE ÚMERO

GILMAR FELISBERTO JR; ERICA NISHIDA HASIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO.

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP, MARILIA - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A migração de fios de fixação ortopédica é um evento incomum e pode resultar em sérias complicações. A apresentação clínica é muito variável, desde casos assintomáticos até óbito. Na literatura há relatos de fios de Kirschner encontrados no parênquima pulmonar, traqueia, mediastino, coração, parede torácica e esôfago e as mortes geralmente ocorrem devido a lesões cardíacas ou de grandes vasos. Independente da localização e dos sintomas, a cirurgia para a remoção do corpo estranho (CE) está indicada sendo a via de acesso dependente da localização e da experiência do cirurgião. **OBJETIVO:** Relatar um caso de migração de fio de Kirschner, utilizado para fixação de fratura de úmero, para o mediastino. **RELATO DE CASO:** J.L., 64 anos, feminino. Devido queda da própria altura a paciente apresentou fratura da cabeça do úmero direito e foi submetida no serviço de origem à redução cirúrgica da fratura com a utilização de dois fios de Kirschner. Trinta dias após a cirurgia iniciou quadro de dor em região posterior do hemitórax direito, não caracterizada, sem irradiação e sem fatores de melhora e piora. Devido à queixa procurou o Pronto Socorro de sua cidade onde foi realizada radiografia de tórax que evidenciou um dos fios de Kirschner na região mediastinal, sendo solicitada a transferência para a Cirurgia Torácica de nosso serviço. Na entrada a paciente apresentava-se consciente, orientada, estável hemodinamicamente e sem alterações no exame físico do aparelho cardíaco e respiratório. De antecedentes pessoais era hipertensa, diabética, cardiopata (insuficiência cardíaca congestiva grau IV) e portadora de hipertensão pulmonar moderada. Foi solicitada tomografia computadorizada de tórax que mostrou o CE alojado no mediastino entre o ramo direito da artéria pulmonar e a veia pulmonar superior. Não foi evidenciado hemopneumotórax no presente exame. Pelo risco de lesão vascular e sangramento foi optada pela realização de toracotomia direita ao invés de videotoracoscopia e no inventário da cavidade pleural direita foi evidenciado pequeno local de aderência do segmento posterior do lobo superior direito com a parede torácica. A aderência foi cuidadosamente desfeita e durante esse descolamento foi encontrada a extremidade distal do CE que foi cuidadosamente tracionado e facilmente retirado. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, porém no pós-operatório a paciente apresentou um acidente vascular encefálico, evoluindo para morte devido a complicações desse evento.

**DISCUSSÃO:** O relato de migração de fios de Kirschner utilizados em procedimentos ortopédicos para a cavidade pleural tem sido descrito. Acredita-se que ocorra atração desse material pelo centro eletromagnético do corpo, por isso sua utilização deve ser criteriosa. A remoção cirúrgica deve ser sempre realizada e apesar desta paciente ter evoluído para morte, essa complicação não foi decorrente do CE e/ou do procedimento cirúrgico, mas das comorbidades pré-existentes.

---

## POSTER 031

### MÚLTIPLAS BOLAS FÚNGICAS: RELATO DE UM CASO

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; ALTAIR R CHAVES; IVANDA MARIA MENDONÇA MARTINS ALENCAR; JONAS SILVA DE SOUZA; CAROLINA VERTEMATI CAVALIERE; ALOYSIO ÍKARO MARTINS COELHO COSTA.

FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL.

**Introdução:** A colonização de cavidades pulmonares por fungos ocorre geralmente em pacientes com tratamentos prévios para tuberculose, sendo o *Aspergillus fumigatus* o agente etiológico mais comum, apresentando-se como complicação das cavernas tuberculosas em 11% a 17% dos casos. A ocorrência de várias cavidades colonizadas por fungo em um único doente é uma situação clínica rara e por isso apresentamos aqui o relato deste caso. **Relato:** Mulher, 18 anos, foi internada com tosse produtiva e intermitente, acompanhada de hemoptise, dor em região paraesternal direita, além de dispnéia aos médios esforços, febre, mialgia, astenia e inapetência. Paciente em tratamento para tuberculose multi-resistente, havendo sido submetida a pelo menos três tratamentos prévios para tuberculose pulmonar com abandono. Sorologia para HIV negativa. Radiografia de tórax apresentando cavitações em ápices pulmonares bilateralmente. Pesquisa de BAAR no escarro foi negativa em três amostras. Tomografia de tórax demonstrou cavitações com presença de conteúdo de partes moles em lobos superiores e segmentos apicais dos lobos inferiores. Foi iniciado tratamento com itraconazol, sem sucesso após 14 dias, sendo substituído por anfotericina B, evoluindo, após 16 dias de tratamento, com razoável melhora dos escarros hemoptóicos e da dispnéia. Paciente não apresenta reserva pulmonar para tratamento cirúrgico, sendo mantida em tratamento clínico de suporte. **Discussão:** A bola fúngica é uma complicação da tuberculose pulmonar. Pode apresentar-se de forma assintomática ou com hemoptise, às vezes maciça, e tosse com dispnéia. O diagnóstico radiológico é feito através de radiografia e tomografia computadorizada do tórax. O tratamento pode ser feito com itraconazol por via oral ou anfotericina B parenteral ou instilada na cavitação, porém nenhum com resultados garantidos. O tratamento definitivo geralmente é cirúrgico, porém reservado a pacientes com hemoptise significativa e boa reserva pulmonar. Relatamos aqui o caso de uma paciente jovem com tuberculose multi-resistente devido à diversos abandonos de tratamento e com mais de uma bola fúngica em ambos os pulmões, o que raramente observamos na rotina clínica. O que objetivamos demonstrar neste relato é uma das consequências graves e rara, múltiplas bolas fúngicas, da tuberculose pulmonar tratada inadequadamente, levando a uma tragédia social e condenando ao confinamento doméstico ou hospitalar uma paciente jovem e produtiva e subtraindo-a da possibilidade do único tratamento efetivo, a ressecção cirúrgica, em face do grau de comprometimento pulmonar. **Conclusão:** A tuberculose pulmonar tratada inadequadamente pode levar a complicações raras como a ocorrência de múltiplas bolas fúngicas com comprometimento grave da função pulmonar, impossibilitando o tratamento cirúrgico.

## POSTER 032

### NECROSE DE VÍSCERA ABDOMINAL POR HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA: UM RELATO DE UM CASO

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; ALTAIR R CHAVES; ANDRÉ LUIZ ALMEIDA; CAROLINA VERTEMATI CAVALIERE.  
FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS - AM - BRASIL.

**Introdução:** As hérnias diafragmáticas ocorrem principalmente após trauma penetrante, em torno de 10 a 15%. As hérnias diafragmáticas decorrentes de trauma fechado ocorrem entre 1 a 7% dos casos. Este relato tem por objetivo evidenciar uma complicação rara e grave que é o encarceramento, estrangulamento e necrose de vísceras abdominais em decorrência da herniação destas através do diafragma.

**Relato:** Homem, 50 anos, queixando dor torácica à esquerda associada a náuseas e episódios de vômitos hemáticos com evolução de cinco dias. Vítima de acidente automobilístico há 4 meses, submetido a drenagem de tórax esquerda com evolução satisfatória e alta hospitalar. O rx de tórax mostrava opacidade no terço inferior do hemitórax esquerdo que à TC sugeria tratar-se do estômago. Em vista da evolução insatisfatória, foi submetido a toracotomia pósterolateral esquerda com o achado de lesão diafragmática de cerca de 5 cm com herniação e necrose de aproximadamente 80% do estômago. Foi realizada ressecção gástrica de toda a porção necrosada, sem reconstrução do trânsito intestinal, em vista das condições clínicas do paciente. Foi submetido a laparotomia no 3º DPO para a reconstrução do trânsito, porém foi evidenciada deiscência parcial da rafia diafragmática e peritonite purulenta abdominal, sendo submetido à jejunostomia e peritoneostomia. No 15º DPO evoluiu com empiema pleural fase II e infecção de parede torácica, sendo submetido a decorticação pulmonar com evidência de necrose parcial do diafragma o qual foi parcialmente ressecado. No 35º dia de internação, evoluiu para empiema pleural fase III, sendo submetido a drenagem pleural aberta, recebendo alta hospitalar no 40º dia de internação após o fechamento da peritoneostomia, sendo encaminhado para reconstrução do trânsito intestinal em regime eletivo. **Discussão:** A grande maioria das hérnias diafragmáticas tardias resultam de ferimentos penetrantes por armas brancas, contudo alguns casos de hérnias tardias causadas por trauma fechado podem ocorrer. As estruturas abdominais que mais herniam para a cavidade torácica em ordem de frequência no trauma fechado, são o estômago, o colón, intestino delgado, omento e baço. No trauma penetrante geralmente o conteúdo herniado é composto do colón e parte do estômago ou ambos. Normalmente os pacientes com hérnia diafragmática por trauma fechado queixam mais de sintomas relacionados a redução do volume pulmonar e os pacientes com hérnia diafragmática por trauma penetrante têm sintomas relacionados a obstrução parcial ou completa do trânsito intestinal. O que chama a atenção neste relato é a associação de hérnia diafragmática tardia por trauma abdominal fechado, evoluindo com necrose da víscera herniada. As taxas de mortalidade variam de acordo com o grau de estrangulamento visceral e podem chegar a 80%. **Conclusão:** As hérnias diafragmáticas associadas a trauma fechado são raras e o retardo no diagnóstico e tratamento ocasiona altas taxas de morbidade e mortalidade.

## POSTER 033

### PARATIREÓIDE ECTÓPICA SUPRANUMÉRÁRIA LOCALIZADA NO MEDIASTINO ANTERIOR

GILMAR FELISBERTO JR<sup>1</sup>; RAUL LOPES RUIZ JR<sup>2</sup>; JOSÉ VICENTE TAGLIARINI<sup>3</sup>; JOÃO HENRIQUE CASTRO<sup>4</sup>.

1,2. SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA – FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP, MARILIA - SP - BRASIL;

3. SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA – FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP, BOTUCATU - SP -

BRASIL; 4. SERVIÇO DE NEFROLOGIA - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - TO - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** As Paratireóides mediastinais sintomáticas são extremamente raras e diagnóstico e terapêutica são desafiadores. A abordagem do mediastino é realizada em apenas 1% das operações para tratamento das doenças das paratireóides. A maioria dos pacientes que apresentam paratireóide mediastinal sintomática, já foi submetida à paratireoidectomia cervical com a ressecção das quatro glândulas normais. A persistência ou recorrência do Hiperparatireoidismo Primário (HPTP) estão relacionadas, na maioria das vezes, com a presença de glândulas ectópicas, diagnosticadas por meio de exames de imagens e através da elevação dos níveis séricos do Hormônio das Paratireóides (HPT). As Paratireóides ectópicas são encontradas no mediastino anterior em contato com o timo ou dentro dele em 80% dos relatos da literatura. A monitorização dos níveis de HPT para o manejo intraoperatório é muito importante e permite confirmar a completa remoção da glândula. Existem protocolos intraoperatórios de avaliação do HPT padronizados e descritos na literatura. **OBJETIVO:** Relatar um caso da rara presença de glândula paratireóide ectópica supranumerária, localizada no mediastino anterior, em paciente dialítico portador de insuficiência renal crônica, apresentando sintomas relacionados aos distúrbios do cálcio e fósforo. **RELATO DE CASO:** Homem, 50 anos, portador de insuficiência renal crônica de causa indeterminada, em hemodiálise há 6 anos, com antecedente de doença renal na família e proteinúria. Em associação apresenta hipertensão arterial sistêmica, hipertrigliceridemia e obesidade. Há 4 anos evoluía com altos níveis séricos de fósforo e HPT. Apresentava frequentemente dores ósseas, mialgia e artralgia. Evoluía com anemia resistente ao tratamento com eritropoítina. Então, foi submetido à paratireoidectomia cervical, apresentando queda nos níveis das dosagens séricas de fósforo e HPT no início e que depois se elevaram novamente. Dois anos após foi submetido à ressecção da glândula supranumerária ectópica em localização mediastinal. O produto da paratireoidectomia cervical confirmou a ressecção de quatro glândulas paratireóides hiperplásicas. Durante a abordagem do mediastino, o exame anatomopatológico, realizado por meio de biópsia de congelação, confirmou a presença da glândula paratireóide ectópica. A dosagem sérica do HPT no dia da operação era de 1680 pg/ml. Após 20 minutos da ressecção da glândula houve uma redução de 80% nos níveis, que caíram para 341,3 pg/ml. Cinco meses após a abordagem do mediastino, os níveis séricos do HPT estão ainda menores (70 pg/ml). **DISCUSSÃO:** O monitoramento das dosagens séricas do HPT, durante o acompanhamento clínico dos pacientes renais crônicos, que apresentam distúrbios do cálcio e fósforo, é fundamental para o diagnóstico e indicação da terapêutica cirúrgica. No intraoperatório, permite a confirmação da completa ressecção da glândula ectópica. A biópsia de congelação está indicada para confirmação da completa ressecção da glândula.

#### POSTER 034

##### PERFIL DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE PULMONAR NO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

JOSÉ EDUARDO AFONSO JR; ROBERTA DE HELD FALASHI; RAFAEL CARRARO; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** O Brasil possui o maior programa público de transplantes do mundo, tendo realizado 7.426 transplantes em 2012 diversificados em diferentes órgãos. Em relação ao transplante de pulmão no Brasil, foram realizados 69 no ano de 2012, com total de 552 entre os anos de 2002 a 2012, possuindo uma fila de espera de 165 pacientes em todo o Brasil, com diferentes perfis demográficos. **Objetivo:** Traçar o perfil demográfico dos pacientes em lista de espera para o transplante de pulmão, bem como mortalidade em lista e motivos de exclusão. **Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva de dados de prontuários de pacientes ambulatoriais incluídos em lista para transplante de pulmão, em um hospital de grande porte do Estado de São Paulo. Foram analisados os pacientes atualmente em lista e já transplantados, óbitos em lista e pacientes removidos por algum motivo. **Resultados:** Amostra de 65 pacientes sendo 53,85% homem, 46,15% mulher, predominância da doença de base Enfisema Pulmonar com 18,46%, 49,23% tabagistas, 20,63% histórico de depressão, 69,23% possui algum tipo de comorbidade, 21,54% possui osteoporose, 87,69% são da filantropia. A idade média dos pacientes é de 49 anos, IMC médio de 23,24, 53,85% são da grande São Paulo e 33,85% do interior de São Paulo, 4,62% do litoral e 7,7% divididos entre outros estados. A mortalidade em lista foi de 20,23%, tempo de espera de 26,1 mês, sendo 30,5 mês(s) para tipo A, 18,5mês(s) para tipo B, 28,0 mês para tipo O, sem realização de TX tipo AB. 1,47% dos pacientes foram removidos por >365 dias de inatividade, 2,94% removidos por falta de condições clínicas. **Conclusão:** Verificado o perfil demográfico dos pacientes em lista de espera de TX pulmonar em relação ao sexo, idade, doença de base, região, fonte pagadora, tabagismo e comorbidades.

---

#### POSTER 035

##### PERICARDITE CONSTRICTIVA APÓS TRANSPLANTE PULMONAR BILATERAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; MAYRA DRUMMOND PALMEIRA GAMA; LUCAS MATOS FERNANDES; LUIS GUSTAVO ABDALLA; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA; JOSÉ EDUARDO AFONSO JR; RAFAEL CARRARO; SILVIA VIDAL CAMPOS; ANDRE NATHAN COSTA; MARCOS NAOYUKI SAMANO.

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A pericardite constrictiva consiste no espessamento fibroso e denso dos folhetos pericárdicos levando a compressão do coração e comprometimento ao seu enchimento causando insuficiência cardíaca restritiva. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso raro de pericardite constrictiva após transplante pulmonar e sua dificuldade diagnóstica. **Material e método:** Revisão de prontuário e literatura. **Resultados:** Paciente de 42 anos, masculino, com diagnóstico de bronquiectasias difusas bilaterais com hemoptise e infecções recorrentes foi incluído em lista de espera para transplante pulmonar. Em outubro de 2008 foi submetido ao transplante bilateral com circulação extra-corpórea, apresentando boa evolução pos operatória nos anos subsequentes. Após três anos, deu entrada no pronto socorro com instabilidade hemodinâmica, relatando quadro compatível com infecção de vias aéreas associado à dispnéia progressiva e edema de membros inferiores. A tomografia computadorizada de tórax mostrava pequeno derrame pericárdico e derrame pleural loculado bilateral e o ecocardiograma transtorácico confirmou o derrame pericárdico como moderado à importante, associado à insuficiência tricúspide moderada. O paciente foi submetido à pericardiostomia subxifóideia com drenagem de 80ml de líquido. Apesar de discreta melhora inicial o paciente evoluiu rapidamente com piora do choque hemodinâmico e óbito após três dias. A necrópsia revelou pulmões aerados, pouco congestos e histologicamente não existiam sinais de rejeição celular ao enxerto. O principal achado foi pericardite crônica constrictiva com folhetos pericárdicos acentuadamente espessos, focalmente aderidos, sob forma de epicardite constrictiva. **Discussão e conclusão:** A ocorrência de pericardite constrictiva tem sido raramente relatada após transplante pulmonar e não possui causa definida. O tratamento consiste na pericardiectomia total para descompressão do coração e depende da precocidade do diagnóstico. Este por sua vez é difícil, sendo que os exames de imagem nem sempre são capazes de detectá-lo. Assim, a pericardite constrictiva deve ser sempre considerada em pacientes após transplante pulmonar que apresentem dispnéia de causa desconhecida associada a sintomas de insuficiência cardíaca.

#### POSTER 036

#### QUALIDADE DE VIDA E DE VOZ PÓS LARINGOFISSURA ANTERIOR E POSTERIOR COM ENXERTO DE CARTILAGEM COSTAL PARA TRATAMENTO DE ESTENOSES GLÓTICAS-SUBGLÓTICAS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 10 ANOS.

BENOIT JACQUES BIBAS<sup>1</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>2</sup>; TALES RUBENS NADAI<sup>3</sup>; HELIO MINAMOTO<sup>4</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>5</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>6</sup>.

1,2. INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3,4,5,6. INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** As estenoses laringotraqueais são complicações graves da intubação orotraqueal prolongada. Frequentemente requerem operações complexas de vias aéreas para reconstrução, muitas vezes em mais de 2 tempos cirúrgicos. A laringofissura anterior e posterior com enxerto de cartilagem costal demonstrou bons resultados, com taxas de decanulação de até 80% em 3 anos. No entanto, a qualidade de vida e de voz nestes pacientes ainda não foi devidamente avaliada. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida e de voz de pacientes com estenose glótica/subglótica pós intubação orotraqueal prolongada submetidos a laringofissura anterior e posterior com enxerto de cartilagem costal. **Métodos:** Estudo retrospectivo com pacientes com estenose glótica/subglótica (pós intubação orotraqueal prolongada) submetidos a laringofissura anterior e posterior com enxerto de cartilagem costal, no período de Janeiro de 2000 à dezembro de 2010. A avaliação de voz foi realizada através do Voice Handicap Index adaptado para o português brasileiro (Behlau M et al.) A avaliação de qualidade de vida foi realizada através do questionário de qualidade de vida da organização mundial de saúde abreviado (WHOQOL). Todas as avaliações foram realizadas via telefone. Pacientes que não puderam ser contactados foram excluídos do projeto. **Resultados:** Foram incluídos 29 pacientes, 15 homens e 14 mulheres, com média de 26 + 2 anos de idade (17 a 63 anos). Cinquenta e cinco por cento dos paciente apresentavam estenose subglótica alta (<5mm das pregas vocais) e 45% tinham estenoses glóticas ou subglóticas severas (Cotton III / IV). Dentre os pacientes avaliados, 66% apresentavam-se decanulados, e 34% ainda faziam uso de alguma prótese de traqueia. A avaliação de voz (Voice Handicap Index) mostrou que a voz dos pacientes operados era normal em 35% dos casos, discretamente alterada em 30%, muito alterada em 22% , e ruim em 13%. Os melhores resultados de voz foram obtidos nos pacientes decanulados (n=14), e os piores nos pacientes com traqueostomia (n=2). Pacientes com próteses de traqueia obtiveram resultados intermediários. A avaliação de qualidade de vida demonstrou boa qualidade de vida média nos diversos domínios avaliados (geral: 3.74; físico: 65.05; psicológico: 64.5; social: 73.5; ambiental: 61). Pacientes decanulados tiveram escores melhores em todos os domínios, enquanto os traqueostomizados tiveram a pior qualidade de vida. **Conclusões:** Estenoses laringotraqueais altas são tecnicamente desafiadoras e de difícil tratamento. A laringofissura é capaz de obter bons resultados a longo prazo, com taxa de decanulação aceitável, boa qualidade de voz e de vida. A traqueostomia deve ser desencorajada, visto que prejudica a voz e a qualidade de vida dos pacientes.

---

#### POSTER 037

#### RECONDICIONAMENTO PULMONAR EM LESÃO DE ISQUEMIA-PERFUSÃO POR HIPOTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA SEVERA

PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; LILIANE MOREIRA RUIZ; NATHALIA NEPOMUCENO; KARINA ANDRIGUETTI DE OLIVEIRA; FABIO BISCEGLI JATENE.

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A instabilidade hemodinâmica e a hipotensão severa são achados frequentes nos doadores de órgãos, sendo particularmente nocivas para os pulmões. Neste contexto alguns grupos têm proposto a utilização de pulmões não ideais obtidos de doadores limitrofes, os quais são submetidos à técnica de Recondicionamento ex vivo com solução hiperoncótica. A partir da hipótese de que os pulmões extraídos de doadores com hipotensão arterial sistêmica severa poderiam ser recondicionados através da técnica ex vivo, desenhamos um estudo experimental em ratos. O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto do recondicionamento pulmonar na performance do pulmão em modelo de hipotensão severa. **Métodos:** Vinte ratos Sprague Dawley foram divididos em dois grupos. Os animais foram submetidos a hipotensão (30mmHg por 60 minutos), perfusão do bloco cardio-pulmonar com solução Perfadex®, extração do bloco cardio-pulmonar e isquemia hipotermica de seis horas. No grupo não submetido ao recondicionamento, ao finalizar o período de isquemia, os pulmões eram preparados para avaliação histopatológica. No grupo submetido ao recondicionamento, ao finalizar a etapa de isquemia, os pulmões eram recondicionados com solução Steen® com Perfadex® 1:1 por 20 minutos, após esta etapa o órgão era preparado para a avaliação histopatológica. **Resultados:** Os parâmetros avaliados na análise histopatológica foram, presença de congestão, edema alveolar, hemorragia alveolar, hemorragia intersticial, infiltrado eosinofílico, infiltrado inflamatório, infiltrado intersticial e focos pneumônicos. Não houve diferença estatística entre os grupos. **Conclusão:** Para este modelo de hipotensão arterial sistêmica o recondicionamento pulmonar ex vivo não foi efetivo na reversão do dano tecidual.



## POSTER 038

### RELATO DE CASO: HEMANGIOMA ESCLEROSANTE DE PULMÃO

JOSÉ EUSTÁCIO AQUINO DE MORAES; RICARDO MINGARINI TERRA; MAYRA DRUMMOND PALMEIRA GAMA; FÁBIO DE OLIVEIRA RIUTO; VINÍCIUS LUDERER DIAS; ANGELO FERNANDEZ; ALESSANDRO WASUM MARIANI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES.

*INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.*

**Introdução:** O hemangioma esclerosante é uma neoplasia benigna incomum do pulmão que pode ser um desafio para o adequado diagnóstico. **Objetivo:** Relatamos um caso de um Hemangioma Esclerosante. **Método:** Mulher, 42 anos, não tabagista, previamente hígida, fez uma radiografia de tórax para investigar quadro de coriza e tosse. Esta radiografia mostrou uma massa pulmonar na projeção do lobo médio. Encaminhada para avaliação ambulatorial especializada, foi indicada uma biópsia transtorácica guiada por Tomografia. O exame histológico mostrou alterações de caráter reativo. O PET/CT feito a seguir definiu uma massa de 8,4 x 8,6 x 6,5cm no lobo médio com SUVmáx = 2,8. **Resultados:** A paciente foi submetida a uma lobectomia média por toracotomia direita, sem intercorrências. Evolução pós-operatória favorável. O exame anátomo – patológico definitivo descreveu na macroscopia um “tumor bem delimitado, de padrão esponjoso e hemorrágico 9,0cm de diâmetro. O exame histológico com trama de padrão esponjoso/alveolar, discreta atipia celular e numerosos mastócitos. O perfil imunofenotípico mostrou: TTF1 positivo; Surfactante negativo; EMA positivo; AE1/AE3 positivo; CD34 positivo. Diagnóstico final compatível com hemangioma esclerosante (Pneumocitoma). **Conclusões:** Hemangioma Esclerosante é uma neoplasia benigna rara do pulmão, mais comum em mulheres de meia idade. Ele tem origem nas células epiteliais (Pneumócitos tipo II) e, pela dificuldade diagnóstica, pode se constituir em dilema terapêutico. Ressecção cirúrgica completa é o tratamento de escolha.

---

## POSTER 039

### RESSECÇÃO DE PAREDE TORÁCICA NA RECIDIVA LOCORREGIONAL DO CÂNCER DE MAMA: UMA OPÇÃO VIÁVEL E SEGURA.

RODRIGO OLIVIO SABBION<sup>1</sup>; FERNANDO CONRADO ABRÃO<sup>2</sup>; ALBERTO DELA VEGA<sup>3</sup>; ANGELO FERNANDEZ<sup>4</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>5</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>6</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>7</sup>.

*1,4,6,7. INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2,3,5. INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.*

**Introdução:** Devido aos melhores resultados com tratamento para câncer de mama nas últimas décadas, o tempo de sobrevida melhorou e consequentemente aumentou o número de recidivas em parede torácica. Por este motivo, a recidiva de câncer de mama em parede torácica é doença relativamente nova para cirurgiões torácicos e seu tratamento permanece como dilema, pois ainda não temos protocolos nem evidências científicas suficientes para o tratamento deste grupo heterogêneo de pacientes. **Objetivos:** Analisar a segurança do procedimento, recorrência local e sobrevida do tratamento cirúrgico para recorrência do câncer de mama envolvendo parede torácica. **Métodos:** Estudo retrospectivo, consistindo da revisão de prontuários de pacientes submetidas à ressecção de parede torácica por recorrência de câncer de mama entre Janeiro de 1998 e Novembro de 2010. Os dados analisados foram idade, tipo de ressecção, margens cirúrgicas, técnica de reconstrução, mortalidade e morbidade operatória, tratamento adjuvante, recorrência e mortalidade. **Resultados:** Foram incluídos 18 pacientes. O tamanho médio da recidiva na peça patológica foi de 8,2cm. A média de intervalo entre a mastectomia (procedimento mais realizado - 88% das pacientes) e a recidiva na parede torácica foi de 6 a 108 meses. Todas as pacientes submetidas a ressecção da parede torácica devido a recidiva de câncer de mama tiveram sobrevida maior que 12 meses, e a maioria delas maior que 24 meses. Sete pacientes morreram, sendo seis delas por recorrência a distância do câncer de mama e uma delas por doença não relacionada a neoplasia. Não houve nenhum caso de morte relacionada a complicações cirúrgicas e somente uma paciente (5,5%) apresentou nova recidiva. A média de sobrevida após a ressecção foi de 30 meses – IC 95% (14,86 – 45,13). **Conclusão:** A ressecção de parede torácica para recorrência local do câncer de mama é factível em pacientes selecionados, e que, além de aumentar o tempo de sobrevida, proporciona melhora importante da qualidade de vida nestas pacientes submetidas à ressecção.

#### POSTER 040

##### RESULTADO INICIAIS DO PROGRAMA DE TRANSPLANTE PULMONAR DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

JOSÉ EDUARDO AFONSO JR; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA; RAFAEL CARRARO; MARCOS NAOYUKI SAMANO; EDUARDO WEREBE; LUCAS MATOS FERNANDES; LUIS GUSTAVO ABDALLA; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES.  
HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Desde o primeiro transplante pulmonar realizado com sucesso no mundo em 1983, foram realizados em todo mundo cerca de 35000 transplantes. No Brasil, cerca de 650 transplantes foram realizados o que é, proporcionalmente, muito menos para o mundo, do que o Brasil representa em relação a outros transplantes de órgãos sólidos.

O programa do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) foi idealizado e criado em 2007, com intuito de realizar transplantes de pulmão em seu programa de filantropia / SUS e convênios / privado, respeitando a fila de espera do Estado de São Paulo, gerida pela Central de Transplantes da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Foram analisados retrospectivamente todos os Transplantes de Pulmão realizados no HIAE a partir da instituição de seu programa. Foram analisados os seguintes dados: número de transplantes, doenças de base, sobrevida perioperatória, sobrevida tardia, tempo de ventilação mecânica, tempo de UTI e tempo de internação total. Dados obtidos através de prontuários e banco de dados do grupo. Foram realizados 16 transplantes até o momento. Um transplante unilateral e quinze transplantes bilaterais. Em cinco transplantes foi realizada circulação extra-corpórea (35%). A sobrevida em 3 meses foi 100% e em um ano de 94%. O tempo médio de permanência em UTI foi de 10 dias (3 - 73) e de internação hospitalar 41 dias (22 - 104). A doença de base mais frequente como indicação foi a doença pulmonar obstrutiva crônica, com 56% das indicações. Os resultados iniciais obtidos no programa de Transplante Pulmonar do Hospital Israelita Albert Einstein são satisfatórios e encorajadores não só para manutenção do programa, mas também para servir de exemplo a outras parcerias público-privadas em transplante pulmonar que possam vir a surgir.

---

#### POSTER 041

##### SCHWANNOMA VOLUMOSO DE MEDIASTINO – RELATO DE DOIS CASOS CONSECUTIVOS.

JOSÉ ALEXANDRE BIZON; FABIANO ALVES SQUEFF; MÁRCIO MATIAS DE OLIVEIRA; SILVIO GONÇALVES MESQUITA JUNIOR; LEONARDO BIZON DE ARAUJO; FELIPE DE OLIVEIRA TEIXEIRA.  
SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL.

**Objetivo:** Relato de dois casos de Schwannoma volumoso de mediastino posterior submetidos à ressecção cirúrgica. **Métodos:** Schwannoma é o tumor neurogênico mais comum do mediastino. Mais frequentemente, é encontrado em pacientes assintomáticos. Normalmente apresenta pequenas dimensões, não causa sintomas, sendo exequível a ressecção completa por VATS. Relatamos dois casos de volumosa lesão mediastinal encapsulada, submetidos à ressecção cirúrgica cujo o anatomopatológico demonstrou Schwannoma. Realizamos análise dos casos através de revisão de prontuários e de exames. **Resultados:** Caso1 – Paciente feminina, 55 anos admitida com quadro de dor torácica, ventilatório dependente, associada à dispnéia progressiva. Ao exame encontrava-se com redução da expansão pulmonar esquerda e com murmúrio vesicular abolido. Exames de imagem demonstraram volumosa formação expansiva heterogênea, com derrame pleural. Paciente foi submetida à punção pleural com resultado de exsudato não complicado com citologia oncológica negativa. Posteriormente, realizou-se toracotomia com ressecção do tumor. A biópsia demonstrou Schwannoma, com dimensões de 15,0cmx 13,0cmx10cm. Evoluiu sem intercorrências. Caso 2: Paciente masculino, 42 anos, admitido com queixa de dor torácica com início há seis meses. Ao Rx de tórax, presença de volumosa lesão expansiva em tórax esquerdo. Após complementação radiológica, com tomografia que evidenciou volumosa lesão expansiva, heterogênea e com limites definidos, foi realizado ressecção, através de toracotomia esquerda com resultado de Schwannoma de mediastino, medindo 10,5cm x 8,0cmx8,0cm.Recebeu alta no terceiro dia de pós operatório. **Conclusão:** Os Schwannomas de mediastino são tumores normalmente de pequenas, dimensões, encontrados em exames de rotina e que raras vezes causam algum sintoma. Quando em grandes volumes, apresentam sintomas compressivos. Exceto na forma em ampolheta, a ressecção completa é factível e possibilita a cura. Raras vezes apresentam degeneração maligna.

## POSTER 042

### SÉRIE DE CASOS DE OBSTRUÇÕES DE VIAS AÉREAS POR TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO

JOSÉ EUSTÁCIO AQUINO DE MORAES<sup>1</sup>; FÁBIO DE OLIVEIRA RIUTO<sup>2</sup>; BENOIT JACQUES BIBAS<sup>3</sup>; VINÍCIUS LUDERER DIAS<sup>4</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>5</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>6</sup>; MAYRA DRUMMOND PALMEIRA GAMA<sup>7</sup>; HELIO MINAMOTO<sup>8</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>9</sup>.

1,2,4,5,7,8,9. INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3,6. ICESP / HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Tumor miofibroblástico inflamatório é uma condição rara, mas que quanto presente representa um desafio para o cirurgião torácico. **Objetivo:** Apresentar uma série de três casos de pacientes com diagnóstico de tumor miofibroblástico inflamatório nas vias aéreas tratados endoscopicamente. **Método:** Foram coletados, retrospectivamente, dados de prontuários de paciente atendidos, em um hospital referenciado, durante o período de 2009 a 2012. Todos submetidos à broncoscopia flexível com biópsia endobrônquica revelando tumor miofibroblástico inflamatório. **Resultados:** Foram atendidos três paciente com média de idade de 32 anos (31 – 33), sendo um homem e duas mulheres. Todos apresentavam tosse e dispneia aos grandes esforços. Porém, em apenas um, existia queixa de escarros hemoptoicos e nos outros destacavam-se pneumonias de repetição. Havia obstrução de brônquio fonte esquerdo em dois paciente e traquéia distal no terceiro. Após diagnóstico por biópsia endobrônquica, foram encaminhados para Broncoscopia Rígida e submetidos a ressecção endoscópica, sem complicações. Até o momento de publicação deste trabalho, não há evidências tomográfica e clínicas de recidiva tumoral. **Conclusões:** Tumor miofibroblástico inflamatório pertence ao grupo de tumores de partes moles, também chamado de pseudotumor inflamatório, histiocitoma fibroso, entre outros. Sua incidência relatada na literatura 0,04% a 0,07% de todos os tumores no trato respiratório. Geralmente acometendo crianças e adultos jovens. A etiopatogenia não é bem compreendida. O tratamento de escolha é a ressecção completa da lesão.

## POSTER 043

### SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY ASSOCIADO À DERRAME QUILOSO EM CAVIDADES PLEURAL, PERICÁRDICA E PERITONEAL.

ERICA NISHIDA HASIMOTO<sup>1</sup>; DANIELE CRISTINA CATANEO<sup>2</sup>; REGINA MOURA<sup>3</sup>; MARCONE LIMA SOBREIRA<sup>4</sup>; MARCELLO LANEZA FELICIO<sup>5</sup>; RUBENS RAMOS DE ANDRADE<sup>6</sup>; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO<sup>7</sup>.

1,2,7. SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 3,4. SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 5,6. SERVIÇO DE CIRURGIA CARDÍACA - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A Síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) é uma rara síndrome descrita por Klippel e Trenaunay em 1900, caracterizada pela tríade: hemangiomas capilares cutâneos, hipertrofia óssea e de tecidos moles e dilatações venosas. Os hemangiomas geralmente são unilaterais, costumam respeitar a linha média, podem aumentar com o crescimento e estarem presentes em qualquer região, sendo a face e a região cervical os locais mais comuns. A hipertrofia pode ser devido a aumento do comprimento (acometimento ósseo) e/ou da circunferência (acometimento de tecidos moles), estando presente desde o nascimento. As varizes podem ser causas de dor, linfedema, tromboflebitas e úlceras. Não existe tratamento curativo e o objetivo é o tratamento dos sintomas. **OBJETIVO:** Relatar um raro caso de SKT associado a derrame quiloso em cavidades pleural, pericárdica e peritoneal. **RELATO DE CASO:** F.B., 16 anos, masculino. Aos 7 anos iniciou quadro de aumento de volume do membro inferior direito (MID), tipo linfedema, que se estendia da raiz da coxa até o pé. Realizou dúplex de membros inferiores (MMII), linfocintilografia, venografia e escanometria de MMII, que concluíram existir apenas um linfedema de MID. Apresentava máculas eritemato-violáceas, em tronco e face e hiperpigmentação capilar, somente à direita, respeitando a linha média em todas as regiões. Dos 7 aos 16 anos permaneceu em seguimento ambulatorial com a Cirurgia Vascular sem alterações do quadro. Até que apresentou quadro de dor torácica à direita, sendo diagnosticado na cidade de origem um derrame pleural (DP) quiloso. Na radiografia de tórax de entrada apresentava DP à esquerda que após análise também foi compatível com quilotórax. Mesmo com drenagem torácica bilateral, dieta com triglicérides de cadeia média e octreotida, após 18 dias não houve redução da drenagem, sendo optada pela toracotomia direita e rafia do ducto torácico. Após a cirurgia apresentou ascite quilosa e quilopericárdio, sendo necessária realização de pericardiectomia e posteriormente janela pericárdica para a cavidade peritoneal. Permaneceu internado por 4 meses, apresentado vários quadros de tamponamento cardíaco e tromboembolismo pulmonar e após longo período de internação, a família optou pela alta hospitalar. O paciente evoluiu para morte após um mês da alta. **DISCUSSÃO:** A SKT é uma rara síndrome, com cerca de 1000 relatos na literatura, deve ser suspeitada em crianças que ao nascimento apresentam malformações capilares e/ou discrepâncias de segmento corporal. O diagnóstico diferencial se faz com a SKT- Weber, Síndrome de Proteus, Síndrome de Maffucci e outras malformações capilares. Há possibilidade de derrames quilosos em qualquer cavidade corporal devido à malformação linfática, mas não encontramos na literatura relatos para guiar a conduta em nosso caso. Apesar de não existir tratamento específico pode-se tratar os sintomas melhorando a qualidade de vida, no entanto neste caso a descompensação sistêmica tornou o quadro fatal.

## POSTER 044

### TRANSPLANTE PULMONAR BILATERAL EM PACIENTES COM SÍNDROME DE KARTAGENER

FÁBIO DE OLIVEIRA RIUTO<sup>1</sup>; ANDRE NATHAN COSTA<sup>2</sup>; LUCAS MATOS FERNANDES<sup>3</sup>; LUIS GUSTAVO ABDALLA<sup>4</sup>; JOSÉ EDUARDO AFONSO JR<sup>5</sup>; RAFAEL CARRARO<sup>6</sup>; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA<sup>7</sup>; EDUARDO WEREBE<sup>8</sup>; MARCOS NAOYUKI SAMANO<sup>9</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>10</sup>.

1,2,3,4,5,6,7,9,10. INCOR-FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 8. HIAE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

A Síndrome de Kartagener é uma rara desordem genética autossômica recessiva na qual ocorre uma alteração na motilidade ciliar do epitélio respiratório e um transporte mucociliar inadequado. É caracterizada pela presença de bronquiectasias, sinusite crônica e situs inversus totalis. Em decorrência das infecções respiratórias recidivantes, pode acarretar destruição pulmonar evoluindo para insuficiência respiratória crônica, necessidade de uso de oxigênio suplementar e baixa expectativa de vida. Nestas condições, o transplante pulmonar bilateral seqüencial é uma opção eficaz de tratamento cirúrgico. Relatamos quatro casos de transplante pulmonar bilateral em pacientes portadores de Síndrome de Kartagener realizados entre novembro de 2011 a abril de 2013. Os transplantes foram realizados por toracotomia bilateral transesternal (Clamshell). O três primeiros foram realizados pela técnica seqüencial, inicialmente à esquerda pela menor perfusão avaliada previamente pela cintilografia perfusional. Apenas um foi realizado com auxílio de circulação extra-corpórea não programada, por instabilidade hemodinâmica intra-operatória. O tempo de isquemia variou entre 375 e 628 minutos. Em um caso, ocorreu acotovelamento da artéria pulmonar direita corrigida ainda no intra-operatório e em outro paciente, houve discreta estenose brônquica direita subclínica causada por deformidade anatômica. Algumas variações técnicas devem ser levadas em consideração, principalmente quanto ao comprimento dos cotos vasculares e brônquicos. Durante a realização da pneumonectomia, é preferível manter todos os cotos vasculares e brônquico longos para planejamento. O mesmo ocorre para o preparo do pulmão do doador, mantendo-se os cotos longos. À direita, o coto brônquico deve ser seccionado o mais próximo possível à carina e a anastomose ao doador realizada próximo à primeira ramificação do brônquio do lobo superior, em posição habitual. A artéria pulmonar direita seccionada ainda intra-pericárdica e a artéria do doador deve ser imediatamente próxima ao ramo do lobo superior, a fim de evitar acotovelamento desta anastomose. A anastomose atrial é habitual. Do lado esquerdo, o coto brônquio do receptor é seccionado de maneira habitual, mas é preferível manter o brônquio do doador mais longo do que o habitual. A anastomose arterial esquerda é a mais difícil pois os cotos vasculares ficam distantes. A anastomose do átrio esquerdo é realizada de maneira convencional.

Esta série de casos mostra que com algumas modificações técnicas, o transplante pulmonar bilateral seqüencial é possível em pacientes com Síndrome de Kartagener e situs inversus totalis. Contudo, deve-se atentar às anastomoses para que não ocorram acotovelamento vascular ou deformidade anatômica.

## POSTER 045

### TRATAMENTO CIRÚRGICO MULTIDISCIPLINAR PARA CORREÇÃO DE FENDA LARINGOTRAQUEOESOFÁGICA TIPO IV

ERICA NISHIDA HASIMOTO<sup>1</sup>; BONIFÁCIO KATSUNORI TAKEGAWA<sup>2</sup>; PEDRO LUIZ TOLEDO ARRUDA LOURENÇÃO<sup>3</sup>; JOSÉ VICENTE TAGLIARINI<sup>4</sup>; EMANUEL CELICE CASTILHO<sup>5</sup>; DANIELE CRISTINA CATANEO<sup>6</sup>; GILMAR FELISBERTO JR<sup>7</sup>; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO<sup>8</sup>.

1,6,7,8. SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 2,3. SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 4,5. SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A fenda laringotraqueoesofágica (LTE) é uma malformação congênita rara resultante de um defeito embrionário na separação dos tratores respiratórios e gastrointestinal. Segundo Benjamin e Inglis o tipo I acomete a região supraglótica, o tipo II parcialmente a cartilagem cricóide, o tipo III acomete totalmente a cartilagem cricóide se estendendo para a traqueia cervical e o tipo IV se estende para a traqueia torácica e ocasionalmente para os brônquios principais. Os achados clínicos de choro rouco e baixo, pneumonia aspirativa e dificuldades na alimentação devem levantar a suspeita diagnóstica. O diagnóstico pode ser confirmado através da laringoscopia direta e da broncoscopia. Outras anomalias congênitas cardíacas, traqueoesofágicas e gastrointestinais podem estar associadas. O tratamento cirúrgico multidisciplinar precoce é indicado para evitar as infecções pulmonares que podem levar a morte. **OBJETIVO:** Relatar um raro caso de fenda LTE tipo IV corrigida cirurgicamente. **RELATO DE CASO:** B.A.F., 6 dias, feminino. A gestação evoluiu sem intercorrências até o 3º trimestre quando foi evidenciado polidramnion. Com 36 semanas e 6 dias houve rotura prematura de membranas sendo optada pela cesariana devido bradicardia fetal. Apresentou desconforto respiratório ao nascimento necessitando de oxigenioterapia, com 15 horas de vida apresentou piora do sintoma sendo submetida à intubação. Durante a laringoscopia evidenciou-se fenda em palato mole e defeito em região posterior da laringe. Após a passagem de sonda nasogástrica contrastada, a radiografia evidenciou que esta se encontrava na árvore traqueobrônquica, sendo feita hipótese de atresia de esfôago com fístula traqueoesofágica. Através da laringoscopia foi diagnosticada uma fenda LTE. Após discussão multidisciplinar foi optada pela realização de broncoscopia onde foi observada variação anatômica dos óstios dos brônquios lobares/segmentares com trifurcação da carina principal. Através de toracotomia direita foi dissecado o tubo aerodigestivo, e como seria impossível a divisão desse tubo único para a formação de um tubo traqueal e um digestivo, foi realizada a ligadura proximal do esfôago, para eventual reconstrução esofágica e plicatura da parede do tubo aerodigestivo evitando redundância da membranosidade traqueal. Através de cervicotomia anterior e abertura anterior das cartilagens tireóide e cricóide foi ressecado um flap posterior, com o qual foi confeccionado um tubo esofágico para esofagostomia. Para alimentação foi realizada uma jejunostomia. A criança permaneceu internada por 5 meses e atualmente encontra-se em seguimento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** Por se tratar de um caso extremamente raro a maioria dos pacientes não sobrevivem devido a sua gravidade, com isso a experiência de todos os grandes serviços acaba sendo muito restrita. Em nosso caso apostamos numa abordagem cirúrgica multidisciplinar na tentativa de favorecer a sobrevida da criança para posterior reconstrução esofágica.

**POSTER 046****TROMBOEMBOLIA PULMONAR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 82 TRANSPLANTADOS PULMONARES**

FERNANDO MOACYR FRAGOSO DIDIER-NETO<sup>1</sup>; ANDRE NATHAN COSTA<sup>2</sup>; PRISCILA CILENE LEÓN BUENO DE CAMARGO<sup>3</sup>; RAFAEL CARRARO<sup>4</sup>; JOSÉ EDUARDO AFONSO JR<sup>5</sup>; SILVIA VIDAL CAMPOS<sup>6</sup>; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA<sup>7</sup>; MARCOS NAOYUKI SAMANO<sup>8</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>9</sup>.

1.DIVISAO DE PNEUMOLOGIA - INCOR - HC FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8,9.INCOR - HC FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A incidência de tromboembolismo venoso (TEV) em transplantados pulmonares vem se mostrando maior que nos pacientes submetidos a outras cirurgias, chegando a 29% dos casos. Devido a um período pós-operatório com aspectos hemodinâmicos e infecciosos complexos, em parte dos casos as tromboembolias pulmonares (TEP) são subdiagnosticadas. Este estudo descreve a incidência de TEP e trombose venosa profunda (TVP) em transplantados pulmonares, ressaltando sua morbimortalidade especialmente nesse grupo de pacientes. **Material e Método:** Análise retrospectiva de prontuários de todos os 84 pacientes que foram submetidos a transplante pulmonar uni ou bilateral de janeiro de 2010 a maio de 2013, pelas diversas indicações, no InCor-HCFMUSP. Foram avaliados na ocasião da suspeita clínica quanto a TEP e TVP por angiotomografia do tórax, cintilografia pulmonar e ultrassonografia com doppler venoso, ou na necropsia. Dois casos foram excluídos, um por perda e outro por retransplante. **Resultados:** Dos 82 casos selecionados houve tromboembolia pulmonar em 13 (15,85%). Foi observado trombo em veia central de quatro pacientes (4,8%), e em veia periférica profunda de seis pacientes (7,3%). Dois pacientes tinham trombose de veia central, periférica profunda e TEP concomitantes. Quanto aos casos sem TEP associado, houve um caso de TVP de membro inferior e dois casos de TVP em membro superior. **Conclusão e discussão:** Observou-se incidência semelhante aos achados estatísticos internacionais porém a real incidência geral ainda é desconhecida, e dessa forma não há protocolo de profilaxia estabelecido especialmente para os transplantados pulmonares. Diante de potenciais fenômenos hemorrágicos no pós-operatório ainda pode haver resistência em iniciar a profilaxia química, porém como a maioria dos casos de TEV são silenciosos e há outras comorbidades confundidoras (infecção, rejeição aguda, insuficiência renal, dentre outros), esses pacientes são subdiagnosticados. Fatores de risco como diabetes, pneumonia e presença de cateter central estão entre os principais associados nesse grupo de pacientes, além de fatores de risco clássicos como imobilidade e sepse, estando todos eles presentes na maioria dos casos. Grandes estudos prospectivos devem definir as variáveis que elevam sua morbimortalidade acima da de outros pacientes suscetíveis, como também o impacto da profilaxia e seu momento exato.

**POSTER 047****VIGILÂNCIA DAS ANASTOMOSES BRÔNQUICAS PÓS-TRANSPLANTE DE PULMÃO: ACHADOS ENDOSCÓPICOS EM BRONCOSCÓPIAS DE “ROTINA” E DE “URGÊNCIA”**

VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO<sup>1</sup>; HÉLIDA CONCEIÇÃO CAVALCANTE TORRES<sup>2</sup>; ARIADNE OLIVEIRA DESSUNTE<sup>3</sup>; ANAREGIA DE PONTES FERREIRA<sup>4</sup>; EDUARDO QUINTINÓ OLIVEIRA<sup>5</sup>; NILZA SAYURI ABE<sup>6</sup>; RICARDO BAMMANN<sup>7</sup>; SILVIA VIDAL CAMPOS<sup>8</sup>; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA<sup>9</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>10</sup>.

1,2,3,4,5,6,7.SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - CENTRO DE VIA AÉREA - INCOR/HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 8,9,10.GRUPU DE TRANSPLANTE PULMONAR DA DIVISÃO DE CIRURGIA TORÁCICA - INCOR/HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** a visualização endoscópica das anastomoses brônquicas é parte integrante do protocolo pós-operatório nos pacientes transplantados de pulmão. **Objetivos:** avaliar os achados endoscópicos das broncoscopias feitas no seguimento pós-operatório imediato e tardio de pacientes submetidos a transplante pulmonar. **Metodologia:** análise retrospectiva dos exames realizados no Serviço de dezembro de 2011 a julho de 2013, divididos em quatro grupos para fins de comparação: Grupo 1 - broncoscopias realizadas nos primeiros três meses pós-transplante em caráter de rotina (vigilância programada); Grupo 2 - broncoscopias de rotina realizadas entre o 4º e o 12º mês pós-transplante; Grupo 3 - broncoscopias realizadas por demanda clínica ao longo do primeiro ano pós-transplante; e Grupo 4 - broncoscopias realizadas por demanda clínica com mais de um ano pós-transplante. **Resultados:** 231 broncoscopias foram realizadas no período - Tabela 1, correspondendo a 33 pacientes recém transplantados (durante o próprio ano estudado) e outros 37 pacientes transplantados entre 2006 e 2011.

Aspecto da anastomose*	Grupo 1	Grupo 2	subtotal Rotinas	Grupo 3	Grupo 4	subtotal Urgências
Isquemia	12 (16,0%)	2 (4,8%)	14 (12,0%)	9 (24,3%)	0	9 (7,9%)
Obstrução	1 (1,3%)	1 (2,4%)	2 (1,7%)	4 (10,8%)	7 (9,1%)	11 (9,6%)
Normal	62 (82,7%)	39 (92,8%)	101 (86,3%)	24 (64,9%)	70 (90,9%)	94 (82,4%)
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>42</b>	<b>117</b>	<b>37</b>	<b>77</b>	<b>114</b>

Lesões isquêmicas foram mais frequentes mas não exclusivas do primeiro trimestre. Um paciente foi submetido ao re-transplante no 18º pós-operatório devido a deiscência unilateral da anastomose brônquica. As lesões obstrutivas aqui representadas foram granulomas (três precoces e um tardio) e três estenoses maiores que 50% (uma precoce e duas tardias), sendo necessária dilatação e implante de stent na anastomose esquerda em um destes pacientes. Não houve nenhum caso de malácia ou colapso. Percebe-se um maior percentual de lesões anastomóticas encontradas no Grupo 3 quando comparadas aos demais grupos ( $p < 0,05$ ), fato que pode ser explicado pelo viés habitual de se indicar mais exames de “urgência” para controle evolutivo ou eventual intervenção terapêutica nos casos em que achados precoces são encontrados nas broncoscopias de “rotina”. **Conclusão:** lesões isquêmicas ou obstrutivas são tipicamente encontradas no primeiro ano (em especial nos primeiros meses) pós-transplante. Todavia não são poucas as lesões anastomóticas visualizadas nas broncoscopias de vigilância feitas em pacientes ólio ou assintomáticos, fato que justifica sua adoção como rotina programada.

## POSTER 048

### VOLUMOSO HAMARTOMA PULMONAR COM LESÃO ENDOBRÔNQUICA

JOSÉ ALEXANDRE BIZON; FABIANO ALVES SQUEFF; MÁRCIO MATIAS DE OLIVEIRA; SILVIO GONÇALVES MESQUITA JUNIOR; LEONARDO BIZON DE ARAUJO; FELIPE DE OLIVEIRA TEIXEIRA.  
SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL.

**Objetivo:** Apresentação de caso clínico raro de hamartoma pulmonar com achado de lesão endobrônquica.

**Métodos:** Os hamartomas são os tumores benignos mais freqüentes do pulmão. São encontrados em exames de rotina com a característica de nódulo pulmonar solitário com calcificação "em pipoca". Em relação à localização podem ser intraparenquimatoso ou endobrônquico. Relatamos caso de volumoso hamartoma pulmonar, com invasão e formação de lesão endobrônquica, através de revisão de prontuário e de exames. **Resultados:** Paciente 41 anos, sexo masculino, admitido no ambulatório com história pregressa de tratamento de pneumonia há um mês. Apresentava dor torácica tipo pleurítica em região lateral de hemitórax esquerdo. Ao exame encontrava-se em bom estado geral, afebril, estável e eupneico. Propedêutica respiratória com expansão pulmonar e murmúrio vesicular reduzidos em hemitórax esquerdo. Radiografia de tórax documentava massa bem definida em terço inferior de hemitórax esquerdo, em íntimo contato com o diafragma. Complementou-se a investigação com tomografia de tórax que revelou lesão expansiva com densidade de gordura e com calcificações, medindo 10,0x 6,5x 6,0cm e com a broncoscopia que identificou lesão vegetante, amarelada, pouco sangrante ao toque do aparelho, obstruindo completamente o brônquio lobar inferior cuja biópsia demonstrou hamartoma. Diante dos achados, foi realizado a ressecção do tumor e da lesão endobrônquica através de toracotomia esquerda e lobectomia pulmonar inferior. Paciente evoluiu bem, recebendo alta no sétimo dia de pós operatório. **Conclusão:** trata-se de uma apresentação incomum de hamartoma pulmonar por dois motivos: o encontro de lesão na forma endobrônquica( 1,4-10% de todos os hamartomas pulmonares) e a dimensão do tumor na apresentação parenquimatosa, sendo necessário a realização de lobectomia pulmonar para o tratamento.

---

## POSTER 092

### APNEIA CENTRAL NÃO CHEYNE STOKES EM PACIENTE COM HIDROCEFALIA E PRESSÃO LIQUÓRICA NORMAL

SÉRGIO NACIF.

HOSP SERVIDOR PÚBLICO ESTADO SÃO PAULO - HSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Redução ou ausência do fluxo aéreo devido a falência do drive ventilatório central define a Apneia central do sono, portanto, na ausência de esforço muscular. Pode compreender distúrbios em que o drive ventilatório está reduzido, levando a hipercapnia diurna (Doenças neuromusculares, cifoescoliose, obesidade-hipoventilação) ou condições não hipercápnicas (Tipo Cheyne Stokes, Mal das Montanhas). Pode resolver espontaneamente em alguns casos, enquanto que outras vezes o tratamento deve se dirigir para a doença clínica subjacente. Nosso paciente tem 62 anos, antecedente de tabagismo, Diabetes tipo II, Hipertensão arterial sistêmica e Infarto agudo do miocárdio há 3 anos. Em tratamento neurológico há 2 anos devido tremores de extremidades a esclarecer, sem outros déficits. Queixas de roncos intensos, paradas respiratórias presenciadas e sonolência diurna aumentada. IMC 31 kg/m<sup>2</sup>. Mallampati grau III. Lúcido, orientado, PA 14x90 mmHg. Ausculta pulmonar: normal. Exame cardiológico: normal. Tomografia de crânio mostrou atrofia cerebral discreta com aumento ventricular. Ecocardiograma: Fração de ejeção normal. Hipertrofia concêntrica de VE leve com discreta hipocinesia e déficit de relaxamento. Polissonografia: IDR foi de 74,9/h, (431 eventos respiratórios, sendo 137 apneias obstrutivas, 108 apneias centrais, 110 apneias mistas e 76 hipopneias), tendo permanecido 30% do TTS com saturação de O<sub>2</sub> abaixo de 90%. Feito titulação com Cpap 1 mês após e a pressão sugerida foi de 16 cm H<sub>2</sub>O, tendo permanecido com grande número de eventos centrais. Ressonância magnética: confirmado os achados da CT: hidrocefalia com pressão normal ao estudo do fluxo líquórico. Encaminhado ao Otorrino que prescreveu Cpap automático (4 a 20 cmH<sub>2</sub>O), com boa adaptação e melhora clínica dos roncos e da sonolência diurna, porém com alto índice de apneias residuais (32/h). Permanece 2 anos em tratamento com VNI e aguarda neurocirurgia para tratamento da Hidrocefalia com pressão normal (derivação ventriculoperitoneal) e possível melhora dos eventos de apneia central, a ser confirmada com nova polissonografia. DIAGNÓSTICOS: Hidrocefalia com pressão normal. Apneia obstrutiva do sono com eventos centrais do tipo Não Cheyne Stokes. DISCUSSÃO: A apneia central é mais estudada na Insuficiência cardíaca, associada ao padrão crescendo-decrescendo. Apresentamos o caso de um paciente de 62 anos, com apneia central não Cheyne Stokes descoberta em polissonografia para tratamento de ronco após Infarto do Miocárdio. Apresentava tremores de extremidades e na investigação neurológica encontrou-se Hidrocefalia com pressão normal, sendo programada Derivação ventriculoperitoneal e nova polissonografia para avaliar possível melhora da apneia central. A Hidrocefalia deve sempre ser pesquisada em pacientes da 3ª. idade com demência e a presença da apneia do sono, especialmente apneia central, pode estar associada e seu diagnóstico e tratamento adequado podem melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

## POSTER 093

### EFEITO DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO DE GRAU LEVE SOBRE A QUALIDADE DE VIDA, HUMOR E SONOLÊNCIA SUBJETIVA, ESTUDO CASO-CONTROLE

GABRIELA C. PONTES LUZ; LUIZ EDUARDO NERY; THAIS DE MOURA GUIMARAES; LUCIANA BADKE; GLAURY COELHO; LUCIANA OLIVEIRA E SILVA; SILVÉRIO GARBUIO; RODRIGO GOMES; SERGIO TUFIK; LIA RITAAZEREDO BITTENCOURT. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é um distúrbio comum que afeta de 2% a 32,9% da população adulta, que é caracterizada por vários eventos obstrutivos da via aérea superior durante o sono. A SAOS moderada e grave está associada aos déficits cognitivos, alterações inflamatórias, metabólicas e cardiovasculares, comprometimento da qualidade de vida e distúrbios de humor, mas esses efeitos não estão bem compreendidos em SAOS leve. **Objetivo:** avaliar o efeito da SAOS leve na qualidade de vida, humor e sonolência subjetiva em um estudo caso-controle. **Métodos:** 30 voluntários, sendo 15 do grupo SAOS leve e 15 do grupo controle foram avaliados. Os participantes realizaram um exame de polissonografia de noite inteira, no laboratório do Sono e no dia seguinte, responderam o questionário de qualidade de vida: Functional Outcomes of Sleep Questionnaire (FOSQ), de humor: inventários de Beck de Ansiedade (BAI) e Depressão (BDI) e Escala de Sonolência de Epworth (ESE) e avaliação antropométrica: índice de massa corporal (IMC), circunferência cervical e abdominal. **Resultados:** Observamos que o grupo SAOS leve, quando comparado ao grupo controle, apresentou diferenças estatisticamente significantes nas seguintes variáveis: polissonografia: índice de despertar ( $11.12 \pm 5.87$  e  $7.61 \pm 2.57$  despertares/hora,  $p=0.04$ , média e desvio padrão); índice de distúrbios respiratórios ( $12.46 \pm 5.38$  e  $3.40 \pm 1.63$ ,  $p<0.001$ ); índice de apneia e hipopneia ( $8.37 \pm 2.06$  e  $1.71 \pm 1.35$ ,  $p<0.001$ ); saturação (SpO<sub>2</sub>) basal ( $95.66 \pm 1.10$  e  $96.81 \pm 0.92$  %,  $p=0.005$ ); SpO<sub>2</sub> média ( $94.90 \pm 1.46$  e  $96.24 \pm 1.02$  %,  $p=0.007$ ); SpO<sub>2</sub> mínima ( $85.26 \pm 3.57$  e  $90.33 \pm 3.03$  %,  $p<0.001$ ); índice de dessaturação do Rapid Eye Movement (REM) ( $17.30 \pm 13.13$  e  $4.09 \pm 3.52$ ,  $p=0.001$ ); índice de dessaturação do NREM ( $7.86 \pm 4.74$  e  $1.10 \pm 1.10$ ,  $p<0.001$ ); qualidade de vida (FOSQ), observamos diferença estatisticamente significativa apenas nos domínios: nível de atividade física ( $3.10 \pm 0.69$  e  $3.50 \pm 0.34$ ,  $p=0.05$ ) e vigília ( $3.10 \pm 0.84$  e  $3.62 \pm 0.37$ ,  $p=0.03$ ); na ESE, houve diferença estatisticamente significativa ( $11.20 \pm 6.32$  e  $5.80 \pm 2.54$ ,  $p=0.005$ ). E na avaliação antropométrica, observamos diferença estatisticamente significativa apenas na circunferência cervical:  $40.2 \pm 3.17$  e  $35.90 \pm 3.75$  cm,  $p=0.002$ ). Esse dado mostra que nossa amostra é homogênea em relação ao peso e idade. Na avaliação do humor (BAI e BDI), não observamos diferenças estatisticamente significantes. **Conclusão:** quando comparamos ambos os grupos, os pacientes que tinham SAOS leve apresentaram redução da qualidade de vida e aumento da sonolência diurna. Não observamos alterações em relação à ansiedade e depressão nessa população.

#### POSTER 094

### FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DE APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO ENTRE MOTORISTAS DE CAMINHÃO ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO

ALLAN NASCIMENTO RIBEIRO GONÇALVES.

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA - CE - BRASIL.

**Introdução:** O Brasil é um país de extensão continental, que privilegia a malha rodoviária como opção principal para transporte de cargas e passageiros. A sonolência pode estar associada a um grande número de acidentes, uma vez que há estudos revelando que boa parte dos motoristas de média e longa jornada tem dificuldade de se manter alerta durante o trajeto a que se destinam.

**Objetivos:** Estimar a prevalência da síndrome de apneia do sono (SAOS) entre motoristas de caminhão profissionais e verificar os principais fatores de risco encontrados entre esses motoristas para SAOS.

**Métodos:** A amostra foi constituída de 180 motoristas de caminhão, todos do sexo masculino, acompanhados no ambulatório de clínica médica do Serviço Social do Transporte (SEST) da cidade de Sobral - CE. Os pacientes responderam a um questionário que incluiu dados sócio-demográficos, escala de avaliação de atividade física, questões sobre tabagismo, etilismo, vínculo empregatício, área e turno de trabalho. Para estimar a prevalência de SAOS foi utilizado o Questionário de Berlim, que classifica os pacientes como sendo de alta ou baixa chance de desenvolver a síndrome. **Resultados:** Todos os motoristas da amostra eram do sexo masculino. A média de idade foi de 43 + 3,4 anos. A maioria dos pacientes era de sedentários (69,4%), consumia bebidas alcoólicas (77,2%) e estava acima do peso ou obeso (80,5%). O tabagismo foi outro hábito encontrado com muita frequência (61,1%). Quanto ao consumo de drogas para permanecerem despertos, vimos que 31,1% faziam uso de medicação, 55,5% de refrigerantes à base de cola, e 91,6% de café. No que diz respeito aos sintomas relacionados ao sono e sua qualidade, dados obtidos pela aplicação do questionário de Berlim nos mostrou que 54,4% têm ronco habitual e 26,6% declararam uma frequência de ronco maior que duas vezes por semana. Além disso, 32,2% declararam cansaço ao acordar e 47,2% afirmaram já ter dormido ao volante pelo menos uma vez. A prevalência total de SAOS na amostra avaliada foi de 32,2%. **Conclusões:** Conclui-se com clareza que a prevalência de SAOS entre esse grupo populacional específico é maior do que na população em geral. Chama a atenção o grande número de pacientes da amostra com elevado índice de massa corpórea, fator já conhecidamente associado ao maior risco de SAOS, além do frequente uso de drogas e outros artifícios pelos mesmos para permanecerem acordados e cumprirem sua carga de trabalho. Acreditamos que, durante a consulta médica, anamnese e exame físico adequados e dirigidos para essa problemática podem alertar quanto à predisposição de alguns grupos de pacientes à SAOS, sendo, nesses casos, interessante encaminhar tais pacientes para uma investigação mais detalhada, a fim de confirmar esse diagnóstico e melhor conduzi-lo, diminuindo riscos aos próprios, ao melhorar sua qualidade de sono e diminuindo riscos de acidentes causados por sonolência excessiva.

#### POSTER 095

### SÍNDROME DE ONDINE – UM RELATO DE CASO DA SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO CENTRAL DE INÍCIO TARDIO

ROBERTA DE MELO SILVEIRA; IGNEZ DE ALBUQUERQUE LEITE DIAS DE ANDRADE; DANILO MARTINS SÁ; FREDERICO BEIER HASSE; ABEL DE BARROS ARAÚJO FILHO; ROSANGELA VILLELA ARAUJO; ANA BEATRIZ HORTENSE; ELCIO OLIVEIRA VIANNA; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ; GERUZAALVES DA SILVA.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

**Relevância do caso:** Síndrome ou maldição de Ondine é o termo aplicado à condição de hipoventilação alveolar decorrente de erro no controle autonômico da ventilação enquanto o controle voluntário permanece efetivo. Enfermidade pouco frequente em adultos, não está relacionada a existência de doença pulmonar ou neuromuscular. Os pacientes desenvolvem graus variáveis de hipoventilação quando adormecem, mas mantém gases sanguíneos quase normais quando acordados. Face à um stress respiratório a hipoventilação pode ameaçar a vida, principalmente durante o sono. Afeta tipicamente recém-nascidos, mas alguns casos são diagnosticados tardiamente no adulto o que reflete graus variáveis de expressão fenotípica do mutante heterozigoto do gene que codifica o fator de transcrição PHOX2B. Diagnóstico correto e precoce permite evitar as situações de hipóxia e hipercapnia graves que podem gerar lesões cerebrais, cardíacas e pulmonares irreversíveis e modificar o prognóstico do paciente. Relato do caso: paciente feminina, 36 anos, portadora de surdez congênita e conseqüente mudez, sem outras comorbidades, com história de que há 8 meses começou a apresentar dispnéia aos moderados esforços que progrediu para mínimos esforços e repouso. Evoluiu com cianose de extremidades, ortopnéia, edema de membros inferiores, confusão mental e alterações comportamentais. Relatava ainda sonolência diurna e cefaleia matinal crônicas. Apresentou rebaixamento do nível de consciência com necessidade de intubação. Ao exame observava-se também: estase jugular, murmúrio vesicular presente, ausência de ruídos pulmonares adventícios; FR-9 rpm, bulhas rítmicas em 2 tempos; sem sopros FC- 86 bpm. Gasometria arterial com O<sub>2</sub> a 3L/min visando correção de hipóxia resultou: pH 7,11; PaO<sub>2</sub> 142mmHg; PaCO<sub>2</sub> 174mmHg; HCO<sub>3</sub> 53mEq/L; Sat O<sub>2</sub> 99,3%. ECG-sinais sobrecarga atrial direita. ECO: dilatação acentuada de câmaras direitas com hipertrofia e hipocinesia de ventrículo direito (HAP), insuficiência valvular pulmonar de grau moderado, VE normal, hipertensão arterial pulmonar de grau acentuado. Cintilografia V/Q com baixa probabilidade de TEP. CATE D: HAP leve e insuficiência pulmonar discreta (após dias de VNI). Anátomo patológico de biópsia muscular sem alterações. RNM de encéfalo: cisto aracnoide frontal à D, que não justificava os sintomas. Polissonografia evidenciava saturação persistentemente abaixo de 83% atingindo um mínimo de 62% e IDR 0,7. **Discussão e conclusão:** foi conduzida investigação da etiologia genética do distúrbio. Até o presente momento foi descartada patologia pulmonar, neuromuscular, muscular de depósito, neurológica central e cardíaca. O controle dos sintomas e restabelecimento das trocas gasosas e do equilíbrio ácido-básico foi obtido com uso de ventilação não invasiva, somente noturna, com BIPAP, sem necessidade de oxigênio suplementar. É necessário manter acompanhamento clínico por toda a vida, com suporte ventilatório contínuo, ou ao menos durante o sono.



**TL 180**

**ALTERAÇÕES METABÓLICAS NA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO DE GRAU LEVE : DADOS PRELIMINARES**

LUCIANA OLIVEIRA E SILVA; GABRIELA C. PONTES LUZ; THAIS DE MOURA GUIMARAES; GLAURY COELHO; LUCIANA BADKE; RODRIGO GOMES; SILVÉRIO GARBUIO; SERGIO TUFIK; LIA RITA AZEREDO BITTENCOURT; SONIA MARIA TOGEIRO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A associação independente entre Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) e intolerância a glicose tem sido demonstrada em estudos epidemiológicos bem como o aumento dos triglicérides (Togeiro et al, 2013), onde pacientes selecionados tinham SAOS moderada e grave. No entanto, o papel da SAOS leve nas consequências metabólicas ainda não foi claramente avaliada.

**Objetivos:** Verificar o perfil metabólico da SAOS de grau leve bem como seu impacto nas alterações do metabólicas. **Métodos:** Participantes com SAOS leve foram selecionados no ambulatório de distúrbios respiratórios do sono (DRS). Critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos; IMC d" 35Kg/m<sup>2</sup>; idade > 30 anos; diagnóstico clínico e polissonográfico de SAOS leve caracterizada por Índice de Apneia - Hipopneia (IAH) > 5 eventos e < que 15 eventos por hora de sono e sintomas (critérios estabelecidos da AASM, 2005). Grupo controle foi constituído por indivíduos com IAH < que 5 e índice de despertares < que 15. As amostras sanguíneas foram colhidas após 12 horas de jejum incluindo as dosagens de glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicérides, ácido úrico, hemoglobina glicada e insulina. O estudo foi enviado ao Comitê de Ética e aprovado (nº: 91.493). **Resultados:**

Tabela 1- Dados descritivos da amostra:

Variáveis	Total (n=51)	SAOS leve (n= 32)	Controle (n= 19)	F(gl, gl erro)	P
Idade (anos)	43.17±10.24	47.18 ± 11.21	36.42 ± 14.49	17.51 (1, 49)	<0.0001*
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27.02± 3.98	28.66 ± 4.27	24.24 ± 5.49	20.32(1, 49)	<0.0001*
Circunferência Abdominal (cm)	95.57±13.21	100.90 ± 14.30	86.59 ± 18.49	19.02(1, 49)	<0.0001*

Tabela 2\_ Perfil metabólico da amostra

Avaliação metabólica	Total(n=51)	SAOS leve (n= 32)	Controle (n= 19)	F(gl, gl erro)	p
Glicose (mg/dL)	95.78± 17.70	95.47± 3.31	96.31± 4.58	0.01 (1, 47)	0.89
Hemoglobina glicada (%)	5.49 ± 0.68	5.51 ± 0.19	5.46± 0.27	0.02(1,47)	0.88
Colesterol total (mg/dL)	183.01±35.42	191.97±6.86	167.93±9.48	3.44 (1, 47)	0.07
HDL (mg/dL)	52.56 ± 14.79	51.89± 2.97	53.70± 4.10	0.10(1,47)	0.74
LDL (mg/dL)	107.64±29.57	113.41±5.85	97.92± 8.07	1.97 (1, 47)	0.16
Triglicérides (mg/dL)	114.17± 74.07	133.41 ± 13.67	81.77 ± 18.88	4.00 (1, 47)	0.05*
Ácido úrico (mg/dL)	5.59± 1.46	5.81 ± 0.28	5.22± 0.38	1.20(1, 47)	0.27
Cortisol (ug/dL)	13.00± 4.88	12.98± 0.98	13.04± 1.35	0.001(1,47)	0.97
Insulina (uIU/ml)	7.75± 4.06	8.34± 0.70	6.76± 0.97	1.40(1,47)	0.24

**Discussão:** Dados preliminares mostraram que pacientes com SAOS leve eram mais velhos, mais obesos e apresentaram maior adiposidade abdominal e dos níveis de triglicérides comparado aos controles mesmo após o ajuste para idade e IMC. **Conclusão:** Nossos dados preliminares mostraram que as alterações metabólicas na SAOS leve são discretas, sendo possível detectar impacto significativo deste DRS nos níveis de triglicérides da amostra.

## POSTER 049

### ASMA OCUPACIONAL: DOENÇA SUBDIAGNOSTICADA?

FÁBIO CHECCHIA FERREIRA; SÉRGIO PONTES PRADO; GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; PAULA SILVA GOMES; LARISSA PRANDO CAU; FLÁVIO VIEIRA DE FARIA; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO.  
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A asma ocupacional (AO) é uma doença obstrutiva das vias aéreas induzida por agentes inaláveis presentes no ambiente de trabalho. Em relação à fisiopatologia pode ser imunológica ou induzida por irritantes. É subdiagnosticada devido à variabilidade de apresentação clínica e à necessidade de procedimentos diagnósticos específicos. **Objetivos:** Apresentar dois casos de AO e discutir aspectos relacionados ao diagnóstico desta doença. Caso 1 – ASPB, 48 anos, fem. Referia há 5 meses falta de ar e tosse crônica. No início dos sintomas procurou PS onde foi diagnosticada com pneumonia e tratada com levofloxacina e corticóide. Como persistissem os sintomas aos quais se associou chiado, passou a ser atendida semanalmente no PS onde eram feitas inalações e algumas vezes prescrito corticóide oral. Os sintomas pioravam a noite e permanecia sintomática nos finais de semana. Negava tabagismo ou pneumopatias/atopias prévias. **Antecedentes ocupacionais:** Empregada doméstica por 5 anos e passadeira em lavanderia por 2 anos e 6 meses. Na última ocupação referia exposição a vapor do ferro industrial e a percloroetileno, quando os sintomas respiratórios se acentuavam. **Exame físico:** Presença de sibilos na ausculta pulmonar. **Exames complementares:** Espirometria (Distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta ao broncodilatador). Medidas seriadas de pico de fluxo expiratório (PFE) trabalhando e afastada do trabalho (Tabela 1).

**Caso 2** – WSW, 30 anos, mas. Referia dispnéia aos grandes esforços há 10 meses, associada a chiado ocasional que ocorre mais freqüentemente à noite. Os sintomas permaneciam inalterados nos finais de semana e não relacionava os sintomas com nenhum fator desencadeante. Negava tabagismo ou pneumopatias/ atopias prévias. **Antecedentes ocupacionais:** Garçom por 4 anos e soldador por 9 anos. Solda ferro e galvanizados e não sabe referir os eletrodos que utiliza. Sempre trabalhou como soldador na construção civil, mas há um ano passou a trabalhar num galpão fechado. **Exame físico:** Sem alterações. **Exames complementares:** Espirometria (Distúrbio ventilatório obstrutivo leve com resposta ao broncodilatador). PFE trabalhando e afastado do trabalho (Tabela 1). **Resultados:** Foram utilizados para análise estatística dos valores de PFE: teste Z (Teste de igualdade de duas médias), IC e p-valor (<0.05). **Tabela 1:** Medidas seriadas de pico de fluxo expiratório

Pico de fluxo expiratório	ASPB		WSN	
	Afastada	Trabalhando	Afastada	Trabalhando
Média	260	248	641	565
Desvio Padrão	21	22	15	21
N	30	42	24	42
IC	7,5	6,7	6,0	6,4
P-valor	0,019		<0,001	

**Conclusão:** Concluímos pelo diagnóstico de AO com nexos causais preenchendo os critérios da ACCP para AO (Diagnóstico de asma, início da asma após a entrada no local de trabalho, associação entre sintomas de asma e trabalho, exposição a agentes no trabalho que possam apresentar risco de AO, mudança no PFE relacionadas à atividade de trabalho). A AO é uma doença de alta prevalência, e um diagnóstico que deve ser investigado.

## POSTER 050

### DOENÇA DOS ENCHEDORES DE SILO (DES): UMA OCORRÊNCIA RARA NO BRASIL

CATARINA SCHIAVO GRUBERT; PAULO TARSO MULLER; LILIAN CRISTINA ANDRIES; DANIEL OLIVEIRA ALMEIDA; LUIS ARMANDO PATUSCO; MARILENE RODRIGUES CHANG.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. BRASIL, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

**Introdução:** A DES é uma pneumonite química devido a reação de óxidos de nitrogênio gasosos em altas concentrações, encontradas em silos de grãos (especialmente milho), e o parênquima pulmonar, causando, na maioria das vezes, lesão pulmonar aguda (LPA) podendo causar a síndrome da angústia respiratória aguda. **Método:** Análise clínico-laboratorial, descritiva, de 2 indivíduos expostos a silo de armazenamento de milho que desenvolveram insuficiência respiratória aguda (IRpA) tipo I após 8-12 horas de exposição intermitente com sinais/sintomas e exames compatíveis com a DES. **Resultados:** Dois pacientes com idade média de 30 anos, previamente hígidos, não tabagistas, expostos agudamente (sem contato prévio) a produtos de ensilagem, apresentaram simultaneamente queixas de dispneia em repouso progressiva, febre (temperatura axilar >38°C) e tosse seca persistente. Frequência respiratória >30 irpm, sibilos esparsos em ápices pulmonares e estertores crepitantes em bases e hiperemia conjuntival. Demais sistemas sem alterações. Gasometria arterial (paciente 1/paciente 2): pH: 7,42/7,48; Pa<sub>o</sub><sub>2</sub>: 48/47 mmHg; Pa<sub>c</sub>CO<sub>2</sub>: 39,3/28,3 mmHg; SpO<sub>2</sub>: 88,2/88,2%; [HCO<sub>3</sub>]: 25,0/20,7 mmol/L; BE: +0,6/-1,5. Hemograma: Hb: 14,3/13,3; leucócitos: 14,7x10<sup>3</sup>/10, 2x10<sup>3</sup>; Neutrófilos: 84/77%; Bastões: 14/10%; Segmentados: 70/67%; Eosinófilos: 2/2%; Linfócitos: 12/14%; PCR: 42,3/166,7; Lactato: 7,0/7,1; Rx com infiltrado pulmonar difuso bilateral; tomografia de tórax de alta resolução (TCAR) com discretas áreas com atenuação em “vidro fosco” com predomínio nos lobos superiores e lavado broncoalveolar (LBA) com contagem celular diferencial de neutrófilos (59%), macrófagos (~40%) e linfócitos (1%) (realizado apenas no paciente 1). Cultura do resíduo de silagem em Agar sabouraud confirmou presença de *Aspergillus* sp. Alta após 5 e 7 dias, após melhora progressiva.

**Conclusão:** A DES é potencialmente grave e impõe-se como diagnóstico diferencial de pneumonite de hipersensibilidade aguda (PHA) por antígenos fúngicos (Farmer's disease) e a síndrome tóxica por poeira orgânica, esta última geralmente não acompanhada de hipoxemia, tendo papel importante o LBA, pois uma contagem diferencial de linfócitos <1% é praticamente inexistente na PHA. Já a contagem de >50% de neutrófilos é altamente sugestiva de LPA.

## POSTER 051

### EXPOSIÇÃO À ENDOTOXINA NO AMBIENTE DE TRABALHO E SUA ASSOCIAÇÃO COM SIBILOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES AMANDA SOUZA FREITAS<sup>1</sup>; CHRISTIAN SILVA SIMONETI<sup>2</sup>; SIMEÃO RODRIGO SANTOS<sup>3</sup>; ERICSON BAGATIN<sup>4</sup>; ERICA FERRAZ<sup>5</sup>; ELCIO OLIVEIRA VIANNA<sup>6</sup>.

1,2,3,5,6.FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL; 4.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** Entre os agentes presentes na sujeira orgânica, as endotoxinas são as mais relacionadas às respostas inflamatórias e causadoras de uma série de doenças respiratórias. Vários estudos mostraram a correlação dos sintomas apresentados pelos trabalhadores de laboratórios ou biotérios com o nível de exposição às endotoxinas. **OBJETIVOS:** Avaliar a exposição às endotoxinas, presentes na poeira de laboratórios e biotérios, e a sua relação com asma, rinite e atopia apresentadas pelos trabalhadores. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de coorte histórica, realizado na Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto (USP-RP) e na Universidade de Campinas (UNICAMP). Foram coletadas amostras de poeira do chão de laboratórios e biotérios que lidavam com rato, camundongo, cobaia, coelho ou hamster; e, em laboratórios e salas administrativas que não tinham contato algum com animais de laboratório. As amostras de poeira foram analisadas e a quantidade de endotoxina presente na poeira foi relacionada com variáveis clínicas dos trabalhadores destes locais (sintomas, reatividade brônquica, espirometria e testes alérgicos). **RESULTADOS:** Foi coletada poeira de 145 locais de trabalho. Destes, 74 (51%) da USP-RP e 71 (49%) da UNICAMP. Noventa e dois (63%) locais de trabalho continham animais de laboratório (57 da USP-RP e 35 da UNICAMP) e 53 não continham animais de laboratórios (17 da USP-RP e 36 da UNICAMP). O grupo exposto a animais de laboratório apresentou maior quantidade de endotoxina  $0,044 \pm 0,068$  UE por g de poeira quando comparado com o grupo não exposto  $0,034 \pm 0,063$  ( $p = 0,03$  pelo teste t de Student). Quando estratificada a quantidade de endotoxina em alta e baixa quantidade, a alta concentração (acima de  $0,013$  UE por g poeira) de endotoxina se associou a sibilos nos últimos 12 meses no grupo exposto. Ou seja, 56% dos trabalhadores expostos a altas concentrações apresentaram sibilos. Nos expostos às menores concentrações, a ocorrência de sibilos foi de 44% ( $p = 0,03$  pelo teste do qui-quadrado). Porém, a quantidade de endotoxina não se associou com sintomas de rinite, com atopia, com o teste de hiperreatividade brônquica positivo e também não se associou com o diagnóstico de asma definido pelo teste de hiperreatividade positivo e sintomas. **CONCLUSÃO:** A quantidade de endotoxina presente na poeira do ambiente de trabalho se associa à presença de sibilos nos últimos 12 meses, mas não podemos afirmar que a etiologia desses sibilos seja asma, aumento de reatividade brônquica ou atopia.

## POSTER 052

### FATORES DE RISCO PARA TOSSE EM INDIVÍDUOS EXPOSTOS A ANIMAIS DE LABORATÓRIO NA UNIVERSIDADE.

CHRISTIAN SILVA SIMONETI<sup>1</sup>; ERICA FERRAZ<sup>2</sup>; AMANDA SOUZA FREITAS<sup>3</sup>; SIMEÃO RODRIGO SANTOS<sup>4</sup>; LUIZA KARLA ARRUDA<sup>5</sup>; ERICSON BAGATIN<sup>6</sup>; ELCIO OLIVEIRA VIANNA<sup>7</sup>.

1,2,3,4,5,7.FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL; 6.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução:** Tosse é um mecanismo reflexo de defesa do nosso organismo, responsável pela limpeza das vias aéreas quando há grande quantidade de material inalado, secreção excessiva ou diminuição do transporte mucociliar. Exposição persistente no ambiente de trabalho a alguns agentes como fumaça, gases, vapores e poeiras podem levar ao desenvolvimento de tosse crônica nos trabalhadores. **Objetivos:** conhecer os fatores de risco para tosse em trabalhadores ou estagiários que tenham ou não contato com animais de laboratório. **Métodos:** Foram avaliados indivíduos expostos ou não a animais de laboratório de duas universidades, USP-RP e UNICAMP. Esses indivíduos responderam questionário para condições de trabalho e sintomas respiratórios baseando-se no questionário europeu (European Community Respiratory Health Survey). Além disso, submetem-se a teste cutâneo de hipersensibilidade (prick-test) para alérgenos comuns e ocupacionais (rato, camundongo, cobaia, coelho e hamster). As perguntas que definiram tosse foram: "Você tosse habitualmente ao levantar-se?" e "Tosse habitualmente de dia ou de noite?". Os fatores de risco pesquisados foram: sensibilização atópica a inalantes comuns e ocupacionais, rinite, hiperreatividade brônquica, história de asma, jornada de trabalho, presença de animal de estimação em casa e tabagismo. **Resultados:** Foram avaliados 846 voluntários, desses 457 pertenciam ao grupo exposto a animais de laboratório e 389 eram não expostos. Cento e quinze voluntários responderam de forma positiva ao menos uma das questões sobre tosse. Foram encontrados 79 asmáticos. Rinite foi observada em 484 indivíduos. Cento e quarenta voluntários fumavam ou tinham fumado por mais de um ano. Na análise univariada de todos os indivíduos (expostos e não expostos), houve associação entre tosse e rinite ( $p < 0,001$ ; odds ratio [OR]: 2,9), sensibilização atópica a ambos inalantes comuns e ocupacionais ( $p = 0,046$ ; OR: 1,6) e hiperreatividade brônquica ( $p = 0,032$ ; OR: 1,8). No grupo de indivíduos expostos a animais de laboratório foram encontrados os seguintes fatores de risco para tosse: Rinite ( $p = 0,003$ ; OR: 2,4) e tabagismo ( $p = 0,009$ ; OR: 2,2). Para indivíduos não expostos a animais de laboratório, os fatores de risco foram: Rinite ( $p < 0,001$ ; OR: 3,6), hipersensibilidade a inalantes comuns ( $p = 0,038$ ; OR: 2,06) e hiperreatividade brônquica ( $p = 0,010$ ; OR: 2,6). As demais variáveis testadas não apresentaram associação. **Conclusão:** A tosse nos indivíduos expostos a animais de laboratório tem o tabagismo como fator de risco significativo. A tosse presente em indivíduos não expostos tem os fatores de riscos tradicionalmente descritos na literatura que são rinite, sensibilização atópica e hiperreatividade brônquica. Esses dados são relevantes para reforçar a importância dos programas anti-tabagismo nos trabalhadores de laboratórios e biotérios das universidades.

## POSTER 053

### PNEUMONIA INTERSTICIAL DE CÉLULAS GIGANTES EM TRABALHADOR AFIADOR DE FERRAMENTAS

RAFAEL FUTOSHI MIZUTANI; UBIRATAN DE PAULA SANTOS.

FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Homem de 43 anos apresentou-se com dispneia progressiva há três anos, tosse seca e perda ponderal de 11 kg há dois meses, sem febre. Com a piora da dispneia procurou serviço de emergência, sendo internado para investigação. Trabalhou por seis anos em indústria metalúrgica como afiador de ferramentas, utilizando rebolo diamantado. Afastou-se da ocupação há dois meses. Nega tabagismo. Ao exame clínico, apresentava-se taquipneico, uso de musculatura acessória, saturação periférica de O<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>), em ar ambiente, de 75%, ausculta pulmonar com estertores em velcro, predomínio em campos inferiores. Apresentou melhora após suplementação de oxigênio. Tomografia computadorizada de alta resolução de tórax evidencia micronódulos centrolobulares, opacidades difusas em vidro fosco, com algumas áreas de pavimentação em mosaico, opacidades reticulares, bronquiectasias e bronchiolectasias de tração. Prova de função pulmonar completa sugeria distúrbio ventilatório restritivo com capacidade pulmonar total de 53% do previsto e redução da difusão de CO (17% do previsto). O paciente foi submetido à broncoscopia com lavado broncoalveolar, cuja análise mostrou presença de células gigantes multinucleadas em moderada quantidade. Também foi realizada biópsia transbrônquica, porém não houve achados adicionais a partir de sua análise. Diante da história clínica e ocupacional associada aos achados tomográficos e de citologia de lavado broncoalveolar, foi feito o diagnóstico de pneumonia intersticial de células gigantes, associada à exposição ocupacional a metal duro. O paciente foi afastado do trabalho e medicado com prednisona e uso de oxigênio domiciliar. O paciente retornou após um mês com melhora da dispneia, SpO<sub>2</sub> 93% em ar ambiente. **Discussão:** Pneumonia intersticial por células gigantes é uma apresentação rara de doença pulmonar, principalmente associada à exposição ocupacional a metal duro (liga de tungstênio-cobalto), presente em equipamentos para corte de materiais. A profissão de afiador de ferramentas é a mais associada à pneumonia intersticial de células gigantes, como foi ilustrado no caso descrito. O tratamento consiste em afastamento da exposição ocupacional e uso de corticoide sistêmico, com variada resposta ao tratamento conforme o estágio da doença.

---

## POSTER 054

### PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE AGUDA POR EXPOSIÇÃO À SILAGEM

FRANCISCO MONTEIRO DE ALMEIDA MAGALHAES; JULIANA FERREIRA DE LIMA; LARA VARINI SOARES; RENAN BICUDO ALMEIDA; JOAO FELIPE SILVA NASCIMENTO; BARBARA MENDES HADDAD; AMANDA FREIRE TAMBURINI SOUSA; ISABELA CRISTINA MARTINS; LUCAS DOS SANTOS CAMPOS; EVANDRO MONTEIRO DE SA MAGALHAES.

UNIFENAS, ALFENAS - MG - BRASIL.

**Introdução:** A partir de uma perspectiva clínica, Pneumonite de Hipersensibilidade não é considerada uma doença, mas um grupo complexo de síndromes classificadas de acordo com a relação temporal entre a exposição e os sintomas, ocupação ou o tipo sanguíneo: PH predomina em homens, indivíduos de meia idade e não fumantes, sendo diagnosticada em todas as faixas etárias, inclusive em crianças. Entretanto, não há dados epidemiológicos confiáveis sobre a incidência ou a prevalência da PH. Diferenças quanto ao tipo de antígeno sensibilizante, falta de padronização dos critérios diagnósticos e subnotificação de casos são possíveis fatores. Ademais, esses dados são difíceis de serem estimados, pois variam consideravelmente entre regiões específicas, subpopulações, clima, costumes locais, exposição ocupacional e fatores de risco do hospedeiro. Estima-se que cerca de 5 a 15% da população possa estar exposta a antígenos causadores de PH. Deve-se enfatizar a importância do diagnóstico precoce, reconhecimento do quadro clínico e afastamento do agente agressor, visando um melhor prognóstico ao paciente. **Relato:** Paciente de 62 anos, sexo masculino, lavrador, referindo dispnéia progressiva com evolução de aproximadamente 2 anos, tosse improdutiva, episódios de febre matutina e dor articular associadas à exposição do manuseio de silagem. Negava contato com pássaros e mofo intra-domiciliar. Ex-tabagista e nega antecedentes morbidos. Havia sido medicado para infecções respiratórias inespecíficas, com uso de antimicrobianos e broncodilatadores, sem melhora. Ao exame, apresentava-se em BEG, eupneico, afebril, ausência de linfadenomegalias palpáveis. PA=130x80mmHg e SatO<sub>2</sub>=96%. Múrmurio vesicular fisiológico diminuído difusamente e crepitações esparsas em bases pulmonares. Foram realizados RX e TC de tórax, espirometria, fibro-broncoscopia associada a biópsia transbrônquica e lavado bronco-alveolar. **Resultados:** RX de tórax com presença de infiltrado intersticial em campos superiores. TC de tórax mostrando opacidades em padrão de vidro fosco esparsas, predominando em lobos superiores. Fibrobroncoscopia associada à biópsia sugerindo processo inflamatório em toda árvore brônquica com espessamento dos septos inter-alveolares. Lavado bronco-alveolar com predomínio de linfócitos. Espirometria evidenciando distúrbio ventilatório restritivo leve. Diante de forte suspeita clínica, com melhora após afastamento da exposição ambiental e investigação descrita, firmou-se o diagnóstico provável de PH em fase aguda. **Conclusão:** PH em fase aguda pode apresentar-se de forma inespecífica, necessitando alta suspeita clínica, profunda investigação de exposição ambiental, sinais e sintomas, além de exames complementares. É importante o diagnóstico precoce, para evitar quadros graves como a fibrose. Além do paciente se afastar da fonte alérgica, e em alguns casos, corticosteróides sistêmicos são indicados.

## POSTER 055

### PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE SUB-AGUDA OCUPACIONAL POR MOFO

FRANCISCO MONTEIRO DE ALMEIDA MAGALHAES; MARIANA ABRANTES DE PINA AFONSO; CARLOS HENRIQUE SANTOS E SANTOS; GABRIELA LOPES VELOSO; HENRIQUE ALCANTARA ENGLEITNER; FERNANDA CRISTINE DE MELO BARDI; MATHEUS PRADO SEVERINO; EVANDRO MONTEIRO DE SA MAGALHAES; LAIS TOME SANTOS; LUCAS JOSÉ DE FREITAS CARVALHO.

UNIFENAS, ALFENAS - MG - BRASIL.

**Introdução:** Pneumonite por Hipersensibilidade (PH), é uma síndrome clínica complexa, enfatizando a importância do diagnóstico precoce e afastamento do agente agressor para se evitar a evolução para fibrose pulmonar. O conhecimento sobre tal patologia se faz importante devido ainda ser pouco diagnosticada em nosso meio, e ser uma patologia muitas vezes de caráter ocupacional. Apenas 5 a 15% dos indivíduos expostos desenvolvem a síndrome clínica. **Relato:** Paciente masculino, 57 anos, trabalhador rural, com relato de tosse produtiva com expectoração mucoide aliado a episódios de febre e dificuldade respiratória com evolução de aproximadamente 6 meses. Foi atendido várias vezes em unidades primárias e de pronto atendimento sendo medicado com antibióticos, broncodilatadores e mucolíticos, com melhora parcial. Nos últimos 30 dias refere agravamento na dificuldade respiratória, com dispnéia aos pequenos esforços limitando sua atividade profissional, sendo internado com suspeita de broncopneumonia. Recebeu alta em uso de antibiótico de largo espectro e broncodilatadores inalados, mantendo sintomatologia clínica. Ambiente ocupacional: trabalhador rural desde infância, atualmente confirma trabalho em contato com capim (trabalho agropecuario), sendo descrito presença de mofo neste material.

Após ser interrogado, sua esposa relaciona os sintomas respiratórios após contato com esse produtos. Paciente negava tabagismo, HAS e DM. Já foi submetido a tratamento anterior para depressão com Tofranil (Imipramina) e Bromazepam (benzodiazepínico)

Ao exame físico estava BEG, eupneico em repouso, afebril, corado, hidratado, boa perfusão periférica, saturação O<sub>2</sub> 94% ao ar ambiente, ausência de baqueteamento digital, expansibilidade pulmonar diminuída bilateralmente, presença de crepitações inspiratórias nas bases pulmonares. Foi realizado Raio-x de tórax com infiltrado intersticial peri-hilar bilateral. Tc de tórax com tênues opacidades em vidro fosco em ambos os pulmões. Broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia transbronquica demonstrando tecido pulmonar com esparsos alveolares aerados, contendo macrófagos intra-alveolares, septos espessados, vascularizadas, contendo infiltrado inflamatório crônico linfomononuclear. Espirometria dentro dos limites da normalidade

Feito nexa causal, sintomas respiratórios e exposição ambiental a antígenos inalados (mofo), levantando-se a hipótese diagnóstica de PH sub-aguda, O paciente foi orientado a afastar do ambiente ocupacional, sendo encaminhado relatório a perícia médica a pedido do paciente e iniciado tratamento com corticoterapia sistêmica com melhora clínica evidente com 4 semanas de controle.

**Conclusão:** o diagnóstico de PH necessita de alta suspeita clínica, profunda abordagem para exposições ambientais e extensa investigação de achados clínicos, radiológicos, laboratoriais e histopatológicos, desde que não há nenhum marcador clínico laboratorial patognomônico.

## POSTER 056

### SÍNDROME DE ERASMUS

FRANCO CHIES MARTINS; MÔNICA CORSO PEREIRA; RONALDO FERREIRA MACEDO; POLLYANA DIOGO SALLES; FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; CRISTINA BUENO DE MORAES; ANNA DUQUE SOUSA; JADSONN SOUZA MELO; EDUARDO MELLO DE CAPITANI.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução.** São relatados três pacientes masculinos com esclerodermia e silicose. Todos apresentam quadro clínico típico e marcadores sorológicos positivos, e alterações tomográficas (TCAR) compatíveis com silicose. Essa associação foi inicialmente descrita por Erasmus em 1957 em mineiros de ouro na África do Sul.

**Descrição.** Caso1. 37a, febre, dispnéia, e Rx de tórax com opacidades intersticiais difusas. Melhora com uso de levofloxacino com persistência da imagem. Após quatro meses inicia poliartralgia, espessamento cutâneo, manchas hipocrômicas e úlceras digitais em mãos, fenômeno de Raynaud, esclerodactilia e microstomia. FAN 1:160 nuclear homogêneo e padrão citoplasmático fibrilar, esvaziamento gástrico prolongado [esclerodermia forma limitada]. TCAR: pequenos nódulos esparsos randômicos e linfonodomegalia paraórtica, subcarinal e hilar. História ocupacional (HO): jateamento de areia por 18 meses aos 15 anos de idade. Durante seguimento: cultura positiva para *M. avium* no lavado brônquio-alveolar. Caso2. 26a, poliartralgia de ritmo inflamatório, fenômeno de Raynaud, úlceras digitais, microstomia, espessamento cutâneo e calcinose, doença do refluxo gastroesofágico grau III, FAN (Hep2) 1:1280 padrão homogêneo [esclerodermia forma difusa]. HO: jateamento de areia dos 15 aos 17 anos de idade. Assintomático respiratório. TCAR: presença difusa bilateral de micronódulos perilinfáticos, alguns subpleurais, linfonodos calcificados em toda cadeia intratorácica com padrão de “casca de ovo”. Caso3. 30a, prurido generalizado com espessamento de tronco e dorso, rigidez articular, úlceras em cotovelos e proeminência óssea de punhos, esclerodactilia, fenômeno de Raynaud e disfagia, FAN e ScI70 reagentes [esclerodermia forma difusa]. HO: extração de quartzo por 15 anos. TCAR: opacidades em vidro fosco em lobos inferiores, bronquiectasias de tração e linhas subpleurais; cistos de faveolamento periféricos, nódulos perilinfáticos e linfonodos com calcificação em “casca de ovo”, corroborando diagnóstico de silicose. Durante seguimento: cultura positiva para *M. tuberculosis*. **Discussão.** A associação de silicose com esclerodermia (síndrome de Erasmus) representa um aspecto marcante da relação exposição à sílica livre e desencadeamento de doenças autoimunes. Os primeiros casos dessa associação foram descritos em 1914 por Bramwell, mas sem estabelecimento da relação causal com SiO<sub>2</sub>. A proporção de pacientes com esclerodermia e história ocupacional à SiO<sub>2</sub> é bastante significante em vários estudos, reforçando a existência dessa afinidade. Chamamos atenção de que o acometimento pulmonar misto dos pacientes com síndrome de Erasmus, associado à imunossupressão medicamentosa agressiva podem levar a um risco maior de comorbidades infecciosas pulmonares como mostram dois dos casos descritos com associação a micobacterioses.

**POSTER 096****AMILOIDOSE E SINDROME DE SJÖGREN – RELATO DE CASO**

MARIA RAQUEL SOARES; ANDRÉA GIMENEZ; REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA; MARINA DORNFELD CUNHA CASTRO; KARIN MULLER STORRER; LILIAN TIEMI KURANISHI; DANIEL ROBERTO VANZO GOMES; RIMARCS GOMES FERREIRA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA.  
UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Doença pulmonar cística pode ser encontrada em pacientes com Síndrome de Sjögren (SS) e geralmente atribuída à pneumonia intersticial linfocítica (PIL). O objetivo do relato abaixo é apresentar um caso de SS associado à amiloidose pulmonar expressado por cistos e nódulos. **Relato de caso:** Feminino, 65 anos, natural e procedente de São Paulo, do lar, não tabagista. Dispneia progressiva há 2 anos, atualmente aos mínimos esforços (Mahler: 2), associada a tosse com expectoração hialina e dor ventilatório-dependente em região dorsal bilateral. Nega febre, emagrecimento, sibilância e hemoptóicos. Em investigação sobre os demais aparelhos, paciente queixava-se de dor articular em punhos, cotovelos e tornozelos; boca seca, olho seco e sintomas dispépticos. Sem antecedentes pessoais significativos. Exame físico: Sons respiratórios normais sem ruídos adventícios. Frequência respiratória de 22 irpm. Saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) = 84%. Sem outras anormalidades no restante. TCAR: vidro fosco com nódulos e cistos difusos. Exames laboratoriais: Gasometria arterial em ar ambiente: pH =7,47, PaCO<sub>2</sub>=31mmHg, PaO<sub>2</sub>=44 mmHg, HCO<sub>3</sub>=23 mmol/L, BE=0,0 mmol/L, SO<sub>2</sub> = 83,0%. PCR= 25,1 mg/L e VHS=47mm. FAN = 1/1280 (pontilhado fino). Anti – DNA nativo =negativo. Anti-ENA: RNP= negativo; SM=negativo; RO=positivo; LA=positivo. Dosagem normal de imunoglobulinas (IgA=436 mg/dl; IgG=1589 mg/dl; IgM=80 mg/dl). Proteinúria de 24 horas =0,08g. Cálcio urinário 24 horas, iônico e total= normais. Hemograma, plaquetas, íons, creatinina e provas de função hepática também dentro da normalidade. Avaliação funcional: CVF= 1,51 L (56%); VEF1= 0,94 L(45%); VEF<sub>1</sub>/CVF=0,62; CPT=3,80 L(81%); VR = 2,15 L (145%). Biópsia pulmonar cirúrgica (BPCA): Amiloidose sob a forma de nódulos compostos por substância róseo-amorfa (vermelho congo e luz polarizada = birrefringência verde-maçã) com periferia envolta por manguito de células linfóides. **Discussão:** Várias manifestações pulmonares podem ser encontradas em pacientes com SS primária: doença intersticial pulmonar, doenças das vias aéreas, doença linfoproliferativa, doença pleural, e, raramente, alterações vasculares pulmonares. Doença pulmonar cística em pacientes com SS tem sido geralmente associada com pneumonia intersticial linfocítica e bronquiolite folicular. No entanto, amiloidose pode mais raramente compor o diagnóstico e estar relacionada com o processo linfoproliferativo benigno no pulmão, se apresentando como nódulos e cistos. O mecanismo de formação de cistos ainda não é totalmente compreendido, atribuindo-se na maioria das vezes à bronquiolite associada.

**Referências bibliográficas**

1. HJ Lachmann and PN Hawkins. Review Series: orphan lung disease. Amyloidosis and the lung. Chronic Respiratory Disease 2006, 3: 203-214
2. Baqir M, Kluka EM, Aubry MC, Hartman TE, Yi ES, Bauer PR, Ryu JH. Amyloid-associated cystic lung disease in primary Sjögren's syndrome. Respir Med. 2013 ;107:616-21

**POSTER 097****DIAGNÓSTICO DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSE EM PACIENTE ADMITIDA COM PNEUMOTÓRAX BILATERAL EM HOSPITAL GERAL NA CIDADE DE FEIRA DE SANTANA**

NADSON BRUNO SERRA SANTOS; ROMA CATARINA SILVA PARREIRAS; AIRA BENEVIDES FAGUNDES; VINICIUS PEREIRA MARQUES SANTOS; VITOR DANIEL VIEIRA ZUBA; THAMIRYS MARIA DA SILVA FONSECA SOARES; RICARDO PEIXOTO OLIVEIRA; RAFAEL ALVES OLIVEIRA; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO.  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

**Introdução:** A linfangioleiomatose (LAM) é uma doença pulmonar rara que atinge preferencialmente indivíduos do sexo feminino em idade fértil. Ocorre proliferação desordenada de células musculares lisas atípicas em torno do interstício peribroncovascular resultando em aprisionamento aéreo distal e formação de cistos pulmonares. São frequentes a limitação ao fluxo aéreo, redução da capacidade de difusão e angiomiolipomas renais, estes últimos especialmente na associação com esclerose tuberosa. **Relato de caso:** Paciente, sexo feminino, 43 anos, lavradora, menacne aos 12 anos, exposição indireta a aves, sem relato de tabagismo, apresenta história insidiosa de dispnéia progressiva MRC 2 há cinco anos associada a sibilos e dor torácica. Após quadro de infecção respiratória com tosse produtiva e febre foi admitida por piora súbita da dispnéia e cianose central necessitando de suporte ventilatório invasivo. Avaliação inicial evidenciou pneumotórax bilateral prontamente drenado com melhora do padrão respiratório e hemodinâmico. Investigação complementar com TCAR de tórax evidenciou numerosos cistos pulmonares de paredes finas com distribuição difusa. Realizada biópsia pulmonar cirúrgica com achados de cistos bem formados de parede delgada, proliferação de musculatura lisa e imuno-histoquímica compatível com LAM. A paciente apresentou evolução favorável, recendo alta hospitalar após pleurodese bilateral e tratamento da infecção. Durante seguimento ambulatorial, avaliação funcional demonstrou distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado com capacidade pulmonar total (CPT) elevada e aprisionamento aéreo clinicamente caracterizado por dispnéia MRC 3 e baixa tolerância ao exercício. Optou-se pela introdução de broncodilatador e prostaglandina com resposta parcial no seguimento longitudinal. **Discussão:** Geralmente existe um longo hiato entre o início dos sintomas e diagnóstico definitivo de LAM, muitas vezes confirmado durante o primeiro episódio de pneumotórax. A arquitetura normal do pulmão é distorcida pelos múltiplos cistos, que variam de 0,1cm a muitos centímetros em diâmetro que resultam em hiperinsuflação e distúrbio ventilatório obstrutivo ou misto. A doença costuma apresentar curso progressivo e não dispõe de tratamento etiológico validado, muitas vezes sendo necessário transplante pulmonar nos casos mais avançados. Apesar da relação entre atividade estrogênica e progressão da doença, o bloqueio hormonal farmacológico ou cirúrgico permanece controverso. Neste caso o tratamento com prostaglandinas foi introduzido pela gravidade da doença e pela relativa proximidade do fim da idade fértil.

**Referências Bibliográficas:**

- McCormack FX. Chest 2008; 133:507
- Simon R. Respir Med 2010; 104 (Suppl 1):S33–S41

## POSTER 098

### ENVOLVIMENTO PULMONAR NA DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO: PROGRESSÃO LENTA EM 10 ANOS DE SEGUIMENTO

LETICIA KAWANO-DOURADO<sup>1</sup>; OLIVIA MEIRA DIAS<sup>2</sup>; FERNANDO ULIANA KAY<sup>3</sup>; THAIS EMERICK<sup>4</sup>; PAULA SILVA GOMES<sup>5</sup>; MARIA TERESA CORREIA CALEIRO<sup>6</sup>; RICARDO FULLER<sup>7</sup>; BRUNO GUEDES BALDI<sup>8</sup>; RONALDO ADIB KAIRALLA<sup>9</sup>; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO<sup>10</sup>.

1,2,3,4,6,7,8,9,10.HC- FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 5.HOSPITAL DO SERVIDOR ESTADUAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Objetivo:** Avaliar a evolução do acometimento pulmonar secundário à Doença Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC) após um período de 10 anos. **Métodos:** Reavaliar um grupo de 53 pacientes, avaliados inicialmente 10 anos atrás (Fagundes et al. Resp Med, 2009) por meio de prova de função pulmonar (PFP) completa, tomografia de alta resolução (TCAR) do tórax, revisão de prontuário e entrevista estruturada. Os resultados atuais (seguimento) foram comparados com os resultados encontrados 10 anos atrás (basal). A TCAR foi analisada qualitativa e quantitativamente por método descrito por Marten et al. (Eur Radiol, 2009) que analisa lobo-a-lobo a % de acometimento (0-100%), sendo o escore total a média aritmética dos lobos. Reduções relativas de CVF de 10% e/ou de DLCO de 15% foram consideradas significativas. **Resultados:** Dos 53 pacientes, 7 perderam seguimento, 3 faleceram (nenhum por causa respiratória) e 4 mudaram diagnóstico. Dessa forma, 39 pacientes foram reavaliadas: 100% sexo feminino, idade média de 53 anos (32 - 76a), duração média dos sintomas sistêmicos de 21 anos (11 - 40a), 30% ex-tabagistas e 5% com hipertensão pulmonar. 36 (92%) realizaram PFP e 35 (90%) realizaram TCAR. Tratamento da doença foi realizado de acordo com o médico assistente: omeprazol e bromoprida (100%); cloroquina isolada (5%); corticosteroide em dose de 5 a 40 mg (18%); imunossuppressores, azatioprina, metotrexate, ciclofosfamida ou leflunomide (77%). Funcionalmente, o grupo permaneceu estável após 10 anos (valores médios evolutivos do grupo todo: CVF 77% à 78%pred, VEF1 77% à 77%pred e CPT 88% à 83%pred, respectivamente). DLCO reduziu em 14%: de 83% à 71%pred (p = 0,006). Analisando subgrupos funcionais: 18 (50%) pacientes permaneceram estáveis; 18 (50%) pioraram, queda de DLCO em todos os que pioraram (média de redução -30%) enquanto a CVF reduziu em apenas 8 desses 18 pacientes (média de redução -10%). Na TCAR, em termos quantitativos, a progressão do escore total tomográfico foi leve: 9,3% (+-10,3) à 13,7% (+- 15,9), p = 0.016. Analisando subgrupo tomográfico: 22% das 35 pacientes tinham 0% de escore tomográfico basal e seguimento. No restante, houve estabilidade na frequência de pacientes com presença de vidro fosco (74% a 77%) e reticulado (65% a 77%) (p = ns), mas aumento da frequência dos achados sugestivos de fibrose: bronquioectasia de tração (32% a 58%, p = 0,041) e cistos de faveolamento (13 a 45%, p = 0,005), associados a aumento da frequência de dilatação esofágica tomográfica (68% a 90%, p = 0,02). **Conclusão:** Nesse grupo de pacientes com DMTC, o acometimento intersticial foi prevalente, de leve intensidade e progrediu discretamente em 10 anos. É a primeira vez que o DLCO é demonstrado como método mais sensível que outros parâmetros funcionais para detectar progressão da doença intersticial associada à DMTC. Do ponto de vista tomográfico, a associação de: vidro fosco, reticulado e sinais de fibrose sugere a NSIP como padrão tomográfico mais comum associado à DMTC.

## POSTER 099

### GRANULOMATOSE BRONCOCÊNTRICA – RELATO DE CASO

LARISSA PRANDO CAU; MARIA RAQUEL SOARES; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; SÉRGIO PONTES PRADO; GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; PAULA SILVA GOMES; FÁBIO CHECCHIA FERREIRA; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA; FLÁVIO VIEIRA DE FARIA; RICARDO MILINAVICIUS.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO - HSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Relato de caso:** G.M., masculino, 76 anos, aposentado, ex-tabagista 30m/a (parou há 30 anos), coronariopata. Final de dezembro de 2006 iniciou tosse com pouca expectoração clara, que piorava durante a noite, sem febre, dispneia ou hemoptise. Radiograma de seios da face: velamento do seio maxilar esquerdo, tratado como sinusite, porém, sem melhora. Em janeiro de 2007, realizou tomografia de tórax (TCAR): nódulos pulmonares mais periféricos, alguns com vidro fosco. BAAR no escarro (3): negativo. PPD: não reator. Pesquisa de fungos no escarro: negativo. Citologia oncológica de escarro: ausência de malignidade. Tomografia de abdome e pelve + colonoscopia: sem achados relevantes. Anca C e P negativos. Anti-HIV: negativo. FAN: negativo. Espirometria (09/01/07): distúrbio ventilatório obstrutivo de grau leve, sem variação após broncodilatador. Em fevereiro de 2007, iniciou sintomas sistêmicos: prurido generalizado, hiporexia e emagrecimento de 7kg em 3 meses. Leucograma : 3 exames com eosinofilia acentuada de 50 a 60% do total de 20.000 leucócitos. Mielograma e biópsia de crista ilíaca: hiperplasia mielóide com eosinofilia moderada. Biópsia pulmonar: Presença de granulomas epitelióides intersticiais e peribroncovasculares, coalescentes, ocasionalmente com focos de necrose fibrinóide. Espessamento intersticial moderado com infiltrado linfomononuclear com numerosos eosinófilos, permeando a parede vascular. Achados que caracterizam o padrão de granulomatose broncocêntrica (GB). A pesquisa para BAAR e fungos através de colorações específicas foi negativa. Evolução: após 3 meses de tratamento com corticóide, houve regressão praticamente completa dos nódulos pulmonares, com o paciente permanecendo assintomático, mesmo após redução e suspensão do tratamento. **Discussão:** A GB faz parte das doenças pulmonares eosinofílicas e inicialmente foi descrita por Liebow em 1973. Esse padrão histopatológico também pode ser encontrado em várias doenças como: fúngicas, tuberculose, aspiração, granulomatose de Wegener, doença pulmonar reumatóide e na asma (a maioria com ABPA). Manifestações clínicas predominantes incluem febre, tosse, fraqueza, dispnéia e sibilos. No radiograma de tórax são observados mais comumente nódulos ou massas predominando em lobos inferiores. O tratamento, além de corticóide, também deve ser direcionado para a doença subjacente.

### Referências bibliográficas

1. Katzenstein AL, Liebow AA, Friedman PJ. Bronchocentric granulomatosis, mucoid impaction, and hypersensitivity reactions to fungi. Am Rev Resp Dis 1975; 111: 497-535
2. Hanson G, Flor N, Wells I, Novey H, Galant S. Bronchocentric granulomatosis: a complication of ABPA J. Allergy Clin. Immunol. 1977;59: 83-90
3. Ward S, Heyneman LE, Flint JD, Leung NA Bronchocentric granulomatosis: computed tomographic findings in five patients. Clin Radiol 2000; 55 : 296-300

## POSTER 100

### GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE SIMULANDO ABSCESSO PULMONAR

CRISTINA BUENO DE MORAES; LAIR ZAMBON; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO; ZORAIDA SACHETTO; FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; FABIANA PEDROSO DE MENDONCA; FRANCO CHIES MARTINS; POLLYANA DIOGO SALLES; GISELE NUNES YONEZAWA; EDUARDO MELLO DE CAPITANI.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução.** O acometimento pulmonar da Granulomatose com Poliangeite (Granulomatose de Wegener) cursa com nódulos e massas, em geral múltiplas e bilaterais com tendência à cavitação. Apresentamos caso clínico com massa única e lesão endobrônquica simulando clínica e radiologicamente quadro de abscesso pulmonar. **Relato do caso.** Mulher, 43a, comerciante, 2 meses de febre vespertina, dispneia, tosse e hemoptoicos. Rx de tórax com opacidade heterogênea em terço médio à D tratada como pneumonia sem melhora. Inicia tratamento para TB, mesmo com escarros negativos, mantendo quadro. Rx após 1 mês mostra lesão cavitada à D, quando inicia terapia para abscesso pulmonar com Amoxicilina/Clavulanato sem melhora. Contava perda de 7kg nesse intervalo. Sem comorbidades, tabagismo ou outros antecedentes relevantes. Descorada, febril, FC=126, PA 110/60. Rx e TC de tórax mostram aumento da lesão cavitada com nível hidroaéreo no pulmão D, lesão peribrônquica com estreitamento do brônquio fonte D(BFD) e nódulo cavitado no LSD. Pensou-se em quadro de neoplasia com obstrução brônquica promovendo a formação de abscesso pulmonar. Exames: Hb=8,8, leucócitos=8800, VHS=120, PCR=24, outros exames normais. Culturas de escarro e sangue sempre negativas. Iniciado Piperacilina/Tazobactam. Broncofibroscopia com lesão endobrônquica em 80% do BFD. Biópsia mostrou processo inflamatório com predomínio de necrose. Optado por broncoscopia rígida para diagnóstico e tentativa de desobstrução. Esta biópsia revelou processo granulomatoso com vasculite. Investigação de vasculite: FAN 1/160, c-Anca e Antiproteinase 3 por Elisa positivos favorecendo o diagnóstico de granulomatose com poliangeite(GP). TC de crânio e seios da face normais. Sem alterações urinárias. Prescrito prednisona, pulso de metilprednisolona e ciclofosfamida com melhora clínica importante, remissão da febre e queda do VHS e PCR. Alta hospitalar com prednisona 1mg/kg/d. Após 3 semanas da pulsoterapia retorna com sinusopatia febril por S. aureus oxacilina resistente e herpes genital. Tratada com vancomicina e aciclovir. Nova TC de tórax com inúmeros nódulos cavitados, mostrando progressão rápida e pouco usual da doença. Iniciado novo pulso de metilprednisolona associado a Imunoglobulina, visto que o último pulso redundou em infecção grave e em pouco tempo. **Discussão.** A GP é uma vasculite de pequenos vasos, necrosante e com granulomas acometendo vias aéreas superiores, inferiores e rins. Atinge ambos os sexos, em geral na 5ª década. Rinite e sinusites de repetição acometem 93% dos casos durante a evolução, com estenose subglótica em 75% dos achados broncoscópicos. Lesões endobrônquicas são mais raras, tem aspecto circunferencial, ulceradas com padrão de inflamação inespecífica, granulomas sobre tecido fibrótico e, raramente, vasculite. À imagem radiológica destacam-se nódulos, cavitados ou não, áreas de consolidação em vidro fosco e massas, os quais também podem cavar, e eventualmente simular abscesso pulmonar, como relatado.

## POSTER 101

### GRANULOMATOSE NECROSANTE PULMONAR E GRANULOMAS DE PELE EM DOENÇA DE CHRON - RELATO DE CASO

ITALO GIOVANNI BONATTO; LAURA DELTREGGIA; DANIEL ROBERTO VANZO GOMES; DIEGO HENRIQUE RAMOS; MARIA RAQUEL SOARES; FLÁVIA FARINHAAYRES MOURA DE ASSIS; ARTUR MARTINS CODEÇO; THIAGO MAGALHÃES LOPES; RIMARCS GOMES FERREIRA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA.

UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Doença Inflamatória Intestinal cursam com manifestações extraintestinais em 21 a 36% dos casos. **Relato do Caso:** Masculino, 31 anos, branco, natural de São Paulo, fiscal de transporte público. **HDA:** queixa de tosse e expectoração hialina, acompanhada por alguns episódios hemoptóicos em pouca quantidade, sudorese noturna e inapetência, há 5 meses. Refere ainda, perda ponderal. Nega febre. Nega contato ou Tb prévia. Doença de Crohn há 2 anos > Sinusites de repetição. Em uso de prednisona 20mg/dia e azatioprina 125mg/dia. Ex tabagista 16 maços/ano, nega etilismo, ex-usuário de maconha e cocaína por 7 anos, nega exposições a pássaros, mofo e outras. **EF:** BEG, corado, hidratado, eupnéico, acianótico, anictérico PA-110/80mmHg FC -55bpm f-16irpm T-36,8°C SpO2-99%, BR2T s/s, estertores finos em terço médio de hemitórax esquerdo, sem sibilos, Abdome: sp, MMII: s/ edema, s/TVP. **Exames:** Radiograma de Tórax: lesão escavada em terço médio de pulmão esquerdo. TC de tórax: Lesão escavada, paredes espessas no segmento superior do lobo inferior esquerdo de 5,3 x 5,0 cm, com nível hidroaéreo. Raras bronquiectasias cilíndricas no lobo superior esquerdo. Baciloscopia do escarro com pesquisa de BAAR, duas amostras negativas. Sorologias para doença do colágeno e vasculites sistêmicas negativas. **Evolução:** paciente submetido a segmentectomia de lobo inferior esquerdo. Anátomo-patológico: Biópsia Pulmonar: cavidade parenquimatosa com inflamação crônica granulomatosa periférica, reação gigantocelular e extensas áreas de necrose e supuração (semelhante a íleo e cólon D). Após dois meses do procedimento, submetido a nova TC de tórax com 2 novas lesões, semelhantes a anterior, em contato íntimo a região ressecada, e múltiplos nódulos menores difusos pelo parênquima pulmonar bilateralmente. Decidido pelo uso de adalimumabe, com excelente resposta. Aparecimento de lesões elevadas, de aspecto granulomatoso em nádegas, com inflamação crônica granulomatosa, na biópsia. **Diagnóstico:** Granulomatose pulmonar necrosante pela doença de Chron + acometimento cutâneo. **Discussão:** O envolvimento extracolônico das DII está estabelecido na apresentação de granulomas inflamatórios. Vemos anormalidades na função pulmonar, inflamação granulomatosa com ou sem cavitação e relacionada a droga no tratamento da doença pulmonar. O fato do pulmão e trato gastrointestinal, terem uma origem embrionária semelhante, e que alguns autores consideram, um colapso da barreira intestinal bem como a entrada de antígenos alimentares, explicaria o envolvimento. 2 casos de granulomatose pulmonar necrosante pela DC após diagnóstico diferencial com sarcoidose necrosante e granulomatose de Wegener. Mas, como no relato do caso aqui, ausência de vasculite nos granulomas e de necrose na área do granuloma, presença de granulomas bem formados, e, necrose granular eosinofílica e células gigantes multinucleadas, representavam a granulomatose pulmonar necrosante na DC. Lesões metastáticas da DC na pele, acometendo 14 a 44% dos pacientes.



## POSTER 102

### HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS EM ADULTO JOVEM

CRISTINA BUENO DE MORAES; MÔNICA CORSO PEREIRA; FRANCO CHIES MARTINS; POLLYANA DIOGO SALLES; FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; ILMA APARECIDA PASCHOAL.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução:** A Histiocitose de Células de Langerhans (HCL) é uma doença rara que pode acometer um ou vários órgãos. Apresentamos caso clínico de sintomas súbitos e acometimento pulmonar exclusivo. Mulher, 33a, técnica em eletrônica, procurou PS pós episódio súbito de tosse seca e síncope. No exame: PA:110/70, FC:92, SpO<sub>2</sub>:97%, sibilos difusos bilateral, sem outras alterações, melhorou pós inalações. Tabagista (30 anos-maço) sem episódios anteriores de sibilos, tosse ou síncope. Sem outras comorbidades; filha asmática. Diante do quadro clínico feito Angiotomografia para exclusão de TEP; não havia trombos, porém visto bronhectasias, imagens císticas e nódulos pequenos com vidro fosco ao redor mais localizados no ápice. Exames; Leucograma=7400, HB=14.3, PLT=172.000, HIV negativo. Espirometria; CVF=3,21(92%), VEF1=2,62(89%) e IT=81%, sem resposta a broncodilatador. Teste de caminhada sem dessaturação, andou 395m. Broncoscopia com hiperemia em toda arvore traqueobrônquica, lavado com pesquisa e culturas negativos. Optou-se por biópsia de pulmão (LSD) que revelou dilatações dos espaços aéreos distais (enfisema), alguns com hemossiderófagos; expansões focais dos septos interalveolares e do interstício peribronquiolar as custas de células fusiformes e hemossiderófagos. CD1a e S-100, marcadores de células dendríticas, foram ambos positivos na imunohistoquímica, nas células destas expansões. Os achados anatomopatológicos foram compatíveis com HCL. Radiografia de crânio e ossos longos sem lesão. A paciente foi orientada a cessar tabagismo. **Discussão:** As células de Langerhans fazem parte da linhagem dos macrófagos (células dendríticas), tendo função de células apresentadoras de antígeno. Tem o citoplasma abundante e eosinofílico e se coram para a proteína S-100 e o marcador CD1. Tem um marcador específico visto à microscopia eletrônica, os grânulos de Birbeck. São encontradas no epitélio escamoso, linfonodos, timo e mucosa brônquica. A causa da proliferação destas células na HCL (antiga Histiocitose X) ainda é desconhecida. É dividida em forma focal ou sistêmica, podendo acometer diversos órgãos. A focal envolve um único órgão (osso, pulmão ou pele), costuma ter um curso mais benigno e remissão espontânea. Na forma pulmonar é característico o surgimento de agregados celulares que se estendem ao longo das paredes bronquiolares e podem diminuir a luz de segmentos dos bronquíolos. Dilatações bronquiolares a montante da obstrução, nas oclusões totais, ou à jusante da obstrução, nas obstruções parciais (aprisionamento aéreo) explicam as imagens hiperlucidas, quase sempre ao lado de arteríolas pulmonares. A doença surge, mais frequentemente, na 4ª ou 5ª década da vida com sintomas como tosse seca e dispneia e pode haver pneumotórax espontâneo em 20% dos casos. A associação quase obrigatória com tabagismo implica a exposição ao fumo do tabaco no desencadeamento da proliferação e ativação anômala das células apresentadoras de antígeno da mucosa brônquica, as células dendríticas.

## POSTER 103

### PERFIL DA DEPOSIÇÃO DE COLÁGENO E ELÁSTICA NOS ESPAÇOS ENFISEMATOSOS DE DIFERENTES DOENÇAS PULMONARES CRÔNICAS FIBROSANTES

GABRIELA GASPAR CARNEVALE<sup>1</sup>; LIA JUNQUEIRA MARÇAL<sup>2</sup>; EDWIN ROGER PARRA CUENTAS<sup>3</sup>; FRANCISCO SUSO VARGAS<sup>4</sup>; LISETTE RIBEIRO TEIXEIRA<sup>5</sup>; JULIANA CORREA SANCHEZ SILVA<sup>6</sup>; EVALDO MARCHI<sup>7</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>8</sup>; LEILA ANTONANGELO<sup>9</sup>.

1,2,3,8,9. LIM03/INCOR - HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 4,5,6,7. INCOR - HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**RACIONAL:** Muito se investiga sobre o padrão de componentes do colágeno e elástica no parênquima de doenças fibrosantes. Entretanto pouca atenção tem sido dada com relação ao padrão de deposição destes componentes nas doenças bolhosas, nas doenças intersticiais relacionadas ao tabaco e na pneumonia intersticial. O objetivo desse estudo foi avaliar se a deposição da elástica acompanha a deposição de colágeno nos processos reparativos dos espaços aéreos enfisematosos em diferentes lesões fibrosantes crônicas.

**MÉTODO:** A distribuição das fibras de colágeno e da lâmina elástica foi avaliada nos espaços enfisematosos de doenças bolhosas do tipo I e II, fibrose intersticial relacionada ao tabagismo e pneumonia intersticial usual (UIP). As amostras foram obtidas por biópsia pulmonar cirúrgica ou por bulectomia e divididas em quatro grupos: 1) Doença bolhosa do tipo I (STP-I; N=7); 2) Doença bolhosa do tipo II (STP-II; n=12); 3) Pneumonia intersticial relacionada ao tabagismo (SRIP; n=5) e 4) pneumonia intersticial usual/ fibrose pulmonar idiopática (UIP/IPF; N=5). As fibras de colágeno e lâmina elástica foram identificadas respectivamente pela polarização do Picrosirius e método de Weigert (coloração de Resorcina-Fucsina) e quantificadas em sistema de análise das imagens. Os resultados foram expressos em percentual de área ocupada por cada componente. **RESULTADOS:** Os resultados obtidos estão demonstrados nas tabelas abaixo:

Doença	Picrosirius					Resorcina-Fucsina					
	Média	DP	EP	Mínimo	Máximo	Doença	Média	DP	EP	Mínimo	Máximo
STP-I	40,71	15,87	6,00	18,56	61,67	STP-I	19,97	10,63	4,02	3,71	33,76
STP-II	40,58	15,95	4,60	15,67	63,35	STP-II	18,42	6,17	1,78	10,19	26,70
SRIP	30,18	9,23	4,13	25,31	46,64	SRIP	11,86	9,72	4,35	1,87	25,62
UIP/IPF	40,99	13,99	6,26	24,76	60,07	UIP/IPF	18,49	9,95	4,45	12,43	35,77

Nos quatro grupos, a proporção de fibras de colágeno foi duas vezes superior ao de elástica. Adicionalmente, uma menor porcentagem de elástica e fibras de colágeno foi observada na SRIP quando comparada à UIP/IPF, STP-I e STP-II.

**CONCLUSÃO:** Na pneumonia intersticial relacionada ao tabagismo, a remodelação de espaços enfisematosos ocorre com menor quantidade de elástica quando comparada com as demais doenças fibrosantes, sugerindo haver um diferente espectro de remodelamento nas doenças pulmonares fibrosantes crônicas.

## POSTER 104

### PNEUMONIA INTERSTICIAL DESCAMATIVA OCUPACIONAL: RELATO DE UM CASO

FLÁVIO VIEIRA DE FÁRIA; SÉRGIO PONTES PRADO; GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; PAULA SILVA GOMES; LARISSA PRANDO CAU; LUCIANA GAMEIRO GRECCO; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; MARIANA SILVA LIMA.  
IAMSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Resumo do Caso:** Paciente do sexo masculino, 66 anos, relata tosse seca e perda de 3kg há 03 meses. Negava tabagismo; criou canário há 20 anos atrás; relata presença de mofo no quarto; trabalha como serralheiro desde os 18 anos. Exame físico sem alterações. TCAR: opacidades em vidro fosco e consolidações predominando em campos superiores e médios. Na investigação diagnóstica foram realizados os seguintes exames complementares: provas reumatológicas e sorologias para fungos negativas; prova de função pulmonar: CVF= 92%/ VEF1=98%/ VEF1/CVF= 107%; BTB: inespecíficas; LBA: pesquisa para BAAR e fungos negativas, presença de macrófagos xantomatosos contendo pigmento castanho-dourado, alveolite mista (linfocítica e eosinofílica). Na ausência de conclusão diagnóstica foi indicada biópsia cirúrgica que demonstrou parênquima pulmonar com infiltrado linfomonuclear discreto com moderada descamação intralveolar contendo pigmento castanho-dourado citoplasmático e transformação gigantocelular. Diagnóstico definido, após correlação entre os dados clínico-epidemiológicos, tomográficos e anatomopatológicos, como pneumonia intersticial descamativa (DIP) ocupacional. Discussão: A DIP é geralmente associada com a exposição à fumaça de cigarro, mas às vezes está presente em não-fumantes, o que sugere fortemente DIP associada com a ocupação. Também é necessário excluir outras associações como com as doenças do tecido conectivo, infecções e toxicidade pulmonar. Referências: Godbert B, Wissler MP and Vignaud JM. Desquamative interstitial pneumonia: an analytic review with an emphasis on aetiology. Eur Respir Rev 2013; 22: 128, 117–123.

---

## POSTER 105

### PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL COMO EXPRESSÃO ANATOMOPATOLÓGICA DA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE - RELATO DE UM CASO

PAULA SILVA GOMES; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES; MARIANA SILVA LIMA; SÉRGIO PONTES PRADO; GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; LARISSA PRANDO CAU; FLÁVIO VIEIRA DE FÁRIA; FÁBIO CHECCHIA FERREIRA; UMBELINA SOARES BORGES; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA.  
HSPE, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Resumo do Caso:** Masculino, 66 anos, dispneia há 3 meses. HAS (uso de amlodipina); gastrite na juventude (atualmente, sem sintomas dispépticos). Nunca fumou. Criou pássaros por 3 anos (até 2002); um papagaio desde 2007. Exposição a asbesto (1980-1992). **Exame físico:** Estertores finos nas bases. **Exames complementares:** Provas de função pulmonar: CVF=103%; VEF<sub>1</sub>=117%; VEF<sub>1</sub>/CVF=89%; CPT=93%; VR=73%; sGaw= 0,25L/s/cmH<sub>2</sub>O; DCO=71%. Teste de caminhada 6min: SpO<sub>2</sub>=97/93%. TCAR tórax: opacidade intersticial difusa caracterizado por distorção do parênquima pulmonar, espessamento dos septos intra e interlobulares, nódulos centrolobulares (NCL), vidro fosco, bronquiectasias de tração e faveolamento em LSE. Lavado broncoalveolar: alveolite neutrofilica. BTB: inflamação crônica com fibrose parietal e septal. Sorologia para colagenose normal. Biópsia pulmonar cirúrgica (BPC): pneumonia intersticial fibrosante e inflamatória; desorganização arquitetural, faveolamento periférico e central, comprometimento heterogêneo, predomínio periférico e centro-acinar, focos fibroblásticos "símile"; lesões de pequenas vias aéreas, bronquioloectasias e obliteração fibrosa; achados ocasionais de fibrose em ponte e esboço de granulomas com transformação gigantocelular focal em parede de via aéreas - achados favorecendo exposição ambiental. Diagnóstico definido, após correlação entre os dados clínico-epidemiológicos, tomográficos e anatomopatológicos, como PIU - expressão anatomopatológica de PH crônica. **Discussão:** Alguns achados, na TCAR do tórax, são sugestivos do diagnóstico de PH crônica: atenuação em mosaico, NCL e preservação das bases, em associação a achados variados de fibrose (espessamento dos septos interlobulares, perda de volume, bronquiectasias e/ou faveolamento). Em tais casos, onde a apresentação tomográfica é atípica para FPI, a BPC deve ser considerada para conclusão diagnóstica. Um estudo mostrou que, nos pacientes com diagnóstico clínico de PH (exposição e/ou precipitinas positivas), a BPC pode expressar achados de PIU em um espécime e achados de PH em outro espécime, sugerindo exposição ambiental como o mesmo gatilho para todas as lesões. Amostras obtidas em mais de um lobo pulmonar, portanto, podem aumentar a acurácia da biópsia para a diferenciação entre PIU-FPI e PH crônica. Noutro estudo, a presença de bronquiolite, fibrose centrolobular, fibrose em ponte, pneumonia organizante, granulomas, células gigantes e/ou alveolite linfocítica (em meio aos achados característicos de PIU) foi sugestiva do diagnóstico de PH crônica. O diagnóstico de FPI, em tais casos, é menos provável, e todas as lesões (inclusive, a PIU) provavelmente são decorrentes de exposição ambiental (PH crônica). Referências: (1) Moises Selman, Annie Pardo, and Talmadge E. King, Jr. Am J Respir Crit Care Med 2012; 186: 314–324. (2) Lynch DA, et al. Am J Roentgenol 1995; 165: 807–11. (3) Silva CIS, et al. diology 2008; 246: 288–97. (4) Takemura T, et al. Histopathology 2012; 61: 1026–35.

## POSTER 106

### PNEUMONIA LIPOÍDICA POR ASPIRAÇÃO DE ÓLEO MINERAL – RELATO DE CASO

MARIA RAQUEL SOARES; ANDRÉA GIMENEZ; REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA; MARINA DORNFELD CUNHA CASTRO; KARIN MULLER STORRER; LILIAN TIEMI KURANISHI; DANIELLE CRISTINE CAMPOS BEDIN; RIMARCS GOMES FERREIRA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA.

UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Relato de caso:** Feminino, 32 anos, não tabagista. Dispneia progressiva há 2 semanas, associada à tosse produtiva e febre diária (38,5°C). Esteve internada recente em outro serviço por 3 meses com neuropatia periférica que melhorou, porém teve alta com quadro pulmonar indefinido, já usando prednisona 40mg/dia, após tratamento de 07 dias com levofloxacina para pneumonia bacteriana. História de constipação intestinal importante. Exame físico: Febril (38°C). Estertores grossos em bases e terços médios de ambos os pulmões. Frequência respiratória de 32 irpm. Saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) = 91% (aa). FC: 120 bpm, PA: 110/70mmHg. Sem outras anormalidades no restante. Radiograma de tórax: consolidação bilateral. Exames laboratoriais: Hb=9,6 g/dL ; Ht=31,2 %; Leucograma:19.100 /uL ; Plaquetas=543000; PCR=162 mg/L ; VHS=48 mm. FAN, FR, Anti-DNA, Anti-SM, Anti JO1, Anti CCP, Hepatite B, Hepatite C e HIV negativos ou não reagentes. Gasometria arterial em ar ambiente: pH =7,45, PaCO<sub>2</sub>=25,3mmHg, PaO<sub>2</sub>=57mmHg, HCO<sub>3</sub>=17,5 mmol/L, BE=-5,1 mmol/L, SO<sub>2</sub> = 88,0%. Na admissão, foi intubada e seguiu em ventilação mecânica. TCAR: vidro fosco difuso com espessamento septal associado (padrão "crazy-paving"). Broncoscopia: sem evidência de hemorragia e sem aspecto clássico de proteinose alveolar. Culturas de LBA negativas. Realizado biópsia pulmonar cirúrgica: Acúmulo de material lipídico junto com infiltrado celular inflamatório e variável quantidade de fibrose. Paciente melhorou com antibiótico e ventilação mecânica, tolerando progressivamente desmame. Em nova anamnese, dirigida, revelou uso de óleo mineral para constipação intestinal sempre associado a engasgos diariamente na internação anterior. Teve alta após 48 dias de internação com melhora expressiva do quadro sem necessidade de oxigênio suplementar para acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Pneumonia lipídica é uma inflamação crônica do parênquima pulmonar com envolvimento do interstício por acúmulo de materiais oleosos nos alvéolos. Pode ser endógena, exógena (aguda e crônica) ou idiopática. No presente caso foi considerada exógena pela aspiração de óleo mineral. Os sintomas vão depender da quantidade, qualidade e duração da aspiração. Sintomas mais comuns: tosse crônica (produtiva), dispneia e febre. A população de risco são os lactentes, idosos, portadores de doenças neurológicas e pacientes com disfagia. Quase sempre o diagnóstico é tardio, exige revisão da história após suspeição e a imagem radiológica é classicamente compatível. Algumas vezes a biópsia pulmonar é necessária. O tratamento consiste em suspensão da causa a suporte ventilatório. Nos casos mais graves é preconizado corticóide e, algumas vezes, há necessidade de lavagem pulmonar.

#### Referências bibliográficas

1. Marchiori E et al. Respiratory Medicine (2011) 105, 659-666
2. Sias SM et al. Pediatric Pulmonology (2009) 44, 309–315
4. Sias SM et al. J Bras Pneumol. (2009) 35, 839-845
5. Russo R et al. Anesthesiology (2006) 104, 197-198

## POSTER 107

### PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA ASSOCIADA A DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

ANDRÉA GIMENEZ; REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA; LILIAN TIEMI KURANISHI; MARIA RAQUEL SOARES; MARINA DORNFELD CUNHA CASTRO; KARIN MULLER STORRER; RIMARCS GOMES FERREIRA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA.

UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A pneumonite de hipersensibilidade é uma doença pulmonar intersticial imunomediada, deflagada pela inalação de antígenos ambientais, em indivíduos sensibilizados. Recentemente o padrão histológico de fibrose intersticial centrada em vias aéreas tem sido proposto como uma apresentação incomum da PH. O objetivo do relato é apresentar um caso de PH crônica associada a doença do refluxo gastroesofágico com padrão histológico de fibrose intersticial centrada em vias aéreas. **Relato de caso:** Masculino, 27 anos, estivador, não tabagista. Dispneia progressiva há 1 ano com tosse produtiva e chiado torácico. Negava sintomas associados a colagenoses. Referia sintomas dispnéuticos esporádicos. Exposição ambiental e ocupacional a mofo precedendo os sintomas. Exame físico: estertores em velcro e grasnido. Fr de 24irpm. Baqueteamento digital. SpO<sub>2</sub> = 92% com queda para 85% no teste do degrau de 3 min. TCAR vidro fosco com achados de fibrose com acentuação bronquiocêntrica, com predomínio LLSS, aprisionamento aéreo e mosaico. Perfil reumatológico negativo, capilaroscopia normal, LBA com 80%M, 15%L e 3%N. CVF=2,89L(56%); VEF1=2,51L(57%); VEF1/CVF=0,87; DCO=60%. Evoluiu com piora clínica, funcional e radiológica em uso de prednisona 20 mg/dia e afastamento da exposição. Biópsia pulmonar cirúrgica com evidência de esão bronquiocêntrica com inflamação crônica, fibrose centroacinar, aprisionamento aéreo, metaplasia alveolar peribronquiolar e bronquiolite obliterante. Na investigação EDA com hérnia hiatal por deslizamento e esofagite. Phmetria 24hs com RGE proximal patológico em posição ortostática e Manometria esofágica com hipotonia de corpo e esfíncter esofágico normal; Impedânciophmetria esofágica com RGE não ácido em níveis patológicos, ascensão proximal aumentada de refluxo e controle adequado da secreção ácida. **Discussão:** A PH tem na apresentação típica a pneumonia intersticial celular bronquiocêntrica associada a bronquiolite crônica e granulomas malformados, evidente em menos de 50% dos casos. Outras manifestações histológicas na PH tem sido descritas, como NISP-like, UIP-like e mais recentemente a fibrose centrada em vias aéreas, uma pneumonia intersticial com envolvimento predominantemente peribronquiolar com lesões de pequenas vias aéreas com remodelamento parenquimatoso, sem evidência de granulomas. Este padrão de fibrose centrada em vias aéreas tem sido associada a exposição ambiental, exposição a substâncias tóxicas e a aspiração crônica. A descrição da FBC na PH parece ter implicações prognósticas, associada a pior desfecho clínico e ausência de resposta terapêutica. Conclusão: A PH pode estar associada a DRGE e ter como apresentação histológica a fibrose intersticial centrada em vias aéreas.

#### Referências bibliográficas:

- 1 Fenton ME, Cockcroft DW, Wright JL, Churg A. Hypersensitivity pneumonitis as a cause of airway-centered interstitial fibrosis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2007;99(5):465-6. 2. Yousem SA, Dacic S. Idiopathic bronchiocentric interstitial pneumonia. Mod Pathol. 2002;15:1148–1153.

## POSTER 108

### POLICONDRITE RECIDIVANTE E PNEUMOPATIA INTERSTICIAL

BRUNO LEÔNCIO DE MORAES BERALDO<sup>1</sup>; CLAUDINEI LEONCIO BERALDO<sup>2</sup>; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA<sup>3</sup>; GABRIEL TEIXEIRA MONTEZUMA SALES<sup>4</sup>.

1,3,4.UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2.UNIVAS, POUSO ALEGRE - MG - BRASIL.

Paciente SMJ, Fem, 57anos, com quadro de poliartrite, uveíte posterior bilateral e desabamento nasal sendo diagnosticado Policondrite recidivante em Março de 2011; Evoluiu com hipoacusia bilateral e traqueomalacia. Em dezembro de 2012 iniciou dispneia aos grandes esforços, progressiva, com evolução de 2 meses, com piora nos ultimos 10 dias, evoluindo com dispneia aos pequenos esforços e ortopneia. Internada onde foi diagnosticado traqueobronquiomalácia. Iniciado pulsoterapia com ciclofosfamida e uso de CPAP referindo melhora importante dos sintomas. Apresenta à Espirometria Distúrbio ventilatório Obstrutivo leve e à TC de tórax nota-se acentuada redução do calibre do terço médio da traqueia e dos bronquios fontes bilaterais, compatível com traqueobroncomalácia. Espessamento de paredes bronquicas associado a discretas bronquiectasias centrais. Raros diminutos nódulos pulmonares não calcificados, bilaterais, medindo até 0,3 cm, inespecíficos. Irregularidades pleuro-parenquimatosas nos ápices pulmonares. Policondrite recidivante é uma doença multissistêmica crônica caracterizada por episódios recorrentes de inflamação da cartilagem em todo o corpo com as orelhas, nariz e vias aéreas sendo as áreas mais afetadas. O trato respiratório inferior está envolvido em 20% a 50% dos pacientes, e os diagnósticos específicos incluem estenose subglótica, estenose traqueal, espessamento da parede da traquéia e calcificação, com preservação da parede membranosa posterior, e traqueobroncomalacia. A disponibilidade de novas modalidades de tratamento intervencionista levou a melhoria da morbidade e mortalidade, no entanto, nenhum tratamento é curativo, sendo o prognóstico de PR mais doença de vias respiratórias reservado.

#### Referências

1. Trentham DE, Le CH. Relapsing polychondritis. *Ann Intern Med* 1998;129(2):114–22.
2. Ernst A, Rafeq S, Boiselle P, et al. Relapsing polychondritis and airway involvement. *Chest* 2009; 135:1024–30.
3. Michet CJ, McKenna CH, Luthra HS, et al. Relapsing polychondritis: survival and predictive role of early disease manifestations. *Ann Intern Med* 1986;104:74–8.
4. Lee KS, Ernst A, Trentham D, et al. Prevalence of functional airway abnormalities in relapsing polychondritis. *Radiology* 2006;240:565–73.

## POSTER 109

### RAPAMICINA NO TRATAMENTO DA LINFANGIOLEIOMIOMATOSE: RESPOSTA FAVORÁVEL EM DIFERENTES MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

CAROLINA SALIM GONÇALVES FREITAS; MARIANA SPONHOLZ ARAUJO; BRUNO GUEDES BALDI; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO.

HC - FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença rara, que acomete mulheres em idade fértil, podendo ocorrer de maneira esporádica ou associada ao complexo de esclerose tuberosa (CET). Além do quadro respiratório, as pacientes podem apresentar manifestações extrapulmonares, como angiomiolipomas renais e linfangioleiomiomas abdominais. Apesar de ainda não haver tratamento definitivo para a LAM, perspectivas favoráveis têm sido demonstradas nos últimos anos com os inibidores de mTOR, como a rapamicina. O objetivo do estudo foi relatar três casos de pacientes com LAM com diferentes manifestações que tiveram resposta favorável ao tratamento com rapamicina.

**Casos:** **1)** Paciente de 48 anos, com dispneia há 2 anos, cistos pulmonares difusos em tomografia computadorizada de tórax e antecedente de nefrectomia por angiomiolipoma renal. Evoluiu com derrame pleural quiloso volumoso, piora da dispneia e perda ponderal. Iniciado tratamento com rapamicina, observando-se resolução do quilotórax após 6 meses, com melhora funcional e dos sintomas. Prova de função pré tratamento e após 3 meses de uso de Rapamicina mostram CVF pré 2,61L e pós 3,03L e VEF1 de 1,76L e pós 2,12L.

**2)** Paciente de 25 anos, com diagnóstico de LAM associada ao CET e antecedente de pneumotóraces de repetição e pleurodese. Apresentava ainda angiomiolipoma renal bilateral volumoso, com passado de nefrectomia parcial direita por hemorragia. Em uso de goserelina e doxiciclina desde 2010, evoluindo com aumento progressivo do tumor renal. Iniciado rapamicina, observando-se redução significativa do tamanho e do número dos angiomiolipoma após 12 meses (redução de 6,5cm para 5cm do tumor mais volumoso). Paciente não consegue realizar prova de função pulmonar por déficit cognitivo.

**3)** Paciente de 26 anos, com dispneia há 2 anos, sendo identificado quilotórax e confirmado diagnóstico de LAM (associação com cistos pulmonares difusos, linfangioleiomiomas retroperitoneais e linfonodomegalias abdominais). Iniciada rapamicina e após 6 meses de tratamento, a paciente apresentou melhora clínica e funcional, associado à regressão do quilotórax e das massas retroperitoneais. Prova de função pulmonar pré e pós uso de Rapamicina mostram CVF pré 2,18L para 3,42L e VEF1 1,26L para 1,86L.

**Conclusão:** Apesar de ainda não haver tratamento definitivo para a LAM, evidências recentes têm demonstrado que os inibidores de mTOR, como a rapamicina, são promissores e podem ser utilizados em determinadas situações, como na regressão de angiomiolipomas renais e de linfangioleiomiomas, e no controle do quilotórax. Em relação ao envolvimento pulmonar, apesar de ainda não haver comprovação da atuação dessa classe de medicação sobre os cistos pulmonares, em pacientes selecionados pode haver estabilização da função pulmonar.

## POSTER 110

### RELATO DE CASO - SARCOIDOSE

LAURA FONSECA QUEIROZ<sup>1</sup>; IARA DA COSTA SCHARFF<sup>2</sup>; IANE DA COSTA SCHARFF<sup>3</sup>; GABRIELA CAROLINE DE PAULA ALCANTARA<sup>4</sup>.

1.INSTITUTO DO PULMÃO, CACOAL - RO - BRASIL; 2,3,4.FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL, CACOAL - RO - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A sarcoidose é uma doença auto-imune, multissistêmica caracterizada histologicamente pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. É a doença intersticial mais frequente. Tem distribuição mundial e afeta indivíduos de todas as raças, idades e sexo, porém tem predileção por mulheres jovens e apresenta maior gravidade em indivíduos da raça negra.

**RELATO DE CASO:** A.F.L., 38 anos, masculino, casado, empresário, procedente de Ji-Paraná/RO, há 5 meses com quadro clínico caracterizado por fraqueza, sudorese, pirose, empachamento pós prandial, dor ocular, dor torácica não ventilatória dependente e sem relação com esforço, tosse seca e sibilância. Negava febre e emagrecimento. Ao exame físico, eupneico, SpO2 em ar ambiente 98%, semiologia pulmonar com murmúrio vesicular diminuído globalmente, sem outros ruídos adventícios. Apresentava linfonodos axilares aumentados bilateralmente. Diante da história clínica, levantamos as seguintes hipóteses diagnósticas: tuberculose, doença pulmonar fúngica e sarcoidose. Ao RX de tórax, opacificações pulmonares heterogêneas, predominando nos campos médios e regiões perihilares. A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) mostra consolidações parenquimatosas heterogêneas e irregulares nas regiões perihilares, alguns com aerobroncogramas de permeio, presença de múltiplos nódulos com distribuição perilinfática predominando nos campos médios e superiores dos pulmões, alguns nódulos centrolobulares e pseudoplaças subpleurais, linfonodomegalias mediastinais. Espirometricamente, distúrbio ventilatório misto sem reposta ao broncodilatador. Cintilografia de corpo inteiro com gálio com padrão lambda e panda. À endoscopia respiratória, árvore traqueobrônquica direita e esquerda com mucosa de aspecto granuloso difusamente. Lavado broncoalveolar (LBA) excluiu processo infeccioso, com relação CD4/CD8: 0,9. Ao anatomopatológico da biópsia transbrônquica, processo inflamatório crônico granulomatoso, não necrotizante com padrão sarcoídico. Dessa forma, fechamos o diagnóstico de sarcoidose e iniciamos prednisona na dose de 0,5 mg/Kg/dia. **DISCUSSÃO:** A sarcoidose é uma doença sistêmica que pode afetar qualquer indivíduo. O diagnóstico é baseado na associação de critérios clínicos, radiológicos e histológicos, além da exclusão de outras doenças específicas que possam ter achados semelhantes, como tuberculoses, micoses, pneumonite de hipersensibilidade e outras reações granulomatosas locais. Seu prognóstico é variável, a mortalidade varia de 1-5% e ocorre mais comumente em pacientes com acometimento cardíaco, pulmonar ou do sistema nervoso central. Assim é de grande importância o reconhecimento precoce das múltiplas formas e apresentação clínica da sarcoidose a fim de minimizar os efeitos deletérios dos demais órgãos, instituindo precocemente medidas terapêuticas e de vigilância adequada.

## POSTER 111

### RELATO DE MANIFESTAÇÃO ATÍPICA TORÁCICA DE LINFOMA DE HODGKIN

FERNANDO MOACYR FRAGOSO DIDIER-NETO; RAFAEL FUTOSHI MIZUTANI; LETICIA KAWANO-DOURADO; MARIANA SPONHOLZ ARAUJO; CAROLINA SALIM GONÇALVES FREITAS; DANIEL ANTUNES SILVA PEREIRA; BRUNO GUEDES BALDI; RONALDO ADIB KAIRALLA.

INCOR- HC FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Mulher de 58 anos com dispneia progressiva há cinco anos e há 5 meses com perda ponderal de 20kg associada a sudorese noturna, sem febre, com surgimento de abaulamento cervical à esquerda. Também havia xerostomia e xerofthalmia. Exame físico: linfonodo palpável supraclavicular esquerdo com 1,5 cm de limites mal definidos, e ausculta com murmúrio vesicular reduzido em campo inferior direito e com estertores finos em campos inferiores. Fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito. **Exames Complementares:** Testes de Rosa Bengala e Schirmer positivos. cintilografia de glândulas salivares: déficit acentuado da função salivar. FAN de 1/320, padrão homogêneo e anti-SSA/Ro positivo, configurando assim síndrome de Sjögren. Tomografia computadorizada de alta resolução de tórax e de abdome contrastada sugeriram múltiplos cistos pulmonares bilaterais, lesão infiltrativa na traqueia distal e brônquios principais, compressão da veia braquiocefálica, múltiplas linfonodomegalias toraco-abdominais, e massa hepática de 5,2cm. Toracocentese revelou derrame pleural exsudativo com 94% de linfócitos. Na prova de função pulmonar havia distúrbio ventilatório obstrutivo com componente intratorácico variável e distúrbio ventilatório restritivo, além de difusão de CO reduzida (49%). **Broncoscopia:** lesão infiltrativa em brônquios principais, com obstrução quase completa à direita. Foi realizada biópsia da lesão endobrônquica e desobstrução à direita com plasma de argônio. Devido aos achados abdominais, foi realizada biópsia hepática guiada por ultrassonografia. **Diagnóstico:** A análise histopatológica e imunohistoquímica das lesões endobrônquica e hepática evidenciaram linfoma de Hodgkin (LH) clássico. **Tratamento:** Foram indicados 8 ciclos de quimioterapia com doxorubicina, vimblastina e dacarbazina, com regressão brônquica e hepática a PET-CT no 4º ciclo. **Discussão:** A associação de síndrome de Sjögren e pneumonia linfocítica é bem conhecida, e pode-se observar também o desenvolvimento de linfoma não-Hodgkin nesta cadeia, por isso brônquio e fígado precisaram ser abordados para a confirmação do LH, ambos com lesões incomuns por esse tipo de linfoma. Diante da pneumonia intersticial linfocítica, optou-se por não utilizar bleomicina ao esquema inicial pela sua toxicidade pulmonar, também não comprometendo a regressão inicial da neoplasia.

## POSTER 112

### SARCOIDOSE COMPLICADA COM SÍNDROME DE SJOGREN: RELATO DE UM CASO

SÉRGIO PONTES PRADO; PAULA SILVA GOMES; GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; MARIANA SILVA LIMA; FERNANDA COSTA GRIZZO DE SAMPAIO GOES; ANTONIO JOSÉ TEBCHERANI; OLIVIA C. G. OLIVEIRA; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO (HSPE), SAO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica que acomete principalmente os pulmões e o sistema linfático. O caso abaixo mostra paciente com sarcoidose com manifestações em glândulas salivares e lacrimais, órgãos afetados menos frequentemente.

**RELATO DE CASO:** Mulher, 48 anos, procurou pneumologista em 2009, referindo tosse seca e dispneia havia 2 anos (Mahler 7) associada à dor na coluna lombar e parestesia nos membros superiores. Negava tabagismo; exposição a um canário. Portadora de HAS, DRGE, hérnia de disco (coluna cervical e lombar), depressão, fibromialgia e apneia do sono (uso de CPAP). Usava prednisona (PD) 10 mg havia 5 meses por causa da dor na coluna, hidroclorotiazida, enalapril, fluoxetina e clonazepam. **Exame físico:** gânglios cervicais palpáveis. **Exames complementares:** hemograma e bioquímica normais. Espirometria normal; DCO 69%. RX tórax: linfonodomegalia hilar/mediastinal; TCAR do tórax: linfonodomegalia hilar/mediastinal e discretas áreas de vidro fosco (VF) nas bases. BTB: granulomas epitelioides isolados e coalescentes sem necrose, circundados por fibrose e discreto infiltrado linfomononuclear; pesquisa negativa para BAAR e fungos. O diagnóstico de sarcoidose estágio I foi estabelecido, e a causa da dispneia foi investigada – TECP: limitação em alça fluxo-volume, sem limitação cardiocirculatória; ECO: FEVE 77%, PSAP 27 mmHg, relaxamento lento de VE. Devido à dispneia e intensa fadiga, elevada dose de PD para 30 mg associada à cloroquina 500 mg. Após 1,5 ano de tratamento, cloroquina foi suspensa e a dose de PD reduzida para 5 mg. Em 2011, paciente iniciou queixa de boca e olhos secos, dores musculares, poliartralgia difusa e lesão em antebraço E (lesão elevada de aspecto fibrosante). TCAR do tórax: micronódulos subpleurais e peribroncovasculares, espessamento septal, tênue VF e adenomegalia hilar/mediastinal. Bx de pele: dermatite granulomatosa com pesquisa negativa para microorganismos. Sorologia para colagenose: FAN Hep2 1/640 pontilhado; FR 20; anti-SSA-RO>100; anti-SSB-LA 92,7. Bx de glândula salivar: sialoadenite linfoepitelia sem critérios para síndrome de Sjogren(SS). Imunoglobulinas, inclusive subclasses de IgG, normais. A correlação entre os dados estabeleceu o diagnóstico de SS associada à sarcoidose, e a dose de PD foi elevada. **DISCUSSÃO:** Síndrome seca pode ocorrer na sarcoidose por envolvimento das glândulas salivares e lacrimais ou por associação entre sarcoidose e SS. A biopsia da glândula salivar pode ajudar no diagnóstico diferencial entre as duas doenças, exibindo um padrão de infiltrado linfocitário compatível com SS ou relevando a inflamação granulomatosa característica do acometimento glandular pela sarcoidose. Dilema ocorre quando a presença do infiltrado linfóide não exibe padrão compatível com SS, pois a ausência de granulomas não exclui sarcoidose. Neste relato de caso, a presença de autoanticorpos (FAN, FR, anti-SSA e anti-SSB) fortalece o diagnóstico simultâneo de sarcoidose e SS.

## TL 184

### AVALIÇÃO DA EXTENSÃO DOS CISTOS PULMONARES E SUAS CORRELAÇÕES FUNCIONAIS E LABORATORIAIS NA LINFANGIOLEIOMIOMATOSE

MARIANA SPONHOLZ ARAUJO; CAROLINA SALIM GONÇALVES FREITAS; BRUNO GUEDES BALDI; GUSTAVO BORGES DA SILVA TELES; DANIEL ANTUNES SILVA PEREIRA; OLIVIA MEIRA DIAS; SUZANA PINHEIRO PIMENTA; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO. USP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença rara, caracterizada pela proliferação de células musculares atípicas ao redor de vias aéreas, vasos sanguíneos e linfáticos, com formação de cistos pulmonares difusos e que pode determinar alteração da função pulmonar. Até o momento ainda não está definido o melhor método para avaliação da extensão dos cistos pulmonares na tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) na LAM. Apesar de alguns estudos terem identificado correlação com função pulmonar, ainda não está determinado se a extensão dos cistos se correlaciona com parâmetros do teste de caminhada de seis minutos (TC6M), com a dosagem do fator de crescimento endotelial vascular-D (VEGF-D) ou de metaloproteinases (MMPs). **Objetivos:** Estudar a extensão de cistos pulmonares na TCAR de pacientes com LAM e determinar suas correlações com a função pulmonar, dosagem de MMPs e de VEGF-D, distância caminhada e dessaturation–distance ratio (DDR) no TC6M (Pimenta, SP et al. Clinics 2010; 65:841-6). **Métodos:** Foram avaliadas 23 mulheres portadoras de LAM em acompanhamento na Universidade de São Paulo. A extensão de cistos pulmonares na TCAR foi avaliada pelo cálculo do volume dos cistos dividido pelo volume total do pulmão através da utilização do Advantage Workstation Thoracic VCAR software (GE Medical Systems SCS, France). Coeficiente de correlação de Spearman foi usado para estabelecer a associação entre a extensão de cistos e as demais variáveis. **Resultados:** A idade média foi de  $46 \pm 8$  anos. 13% apresentavam esclerose tuberosa, 43% angiomiolipoma renal, 70% com antecedente de pneumotórax e 9% de quilotórax. A extensão de cistos na TCAR foi de 6,8% (mediana). A média de VEF1/CVF, VEF1, DLCO e VR / CPT foram, respectivamente,  $0,68 \pm 0,19$ ,  $76 \pm 25\%$  pred,  $65 \pm 25\%$  pred e  $0,37 \pm 0,08$ . A distância percorrida foi de  $508 \pm 112$  m e a mediana do DDR foi de 4 (2 - 10). A mediana do VEGF-D sérico foi 464 (317 – 1782) pg/mL, valor normal < 574 pg/ml. A extensão de cistos apresentou melhor correlação com DLCO ( $r = -0,82$ ,  $p < 0,0001$ ), VEF1/CVF ( $r = -0,84$ ,  $p < 0,0001$ ), VR / CPT ( $r = 0,64$ ,  $p < 0,0001$ ), e DDR ( $r = 0,76$ ,  $p < 0,0001$ ). Uma fraca correlação foi encontrada com o VEGF-D ( $r = 0,45$ ,  $p = 0,03$ ). Não houve correlação com a distância caminhada no TC6M ou com o nível de MMPs. **Conclusões:** A extensão dos cistos pulmonares numa amostra de pacientes com LAM foi de pequena intensidade e apresentou correlação com obstrução das vias aéreas, aprisionamento de ar, redução da DLCO e DDR. Não houve correlação com a distância caminhada no TC6M, porém houve associação com o DDR, o que sugere que esse índice seja mais adequado na avaliação da gravidade das pacientes com LAM. A utilização de VEGF-D e de MMPs para avaliar a gravidade da LAM permanece controversa.

## POSTER 057

### DESENVOLVIMENTO DE NOVO MODELO EXPERIMENTAL DE NEOPLASIA INTRAPLEURAL

RODRIGO OLIVIO SABBION; RICARDO MINGARINI TERRA; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; JULIANA PUKA; ALESSANDRO WASUM MARIANI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES.

INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Já existem modelos animais para indução de neoplasia intrapleural. Entretanto, os modelos atuais provocam acometimento tão extenso que a maioria dos animais não chega a sobreviver 14 dias após a injeção das células tumorais no espaço pleural. Este fato limita o uso destes modelos a experimentos de fase aguda, tornando difícil a realização de estudos sobre pleurodese ou sobre o uso de agentes terapêuticos intrapleurais, uma vez que seria relevante a análise tardia de resultados. Talvez, o grande número de células instiladas (100mil células/camundongo) seja uma das causas da mortalidade precoce, a injeção de um menor número de células pode ser uma solução. **Objetivos:** Analisar o sucesso da implantação de células tumorais e a extensão do acometimento na pleura de camundongos injetados com 50mil ou 1mil células de Lewis. **Métodos:** Para indução do acometimento pleural, utilizamos solução contendo células de Lewis (linhagem de adenocarcinoma) na contagem de 100mil células ou 1mil células por mL de Soro Fisiológico 0,9%, conforme contagem em câmara de Neubauer. Os camundongos foram divididos em 2 grupos: Grupo A (20 camundongos, injetados com 50mil células, 0,5 mL da solução com 100mil céls) e Grupo B (10 camundongos, injetados com 1mil células, 1 mL da solução com 1mil células). Após a fase de injeção, os animais do Grupo A foram divididos em 3 grupos e sacrificados em 5, 8 e 12 dias. Os animais do Grupo B foram sacrificados após 21 dias. No sacrifício, o tórax foi retirado em bloco e submerso em formol a 10%, por 48 horas. O esterno e as porções mediais dos arcos costais foram removidos para permitir ampla exposição da cavidade pleural e análise de seu comprometimento. Fragmentos da pleura visceral foram obtidos para avaliação microscópica. **Resultados:** No Grupo A: Ao sacrifício todos os animais tinham implantes pleurais de células neoplásicas; seu volume e número, bem como invasão de parede e de estruturas torácicas, aumentaram conforme o tempo. Em todos os tempos, 40% dos animais tinham derrame pleural (até 2mL). Os animais não perderam peso durante o experimento. No grupo B: 1 animal morreu no 2º dia (complicações do procedimento), 1 animal morreu no 10º dia e outros 2 morreram no 19º dia, estes 3 últimos provavelmente já por comprometimento neoplásico, visto que a partir do 15º dia já diminuem sua atividade no cativeiro. Dos 4 animais sacrificados contendo 1mil células, nenhum tinha derrame pleural. Nenhum deles perdeu peso. Apenas 50% deles tinham implantes macroscópicos na pleura. **Conclusões:** A utilização de 50 mil células esteve associada a adequado grau de desenvolvimento de neoplasia intrapleural sem consequências sistêmicas (perda de peso) numa fase aguda (até 12 dias). A injeção de 1mil células permitiu sobrevida mais longa dos animais, entretanto em parte destes não houve adequado implante de células tumorais. Novos experimentos com injeção de 10 mil células são desejáveis.

## POSTER 058

### EMPIEMA CRÔNICO COM DRENAGEM ESPONTÂNEA (DE NECESSIDADE) VIA FOSSA ILÍACA ESQUERDA

BRENO MACHADO COSTA<sup>1</sup>; LEONARDO OLIVEIRA REIS MACIEL<sup>2</sup>; ROBERTO GIBSON FERREIRA COSTA<sup>3</sup>; LEANDRO PUBLIO DA SILVA LEITE<sup>4</sup>; RAIMUNDO NONATO DE SOUSA ANDRADE<sup>5</sup>.

1,3,4,5.HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR - BA - BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

**Relevância:** A publicação tem por objetivo, apresentar raro caso de empiema crônico que se expandia para a cavidade abdominal com drenagem espontânea através da fossa ilíaca esquerda. **Caso Clínico:** Paciente masc., 41 anos, com queixa de massa localizada em FIE há aproximadamente 6 semanas. Negou perda de peso, dor, febre e trauma local. Antecedentes médicos de BK pulmonar e pleural a esq. há 13 anos (tratado). **Exame físico:** de positivo: AR: MV abolido em 2/3 inf. do HTE; ABD: massa de consistência cística em FIE, fixa a planos profundos, indolor a palpação, com aprox. 5,0 cm de largura, sem sinais de flogose. **Exames complementares:** solicitado leucograma = 9.700/<sup>µl</sup>, Rx de tórax PA e perfil, e TC de abdomen e tórax. Exames de imagem revelaram: Volumosa coleção pleural associada a espessamento e calcificação da pleura à esq., medindo 21,5 x 12,0 x 6,4 cm, comunicando-se com as partes moles da parede torácica a nível do seio costofrênico, com aparente envolvimento do diafragma. Brônquios dilatados e tortuosos, destruição e redução volumétrica pulmonar do segm. apicoposterior do LSE. A referida coleção se estendia pela parede abdominal, com trajeto através da musculatura, insinuando-se na cavidade abdominal, promovendo espessamento do grande omento com dimensões de 5,1 x 2,2 cm, estendendo-se até o plano da pelve renal, e outra loja externa, mais inferior com dimensões de 4,8 x 2,0 cm. **Diagnóstico** de empiema crônico a esq. com drenagem de necessidade por FIE. **Evolução:** Paciente foi submetido à toracocentese diagnóstica pré-operat. com evidência de líquido turvo que foi negativo à cultura aeróbia. Definido por terapêutica cirúrgica com realização de pleurostomia e drenagem da coleção abdominal com manutenção de dreno casado no pós op. Durante procedimento cirúrgico foi coletado nova amostra do líquido pleural que apresentava mesmo aspecto do anterior, contudo com cultura aeróbia positiva para *Serratia marcescens* resistente a colistina e sensível à amicacina, aztreonam, gentamicina, dentre outros. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória saindo de alta no 5º DPO. Anatomia patológica da pleura revelou processo inflamatório crônico com fibrose, consistente com parede de empiema pleural crônico, não se observando granulomas ou necrose caseosa. O paciente vem sendo acompanhado ambulatorialmente, sem queixas ou intercorrências tendo realizado Tomografias de controle com 11 e 28 meses pós-cirurgia evidenciado redução das dimensões da cavidade pleural e re-expansão progressiva do parênquima pulmonar e regressão do processo abdominal. **Discussão:** A despeito das inovações tecnológicas e moderna antibioticoterapia a incidência de empiema pleural vem aumentando tanto na população adulta quanto pediátrica, persistindo com elevada taxa de mortalidade. Os aspectos e manifestações clínicas do empiema são diversos. Diagnosticar precocemente, saber distinguir suas fases evolutivas e indicar a melhor opção terapêutica são a chave para um tratamento bem sucedido.

## POSTER 059

### ESPECTRO LABORATORIAL DOS DERRAMES PLEURAIS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO: AVALIAÇÃO DE CINCO ANOS

ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES<sup>1</sup>; BARBARA SOARES SILVA<sup>2</sup>; MILENA M P ACENCIO<sup>3</sup>; GABRIELA GASPAR CARNEVALE<sup>4</sup>; LIA JUNQUEIRA MARÇAL<sup>5</sup>; FLAVIA CAROLINA BALULA MORAES MALUZA PAES<sup>6</sup>; CARLOS ALBERTO SALZEDAS GIAFFERI<sup>7</sup>; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA<sup>8</sup>; FRANCISCO SUSO VARGAS<sup>9</sup>; LEILAANTONANGELO<sup>10</sup>.

1,2,3,8,9. INCOR - HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 4,5,6,7,10. LIM03/INCOR - HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Derrames pleurais (DP) primários ou secundários a doenças torácicas ou sistêmicas representam condição clínica frequente em hospitais terciários. A toracocentese com análises laboratoriais representa a primeira abordagem diagnóstica dos pacientes e frequentemente auxilia na tomada de decisões clínicas e terapêuticas, uma vez que os transudatos geralmente refletem doenças sistêmicas e os exsudatos, doenças com acometimento pleural. **Objetivos:** avaliar as principais características laboratoriais de derrames pleurais diagnosticados em um período de 5 anos em um hospital terciário. **Métodos:** Estudo retrospectivo (2006 a 2010) baseado em banco de dados de um Hospital Universitário Terciário de São Paulo. Os critérios de Light e o gradiente de albumina foram utilizados para classificar os derrames em exsudatos ou transudatos. A citologia (diferencial e oncocítica) e os níveis de adenosina deaminase (ADA) também foram avaliados. **Resultados:** Um total de 6218 casos de DP foi incluído, sendo que 74,7% foram classificados como exsudatos segundo os critérios de Light. A associação do gradiente de albumina aumentou esse número para 80,6%. Dos exsudatos (n=5012), 18,6% (n=934) apresentaram simultaneamente predomínio de linfócitos e ADA superior a 40,0 U/L, sugerindo etiologia tuberculosa. Na avaliação citológica, 16,2% dos casos (n=801) mostraram células atípicas suspeitas. Se considerarmos conjuntamente os casos de citologia positiva com os suspeitos, obtivemos que 29,1% dos casos (n=1811) podem corresponder a derrames pleurais malignos. **Conclusão:** O número de exsudatos suplantou o de transudatos. Tuberculose e câncer representaram duas importantes causas de exsudatos pleurais, correspondendo a aproximadamente metade dos casos. O baixo número de transudatos deve refletir a acurácia do pro-BNP sérico no diagnóstico dos transudatos pleurais de origem cardíaca.

## POSTER 060

### FECHAMENTO DE PLEUROSTOMIA À CLAGETT

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; THAMARA KAZANTZIS; JULIANA BRANDÃO FOLADOR; MARCO AURÉLIO MARCHETTI FILHO; ERIKA RYMKIEWICZ; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA; ANDRÉ MIOTTO; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO; RENATO DE OLIVEIRA.

UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

## RELATO DE CASO

**INTRODUÇÃO:** Samuel Robinson, em 1915, defendia a drenagem pleural aberta para os casos de empiema crônico. Clagett e Stafford documentaram inicialmente um sucesso de 60% com a técnica de Clagett, o qual subiu para quase 90% com a repetição do procedimento. Esta técnica foi aplicada naqueles pacientes cujas pleurostomias foram realizadas por empiema pós pneumonectomia. O insucesso do tratamento, na maior parte das vezes, estava associado à presença de fístula, o que não se aplica no caso a seguir, uma vez que o paciente não foi submetido à ressecção pulmonar. **RELATO DE CASO:** Apresentamos o caso do paciente RNFQ, 34 anos, do sexo masculino, branco, solteiro, comerciante. O paciente apresentou tuberculose e empiema à direita, necessitando de pleurostomia para sua resolução (ficou com dreno pleural durante 3 meses sem melhora). Foi admitido em nosso serviço com desejo de fechar a pleurostomia. Antes do planejamento cirúrgico, foi necessário tratar com antibióticos a infecção da pleurostomia e orientar o paciente sobre a forma correta de fazer o curativo. Com a pleurostomia sem secreção infectada, com tecido de granulação, foi planejada a cirurgia. Uma vez que o paciente possuía uma grande cavidade pleural residual, não ocupada pelo pulmão, optamos pelo fechamento através da técnica de Clagett. Nesta técnica, a cavidade pleural é preenchida com solução antibiótica e a pleurostomia é fechada por planos – musculatura, subcutâneo e pele. No caso deste paciente também foi realizada, primeiramente, a reconstrução da parede torácica com uma rede de fios de polipropileno 0, seguida pelo fechamento primário. Os antibióticos utilizados foram: 2g de Vancomicina + 80 mg de Gentamicina e 100000 UI Polimixina B (100mg), diluídos em 1l de soro fisiológico 0,9%. A cavidade foi previamente medida com soro fisiológico e atribuída ter 400ml. Optamos por fechar a cavidade por planos e manter uma sonda nasogastrica em seu interior para que a solução de antibióticos fosse injetada após o fechamento e não haver perdas. Realizamos curativo compressivo e o paciente foi orientado a permanecer 24h em decúbito lateral esquerdo. O paciente evoluiu bem no pós operatório, estável hemodinamicamente, afebril, dor controlada com analgésicos simples e opioides. Recebeu alta no 3º pós operatório ainda com o curativo, e os pontos foram retirados em ambulatório, no 9º pós operatório.



## POSTER 061

### IDENTIFICAÇÃO DE FATORES PREDITORES DE RECIDIVA RADIOLÓGICA DE DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO APÓS PLEURODESE

PEDRO NABUCO ARAÚJO<sup>1</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>2</sup>; VICTOR ISHII<sup>3</sup>; TIAGO DA SILVA SANTOS<sup>4</sup>; RODRIGO CARUSO CHATE<sup>5</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>6</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>7</sup>.

1,2,4,5. INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SÃO PAULO - ICESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3,6,7. INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** O derrame pleural maligno recidivante ocorre em cerca de 50% dos pacientes com neoplasias metastáticas e sua terapia é essencialmente paliativa, visando restabelecer a qualidade de vida através do controle sintomático. O método mais utilizado para seu controle é a pleurodese química, seja através de videotoroscopia ou pelo dreno de tórax. **Objetivo:** Identificar fatores preditores de reacúmulo de líquido pleural em tomografias de tórax (TC) de pacientes com derrame pleural neoplásico submetidos a pleurodese química através de dreno pleural. **Métodos:** Foram selecionados de nossos ambulatorios entre junho de 2009 e maio de 2012 35 pacientes com derrame pleural de origem neoplásica e caráter recidivante e que apresentaram alívio sintomático e expansão pulmonar pelo menos parcial após toracocentese esvaziadora. Esses pacientes foram submetidos a pleurodese pelo dreno de tórax tipo "Pig tail" de 14 Fr e tiveram seus volumes pleurais mensurados através de TCs logo antes da pleurodese e 30 dias após. O reacúmulo do derrame era quantificado através da diferença entre os volumes de líquido pleural da TC de 30 dias e da inicial. Para identificação dos fatores preditores de reacúmulo do derrame pleural utilizamos modelo de regressão linear generalizado. **Resultados:** Quanto às características dos pacientes, a idade média foi 61 anos, o KPS mediano 70, 29 eram mulheres (83%) e 6 homens (17%), a neoplasia era primária da mama em 24 (69%), do pulmão em 6 (17%) e de outros locais em 5 (14%). O número mediano de toracocenteses prévias era 2 e o aspecto do líquido era seroso em 17 pacientes (49%), serohemático em 14 (40%) e hemático em 1 (3%). O agente esclerosante foi o Talco mineral em 8 casos (23%) e o nitrato de prata em 27 (77%). A média da pressão pleural inicial foi 6,6 cm H<sub>2</sub>O, a após retirada de 800 ml foi -3,7 cm H<sub>2</sub>O e a final foi -15,6 cm H<sub>2</sub>O. O volume de líquido drenado foi em média 1405 ml, com médias de elastância pleural após retirada de 800 ml de 13 cm H<sub>2</sub>O<sup>L</sup> e final de 24 cm H<sub>2</sub>O<sup>L</sup>. O motivo do término da drenagem foi dor torácica intensa em 19 pacientes (54%), término do líquido em 14 (40%) e tosse intensa em 2 (6%). Efetividade clínica foi alcançada em 31 casos (89%), com os demais 4 (11%) apresentando falha e necessidade de nova intervenção pleural. A média do volume da cavidade pleural à TC de tórax foi 629 ml e 546 ml, respectivamente peri-pleurodese e 30 dias após. O único fator preditor de reacúmulo do líquido em 30 dias nessa amostra foi o agente esclerosante (nitrato de prata apresentou menor reacúmulo, p=0.01). **Conclusões:** Apesar de analisarmos diversas variáveis, apenas o agente esclerosante se mostrou um preditor do reacúmulo do derrame pleural em 30 dias após a pleurodese. O número de pacientes incluídos no estudo ainda é baixo, conforme a inclusão aumente outros fatores como a elastância pleural podem surgir como preditores de sucesso radiológico.

## POSTER 062

### IMPACTO DO ADA E DO PERFIL CELULAR DO DERRAME PLEURAL NA SOBREVIDA DE PACIENTES COM DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO

ALESSANDRO WASUM MARIANI; RICARDO MINGARINI TERRA; RICARDO LOPES OLIVEIRA; LEILA ANTONANGELO; MILENA MAKU SUESADA; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES.

INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Predizer a sobrevida de pacientes com derrame pleural neoplásico é importante para definição da conduta terapêutica, contudo poucos preditores foram descritos até o momento. O perfil celular do infiltrado tecidual em neoplasias sólidas está associado à sobrevida global, porém esta correlação ainda não foi estudada no líquido pleural.

**Objetivos:** Avaliar se citologia do líquido pleural e o ADA influenciam a sobrevida global em paciente com derrame pleural maligno candidatos a pleurodese. **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários de pacientes submetidos a pleurodese por derrame pleural neoplásico em instituição terciária no período de janeiro 2008 a julho de 2011. Utilizados métodos não paramétricos para comparação entre grupos e regressão de Cox para analisar preditores que influenciassem a sobrevida global. **Resultados:** Foram incluídos 156 pacientes (44 homens, 112 mulheres, idade média 58,9 +-12 anos). Os sítios primários de neoplasia foram: mama (83), pulmão (39), linfoma (10), outros (24). Durante a análise univariada observamos que: pacientes com linfócitos > 1500 tiveram melhor evolução (log rank, p=0,04); pacientes com ADA muito alto (>40) ou muito baixo (<15) tiveram pior evolução (log-rank 0.001); pacientes com proteína baixa (<3.6) tiveram pior evolução (log-rank p=0.01). O modelo de regressão final demonstrou que as seguintes variáveis foram significativas na sobrevida global: ADA<15 (HR:2.3, p=0.0008), ADA > 40 (HR 2.3, p=0.01), outras neoplasias (HR: 2,1, p= 0.007). Durante a análise exploratória observamos que pacientes com ADA<15 tinham líquido pleural com menor celularidade e proteínas, por outro lado aqueles com ADA>40 tinham parâmetros semelhantes aos daqueles com ADA normal à exceção do número de linfócitos, que era paradoxalmente menor nos pacientes com ADA elevado (mediana 433 vs. 277 céls, p=0.01). **Conclusão:** ADA muito baixo(<15) ou muito elevado(>40) está associado a menor sobrevida em pacientes com derrame pleural neoplásico. Pela análise exploratória realizada os mecanismos fisiológicos envolvidos nas duas situações são diferentes.

## POSTER 063

### LESÕES CÍSTICAS PULMONARES

POLLYANA DIOGO SALLES; FRANCO CHIES MARTINS; CRISTINA BUENO DE MORAES; FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; MÔNICA CORSO PEREIRA; ILMA APARECIDA PASCHOAL.  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, ITAJUBA - MG - BRASIL.

ALB, 38 anos, sexo masculino, branco, natural de Campinas-SP, procedente de Limeira-SP, casado, 3 filhos, mecânico. Atendido no ambulatório com queixa de dor persistente em pontada em hemitorax direito (HTD), dispneia e tosse seca noturna há 20 dias. Negava febre, sudorese ou perda ponderal. Teve diagnóstico de pneumotórax há 3 meses, quando procurou o PS devido a quadro de tosse seca intensa associada à dor torácica ventilatório-dependente súbita à direita. Foi drenado e recebeu alta assintomático. Relata ex-tabagismo (22 anos- maço), asma e rinite alérgica; Mãe, avó e bisavô materno com história de bolhas nos pulmões (SIC). Ao exame físico se apresentava em BEG, timpanismo à percussão do HTD, MV reduzido D, sibilos e tempo expiratório prolongado; SpO<sub>2</sub> 89% aa, sem outras alterações. Radiograma de tórax confirmou novo pneumotórax. Foi drenado e internado para investigação. A dosagem de alfa1 antitripsina era normal, TC de tórax: várias imagens hiperlucentes nos dois pulmões e massa em topografia de adrenal. Submetido à adrenalectomia direita. O anatomopatológico revelou adenoma oncocítico da cortical da suprarrenal de potencial maligno incerto (rico em células oxifílicas). Após um ano, apresentou os mesmos sintomas de dispneia e dor torácica e diagnosticado com outro pneumotórax espontâneo à direita; drenado e submetido à bulectomia a direita por videotoroscopia e pleurodese abrasiva. O anatomopatológico do pulmão mostrou fibrose e leve processo inflamatório crônico inespecífico na pleura e no parênquima pulmonar adjacente. A mãe do paciente acima, 55 anos, branca, procurou o ambulatório com queixas de tosse e dor torácica há 6 meses e dispneia progressiva há 2 anos. Referia dorsalgia aos esforços físicos e dispneia paroxística noturna. Não fumante e hipertensa. Ao exame apresentava MV reduzido em ápice anterior e 1/3 médios à D, sem ruídos adventícios, SpO<sub>2</sub> 95% aa. À espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com CVF reduzida, sem resposta ao broncodilatador. Realizado TC6 (474m, dessaturação 97% para 87%, aumento de FC, FR e PA). Cintilografia com prováveis processos parenquimatosos nos segmentos lateral, medial, superior e anterior basal do pulmão D e nos segmentos lingulares e anterior do lobo superior esquerdo e a TC de tórax, múltiplas lesões hiperlucentes nos dois pulmões. Dosagem de alfa1 antitripsina e de Cloro no suor normais. Mãe e filho, ambos com lesões pulmonares de transparência aumentada, fazem suspeitar de uma doença geneticamente determinada como causa das alterações, suspeita corroborada pelos outros antecedentes de lesão semelhante na avó materna e bisavô materno do primeiro sujeito relatado. A dosagem de alfa1 antitripsina nos dois casos estavam normais. A presença de tumor oncocítico de suprarrenal no primeiro paciente levanta a possibilidade diagnóstica da Sd. Birt-Hogg-Dubé, apesar de faltarem as lesões cutâneas típicas. A determinação da mutação genética mais frequentemente associada à síndrome poderia ajudar e será tentada.

---

## POSTER 064

### LINFOMA PRIMÁRIO DE CAVIDADE PLEURAL: RELATO DE CASO

PAULA SILVA GOMES; RICARDO MILINAVICIUS; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; SÉRGIO PONTES PRADO; LARISSA PRANDO CAU; GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; FLÁVIO VIEIRA DE FARIA; FÁBIO CHECCHIA FERREIRA; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA.  
HSPÉ, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Resumo do caso:** Feminino, 55 anos, funcionária de um cartório de notas. Dispneia aos médios esforços que evoluiu para os mínimos esforços há 2 meses. Referia tosse com expectoração branca, perda ponderal de 12kg em 8 meses e dor ventilatório-dependente em hemitorax esquerdo (HTE). Negava outras alterações. Antecedentes pessoais: ex-tabagista 20 maços/ano há 20 anos e ablação de pólipos uterinos há 5 anos. Negava outras comorbidades. Ao exame físico: bom estado geral, orientada, eufórica, normocárdica, normotensa, FR= 16 ipm, SpO<sub>2</sub>= 96% em ar ambiente e murmúrio vesicular abolido em 2/3 do HTE; sem outras alterações. Exames complementares: Hb= 14,7 g/dL; leucograma= 13.280/mm<sup>3</sup> sem desvio à esquerda. Radiograma de tórax: velamento total de HTE. TC de tórax: completa opacidade de HTE, evidenciando pulmão esquerdo (E) atelectasiado e volumoso derrame pleural (DP) à E. Toracocentese diagnóstica: líquido pleural hemorrágico, com padrão exsudativo, 5.250 células, predomínio linfocitário (91%) e presença de 1% de promielócitos, pH=7,5, glicose=114%, DHL= 333 UI/L e ADA= 20,8 UI/L. Broncoscopia: traqueíte enatêmica leve. Sorologia para HIV: negativa. Sorologia para doenças reumatológicas: negativas. TC de abdome: linfonodomegalia de até 1 cm em cadeias retroperitoneal, suprarrenal E e próximo ao cárdia-gástrico. Pleuroscopia: moderado DP hemorrágico, lesão vegetante em pleura diafragmática. Biopsiado pleura e massa pleural. Anátomo-patológico de ambas: linfoma B linfocítico de pequenas células. Biópsia de medula óssea: livre de comprometimento neoplásico. **Discussão:** o linfoma primário de cavidade pleural (LPC) é um raro linfoma não Hodgkin (LNH), representando 3% dos LNH em pacientes com SIDA e 0,4% em imunocompetentes. Sua patogênese é multifatorial. Na investigação diagnóstica, importante sempre descartar outras doenças linfoproliferativas e infiltração medular. **Referências bibliográficas:** 1. J. bras. pneumol. vol 31 n 6 Sao Paulo Nov/Dec. 2005 2. An. Med. Interna. 2004; 21(4):175-8. 3 Lancet Infect. Dis. 2002; 2(6): 344-52. 4. Lyon: IARC Press; 2001. p.179-80.

**POSTER 065**

**O PERFIL DE MARCADORES TUMORAIS NO LÍQUIDO PLEURAL DISCRIMINA OS DERRAMES PLEURAIIS MALIGNOS COM CITOLOGIA POSITIVA, NEGATIVA OU SUSPEITA?**

ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES<sup>1</sup>; FRANCISCO SUSO VARGAS<sup>2</sup>; CARLOS ALBERTO SALZEDAS GIAFFER<sup>3</sup>; MILENA M P ACENCIO<sup>4</sup>; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA<sup>5</sup>; LIA JUNQUEIRA MARÇAL<sup>6</sup>; GABRIELA GASPAR CARNEVALE<sup>7</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>8</sup>; FLAVIA CAROLINA BALULA MORAES MALUZA PAES<sup>9</sup>; LEILA ANTONANGELO<sup>10</sup>.  
1,2,4,5,8. INCOR - HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3,6,7,9,10. LIM03/INCOR - HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**RACIONAL:** As metástases pleurais podem ocorrer durante a evolução de praticamente todos os tumores, sendo mais frequentes nas neoplasias pulmonares e de mama (50 a 65%, respectivamente), seguidas pelos linfomas, tumores do trato geniturinário e gastrointestinal. O diagnóstico de derrame pleural maligno (DPM) influencia o prognóstico e a conduta terapêutica a ser adotada e se baseia no achado de células tumorais no líquido ou no tecido pleural. A positividade do exame citológico é superior ao da biópsia pleural fechada e varia de 40 a 80%, justificando a utilização de métodos complementares para o diagnóstico. Neste cenário, destacamos a dosagem de marcadores tumorais no líquido pleural (LP). Seria de grande valor para a prática clínica que obtívéssemos concentrações de marcadores tumorais no LP capazes de diagnosticar DPM nos casos de citologia positiva, negativa e principalmente nos casos em que a citologia é suspeita, porém não conclusiva. **OBJETIVOS:** Avaliar o desempenho diagnóstico da dosagem de marcadores tumorais no líquido pleural em casos de derrame pleural maligno (DPM) com ênfase na discriminação dos casos com citologia oncológica positiva, negativa ou suspeita. **CASUÍSTICA E MÉTODOS:** Foram incluídos 156 pacientes portadores de derrame pleural linfocítico secundários à neoplasia ou tuberculose. Amostras de líquido pleural foram coletadas para dosagem de CEA, CA 15-3, CA 19-9, CA 72-4, CA 125 e CYFRA-21-1 por eletroquimioluminescência (Elecsys 2010, Roche Diagnostics, Mannheim, Germany). Estatística: teste t e ANOVA. **RESULTADOS:** Dos 156 pacientes incluídos no estudo, 114 apresentavam DPM e 62 tinham DP tuberculoso. A tabela abaixo compara as concentrações dos marcadores tumorais no LP de pacientes com DPM (citologia positiva, negativa ou suspeita) e tuberculose. **CONCLUSÃO:** A concentração de marcadores tumorais no líquido pleural diferenciou os casos de DPM de tuberculose. Entretanto, não discriminou os casos de DPM com citologia positiva, negativa ou suspeita.

Líquido Pleural	Citologia Positiva	Citologia Suspeita	Citologia Negativa	Benigno	p
	(n=65) 24,0	(n=54) 8,2	(n=15) 1,4	(n=42) 1,3	
CEA	(2,7 – 307,2) 105,6	(1,6 – 90,0) 21,5	(0,7 – 28,8) 15,4	(1,0 – 2,2)ª 13,5	0,025
CA 15-3	(17,6 – 275,0) 10,3	(13,1 – 97,1) 7,1	(11,0 – 89,7) 2,8	(10,2 – 22,0)ᵇ 5,9	0,002
CA 19-9	(2,8 – 51,6) 13,3	(3,6 – 27,0) 6,5	(0,6 – 13,1) 6,3	(1,8 – 11,7) 6,8	0,356
CA 72-4	(4,0 – 99,4) 1138,0	(4,0 – 9,0) 561,0	(2,2 – 7,5) 414,0	(6,1 – 7,2) 87,0	0,145
CA 125	(325,0 – 2271,0) 76,0	(194,0 – 1452,0) 45,0	(117,8 – 813,0) 21,0	(22,3 – 305,0)ᶜ 19,5	0,001
CYFRA 21-1	(32,7 – 309,4)	(15,0 – 157,0)	(8,0 – 125,0)	(10,3 – 47,4)ᵈ	0,024

**POSTER 066**

**PERFIL DAS METALOPROTEINASES NOS DERRAMES PLEURAIIS E ASSOCIAÇÃO COM MARCADORES INFLAMATÓRIOS**

ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES<sup>1</sup>; MURILO BACCHINI DIAS<sup>2</sup>; LEANDRO HEIDY YOSHIOKA<sup>3</sup>; MARCELO F A SILVA<sup>4</sup>; JULIANA PUKA<sup>5</sup>; ROBERTO ONISHI<sup>6</sup>; MILENA M P ACENCIO<sup>7</sup>; LEILA ANTONANGELO<sup>8</sup>; FRANCISCO SUSO VARGAS<sup>9</sup>; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA<sup>10</sup>.  
1,2,3,4,5,6,7,9,10. INCOR - HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 8. LIM03/INCOR - HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** As metaloproteinases (MMPs) são enzimas proteolíticas, responsáveis pelo desarranjo da matriz extracelular e exercem um papel importante nos processos inflamatórios dos exsudatos pleurais. Sua atividade é controlada por inibidores teciduais (TIMPs) e o desequilíbrio entre MMPs e TIMPs está presente em várias patologias. MMPs podem ser secretadas por tecido pulmonar durante a resposta inflamatória e também estão envolvidas em invasões tumorais e metástases. Ainda é motivo de estudo, a avaliação das MMPs na formação do líquido pleural e possíveis sequelas, principalmente o espessamento pleural. **OBJETIVO:** Analisar o perfil das metaloproteinases e inibidores em exsudatos pleurais, correlacionando com marcadores e citocinas inflamatórias. **METODOLOGIA:** 114 pacientes com derrame pleural do ambulatório de pleura do HCFMUSP. Os derrames foram categorizados como transudatos ou exsudatos (critérios de Light) e a etiologia avaliada por citologia oncológica, dosagem de adenosina deaminase e culturas. Foram dosados no líquido pleural MMP-1, 2, 8 e 9; TIMP 1 e 2; TGF-β, VEGF e IL-6. **RESULTADOS:** Dos 114 derrames 39 foram neoplásicos, 41 por tuberculose e 34 por insuficiência cardíaca. Os resultados e correlações entre as MMPs e demais variáveis no líquido pleural estão descritos nas tabelas

Tabela 1: Dosagem das MMPs, TIMPs, IL-6, TGF-β e VEGF

	NEOPLASIA n=39	TUBERCULOSE n=41	TRANSUDATO n=34	P
MMP-1 (ng/mL)	326,8 ± 177,7	482,8 ± 180,5	84,3 ± 16,5	0,510
MMP-2 (ng/mL)	156,2 ± 0	271,1 ± 73,9	166,2 ± 10	0,009
MMP-8 (ng/mL)	1026,4 ± 289,4	2036,8 ± 388,1**	108,7 ± 22,3*	<0,001
MMP-9 (ng/mL)	600,1 ± 144,4	2680,6 ± 1702,2	79,1 ± 17,2*	<0,001
TIMP-1 (ng/mL)	1855,7 ± 40	1903,24 ± 64,4	719,8 ± 20,8*	<0,001
TIMP-2 (ng/mL)	231,7 ± 9,3	226,9 ± 7,7	229,4 ± 8,3	0,910
IL-6 (pg/mL)	3213,1 ± 524,1	6885,7 ± 708,2**	840,3 ± 104,2*	<0,001
TGF (pg/mL)	1953,6 ± 241,8	1837,7 ± 265,3	330,3 ± 40,4*	<0,001
VEGF (pg/mL)	1418,1 ± 178,5	985,9 ± 108,2	208,4 ± 32,4*	<0,001

\*Transudatos=Tuberculose e Neoplasia \*\*Tuberculose=Neoplasia

**Grupo Neoplasia**

	R	P
MMP-1 x MMP-8	0,469	0,021
MMP-1 x MMP-9	0,477	0,024
MMP-9 x TGF-β	0,553	0,006
IL-6 x VEGF	0,673	<0,001
MMP-8 x Total células	0,436	0,026

**Grupo Tuberculose**

	R	P
TIMP-1 x MMP-9	0,490	0,009
TIMP-1 x IL-6	0,460	0,016
MMP-9 x IL-6	0,494	0,006
MMP-9 x TGF-β	0,603	<0,001
MMP-9 x VEGF	0,445	0,017

**DISCUSSÃO:** Demonstrou-se a expressão de MMPs e TIMPs em todos os derrames pleurais. A relação entre a expressão de MMPs e TIMPs foi correlacionada com a origem dos derrames pleurais, mostrando diferenças significativas entre transudatos e exsudatos. Observou-se boa correlação da MMP-9 com TGF-β, citocina diretamente correlacionado com espessamento pleural observado no grupo tuberculose, permitindo inferir que alterações da matriz na pleura por tuberculose podem levar a liberação de MMP-9 no líquido. **CONCLUSÃO:** As MMPs podem ser úteis na determinação da etiologia do líquido e talvez possibilitar a prevenção do espessamento pleural. Novos estudos deverão ser conduzidos para avaliar o papel das MMPs na fisiopatologia das doenças pleurais.

## POSTER 067

### PERFIL DE SEGURANÇA DO USO DE POLIVINIL-PIRROLIDONA TÓPICO COMO AGENTE DE PLEURODESE NO DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO.

JOSÉ DIAS ANDRADE NETO<sup>1</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>2</sup>; SYLVANA VIANNA PEREIRA<sup>3</sup>; RODRIGO MAIA TEIXEIRA<sup>4</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>5</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>6</sup>.

1,3,4.HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ, SALVADOR - BA - BRASIL; 2,5,6.INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Várias substâncias químicas são relatadas na literatura como agente esclerosante para pleurodese. Recentemente trabalhos com a utilização de PVPI tópico vêm demonstrando boa eficácia e aparentemente baixos índices de complicações. Apesar disso, alguns autores ainda demonstram restrições ao método principalmente por relatos de complicações provenientes do uso de iodo e pela falta de estudos que sejam direcionados na busca ativa de possíveis complicações quando utilizado para pleurodese. **Objetivo:** Avaliar a segurança da pleurodese para derrame pleural maligno utilizando polivinil-pirrolidona como agente esclerosante em diferentes doses.

**Métodos:** Ensaio clínico randomizado, duplo cego, envolvendo pacientes submetidos a pleurodese de Janeiro de 2010 a Novembro de 2012. Os pacientes foram randomizados e submetidos a pleurodese em duas diferentes doses de PVPI (1% e 2%). Análise de segurança foi feita envolvendo os vários sistemas orgânicos. Analisadas escala analógica de dor, escala de dispnéia, SaO<sub>2</sub>, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura, acuidade visual, radiografia de tórax, função renal, função hepática e função tireoidiana. As aferições foram feitas no pré-operatório e em vários momentos durante e após a pleurodese tentando detectar possíveis eventos nas fases aguda, sub-aguda e crônica. Eventos adversos foram classificados de acordo com o CTCAEV v3.0 e os resultados comparados entre os grupos. **Resultados:** Cinquenta pacientes foram envolvidos, com idade média de 56,7 anos. Quarenta e cinco de sexo feminino e 5 masculino. Etiologia neoplásica que predominou foi tumor de mama em 34 (68%) pacientes, seguido por neoplasia pulmonar em 6 (12%). Não houve diferença estatística entre os grupos quanto aos dados demográficos. A complicação clínica mais comum foi dor, intensa em 5 pacientes no grupo de 1% e em 4 no grupo de 2%, não havendo diferença estatística entre eles. Hipotensão ocorreu em 1 paciente de cada grupo. Dois pacientes apresentaram empiema no pós-operatório no grupo 2%, e nenhum no grupo 1% (p=0,35). Complicação laboratorial mais comum foi elevação de fosfatase alcalina que ocorreu em 6 pacientes no grupo a 1% e em 15 pacientes no grupo a 2% (p=0,03). Demais complicações relatadas em literatura tais como febre, insuficiência renal ou distúrbio de acuidade visual não foram encontradas em ambos os grupos. Taxa de sucesso do método foi de 92% no grupo de PVPI a 1% e 84% no grupo de PVPI a 2% (p=0,5).

**Conclusão:** O PVPI tópico pode ser utilizado como uma alternativa de agente esclerosante na pleurodese para tratamento de derrame pleural neoplásico com baixo índice de complicações. Aparentemente a dose de 2% provoca maior número de efeitos colaterais, não tendo havido diferença quanto ao sucesso do procedimento entre as doses.

---

## POSTER 068

### QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DERRAME PLEURAL MALIGNO SUBMETIDOS A PLEURODESE

RICARDO MINGARINI TERRA; VICTOR ISHII; JOSÉ DIAS ANDRADE NETO; MILENA MAKO SUESADA; ALESSANDRO WASUM MARIANI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES.

INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Pleurodese é um procedimento paliativo cujo principal objetivo é aliviar sintomas respiratórios relacionados a derrame pleural maligno. Entretanto, qualidade de vida é um desfecho raramente explorado na literatura. **Objetivo:** Avaliar mudança na qualidade de vida 30 dias após a pleurodese em pacientes com derrame pleural maligno recorrente. O objetivo secundário foi identificar preditores de melhora da qualidade de vida pós-pleurodese. **Método:** Estudo retrospectivo incluindo todos os pacientes com derrame pleural maligno submetidos a pleurodese no período de janeiro de 2008 e julho de 2011 em duas instituições terciárias brasileiras e que tenham preenchido questionários de qualidade de vida antes e depois da pleurodese. Em ambas instituições o questionário geral da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-Bref, vem sendo usado regularmente desde 2007. Teste-t pareado foi utilizado para comparações entre escores e modelos de regressão para identificar preditores de melhora da qualidade de vida. **Resultados:** Foram incluídos 132 pacientes (26 homens, 106 mulheres, idade média 58.1 +- 11.8 anos). Os sítios primários do tumor foram: mama (84), pulmão (25), ovário(4), linfoma (11) e outros (8). Os escores médios de qualidade de vida pré-pleurodese foram: aspecto físico 35.8+-17.7, aspecto psicológico 58.8+-17.7, aspecto social 52.8+-14.8 e aspecto ambiental 65.4+-18.8. Após trinta dias, 45% dos pacientes apresentaram melhora no domínio físico, 32% no domínio social, 26.5% no domínio ambiental e 25% no domínio psicológico. A diferença média nos escores foi significativa apenas para os domínios físico (7.3, p=0.0001) e social (2.9, p=0.01). Os preditores para melhora da qualidade de vida nesta amostra foram: câncer de ovário (p=0.015), glicose no líquido pleural (p=0.012) e baixo escore físico pré-pleurodese (p=0.001). **Conclusão:** Todos os domínios da qualidade de vida apresentam-se fortemente comprometidos em pacientes com derrame pleural neoplásico e a pleurodese provocou melhora significativa nos aspectos físico e social, particularmente em pacientes com neoplasia de mama e baixos escores no aspecto físico.

## POSTER 069

### TUBERCULOSE PLEUROPULMONAR BILATERAL ASSOCIADA AO USO DE IMUNOBIOLOGICOS NA DOENÇA DE CROHN

FRANCO CHIES MARTINS; MÔNICA CORSO PEREIRA; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; REYNALDO QUAGLIATO JUNIOR; LAIR ZAMBON; POLLYANA DIOGO SALLES; FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; CRISTINA BUENO DE MORAES; ILMA APARECIDA PASCHOAL.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução.** A introdução de imunobiológicos na terapêutica de doenças imunomediadas trouxe repercussões ao pneumologista. Etarcepte, infliximabe e adalimumabe ganham destaque tanto na resposta clínica quanto no desenvolvimento das infecções graves e oportunistas, como as micobacterioses. Relatamos caso de portador de Doença de Crohn em uso de adalimumabe há dois anos, que desenvolveu tuberculose pleural e pulmonar. **Evolução.** Homem, 21 anos, negro, técnico em radiologia, IMC 19, portador de doença de Crohn ativa que, nos quatro anos prévios à admissão, havia usado infliximabe por 20 meses, substituído por adalimumabe há dois anos (última dose havia um mês, associada a messalazina e prednisona). Apresentou perda de peso de três quilogramas, dispneia, febre não medida e tosse seca, tendo-lhe sido prescrita a associação amoxicilina+clavulanato no serviço de origem. Retornou sem melhora em dez dias, com derrame pleural à esquerda; foi internado e tratado com piperacilina+tazobactam. Teve alta hospitalar sem grande melhora ao final do tratamento. Após duas semanas teve recorrência da tosse, dispneia, febre e derrame pleural bilateral, alterações que não responderam ao novo tratamento (imipenem e vancomicina). Toracocentese diagnóstica mostrou líquido amarelo opaco à esquerda que se revelou um exsudato linfocítico com adenosina deaminase de 124 mg/dL, compatível com tuberculose pleural. Efusão à direita mostrou exsudato neutrofilico, qual sofreu transformação linfocitária em quatro dias, com adenosina deaminase de 102,9mg/dL. O PPD foi de 15mm. Cultura para *M. tuberculosis* no escarro foi positiva. Iniciado esquema RHZE, com boa resposta clínica após seis meses, muito embora restasse espessamento pleural bilateral. Paciente negava ter realizado radiografia de tórax ou teste tuberculínico antes da prescrição inicial de infliximabe e posteriormente adalimumabe. **Discussão.** O presente caso apresenta dois aspectos incomuns no diagnóstico de TB pleural, o acometimento bilateral e a viragem linfocitária. Os neutrófilos na fase mais precoce da doença liberam citocinas que estimulam a migração de linfócitos da periferia capilar em direção à efusão, processo que ocorre em até seis dias. A realização de radiografia de tórax e o teste tuberculínico prévios a introdução de imunobiológicos é mandatária. Quando estas recomendações não são observadas, o risco de aparecimento da doença é sete vezes maior. Isso enfatiza a necessidade do diagnóstico de tuberculose latente (realização de PPD e radiografia de tórax) previamente ao uso de imunobiológicos, sob risco de desenvolvimento de casos graves de tuberculose.

---

## TL 181

### PLEURODESE DIARIA COM NITRATO DE PRATA À 1%, TECNICA PRO-ATIVA. ANALISE DE 46 PACIENTES.

PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; ANDRÉ MIOTTO; THAMARA KAZANTZIS; JULIANA BRANDÃO FOLADOR; ERIKA RYMKIEWICZ; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO.

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** O derrame pleural maligno ocorre em pacientes com doença neoplásica avançada e geralmente por obstrução da drenagem linfática pleural. A manifestação clínica mais freqüente é a dispnéia, seguida de dor torácica e sintomas relacionados ao tumor, como emagrecimento, anorexia e adinamia. Pode estar presente em até 50% das neoplasias. Os órgãos que originam as metástases pleurais com mais freqüência são os pulmões (35%) e a mama (23%). O tratamento do derrame pleural maligno é a quimioterapia e pleurodese. Para tal deve ser comprovada a expansão pulmonar total por uma toracocentese terapêutica (esvaziadora), geralmente realizada na investigação prévia da doença pleural. A substância para pleurodese com maior difusão em nosso meio é o talco. O nitrato de prata voltou a ser utilizado em uma concentração menor (1%) com resultados promissores. **OBJETIVO:** Analisar a utilização do nitrato de prata a 1% como agente esclerosante em 46 pacientes submetidos à pleurodese. **MATERIAL E MÉTODO:** Foram selecionados 46 pacientes com derrame pleural neoplásico, confirmado por citologia ou biópsia e com expansão pulmonar adequada confirmada por radiografia após toracocentese. Realizamos a pleurodese pelo dreno de tórax com nitrato de prata a 1% - 10 ml de forma seriada. Se o débito fosse menor que 200 ml/24hs, o dreno era retirado. Caso persista um volume maior que esse montante, era realizada nova pleurodese **diária** até diminuição da drenagem. O paciente foi reavaliado em 7 dias e 30 dias. A efetividade da pleurodese foi considerada quando não houve derrame pleural ou se houver pequeno derrame pleural sem repercussão clínica limitante. A falha da pleurodese será considerada se ocorrer recidiva do derrame pleural com repercussão clínica, dentro do período de 30 dias. **RESULTADOS:** Tivemos 28 pacientes do sexo feminino e 18 do sexo masculino com idade média de 63,7 anos, com variação de 28 a 89 anos. O diagnóstico mais freqüente foi neoplasia mama em 28,26% e pulmonar em 23,9%. A média de aplicação do nitrato de prata por paciente foi de 2,8 com variação de 1 a 12 instilações. Não houve recidiva em 30 dias. As complicações que encontramos foram dor importante em um paciente e dois empiemas com necessidade de drenagem aberta— morbidade de 6,5%. **CONCLUSÃO:** Concluímos que o nitrato de prata a 1% por este método pró-ativo, foi uma excelente substância para pleurodese, com resultados semelhantes ao talco.

## POSTER 113

**ANÁLISE DE ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E DE CONDUTA DE PACIENTES INTERNADOS POR TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA**

BRUNO STORNIOLI LEMOS; HUGO HYUNG BOK YOO; THALLES MARTINS; PAULO JOSÉ FORTES VILLAS BÔAS; THAIS THOMAZ QUELUZ; GUSTAVO KOHL GREGHI.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO, BOTUCATU - SP - BRASIL.

**Introdução:** A tromboembolia pulmonar (TEP) aguda é uma das principais causas de emergência cardiovascular com manifestação clínica multifacetada. A suspeita clínica, confirmação diagnóstica precoce e tratamento adequado podem mudar o prognóstico e reduzir a taxa de mortalidade decorrente da TEP. **Objetivos:** Estudar os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos de pacientes internados no Hospital das Clínicas de Botucatu-UNESP (HC-UNESP) com TEP e avaliar evolução clínica de TEP durante a internação. **Casuística e Métodos:** Estudo retrospectivo com análise descritiva dados de prontuários de pacientes internados no HC-UNESP com diagnóstico confirmado de TEP no período de janeiro de 2008 à julho de 2013. **Resultados:** Foram analisados 173 pacientes com idade média de  $55 \pm 19,7$  anos. Destes, 72 (41,6%) eram homens, 154 (89%) brancos, 11 (6,35%) pardos e 8 (4,6%) negros. Os principais fatores de risco foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (48,6%), tabagismo (40,5%), infecção (30,1%), 49 (28,3%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (28,3%) e obesidade (24,3%). As principais manifestações clínicas foram: dispneia (83,2%), dor torácica (57,2%), taquipnéia (53,2%) e tosse (51,4%). Das 45 radiografias simples de tórax realizadas, 15 (33,3%) eram normais, 12 (12,8%) com derrame pleural e 7 (15,5%) com infiltrado pulmonar. Os exames confirmatório de TEP foram: a angiotomografia de tórax (97%) e cintilografia (3%). Dos diâmetros de ventrículos avaliados pela angiotomografia de 63 pacientes, 77,8% apresentaram diâmetros normais; a relação VD/VE foi maior que 0,9 em 17,5%. O diâmetro das artérias pulmonares estava aumentado em 15 (24,6%) dos 59 pacientes. Duplex em membros inferiores foi realizado em 38 pacientes e diagnosticada trombose venosa profunda (TVP) em 15 (39,8%). Os principais achados de 87 ecocardiografias (50,3%) foram: pressão da artéria pulmonar sistólica (PAPs) acima de 40 mmHg (56,3%), disfunção de ventrículo direito (20,7%) e derrame pericárdico (12,6%). As principais complicações da TEP foram: sangramento (10,4%), ventilação mecânica (9,2%), instabilidade hemodinâmica/choque (7,5%), óbito (6,4%), necessidade de drogas vasoativas (4%); recorrência de TEP (2,9%) e necessidade de ressuscitação (1,2%). **Conclusão:** A prevalência hospitalar de TEP continua relevante. As manifestações clínicas e as alterações dos exames de imagem foram comparáveis às da literatura. Apesar do diagnóstico e tratamento adequados, as complicações decorrentes de TEP, embora em taxas reduzidas foram inúmeras e podem ser minimizadas. Propõe-se a criação de algoritmo de identificação precoce de pacientes com risco maior de complicações.

## POSTER 114

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNCIONAIS E HEMODINÂMICAS DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO PULMONAR IDIOPÁTICA ACOMPANHADOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (HC-UNICAMP)**

GUILHERME CASAGRANDE DE ALMEIDA; ILMA APARECIDA PASCHOAL; CLARISSA PORTELA CARDOSO RÊGO RIBEIRO GONÇALVES; MARCOS MELLO MOREIRA; POLLYANA DIOGO SALLES; FRANCO CHIES MARTINS; CRISTINA BUENO DE MORAES; FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; MÔNICA CORSO PEREIRA.

UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é definida pela elevação da pressão média da artéria pulmonar (PMAP)  $>25$  mmHg, com pressão de oclusão de capilar pulmonar (Pocp)  $<15$  mm Hg. Pode estar associada a diversas condições clínicas, cuja exclusão após uma investigação minuciosa definirá a HAP idiopática (HAPI). HAPI é uma condição rara e carrega um prognóstico reservado, que pode ser estimado por marcadores hemodinâmicos, clínicos e bioquímicos. **OBJETIVOS:** Descrever as características clínicas, funcionais e hemodinâmicas dos pacientes com HAPI de serviço de referência para HP. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo de pacientes do Centro de Referência em Circulação Pulmonar do HC-Unicamp. Coletadas informações clínicas [tempo de seguimento, idade, sexo, índice de massa corporal, data de diagnóstico, grau de dispneia (NYHA), uso atual de medicação], hemodinâmicos (ecocardiograma e cateterismo cardíaco), funcionais (TC6). As variáveis ecocardiográficas, CF/NYHA e do TC6 foram avaliadas no início do seguimento e no momento atual.

**RESULTADOS:** De 2004 até agora há 144 pacientes com HAP Grupo I (OMS), 31 com HAPI e dois com HAP hereditária. Oito foram excluídos (01 óbito e 07 por indisponibilidade de dados). Dos 25 indivíduos, havia 21 mulheres (84%) / 4 homens (17%), com média de idade de  $44,4 \pm 13$  /  $41,5 \pm 15,6$  anos; tempo de seguimento:  $4,3 \pm 2$  /  $5,5 \pm 3,5$  anos. Na chegada 52% dos pacientes estavam em CFII, 39% em CFIII, 4% em CFI e 4% em CFIV. Na última consulta, 12% estão em CFI, 56% em CFII, 24% em CFIII e 8% em CFIV. 68% fazem uso de medicação específica para HAPI (sildenafil e bosentana em 44%), 80% usam anticoagulantes. Os ecocardiogramas inicial e final mostraram: PSAP de  $89 \pm 25,5$  e  $82 \pm 31,4$  mmHg mmHg, e diâmetro do ventrículo direito (VD) de 39 e 37 mm, respectivamente. No primeiro TC6 a distância foi  $401,3 \pm 141,3$ m, e no último, foi  $384,8 \pm 123,3$ m, e em % previsto (Enright e Sherrill) a  $70 \pm 24,8\%$ , no primeiro, e a  $63,6 \pm 28,6\%$ , no último TC6. No primeiro TC6, 56% dos pacientes tiveram queda da  $SpO_2$  e" 4 pontos percentuais, enquanto no TC6 mais recente, 43,5%. Cateterismo: PMAP de  $59,8 \pm 19$  mmHg, pressão Átrio Direito  $10,2 \pm 5,7$  mmHg, RVP de  $1278,2 \pm 689,4$  dinas/cm-3, Pocp de  $14,6 \pm 10,8$  mmHg, DC:  $3851,7 \pm 1714,4$  ml/minuto. 24% atingiram critérios de responsividade ao Óxido Nítrico. **DISCUSSÃO:** A maioria dos pacientes se apresentou ao diagnóstico em CF II e III (91,3%), o que reproduz dados da literatura. Embora tenha havido melhora funcional com tratamento (mais pacientes na CF I e II), isto não se refletiu em quaisquer alterações ecocardiográficas e nem nos parâmetros do TC6. Embora os valores do TC6 se mantenham satisfatórios conforme equações de predição, a presença de dessaturação ocorreu em um número significativo dos doentes. O tempo de seguimento no serviço (em torno de 5 anos) aponta para uma sobrevida melhorada com as formas de tratamento ora disponíveis.

## POSTER 115

### CARACTERIZAÇÃO DE CÉLULAS CULTIVADAS DE ARTÉRIAS PULMONARES HUMANAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR E DE DOADORES DE TRANSPLANTE PULMONAR: UM PROJETO PILOTO

MONICA SILVEIRA LAPA; WILLIAM SALIBE FILHO; VINICIUS BASSANEZE; MARCOS NAOYUKI SAMANO; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA; FABIO BISCEGLI JATENE; MARIO TERRA-FILHO.

*DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO/HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.*

**Introdução:** O tromboembolismo pulmonar crônico hipertensivo (TEPCH) é uma doença grave que consiste na presença de trombos em artérias pulmonares que provocam o aumento da resistência vascular pulmonar e a sobrecarga ventricular direita. O melhor tratamento para esta doença é a tromboendarterectomia pulmonar, que consiste na retirada dos trombos através da técnica de endarterectomia pulmonar. Estudos recentes evidenciaram a presença de células musculares lisas, endoteliais e até mesmo endoteliais progenitoras nas paredes das artérias retiradas de pacientes com TEPCH e, ainda, sugeriram que estas células tenham a capacidade de crescer em culturas in vitro. No entanto, permanece incerto se estas células cultivadas de pacientes com TEPCH tem a mesma característica de células cultivadas de artérias sem doença. **Objetivo:** Caracterizar as células em cultura oriundas de artérias pulmonares de pacientes com TEPCH e de doadores de transplante pulmonar. **Metodologia:** As células foram isoladas de paredes de artérias pulmonares humanas. Foram utilizadas duas técnicas diferentes: uma consistiu na extração de células com colagenase 0,2%. A outra técnica consiste no método de explante celular. Os tecidos foram colocados em placas de 6 wells e cultivados por até 30 dias. As células foram cultivadas com o meio EGM-2MV (Lonza). Após as células atingirem a confluência de 80%, foram marcadas com CD29, CD90, alfa-actina (marcadores de células musculares lisas ou miofibroblastos), CD31 e von Willebrand (marcadores de células endoteliais). As técnicas utilizadas para a marcação foram a citometria de fluxo e a imunofluorescência. **Resultados:** Foram realizadas culturas de células de 10 pacientes e de 3 doares. Observamos que existem culturas mais homogêneas e culturas mistas. As culturas mais homogêneas que se assemelhavam a células endoteliais tiveram células positivas para CD31 e Von Willebrand enquanto que as que se assemelhavam a miofibroblastos eram marcadas por alfa-actina, eram negativas para cd31 e positivas para CD29 e CD90. As culturas de doadores foram caracterizadas pela presença de miofibroblastos e pela ausência de células endoteliais. **Conclusão:** Cultura de células oriundas de artérias pulmonares humanas de pacientes com TEPCH é caracterizada pela presença de células endoteliais e células miofibroblastos enquanto que culturas de células de doadores não apresentaram crescimento de células endoteliais, o que sugere que talvez as células endoteliais de pacientes com TEP crônico tenham maior capacidade de proliferação.

## POSTER 116

### HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA RECORRENTE EM USUÁRIO DE COCAÍNA

FRANCO CHIES MARTINS; MÔNICA CORSO PEREIRA; POLLYANA DIOGO SALLES; FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; CRISTINA BUENO DE MORAES; ELZA MARIA FIGUEIRAS PEDREIRA CERQUEIRA; IVAN FELIZARDO TORO; DANIEL CAMPOS SILVA; GISELE NUNES YONEZAWA; EDUARDO MELLO DE CAPITANI.

*UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.*

**Introdução.** Até o advento da utilização da cocaína na forma de base livre fumada (crack), em meados da década de 80, praticamente não havia relatos de hemorragia pulmonar relacionados ao consumo da droga por via nasal ou intravenosa.

**Relato do caso.** Homem, 38 anos, comerciário, previamente hígido, sem exposições ocupacionais relevantes, contava história de episódios recorrentes noturnos de laringoespasma, iniciados havia 3 meses. Procura pronto atendimento quando é prescrito Amoxicilina/clavulanato por 7 dias, sem melhora. Por uma semana mantém o quadro e relata início de hemoptoicos, quando é internado. Rx de tórax mostrava opacidades medulares em vidro foco de tipo alveolar à esquerda. Inicia Piperacilina/tazobactam e hidrocortisona com melhora. TC de tórax com padrão de preenchimento alveolar bilateral, c/ predomínio em região medular, mais intenso à direita sem outras alterações. Pesquisas de micobactéria, fungos e bactérias em lavado brônquico negativas. Recebe alta após 10 dias, recidivando os sintomas em 3 dias. Admitido em nosso hospital com SpO<sub>2</sub> = 83%, estertores crepitantes bilaterais e mesmo padrão radiográfico. PCR= 0,1mg/L; VHS= 11mm 1<sup>h</sup>; teste rápido para HIV não reagente e pesquisas no escarro negativas; marcadores de autoimunidade negativos (c-ANCA e p-ANCA). Broncoscopia sem lesões em vias aéreas mostrando, porém, recuperação de lavado broncoalveolar progressivamente hemático, com predomínio de monócitos e citologia com hemossideróforos. Nesse ínterim paciente relata ser usuário regular de cocaína por via nasal, negando uso de crack. Recebe alta com radiograma de tórax normalizado após poucos dias de internação. Nova internação por hipoxemia e mesmas alterações radiológicas 40 dias após. Tendo em vista a raridade de quadros hemorrágicos pulmonares em usuários de cocaína por via nasal, optou-se por biópsia por videotoracotomia. Histopatológico mostrando enfisema, ausência de vasculite ou processo intersticial, e focos de macrófagos contendo hemossiderina, além de eritrócitos livres em espaço alveolar, definindo quadro de hemorragia alveolar difusa crônica e aguda. **Discussão/conclusão.** O acesso da cocaína base livre (crack), com suas impurezas e contaminantes, diretamente na mucosa respiratória e assoalho alveolar, através da queima e inalação, parece favorecer o desenvolvimento de alteração de permeabilidade alvéolo-capilar, levando à ocorrência de hemorragias e edema pulmonar não hemodinâmico, duas situações muito frequentes em usuários de crack, e pouco frequentes em usuários nasais do cloridrato de cocaína. Nesses últimos são mais comuns o barotrauma, em suas diversas formas clínicas, a pneumonia eosinofílica e a BOOP. O relato de uso de cocaína pelo paciente, associado ao exame histopatológico excluindo vasculites e doenças intersticiais favorecem, neste caso, o diagnóstico de hemorragia alveolar associada à provável edema de pulmão não hemodinâmico, recorrentes, secundários ao uso de crack.

## POSTER 117

### HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR - SÉRIE DE CASOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

VERONICA MOREIRA AMADO<sup>1</sup>; PEDRO HENRIQUE ANGELO DA SILVA<sup>2</sup>; DAYANA CARLA DE OLIVEIRA<sup>3</sup>; FONCIELI FONTANA<sup>4</sup>; THAÍS MENDONÇA BARBOSA<sup>5</sup>; RAQUEL M. N. DE CARVALHO FEITOSA<sup>6</sup>.  
1,2,3,4,5.UNB, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 6.HRAN, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

**Introdução:** A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é uma doença grave e progressiva, sintomática e com sobrevida média de 2,8 anos, quando não é instituído tratamento vasodilatador específico. A fisiopatologia caracteriza-se por aumento da resistência arterial pulmonar associada a vasoconstrição, remodelamento vascular arterial pulmonar e microtromboses. O sintoma mais comum é dispnéia aos esforços e mais tardiamente sinais de insuficiência cardíaca direita. Pode ser de origem idiopática, hereditária ou associada a condições como hipertensão portal, esquistossomose, infecção pelo vírus HIV, doenças do tecido conectivo, doenças cardíacas congênitas, uso de drogas como anorexígenos. A investigação diagnóstica é extensa e a confirmação é feita por cateterismo cardíaco direito, com os seguintes critérios: Pressão arterial pulmonar média (PAPM) maior ou igual a 25mmHg em repouso, pressão de oclusão de artéria pulmonar média (PAOP) menor que 15 mmHg, com elevação da resistência vascular pulmonar (RVP). **Objetivos:** Descrever uma série de casos acompanhados no ambulatório de HAP do Hospital Universitário de Brasília – HUB, que foi criado em maio de 2006. **Métodos:** Análise retrospectiva 83 prontuários de pacientes acompanhados no ambulatório de HAP do HUB. Critérios de exclusão: pacientes que não haviam realizado cateterismo cardíaco; pacientes não pertencentes ao grupo 1 (HAP), pela classificação de Dana Point. A inclusão de pacientes foi encerrada em 01/05/2013. Utilizou-se o software SPSS 20.0, para análise estatística. **Resultados:** Análise preliminar (faltam registros de oito pacientes): 53 pacientes com HAP, sendo 14 homens (26,41%) e 39 mulheres (73,58%); com a média de idade de 39.7+ 15 anos. A classificação etiológica foi distribuída em: idiopática – 37%; cardiopatias congênitas – 24,1%; colagenoses – 24,3% (14,9% esclerodermia); esquistossomose – 7,4%; uso de anorexígenos – 1,9% e associadas a infecção pelo vírus HIV – 3,7%. A distância média percorrida no teste da caminhada de 6 minutos foi de 412,4 ± 97,8 m. Variáveis hemodinâmicas: PAPm– 57,6±21mmHg, RVP – 1.127 dyn\*seg/cm<sup>5</sup> (IIQ = 1024,3) e índice cardíaco IC – 2,2 L/min/m<sup>2</sup> (IIQ = 1,52). CF-NYHA (I- 3,7%, II- 31,5%, III- 57,4% e 4- 5,6%). Apenas uma paciente com HAP idiopática teve teste de vasorreatividade positivo. Tratamento específico inicial: Sildenafil 85,3%, Bosentana 5,6% e Bloqueador dos canais de cálcio 1,9%. Atualmente 38 pacientes (70,4%) estão vivos, 11 (20,4%) faleceram e 4 (7,4%) perderam o acompanhamento. **Conclusão:** O perfil de pacientes apresentados mostra um importante padrão de comprometimento hemodinâmico no início do acompanhamento médico. Consideramos fundamental que se aumente o número de informações sobre as características dos pacientes com HAP em nosso país, para que se possa evoluir na qualidade da assistência prestada a eles.

## POSTER 118

### INFARTO PULMONAR EM PORTADOR DE TRAÇO FALCIFORME

MABEL BATISTA JACÓ; MARINA PAIVA; SIMONE LOPES MOREIRA; JOSÉ ANTÔNIO DOS SANTOS FREIRE; VERA LUCIA GAMA SILVA VOLPE; RITA DE CASSIA T G LOPES MORRONE; ADA MARIA DOURADO; MAKOTO SAITO.  
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, SAO PAULO - SP - BRASIL.

WMO, masculino, 56 anos, negro, dá entrada no hospital queixando-se de dor abdominal importante em hipocôndrio direito. Relatava dor iniciada há 1 semana, associada a febre, mialgia e artralgias, além de “coloração amarelada” da pele. Notou ainda a presença de colúria e acolia fecal. Ao exame físico, encontrava-se confuso, toxemiado, desidratado (2+/4+), ictérico (3+/4+) e com flapping. A ausculta respiratória era diminuída em base pulmonar direita; o abdome estava discretamente distendido, com dor a palpação em hipocôndrio direito. Exames iniciais evidenciaram como alterações significativas anemia, creatinina 10,2 e uréia 358; elevação de bilirrubinas, aumento discreto de transaminases e leucocitose com desvio para esquerda. Foi iniciado suporte intensivo com antibioticoterapia, drogas vasoativas e hemodiálise. Solicitadas tomografias computadorizadas (TC) de abdome e, posteriormente, de tórax. A TC de abdome não evidenciou alterações, ao passo que a TC de tórax apresentava consolidação e derrame pleural em hemitórax direito. Manteve picos febris apesar da antibioticoterapia. Reverteu o quadro de insuficiência renal. Solicitada nova TC de tórax após 42 dias de internação, com imagem sugestiva de pneumonia em lobo inferior direito associada a área de necrose. Vinte dias após segunda TC de tórax, novo exame revelou imagem à esquerda (derrame pleural e broncogramas aéreos). Diante do impasse diagnóstico, após quase 3 meses de internação, o paciente foi submetido a biópsia pulmonar. Foi realizada segmentectomia de lobo inferior esquerdo. O resultado da biópsia revelou trombose arterial oclusiva disseminada, infarto isquêmico e processo pneumônico em organização. Para investigação do quadro trombótico foi solicitada uma prova de falcização, a qual foi positiva, seguida de eletroforese de hemoglobina, que evidenciou traço falciforme. Diante do diagnóstico provável, foram otimizadas medidas para evitar estresse hematológico e novos episódios de falcização. Paciente evoluiu sem febre e com bom estado geral, recendo alta hospitalar. Este relato de caso visa discutir manifestações pulmonares em um portador de traço falciforme, alteração prevalente na população brasileira, e sem repercussões clínicas importantes demonstradas até o momento. Já se discute no meio científico se o traço falcêmico é uma condição tão inócua quanto se acredita ou se poderia levar a alguns desfechos desfavoráveis. Até o momento são poucos os estudos que abordam tal temática e, em geral, com número pequeno de participantes. O caso abordará um paciente com quadro clínico e sintomatologia compatíveis com a manifestação de uma síndrome torácica aguda. Assim, foi realizada uma revisão de literatura sobre aspectos clínicos, laboratoriais e radiológicos da síndrome torácica aguda e estes dados foram paralelamente comparados com as alterações apresentadas pelo paciente relatado, com o objetivo de embasar esta hipótese diagnóstica.



## POSTER 119

### ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA DIETA HIPOSSÓDICA A PACIENTES COM HIPERTENSÃO PULMONAR

VERONICA MOREIRA AMADO; DAYANA CARLA DE OLIVEIRA; FONCIELI FONTANA; PEDRO HENRIQUE ANGELO DA SILVA; THAÍS MENDONÇA BARBOSA; CELINA ALVES MORAIS.

UNB, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

**Introdução:** A Hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma doença grave, progressiva limitante. Estimava-se a sobrevida média após o diagnóstico de 2,8 anos, entretanto, com o surgimento de novas drogas com ação vasodilatadora e com efeitos no remodelamento vascular pulmonar, há trabalhos que mostram sobrevida de 75% em 3 anos de seguimento. A HAP caracteriza-se por um aumento da resistência vascular pulmonar associado a remodelamento vascular no leito arterial pulmonar, ao componente de vasoconstrição arterial pulmonar e ao fenômeno de trombose in situ. A evolução da doença determina sobrecarga ventricular direita importante, com necessidade de doses altas de diuréticos. Nesse contexto, a redução da ingestão de sódio, contribui para menor retenção de líquidos, facilitando o manejo hídrico desses pacientes. **Objetivos:** Determinar se uma intervenção educacional é capaz alterar hábitos alimentares de pacientes com hipertensão pulmonar, quanto à ingestão de sódio. **Métodos:** Estudo prospectivo que aborda pacientes com diagnóstico de hipertensão pulmonar dos grupos I e IV da classificação de Dana Point, acompanhados no ambulatório de hipertensão pulmonar do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Foram aplicados questionários segundo frequência alimentar de alimentos hiperssódicos e questionários recordatórios, seguidos de palestras, ministradas por alunos de graduação do curso de Medicina da Universidade de Brasília, com o propósito de esclarecer a importância da dieta, além de orientações sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos e opções de substituição. Após três meses, os questionários foram aplicados novamente. Utilizamos uma amostra de conveniência e incluímos na análise apenas paciente que concordaram e participaram das duas etapas do estudo. O software SPSS foi usado para análise estatística e o teste de Wilcoxon para a comparação dos níveis ingeridos de sódio, antes e após a intervenção. **Resultados:** Foram avaliados 45 pacientes, com média de idade de  $47,4 \pm 17$  anos, 32 mulheres e 13 homens. Quantidade, basal e após intervenção, de sódio na dieta pelo questionário recordatório foi respectivamente de 1156mg/dia (IIQ - 964) e 780mg/dia (IIQ - 573),  $p=0,007$ . Pelo questionário de frequência diária os valores foram respectivamente: 1141mg/dia (IIQ - 1274) e 995 mg/dia (IIQ - 823),  $p=0,022$ . **Conclusão:** Medidas educativas simples podem modificar hábitos e colaborar indiretamente para o tratamento de pacientes com hipertensão pulmonar do grupo I e IV.

## POSTER 120

### QUANDO INDICAR TRATAMENTO CLÍNICO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO PULMONAR E DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS: POSSÍVEL PAPEL DO TESTE DE EXERCÍCIO CARDIOPULMONAR

LAURA DELTREGGIA; DANIEL ROBERTO VANZO GOMES; ALDO AGRA DE ALBUQUERQUE NETO; RUDOLF KRAWCZENKO OLIVEIRA; ROBERTA PULCHERI RAMOS; ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; JAQUELINA SONOE OTA.

UNIFESP ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A Hipertensão Pulmonar (HP) em pacientes com Doença Pulmonar Intersticial (DPI), grupo III da Classificação de Dana Point, é uma complicação freqüente, estando presente em 32-46% dos pacientes. Nenhuma medicação vasodilatadora é ainda encorajada a ser utilizada neste grupo de pacientes, diante da possibilidade de piora de trocas gasosas. Além disso, não está bem definido quais ferramentas devem ser utilizadas para a indicação de tratamento e avaliação de resposta terapêutica. **Caso:** Feminina, 38 anos, com diagnóstico de Esclerose Sistêmica e doença pulmonar fibrosante, em uso de Micofenolato de Mofetila 2g/dia, com queixa de piora da dispnéia há 5 meses associada a piora da fibrose em lobos inferiores e declínio da capacidade de difusão de monóxido de carbono. Adicionalmente, houve aparecimento de Hipertensão Pulmonar ao Ecocardiograma Transtorácico (PSAP:46mmHg). Exame físico: BCR com hiperfoneses de B2, sem sopros. Estase jugular 2+/4+ AR: MV+bilateralmente, diminuído em 1/3 inferior, com estertores em velcro difusos. Exames suplementares: Cateterismo cardíaco direito: colocar valores de PAPm:30mmHg, POAP:8mmHg, PADm:4mmHg, IC:3,43L/min/m<sup>2</sup> e RVP:336,52 dinas.s.cm. Teste de Exercício Cárdiopulmonar: capacidade aeróbica moderadamente reduzida ao esforço; presença de limitação ventilatória; distúrbio de trocas gasosas evidenciado pelo declínio acentuado da SpO<sub>2</sub>. Paciente com HP classificada no grupo III, sem indicação de terapia vasodilatadora, segue em tratamento com oxigenoterapia e em avaliação para transplante pulmonar **Discussão:** As evidências para tratamento clínico em pacientes com HP e DIP ainda são limitadas. Nesta paciente, optou-se por não indicar terapia vasodilatadora devido HP leve confirmada pelo cateterismo e pelos sinais de predominância de limitação ventilatória e de alterações de trocas durante o esforço, consideradas como decorrentes da DIP. Assim, o efeito de medicações na circulação pulmonar, possivelmente, não se refletiria em melhora da tolerância ao esforço, devido interrupção precoce pela limitação ventilatória/trocas gasosas. Apesar das evidências ainda escassas, acredita-se que o TECP seja uma ferramenta útil para seleção de pacientes portadores de DIP para tratamento clínico, ao se permitir uma avaliação da predominância de limitação ventilatória ou cardiocirculatória neste grupo de doentes.

## POSTER 121

### SÍNDROME DE EISENMENGER NO IDOSO

IGOR BASTOS POLONIO; GABRIELA CORDON MARTINES; GABRIELA ALVES SANTOS; FLAVIA CRISTINA NAVARRO.  
SANTA CASA DE SP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A Síndrome de Eisenmenger (SE) é definida como a presença de resistência vascular pulmonar aumentada associada a fluxo sanguíneo intracardíaco invertido (pulmonar-sistêmico) ou bidirecional, e saturação de oxigênio baixa. É forma avançada de hipertensão arterial pulmonar associada a cardiopatias congênita. Pacientes com SE sobrevivem até a terceira ou quarta décadas de vida, além de baixa qualidade de vida. Este artigo objetiva relatar um caso inusitado e raro Comunicação Interatrial seio venoso com evolução para Síndrome de Eisenmenger em paciente idoso e discutir as dificuldades de seu diagnóstico na prática clínica. **Relato de Caso:** J.L.S., sexo masculino, 87 anos, em acompanhamento no Ambulatório de Hipertensão Pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo há 6 anos, devido à dispnéia progressiva aos esforços desde os 80 anos de idade. Aos 81 anos, durante a investigação da dispnéia realizada por Unidade Básica de Saúde, realizou Tomografia Computadorizada (TC) de tórax que mostrou dilatação da artéria pulmonar e de seus ramos, assim como ecodopplercardiograma transtorácico que evidenciou PSAP de 76 mmHg, sugerindo Hipertensão Pulmonar. Assim, foi encaminhado a nosso ambulatório de Hipertensão Pulmonar. No início do acompanhamento apresentava dispnéia importante aos esforços, em Classe Funcional IV da NYHA (New York Heart Association), além de desdobramento fixo de segunda bulha cardíaca em foco pulmonar. Entretanto o paciente perdeu acompanhamento no ambulatório, retornou apenas 5 anos depois, aos 86 anos, já em uso de oxigênio domiciliar devido à evolução da dispnéia. Procedeu-se a investigação com a realização de novo ecodopplercardiograma transtorácico, que mostrou aumento importante das câmaras direitas, septo interventricular achatado com prejuízo de seu relaxamento, ventrículo esquerdo rechaçado devido a aumento do ventrículo direito e movimento paradoxal do septo interventricular. No entanto, ventrículo esquerdo possuía miocárdio de espessura normal e função sistólica preservada. Apresentava tronco de artéria pulmonar dilatado, TAPSE (Tricuspid annular Plane Systolic Excursion) de 0,9 (normal >1,6), indicativa de disfunção sistólica de ventrículo direito, e Pressão Sistólica de Artéria Pulmonar (PSAP) de 95mmHg, sinais que sugeriam Hipertensão Pulmonar (HP) grave. Realizado cateterismo cardíaco, para confirmação diagnóstica de Hipertensão Pulmonar, com os seguintes resultados: PAPm 52 mmHg e pressão diastólica final do VE 20mmHg. Pelo gradiente transpulmonar hipertensão pulmonar pre-capilar. No mesmo ano, paciente sofreu um Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e, no intuito de definir a origem do êmbolo, foi realizado Ecocardiograma Congênito, com resultado inusitado: o paciente apresentava Comunicação Interatrial (CIA) do tipo seio venoso superior com shunt bidirecional ao estudo doppler, medindo 12mm. **Conclusão:** síndrome de Eisenmenger deve entrar no diagnóstico diferencial de hipertensão pulmonar em idosos.

## POSTER 122

### TROMBOEMBOLISMO VENOSO RECORRENTE E NEOPLASIA RENAL: RELATO DE CASO

FLÁVIO VIEIRA DE FARIA<sup>1</sup>; SÉRGIO PONTES PRADO<sup>2</sup>; GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO<sup>3</sup>; LARISSA PRANDO CAU<sup>4</sup>; PAULA SILVA GOMES<sup>5</sup>; FÁBIO CHECCHIA FERREIRA<sup>6</sup>; JANAINA DA SILVA DOMINGUES<sup>7</sup>; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO<sup>8</sup>; MAURI MONTEIRO RODRIGUES<sup>9</sup>; PATRICIA KITTLER VITORIO<sup>10</sup>.

1,2,3,4,5,6,8,9,10. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO (HSPE), SÃO PAULO - SP - BRASIL;  
7. HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A neoplasia é um estado pré trombótico. Antes mesmo do diagnóstico da doença podem ocorrer eventos vasculares, como a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP) e, por isso, estima-se que cerca de 15% dos pacientes com neoplasia terão o diagnóstico de evento trombótico durante a evolução da doença. O caso abaixo ilustra paciente que após múltiplos episódios tromboembólicos tem diagnosticado como fator causador neoplasia renal. **RELATO DE CASO:** Paciente, feminina, 57 anos, procura pneumologista para investigação de tromboembolismos de repetição (TVP em membro inferior direito em 2010 e TEP bilateral em 2011) sem causa aparente. É hipertensa e diabética, tem correção de comunicação intratrial em 2006, três cesáreas sem abortos prévios e não apresenta episódios prévios. Durante revisão de tomografia de tórax com protocolo para TEP realizado no diagnóstico tromboembólico foi visualizada massa em rim esquerdo compatível com tumor de células claras. Mais tarde, foi realizada nefrectomia à esquerda e no anatomopatológico foi confirmado carcinoma renal convencional, restrito ao rim. Hoje, passados 2 anos, a paciente encontra-se bem, mantém-se em anticoagulação e não apresentou mais episódios tromboembólicos recorrentes. **DISCUSSÃO:** Desde 1865 com Armand Trousseau foi estabelecida a associação de câncer com eventos tromboembólicos. Sabe-se que quanto mais avançada a neoplasia maior é a frequência dos fenômenos tromboembólicos. Estado de hipercoagulabilidade pode ser documentado em 50% a 70% dos pacientes portadores de câncer. Células malignas induzem a ativação da coagulação através de moléculas com propriedades procoagulantes. O carcinoma renal continua sendo o tumor urológico mais letal e cerca de 30% a 40% dos casos irão a óbito devido ao avanço da doença. Dentre esses, o carcinoma de células claras é o sub-tipo mais comum e que tem pior prognóstico, pois, apenas 50% pode estar entre estágio I e II. Porém, apesar da gravidade, tem sobrevida em 5 anos de 89-99% com a nefrectomia radical. **CONCLUSÃO:** A trombose é a segunda causa de morte em pacientes com câncer e está associada a uma piora significativa da sobrevida desses indivíduos, secundária a eventos recorrentes e complicações hemorrágicas. Desse modo, o diagnóstico neoplásico precoce pode evitar novas complicações que pioram o prognóstico do paciente.

## TL 172

### ANÁLISE DE ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM TROMBOEMBOLIA PULMONAR EM VIGÊNCIA CRÔNICA DE ANTICOAGULANTE ORAL

RENAN NOGUEIRA NOGUEIRA CHEMIN; HUGO HYUNG BOK YOO; THAIS THOMAZ QUELUZ; PAULO JOSÉ FORTES VILLAS BÔAS; THIAGO BERRO POMPEIA FRAGA; MARCELO ZERBETTO FABRICIO.  
FMB/UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL.

**Introdução:** A tromboembolia pulmonar (TEP) é uma emergência cardiovascular comum e de alta morbidade e mortalidade. Entretanto, suspeita clínica, confirmação diagnóstica precoce e tratamento adequado podem mudar o prognóstico e reduzir a curto prazo a taxa de mortalidade decorrente de TEP para 3%. O tratamento a longo prazo com anticoagulante oral pode reduzir complicações como recorrência, síndrome pós trombótica e mortalidade<sup>1,2</sup>. **Objetivos:** Estudar os aspectos clínicos e terapêuticos de pacientes com TEP em vigência crônica de anticoagulante oral. **Material e Métodos:** Foram incluídos 250 pacientes com TEP que são acompanhados no ambulatório de anticoagulação da disciplina de Pneumologia-FMB-UNESP que fazem uso crônico de anticoagulante oral (varfarina). Foram realizadas análise retrospectiva e descritiva de dados demográficos, clínicos, laboratoriais e complicações relacionadas. **Resultados e Discussão:** A média de idade foi de 58,8±19,5 anos, 70% feminino e 80% brancos. Os principais fatores de risco foram: idade avançada (n=96;38,6%), imobilização (n=56;22,6%), DPOC (n=48;19,3%), obesidade (n=48;19,3%), pós operatório (n=38;15,3%), neoplasia (n=37;14,9%), diabetes melitus (n=36;14,5%), anticoncepcional oral (n=26;10,4%), insuficiência cardíaca congestiva (n=23;9,3%), TEP/ Trombose venosa profunda (TVP) prévia (n=22;8,8%), hipertensão arterial pulmonar (n=20;8%). Os principais fatores de risco de TEP estão relacionados à idade avançada que por sua vez está associada às comorbidades mais prevalentes como DPOC, neoplasia, ICC e diabetes mellitus. 94% foram diagnosticados por angio-tomografia computadorizada, 2% por cintilografia e 4% sem informações. O exame de diagnóstico padrão-ouro para TEP é angio TC e é mais utilizado universalmente com boa sensibilidade e especificidade. A TVP foi concomitante em 22 (8,9%) pacientes; 9 pacientes (3,6%) foram submetidos à trombólise. Em 20 (8%) pacientes a ecocardiografia foi sugestiva de hipertensão pulmonar. O tempo médio de anticoagulação foi de 9,8±12,1 meses, sendo que houve recorrência de TEP em 3 pacientes (1,2%), sangramento menor em 36 (14,4%) e hematoma na pele em 9 (3,2%). Houve melhor adesão e nível terapêutico de anticoagulação por tempo mais prolongado em pacientes que faziam uso de dose igual e diária de varfarina. Tal posologia associou-se também ao alcance de nível terapêutico de anticoagulação em tempo mais precoce (já nos primeiro trimestre) de tratamento. **Conclusões** O principal fator de risco para TEP foi idade avançada e a anticoagulação prolongada com varfarina parece ser eficaz e segura. A adesão e nível terapêutico de anticoagulação a longo prazo foram relacionados à posologia regular.

1- Terra-Filho M, Menna-Barreto SS et al. Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar. J Bras Pneumol. 2010;36(supl.1):S1-S68

2 -Yoo HHB, Mendes FG, Alem CE, Fabro AT, Corrente JE, Queluz TT. Clinicopathological findings in pulmonary thromboembolism: a 24-year autopsy study. J Bras Pneumol. 2004;30(5):426-32

**POSTER 123****AValiação DA Aderência DOS Pacientes em uso DE Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada**

VANESSA KELLNER<sup>1</sup>; CAROLINA BONFANTI MESQUITA<sup>2</sup>; THAIS GARCIA<sup>3</sup>; LIANA SOUZA COELHO<sup>4</sup>; IRMA DE GODOY<sup>5</sup>; SUZANA ERICO TANNI<sup>6</sup>.

1,2,3,5,6. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) é indicada para melhorar a qualidade e prolongar a expectativa de vida de pacientes portadores de insuficiência respiratória crônica. Entretanto, a aderência ao uso da ODP deve ser avaliada para que os benefícios da ODP sejam atingidos. **OBJETIVO:** Avaliar a aderência a ODP em pacientes com insuficiência respiratória crônica. **MÉTODOS:** Foram acompanhados 168 pacientes (52,9% do gênero feminino, idade = 69,0 ± 9,2 anos) em uso de ODP por um ano. As recomendações da ODP seguiram as normatizações da SBPT. Os pacientes foram avaliados em relação à aderência referida aos seis meses e 1 ano após o início da ODP. **RESULTADOS:** Em ambos os momentos de reavaliação os homens apresentaram maior proporção de aderência quando comparados às mulheres (seis meses: 29,0 % vs 26,0 %; p = < 0,001) e (um ano: 36,0 % vs 27,0 %; p = < 0,001). Quando avaliada a aderência em relação à patologia pulmonar, os pacientes com DPOC (seis meses aderentes: 32,0% vs não aderente: 39,0%; um ano aderentes: 38,0% vs não aderentes: 50,0%; p = < 0,001) e hipertensão arterial pulmonar (seis meses aderentes: 31,7% vs não aderente: 53,6%; um ano aderentes: 41,4% vs não aderentes: 51,2%; p = < 0,001) apresentaram maior aderência após um ano de seguimento, já os pacientes com doença pulmonar intersticial não apresentaram os mesmos resultados (seis meses aderentes: 37,5% vs não aderente: 12,5%; um ano aderentes: 31,2% vs não aderentes: 62,5%; p = 0,107). **CONCLUSÃO:** Apesar da aderência estar associada ao sexo, ela ainda é baixa em ambos os sexos. Além disso, a aderência ao uso da ODP ainda é baixa independentemente da patologia mesmo após um ano de seguimento.

**POSTER 124****AValiação DAS DEMANDAS METABÓLICAS, VENTILATÓRIAS E CARDIOVASCULARES DE PACIENTES COM DPOC DURANTE A REALIZAÇÃO DO TESTE DE AVD-GLITTRE.**

OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO; GERSON F. DE SOUZA; GRACIANE LAENDER MOREIRA; LUIZA GABRIELA GOMES; MARIANA GAZZOTTI; JOSÉ ROBERTO JARDIM.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA (UNIFESP/EPM), SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A DPOC é caracterizada pela piora progressiva dos sintomas e da capacidade funcional. O teste de Glittre (TG) foi desenvolvido para avaliar a capacidade de realizar AVD. O desfecho de avaliação do TG é o tempo para sua execução. **Objetivo:** Comparar o tempo e as demandas metabólicas, ventilatórias e cardiovasculares no TG e entre os pacientes de diferentes estádios da DPOC. **Métodos:** Estudo transversal com pacientes com DPOC estável classificados de acordo com a classificação espirométrica do GOLD. Avaliações: mMRC, IMC, avaliação e monitorização ergoespirométrica durante o teste de AVD-Glittre e teste incremental máximo na esteira. **Resultados:** foram avaliados 62 pacientes sendo 20 (32,3%) do estágio 1, 22 (35,4%) do estágio 2 e 20 (32,3%) do estágio 3. Quarenta pacientes (58%) eram do sexo masculino, idade 66,2 (+ 8,2) anos e IMC 26,2 Kg/m<sup>2</sup> (sem diferenças entre os três grupos). Não houve diferenças entre os três grupos de pacientes nas seguintes variáveis do teste de AVD-Glittre: tempo do teste, VO<sub>2</sub>, VCO<sub>2</sub>, f, VE, FC, PA e FC/VO<sub>2</sub>. A relação VE/VVM no teste de AVD-Glittre foi significativamente maior nos pacientes graves (0,46±0,11, 0,68±0,18, 0,92±0,20, respectivamente para o G1, G2 e G3; p<0,001). A relação VO<sub>2</sub> pico no teste de Glittre/VO<sub>2</sub> pico no teste máximo foi maior nos pacientes mais graves (0,81±0,1 no G1, 0,88±0,2 no G2 e 0,96±0,2 no G3, p=0,03). Igualmente, SpO<sub>2</sub> e Borg dispneia foram significativamente maiores no grupo de pacientes graves. **Conclusão:** Embora não tenham sido encontradas diferenças no tempo do teste entre os três estádios, os pacientes mais graves alcançaram o mesmo VO<sub>2</sub> do teste máximo e apresentam menor reserva ventilatória e metabólica, maior dessaturação e dispneia para executar o teste.

## POSTER 125

### CINÉTICA DA RECUPERAÇÃO DA OXIGENAÇÃO MUSCULAR PÓS ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR EM PACIENTES COM DPOC

LUCIANA DIAS CHIAVEGATO<sup>1</sup>; DIEGO PAIVAAZEVEDO<sup>2</sup>; FLAVIA MANFREDI FREITAS<sup>3</sup>; ANA CRISTINA GIMENES<sup>4</sup>; CESAR FERREIRA AMORIM<sup>5</sup>; MARI CLAUSSEN FERNANDES<sup>6</sup>; WLADIMIR MUNETTI MEDEIROS<sup>7</sup>; LUIZ EDUARDO NERY<sup>8</sup>; JOSÉ ALBERTO NEDER<sup>9</sup>.

1.UNICID/UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2,3,5.UNICID, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4.UNIFESP/SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 6.UNIFESP/PHILIPS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 7,8,9.UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Contrações desencadeadas pelos estímulos elétricos conduzem ao recrutamento inicial das fibras tipo II, podendo resultar em fadiga muscular precoce durante a EENM. O tempo de recuperação da oxigenação muscular ( $t_{1/2}$  segundos), pode ser utilizado como instrumento de análise no processo de reoxigenação tecidual. **Objetivos:** Analisar o  $t_{1/2}$  de pacientes DPOC, após serem submetidos a diferentes intensidades de estimulação elétrica neuromuscular (EENM), quando comparados aos indivíduos controles, para conhecer o efeito da EENM na reoxigenação tecidual muscular. **Métodos:** Após terem sido investigados quanto à função pulmonar, composição corporal (DEXA) e nível de atividade física (Baecke), o músculo quadríceps de 15 pacientes do sexo masculino DPOC (GOLD moderada-grave:  $VEF_1 = 46,2 \pm 18,1\%$  do predito) e 10 indivíduos controles, foi estimulado: corrente pulsada bifásica simétrica e retangular, f 50Hz, pulso 400  $\mu$ S, duty cycle: 20" on /60" off, com 20mA, 30mA, 40mA e 50mA (Dualpex 961 Quark®, Brasil) e o  $t_{1/2}$  foi mensurado pela espectroscopia de raios quasi infravermelhos (NIRS) (Oxiplex TS™, Model 99200, Champaign, USA). **Resultados:** Os pacientes DPOC e indivíduos controles apresentaram respectivamente: idade média:  $65.20 \pm 6.14$  e  $65.20 \pm 4.07$  anos; massa magra:  $7.98 \pm 0.69$  e  $8.94 \pm 1.02$  Kg; Baecke:  $6.97 \pm 0.99$  e  $7.92 \pm 1.03$  pontos;  $t_{1/2}$ :  $17.68 \pm 6.77$  e  $11.35 \pm 7.23$  segundos para 40mA;  $15.38 \pm 5.32$  e  $12.13 \pm 5.10$  segundos para 50mA. **Conclusão:** Os pacientes DPOC apresentaram  $t_{1/2}$  mais lento após serem submetidos ao mesmo nível de intensidade de EENM quando comparados aos indivíduos controles.

## POSTER 126

### CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA E AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DOS PACIENTES COM DPOC INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL COM RECURSOS ADEQUADOS.

ILDA DE GODOY<sup>1</sup>; ANA PAULA DELGALLO MERLI<sup>2</sup>; DEBORA MACIEL CAVALCANTI ROSA<sup>3</sup>; CARLOS ALBERTO MACHARELLI<sup>4</sup>; IRMA DE GODOY<sup>5</sup>.

1,4,5.FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU/UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 2,3.HOSPITAL ESTADUAL BAURU, BAURU - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** As recomendações do GOLD para o diagnóstico e tratamento de DPOC são amplamente difundidas. Algumas ferramentas simples, como história de tabagismo positiva, espirometria e avaliação de gases no sangue são fundamentais para estabelecer o diagnóstico e avaliar a gravidade da doença. **OBJETIVO:** verificar se estas questões fundamentais estão presentes nos prontuários de pacientes que foram internados com diagnóstico de DPOC em um hospital geral no Brasil. **MÉTODOS:** Foram analisados retrospectivamente os dados clínicos dos prontuários de 236 pacientes com diagnóstico primário de DPOC internados no período de abril de 2011 a Março de 2012. Foram coletados dados referentes as características dos pacientes, a internação, ao tabagismo, as medidas de espirometria e gases sanguíneos. **RESULTADOS:** Foram 402 internações em 236 pacientes, 50% do sexo masculino, com idade média de  $68 \pm 11,3$  anos. O tempo médio de internação foi de  $13,4 \pm 17,1$  dias. 8,9% foram internados mais de uma vez, 22,5% receberam tratamento intensivo e 25% morreram. Comorbidades mais frequentes foram diabetes mellitus (17,8%) e hipertensão arterial sistêmica (43%). Tabagismo ativo estava presente em 41,5% e ingestão álcool em 5,1%. Todos os pacientes tinham radiografia de tórax, no entanto, apenas 46,6% tiveram avaliação da espirometria e apenas 65,7% tinham os valores dos gases sanguíneos registrados. História prévia de tabagismo e avaliação de oximetria de não foi encontrada nos registros médicos. Daqueles com espirometria, 8% não tinham o diagnóstico de DPOC confirmado. **CONCLUSÃO:** Mesmo em hospital, onde a maioria das ferramentas para o diagnóstico e tratamento da DPOC estão disponíveis um grande número de pacientes não tem a confirmação da doença e da gravidade da obstrução do fluxo aéreo adequadamente avaliada. Reforço da importância do diagnóstico de DPOC e de avaliação da gravidade para o controle da doença, são ainda necessários.

## POSTER 127

### DETECÇÃO DE DPOC EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA COMUNIDADE: ALTA PREVALÊNCIA DE SUBDIAGNÓSTICO E REDUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

SIMEÃO RODRIGO SANTOS; AMANDA SOUZA FREITAS; CHRISTIAN SILVA SIMONETI; ELISÂNGELA APARECIDA DA SILVA LIZZI; ELCIO OLIVEIRA VIANNA.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A DPOC é uma doença com grande impacto social e econômico. Objetivos: Avaliar as características da DPOC, a frequência do subdiagnóstico e a influência da doença sobre a qualidade de vida em um centro de convivência da comunidade. Método: É um estudo observacional, transversal e analítico realizado na cidade de Uberaba – MG. Todos os participantes responderam questionários sobre as características demográficas, socioeconômicas, de trabalho, da qualidade de vida e do estado de saúde. Foram realizadas também a avaliação antropométrica e a espirometria. Foi utilizado o teste t de Student não pareado e bicaudal para a comparação de médias entre dois grupos independentes: grupo DPOC com diagnóstico prévio e grupo DPOC sem diagnóstico prévio. A comparação das proporções entre os dois grupos independentes foi realizada com o teste qui quadrado. Regressão linear simples e a múltipla foram utilizadas em toda a amostra para identificar variáveis independentes que pudessem proporcionar mudanças significativas (explicativas) na variável resposta (escore total e escores dos domínios do questionário WHOQOL-bref). **Resultados:** 315 indivíduos com idade acima de 50 anos foram recrutados e 298 completaram o estudo, sendo 72 (24,2%) portadores de DPOC e, desses, 58 (80,6%) não relataram diagnóstico prévio da doença. Não foi observada associação entre diagnóstico prévio e as características socioeconômicas, antropométricas e fatores de risco. Em relação aos sintomas, houve associação entre sibilos e diagnóstico prévio ( $p < 0,05$ ). Os valores espirométricos  $VEF_1$  e  $VEF_1/CVF$  mostraram diferenças estatisticamente significantes ( $p < 0,01$ ) entre os grupos, sendo menores no grupo com diagnóstico prévio da doença. O estadiamento 2 da doença foi o mais encontrado em ambos os grupos e ocorreu associação entre os estadiamentos 3/4 (grave/muito grave) e diagnóstico prévio ( $p < 0,05$ ). Quando comparados os domínios da qualidade de vida entre os grupos: portadores de DPOC e não portadores de DPOC, nossos resultados mostram comprometimento do domínio físico no grupo com DPOC ( $p < 0,05$ ). O domínio físico da qualidade de vida foi influenciado positivamente pelo gênero masculino (coef. = 1,319 e IC = 0,394; 2,243), negativamente pela DPOC (coef. = -1,118 e IC = -2,002; -0,234) e pela inatividade por problemas de saúde (coef. = -1,983 e IC = -2,918; -0,868). **Conclusões:** A utilização da espirometria em usuários de centros de convivência pode ser uma estratégia simples e útil para aumentar o número de diagnósticos de DPOC. A identificação desses casos seria benéfica para programar medidas visando, por exemplo, a melhora da qualidade de vida que se mostrou reduzida em nosso estudo no domínio físico.

## POSTER 128

### EFEITO DO SOBREPESO E OBESIDADE NA FUNÇÃO PULMONAR DE PACIENTES COM DPOC GRAVE.

FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; SILVIA MARIA DA SILVA DORIA; FRANCO CHIES MARTINS; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; MARCOS MELLO MOREIRA; ILMA APARECIDA PASCHOAL; LUCIANA CAMPANATTI PALHARES; ANA MARIA CAMINO; POLLYANA DIOGO SALLES; MÔNICA CORSO PEREIRA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução:** O efeito do aumento do peso, sobretudo da obesidade, ainda não está bem esclarecido nos pacientes com DPOC, havendo trabalhos que sugerem que ao menos nos doentes com DPOC grave, a obesidade teria um caráter protetor em relação à mortalidade. O índice de massa corporal (IMC) tem sido usado como um marcador de estado nutricional e preditor de sobrevida em pacientes com DPOC. **Objetivos:** avaliar se há influência do aumento de peso (sobrepeso e obesidade) na função pulmonar em pacientes com DPOC grave (Gold III e IV). **Métodos:** Foram incluídos sequencialmente todos os pacientes com DPOC Gold III e IV acompanhados no ambulatório de Pneumologia do HC-Unicamp entre junho de 2011 e fevereiro de 2013, que pudessem realizar os seguintes exames: espirometria sem e com broncodilatador, teste de caminhada de 6 minutos (TC6), IMC (Kg/m<sup>2</sup>), SpO<sub>2</sub> em ar ambiente (aa). Foram avaliados grau de dispneia (MRC), carga tabágica (anos-maço), exacerbações/ano (análise do prontuário dos últimos 3 anos). **Resultados:** 76 pacientes, com idade média 64,8 ± 8,7; carga tabágica 47 ± 39;  $VEF_1$  40% ± 15,6;  $CVF$  57% ± 15,0;  $VEF_1/CVF$  54,5 ± 11,8; IMC 26,5 ± 5,8; distância (TC6, m) 379,1 ± 90,8 foram incluídos. Todas as variáveis coletadas estão na tabela 1. Realizadas 3 comparações: pacientes com peso normal (PN) vs pacientes com sobrepeso (SP), PN vs pacientes obesos (PO), PN vs pacientes com sobrepeso+obesos (SPO). Não houve diferença entre os grupos quanto à distância caminhada (TC6), SpO<sub>2</sub>, carga tabágica e exacerbações/ano. Houve diferença na idade [SPO e PO mais jovens que PN, ( $p = 0,07$  e  $p = 0,02$ )], no IMC [PN = 22,3 ± 1,5, PO = 34,1 ± 3,9, SPO = 31,2 ± 4,3,  $p < 0,001$ ] e MRC (SP com MRC mais elevado que PN,  $p = 0,05$ ). Na espirometria, PN tiveram  $VEF_1$  mais baixos que os grupos SP e SPO ( $p < 0,001$  e  $p = 0,09$ ) e o  $VEF_1/CVF$  foi menor no grupo PN vs SP, PO e SPO ( $p = 0,07$ ,  $p = 0,01$ ,  $p = 0,01$ , respectivamente). **Discussão e conclusões:** Chama a atenção que pacientes acima do peso são mais jovens e tem função pulmonar melhor que os de peso normal. Se há efeito protetor quanto à sobrevida, somente o desenrolar deste trabalho (prospectivo) poderá comprovar (ou não). A pior nota MRC pode ser explicada pelo efeito do aumento do peso no desempenho das atividades físicas.

## POSTER 129

### EFETOS DA FOTOTERAPIA POR LUZ EMISSOR DE DIODO (LED) NA FUNÇÃO MUSCULAR E CAPACIDADE DE EXERCÍCIO EM PACIENTES COM DPOC

EDUARDO FOSCHINI MIRANDA<sup>1</sup>; ERNESTO CESAR PINTO LEAL-JUNIOR<sup>2</sup>; PAULO HENRIQUE MARCHETTI<sup>3</sup>; SIMONE DAL CORSO<sup>4</sup>.

1,2,4. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA, PIRACICABA - SP - BRASIL.

**Introdução:** A disfunção muscular periférica é um achado comum em pacientes com DPOC uma vez que dois terços dos pacientes interrompem o exercício por fadiga muscular como sintoma limitante ou associado à dispneia. **Objetivo:** Avaliar os efeitos agudos do LED na função muscular e capacidade de exercício em pacientes com DPOC. **Métodos:** Os pacientes realizaram teste de contração isométrica voluntária máxima (CIMV), contração isométrica sustentada (CIS) com 60% da CIMV concomitante ao registro eletromiográfico e receberam aplicação de LED ou placebo (PL), de forma randomizada. O protocolo de exercício dinâmico seguiu os mesmos procedimentos, porém não foi realizado o teste de CIS e sim o teste incremental em cicloergômetro. **Resultados:** Quinze pacientes ( $45 \pm 14$  % prev) receberam LED e PL com uma semana de intervalo entre as visitas. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa no tempo de endurance isométrico entre pré-LED e pós-LED ( $31 \pm 9$  s vs  $57 \pm 14$  s) quando comparado ao pré e pós-placebo ( $26 \pm 11$  s vs  $32 \pm 11$  s) respectivamente. Ocorreu maior declínio da mediana da frequência (MF) durante o teste de endurance pós-PL em comparação ao pós-LED ( $P = 0,002$ ); a inclinação da reta da MF-tempo de endurance foi menor pós-LED em relação pós-placebo ( $-0,68 \pm 0,26$  vs  $-1,44 \pm 0,79$ ;  $P = 0,011$ ). Também foi observado aumento do tempo de endurance durante protocolo dinâmico pós-LED quando comparado pós- placebo ( $522 \pm 71$  s vs  $261 \pm 60$  s,  $p = 0,004$ ). **Conclusão:** A aplicação de LED foi capaz de aumentar o tempo de endurance isométrica e dinâmica em pacientes com DPOC.

## POSTER 130

### ENFISEMA PULMONAR DETERMINADO PELO DIÂMETRO ALVEOLAR MÉDIO (LM) EM RATOS WISTAR SUBMETIDOS A DIFERENTES DOSES DE METILFENIDATO

GABRIEL VICTOR RAPELLO<sup>1</sup>; ANDRÉIA BROCHADO ANTONIOLLI<sup>2</sup>; ROGERIO PAZETTI<sup>3</sup>; DANIEL MARTINS PEREIRA<sup>4</sup>; GILBERTO FACCO<sup>5</sup>; GILBERTO VIEIRA JUNIOR<sup>6</sup>; PETERSON VIEIRA DE ASSIS<sup>7</sup>.

1,2,7. UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; 3. USP, SÃO PAULO - MS - BRASIL; 4,5,6. ANHANGUERA UNIDERP, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

**Introdução:** O Metilfenidato (Cloridrato de Metilfenidato) é a droga mais utilizada no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)<sup>1,2</sup> e constitui um psicoestimulante cujos efeitos mais importantes são a melhora da atenção, concentração e a totalidade da função cognitiva<sup>3</sup>. Recomendações para o tratamento da TDAH elaborados nos Estados Unidos e Europa indicam a prescrição e monitoração do Metilfenidato como droga terapêutica de primeira escolha<sup>4</sup>. Os efeitos adversos mais comuns relacionados ao uso da droga são dor abdominal, insônia, anorexia e perda de apetite<sup>5</sup>, entretanto, os efeitos indesejados em períodos de exposição mais longos foram poucos estudados<sup>6</sup>, e apresentam resultados pouco conclusivos. O relato de Sherman (1987)<sup>7</sup> documentou uma síndrome de esclerose vascular pulmonar em usuários de metilfenidato de forma abusiva (intravenosa), relatando o caso de seis pacientes que apresentaram doença pulmonar obstrutiva (enfisema severo precoce). Todavia, não houve evidências suficientes para afirmar que o metilfenidato seria o agente causador dos distúrbios pulmonares encontrados. Doze anos depois, em um estudo experimental, comprovou-se a potente distribuição sistêmica da droga, que quando administrada, proporciona altas concentrações teciduais pulmonares<sup>8</sup>, maiores inclusive que as concentrações teciduais cerebrais. Em vista do perfil de distribuição sistêmica com alta concentração tecidual pulmonar de Metilfenidato, e da falta de evidência sobre o seu uso e o desenvolvimento de enfisema pulmonar precoce, justifica-se a elaboração de um estudo controlado com objetivo de determinar o  $L_m$ , de modo a investigar a correlação entre Metilfenidato e enfisema pulmonar. **Objetivo:** Investigar o desenvolvimento de enfisema pulmonar pela determinação do diâmetro alveolar médio ( $L_m$ ) em ratos submetidos a diferentes doses de Cloridrato de Metilfenidato. **Métodos:** *Rattus norvegicus albinus*, machos, linhagem Wistar, foram submetidos a diferentes doses de Metilfenidato durante o período de noventa dias, distribuídos em três grupos experimentais com seis animais cada: Grupo Controle (SF 0,9%); Grupo Metilfenidato 0,8 mg/Kg; Grupo Metilfenidato 1,2 mg/Kg, submetidos a eutanásia posteriormente. As seções pulmonares foram processadas e submetidas a análise histológica para determinação do diâmetro alveolar médio ( $L_m$ ) com o uso do retículo de Weibel. **Resultados:** A média de  $L_m$  do grupo controle ( $40,00 \pm 3,48$ ) mostrou-se inferior em relação às médias de  $L_m$  dos grupos Metilfenidato 0,8 mg/Kg ( $47,91 \pm 3,13$ ;  $P < 0,01$ ) e Metilfenidato 1,2 mg/Kg ( $46,36 \pm 4,39$ ;  $p < 0,05$ ). Não foi observada diferença estatística entre os grupos 0,8 mg/Kg e 1,2 mg/Kg (ns). **Conclusões:** O uso do metilfenidato no período proposto e com as doses escolhidas promoveu aumento do diâmetro alveolar médio para os grupos experimentais estudados. Essa alteração é compatível com enfisema pulmonar.

## POSTER 131

### IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOZE DA DPOC PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA DA UBS SANTISTA, MAUÁ, SÃO PAULO

SONIA MARIA MARTINS<sup>1</sup>; WILLIAM SALIBE FILHO<sup>2</sup>.

1.GRESP, SUZANO - SP - BRASIL; 2.PREFEITURA DE MAUA, MAUA - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A DPOC é uma condição crônica sensível à Atenção Primária, considerada uma das doenças mais importantes da atualidade, pois vem crescendo em prevalência e mortalidade, no entanto a sua abordagem restringe-se ao tratamento sintomático das exacerbações. Uma abordagem mais efetiva das equipes poderá diminuir o risco de internações, melhorar a qualidade de vida dos portadores e reduzir o impacto socioeconômico provocado pela doença. **OBJETIVOS:** Este projeto visa o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos de DPOC diagnosticados na UBS Santista, no município de Mauá, São Paulo, a partir da estratificação de indivíduos em risco para o desenvolvimento da doença. **METODOLOGIA:** Após capacitação das equipes para o diagnóstico e tratamento da DPOC. Realizou-se estudo prospectivo de indivíduos com idade > 40 anos, histórico de tabagismo e sintomas respiratórios, submetidos a um questionário de avaliação de risco e exame de espirometria. A divulgação foi feita através de cartazes e busca ativa. O diagnóstico foi confirmado com a presença de VEF1/CVF <70% e a interpretação dos resultados de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). **RESULTADOS:** Durante 30 dias, 200 pacientes foram entrevistados, 120 apresentavam risco para DPOC e foram encaminhados para espirometria; 82 pacientes realizaram o teste. A prevalência de tabagismo ativo foi de 92,5%, enquanto 7,5% eram ex-fumantes. Apenas 02 pessoas não conseguiram concluir o exame. 44% dos casos foram diagnosticados com DPOC: Destes, 74,3% apresentavam distúrbio ventilatório leve, 11,4% distúrbio ventilatório moderado e 14,3% distúrbio ventilatório acentuado. A distribuição por sexo mostrou: 74,3% de homens e 25,7% de mulheres, enquanto que por faixa etária 51,4% tinham entre 40 e 59 anos, 48,6% entre 60 e 69 anos e 11,4% mais de 70 anos. **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** O objetivo foi o diagnóstico precoce da DPOC pela APS através da espirometria. O número de casos moderados e acentuados foi quase idêntico. Todos foram discutidos com o pneumologista que supervisionou o plano de tratamento. Dois pacientes com DPOC acentuado necessitaram de acompanhamento especializado. Os demais estão em tratamento pelas equipes da APS. A APS possui o cenário ideal para abordagem da DPOC. O diagnóstico precoce permite a intervenção sobre os fatores de risco e tratamento, contribuindo para a redução dos custos sociais e financeiros elevados, melhorando a qualidade de vida, enquanto um diagnóstico mais tardio leva a tratamentos mais caros e de maior impacto no estado de saúde e capacidade funcional dos pacientes.

## POSTER 132

### PAPEL DA IDADE AO DIAGNÓSTICO NA APRESENTAÇÃO CLÍNICA E EVOLUÇÃO DOS PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

POLLYANA DIOGO SALLES; FRANCO CHIES MARTINS; CRISTINA BUENO DE MORAES; FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO; ANA MARIA CAMINO; ILMA APARECIDA PASCHOAL; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; MÔNICA CORSO PEREIRA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS- UNICAMP, ITAJUBA - MG - BRASIL.

**Introdução:** A fibrose cística (FC) é uma doença causada por mutação do gene responsável por produzir a proteína CFTR (cystic fibrosis transmembrane regulator). No sistema respiratório o defeito no funcionamento dos canais de cloro causa redução de água nas secreções, dificultando o clareamento da árvore traqueobrônquica, predispondo à colonização bacteriana, inflamação crônica, obstrução de vias aéreas, insuficiência respiratória crônica, e eventualmente, óbito. O diagnóstico é feito com a presença de sintomas compatíveis e um exame laboratorial que confirme a disfunção do CFTR. Diferentes graus de disfunção do CFTR podem existir e influenciar o fenótipo clínico. Pacientes cujo diagnóstico é feito na idade adulta usualmente têm quadro clínico limitado ao sistema respiratório, e tem sido chamados de FC atípica, ou não-clássica. **Objetivos:** Comparar características clínicas, funcionais e microbiológicas de 2 grupos de pacientes com FC: A: diagnóstico <18 anos, B: >18 anos. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes com mais de 18 anos cadastrados no banco de dados do HC-Unicamp. Coletadas as seguintes variáveis: sintomas, IMC, SpO<sub>2</sub>, espirometria, IgE, imunoglobulinas, pesquisa de mutação, microbiologia do escarro, antecedente de tabagismo, medicações e oxigenioterapia. **Resultados:** De 111 pacientes registrados, tivemos acesso a 42 prontuários, sendo 27 mulheres e 15 homens, idade média de 44 anos ( $\pm 16,98$ ), 38 brancos e 5 falecidos. IMC=23 $\pm$ 4,92, SpO<sub>2</sub>=94,6%  $\pm$ 4,7; CI no suor=111,15 $\pm$ 42,17, CVF%= 64 $\pm$ 20, VEF1%=53 $\pm$ 21, e VEF1/CVF%=70 $\pm$ 15. O sintoma mais frequente foi tosse (90%) e 90% dos pacientes tinham dois ou mais sintomas. Culturas de escarro= Pseudomonas sp em 55% em pelo menos uma amostra, cepa mucóide em 35%; outros microorganismos: S. aureus (38%), H. influenzae (17%), Achromobacter sp (10%), Acinetobacter sp (12%), Burkholderia cepacea (5%), Stenotrophomonas maltophilia (5%) e micobactérias (7%), Aspergillus sp (23%). De todas as variáveis analisadas, houve diferença entre os grupos A e B, respectivamente, na idade (29,8 $\pm$ 10,16 vs 52,4 $\pm$ 15,2, p<0,001); sexo (60% homens grupo A vs 22% grupo B; p=0,01); uso de enzimas pancreáticas (54% vs 12%; p=0,002); uso de azitromicina (85% vs 15%; p=0,01); e antibiótico inalatório (54% vs 12%; p=0,02). **Discussão e conclusões:** Nestes adultos com FC houve predomínio de mulheres brancas; a maioria tem IMC normal, leve redução da SpO<sub>2</sub>, e espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo com CVF reduzido, que pode traduzir um componente de restrição associado. O microorganismo mais frequente foi Pseudomonas, mas outros germes têm sido cada vez mais identificados. Quando comparados (<18 vs  $\geq$ 18 anos), os pacientes não apresentaram diferenças significativas nos parâmetros clínicos, funcionais ou microbiológicos, e sim nas variáveis idade, sexo, uso de enzimas pancreáticas, anti-inflamatórios e antibiótico inalatório. O pequeno número de pacientes e o desenho retrospectivo do estudo podem limitar a análise e generalização de resultados.



## POSTER 133

### TESTE DO DEGRAU COMO FORMA DE AVALIAÇÃO DA SENSÇÃO DE DISPNEIA EM PACIENTES PORTADORES DE DPOC

JOANA TAMBASCIO<sup>1</sup>; ALINE APARECIDA SIMSIC<sup>2</sup>; GERUZA ALVES DA SILVA<sup>3</sup>; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ<sup>4</sup>.

1,3,4.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 2.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRAO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Dispneia é um sintoma que pode prejudicar acentuadamente a qualidade de vida dos pacientes. Existem poucas drogas capazes de tratar especificamente o sintoma. A pesquisa de novas terapias sintomáticas requer métodos padronizados e sensíveis, capazes de detectar efeitos terapêuticos significativos. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo desenvolver um método simples, para investigação inicial de drogas potencialmente úteis no tratamento do sintoma. **Métodos:** Pacientes com diagnóstico de DPOC compareceram ao Serviço em três ocasiões. Na primeira realizaram-se dois testes do degrau, numa plataforma de 20 cm, com duração de seis minutos, separados por um intervalo de meia hora. Na segunda e terceira visitas os pacientes foram medicados, respectivamente, com placebo ou 200 microgramas de salbutamol, 10 minutos antes de executarem o protocolo do degrau. Nas duas ocasiões foi empregada a mesma carga de trabalho, correspondente ao maior número de degraus observado no teste inicial. O ritmo de passos foi determinado empregando-se um metrônomo instalado em microcomputador. A intensidade da dispneia foi referida pelos voluntários em condições basais, aos 2,4 e 6 minutos de exercício, bem como 2 minutos após a interrupção. Nessa avaliação foi empregada uma escala numérica com variação entre 0 e 10, o último valor correspondendo a pior sensação possível. A frequência cardíaca (FC) foi monitorada continuamente com frequencímetro Polar. Os resultados foram expressos na forma de variações contadas a partir dos valores absolutos iniciais. Na análise estatística empregou-se teste ANOVA de medidas repetidas e, quando indicado, pós-teste de Tukey. **Resultados:** Foram incluídos 16 pacientes (2 mulheres e 14 homens) com idade média de 64,2 ±8,1 anos. O VEF<sub>1</sub> médio do grupo foi 37,6±14,5% e o VEF<sub>1</sub>/CVF foi 53,8±13,3%. Os escores de dispneia observados nos diferentes tempos do protocolo nas condições inicial, placebo e broncodilatador foram, respectivamente: 2 min= 2,3±1,3 X 2,4±1,6 X 1,4±1,0; 4 min= 3,8±1,7 X 3,5±2,0 X 2,3±1,5; 6 min= 5,3±2,2 X 4,9±2,0 X 3,4±1,7; 8 min= 1,7±0,9 X 1,8±1,2 X 0,9±1,1. A intensidade da dispneia pós-broncodilatador foi significativamente inferior aos escores das demais condições em todos os momentos do protocolo. Não foram observadas diferenças significantes entre os valores médios da FC ao longo do protocolo comparando-se placebo e broncodilatador. **Conclusões:** O teste do degrau, empregado nas condições propostas, é método reproduzível para o desencadeamento de dispneia. Além disso, também demonstra sensibilidade adequada para detecção de respostas frente a intervenções terapêuticas capazes de reduzir essa sensação.

## TL 173

### IMPACTO CLÍNICO E FUNCIONAL DE COLONIZAÇÃO BACTERIANA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA GRAVE

FLAVIA OLIVEIRA MAGRO CARDOSO; SILVIA MARIA DA SILVA DORIA; CRISTINA BUENO DE MORAES; FRANCO CHIES MARTINS; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; MARCOS MELLO MOREIRA; ILMA APARECIDA PASCHOAL; LUCIANA CAMPANATTI PALHARES; ANA MARIA CAMINO; MÔNICA CORSO PEREIRA.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução:** Estima-se que no Brasil existam cerca de 5 milhões de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Além do VEF<sub>1</sub>, índice de massa corporal (IMC), capacidade de exercício e hipoxemia, exacerbações frequentes aceleram o declínio da função pulmonar e pioram o prognóstico da doença. Bronquectasias são frequentes em pacientes com DPOC grave, de modo que é plausível supor que doentes graves tenham colonização bacteriana das vias respiratórias, fato que potencialmente terá efeitos clínicos e funcionais. **Objetivo:** Examinar a microbiologia do escarro de pacientes com DPOC grave (Gold III e IV) e correlacionar os achados de culturas positivas (>10<sup>5</sup>CFU/ml) com os parâmetros clínicos e funcionais. **Métodos:** No período de junho de 2011 a fevereiro de 2013 todos os pacientes com DPOC Gold III e IV que frequentavam o ambulatório e preenchiam os critérios foram incluídos. Seus prontuários foram revisados para registro de exacerbações nos últimos 3 anos e carga tabágica. Pacientes foram submetidos à espirometria sem e com broncodilatador, teste de caminhada de 6 minutos (TC6), avaliação do grau de dispneia (MRC), saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) e calculado IMC. Certificando-se da estabilidade clínica do doente, foi colhido o escarro para cultura. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da instituição. **Resultados:** Dos 72 pacientes incluídos, 28 tiveram cultura de escarro positivas, 44 negativas. Dos 28 pacientes com culturas positivas, *Staphylococcus aureus* foi identificado em 12 pacientes e *Pseudomonas aeruginosa* em oito. Sete pacientes tiveram mais de um germe identificado. Outros resultados podem ser vistos na Tabela 1. Comparando os grupos com culturas positivas (CP) x culturas negativas (CN) (Tabela 2), houve diferença significativa na idade dos pacientes 67,4±8,6 vs 63±8,5 (p=0,034), no IMC (27,6 vs 23,8 kg/m<sup>2</sup>) (p=0,013) e do grau de dessaturação durante TC6 ( $\Delta$ SpO<sub>2</sub>) de 3,5±3,7 x 6,7±4,2 (p=0,0018). **Discussão e Conclusão:** A cultura de escarro positiva em pacientes com DPOC estável foi um achado comum (39% dos pacientes). Comparando-se os grupo CP e CN, não houve diferença quanto ao número de exacerbações, variáveis clínicas ou gravidade da espirometria. A principal constatação foi que os pacientes de CP são mais velhos, têm IMC menor e uma menor  $\Delta$ SpO<sub>2</sub>. Na DPOC, a dessaturação durante o exercício ocorre principalmente devido à hiperinflação dinâmica, que reduz a ventilação alveolar eficaz; este achado é mais evidente no enfisema. Pode-se supor que, em pacientes com DPOC estáveis a presença de bactérias nas vias aéreas resulte em algum tipo de efeito modulador da inflamação crônica, o que pode ser importante na dessaturação durante o exercício. Outra explicação é de que a presença de bactérias esteja associada com um fenótipo em que a hiperinsuflação dinâmica é menos importante, por exemplo, na bronquite em vez do enfisema. Como não houve associação com outros parâmetros (VEF<sub>1</sub>, MRC, IMC), não foi possível confirmar ainda esta possibilidade.

**POSTER 070  
BRONCOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DA NEOPLASIA DE PULMÃO**

VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; NILZA SAYURI ABE; ANDRÉ LOBO NAGY; ADDY LDIVINA MEJIA PALOMINO; MÁRCIA JACOMELLI; RICARDO MINGARINI TERRA; MAURO CANZIAN; RICARDO BAMMANN; TERESA YAE TAKAGAKI; ASCÉDIO JOSÉ RODRIGUES.

HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A neoplasia de pulmão é uma das mais frequentes em ambos os sexos e permanece como a causa mais comum de morte por câncer (1). O prognóstico e estratégia terapêutica na neoplasia de pulmão dependem do diagnóstico precoce do tumor. A broncoscopia como método diagnóstico da neoplasia pulmonar tem sensibilidade variável de 88% para lesões endobrônquicas, de 33% para lesões periféricas < 2 cm e 62% para lesões > 2 cm. O EBUS radial melhorou a sensibilidade diagnóstica de lesões < 2 cm para 73%. **Objetivo:** Avaliar de forma retrospectiva a sensibilidade e a especificidade dos métodos diagnósticos broncoscópicos do Serviço de Endoscopia Respiratória ICESP e InCor-HCFMUSP no ano de 2012, nos pacientes com câncer de pulmão. **Métodos:** foram avaliados o rendimento diagnóstico geral e a sensibilidade dos métodos diagnósticos broncoscópicos em pacientes com neoplasia pulmonar no período de janeiro a dezembro de 2012. **Resultados:** Foram avaliados 129 pacientes com diagnóstico de neoplasia de pulmão, que se submeteram a broncoscopia diagnóstica no ICESP e InCor-HCFMUSP no ano de 2012. O rendimento diagnóstico geral dos procedimentos broncoscópicos foi de 84,5%. Em de 70,5% dos casos (91/129) foi observada lesão endobrônquica, com sensibilidade diagnóstica da broncoscopia de 92,3% (84/91). A sensibilidade diagnóstica da broncoscopia para lesões > 2 cm (21,7% dos casos) foi 68% (19/28), enquanto para as lesões < 2 cm (7,8% dos casos) foi de 60% (6/10). Em 80% das lesões < 2 cm foi utilizado o miniprobe de ecobroncoscopia radial para auxiliar a localizar a lesão e orientar a coleta de material. O tipo histológico mais frequente nos 129 pacientes foi o adenocarcinoma (34,1%), apesar da maioria absoluta dos pacientes terem lesão endobrônquica. O segundo tipo histológico mais frequente foi carcinoma epidermóide (31,8%), seguido do pequenas células (11,6%), do carcinóide (4%) e de outros menos frequentes. Foram observadas 14,7% de complicações. Destas, 90% foram sangramentos de pequena ou moderada quantidade, pós-biópsia, que cessaram com medidas hemostáticas durante o procedimento. Apenas um caso de broncoespasmo que necessitou de broncodilatador inalatório e um pneumotórax que necessitou de drenagem. **Conclusão:** nossos resultados mostraram uma concordância com outros centros de endoscopia respiratória no mundo, associados a baixos índices de complicação. Com a implantação de novos métodos endoscópicos como a ecobroncoscopia setorial e radial, acreditamos que haverá um aumento no rendimento diagnóstico dos métodos broncoscópicos.

**POSTER 071  
DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE REJEIÇÃO PÓS-TRANSPLANTE PULMONAR: BRONCOSCOPIAS DE ROTINA VERSUS DEMANDA CLÍNICA**

EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA<sup>1</sup>; JOAO PAULO VICTOR COELHO JAJAH NOGUEIRA<sup>2</sup>; RICARDO BAMMANN<sup>3</sup>; ASCÉDIO JOSÉ RODRIGUES<sup>4</sup>; ANDRÉ LOBO NAGY<sup>5</sup>; SILVIA VIDAL CAMPOS<sup>6</sup>; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA<sup>7</sup>; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO<sup>8</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>9</sup>.

1,2,3,4,5,8. SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - CENTRO DE VIA AÉREA - INCOR/HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 6,7,9. GRUPO DE TRANSPLANTE PULMONAR DA DIVISÃO DE CIRURGIA TORÁCICA - INCOR/HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** embora o diagnóstico histológico não seja o único critério adotado para mudanças de conduta clínica quanto à imunossupressão, a realização sistemática de biópsias do parênquima é parte obrigatória do protocolo pós-operatório nos pacientes transplantados de pulmão. **Objetivos:** avaliar os resultados obtidos por broncoscopias no seguimento pós-operatório imediato e tardio de pacientes submetidos a transplante pulmonar. **Metodologia:** análise retrospectiva das biópsias transbrônquicas realizadas no Serviço durante um ano do calendário (de dezembro de 2011 a novembro de 2012), divididas em quatro grupos para fins de comparação: Grupo 1 - broncoscopias de rotina realizadas nos primeiros três meses pós-transplante; Grupo 2 - broncoscopias de rotina realizadas entre o 4º e o 12º mês pós-transplante; Grupo 3 - broncoscopias realizadas por demanda clínica ao longo do primeiro ano pós-transplante; e Grupo 4 - broncoscopias realizadas por demanda clínica com mais de um ano pós-transplante. **Resultados:** 104 biópsias transbrônquicas foram realizadas no período - Tabela 1, correspondendo a 19 pacientes recém transplantados (durante o próprio ano estudado) e outros 28 pacientes transplantados entre 2006 e 2011.

Diagnóstico histológico*	Grupo 1	Grupo 2	subtotal	Rotinas	Grupo 3	Grupo 4	subtotal	Urgências
rejeição leve	10 (27,0%)	8 (28,6%)	18 (27,7%)		2 (16,7%)	8 (29,6%)	10 (25,6%)	
moderada	7 (18,9%)	2 (7,1%)	9 (13,8%)		2 (16,7%)	5 (18,5%)	7 (17,9%)	
sem rejeição	18 (48,6%)	16 (57,1%)	34 (52,3%)		4 (33,3%)	12 (44,4%)	16 (41,0%)	
inconclusivo	2 (5,4%)	2 (7,1%)	4 (6,1%)		4 (33,3%)	2 (7,4%)	6 (15,4%)	
Total	37	28	65		12	27	39	

\*com base na classificação proposta por Stewart S e cols, J Heart Lung Transplant 2007;26(12):1229-42

Não houve diferenças estatisticamente significantes na comparação dos quatro grupos entre si e entre os subtotais de Rotinas e de Urgências. Mudanças no esquema imunossupressor ou pulsoterapia com corticóides foram decididas em 21 pacientes: 12 cujas biópsias revelaram rejeição moderada (A2), quatro com rejeição leve (A1), quatro sem rejeição e um com biópsia inconclusiva. Dois pacientes foram listados para retransplante devido a disfunção crônica do enxerto. Houve duas complicações relacionadas às biópsias transbrônquicas (um sangramento e um pneumotórax). Dos quatro óbitos ocorridos nesta casuística, nenhum foi atribuído ao insucesso do tratamento da rejeição. **Conclusão:** diante do baixo índice de complicações e dos expressivos percentuais de rejeição identificados tanto precoce quanto tardiamente, justifica-se a adoção de biópsias transbrônquicas como vigilância programada de "rotina" no primeiro ano (especialmente no primeiro trimestre) bem como biópsias indicadas em caráter de "urgência" por demanda clínica após o primeiro ano pós-transplante ou sempre que necessário.

## POSTER 072

### DISCINESIA DE PREGAS VOCAIS EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ASMA

EVELISE LIMA; ASCÉDIO JOSÉ RODRIGUES; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA; MÁRCIA JACOMELLI; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO.

INCOR - HC/FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A discinesia de pregas vocais (DPV) é caracterizada pelo movimento adutório inadequado das cordas vocais, resultando em obstrução funcional das vias respiratórias. A apresentação clínica varia desde a ausência de sintomas até insuficiência respiratória aguda. Taquidispnéia, tosse, sensação de aperto na garganta, sibilância ou estridor laríngeo são sinais e sintomas comuns, podendo mimetizar uma crise asmática. Outros achados incluem aperto ou dor torácica, disfonia ou afonia intermitente, fadiga e pigarro na garganta. O início dos sintomas é súbito e raramente os fatores desencadeantes são encontrados, sendo os principais: Infecção de vias aéreas superiores, exposição ocupacional, refluxo gastroesofágico, tosse, exercício físico, gotejamento pós-nasal, alterações climáticas, odores e estresse emocional. **Objetivo:** Prevalência de DPV em asmáticos com hipótese diagnóstica de DPV associada. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes com asma acompanhados no ambulatório da pneumologia com suspeita clínica de DPV que realizaram laringoscopia no período de 2006 a 2010. **Resultados:** Foram submetidos à laringoscopia direta 189 pacientes. Destes, 32 (16%) apresentaram DPV durante o exame. Sendo 24 (75%) mulheres e 8 (25%) homens. **Conclusão:** Existem vários relatos de DPV simulando asma. Ambas podem ocorrer concomitantemente. Sua patogênese e prevalência são desconhecidas. A laringoscopia direta identificando o movimento paradoxal das pregas vocais é o padrão ouro para o diagnóstico. Não existe tratamento específico.

## POSTER 073

### ECOBRONCOSCÓPIA COM PUNÇÃO ASPIRATIVA TRANSBRÔNQUICA POR AGULHA FINA PARA DIAGNÓSTICO DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO INCOR/HC-FMUSP

EVELISE LIMA; MÁRCIA JACOMELLI; ASCÉDIO JOSÉ RODRIGUES; SERGIO EDUARDO DEMARZO; ADDY LDIVINA MEJIA PALOMINO; LUCIANA PASCHOARELI BOSCO TAVARES; RICARDO BAMMANN; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA; ANAREGIA DE PONTES FERREIRA; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO.

INCOR - HC/FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Há muitas causas de linfonodomegalias mediastinais e hilares, como neoplasias, doenças granulomatosas, doenças infecciosas e adenopatias reacionais. Diferentes modalidades diagnósticas estão disponíveis para a coleta de amostras destes linfonodos, desde procedimentos cirúrgicos (mediastinoscopia, mediastinostomia e toracotomia) até procedimentos minimamente invasivos como punção aspirativa por agulha fina de Wang, punção aspirativa por ultrassonografia endobrônquica (EBUS TBNA) ou ultrassonografia esofágica (EUS), punção aspirativa percutânea guiada por tomografia. A mediastinoscopia é considerada o padrão-ouro, com sensibilidade variando de 86% to 94%, porém é um procedimento invasivo que requer anestesia geral, internação e de custo elevado. Além disso, possui acesso às cadeias linfonodais paratraqueais superiores, inferiores e subcarinais, porém não tem acesso às hilares.

A punção aspirativa transbrônquica por agulha fina (PAAF) realizada durante a broncoscopia convencional é um método que permite o acesso a diferentes cadeias linfonodais mediastinais e hilares, podendo ser realizado às cegas ou guiado por EBUS. O procedimento que não requer anestesia geral nem internação, possui custos menores e baixos índices de complicações. A PAAF guiada por EBUS em tempo real é um método seguro e apresenta rendimento diagnóstico significativamente maior do que a da PAAF convencional, especialmente nas cadeias paratraqueais e hilares. **Objetivos:** Avaliar o rendimento diagnóstico do EBUS-TBNA em pacientes com linfonodomegalias mediastinais sensu lato. **Métodos:** Estudo retrospectivo envolvendo pacientes submetidos a EBUS setorial realizados no InCor/HC-FMUSP entre o período de agosto de 2011 a março de 2013. **Resultados:** Foram realizados 176 exames em um período de 19 meses. Desses, 74 (40 %) eram neoplásicos, 60 (34%) reacionais, 20 (11%) inconclusivos, 8 (4%) sarcoidoses, 6 (3%) tuberculoses, 2 (1%) histoplasmoses, 2 (1%) cistos broncogênicos, 2 (1%) bóccios mergulhante. Em 31 pacientes houve progressão da investigação com abordagem cirúrgica dos linfonodos: 8 inconclusivos e 23 reacionais foram submetidos à mediastinoscopia. Dos reacionais foram feitos os seguintes diagnósticos: 5 neoplasias, 1 tuberculose e 17 reação inflamatória. E dos inconclusivos: 2 neoplasias, 1 histoplasmose, 1 sarcoidose e 4 inflamatórios. **Conclusão:** O EBUS-TBNA é um procedimento relativamente novo, minimamente invasivo, seguro e com boa acurácia e sensibilidade para o diagnóstico diferencial de neoplasias, infecções e outras doenças que comprometem os linfonodos mediastinais e hilares. No entanto, pacientes com EBUS TBNA inconclusivas podem necessitar de procedimentos invasivos para o diagnóstico.

#### POSTER 074

##### EXPERIÊNCIA INICIAL DO HCFMUSP/INCOR NA UTILIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA ENDOBRÔNQUICA RADIAL NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES PULMONARES PERIFÉRICAS

ANAREGIA DE PONTES FERREIRA; ARIADNE OLIVEIRA DESSUNTE; MÁRCIA JACOMELLI; ADDY LDIVINA MEJIA PALOMINO; LUCIANA PASCHOARELI BOSCO TAVARES; PAULO ROGÉRIO SCORDAMAGLIO; MAURO CANZIAN; HÉLIDA CONCEIÇÃO CAVALCANTE TORRES; EVELISE LIMA; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO.  
*HCFMUSP/INCOR, SAO PAULO - SP - BRASIL.*

**INTRODUÇÃO:** O diagnóstico da lesão pulmonar periférica tem baixa sensibilidade na broncoscopia tradicional. A ultrassonografia endobrônquica radial (R-EBUS) é uma ferramenta que aumenta o rendimento diagnóstico da broncoscopia, pouco difundida no Brasil.

**OBJETIVO:** Apresentar a experiência da utilização de R-EBUS no diagnóstico de lesões pulmonares periféricas em um hospital terciário.

**MÉTODOS:** Estudo retrospectivo do serviço InCOR –HCFMUSP, no período de fevereiro de 2012 até julho de 2013. Foram incluídos pacientes com nódulos e/ou massas pulmonares que realizaram broncoscopia com a utilização de R-EBUS. R-EBUS foi realizado com miniprobe flexível de 20 MHz pelo canal de trabalho do broncoscópio terapêutico (2,8mm) até a topografia da lesão-alvo. Sempre que disponível, a fluoroscopia foi utilizada para auxiliar a localização da lesão e os procedimentos de coleta (escovado brônquico, punção aspirativa e biópsia transbrônquica). **RESULTADOS:** Analisamos 48 pacientes, com média de idade de 65,8 anos sendo 62,5% mulheres. Encontramos 29 nódulos (tamanho médio de 1,67cm) e 19 massas (tamanho médio de 3,89cm). Foram visualizadas pelo R-EBUS 38 lesões (79,2%) com rendimento diagnóstico de 63,2%. Entre as 38 lesões visualizadas pelo EBUS, 22 foram nódulos com obtenção de 54,5% de diagnósticos conclusivos (sendo 83,3% neoplasias); as outras 15 lesões eram massas na quais obtivemos 80% de diagnósticos conclusivos (91,7% neoplasias). O diagnóstico foi inconclusivo em todas as 10 lesões que não foram visualizadas pelo R-EBUS, sendo 8 destas menores que 2cm. A fluoroscopia foi utilizada em alguns casos e em 19 (39,5%) pacientes foi possível localizar a lesão, porém não houve diferença na sensibilidade diagnóstica quando se utilizou somente o R-EBUS ou R-EBUS associado à fluoroscopia. As complicações foram: pneumotórax (4%) e sangramento significativo em (2%). **CONCLUSÃO:** Nossa experiência inicial com R-EBUS mostrou boa sensibilidade diagnóstica em diferentes lesões pulmonares periféricas, com baixos índices de complicações. O rendimento diagnóstico foi maior em lesões visualizadas pelo R-EBUS e em massas pulmonares periféricas.

---

#### POSTER 075

##### PROTEINOSE ALVEOLAR: DIAGNÓSTICO PELA BRONCOSCOPIA

ARIADNE OLIVEIRA DESSUNTE; ANDRÉ LOBO NAGY; MÁRCIA JACOMELLI; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO.  
*INCOR, SAO PAULO - SP - BRASIL.*

A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença caracterizada pelo acúmulo de material lipoproteínico no interior dos alvéolos, o que interfere significativamente nas trocas pulmonares. É rara, de etiologia obscura e sua prevalência estimada em 0,37 casos por 100.000 pessoas. Com predomínio no sexo masculino (3:1) e em 80% dos casos ocorrem na terceira e quarta décadas de vida. A apresentação clínica é variável, porém os sintomas usuais são dispnéia e tosse. O diagnóstico pode ser feito com: TC de tórax, lavado broncoalveolar, biópsia transbrônquica ou pulmonar a céu aberto. Este relato tem o propósito de apresentar um caso de proteinose alveolar diagnosticado por broncoscopia. Paciente de 35 anos, feminino, não tabagista, com diagnóstico de síndrome de Sheehan e histórico de broncopneumonias de repetição, tosse seca e dispnéia. Foi internada para compensação da patologia de base. Na ocasião assintomática respiratória. Ao exame físico: sinais vitais dentro da normalidade, IMC= 32,8 e sem outras alterações clínicas. Durante a internação realizou Rx de tórax que mostrou infiltrado interstício-alveolar difuso. TC de tórax mostrando pavimentação em mosaico difusa sugestiva de proteinose alveolar. Submetida à broncoscopia, com lavado broncoalveolar e biópsias transbrônquicas, que confirmaram proteinose alveolar. O lavado broncoalveolar sem aspecto macroscópico leitoso, porém com predomínio de macrófagos, material proteináceo amorfo (livre e fagocitado) em moderada quantidade e P.A.S. positivo. No anatomopatológico mostrou deposição intraalveolar focal de material proteináceo amorfo, eosinofílico finamente granuloso. **Conclusão:** O caso ilustra a importância da broncoscopia na confirmação diagnóstica, apesar de não ser o padrão ouro. Mas é um método eficiente, seguro e pouco invasivo.

TL 182

## **AVALIAÇÃO BRONCOSCÓPICA DE VIGILÂNCIA EM TRANSPLANTADOS DE PULMÃO: EXPERIÊNCIA DO 10 CENTRO DE TRANSPLANTES DE PULMÃO DO NORTE E NORDESTE DO BRASIL**

THIAGO OLIVEIRA MENDONÇA; ISABELLA DE MELO MATOS; JACOB OLIVEIRA DUARTE; RAFAEL SOUSA BRITO; FABIO ROCHA FERNANDES TAVORA; CYNTHIA MARIA SAMPAIO VIANA; ANTERO GOMES NETO.

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA - CE - BRASIL.

**Introdução:** O transplante pulmonar, nos últimos 15 anos, tornou-se tratamento seguro e bem estabelecido para várias condições respiratórias em estágio final. No entanto, a taxa de sobrevivência em 5 anos após o transplante ainda está em torno de 50%. A bronquiolite obliterante (BO) é a principal etiologia atribuída a esta mortalidade e dentre os fatores preditores para BO, as infecções por CMV e os episódios de rejeição aguda são citados como significantes. O papel das biópsias transbrônquicas em estabelecer o diagnóstico de rejeição pulmonar aguda e infecções pulmonares já é bem estabelecido. No entanto, a frequência e a utilidade de se realizar biópsias pulmonares transbrônquicas rotineiramente no pós-operatório ainda é tema de debate. **Objetivos:** Descrever os resultados obtidos com a broncoscopia de vigilância ao longo de dois anos de acompanhamento de pacientes transplantados de pulmão do centro de referência de transplante de pulmão do norte e nordeste do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um trabalho retrospectivo de análise de 35 exames consecutivos de broncoscopia de vigilância com biópsia transbrônquica em 8 pacientes transplantados de pulmão no período de junho de 2011 a maio de 2013. Foram avaliados dados demográficos desta população (como idade, sexo, causas do transplante, função pulmonar pré-transplante, status sorológico de CMV e tipo de transplante), taxas de rejeição e infecção, de acordo com as diretrizes publicadas da Sociedade Internacional de Transplante de Coração e Pulmão, além de possíveis complicações relacionadas ao procedimento e conduta clínica adotada, expressos através de média, desvio padrão e porcentagens. **Resultados:** Um total de 35 exames de broncoscopia de vigilância com biópsia transbrônquica foram avaliados. O número de procedimentos realizados por paciente foi 4,37 ( $\pm 1,3$ ), não sendo evidenciada nenhuma complicação grave relacionada ao procedimento endoscópico. A análise histopatológica das biópsias transbrônquicas constatou que o grau de rejeição mais comum foi A0B0 (40%), seguida por A0Bx (11,4%). Rejeição foi verificada em 22,85%, BOOP em 5,71% e infecção em 2,85% de todas as biópsias analisadas. Os sintomas mais frequentemente associados a rejeição clínica foram dispnéia, aumento da secreção e alterações radiológicas, todos presentes em 50% delas. Diante do quadro clínico de rejeição, a pulsoterapia ocorreu em 37,5% e a troca de imunossupressor em 75%. **Conclusões:** O uso da biópsia pulmonar transbrônquica rotineiramente no pós-operatório de transplante pulmonar, no presente estudo, permitiu o diagnóstico de rejeição e infecção clinicamente significativos, inclusive em pacientes assintomáticos, com implicações diretas na sequência do tratamento. Esses achados, associados a ausência de complicações relacionadas ao procedimento demonstraram ainda ser esta uma ferramenta segura e eficaz para seguimento desses pacientes.

---

**POSTER 134****ANÁLISE DE EQUAÇÕES DE REFERÊNCIA PARA O TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS EM HOMENS SAUDÁVEIS BRASILEIROS**

LUCIANA DIAS CHIAVEGATO<sup>1</sup>; ALEXANDHER WESLEY NEGREIROS<sup>2</sup>; ROSANE BRETAS BERNARDES<sup>3</sup>; MONICA VASCONCELOS MORAES<sup>4</sup>; ROSIMEIRE SIMPRILI PADULA<sup>5</sup>.

1.UNICID/UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2,5.UNICID, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3.UNICID/UNIP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4.UNICID/STA CASA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Contextualização:** O teste de caminhada de seis minutos (TC6) é amplamente utilizado na prática clínica para avaliar capacidade funcional e tolerância ao exercício. Para poder melhor interpretar o teste em diferentes populações, algumas equações de referência foram propostas na literatura, porém a maioria das equações de referência para TC6 em indivíduos saudáveis foram estabelecidas com base nas populações americanas e européias, com apenas algumas propostas para população brasileira. **Objetivos:** Comparar a distância percorrida em seis minutos por homens saudáveis com valores de distância previstos a partir de equações de referência propostas na literatura. **Métodos:** Foram avaliados 103 indivíduos, trabalhadores, funcionários de serviços gerais, quanto ao nível de atividade física (IPAQ), sintomas respiratórios (MRC), força de preensão palmar (FPP) e capacidade funcional (TC6). Os dados foram submetidos ao teste de normalidade e posteriormente utilizou-se Teste T, a fim de comparar a média da distância percorrida com as médias das distâncias previstas obtidas em cada uma das sete equações propostas, sendo três delas para a população brasileira. **Resultados:** Os indivíduos foram considerados ativos, com ausência de sintomas respiratórios, apresentaram idade média de 34,12 ± 8,88 anos e distância média percorrida no TC6 de 663,43 ± 93,01 metros. Os valores previstos mais próximos dos obtidos foram de Enright & Sherrill (640,66 ± 100,70 metros), Iwama et al. (621,27 ± 15,65 metros) e Dourado et al com FPP (709,65 ± 51,30), as duas últimas propostas para a população brasileira. Não houve correlação significativa entre índice de massa corporal (IMC) e DTC6 (r= -0,11; p= 0,263), IMC x FPP (r= -0,11; p= 0,441); FPP x DTC6 (r= -0,14; p= 0,247) e idade x DTC6 (r= -0,28; p= 0,004). **Conclusões:** As equações de Enright & Sherrill, Iwama et al. Dourado et al para FPP podem ser recomendadas para estimar a distância prevista no teste de caminhada de seis minutos em homens saudáveis brasileiros.

**POSTER 135****ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS PSICOSSOCIAIS, DISPNEIA E MECÂNICA TORACOABDOMINAL EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

ERICKSON BORGES SANTOS; JULIANO TAKASHI WADA; RONALDO SILVA; DENISE MORAES PAISANI; DESIDÉRIO CANO PORRAS; CIBELE BERTO MARQUES DA SILVA; ALBERTO CUKIER; RAFAEL STELMACH; ADRIANA CLAUDIA LUNARDI; CELSO RICARDO FERNANDES DE CARVALHO.

USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) comumente apresentam elevados níveis de ansiedade e depressão. Esses sintomas são relacionados à presença de dispnéia e alterações no padrão respiratório, permanecendo incerto se influenciam a mecânica toracoabdominal. **Objetivo:** Avaliar a relação entre os níveis de ansiedade e depressão com os sintomas de dispnéia, regionalização da ventilação pulmonar e atividade dos músculos inspiratórios em pacientes com DPOC. **Métodos:** Foram avaliados 29 pacientes com DPOC moderado a grave (18 homens, 63±6 anos, 23±8 kg/m<sup>2</sup>, VEF<sub>1</sub>=47±13% predito), classificados de acordo com os escores obtidos na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD; Ansiosos quando HAD>8 e Depressivos quando HAD>9). A dispnéia foi avaliada pela escala de MRC. Os pacientes em repouso foram submetidos à Pletismografia Optoeletrônica para avaliação do volume corrente (VC), volumes dos compartimentos torácico superior (VTs), torácico inferior (VTi) e abdominal (VAb), e sincronia entre estes compartimentos. A atividade dos músculos esternocleidomastoídeo, intercostal e reto abdominal foi avaliada pela eletromiografia. Foi utilizado o teste t para comparar os pacientes com e sem sintomas, com nível de significância ajustado para 5%. **Resultados:** 13 pacientes possuíam sintomas de ansiedade e 9 sintomas de depressão. A função pulmonar era similar em ambos os grupos. Os pacientes ansiosos tiveram maiores escores de MRC que os não-ansiosos (3,5±0,9 vs 2,5±0,8 pontos; p<0,01) bem como os pacientes depressivos (3,7±0,7 vs 2,6±0,9 pontos; p<0,01). Não foram observadas diferenças quanto à regionalização da ventilação pulmonar ou quanto à atividade dos músculos inspiratórios. **Conclusão:** Nossos resultados mostram que os níveis de ansiedade e depressão parecem estar associados a maior percepção de dispnéia sem, entretanto, promover mudanças na mecânica toracoabdominal e na atividade muscular inspiratória em pacientes com DPOC.

## POSTER 136

### AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO FLUTTER®VRP1 SOBRE OS ÍNDICES DE TRANSPORTE, PERFIL INFLAMATÓRIO E MICROBIOLÓGICO DA SECREÇÃO RESPIRATÓRIA DE PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS

JOANA TAMBASCIO; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ; ALINE APARECIDA SIMSIC; SILVIA MARIA ROMÃO PONTES; ROBERTO MARTINEZ; ADA CLARICE GASTALDI.

FMRP-USP, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Bronquiectasias são doenças das vias aéreas caracterizadas pela dilatação anormal e permanente dos brônquios, causadas, principalmente, pela perpetuação de processos inflamatórios e prejuízo da efetividade da clearance mucociliar. O estado hipersecretivo desses indivíduos é permanente e persistente sendo de fundamental importância a fisioterapia respiratória. O dispositivo Flutter®VRP1 combina as técnicas de oscilação de alta frequência e pressão expiratória positiva e têm como objetivo facilitar a remoção de secreções. **Objetivo:** Avaliar os benefícios do Flutter®VRP1 sobre os índices de transporte, perfil inflamatório e microbiológico das secreções respiratórias de pacientes com bronquiectasias não secundárias a fibrose cística. **Método:** 17 pacientes foram submetidos a sessões com o Flutter®VRP1 ou Controle, durante 30 minutos diários, em estudo randomizado e cruzado, com quatro semanas de tratamento com uma das terapias, duas semanas de "wash-out", seguida de mais quatro semanas com a outra modalidade. Semanalmente foram coletadas amostras de secreção respiratória, que foram avaliadas quanto ao transporte mucociliar (TMC), o deslocamento na máquina simuladora de tosse (MST), o ângulo de contato (AC), a citologia celular, a contagem da porcentagem de neutrófilos (Neu%), eosinófilos (Eo%) e macrófagos (Mo%), e a microbiologia, com a contagem das unidades formadoras de colônias (UFC). **Resultados:** O tratamento com o Flutter®VRP1 resultou em maior deslocamento na MST e menor AC quando comparados os resultados entre a primeira semana (9,94±3,12 cm; 26,5±3,21° respectivamente) e a quarta semana de tratamento (13,96±5,76 cm; 22,76±3,64° respectivamente) (p<0,05). Não houve diferença significativa nas variáveis transporte mucociliar, citologia celular e UFC. **Conclusão:** Embora a utilização do Flutter®VRP1 30 minutos diários por pelo menos quatro semanas seja suficiente para alterar propriedades físicas e melhorar o transporte pela tosse das amostras de secreção respiratória, a utilização desse dispositivo não proporcionou alteração das células inflamatórias e das UFC em pacientes com bronquiectasias.

## POSTER 137

### COMPARAÇÃO DAS TÉCNICAS DE EXPANSÃO NOS VOLUMES PULMONARES MEDIDOS PELO PLETISMOGRAFO OPTOELETRÔNICO APÓS CIRURGIA ABDOMINAL ELETIVA: UM ENSAIO CLINICO ALEATORIZADO

ADRIANA CLAUDIA LUNARDI; DENISE MORAES PAISANI; CIBELE BERTO MARQUES DA SILVA; DESIDÉRIO CANO PORRAS; CELSO RICARDO FERNANDES DE CARVALHO.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** As técnicas respiratórias são amplamente usadas para promover expansão pulmonar após cirurgias, e estudos recentes mostram o efeito da respiração profunda, incentivadores respiratórios e da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) na mecânica tóracoabdominal de sujeitos saudáveis; porém, no período pós-operatório, os volumes pulmonares dessas técnicas de expansão pulmonar permanecem pouco conhecidos. **Objetivo:** Comparar o efeito da respiração profunda, dos incentivadores respiratórios e do CPAP nos volumes pulmonares após cirurgia abdominal eletiva. **Métodos:** Este ensaio clínico aprovado pelo comitê de ética do hospital (protocolo número 0150/11) envolveu 104 pacientes consecutivos candidatos à cirurgia abdominal eletiva. Os pacientes foram aleatorizados em 4 grupos de tratamento: respiração profunda (RP, n=23; 54,9±13,1 anos; 25,2±4,7 Kg/m<sup>2</sup>; 42% feminino), incentivador orientado à fluxo (IRF, n=23; 60,3±13,9 anos; 26,1±4,8 Kg/m<sup>2</sup>; 65% feminino), incentivador orientado à volume (IRV, n=23; 55,2±11,5 anos; 26,2±4,8 Kg/m<sup>2</sup>; 42% feminino) e CPAP com pressão expiratória de 10cmH<sub>2</sub>O (CPAP, n=26; 52,2±16,1 anos; 25,9±5,4 Kg/m<sup>2</sup>; 65% feminino). As medidas de desfecho avaliadas pelo pletismógrafo optoeletrônico foram os volumes pulmonares total (caixa torácica (CT)) e compartimentados (tórax superior (TS), tórax inferior (TI) e abdômen (ABD)), no pré e no 3º. dia de pós-operatório (PO). Os pacientes foram orientados a realizar 8 respirações seguidas de acordo com a técnica do grupo, sendo que os 6 ciclos mais homogêneos foram utilizados para análise. O teste de Kruskal Wallis foi usado para comparação entre os grupos e o nível de significância ajustado para 5%. **Resultados:** Os grupos eram inicialmente similares quanto à função pulmonar, carga tabágica (RP=25,7±16,6; IRF=30,8±30,1; IRV=21,5±18,5; CPAP=24,6±14,5 maços.ano; p>0,05), tempos cirúrgico (RP=275,0±98,9; IRF=244,0±94,9; IRV=285,9±102,1; CPAP=263,1±74,9 min; p>0,05) e via de acesso cirúrgico convencional (RP=62%; IRF=70%; IRV=76%; CPAP=50%; p>0,05). Foram excluídos 9 pacientes (3 do RP, 3 do IRF e 3 do IRV), 4 por tempo cirúrgico menor do que 120 min e 5 não foram operados. No 3º. PO, tanto o volume pulmonar total quanto os compartimentados foram maiores no grupo RP (em mediana (interquartil 25%-75%)) (CT=1,20L (1,08-1,68); TS=0,58L (0,42-0,71); TI=0,33L (0,24-0,43); ABD=0,43L (0,27-0,62)) quando comparado aos grupos IRF (CT=0,89L (0,72-1,20); TS=0,41L (0,34-0,70); TI=0,22L (0,17-0,27); ABD=0,21L (0,16-0,32)), IRV (CT=1,09L (1,00-1,38); TS=0,54L (0,43-0,60); TI=0,31L (0,22-0,44); ABD=0,31L (0,22-0,58)) e CPAP (CT=0,99L (0,74-1,14); TS=0,39L (0,29-0,50); TI=0,20L (0,15-0,26); ABD=0,23L (0,17-0,53)); (p<0,05). **Conclusão:** A RP promove maiores volumes pulmonares após cirurgias abdominais eletivas quando comparada a outras técnicas de expansão pulmonar.

**POSTER 138****EFEITO DE DIFERENTES TÉCNICAS DE EXPANSÃO PULMONAR NA INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES PULMONARES APÓS CIRURGIA ABDOMINAL ALTA: UM ENSAIO CLÍNICO ALEATORIZADO**

ADRIANA CLAUDIA LUNARDI; DENISE MORAES PAISANI; CIBELE BERTO MARQUES DA SILVA; DESIDÉRIO CANO PORRAS; CELSO RICARDO FERNANDES DE CARVALHO.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**CONTEXTUALIZAÇÃO:** A fisioterapia respiratória é amplamente recomendada para prevenir complicações pulmonares pós-operatórias (CPP), no entanto, não há evidência da eficácia das técnicas de expansão pulmonar na prevenção de CPP. **OBJETIVO:** Comparar o efeito de diferentes técnicas de expansão pulmonar na incidência de CPP após cirurgias abdominais altas eletivas (CAA). **MÉTODOS:** Este ensaio clínico aleatorizado envolveu 91 pacientes consecutivos submetidos à CAA, entre março de 2011 e março de 2013. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética do hospital (protocolo número 0150/11) e está submetido no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos. Foram excluídos os pacientes submetidos a procedimentos com tempo cirúrgico menor do que 120 minutos, os que apresentaram broncoaspiração no momento da intubação orotraqueal, os que necessitaram de dreno pleural no intra ou pós-operatório imediato e os que permaneceram mais de 48h sob ventilação mecânica invasiva. Os pacientes foram alocados aleatoriamente em 4 grupos de tratamento: incentivador respiratório orientado a fluxo (Respiron®) (IRF, n=23; 60±14anos, 25,3±5,1Kg/m<sup>2</sup>), incentivador respiratório orientado a volume (Voldyne®) (IRV, n=23; 55±11anos, 23,6±3,8Kg/m<sup>2</sup>), respiração profunda (RP, n=26; 60±12anos, 25,1±6,1Kg/m<sup>2</sup>) e pressão positiva contínua nas vias aéreas de 10 cmH<sub>2</sub>O (CPAP, n=19; 48±15anos, 24,7±4,6Kg/m<sup>2</sup>). As intervenções foram realizadas em 5 séries de 10 repetições, 3 vezes ao dia, do 1º. ao 5º. dia de pós-operatório. Um pesquisador cego às intervenções avaliou a ocorrência das seguintes CPP: pneumonia, traqueobronquite, atelectasia com repercussão clínica e hipoxemia (SpO<sub>2</sub> < 85%). O teste de Fisher foi usado para comparação entre os grupos e o nível de significância ajustado para 5%. **RESULTADOS:** O tempo de cirurgia foi similar entre todos os grupos, assim como a incidência de CPP (IRF=9%; IRV=4%; RP=19%; CPAP=0%) e o tempo de internação hospitalar (p=0,05). Porém, o grupo CPAP apresentou menor número de pacientes com menos de 60 anos, menor prevalência de tabagistas e de cirurgias por via laparoscópica. **CONCLUSÕES:** Nossos resultados mostram que as técnicas de expansão pulmonar tiveram efeito similar na incidência de CPP após cirurgias abdominais altas eletivas.

**POSTER 139****EFEITOS DA REABILITAÇÃO PULMONAR NA MECÂNICA TORACOABDOMINAL, DISPNEIA E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

ERICKSON BORGES SANTOS; JULIANO TAKASHI WADA; RONALDO SILVA; DENISE MORAES PAISANI; DESIDÉRIO CANO PORRAS; CIBELE BERTO MARQUES DA SILVA; ALBERTO CUKIER; RAFAEL STELMACH; ADRIANA CLAUDIA LUNARDI; CELSO RICARDO FERNANDES DE CARVALHO.

USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) apresentam limitação ao exercício associada à ineficiência ventilatória decorrente do aprisionamento aéreo. Cronicamente evoluem com um quadro sedentarismo e descondição físico devido à acentuada dispneia. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da reabilitação pulmonar na mecânica toracoabdominal, dispnéia e atividade da vida diária (AVD) em pacientes com DPOC. **Métodos:** 16 pacientes com DPOC moderado a grave (9 homens, 64,5 ± 5,2 anos; 26,7±3,7kg/m<sup>2</sup>; VEF1=1,7± 0,9L) participaram de um programa de reabilitação pulmonar durante 12 semanas, com 2 sessões semanais. Todos os pacientes foram avaliados quanto à cinemática toracoabdominal pela pletismografia optoeletrônica no repouso e durante exercício em bicicleta ergométrica com carga progressiva até 25% da carga máxima (em Watts), obtida em função da idade, gênero e altura; sendo registrados os volumes expiratórios e inspiratórios finais obtidos na caixa torácica total (VEEct e VEIct), compartimentos torácico superior (VEEts e VEIts), torácico inferior (VEEti e VEIti) e abdominal (VEEab e VEIab). A dispnéia foi avaliada pela escala MRC e as atividades de vida diária pelo questionário London Chest Activity of Daily Living. Os dados foram obtidos antes e após o programa de reabilitação pulmonar. Para comparação pré e pós-intervenção utilizado o teste t pareado, com nível de significância ajustado em 5%. **Resultados:** Os parâmetros pré e pós-reabilitação foram: VEEts (860±180 vs 910±120ml; p<0,03), VEIts (880±180 vs 930±120ml; p=0,03), MRC (1±3,3 vs 2,6±0,9 pontos; p=0,05). Quanto às AVD houve melhora nos domínios do LCADL: Domésticos (14±10 vs 5,5±5,1; p=0,01), Laser (5±1,6 vs 3,8±1,1; p=0,02) e Total (30±1,4 vs 20±8; p=0,01). **Conclusão:** Nossos resultados mostraram que o programa de reabilitação pulmonar melhorou a mecânica ventilatória no tórax superior, refletindo em melhora da sensação de dispnéia e da performance nas atividades de vida diária em pacientes com DPOC.



## POSTER 140

### ESTUDO DO PADRÃO RESPIRATÓRIO E CONFIGURAÇÃO TORACOABDOMINAL EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL EM LISTA DE TRANSPLANTE PULMONAR NA RESPIRAÇÃO TRANQUILA E NO EXERCÍCIO DIAFRAGMÁTICO.

ARTHUR EDUARDO O. DA SILVA; MARINELLA NOGUEIRA DA SILVA HORTENCIO; JOSÉ CARLOS RODRIGUES JUNIOR; ANDREI ROZANSKI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; MARIA IGNÊZ ZANETTI FELTRIM.

INSTITUTO DO CORAÇÃO HC.FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** As doenças pulmonares intersticiais (DPIs) formam um grupo de enfermidades inflamatórias que acometem o parênquima pulmonar, resultando em distúrbio restritivo. As DPIs em fase avançada recebem indicação de transplante pulmonar (TxP); neste estágio os pacientes (pctes) se apresentam com taquidispneia, sobrecarga muscular respiratória com acionamento de músculos acessórios e alteração para um padrão respiratório rápido e superficial. São escassos os estudos sobre o padrão respiratório nas DPIs e seu comportamento durante a execução de exercícios respiratórios. **Objetivos:** Estudar o comportamento: **a)** do padrão respiratório e configuração toracoabdominal (ConfTxAbd) de indivíduos com DPI, em lista de TxP, nas posições dorsal (DD) e sentada (S), na Respiração Tranquila (RT); **b)** do Exercício diafragmático (Edi) na geração do Volume Corrente (VC); c) verificar a associação da coordenação toracoabdominal com parâmetros funcionais. **Métodos:** Foram avaliados pctes em lista de espera ao TxP do Programa do InCor-HCFMUSP, que assinaram o TCLE. Dados demográficos foram coletados de prontuários. Utilizou-se a Pletismografia Respiratória por Indutância (PRI), RespiTrace®, para a coleta de dados de padrão respiratório e ConfTxAbd. O exame foi realizado nas posições DD e S, com o indivíduo respirando tranquilamente durante dois minutos e durante cinco ciclos de exercício respiratório diafragmático. Foram coletados os dados de espirometria (CVF e % CVF), do teste da caminhada dos 6 minutos (SpO<sub>2</sub>, f e FC iniciais e finais, tempo de recuperação e distância percorrida), SpO<sub>2</sub> no repouso e ar ambiente (aa) e medidas de pressões respiratórias máximas (Pimax e Pemax). **Resultados:** O grupo era constituído de 13 pctes (53±10 anos e 25±5kg/m<sup>2</sup>), sendo 8 (62%) mulheres. 1) Na RT o VC reduziu de 493±193 (dorsal) para 297±126 ml (sentado) (p=0,4). A f não alterou significativamente (20±8 para 22±8 ipm de DD para S) e houve manutenção da relação TI/TTOT. A ConfTxAbd manteve predomínio abdominal em ambas as posições. A incoordenação TxAbd esteve presente em 77% dos indivíduos na RTDD e em 46% na RTS. 2) O Edi elevou significativamente o VC para 1058 ± 638 em dorsal e 678 ± 300 ml em sedestação quando comparado à RT (p=0,001); o VC alcançado pelo Edi só foi diferente do VC na RTS (p=0,009); durante o exercício houve redução da f e aumento dos tempos respiratórios versus a RT (p<0,05); a ConfTxAbd foi predominantemente abdominal. Durante o exercício 38% incoordenaram em dorsal e 62% na posição sentada. Houve correlação entre a incoordenação toracoabdominal e a SpO<sub>2</sub> de repouso no Edi na posição dorsal (r=-0,57, p=0,04). **Conclusões:** Pctes com DPI em lista de TxP apresentam redução no VC ao assumir a posição sentada, para uma mesma f, com menor incoordenação TxAbd. O Edi foi eficiente em ambas as posições, porém com maior incoordenação em sedestação. A hipoxemia pode contribuir para presença de incoordenação.

## POSTER 141

### ESTUDOS DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FUNCIONAIS DE PACIENTES EM AVALIAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE PULMÃO DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (HIAE)

JULIANA DE CÁSSIA MOURA OLIVEIRA; MELLINE DELLA TORRE ALMEIDA; JOSÉ EDUARDO AFONSO JR.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Caracterizar clinicamente e funcionalmente os pacientes em avaliação para entrada em lista de transplante de pulmão favorece a identificação do potencial desses candidatos a serem bem sucedidos na cirurgia. **Material e Método:** Foram avaliados 98 pacientes pela equipe de fisioterapia para possível inclusão em lista de transplante pulmonar do HIAE entre fevereiro de 2007 a maio de 2012. Foram incluídos todos os indivíduos submetidos a uma avaliação respiratória fisioterapêutica completa, que realizaram o teste de caminhada de seis minutos (TC6), além da utilização dos dados clínicos extraídos de seus respectivos prontuários. **Resultados:** Os pacientes foram subdivididos em grupos: Doença Obstrutiva, Doença Restritiva, Doença Suprativa. A média de idade apresentada foi de 45±15 anos, com IMC de 23,12 ± 5,60 kg/m<sup>2</sup>. Foram incluídos em lista 37 candidatos, sendo que 11% realizaram o transplante pulmonar. 48% da amostra era tabagista, 69% eram dependentes de oxigênio (PaO<sub>2</sub> 59,19 ± 17,04mmHg) e 89% não realizava nenhum tipo atividade física. 79% dos pacientes com doença restritiva faziam uso de oxigênio, possuíam maior IMC (25,08± 5,45 Kg/m<sup>2</sup>) e percorreram a menor distância no TC6 (266 ± 122 metros), apresentando maior dessaturação ao final do teste (SpO<sub>2</sub> final 81 ± 7 %). Os pacientes com doença suprativa eram os mais jovens e foram os que apresentaram melhor desempenho no TC6 (343±129 m). **Discussão e Conclusões** Esses dados permitem um conhecimento mais apurado da população encaminhada para inclusão em lista de transplante pulmonar com objetivo de melhorar a tomada de decisão de toda equipe envolvida. A identificação dos pacientes mais comprometidos, permite que todos os profissionais possam traçar uma conduta terapêutica adequada impactando positivamente em todo o processo: entrada e permanência em lista.

## POSTER 142

### FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS NÃO RESTRITOS AO LEITO

DANIEL CORREIA DE SOUZA; ADRIANA CLAUDIA LUNARDI; LUCIANA DIAS CHIAVEGATO; FERNANDO WEGNER; BRUNO GARCIA DE AQUINO.

HCFMUSP/UNICID, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** O prolongado tempo de permanência ao leito está relacionado ao desenvolvimento de disfunções músculo-esqueléticas e respiratórias. Portanto, a caracterização do nível de atividade física e a verificação dos fatores associados em pacientes hospitalizados podem ser fundamentais para estratégias de prevenção de complicações do imobilismo. **OBJETIVOS:** Avaliar o nível de atividade física em pacientes recém-hospitalizados e independentes para deambulação e verificar quais fatores estão associados a este comportamento. **MÉTODOS:** Este estudo envolveu 86 pacientes (53% masculino; 48,8±17,7 anos; 28,7±12,7 Kg/m<sup>2</sup>) consecutivos, internados num hospital universitário por motivos clínicos ou cirúrgicos. Foram incluídos pacientes sem restrição para deambulação. Foram excluídos pacientes com distúrbio cognitivo ou neurológico agudo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE 06324412.9.0000.0068) e todos os pacientes assinaram o termo de consentimento. Todos os pacientes foram avaliados quanto a sua história clínica, hábitos e vícios, antropometria e iniciaram a mensuração do nível de atividade física no primeiro dia de internação hospitalar. A avaliação do nível de atividade física foi realizada através da acelerometria com o Actigraph GTX3 colocado na cintura dos pacientes durante 24h por dia, durante 4 dias consecutivos. Foram realizadas análise descritiva e regressões lineares múltiplas. **RESULTADOS:** Os pacientes passaram a maior parte do seu tempo deitados no leito (3643±1813 minutos, 95%±3% do tempo total avaliado) e pouco tempo fazendo atividades de moderada intensidade (15±20 minutos, 0,5%±0,5% do tempo total avaliado). O nível de atividade física entre eles foi tão baixo que a média de calorias gastas por dia foi de 56,7±53,3 Kcals, com 1,02±0,02 METS. A média diária de passos foi de 796±917. Os modelos de regressão mostraram que os fatores idade e peso foram associados ao comportamento sedentário (R<sup>2</sup>=0,50, p<0,05) e que a história de tabagismo e de etilismo, assim como queixas de dor músculo esquelética e respiratórias (dispnéia) foram associados negativamente com as atividades de moderada intensidade (R<sup>2</sup>=0,63, p<0,05). O índice de massa corporal, a presença de comorbidades e a presença de câncer não foram associados ao nível de atividade física. **CONCLUSÕES:** Nossos achados mostram que a inatividade física é altamente prevalente durante a hospitalização de pacientes não restritos ao leito. Os fatores associados ao sedentarismo são idade, peso, tabagismo, etilismo, dor músculo-esquelética e queixa respiratória; o que deve alertar para o estímulo da atividade física intra-hospitalar preventiva.

## POSTER 143

### TERAPIA DESOBRUTIVA EM BRONQUIECTASIA

DAYSI DA CRUZ TOBELEM; VALÉRIA MARQUES FERREIRA NORMANDO; PABLO FABIANO MOURA DAS NEVES.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A dilatação anormal e permanente de brônquios denominada de bronquiectasia, pode ocorrer devido à destruição de componentes elásticos e musculares da parede brônquica. Tais alterações acarretam obstrução, retenção de secreção, processo infeccioso e originando novos ciclos. (AMORIM e RÓLDAN, 2011) interferindo na qualidade de vida dos pacientes.

Para auxiliar na terapêutica pode-se recorrer ao tratamento conservador e ou ao cirúrgico. Dentre as modalidades conservadoras a Fisioterapia Respiratória se destaca por utilizar técnicas que auxiliam na higiene brônquica refletindo na diminuição da sintomatologia apresentada pelos pacientes bronquiectásicos. (FREITAS, et. al. 2009). **OBJETIVOS:** Analisar as repercussões sobre o clearance mucociliar, por meio do peso úmido e seco do produto expectorado pelos pacientes portadores de bronquiectasias.

**MÉTODO:** Dois protocolos desobstrutivos foram propostos diante da análise do peso seco e úmido da secreção expectorada. Foram selecionados para participar do estudo 8 pacientes bronquiectásicos, que estavam recebendo tratamento na Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará. Foram realizadas 20 sessões de atendimento, duas vezes por semana, com um intervalo de 48 horas entre elas. Ambas as terapias propostas, foram realizadas por todos os participantes do estudo. As sessões eram compostas pelo oscilador oral de alta frequência (OOAF) complementado com o fabricante ) e pelo sistema por pressão positiva expiratória (PPE) complementado com o fabricante). Cada sessão durava cerca de 30 minutos, sendo composta por 10 minutos de inaloterapia, sem adição de fármacos e em seguida pela utilização de um dos recursos, durante 15 minutos, sendo realizadas pausas obrigatórias a cada 5 minutos, para coletar a secreção traqueobrônquica. Era solicitado ao paciente, que o mesmo realizasse ingestão de água satisfatória, que seria em média de 1,5l a 2l por dia, já que segundo Silveira et al. (2005), a fluidificação de secreções traqueobrônquicas pode ser auxiliada por uma ingestão satisfatória diária de líquidos. **RESULTADOS:** O OOAF modelo Shaker NSC® sob o peso de secreção obtida, tanto peso úmido quanto seco, quando comparados ao recurso de PPE (válvula do tipo spring load) revelou significância estatística (p<0,05). **CONCLUSÃO:** Observou-se que o benefício ao utilizar o Oscilador Oral de Alta Frequência contribuiu melhor ao clearance mucociliar frente ao sistema por Pressão Positiva Expiratória.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, A.; RÓLDAN, J. G. Bronchiectasis: do we need an etiological investigation? *Revista Portuguesa de Pneumologia*, v. 17, n. 1, p. 32-40, 2011.

FREITAS, F. S. et al. Aplicação da pressão positiva expiratória nas vias aéreas (EPAP): existe um consenso? *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba. v. 22, n. 2, p. 281-292, abr./jun. 2009.

SILVEIRA, I. C. *O pulmão na prática médica: diagnóstico e tratamento*. 4. ed. Rio de Janeiro: editor de publicações biomédicas, 2005. 672 p.

## POSTER 144

### TÍTULO: MELHORA DO TESTE DO DEGRAU ATRAVÉS DO FORTALECIMENTO DO MÚSCULO QUADRÍCEPS

DOUGLAS SILVA QUEIROZ.

HIAE, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Paciente UNK do sexo feminino 73 anos esteve internada no Hospital Albert Einstein com diagnóstico de DPOC exacerbado. Paciente fumou por 55 anos, 1,5 maços/dia. No início da internação paciente realizou apenas fisioterapia respiratória, com pressão positiva e manobras cinéticas, seu quadro impossibilitava de realizar maiores atividades. Após uma semana de internação paciente apresentou estabilidade do quadro clínico, a partir deste período foi realizada avaliação de força muscular do músculo quadríceps, através do teste de 1RM, onde apresentou elevação de 6 Kg. Foi avaliado sua aptidão física através do teste do degrau de 6 minutos, na qual subiu e desceu 40 degraus. Após a realização destes testes foi implementado exercícios resistido com 80% de 1RM, 2 x 10 repetições para o músculo quadríceps, mais deambulação durante a fisioterapia dividido entre período tarde e manhã. A paciente continuou a realizar este treinamento por um período de 5 dias, até a alta hospitalar, momento o qual foi realizado novamente ambos os testes. No teste antes da alta paciente apresentou um aumento de 50% de força muscular do quadríceps (6 para 9Kg), quanto ao teste do degrau de 6 minutos a paciente também apresentou um aumento de 40 para 56 degraus respectivamente. Foi realizada a avaliação através do teste de qualidade de vida (CAT), onde a paciente apresentou melhora. Podemos a partir desta experiência sugerir que a atividade física associado ao treinamento resistido em âmbito hospitalar pode ser uma terapia coadjuvante para melhora clínica, despertar interesse e dar iniciativa para o paciente realizar atividade pós alta hospitalar. Vale ressaltar que o teste do degrau é um teste simples e prático de realizar a beira do leito do paciente, e tem boa reprodutibilidade com testes incrementais.

---

## TL 174

### DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA, IDADE, GÊNERO E DOR MUSCULOESQUELÉTICA PREDIZEM O SEDENTARISMO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO

FERNANDO WEGNER; DANIEL CORREIA DE SOUZA; LUCIANA DIAS CHIAVEGATO; ADRIANA CLAUDIA LUNARDI.

UNICID, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A hospitalização pode estar relacionada ao desenvolvimento de disfunções músculo esqueléticas e respiratórias, com impacto na funcionalidade após a alta e aumento nos custos da saúde pública. Por isso, a identificação de fatores clínicos capazes de prever o comportamento sedentário de pacientes hospitalizados não restritos ao leito pode ajudar no desenvolvimento de estratégias que previnam as disfunções. **Objetivo:** Investigar quais fatores clínicos são capazes de prever o comportamento sedentário de pacientes hospitalizados não restritos ao leito. **Métodos:** Este estudo transversal envolveu 132 pacientes (53% masculino; 50±16 anos; 27±10Kg/m<sup>2</sup>) consecutivos, internados em 3 Hospitais do Sistema Único de Saúde (n=62 de São Paulo-SP, n=30 de Cascavel-PR e n=30 de Aracati-CE) por motivos clínicos ou cirúrgicos. Foram incluídos pacientes que eram independentes para deambulação e que não tinham prescrição médica de restrição ao leito. Foram excluídos pacientes com distúrbio cognitivo ou neurológico agudo. Todos os pacientes foram submetidos à avaliação da história clínica, antropométrica, de hábitos e vícios, e do nível de atividade física nas primeiras 24h de internação hospitalar. A avaliação do nível de atividade física foi realizada através do questionário validado pro português-brasileiro Perfil de Atividade Humana (a pontuação varia de 0 a 94, sendo que abaixo de 53 pontos o sujeito é considerado inativo). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital (CAAE 06324412.9.0000.0068) e todos os pacientes assinaram o termo de consentimento. Foi realizada uma regressão linear múltipla para determinação de quais fatores clínicos apresentaram capacidade de prever o nível de atividade física. **Resultados:** Dos 132 pacientes avaliados, 32% eram sedentários e 28% fisicamente ativos, 7% eram portadores de câncer, 39% apresentavam comorbidades, 28% era tabagista (média 29±20 maços/anos), 20% referia praticar atividade física regular (frequência 3,5±1,8 dias/semana). Os modelos de regressão demonstraram que os fatores idade, gênero, presença de DPOC e ter queixa de dor músculo esquelética foram associados ao comportamento sedentário (R<sup>2</sup>=0,50, p<0,001). O índice de massa corporal, a presença de comorbidades, o tabagismo, o etilismo e a presença de câncer não entraram no modelo. **Conclusão:** O presente estudo mostrou que o comportamento sedentário está relacionado com o DPOC, a idade, o gênero e a presença de dor músculo esquelética. Esses achados demonstram a importância da avaliação e indicação de fisioterapia precoce para melhor prevenção dos impactos da hospitalização nos aspectos físico-funcionais dos pacientes hospitalizados não restritos ao leito.

## POSTER 076

**O IMPACTO DA DISPNEIA NA CAPACIDADE DE EXERCÍCIO, NA ATIVIDADE FÍSICA NA VIDA DIÁRIA E NA QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS COM BRONQUIECTASIA NÃO FIBROCÍSTICA**

SAMIA ZAHY RACHED<sup>1</sup>; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO<sup>2</sup>; ANDERSON ALVES DE CAMARGO<sup>3</sup>; TATIANE SOARES AMARAL<sup>4</sup>; FERNANDA DE CORDOBA LANZA<sup>5</sup>; DIRCEU COSTA<sup>6</sup>; ALBERTO CUKIER<sup>7</sup>; CELSO RICARDO FERNANDES DE CARVALHO<sup>8</sup>; RAFAEL STELMACH<sup>9</sup>; SIMONE DAL CORSO<sup>10</sup>.

1,2,7,8,9.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3,4,5,6,10.UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** A dispneia é um achado comum em indivíduos adultos com bronquiectasia não fibrose cística (BCQ-nFC), mas seu impacto sobre a tolerância ao exercício, a atividade física na vida diária (AFVD) e qualidade de vida (QV) não foi estudado nessa população.

**Objetivo:** Avaliar o impacto da dispneia na tolerância ao exercício, AFVD e QV em adultos com BCQ-nFC. **Métodos:** Oitenta pacientes (50 mulheres) foram avaliados. A dispneia foi avaliada pela escala Medical Research Council (MRC) e a tolerância ao exercício pela distância percorrida no shuttle teste incremental (STI) e pela carga atingida no teste de exercício cardiopulmonar máximo realizado em cicloergômetro. A AFVD foi representada pelo número de passos diários (PD), medido por um pedômetro; a QV foi avaliada pelo questionário Respiratório St. George (SG). **Resultados:** Tabela 1.

	MRC 1 (n=19)	MRC 2 (n=21)	MRC3 (n=22)	MRC 4 (n=25)	MRC 5 (n=13)
Idade (anos)	35±13*	46±15	45±14	59±14	46±11
VEF <sub>1</sub> (% previsto)	58±17	67±16**	49±13	50±14	29±10***
CVF (% previsto)	76±14	79±12	66±15****	56±13****	42±10#
PD	13.033±6.631##	1209±4588 ###	8198±4383	5835±2159	3412±2255
STI (m)	603±148	497±128	437±110	310±111	297±72#
SG (total)	34±23##	47±14	64±13###	70±10	70±15

\*  $p < 0,05$  vs MRC4; \*\*  $p < 0,05$  vs MRC3; \*\*\*  $p < 0,05$  vs MRC1, MRC2, MRC3, MRC4; \*\*\*\*  $p < 0,05$  vs MRC1, MRC2, #  $p < 0,05$  vs MRC1, MRC2, MRC3; ##  $p < 0,05$  vs MRC3. **Conclusão:** Quanto maior o nível de dispneia, pior é a função pulmonar, a tolerância ao exercício, a AFVD e QV em adultos com BCQ-nFC.

## POSTER 077

**REPRODUTIBILIDADE DA CAPACIDADE INSPIRATÓRIA EM ESPIROMETRIAS COM DISTÚRBO VENTILATÓRIO OBSTRUTIVO REALIZADAS NO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA (CHS).**

MOYSES CAMPOS JUNIOR; DANIELA DA SILVA PIMENTEL; AMANDA CELESTE CAMPOS; MARTA ELIZABETH KALIL. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SAO PAULO, SOROCABA - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A manobra de capacidade vital lenta (CV) é importante para o diagnóstico espirométrico e acompanhamento de pacientes com doença pulmonar obstrutiva. Uma revisão recente sobre a repetibilidade da capacidade inspiratória (CI) citou obstáculos que poderiam dificultar a mensuração deste valor, como o número (nº) de respirações estáveis pré-manobra, volume pulmonar expiratório final (VPEF) variável e o esforço inspiratório. O presente estudo avaliou os dados obtidos na manobra da CV correlacionando com a diferença entre o maior valor e o 2º maior valor da CI (DCI), tentando definir os valores de sua reprodutibilidade. **OBJETIVOS:** Avaliar a CI com o propósito de encontrar valores que permitam definir a sua reprodutibilidade e determinar a interferência dos dados analisados nos resultados. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo através do levantamento de espirometrias, realizadas com o espirômetro e software Koko PFT Moe, de fevereiro a julho de 2013, seguindo as recomendações da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Os pacientes submetidos a espirometria no Laboratório de Função Pulmonar do CHS foram selecionados obedecendo aos critérios de inclusão: idade de 20 a 80 anos, Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 30 Kg/m<sup>2</sup>, com aceitabilidade e reprodutibilidade exigidas pela SBPT, a manobra da CV somente no modo expiratório e diagnóstico espirométrico de Distúrbio Ventilatório Obstrutivo (DVO). As principais variáveis para avaliação da reprodutibilidade foram a DCI e seu percentil 90 (P90). Foi feita a correlação com o volume corrente (VC), volume minuto (VM), cooperação do paciente, gravidade do DVO e nº de respirações estáveis no início da CI em relação ao VPEF. **RESULTADOS:** Foram selecionadas 291 espirometrias que preencheram os critérios de inclusão, sendo 136 homens e 155 mulheres, a idade média foi 57,08±14,59 anos, o valor da CV média foi 2,86±0,90L (83,1% do previsto), e da CI média 1,99±0,67L (80,8% do previsto). Em relação a DCI: média foi 0,130±0,127L, a variação de 6,4%, porcentagem do previsto de 5,3%, a mediana foi 0,10L, o P90 foi 0,28L. O coeficiente de correlação entre a DCI e o VC foi 0,22. O coeficiente de correlação entre a DCI e o VM foi 0,19. O PERC90 da DCI para 64 exames com dificuldade de colaboração foi de 0,27L e em 227 colaborativos de 0,29L. A relação à gravidade do DVO, P90 da DCI e a % previsto da CV foram: leve com 0,29L/95,1%, moderado com 0,29L/76,9% e grave com 0,23L/62,7%. Em relação ao início da CI, Mínimo de Respirações Estáveis pré-manobra (NRE) e o VPEF com o valor da P90 da DCI:

Início das CI e VPEF	Total	NRE	P90 da DCI (L)
Qualquer	291	3	0,28
Qualquer	223	4	0,25
Uma delas no VPEF	169	3	0,23
Uma delas no VPEF	131	4	0,22
As duas no VPEF	44	3	0,21
As duas no VPEF	38	4	0,21

**CONCLUSÕES:** As variáveis que interferem no P90 da DCI foram o nº respirações estáveis pré-manobra e o início da CI no nível do VPEF. O valor sugerido para reprodutibilidade da DCI foi de 0,21L.

## POSTER 078

### SITUAÇÃO ATUAL DA PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO INSTITUTO DA CRIANÇA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO.

JULIANA MIGUITA SOUZA; SENDI VALENTIM WITTMANN; MARINA BUARQUE ALMEIDA; JOAQUIM CARLOS RODRIGUES.  
ICR, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Os testes de função pulmonar são exames de suma importância para diagnóstico, seguimento de tratamento de patologias pulmonares, indicação de transplante pulmonar, entre outros. A sua realização em crianças e adolescentes é um desafio, já que depende da colaboração do paciente e entendimento das manobras a serem realizadas sendo necessários equipe bem formada com profissionais capacitados e materiais adequados e adaptados para a faixa etária. **Objetivos:** Analisar os índices de sucesso das provas de função pulmonar das crianças e adolescentes acompanhadas no nosso serviço. **Metodologia:** Revisão retrospectiva dos laudos dos exames realizados no setor de função pulmonar do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas de São Paulo de julho a outubro de 2012. Foram analisadas as taxas de sucesso na realização dos exames, a idade e o sexo desses pacientes. Tanto a Espirometria, quanto a Pletismografia, foram realizadas em ambiente climatizado, com o paciente calmo, sentado, com clipe nasal, com tela de incentivo de apagar velas. Solicitamos suspender medicações no dia anterior a realização do exame, principalmente os broncodilatadores de longa ação e antihistamínicos. **Resultados:** Foram analisadas 368 provas de função pulmonar em crianças e adolescentes na faixa etária de 4 a 18 anos. A curva de distribuição das idades segue o padrão da normalidade, e o número de exames de pacientes do sexo masculino foi predominante 57,3% (211). O índice de sucesso foi de 88%, valores maiores que os encontrados na literatura internacional. A taxa de sucesso das manobras no sexo feminino foi estatisticamente significante maior do que no sexo masculino ( $p < 0,005$ ). Na análise do grupo que não conseguiu realizar o exame adequadamente, obtivemos uma média de idade de 10 anos, e uma mediana de 9 anos. Observando os grupos por faixas etárias as taxas de sucesso foram as seguintes: 78,3% no grupo de 4 a 8 anos, 90,5% no grupo de 9 a 13 anos e 91,3% no grupo de 14 a 18 anos com diferença estatisticamente significante entre os grupos ( $p = 0,007$ ). **Conclusão:** A compreensão dos desafios para a realização desse exame é de extrema importância na avaliação dos dados obtidos. Existe a necessidade de profissionais treinados para conduzir e ensinar as manobras espirométricas. Programas de incentivo foram criados para que através de animação gráfica crianças consigam realizar o exame satisfatoriamente. O ambiente deve ser acolhedor para que o paciente se sinta confortável na realização de cada manobra. Cada vez mais as provas de função pulmonar são usadas como método de rotina no diagnóstico e seguimento das patologias pulmonares na infância, por isso a necessidade do aprimoramento dos métodos para sua realização de maneira efetiva. Agradecimento à técnica do laboratório de Prova de Função Pulmonar Vanessa de Araújo Lopes

---

## TL 175

### TREINAMENTO COM TUBETE E BEXIGA: UMA MANEIRA SIMPLES E BARATA DE MELHORAR A PERFORMANCE NA ESPIROMETRIA.

PAULA CHAVES SAMPAIO; FREDERICO ARRABAL FERNANDES; JOAO MARCOS SALGE.  
HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Espirometria é um exame objetivo que contribui para diagnóstico e manejo clínico de doenças pulmonares. Assim como avaliação da espirometria, mais especificadamente VEF1%, e da Capacidade de difusão de CO (DLCO) serem dados necessários para avaliação pré-operatória de ressecções pulmonares. Cerca de 5% dos indivíduos submetidos ao teste de função pulmonar não conseguem realizar o exame com critérios mínimos para aceitabilidade. Dificuldades cognitivas, nível de entendimento, deformidades faciais ou alterações anatômicas como traqueostomia contribuem para o insucesso do exame. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho é apresentar um recurso de treinamento para habilitar os indivíduos a realizar as manobras da espirometria atingindo os critérios mínimos de aceitabilidade. **Métodos:** Foi desenvolvido um método de treinamento para praticar o esforço respiratório necessário para o exame e obter manobras com a qualidade para avaliação e laudo médico. O treinamento envolve um tubete de papelão de 7mm, uma bexiga de borracha (bexiga de festa), fita adesiva e um clip nasal. A metodologia do treinamento consiste em realizar 8 exercícios, 2 vezes ao dia por 5 a 7 dias e repetir a tentativa do exame após o treinamento. **Resultados:** Foi realizado o treinamento com alguns dos pacientes que não atingiram os critérios de aceitabilidade da espirometria corretamente de outubro de 2010 a abril de 2013. Tivemos 29 que aceitaram o treinamento. Destes, 10 não retornaram para tentativa após treinamento; 17 obtiveram sucesso na nova tentativa e dois relataram não terem conseguido realizar o treinamento de forma adequada durante a semana e não atingiram os critérios de aceitabilidade do exame. **Conclusão:** O uso do tubete com bexiga é uma metodologia barata e simples. O treinamento foi eficaz em aperfeiçoar a habilidade necessária para a realização correta da espirometria.

**POSTER 145**

**BRONQUIECTASIAS E SÍNDROME DE MOUNIER KUHN**

BRUNO LEÔNIO DE MORAES BERALDO<sup>1</sup>; CLAUDINEI LEONCIO BERALDO<sup>2</sup>; ANGELA HONDA<sup>3</sup>; SÉRGIO PONTES PRADO<sup>4</sup>; DANIELLE CRISTINE CAMPOS BEDIN<sup>5</sup>; LÍCIA CALDAS FIGUEIREDO<sup>6</sup>.

1,3,4,5,6. UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVAS, POUSO ALEGRE - MG - BRASIL.

N.M.S., 57 anos, casado, aposentado (trabalhou na indústria gráfica). Paciente refere quadro de tosse com expectoração amarelada, episódios de febre e hemoptise associado a dispnéia aos grandes esforços há 30 dias. Em 1982, foi diagnosticado como portador de bronquiectasias depois de pneumonias de repetição. Em 1987, realizou lobectomia de lobo superior direito. Fez acompanhamento até 2002 quando abandonou o tratamento. Como retornou alguns sintomas procurou novamente atendimento médico, sendo realizado nova TC de tórax que evidenciou diâmetro de traquéia e brônquios-fonte direito e esquerdo com calibre muito aumentado dando o diagnóstico de Síndrome de Mounier Kuhn. Paciente encaminhado ao ambulatório de Bronquiectasias para seguimento clínico. A Síndrome de Mounier-Kuhn, também conhecida como traqueobroncomegalia é caracterizada pelo aumento de calibre das vias aéreas centrais, com uma prevalência aproximada de 1% na população (subdiagnóstico?). A dilatação resulta da atrofia das fibras elásticas e da diminuição da espessura do músculo liso sendo que a partir da quarta ou quinta geração da árvore brônquica verifica-se uma transição abrupta para o calibre normal. Isso predispõe à herniações de mucosa e formação de divertículos entre os anéis cartilagueos devido à fragilidade do tecido músculo-membranoso. Bronquiectasias são comuns. Os limites são de 3 cm para diâmetro transverso da traquéia, e 2,4 cm e 2,3 cm para os diâmetros transversos dos brônquios principais direito e esquerdo, respectivamente. Mais frequente no sexo masculino e na raça negra, podendo ocorrer em qualquer idade (casos descritos dos 18 aos 76 anos); Maioria dos casos é idiopática, podendo surgir isolada ou ser secundária a outras doenças do tecido conjuntivo (cutis laxa, síndrome de Ehlers-Danlos ou de Marfan). Associação com anomalias da árvore traqueobrônquica: duplicação da traqueia distal, trifurcação traqueal e hipoplasia do brônquio lobar superior direito. O tratamento geralmente é de suporte, através de fisioterapia respiratória, visando a eliminação de secreções; Antibioticoterapia adequada durante as exacerbações; Vacinação anti-pneumocócica e anti-influenza e cessação do tabagismo. A utilização de próteses definitivas é reservada apenas em casos avançados selecionados (com o intuito de se evitar colapso expiratório), pois não existem indicações precisas.

**Referências:**

- 1 Breatnach E, Abbott GC, Fraser RG. Dimensions of the normal human trachea. AJR 1984;142:903-6.
- 2 Genta PR et al. A 26-yr-old male with recurrent respiratory infections. Eur Respir J. 2003;22(3):564-7
- 3 Fabrício Piccoli Fortuna; Síndrome de Mounier kuhn; J. bras. pneumol. vol.32 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2006
- 4 Himalstein MR, Gallagher JC. Tracheobronchomegaly. Ann Otol Rhinol Laryngol 1973; 82:223-7

**POSTER 146**

**CO-INFECÇÃO BACTERIANA NA INFLUENZA - RELATO DE CASO**

ITALO GIOVANNI BONATTO; CAMILA MELO DE OLIVEIRA COSTA; DANIELLE CRISTINE CAMPOS BEDIN; RAFAELA BOAVENTURA MARTINS; LÍCIA CALDAS FIGUEIREDO; SHEILA GONÇALVES; FERNANDO SANTELLA; PEDRO LEONARDO ALVES SPRINGER; ALDO AGRA DE ALBUQUERQUE NETO; MILTON RODRIGUES JUNIOR.

UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

A prevenção com vacinas, diagnóstico e tratamento precoces são medidas que reduzem a morbi-mortalidade da co-infecção bacteriana na influenza. **Relato do Caso:** feminina, 39 anos, branca, natural de São Paulo, recepcionista. **HPMA:** paciente com queixa de dor torácica a direita em pontada, de forte intensidade, contínua, que piorava com a respiração, irradiava para a região da axila e dorso, sem fatores de melhora, há 2 dias. Acompanhava tosse seca e "sensação febril". Houve piora da dor e desenvolveu falta de ar com mínimo esforço. **AP:** Asma, tabagismo 20 maços/ano. **EFG:** MEG, taquidispnéia, acianótica, afebril (37°C). **ACV:** BR taquicárdicas FC-124bpm, PA-112x66mmHg. **AR:** assimetria torácica (cifoescoliose+pectus scavatum), expansibilidade torácica diminuída, MV+, diminuído hemitórax direito e pectorilóquia + em base, f-32ciclos/min, SpO<sub>2</sub>-87%. **Abdome:** sp.MMI: s/edemas, s/TVP. **Exames:** Radiograma de tórax: consolidações bibasais com derrame pleural. **TC de tórax:** consolidações em lobo médio e língula, foco de pneumonia com necrose, vidro fosco em lobo superior esquerdo, parênquima pulmonar com atenuação em mosaico e derrame pleural à direita. Duas hemoculturas positivas para Streptococcus pneumoniae sensível a todos antibióticos testados, RT-PCR positivo para influenza A (H1N1). Após coleta de exames, tratamento precoce com beta-lactâmico + macrolídeos e Oseltamivir. **Diagnóstico:** PAC + síndrome respiratória aguda grave. **Evolução:** após 12h entrada no PS, piora do quadro clínico, TOT, VM e cuidados em UTI. Derrame pleural complicado por empiema (USG do tórax). Permaneceu internada por 2 meses. Recebeu alta para domicílio. **Discussão:** A Coinfecção bacteriana é a documentação de bacteremia ou qualquer pneumonia bacteriana presumível podendo existir culturas positivas ou não dentro de 72 horas de admissão em UTI. Nas pandemias de 1918 e 2009, a co-infecção bacteriana foi responsável por 18% a 34% dos casos UTI, sendo até 55% dos casos fatais. A patogênese se baseia na colonização da nasofaringe por bactérias patogênicas, fato que predispõe a co-infecção. O S.pneumoniae e S.aureus associam com o aumento do risco de internação em UTI ou morte. Influenza-like associado a doença do trato respiratório inferior, sinais ou sintomas sugestivos de pneumonia (tosse com dispnéia, taquipnéia, ou hipoxia) ou evidência de sepse, sugerem infecção pelo S. pneumoniae. A pneumonia necrotizante (derrame pleural, hemoptise, rápido início de SDRA, leucopenia), sepse grave, relacionam com S. aureus. Realizar radiograma de tórax, coloração de Gram e culturas de secreção traqueal, LBA, hemocultura, antígeno urinário para S. pneumoniae e RT-PCR. Tratamento antiviral precoce - oseltamivir iniciada dentro de 36 horas do início dos sintomas promove uma redução de 55% no desfecho primário. Antibioticoterapia empírica adequada o mais breve possível e na evidência de pneumonia necrotizante (S.aureus), sepse grave. Vacinas contra influenza e anti-pneumocócica devem ser utilizadas na prevenção.

## POSTER 147

### FIBROSE CÍSTICA ASSOCIADA À ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: A PROPÓSITO DE UM CASO

LETÍCIA MUNIZ PEREIRA; DORIVAL MANRIQUE DUARTE JUNIOR; JULIA CRISTINA DE SOUZA; MARIANA ORTEGA PEREZ; DANIELA DA SILVA PIMENTEL; MARTA ELIZABETH KALIL.  
PUCSP, SOROCABA - SP - BRASIL.

**Introdução:** A Fibrose Cística (FC) é uma doença de herança autossômica recessiva caracterizada pela mutação do gene Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator (CFTR), localizado no braço longo do cromossomo 7. A FC é uma importante causa de episódios frequentes de inflamação, impactação mucóide e obstrução brônquica, que podem levar a bronquiectasia, fibrose e insuficiência respiratória, assim como a Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA). Nesta entidade clínica o fungo *Aspergillus fumigatus* se comporta não como um agente infeccioso, mas sim como um alérgeno. **Objetivo:** Relatar caso clínico de um paciente portador do binômio Fibrose Cística e Aspergilose Broncopulmonar Alérgica e seus diagnósticos diferenciais, bem como mostrar a importância do diagnóstico precoce. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 25 anos, solteiro. Refere tosse e expectoração desde a infância, sempre tratado como alergia. Neste ano piorou, apresentando episódios recorrentes de tosse, expectoração abundante e espessa amarelo esverdeada, em grande quantidade, febre, expectoração com sangue e falta de ar intensa que prejudica para realizar atividades do dia a dia. Foi internado várias vezes com diagnóstico de Pneumonia, tendo sido tratado com antimicrobianos. Emagreceu 10 Kg em 4 meses. Nega história familiar de doenças pulmonares. Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Moradia apresenta paredes com aumento da umidade e manchas, sugerindo presença de mofo. Exame Físico: afebril, com baqueteamento digital, cianose, oximetria de pulso em repouso: SpO<sub>2</sub> 90% em ar ambiente. FR 20 ipm, Pressão Arterial 110X60 mmHg, FC 119 bpm. Ausculta pulmonar com presença de estertores de grossas bolhas nos terços médios e inferiores dos pulmões. Roncos e sibilos difusos. Ausculta do coração, exame do abdome e extremidades normais. RX: reforço da trama vasobrônquica com áreas sugestivas de bronquiectasias nas bases pulmonares. Tomografia Computadorizada do Tórax de Alta Resolução: bronquiectasias difusas e impactação mucóide. Fibrobroncoscopia com hiperemia brônquica e broncorréia purulenta. Pesquisa e cultura de BAAR e fungos no escarro e Lavado Brônquico negativos. Hemograma com eosinofilia de 6%, IgE total > 1000 UI, RAST *Aspergillus Fumigatus* – M3 – 11,70. Pesquisa de Sódio no suor por técnica da iontoforese 60 mg (Valor normal até 60 mg). Espermograma: Azoospermia. **Discussão:** Paciente jovem, com bronquiectasias, IgE elevada, eosinofilia importante, RAST positivo para *Aspergillus fumigatus* e azoospermia. Duas hipóteses diagnósticas foram aventadas: Síndrome de Young ou Fibrose Cística (FC) associada à Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA). Porém, ao realizarmos novo teste do suor, os valores do sódio mostraram-se acima de 60 mg, configurando FC. Atualmente o paciente encontra-se em tratamento clínico e inscrito para transplante de pulmão.

## POSTER 148

### H1N1 E CO-INFEÇÃO BACTERIANA: RELATO DE CASO

SÉRGIO PONTES PRADO; PAULA SILVA GOMES; LARISSA PRANDO CAU; GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; FLÁVIO VIEIRA DE FARIA; FÁBIO CHECCHIA FERREIRA; FLÁVIO GNECCO LASTEBASSE; MARIA INÊS DE ANDRÉ VALERY; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; RICARDO MILINAVICIUS.

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A co-infecção bacteriana é definida como a documentação de bacteremia ou qualquer pneumonia bacteriana presumível podendo existir culturas positivas ou não dentro de 72 horas de admissão em UTI, no contexto de infecção pelo influenza. O caso abaixo ilustra uma abordagem de um paciente atendido no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) e acompanhado pela pneumologia. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 27 anos, com história de dor torácica à esquerda e síndrome gripal há 5 dias, apresenta piora clínica importante em 24h. Encontrava-se taquidispneico, taquicárdico, com estertores crepitantes em base esquerda e sat 86% aa. Em exames de imagem apresentava consolidação em base esquerda com progressão extensa para derrame pleural volumoso em hemitórax esquerdo em intervalo de 4 dias. Laboratorialmente não possuía alterações significativas. Foi iniciado precocemente, desde a entrada, ceftriaxone, claritromicina e oseltamivir, além do isolamento respiratório. Como em 48h teve piora da dispnéia e manutenção da febre foi substituído a claritromicina por clindamicina. Posteriormente, após 48h da mudança, o paciente teve melhora importante do quadro clínico e radiológico. Mais tarde, próximo a alta hospitalar foi informado que o swab nasofaringe teve positividade para H1N1. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico de coinfecção deve ser considerada em indivíduos com uma doença gripal e sinais do trato respiratório inferior ou sintomas sugestivos de pneumonia, tais como tosse com dispnéia, taquipnéia, ou hipóxia ou com evidência de sepse. Entre os fatores de risco estão os extremos de idades, pacientes com doenças crônicas, imunodeprimidos, gestantes e obesos, entre outros. Na suspeita clínica a conduta ideal é a implementação precoce do oseltamivir e de antibioticoterapia de amplo espectro porque diminui a mortalidade. **CONCLUSÃO:** Sabe-se que um número importante de óbitos relaciona-se a não identificação da co-infecção. O caso acima trata de paciente com H1N1 e co-infecção bacteriana que evidencia a gravidade da doença e a necessidade da iniciação precoce de tratamento específico para diminuição da mortalidade.

## POSTER 149

### HEMOPTISE E CAVIDADE PULMONAR: RELATO DE UM CASO DE PARASITOSE

MARIA CECILIA NIEVES TEIXEIRA MAIORANO; GUILHERME ELER DE ALMEIDA; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SAMIA ZAHY RACHED; BRUNO GUEDES BALDI.  
FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Relato do caso:** Paciente de 25 anos, sexo masculino, procedente da Bolívia, há 3 meses com queixa de dispneia aos moderados esforços, tosse e hemoptise. Suspeita radiológica de tuberculose pulmonar tratada por 6 meses em outro serviço, sem comprovação microbiológica, com término há 1 mês. O exame físico era normal. Foi solicitado escarro com pesquisa e cultura de bacilo álcool-ácido resistente que resultou negativa. Realizou tomografia computadorizada de tórax que evidenciou formação cavitada com contornos regulares e parede espessa, apresentando conteúdo de partes moles em seu interior, formando o sinal do crescente, com opacidade em vidro fosco ao seu redor, localizada no segmento apical do lobo superior direito. O paciente foi encaminhado à broncoscopia, que não foi diagnóstica. Um mês após a realização da broncoscopia interna com queda do estado geral, intensificação da tosse e da expectoração e hemoptise. Foi tratado com antibioticoterapia endovenosa com melhora clínica. Foi feita a hipótese diagnóstica de aspergilose pulmonar semi-invasiva e o paciente recebeu alta com itraconazol. A sorologia para aspergillus resultou negativa. Após 6 meses do início do itraconazol apesar de melhora do estado geral, persistia com hemoptois e não houve melhora do aspecto radiológico da lesão. Foi indicada então lobectomia superior direita. O anatomopatológico foi compatível com cisto hidático. O paciente está recebendo albendazol e segue assintomático em acompanhamento ambulatorial. **Discussão e Conclusão:** A hidatidose é uma doença parasitária endêmica na região Mediterrânea, América do Sul, Austrália e Nova Zelândia, causada pelo *Echinococcus granulosus* e caracteriza-se pela presença de lesões císticas. A transmissão ocorre pela água ou alimentos contaminados ou pelo contato direto com cães. Cistos hidáticos pulmonares comumente são solitários, bem circunscritos e geralmente localizam-se nas bases. A doença afeta primariamente o fígado podendo o pulmão ser acometido por disseminação hematogênica, o que ocorre em 15 a 25% dos casos. A maioria dos cistos é adquirida na infância e o paciente pode permanecer assintomático por muitos anos. Crises de tosse, hemoptise e dor torácica são as manifestações mais comuns. Os cistos podem se romper levando à infecção bacteriana, uma séria complicação. A TC fornece os achados mais específicos e testes cutâneos, fixação do complemento e hemaglutinação direta podem ser utilizados para o diagnóstico. Esse caso é atípico pelo fato da lesão se localizar no lobo superior. O tratamento de escolha é cirúrgico e o tratamento medicamentoso com albendazol pode ser utilizado em casos inoperáveis ou após a cirurgia para evitar recorrência ou como adjuvante. É importante lembrar-se do cisto hidático como diagnóstico diferencial de lesões pulmonares com sinal do crescente, já que o tratamento cirúrgico previne complicações potencialmente graves.

## POSTER 150

### MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA CONGÊNITA PULMONAR EM ADULTO: RELATO DE CASO

GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; SÉRGIO PONTES PRADO; LARISSA PRANDO CAU; PAULA SILVA GOMES; FLÁVIO VIEIRA DE FARIA; FÁBIO CHECCHIA FERREIRA; MARIA INÊS DE ANDRÉ VALERY; RICARDO MILINAVICIUS; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO.

HOSPITAL DO SERVIDOR ESTADUAL, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** Malformação adenomatóide cística congênita primeiramente descrita como uma doença distinta ou entidade por Ch'in e Tang, em 1949. É considerada uma anormalidade hamartomatosa da árvore brônquica por alguns autores, ao passo que outros defendem como uma parada no desenvolvimento da árvore brônquica fetal com obstrução das vias aéreas. Foi classificada em três subtipos, em 1977 e expandiu-se em cinco tipos com um novo nome como malformação congênita das vias aéreas pulmonares por Stocker em 2002. 80% a 85% dos casos são reconhecidas nos dois primeiros anos de vida. Já apresentação adulta é rara. Em adultos envolvem lóbulos unilaterais do pulmão, e pode ser complicada por infecções bacterianas e abscessos pulmonares. Aqui descrevemos um relato de caso em adulto associado com abscesso pulmonar. **RELATO DE CASO:** JARP, 30 anos, mulher, refere queixa há 30 dias de dor torácica de forte intensidade, ventilatório dependente e com melhora parcial com analgésico e AINH. Procurou o PS 3x sem melhora. Nega tosse, emagrecimento, sudorese noturna ou febre. Sem história de tabagismo, asma, TB ou pneumonia.

**EXAME FÍSICO:** REG, corada, hidratada e eupneica. BRNF 2T S/SOPRO. MV diminuídos em 2/3 inf. de HTE. MMII s/edemas e panturrilhas livres. **EXAME LABORATORIAL:** HT 37 HB 12,5 LEUC. 14.900 (2-82-0-0-12-1) G 115 UR 18 CR 0,9 NA 138 K 4,0 FA 74 GGT 31 PT 7,3 A 3,6 TGP 26 TGO 13 BT 0,3 BD 0,1 PCR 6,3 ANTI-HIV: NÃO REAGENTE

FAN: NÃO REAGENTE / ANTI-DNA: < 1,0 FR: < 9,3

**EVOLUÇÃO:** Feito lobectomia E com punção da peça cirúrgica: Líquido purulento, citologia com leuc.13.520(N 88% e LM 12%), Gram e culturas neg. e ADA 104. **RESULTADO DA ANATOMIA PATOLÓGICA:**

- Espaços císticos múltiplos, revestidos por epitélio colunar ciliado ou caliciforme, contendo muco apical, por vezes preenchido por hemorragia recente.
- Processo inflamatório agudo e crônico rico em neutrófilos, plasmócitos e linfócitos.
- Granulos de hipersensibilidade ausentes.
- Pesquisa de fungos e baar negativos
- Não há evidências de malignidade no material examinado.

**DISCUSSÃO:** Com base no tamanho e número dos cistos, a malformação adenomatóide cística foi classificada em três grupos. A do nosso relato de caso foi do Tipo I -(70% dos casos) é caracterizado pelos cistos simples ou múltiplos de mais de 3 cm de diâmetro revestidas por epitélio colunar pseudo-estratificado ciliado, juntamente com as células mucosas que são consideradas potencialmente mutante de adenocarcinoma. Lesão tipo II- é composta de vários terminais bronquiolar, como cistos uniformes menores que 2 cm de diâmetro. Tipo III geralmente envolve todo um lobo pulmonar e tem uma aparência esponjosa. E, portanto a maioria dos autores recomenda a ressecção cirúrgica para confirmar o diagnóstico e diminuir o risco de infecção e transformação maligna.



## POSTER 151

### PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE POR LEGIONELLA SP : RELATO DE CASO

FÁBIO CHECCHIA FERREIRA; SÉRGIO PONTES PRADO; FLÁVIO VIEIRA DE FARIA; GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; LARISSA PRANDO CAU; PAULA SILVA GOMES; TALITA POLLO; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; FLÁVIO GNECCO LASTEBASSE; MARIA INÊS DE ANDRÉ VALERY.

*HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DO ESTADO DE SÃO PAULO(HSPE), SÃO PAULO - SP - BRASIL.*

**INTRODUÇÃO:** A doença dos legionários é uma patologia autolimitada semelhante à gripe, caracterizada por febre, cefaléia, mialgias e tosse não produtiva, estando, algumas vezes, relacionada com formas fatais de pneumonia. Existem mais de 40 espécies de Legionella, sendo a principal causadora de pneumonia a Legionella pneumophila. O caso abaixo ilustra uma abordagem de um paciente atendido no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) e acompanhado pela pneumologia. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 63 anos, tabagista (92 maços/ano), ex-etilista, com quadro clínico de febre, mialgia, urina alaranjada e astenia generalizada há 1 semana, evoluindo há 2 dias com dificuldade para deambular. Paciente apresentava-se na admissão em regular estado geral, corado, desidratado 2+/4+, taquipneico (FR:30ipm), Sat O<sub>2</sub>: 87%, PA 140x90mmHg, ausculta cardíaca com bulhas arritmicas (FC:160bpm) e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído à esquerda com estertores crepitantes. Exames laboratoriais demonstravam leucocitose discreta sem desvio (11390), creatinina de 1,7 mg/dl e ureia de 81mg/dl, cpk: 1019. Em exames de imagem foi constatada extensa área de consolidação e opacidades em vidro fosco no lobo inferior esquerdo e outros focos à direita. Foi introduzida associação de ceftriaxona e claritromicina e foi solicitado antígeno urinário para Legionella com resultado positivo. Paciente teve melhora clínica laboratorial e radiológica significativa evoluindo para alta hospitalar após 10 dias de antibióticoterapia. **DISCUSSÃO:** No Brasil, as pneumonias são a principal causa de morte entre as doenças respiratórias e ocupam o 4º lugar na mortalidade geral. Segundo a escassa literatura, a Legionella pode ser responsável por até 6% desses casos. Pacientes acima de 50 anos, fumantes, etilistas e imunodeprimidos são os mais acometidos. Os sistemas de distribuição de água quente e as torres de resfriamento dos equipamentos de ar condicionado são identificados como as principais fontes de infecção. **CONCLUSÃO:** Apesar da escassez de dados da literatura, estimam-se cerca de 6 mil óbitos/ano no Brasil por Legionella no Brasil segundo Ishida et al.(1998) e Rocha (1998). Portanto deve ser considerada no diagnóstico e tratamento das pneumonias já que as ferramentas diagnósticas estão disponíveis para diminuir a morbidade e mortalidade dessa patologia.

## POSTER 152

### RELATO DE CASO: INFECÇÃO PULMONAR POR MYCOBACTERIUM SIMIAE

GUILHERME ELER DE ALMEIDA; MARIA CECILIA NIEVES TEIXEIRA MAIORANO; MARIANA SPONHOLZ ARAUJO; SAMIA ZAHY RACHED; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; FREDERICO ARRABAL FERNANDES; REGINA CARVALHO PINTO; RAFAEL STELMACH; ALBERTO CUKIER.

*HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.*

**Introdução:** O Mycobacterium simiae faz parte do grupo das Micobactérias não tuberculosas de crescimento lento potencialmente patogênicas ao ser humano. Em geral é considerado um colonizante, causando doença clínica com necessidade de tratamento em aproximadamente 8-21% dos pacientes. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 65 anos, encaminhado à Pneumologia do Hospital das Clínicas de São Paulo em 2011 para avaliação de Bronquiectasias. Antecedente de tratamento para Mycobacterium avium por 18 meses com Rifampicina, Isoniazida, Claritromicina e Etambutol, de 2004 à 2005, sem evidência de microrganismos em escarros de controle. Após o término do tratamento manteve uso contínuo de Azitromicina 500 mg/dia 3 vezes por semana. Ex-tabagista (< 5 anos-maço), sem outros antecedentes ou exposições relevantes. Referia apenas tosse pouco produtiva. Negava febre, dispnéia, emagrecimento ou sudorese noturna. Exame físico inalterado. Optado pela suspensão do macrolídeo pelo perfil não exacerbador e foram solicitados novos escarros de vigilância. Houve BAAR positivo e cultura com crescimento de Mycobacterium simiae em seis amostras distintas. O paciente notou aumento de expectoração e perda ponderal de 5 kg em 3 meses. A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) mostrou micronódulos centrolobulares não calcificados, alguns coalescentes, com imagens de árvore em brotamento periféricas, linfonodomegalia mediastinal (1,1cm), bronquiectasias cilíndricas com predomínio em lobo médio e língula e além de algumas esparsas em lobos inferiores, inexistentes em TCAR prévia. Pela piora clínica, tomográfica e evidência inequívoca do M. simiae em várias amostras, foi considerada a presença de doença causada pela micobactéria e iniciado tratamento com Claritromicina e Levofloxacina. Após um ano de tratamento, o paciente apresentava-se assintomático, e com redução significativa de micronódulos e imagens de árvore em brotamento na TCAR.

**Discussão:** O Mycobacterium simiae raramente causa doença clinicamente significativa que demande tratamento. Entretanto, o aparecimento de doença relacionada a esse microrganismo é mais frequente em indivíduos imunocomprometidos (ex. HIV), ou portadores de doença estrutural pulmonar (ex. DPOC, bronquiectasias) e, portanto, um escarro positivo nessa população deve demandar investigação. Geralmente a susceptibilidade aos medicamentos in vitro tem pouca correspondência à resposta clínica. Não há tratamento padrão estabelecido, porém a recomendação atual é de se utilizar a associação de Claritromicina e Quinolona, com a possibilidade de adição de uma ou mais drogas. No presente relato foi utilizado tratamento com Levofloxacina e Claritromicina com resposta satisfatória.

## POSTER 153

### RELATO DE UM CASO DE ASPERGILOSE CAVITÁRIA CRÔNICA E ACTINOMICOSE PULMONAR

MARIA CECILIA NIEVES TEIXEIRA MAIORANO; GUILHERME ELER DE ALMEIDA; SAMIA ZAHY RACHED; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; FREDERICO ARRABAL FERNANDES; REGINA CARVALHO PINTO; RAFAEL STELMACH; ALBERTO CUKIER. FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**Introdução:** A actinomicose é uma infecção crônica e rara, causada pelo *Actinomyces* spp. – um bacilo Gram-Positivo anaeróbio facultativo, em geral associado à aspiração de secreções digestivas ou de orofaringe, especialmente quando dentes em mal estado de conservação. A coinfeção com o *Aspergillus* é incomum, com poucos casos descritos na literatura. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 52 anos, com quadro recorrente de hemoptise há 10 anos. Negava sintomas constitucionais, respiratórios ou antecedente de tuberculose. Ex-tabagista há 20 anos, carga tabágica de 17 anos-maço. Ao exame físico, dentes em mau estado de conservação sem outras alterações relevantes. A tomografia computadorizada de tórax revelou nódulo não calcificado em lobo médio com 0,6cm, consolidação em lobo médio e inferior e alguns brônquios dilatados e com parede espessa em lobo médio e lobo inferior direito. Realizada broncoscopia que evidenciou lesão vegetante em subsegmento do brônquio do lobo médio, com sangramento espontâneo. Realizada biópsia dessa lesão, cujo anatomopatológico mostrou processo inflamatório crônico ativo intenso e microorganismos com caracteres de *Actinomyces* sp. Iniciado tratamento com Amoxicilina+Clavulanato e uma semana após apresentou novo episódio de hemoptise de aproximadamente 700ml. Realizada nova broncoscopia e tentativa de hemostasia, sem sucesso. Optou-se por embolização de artéria brônquica. Duas semanas após o procedimento houve novo episódio de sangramento e o paciente foi submetido à lobectomia média e segmentectomia superior do lobo inferior direito, cujo anatomopatológico confirmou a actinomicose. Três meses após a ressecção, houve melhora da hemoptise, porém passou a referir tosse com expectoração amarelada e hemoptoicos. Nessa ocasião a TC mostrou lesão cavitada em lobo inferior direito com micronódulos de perimeio e opacidades em vidro fosco e lesões em árvore em brotamento contralaterais sugerindo disseminação endobrônquica. Solicitada nova broncoscopia com biópsia transbrônquica, que revelou infestação fúngica com caracteres de *Aspergillus* sp. O paciente segue em tratamento clínico com Amoxicilina+Clavulanato e Itraconazol com boa resposta clínica e radiológica. **Discussão:** O caso em questão, como a maioria dos casos da literatura, apresentou-se radiologicamente como consolidação, nódulo e hemoptise. Em geral a actinomicose apresenta boa resposta aos antimicrobianos, os quais devem ser mantidos por 6-12 meses. Nesse caso optou-se pela ressecção cirúrgica pela hemoptise refratária à embolização. No seguimento, encontrada Aspergilose cavitária crônica concomitante, coinfeção rara na literatura.

## TL 183

### RESPOSTA A TERAPÊUTICA INALATÓRIA COM SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA EM PORTADORA DE SÍNDROME DE KARTAGENER - RELATO DE CASO

JAMYLLLO SALES BRITO; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

**Introdução:** A Discinesia ciliar primária (DCP) que é uma doença rara caracterizada por anormalidades no sistema ciliar. Uma alteração genética autossômica recessiva leva a estruturação imprópria e desorganizada dos cílios com prejuízo acentuado do clearance mucociliar, ocasionando bronquiectasias, supuração crônica, sinusopatia e infertilidade. Quando a DCP ocorre em conjunto com situs inversus totalis, denomina-se síndrome de Kartagener. A terapêutica inalatória com solução salina hipertônica (SSH) favorece a mobilização de secreção em via aérea inferior, assim com possível benefício em portadores de bronquiectasias hipersecretivas.

**Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 28 anos, história de tosse crônica com expectoração mucopurulenta de início há 10 anos, associada a sintomas nasais diários, baixa tolerância ao exercício com episódios frequentes de dispnéia, sibilância e diversas exacerbações infecciosas nos últimos 2 anos. Investigação complementar demonstrou IgE sérica normal, pesquisa de BAAR e autoanticorpos negativas, padrão restritivo acentuado na espirometria e avaliação tomográfica com situs inversus totalis, extensas bronquiectasias císticas bilaterais predominando em lobos inferiores, além de sinusopatia difusa. Recebeu tratamento inicial a base de broncodilatador, corticosteróide nasal e inalatório, fisioterapia respiratória e posteriormente com macrolídeo por colonização bacteriana associada a exacerbações frequentes. Houve evolução favorável com boa tolerância ao macrolídeo, melhora acentuada da tosse e estabilização da função pulmonar sem novas exacerbações no ano subsequente, porém com persistência de grande quantidade de expectoração amarelada, além de extensas áreas de impactione mucóide predominantemente em campos posteriores. Optou-se pelo início do tratamento com terapia inalatória com SSH a 7% 2x/dia com rápida melhora subjetiva da quantidade e purulência da secreção logo no primeiro mês do tratamento. TC de tórax realizada após 3 meses demonstrou melhora parcial das imagens hiperatenuantes no interior das bronquiectasias de maior calibre, porém sem alteração significativa do comprometimento em pequenas vias aéreas. **Discussão:** A DCP é uma condição desafiante, pois costuma acometer pacientes jovens com impacto negativo na qualidade de vida especialmente pela tosse e supuração crônica. O prognóstico das formas mais avançadas é reservado, pois não há tratamento etiológico específico. O acúmulo de secreção na luz brônquica perpetua um processo patogênico que ocasiona dilatação e prejuízo funcional desta estrutura. Neste aspecto, tratamento inalatório com SSH promove a redução da secreção e sua maior mobilização da via aérea inferior com possível benefício no controle da tosse, supuração crônica e melhora da qualidade de vida. **Conclusões:** A SSH inalatória é um opção terapêutica com resultados promissores que ainda necessita de melhor validação no tratamento de bronquiectasia com possível benefício em casos selecionados.

## POSTER 154

### DETERMINAÇÃO DA INTERAÇÃO DE MICRORGANISMOS EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA PELA FERRAMENTA MULTIFACTOR DEMENSIONALITY REDUCTION

FERNANNO AUGUSTO DE LIMA MARSON; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução:** A fibrose cística (FC) apresenta como principal causa de morbidade e mortalidade a doença pulmonar obstrutiva crônica. Pacientes com FC inicialmente apresentam um processo inflamatório pulmonar, e a posterior, colonização/infecção pulmonar crônica por diferentes microrganismos patogênicos oportunistas que acarretam na redução da função pulmonar, expectativa e qualidade de vida, e entender a complexo microbiota pulmonar, e sua associação com a clínica dos pacientes se torna importante. **Objetivo:** Avaliar a interação das bactérias *P. aeruginosa* mucóide (PAM) e não mucóide (PANM), *Staphylococcus aureus* (SA), *Burkholderia cepacia* (BC) e *Achromobacter xylosoxidans* (AX), levando em consideração a identificação de mutações no gene CFTR, por meio de uma ferramenta de bioinformática. **Método:** A identificação bacteriana foi realizada pelo Laboratório de Patologia Clínica. Os dados clínicos foram levantados por meio da análise dos prontuários e entrevistas com os responsáveis. Marcadores clínicos avaliados: sexo, escores clínicos [Shwachman-Kulczycki, Kanga e Bhalla], índice de massa corpórea, idade do paciente, idade ao diagnóstico, primeiros sintomas pulmonares, SpO<sub>2</sub>, espirometria (CVF%, VEF<sub>1</sub>%, VEF<sub>1</sub>/CVF, FEF<sub>25-75</sub>% e comorbidades (polipose nasal, insuficiência pancreática, íleo meconial, osteoporose e diabetes mellitus). A análise estatística foi realizada pelos softwares MDR versão 2.0 (Multifactor Dimensionality Reduction) e MDRPT versão 0.4.7 (MDR Permutation Test). Os dados numéricos foram classificados em dois grupos pela mediana e os categóricos em presença ou ausência (comorbidades). **Resultados:** O escore de Bhalla foi associado com a interação entre PAM, PANM, SA e o genótipo do gene CFTR (p=0,0000 - 0,0001), e o de Shwachman-Kulczycki com a PAM, PANM, AX, BC e o genótipo CFTR (0,0500 - 0,0510). Na espirometria a CVF% foi associada com a PAM e o AX (p= 0,0340), o VEF<sub>1</sub>/CVF e o FEF<sub>25-75</sub>% com PAM, e a PANM (p=0,0040 - 0,0050; p=0,0030 - 0,0040, respectivamente) e o VEF<sub>1</sub>% com PANM, PAM e a BC (p=0,0010 - 0,0020). O tempo de diagnóstico foi associado com a presença das bactérias PAM, PANM, AX, SA, BC e com o genótipo CFTR (p=0,0000 - 0,0001), enquanto a idade do paciente com PANM e o genótipo CFTR (p=0,0380 - 0,0390), e a primeira manifestação clínica com BC e com o genótipo CFTR (p=0,0000 - 0,0010). A influência de múltiplos fatores associados com a gravidade é de significativa importância para o entendimento da fisiopatologia de doenças com expressão fenotípica complexa. Na FC, um dos fatores associados à gravidade é a presença de bactérias colonizando o parênquima pulmonar, porém pouco se sabe sobre a atuação conjunta de diferentes microrganismos na gravidade, e o fator de interação entre eles não é ainda relatado na literatura. **Conclusão:** A interação bacteriana está diretamente relacionada com a gravidade do quadro clínico pulmonar em nossa amostra de pacientes com FC.

## POSTER 155

### EMBOLIA SÉPTICA PULMONAR EM ADOLESCENTE

PAULO JOSÉ MARQUES DE SOUSA JÚNIOR<sup>1</sup>; MARÍLIA DENISE SARAIVA BARBOSA<sup>2</sup>; JULIO CAVALCANTI OLIVEIRA<sup>3</sup>; FERNANDA LUCIA SOUSA LEITE MORAIS<sup>4</sup>; CRISNIA MADEIRO LUCENA<sup>5</sup>; ANA CECÍLIA MAIA<sup>6</sup>; JOSÉ DIEGO PEDROSA ARAÚJO SILVA<sup>7</sup>; ANA LUCIA GOMES ALVINO<sup>8</sup>; LOUISE NATHALIE QUEIROGA FONTES MARQUES<sup>9</sup>; ROGER AZEVEDO COSTA<sup>10</sup>.

1,2,3,4,5,6,7,8,9.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAIBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; 10.UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

A embolia séptica pulmonar (ESP), um tipo de embolia pulmonar não trombótica, tem como causa subjacente a presença de flebite séptica (aglomerado de material purulento e trombos de fibrina) no local primário de infecção. É uma doença grave e rara que se caracteriza por apresentar infiltrados pulmonares bilaterais associados com foco infeccioso extrapulmonar. Está associada principalmente a endocardite, tromboflebite pélvica, acesso vascular, osteomielite, artrite séptica ou piomiosite. A epidemiologia dessa patologia vem mudando nos últimos anos. Apresentamos um caso de um paciente de 15 anos que procurou atendimento por uma lesão localizada no pé esquerdo, febre e dispneia há 12 dias. A radiografia do pulmão revelou infiltrados alveolares difusos em todo o pulmão esquerdo e em base de pulmão direito. O paciente recebeu antibioticoterapia dirigida com sucesso terapêutico.

## POSTER 156

### POLIMORFISMOS DE REPETIÇÃO EM TANDEM NO GENE NOS-1 E 894G>T NO GENE NOS-3 PODEM INFLUENCIAR NA GRAVIDADE DA FIBROSE CÍSTICA?

FERNANNO AUGUSTO DE LIMA MARSON; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução:** A fibrose cística (FC) apresenta variabilidade clínica associada a mutações no gene CFTR, fatores ambientais e genes modificadores, incluindo genes associados à síntese do óxido nítrico (fator antimicrobiano), que é liberado pela conversão da L-arginina em L-citrulina, que é catalisado pela enzimas óxido nítrico sintetases, transcritas pelos genes da família NOS. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi comparar a gravidade da FC com polimorfismos de repetição em tandem, em regiões intrônicas do gene NOS-1 (AAT, TG1 e TG2) e o polimorfismo -894G>T no NOS-3 considerando as mutações no gene CFTR por meio de uma ferramenta de bioinformática, considerando a interação dos fatores genéticos em relação as variáveis clínicas da FC. Foram incluídos 180 pacientes com FC. A PCR para o gene NOS-1 foi realizada com iniciadores marcados com fluorescência FAM para análise no MegaBace1000® e para o NOS-3 por RFLP. **Marcadores clínicos:** sexo, escores [Shwachman-Kulczycki, Kanga e Bhalla (EB)], índice de massa corpórea, idade, idade ao diagnóstico, primeiros sintomas (digestivo e pulmonar), 1ª colonização pela *Pseudomonas aeruginosa*, colonização por microrganismos [*P. aeruginosa* mucóide e não-mucóide, *Achromobacter xylosoxidans* (AX), *Staphylococcus aureus*, *Burkholderia cepacia* (BC)], SpO<sub>2</sub>, espirometria (CVF%, VEF<sub>1</sub>%, VEF<sub>1</sub>/CVF, FEF<sub>25-75</sub>% ) e comorbidades (polipose nasal, insuficiência pancreática, íleo meconial, osteoporose e diabetes mellitus). **Análise estatística:** Exato de Fisher, Mann-Whitney. A interação gênica foi analisada pelos softwares MDR versão 2.0 (Multifactor Dimensionality Reduction) e MDRPT versão 0.4.7 (MDR Permutation Test). Para a análise de interação gênica, os dados numéricos foram classificados em dois grupos pela mediana e os categóricos em presença ou ausência (comorbidades e bactérias). **Resultados:** Polimorfismo AAT= menor número de repetições para o alelo 1 (d<sup>n</sup>10) associado com menor FEF<sub>25-75</sub>% (p= 0,027) e frequência do AX (p= 0,044). Menor número de repetições (d<sup>n</sup>13) no alelo 2 associado com maior frequência do íleo meconial (p= 0,045). Polimorfismo TG1= menor número de repetições para o alelo 1 (d<sup>n</sup>17) associou-se com menor VEF<sub>1</sub>% (p= 0,045), início tardio da doença pulmonar (p= 0,036) e maior frequência de osteoporose (p= 0,019). TG2= menor número de repetições no alelo 2 (d<sup>n</sup>30) associado com menor frequência do diabetes mellitus (p= 0,01) e da BC (p= 0,026) e maior VEF<sub>1</sub>/CVF (p= 0,05). O alelo T para o polimorfismo 894G>T foi associado ao início precoce da doença pulmonar (p= 0,042). Houve interação gênica entre o polimorfismo TG1 e TG2 no gene NOS-1 (para os alelos de menor repetição), com mutações no CFTR, e o EB, que mede o grau de comprometimento da estrutura broncopulmonar (p= 0,0328), sendo importante marcador da doença pulmonar inicial, por ser um escore tomográfico. **Conclusão:** Polimorfismos no gene NOS-1 e NOS-3 influenciam na gravidade da FC.

## POSTER 157

### RELATO DE CASO: PSEUDOHIPALDOSTERONISMO TIPO 1 COM MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS SEMELHANTES À FIBROSE CÍSTICA.

JULIANA MIGUITA SOUZA; PATRICIA FUKUI; FABIOLA VILLAC ADDE; CLEYDE MYRIAN AVERSA NAKAIE; JOAQUIM CARLOS RODRIGUES.

ICR, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Desnutrição, distúrbios hidroeletrólíticos, pneumopatia crônica e alteração do cloro no suor são altamente sugestivos de Fibrose Cística (FC), porém, outros diagnósticos diferenciais devem ser considerados. A seguir, relata-se o caso de uma paciente com diagnóstico de Pseudohipoaldosteronismo tipo 1 (PHA1), com quadro clínico sugestivo de FC e exame de cloro no suor alterado.

**Relato de caso:** KMBV, 5 anos, pais consanguíneos, irmã falecida com 4 meses por acidose tubular renal tipo IV. A paciente foi internada com 7 dias de vida por sepse tardia, quando se evidenciou hiponatremia e hipercalemia, com níveis aumentados de renina e aldosterona, fechando o diagnóstico do PHA1. Aos 2 anos, foi realizada pesquisa genética com detecção de mutação no gene SCNN localizado no cromossomo 16p, correspondente à provável herança autossômica recessiva do PHA1. Durante esses 5 anos apresentou diversas internações por crises de sibilância grave e pneumonias, com pouca resposta à terapêutica com corticóide inalatório, broncodilatador de longa duração e antileucotrieno. A tomografia de tórax mostrou brônquios espessados e impactados, atelectasias esparsas e aprisionamento aéreo. Na investigação laboratorial apresentava: 4 dosagens de cloro no suor alteradas (137,167,147 e 151 mmol/L), cultura da orofaringe sem bactérias patogênicas, ausência de gordura nas fezes, imunoglobulinas normais e PPD negativo. Não foi possível, até o momento, realizar a pesquisa das mutações no gene CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator), exame primordial nesse caso, porém atribuímos os sintomas respiratórios ao PHA1 e consideramos os cloros no suor como falso-positivos.

O Pseudohipoaldosteronismo (PHA) tipo 1 faz parte do diagnóstico diferencial com a Fibrose Cística (FC), já que ambos apresentam cloro no suor alterado e este é o exame principal para o diagnóstico da FC. O PHA1 é uma síndrome genética que cursa com 2 formas, uma autossômica dominante e uma recessiva. Na forma autossômica recessiva, a mutação causa uma alteração na função do canal epitelial de sódio (ENaC) em múltiplos órgãos como os rins, o pulmão, intestinos, glândulas salivares e sudoríparas, levando a diversas manifestações clínicas e distúrbios hidroeletrólíticos, principalmente do sódio. No PHA1 ocorre um aumento do volume do fluido respiratório, que gera sintomas respiratórios crônicos, tanto por alteração do transporte iônico na superfície respiratória, quanto por diminuição do transporte mucociliar, comportando-se como uma doença pulmonar supurativa e podendo apresentar alterações radiográficas semelhantes à FC. A pesquisa de mutações do gene CFTR é fundamental para afastar a FC com segurança, porém, como nesse paciente encontrou-se a mutação no gene SCNN, o que é patognômico de PHA1 e não há outros indícios de FC (insuficiência pancreática, *Pseudomonas aeruginosa* nas vias aéreas, sinusopatia crônica), atribuímos as manifestações pulmonares da paciente à síndrome clínica da PHA1.

## TL 185

### STAPHYLOCOCCUS AUREUS E PSEUDOMONAS AERUGINOSA NA FIBROSE CÍSTICA, ANTAGONISTAS?

FERNANANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

**Introdução:** A principal causa de morbidade e mortalidade na fibrose cística (FC) é a doença pulmonar causada pelo processo inflamatório inicial, e posterior, colonização/infecção por agentes oportunistas, dentre eles o *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*. O papel da *P. aeruginosa* na FC é claro, porém sua associação com o *S. aureus* ainda não é bem esclarecida. **Objetivo:** Verificar a associação de marcadores de gravidade clínica em pacientes com FC com diferentes grupos de pacientes, levando em consideração a presença do *S. aureus* e da *P. aeruginosa*. **Método:** Foram incluídos 180 pacientes com FC. A identificação bacteriana foi realizada pelo Laboratório de Patologia Clínica. **Marcadores clínicos:** sexo, escores [Shwachman-Kulczycki, Kanga e Bhalla], índice de massa corpórea, idade, idade ao diagnóstico, primeiros sintomas (digestivo e pulmonar), 1ª colonização pela *Pseudomonas aeruginosa*, colonização por microrganismos, saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>), espirometria (CVF%, VEF<sub>1</sub>%, VEF<sub>1</sub>/CVF, FEF<sub>25-75</sub>% e comorbidades (polipose nasal, insuficiência pancreática, íleo meconial, osteoporose e diabetes mellitus). Os pacientes foram divididos em 4 grupos: (a) sem bactérias; (b) apenas *S. aureus*; (c) apenas *P. aeruginosa*; (d) ambas as bactérias. A análise estatística foi realizada pelos testes  $\chi^2$  e Kruskal-Wallis, com comparação para múltiplos grupos. **Resultado:** No grupo A, sem considerar as mutações no gene CFTR, houve início tardio dos sintomas clínicos pulmonares (OR=0,12; IC=0,018-0,503), diagnóstico em maior idade (OR=0,062; IC=0,003-0,372) e fator de proteção para a insuficiência pancreática (OR=0,011; IC=0,030-0,326). Na prova de função pulmonar e análise de escores, sem considerar as mutações no gene CFTR, pacientes do grupo b tiveram maior SpO<sub>2</sub> que o grupo 3 e 4, e menor escore de Bhalla em comparação aos grupos 3 e 4. Para o escore de Shwachman-Kulczycki, o grupo 3 apresentou menores valores, demonstrando maior gravidade que os demais pacientes. Para as variáveis espirométricas (CVF%, VEF<sub>1</sub>%, VEF<sub>1</sub>/CVF e FEF<sub>25-75</sub>%) houve menores valores nos pacientes dos grupos 3 e 4, quando comparados aos grupos 1 e 2, sendo nesse contexto, a presença da *P. aeruginosa* associada a redução dos valores da espirometria. Quando consideramos as mutações no gene CFTR (desconsiderando o grupo 1 pelo baixo número de pacientes – apenas 1), pacientes do grupo 3 apresentaram pior CVF%, VEF<sub>1</sub>% e FEF<sub>25-75</sub>%, já o VEF<sub>1</sub>/CVF foi maior no grupo 2. **Conclusão:** Pacientes sem bactérias apresentam melhor clínica que os demais na FC, e na resposta da função pulmonar ocorre a competição entre a *P. aeruginosa* e o *S. aureus*, sendo a resposta diferenciada no grupo de pacientes com a presença de *P. aeruginosa*.

**POSTER 158****A BRONQUIECTASIA NÃO FIBROCÍSTICA ESTÁ ASSOCIADA A MANIFESTAÇÕES EXTRA-PULMONARES?**

CARINA SILVEIRA MARIANO NUNES<sup>1</sup>; REJANE AGNELO DE CASTRO<sup>2</sup>; ANDERSON ALVES DE CAMARGO<sup>3</sup>; JACQUELINE CRISTINA BOLDORINI<sup>4</sup>; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO<sup>5</sup>; SAMIA ZAHY RACHED<sup>6</sup>; ALBERTO CUKIER<sup>7</sup>; CELSO RICARDO FERNANDES DE CARVALHO<sup>8</sup>; RAFAEL STELMACH<sup>9</sup>; SIMONE DAL CORSO<sup>10</sup>.

1,3,10. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE NOVE DE LHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 5,6,7,8,9. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Embora a bronquiectasia não fibrocística (BCQ-nFC) seja uma doença crônica e debilitante, os seus efeitos extra-pulmonares são escassamente descritos na literatura. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da BCQ-nFC na capacidade de exercício, força muscular periférica, atividade física na vida diária (AFVD) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). **Métodos:** Oitenta pacientes com BCQ-nFC (50 mulheres, 44 ± 14 anos, índice de massa magra (IMM): 17 ± 2 kg/m<sup>2</sup>) e 30 indivíduos saudáveis (18 mulheres, 44 ± 15 anos, IMM : 17 ± 2 kg/m<sup>2</sup>) foram avaliados. Os indivíduos realizaram contração voluntária máxima isométrica do quadríceps femoral (CVMI-QF), shuttle teste incremental (STI) e o teste de exercício cardiopulmonar máximo. A AFVD foi avaliada pelo número de passos obtido por pedômetro (Yamax®, modelo PW-610, Tokyo, Japan) utilizado por três dias consecutivos. A dispneia foi avaliada pela escala Medical Research Council (MRC) e a QVRS pelo questionário Short-Form 36. **Resultados:** Comparado com o grupo controle, os indivíduos com BCQ-nFC apresentaram redução da capacidade aeróbia (VO<sub>2</sub>: 81 ± 15 vs 63 ± 13% previsto, p <0,001), capacidade funcional (distância STI: 73 ± 15 vs 52 ± 13% previsto, p <0,001), e CVMI-QF (26 ± 11 kg vs 22 ± 10 kg, p=0,046). A AFVD observada nos pacientes com BCQ-nFC foi menor comparada ao grupo controle (9.526 ± 5.843 passos/dia vs 12.009 ± 6.031 passos/dia, respectivamente; p=0,052). A QVRS foi pior na maioria dos domínios (estatisticamente significante), com exceção dos domínios dor e saúde mental.

**Conclusão:** A BCQ-nFC determina manifestações extra-pulmonares caracterizadas pela redução da capacidade de exercício, força muscular periférica e AFVD, além de prejuízo da QVRS.

**POSTER 159****AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FUNCIONAIS DIFEREM ENTRE OS PACIENTES COM BRONQUIECTASIA NÃO FIBROCÍSTICA QUE SÃO FÍSICAMENTE E NÃO FÍSICAMENTE ATIVOS?**

RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO<sup>1</sup>; SAMIA ZAHY RACHED<sup>2</sup>; ANDERSON ALVES DE CAMARGO<sup>3</sup>; TATIANE SOARES AMARAL<sup>4</sup>; FERNANDA DE CORDOBA LANZA<sup>5</sup>; LUCIANA MALOSÁ SAMPAIO<sup>6</sup>; ALBERTO CUKIER<sup>7</sup>; REGINA CARVALHO PINTO<sup>8</sup>; RAFAEL STELMACH<sup>9</sup>; SIMONE DAL CORSO<sup>10</sup>.

1,2,7,8,9. HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3,4,5,6,10. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Há um interesse crescente na avaliação da atividade física na vida diária (AFVD) em doenças pulmonares crônicas. No entanto, a AFVD nunca foi estudada em adultos com bronquiectasia não fibrocística (BCQ-nFC). **Objetivo:** Comparar as características funcionais e clínicas entre pacientes fisicamente ativos (FA e" 7500 passos/dia) e não fisicamente ativos (nFA < 7.500 passos/dia) com BCQ-nFC. **Métodos:** Oitenta pacientes (50 mulheres) foram avaliados. A AFVD foi avaliada por pedômetro (Yamax®, PW-610 modelo, Tóquio, Japão), sendo registrado o número de passos. Os indivíduos realizaram espirometria, shuttle teste incremental (STI), bioimpedância elétrica para obtenção do índice de massa magra (IMM) e teste de exercício cardiopulmonar máximo em cicloergometro. A dispneia foi avaliada pela escala Medical Research Council (MRC) e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) pelo questionário St. George (SG).

**Resultados:** Ver Tabela 1.

**Tabela 1 - Comparação e características entre a FA e nFA.**

	FA (n=49)	nFA (n=31)
AFVD (passos/dia)	12.863 ± 4,959	4.252 ± 1.901*
Idade (anos)	43±15	46±14
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	24,9±5,8	25,1±5,7
IMM (kg/m <sup>2</sup> )	16,7±1,9	6,6±1,9
MRC	2,1±1,0	3,5±1,4*
STI (m)	514±152	378±130*
Carga (watts, %previsto)	72±19	52±24*
VO <sub>2</sub> pico (% previsto)	64±13,6	59,5±9,5
SG - sintomas	50±22	75±67*
SG - impacto	43±23	55±25*
SG - atividade	56±25	73±20*
SG - total	48±19	64±20*

**Conclusão:** Os indivíduos nFA com BCQ-nFC têm níveis mais elevados de dispneia e pior função pulmonar, capacidade funcional e QVRS em relação aos FA.

## POSTER 160

### RESPOSTAS FISIOLÓGICAS AO TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS E SHUTTLE TESTE INCREMENTAL EM ADULTOS COM BRONQUIECTASIA NÃO FIBROCÍSTICA

JACQUELINE CRISTINA BOLDORINI<sup>1</sup>; ANDERSON ALVES DE CAMARGO<sup>2</sup>; SAMIA ZAHY RACHED<sup>3</sup>; REJANE AGNELO DE CASTRO<sup>4</sup>; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO<sup>5</sup>; CARINA SILVEIRA MARIANO NUNES<sup>6</sup>; ALBERTO CUKIER<sup>7</sup>; CELSO RICARDO FERNANDES DE CARVALHO<sup>8</sup>; RAFAEL STELMACH<sup>9</sup>; SIMONE DAL CORSO<sup>10</sup>.

1,6,10.UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2.UNIVERSIDADE NOVE DE LHO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3,5,7,8,9.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4.UNIVERSIDADE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** Que seja do nosso conhecimento, não há estudos anteriores sobre as adaptações fisiológicas durante testes de caminhada em adultos com bronquiectasia não fibrose cística (BCQ-nFC). **Objetivo:** Comparar as respostas metabólicas e cardiopulmonares durante o teste de caminhada de 6 minutos (TC6) e o shuttle teste incremental (STI) em pacientes com BCQ-nFC. **Métodos:** Vinte e um pacientes (13 homens, 45±12 anos, VEF<sub>1</sub>: 57±7 % prev; MRC: 2±1) foram incluídos. Os indivíduos foram randomizados para realizar dois TC6 (30 min de intervalo) e dois STI (30 min de intervalo), em dias diferentes. O teste com o melhor desempenho (maior distância) foi utilizado para a comparação. Durante os testes, a troca pulmonar gasosa foi mensurada (VO<sub>2</sub>000; Medical Graphics Corporation, St. Paul, MN). **Resultados:** Ver Tabela 1.

Tabela 1. Variáveis no pico do TC6 e STI.

	TC6	ISWT
Distância, m	561 ± 67	485 ± 97*
Duração, min	6 ± 0	7,4 ± 1*
VO <sub>2</sub> , L (%prev)	1,43 ± 0,45 (83 ± 28)	1,46 ± 0,45 (84 ± 22)
VCÖ <sub>2</sub> , L	1,89 ± 0,65	1,91 ± 0,71
VE, L/min	34 ± 9,1	34 ± 9,5
FC, bpm (%prev)	144 ± 17 (82 ± 1 2)	140 ± 17 (80 ± 9)
SpO <sub>2</sub> ,%	91 ± 4	91 ± 6
Dispneia	4,6 ± 2,2	4,7 ± 2,4
Fadiga MMII	4,7 ± 2,3	4,9 ± 2,0

\*P < 0,05

**Conclusão:** Embora os indivíduos tenham caminhado uma distância maior no TC6, ambos os testes determinaram respostas fisiológicas similares no pico do exercício.

## POSTER 161

### SHUTTLE TESTE INCREMENTAL: UMA MEDIDA REPRODUTÍVEL E VÁLIDA PARA AVALIAR A TOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO EM ADULTOS COM BRONQUIECTASIA NÃO FIBROCÍSTICA

REJANE AGNELO DE CASTRO<sup>1</sup>; JACQUELINE CRISTINA BOLDORINI<sup>2</sup>; CARINA SILVEIRA MARIANO NUNES<sup>3</sup>; ANDERSON ALVES DE CAMARGO<sup>4</sup>; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO<sup>5</sup>; SAMIA ZAHY RACHED<sup>6</sup>; ALBERTO CUKIER<sup>7</sup>; FREDERICO ARRABAL FERNANDES<sup>8</sup>; RAFAEL STELMACH<sup>9</sup>; SIMONE DAL CORSO<sup>10</sup>.

1,3,10.UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2.UNIVERSIDADE NOVE DE LHO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 4.UNIVERSIDADE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 5,6,7,8,9.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** O shuttle teste incremental (STI) tem sido usado para avaliar respostas a intervenções em indivíduos com bronquiectasia não fibrocística (BCQ-nFC). No entanto, nenhum estudo prévio, verificou a reprodutibilidade e validade do STI nesta população. **Objetivo:** Analisar a reprodutibilidade e a validade do STI em indivíduos com BCQ-nFC e comparar a dessaturação induzida pelo exercício entre o STI e o teste de exercício cardiopulmonar máximo (TECP). **Métodos:** Sessenta pacientes foram incluídos [22 homens, VEF<sub>1</sub>: 52% previsto (39-68)]. A dispnéia foi avaliada pela escala Medical Research Council (MRC). Os indivíduos foram submetidos ao TECP em cicloergômetro e, em outro dia, a dois STI (30 min de intervalo). Um pedômetro registrou o número de passos por dia (NP/dia) durante três dias consecutivos. A validade concorrente do STI foi determinada pela análise da relação entre a distância percorrida (DP) com MRC, carga e VO<sub>2</sub> obtidos no TECP e NP/dia. **Resultados:** A DP foi semelhante nos dois STI [430m (333-525m) e 440m (340-535m)], com excelente coeficiente de correlação intra-classe [0,995 (IC 95%: 0,990-0,997)]. Houve correlações significantes entre a DP e carga (r = 0,85), VO<sub>2</sub> (r = 0,76), NP/dia (r = 0,72) e MRC (r=-0,67). A dessaturação foi superior durante o STI [-3% (-5,75 a -1)] em relação ao TECP [-1% (-3 a 0), p < 0,0001]. Vinte e três por cento dos pacientes apresentaram dessaturação no STI, mas não durante o TECP (p = 0,021). **Conclusão:** O STI é reprodutível e uma medida válida da tolerância ao exercício e induz maior dessaturação em pacientes com BCQ-nFC.

**DETERMINANTES DA CAPACIDADE DE EXERCÍCIO EM ADULTOS COM BRONQUIECTASIA NÃO FIBROCÍSTICA**

ANDERSON ALVES DE CAMARGO<sup>1</sup>; CARINA SILVEIRA MARIANO NUNES<sup>2</sup>; JACQUELINE CRISTINA BOLDORINI<sup>3</sup>; FERNANDA DE CORDOBA LANZA<sup>4</sup>; SAMIA ZAHI RACHED<sup>5</sup>; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO<sup>6</sup>; ALBERTO CUKIER<sup>7</sup>; CELSO RICARDO FERNANDES DE CARVALHO<sup>8</sup>; RAFAEL STELMACH<sup>9</sup>; SIMONE DAL CORSO<sup>10</sup>.

1,3.UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2.UNIVERSIDADE NOVE DE LHO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 4.UNIVERSIDADE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 5,6,7,8,9.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 10.SIMONE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** O teste de exercício cardiopulmonar máximo (TECP) e o shuttle teste incremental (STI) têm sido utilizados para avaliar a tolerância ao exercício em indivíduos com bronquiectasia não fibrocística (BCQ-nFC). No entanto, os fatores determinantes da capacidade aeróbia ( $VO_2$  pico) e distância percorrida no STI (DP) ainda não foram estudados nesta população. **Objetivo:** Avaliar os determinantes do  $VO_2$  e DP em adultos com BCQ-nFC. **Métodos:** Oitenta pacientes com diagnóstico de BCQ-nFC (50 mulheres,  $44 \pm 14$  anos, VEF<sub>1</sub>:  $52 \pm 19\%$  previsto, IMC:  $25 \pm 6$  kg/m<sup>2</sup>,  $VO_2$  pico:  $63 \pm 13\%$  previsto; DP:  $52 \pm 13\%$  previsto). Espirometria, contração voluntária máxima isométrica do quadríceps femoral (CVMI-QF) e STI foram realizados. O  $VO_2$  foi obtido a partir de TECP em uma bicicleta ergométrica. A dispneia foi avaliada pela escala Medical Research Council (MRC) e o número de passos diários (NP) por um pedômetro. **Resultados:** Para o  $VO_2$ , a análise de regressão foi realizada com 61 pacientes. O VEF<sub>1</sub>, expresso em porcentagem do previsto (parcial  $R^2 = 0,46$ ,  $p < 0,0001$ ), o IMC (parcial  $R^2 = 0,32$ ,  $p = 0,013$ ) e NP (parcial  $R^2 = 0,40$ ,  $p = 0,002$ ) explicaram 39% da variação do  $VO_2$  (% prev). A DP (% prev,  $n=80$ ) foi explicada ( $R^2 = 0,57$ ,  $p < 0,0001$ ) pela CVF, expressa em % prev (parcial  $R^2 = 0,14$ ,  $p=0,001$ ), MRC (parcial  $R^2 = 0,19$ ,  $p < 0,0001$ ) e pelo gênero (parcial  $R^2 = 0,26$ ,  $p < 0,0001$ ). A CVMI-QF não persistiu em nenhum modelo. **Conclusão:** Os fatores determinantes das capacidades aeróbica e funcional nesses pacientes são relacionados à função pulmonar, dispneia, estado nutricional, gênero e NP.



## POSTER 079

**AVALIAÇÃO DA CESSAÇÃO TABÁGICA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS OU POR EVENTOS CORONARIANOS**

THAIS GARCIA; ANDRE LUIS BERTANI; LIANA SOUZA COELHO; STEPHANIA SILVA MARGOTTO; CAROLINA BONFANTI MESQUITA; ILDA DE GODOY; IRMA DE GODOY; SUZANA ERICO TANNI.  
UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL.

**Introdução:** O tabagismo é o principal fator de risco prevenível de causas de morte em todo mundo como para os eventos coronarianos (EC) e para as doenças respiratórias agudizadas (DRA). A necessidade de tratamento de saúde nos indivíduos tabagistas e ex-tabagistas é maior em relação aos não tabagistas. Assim, a melhor estratégia para redução de custos gastos com tratamento de saúde é a cessação do tabagismo. **Objetivo:** Avaliar as características e taxa de cessação tabágica de pacientes tabagistas internados por eventos coronarianos (EC) ou doenças respiratórias agudizadas (DRA). **Métodos:** 100 fumantes ativos hospitalizados [51 paciente com DRA (62,7% mulheres) e 49 com EC (30,6% mulheres)] foram avaliados em relação aos dados demográficos. História tabágica incluiu início tabagismo, grau de dependência de nicotina, motivação para cessar tabagismo, escore de ansiedade e depressão pela escala HAD. Os pacientes foram abordados e acompanhados durante a internação, receberam fármacos para cessação com indicação médica. Após a alta hospitalar foram encaminhados para o grupo de terapia cognitiva comportamental semanal por um mês quando foram reavaliados quanto à cessação. **Resultados:** Não identificamos diferenças em relação aos dados demográficos quando os grupos foram comparados. Em relação ao grau de dependência nicotínica [DRA: 4,0 (2,0-6,0) vs EC: 4,0 (2,0-6,0),  $p=0,99$ ], escore de ansiedade [DRA: 6,56  $\pm$  5,03 vs EC: 7,24  $\pm$  4,35,  $p=0,58$ ] e depressão [DRA: 4,38  $\pm$  2,18 vs EC: 4,84  $\pm$  3,57,  $p=0,59$ ] também não foram diferentes entre os grupos. Apenas 38 pacientes com DRA e 26 pacientes com EC compareceram para reavaliação. Destes, 53% dos pacientes com DRA e 54% dos pacientes com EC estavam abstinentes do cigarro ( $p=0,87$ ). **Conclusão:** A abordagem durante internação demonstrou efetividade para taxa de cessação precoce dos pacientes hospitalizados sem diferenças entre os grupos.

## POSTER 080

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS CLÍNICOS EM INDIVÍDUOS TABAGISTAS**

RENATA MARQUES DAVID<sup>1</sup>; ERCY MARA CIPULO RAMOS<sup>2</sup>; RÔMULO ARAÚJO FERNANDES<sup>3</sup>; ANA PAULA COELHO FIGUEIRA FREIRE<sup>4</sup>; PAULA ROBERTADA SILVA PESTANA<sup>5</sup>; BRUNA SPOLADOR SILVA<sup>6</sup>; JULIANA TIYAKI ITO<sup>7</sup>; ALINE DUARTE FERREIRA<sup>8</sup>; LUIZ CARLOS DE SOARES CARVALHO JUNIOR<sup>9</sup>; DIONEI RAMOS<sup>10</sup>.

1,2,3,4,5,6,7,9,10. UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL; 8. UNESP/UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE - SP - BRASIL.

**Introdução:** O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo. Dados epidemiológicos expressam que aproximadamente seis milhões de pessoas morrem no mundo por doenças provocadas pelo tabagismo a cada ano. A detecção de possíveis alterações promovidas pelo tabagismo deve ser identificada o mais precocemente possível, para que haja intervenção mais efetiva e a minimização de danos neste sistema. **Objetivo:** Avaliar e correlacionar sintomas clínicos e função pulmonar de tabagistas inseridos em um programa de cessação tabágica. **Métodos:** O estudo incluiu 104 indivíduos tabagistas de ambos os sexos, provenientes do Programa de Orientação e Conscientização Antitabagismo – PROCAT da Faculdade de Ciências e Tecnologia FCT/UNESP de Presidente Prudente – SP. Durante a avaliação inicial foi aplicado um questionário referente a dados pessoais, medidas antropométricas (peso e altura) para cálculo do índice de massa corporal (IMC), histórico de carga tabágica (anos de tabagismo e número de cigarros consumidos por dia) por meio do cálculo de anos-maço. Além disso, avaliou-se a presença de sintomas clínicos como, dispnéia, tosse e fadiga. Em seguida, foi realizada a monoximetria e por fim a prova de função pulmonar por meio de teste espirométrico. **Análise Estatística:** Foi utilizado o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0 com o teste de correlação de Spearman. **Resultados:** Dos indivíduos tabagistas, 36% eram do sexo masculino, apresentaram média de idade, carga tabágica e índice de massa corporal (IMC) de: 51 $\pm$ 11 anos, 35 $\pm$ 24 anos/maço, 27 $\pm$ 6 kg/cm<sup>2</sup> respectivamente. Em relação aos índices de monoximetria foram mensurados os níveis de monóxido de carbono (CO) em partes por milhão (ppm) e porcentagem de carboxihemoglobina (COHb %) e os valores médios de VEF1/CVF, VEF1% predito, CVF% predito, FEF<sub>25-75%</sub> predito e foram de: 0,75 $\pm$ 0,10; 86 $\pm$ 22; 92 $\pm$ 17 e 80 $\pm$ 36, respectivamente. Na análise dos sintomas clínicos, foi encontrada correlação negativa entre o sintoma de dispnéia com FEF<sub>25-75%</sub> predito ( $r= -0,262$ ;  $p=0,007$ ) e VEF1/CVF ( $r= -0,271$ ;  $p=0,005$ ). Ainda, os índices de monoximetria CO (ppm) e COHb (%) correlacionaram-se positivamente com os sintomas de tosse ( $r= 0,198$ ;  $p=0,044$ ) e fadiga ( $r=0,214$ ;  $p=0,029$ ). **Conclusão:** Conclui-se que, quanto mais elevados os níveis de CO, maior é a presença de sintomas de tosse e fadiga em tabagistas. Além disso, a detecção de dispnéia nestes indivíduos pode indicar diminuição nos índices espirométricos que pode refletir na função pulmonar.

## POSTER 081

### PERFIL DE FUMANTES ATENDIDOS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO A SAÚDE PRIMÁRIA E TERCIÁRIA PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO.

ILDA DE GODOY; ANGELICA TERESA BIRAL; RAISSA JANINE ALMEIDA; LIANA SOUZA COELHO; ANDRE LUIS BERTANI; SUZANA ERICO TANNI; IRMA DE GODOY.

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

**INTRODUÇÃO:** O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo com variadas co-morbidades, portanto, torna-se cada vez mais necessário conhecer as características destes usuários para propor recomendações para redução do uso do tabaco. **OBJETIVO:** Caracterizar o perfil dos fumantes que procuraram serviços públicos de atendimento primário e terciário para a cessação do tabagismo. **MÉTODO:** Foram analisados retrospectivamente os dados das fichas de atendimento inicial de 262 fumantes do Ambulatório de Cessação ao Tabagismo do Centro de Saúde Escola/CSE (serviço primário- baixa complexidade) e do Ambulatório do Hospital das Clínicas/HC (serviço terciário – alta complexidade), unidades de atendimento da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. **RESULTADOS:** Foram avaliados 137 tabagistas do HC e 125 no CSE. A maioria dos tabagistas era do sexo feminino, 65% (HC) e 58% (CSE), com idade média de 52 +13,1 anos (HC) e 51+13,6 anos (CSE), com relação à escolaridade os pacientes atendidos no CSE (79%) tinham grau de escolaridade superior aos do HC (38%). Quanto à origem dos encaminhamentos no HC prevaleceu os realizados pelo médico/clínica particular (49%), enquanto no CSE foi a procura voluntária (60%). Em relação aos sintomas no primeiro atendimento 88,3% dos pacientes atendidos no HC relataram a presença de sintomas e 82,4% no CSE. Os mais relatados pelos pacientes foram a tosse (72%/HC e 52%/CSE), a expectoração (66%/HC e 42%/CSE), o chiado (58%/HC e 37%/CSE), a dispnéia (61%/HC e 43%/CSE) e a tontura (47%/HC e 26%/CSE). Observou-se que 97% dos pacientes do HC referiram ter ou ter tido problemas de saúde em comparação aos 89% do CSE. Entre estes os problemas mais destacados foram a Hipertensão Arterial (59%/HC e 37%/CSE), Insuficiência Arterial de MMII (34%/HC e 4%/CSE) e DPOC (21%/HC e 8% /CSE). O escore de possível e provável para o nível de ansiedade foi de 59% no HC e de 51% no CSE, enquanto que o do nível de depressão foi 36 % no HC e 47% no CSE. A convivência dos pacientes com fumantes foi relatada por 44% no HC e 46% no CSE. O grau de dependência elevada foi 40% no HC e 34% no CSE. A tentativa de cessação do tabagismo anterior a procura do serviço foi relatada por 77% no HC e 71% no CSE. A maioria dos tabagistas encontrava-se no estágio de motivação contemplativo para a cessação do tabagismo em ambos os serviços (62%/HC e 53%/CSE). **CONCLUSÃO:** Existem diferenças na caracterização do perfil dos pacientes tabagistas atendidos em ambulatórios para a cessação do tabagismo em serviços de atenção primária e terciária. Estes resultados demonstram a importância de conhecer o perfil dos tabagistas para a realização de uma abordagem específica que tenha como objetivo modificar comportamentos associados ao tabagismo e assim melhorar a assistência prestada a esta clientela.

## POSTER 082

### PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO DA SANTA CASA DE SÃO PAULO. COMPARAÇÃO DE DUAS POPULAÇÕES: POLICIAIS MILITARES E CIVIS.

IGOR BASTOS POLONIO; TATIANA SARUHASHI; CAMILA MATSUURA ENDO; KARINA KISO; MARIA LUIZA MIGOTTO; MAIRA PONCIANO SGAVIOLI; ROBERTO STIRBULOV.

SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** O tabagismo é problema de saúde pública. Estima-se que 20 % da população seja tabagista. Utilizando estes dados para a Polícia Militar do Estado de São Paulo, estima-se 30000 fumantes. A Santa Casa possui um programa para tratamento de tabagismo entre os Policiais. Tem o objetivo, além do tratamento dos policiais, capacitação de equipes de saúde da PM para ampliar o programa em todo o estado de São Paulo. **Objetivos:** Comparar duas populações de tabagistas, os da Polícia Militar e os pacientes da Santa Casa (civis). Foram comparados quanto a dados demográficos, índice de abstinência nas 4 primeiras semanas, ganho de peso, escala de dependência de Fagerström, cigarros fumados por dia, medicações utilizadas ,co-morbidades e ansiedade e depressão ( escala de ansiedade e depressão para hospital geral). **Resultados:** No total, dados completos foram obtidos de 205 pacientes da Santa Casa de São Paulo e 208 pacientes da Polícia Militar. Na Santa Casa foram 146 mulheres e 59 homens e na Polícia Militar 143 homens e 65 mulheres. O número de homens na PM foi significativamente maior do que na Santa Casa. Os pacientes da Santa Casa foram mais velhos do que os da PM (mediana 54 anos x 41 anos— $p < 0,05$ ). Os pacientes da PM tiveram maior índice de abstinência em 4 semanas que na Santa Casa (75 % x 52% — $p < 0,05$ ). Além disso pararam em nível significativamente maior nas primeiras 2 semanas que os pacientes da Santa Casa ( $p < 0,05$ ). Os homens da PM, pararam de fumar de maneira mais significativa do que os homens da Santa Casa. Não houve diferenças significativas de abstinência entre as mulheres da Santa Casa e da PM. Em relação as drogas utilizadas, não houve diferença significativa entre o índice de abstinência entre as drogas, nos dois grupos. A droga mais utilizada foi o adesivo de nicotina, seguidos de vareniclina e bupropiona + adesivo de nicotina. O nível de dependência mensurado pela escala de Fagerström foi semelhante entre os dois grupos, no entanto, os policiais fumam mais cigarros por dia do que os pacientes da Santa Casa (mediana 30 cig/dia PM x 20 cig/dia Santa Casa — $p < 0,05$ ). O ganho de peso foi 0,8 kg na Santa Casa ( $p < 0,05$ ) e 1 kg na PM ( $p < 0,05$ ). Os pacientes da Santa Casa apresentaram mais co-morbidades que os da PM. Os pacientes da Santa Casa apresentaram maior grau de ansiedade e depressão que os pacientes da polícia militar. **Conclusão:** Houve maior abstinência em 4 semanas na PM do que na Santa Casa. Maior número de homens na PM. Não houve diferença de abstinência entre as drogas utilizadas. O ganho de peso foi significativo nos dois grupos. O maior nível de abstinência na PM, foi maior devido a maior abstinência entre os homens. Os policiais fumam mais cigarros do que os pacientes da Santa Casa. Os pacientes da Santa Casa apresentam mais co-morbidades que os da PM. A diferença de abstinência apresentada provavelmente deveu-se à maior motivação pessoal dos policiais, já que os mesmos foram voluntários a comparecer no programa.

**POSTER 083****PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DO TABAGISMO ENTRE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

FABIOLA PAULA GALHARDO RIZZATTI; ERICA CRISTINA SCARPA; SAMIA MEDEIROS BARBAR.  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, SÃO CARLOS - SP - BRASIL.

O tabagismo é um problema de saúde pública, constituindo uma importante causa prevenível de morte. Os adolescentes e adultos jovens, particularmente os estudantes universitários, compõem um público suscetível ao envolvimento com o tabaco. Objetivo: determinar e comparar a prevalência de tabagismo entre estudantes do 1º e 4º anos dos cursos presenciais de graduação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Métodos: utilizou-se um questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, traduzido para o Português e validado pelo Instituto Nacional do Câncer. Diferentes cursos nas áreas de Ciências da Saúde, Exatas e Humanas foram avaliados. Resultados: 340 alunos do primeiro ano e, até o momento, 449 alunos do quarto ano de graduação de diferentes cursos da UFSCar foram avaliados. A prevalência do tabagismo foi de 9% e 17% entre alunos do 1º e 4º anos, respectivamente. Cerca de 70% dos tabagistas eram do sexo masculino. A idade média ( $\pm$ SD) dos alunos avaliados foi de  $19\pm 2$  e  $22\pm 2$  anos para alunos do 1º e 4º anos, respectivamente. As taxas de tabagismo foram maiores entre alunos dos cursos de Ciências Exatas e Humanas e menores entre alunos dos cursos de Ciências da Saúde para ambos os anos de graduação avaliados. A maioria dos estudantes começou a fumar antes de ingressar na universidade. Porém, 6 e 14% dos tabagistas do 1º e 4º anos, respectivamente, iniciaram o hábito após ingressar na universidade. Observou-se que 50% aumentaram o consumo diário de cigarros após esse ingresso. 56% dos alunos do 1º e 49% dos estudantes do 4º ano fumavam diariamente. Os demais tabagistas relataram consumo ocasional de cigarros. A média diária de cigarros consumida foi de 5 e 10 cigarros entre estudantes do 1º e 4º anos, respectivamente. A maioria dos estudantes acreditava que fumar era prejudicial para a saúde, mas apenas 50% consideravam parar o tabagismo em algum momento no futuro. Apenas 30% dos tabagistas haviam recebido conselho para abandonar o hábito de um profissional da saúde. Conclusões: A prevalência do tabagismo observada foi maior entre estudantes do 4º ano quando comparada a alunos do 1º ano de graduação. Muitos estudantes começaram a fumar após ingressar na universidade e aumentaram o consumo após o ingresso, demonstrando que tiveram oportunidade para iniciar ou manter o hábito enquanto freqüentavam a Universidade. Apesar de a maioria conhecer os malefícios associados ao hábito de fumar e metade considerar parar de fumar, apenas um terço já havia sido aconselhado por profissional da saúde, demonstrando a necessidade de motivação e orientação para abandono do tabagismo. Nossos resultados serão utilizados para embasar medidas para a prevenção do início do tabagismo na universidade e para a estruturação de um serviço de apoio aos estudantes que desejarem parar de fumar.

**TL 176****INVESTIGAÇÃO DOS ELEMENTOS MOTIVACIONAIS RELACIONADOS AO TABAGISMO ENTRE OS ESTUDANTES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCAR**

FABIOLA PAULA GALHARDO RIZZATTI; ANA FLAVIA MARCELINO RICCETTO; BRUNO SIGNORETTI OLIVEIRA.  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, SÃO CARLOS - SP - BRASIL.

Apesar dos conhecimentos sobre os efeitos nocivos do tabagismo, o hábito de fumar é difícil de ser abandonado, pois envolve prazer, hábito e dependência farmacológica. A motivação para fumar é variada e multidimensional. Objetivo: avaliar os elementos motivacionais e a gravidade da dependência nicotínica relacionados ao tabagismo entre os estudantes de cursos de graduação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Métodos: para avaliação motivacional do tabagismo utilizou-se a Escala de Razões para Fumar Modificada (ERFM) traduzida para o Português Brasileiro e a avaliação da dependência nicotínica foi realizada pelo Teste de Fagerström. Esses instrumentos foram aplicados a alunos tabagistas do 1º ao 4º ano de graduação de diferentes cursos das áreas de Ciências Exatas, Humanas e Biológicas. A ERFM contém 21 questões e identifica 7 fatores motivacionais relacionados ao tabagismo: Dependência, Prazer de fumar, Redução da tensão/Relaxamento, Interação Social, Estimulação, Hábito/Automatismo e Manuseio. Resultados: 161 estudantes de 26 diferentes cursos das áreas de Ciências da Saúde, Exatas e Humanas foram avaliados. 21%, 24%, 26% e 29% dos estudantes tabagistas pertenciam ao 1º, 2º, 3º e 4º anos de graduação, respectivamente. A idade média  $\pm$  desvio padrão (DP) da amostra estudada foi de  $22 \pm 2$  anos. A média de consumo de cigarros ( $\pm$  DP) foi de  $10 \pm 5$  cigarros/dia, sendo de  $8 \pm 5$  e  $11 \pm 4$  cigarros/dia para estudantes do 1º e 4º anos, respectivamente. A média dos escores do Teste de Fagerström demonstrou dependência nicotínica muito baixa ou baixa para 65% dos alunos de Ciências Exatas, 80% de Biológicas e 63% de Humanas. As médias (e DP) dos escores dos fatores da ERFM evidenciaram que alunos do 1º ao 4º anos de graduação das diferentes áreas fumavam, em sua maioria, motivados pelos fatores "Prazer de fumar" ( $3.41 \pm 0.5$ ) e "Redução da tensão/Relaxamento" ( $3.27 \pm 0.3$ ). O fator menos apontado como motivador para manutenção do tabagismo entre os alunos foi o "Hábito/Automatismo" ( $1.91 \pm 0.2$ ). Conclusão: Identificamos que os fatores mais importantes para a manutenção do tabagismo entre os estudantes foram o "Prazer de fumar" e a "Redução da Tensão/Relaxamento". A dependência nicotínica, avaliada pelo Teste de Fagerström e pelo domínio motivacional "Dependência" da ERFM, não se mostrou como fator determinante para a manutenção do hábito. O fator motivacional "Automatismo", associado com a intensidade do tabagismo e com o hábito de fumar sem a intenção de fazê-lo, não se mostrou relevante; achado concordante com a menor dependência nicotínica e com maior controle do hábito. A universidade tem importante papel de formação dos adultos jovens e pode auxiliar o estudante no abandono do tabagismo. A identificação das principais razões para manutenção do tabagismo entre os estudantes fornece informação útil e pode auxiliar o desenvolvimento de intervenções individualizadas e direcionadas para a cessação do tabagismo nessa população.

**POSTER 084****ANÁLISE REGIONAL DA DINÂMICA VENTILATÓRIA EM TRANSPLANTE PULMONAR COM A TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA**

JOSÉ EDUARDO AFONSO JR; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO; MARCELO AMATO.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A monitorização da ventilação em transplante pulmonar depende de medidas estáticas e globais a partir de testes de função pulmonar e tomografia computadorizada, o que não é suficiente para detectar alterações regionais no parênquima pulmonar, que podem ser relevantes na avaliação de diferentes causas de comprometimento funcional. Tomografia de Impedância Elétrica (TIE) é uma técnica não-invasiva e livre de radiação com base na medição do potencial elétrico na superfície da parede torácica. O comportamento dinâmico e as informações quantitativas extraídas de imagens da TIE tornam possível avaliar as diferenças regionais na ventilação pulmonar. **OBJETIVOS:** Avaliar a ventilação regional com a TIE, em pacientes submetidos a transplante pulmonar unilateral ou bilateral e avaliar as variações ventilatórias em várias posições diferentes. **MÉTODOS:** A TIE foi realizada em 18 pacientes transplantados de pulmão (7 pacientes com transplante de pulmão bilateral, 6 pacientes com transplante unilateral por enfisema e 5 pacientes com transplante unilateral por fibrose), nas posições: sentada, supina, prona e decúbitos lateral direito e esquerdo. Os pacientes foram orientados a realizar 30 ciclos de ventilação espontânea e, em seguida, uma manobra de capacidade vital lenta. **RESULTADOS:** A comparação entre os grupos mostrou que houve diferença entre porcentagem de ventilação referente ao melhor pulmão (nos unilaterais o melhor pulmão era o transplantado e nos bilaterais o pulmão com maior ventilação na posição sentada). Na ventilação espontânea os transplantes unilaterais por enfisema e fibrose tinham 79% e 83% da ventilação gerada pelo pulmão transplantado, enquanto para os bilaterais o melhor pulmão contribuía com 57% da ventilação. Houve redução significativa na desproporção da ventilação quando comparada a ventilação espontânea com a capacidade vital ( $p = 0,001$ ). Na ventilação espontânea houve variação da ventilação de acordo com a posição analisada, o que não aconteceu na capacidade vital. A medida do ângulo de fase foi próxima a zero para os bilaterais, negativa para os unilaterais por enfisema e positiva para os unilaterais por fibrose, mostrando que nos bilaterais havia sincronia entre o esvaziamento dos dois pulmões e nos grupos unilaterais havia dissincronia (diferentes constantes de tempo). **CONCLUSÃO:** A TIE pode ser uma ferramenta útil para o estudo pacientes transplantados de pulmão, evidenciando diferenças ocultas na dinâmica ventilatória entre os pulmões nativos e os de pulmões transplantados. Como esperado, os pacientes de transplante de pulmão unilateral exibiram uma ventilação muito mais heterogênea regionalmente. O decúbito lateral e a ventilação espontânea amplificam tais diferenças.

**POSTER 085****MONITORIZAÇÃO SERIADA DO PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO NA AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA A IMUNOGLOBULINA EM CRISE MIASTÊNICA - RELATO DE CASO**VINICIUS PEREIRA MARQUES SANTOS<sup>1</sup>; VITOR DANIEL VIEIRA ZUBA<sup>2</sup>; AIRA BENEVIDES FAGUNDES<sup>3</sup>; ROMA CATARINA SILVA PARREIRAS<sup>4</sup>; FERNANDO GASSMANN FIGUEIREDO<sup>5</sup>; ANA CARINA OLIVEIRA GUIRRA<sup>6</sup>; THAMIRYS MARIA DA SILVA FONSECA SOARES<sup>7</sup>; ALBINO PAIM BRANDAO<sup>8</sup>; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO<sup>9</sup>.

1,2,3,4,5,6,7,9. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; 8. HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE (HGCA), FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

**Introdução:** Miastenia Gravis (MG) é uma doença autoimune com característico acometimento pós-sináptico da junção neuromuscular POR anticorpos antirreceptores de acetilcolina. De prevalência estimada em 200 casos por milhão, pode se apresentar na forma ocular isolada ou cursar com quadro sistêmico e possível grave acometimento da musculatura respiratória, especialmente nas crises miastênicas. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 41 anos, diagnóstico de miastenia grave há 7 anos, em uso de tratamento irregular com piridostigmina 120mg/dia. Procurou hospital de referência por crise miastênica há 7 dias cursando com disfagia, disfonia e ptose palpebral relacionada a infecção de trato respiratório inferior. Evoluiu com piora progressiva neurológica e necessidade de ventilação mecânica (VM) apesar de tratamento com antibioticoterapia, anticolinesterásico e pulsoterapia com corticosteróide, mantendo disfunção neuromuscular acentuada mesmo após controle do quadro infeccioso. Optou-se por iniciar imunoglobulina (IG) 2g/Kg por 5 dias com medidas seriadas do pico de fluxo expiratório (PFE) para avaliar indiretamente a força muscular. Houve aumento significativo do PFE logo nas primeiras 48h (tabela 1) com melhora progressiva e ventilação em modo espontâneo no quarto dia e subsequente extubação após o sexto dia após início do tratamento. A Paciente obteve alta hospitalar após estabilização do PFE com prednisona e azatioprina, em seguimento ambulatorial há 6 meses mantendo controle da doença.

IG	D1	D2	D3	D4	D5	D10	D30	D117
PFE L/min	81	114	145	145	141	181	201	205
(% predito)	(18%)	(25%)	(31%)	(31%)	(31%)	(39%)	(51%)	(52%)

**Discussão:** A crise miastênica é uma condição de elevada morbimortalidade na MG na qual ocorre piora neurológica acelerada geralmente associada a fatores estressores como infecções, cirurgias ou medicações. O tratamento com IG promove efeito imunomodulador e bloqueio inespecífico dos auto-anticorpos potencialmente benéfico nos quadros graves ou refratários a corticosteróide. A resposta ao tratamento costuma ser rápida, porém de difícil avaliação no paciente grave. Apesar de menor acurácia que aferição direta da pressões respiratórias, a medida seriada do PFE é factível em pacientes sob VM e, neste caso, capaz de prever melhora neurológica e menor dependência da ventilação invasiva. **Conclusão:** A IG na crise miastênica é uma valiosa alternativa terapêutica em casos graves ou refratários. A aferição do PFE é uma alternativa viável de baixo custo que pode ser de grande auxílio na monitorização da resposta terapêutica em casos com acometimento de musculatura respiratória.

**Referências Bibliográficas:**

- Gajdos P, et al. Intravenous Immunoglobulin for myasthenia gravis. Cochrane Database Syst Rev 2012
- Skeie GO, et al. Eur J Neurol 2010; 17:893

## POSTER 162

### FATORES PRÉ-ANALÍTICOS OU ANALÍTICOS INFLUENCIAM O DESEMPENHO DOS TESTES DE PCR NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE EM AMOSTRAS PAUCIBACILARES?

GABRIELA GASPAR CARNEVALE<sup>1</sup>; LIA JUNQUEIRA MARÇAL<sup>2</sup>; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES<sup>3</sup>; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA<sup>4</sup>; MILENA M P ACENCIO<sup>5</sup>; FRANCISCO SUSO VARGAS<sup>6</sup>; CARLOS SERGIO ROCHA SILVA<sup>7</sup>; VANBSSA ADÉLIA ALVARENGA<sup>8</sup>; LEILA ANTONANGELO<sup>9</sup>.

1,2,9.LIM 03 / INCOR- FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3,4,5,6,7,8.INCOR-HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Racional:** Os testes utilizados para a amplificação de ácidos nucleicos de *Mycobacterium tuberculosis* tem sensibilidade variando de 11 a 81% em amostras de líquido pleural (LP), escarro ou lavado broncoalveolar (LBA). As mais baixas sensibilidades são observadas em amostras paucibacilares e nas amostras com interferentes pré-analíticos. O objetivo deste estudo é avaliar se variáveis pré-analíticas ou analíticas influenciam o diagnóstico de tuberculose por PCR em tempo real em amostras de LP e LBA.

**Métodos:** A partir de uma amostra de transudato pleural foi simulada uma amostra de LP rico em proteínas (> 4,5 g/dL), células (> 10.000/mm<sup>3</sup>) e eritrócitos (> 50.000/mm<sup>3</sup>) que recebeu inoculação de concentrações crescentes de *M. tuberculosis* (1,5 x 10<sup>6</sup> a 1,5 x 10<sup>1</sup> UFC/mL) proveniente de amostra de cultura em meio de Löwenstein-Jensen. Uma amostra de LBA não inflamatória foi utilizada na simulação de amostras com crescentes graus de hemorragia alveolar. Todas as amostras foram preparadas em triplicata. Duas técnicas de extração (Qiagen e Roche) e duas de detecção (Roche e Nanogen) foram utilizadas para a realização da PCR em tempo real.

**Resultados:** Os resultados estão demonstrados na tabela abaixo:

Amostra	Variáveis pré-analíticas		Extração Roche	Extração Qiagen	Extração Roche	Extração Qiagen
			Deteção Roche	Deteção Roche	Deteção Nanogen	Deteção Nanogen
Líquido pleural	Cellularidade (cels/mm <sup>3</sup> )	> 10.000	10 <sup>4</sup> UFC/mL	10 <sup>4</sup> UFC/mL	10 <sup>3</sup> UFC/mL	10 <sup>2</sup> UFC/mL
	Proteína (g/dL)	> 4,5				
	Hemorragia (hemácia/mm <sup>3</sup> )	> 50.000				
Lavado Broncoalveolar	Hemorragia (hemácias/mm <sup>3</sup> )	5 a 10.000	10 <sup>2</sup> UFC/mL	10 <sup>2</sup> UFC/mL	10 <sup>2</sup> UFC/mL	10 <sup>1</sup> UFC/mL
		10.000 a 50.000	10 <sup>2</sup> UFC/mL	10 <sup>2</sup> UFC/mL	10 <sup>2</sup> UFC/mL	10 <sup>1</sup> UFC/mL
		> 50.000	10 <sup>3</sup> UFC/mL	10 <sup>2</sup> UFC/mL	10 <sup>2</sup> UFC/mL	10 <sup>2</sup> UFC/mL

**Conclusão:** Os resultados obtidos sugerem que a escolha de métodos de extração/deteção é fundamental para a deteção de baixas concentrações da *M. tuberculosis*. Nas amostras de LP com alto teor proteico, celular e de hemorragia, foi possível a deteção de 10<sup>2</sup> UFC/mL nas. No LBA, obtivemos positividade de 10<sup>1</sup> UFC/mL nas amostras com leve à moderada hemorragia e de 10<sup>2</sup> UFC/mL nas amostras francamente hemorrágicas. A combinação do kit de extração Qiagen com o de deteção da Nanogen forneceu o melhor resultado geral.

## POSTER 163

### IMAGEM NODULAR RECENTE EM PACIENTE COM ASMA. QUAL A ETIOLOGIA?

GABRIEL GOUVEIA ADABO; HENRIQUE MARIOTI PERES; JONATAS MIRANDA FIGUEREDO; MARIANA ORTEGA PEREZ; MARTA ELIZABETH KALIL.

PUC-SP SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL.

**Introdução:** O nódulo pulmonar solitário é caracterizado como lesão pulmonar de dimensão inferior a 3 cm, na ausência de infiltrado pulmonar, atelectasia ou linfonodomegalia. Frente a um nódulo pulmonar, é imprescindível sua caracterização como maligno ou benigno, valendo-se desde aspectos clínicos do paciente até as características do nódulo. Nódulos com características benignas devem ser acompanhados com exame de imagem, ao passo que aqueles sugestivos de malignidade devem ser submetidos à biópsia. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente com nódulo pulmonar recente que apareceu após um quadro clínico sugestivo de exacerbação da doença de base no caso a Asma. **Relato de caso:** Homem de 42 anos, admitido com queixa de tosse, expectoração purulenta há 7 dias e um episódio de escarro hemoptoico. Com histórico de asma, não apresentou alterações de hemograma, gasometria e RX de tórax. Prescrito levofloxacina e prednisolona, sem melhora. Repetido RX de tórax, que evidenciou nódulo em lobo médio direito, confirmado pela TC. PET-scan apontou nódulo pulmonar com captação discreta à moderada. Realizada toracotomia, com retirada de nódulo. O estudo anatomopatológico identificou granuloma com necrose caseosa e positividade para BAAR, configurando o diagnóstico de tuberculose. **Discussão/Conclusão:** O trabalho relata o caso de um paciente não tabagista com quadro de infecção respiratória. Apenas o segundo RX de tórax apontou para a presença de nódulo pulmonar, o que remete à baixa sensibilidade do RX para o diagnóstico deste tipo de lesão. Falava a favor de benignidade a ausência de tabagismo, bem como nódulo com contornos bem delimitados e sem espículas. Quanto à possível malignidade, presença de sexo masculino e nódulo com captação ao PET-scan. Procedeu-se com a realização de toracotomia e retirada do nódulo, cujo anatomopatológico identificou granuloma caseoso com pesquisa positiva para BAAR, configurando o diagnóstico de tuberculose. A relevância do caso se dá pelo paciente apresentar um nódulo pulmonar potencialmente maligno que, ao final, se revelou como um granuloma caseoso, caracterizando quadro de tuberculose.

## POSTER 164

### TUBERCULOSE DE ACOMETIMENTO FARINGO-LARÍNGEO – RELATO DE CASO

FLÁVIA FARINHAAYRES MOURA DE ASSIS; ITALO GIOVANNI BONATTO; MARCIA TELMA GUIMARAES SAVIOLI.  
HOSPITAL SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**JUSTIFICATIVA:** A Tuberculose (TB) faringo-laríngea é um raro acometimento da doença, correspondendo a 1% dos casos de TB Pulmonar e 19% dos casos de TB Extrapulmonar; apresenta alta infectividade e comumente é confundida com neoplasias de cabeça e pescoço, causando atraso no diagnóstico e tratamento adequados. **HISTORIA DA DOENÇA ATUAL E PREGRESSA:** Paciente do sexo masculino, 39 anos, procurou atendimento devido quadro progressivo de disфонia, disfagia, odinofagia e perda ponderal (5Kg) há 1 mês, além de surgimento de “caroço no pescoço”; também dispneia e febre vespertina, tosse com expectoração abundante e hipersalivação. Tabagista (28 anos/maço), nega contato com TB. Houve progressão da disfagia com necessidade de passagem de SNE para alimentação em aproximadamente 2 meses. **EXAME FÍSICO:** Emagrecido, desidratado 2+/4+; AR: MV +, roncocal bilaterais; linfonodo palpável em região cervical direita, com aproximadamente 2cm, endurecido, pouco móvel e pouco doloroso. **EXAMES COMPLEMENTARES:** Hemograma com série vermelha normal, leucocitose discreta sem desvio, funções renal, hepática e eletrólitos dentro da normalidade. HIV negativo; pesquisa de BAAR no escarro três amostras negativas. Radiograma de tórax com padrão miliar. Broncoscopia evidenciou lesão infiltrativa em base de língua, epiglote, ligamentos ariepiglóticos, glote e pregas vocais, com abundante secreção purulenta em hipofaringe e laringe. Anatomopatológico de biópsia de aritenóide direita – processo inflamatório agudo supurativo; pesquisa de BAAR pela coloração de Ziehl-Neelsen positiva. **DIAGNÓSTICO:** Tuberculose Pulmonar com acometimento faringo-laríngeo. **EVOLUÇÃO:** Iniciado tratamento específico de acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose de 2011, com evolução favorável. **DISCUSSÃO:** A Tuberculose com acometimento faringo-laríngea é mais comum em homens, com uma relação de 1:9. Na década de 50 houve um decréscimo nos casos de TB e em 1993 a OMS voltou a declarar a TB como uma emergência global; para tal contribuíram a disseminação do vírus HIV e a emergência de bacilos resistentes às drogas. A tuberculose que acomete cabeça e pescoço corresponde a menos de 5% de todos os casos da doença, 100% dos pacientes com Tuberculose laríngea também apresentam acometimento pulmonar, portanto, um radiograma de tórax normal não exclui tuberculose laríngea; a despeito disso, são descritos na literatura relatos da doença com o acometimento em questão sendo tratadas inicialmente como neoplasias, com casos extremos de procedimentos cirúrgicos oncológicos retardando tratamento e gerando maior morbidade aos pacientes. A infectividade é alta. Formas infiltrantes e tumorais são mais frequentes que as ulceradas. Espera-se um crescimento da incidência da Tuberculose em nosso país, passando a ser maior o número de casos de TB extrapulmonar e, na TB faringo-laríngea em especial, é necessário um alto grau de suspeição para um diagnóstico rápido evitando-se protelar tratamento adequado

## POSTER 165

### TUBERCULOSE PERICÁRDICA EM PACIENTE HIV POSITIVO: RELATO DE CASO

SÉRGIO PONTES PRADO; PAULA SILVA GOMES; GUILHERME OTAVIO MORAIS DE CARVALHO; LARISSA PRANDO CAU;  
FLÁVIO VIEIRA DE FARIA; FÁBIO CHECCHIA FERREIRA; FLÁVIO GNECCO LASTEBASSE; MARIA INÊS DE ANDRÉ VALERY;  
MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; RICARDO MILINAVICIUS.  
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**INTRODUÇÃO:** A tuberculose (TB) é a principal causa de morte em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). A coinfeção TB-HIV aumentou a incidência das formas extrapulmonares. O caso relatado mostra paciente HIV positivo com derrame pericárdico como manifestação inicial da TB. **RELATO DE CASO:** Homem, 53 anos, com tosse seca, dispneia e perda ponderal de 8kg em 30 dias. Sem alterações laboratoriais significativas, mas exames de imagem evidenciando derrame pericárdico importante. Na pericardiocentese observou-se exsudato com ADA de 40U/L. Dados clínicos correlacionados motivaram a identificação para o HIV. Desse modo, foi instituído tratamento com esquema RIPE e 30 dias depois iniciado antirretrovirais. **DISCUSSÃO:** O acometimento pericárdico é incomum na TB (7ª causa). Porém, com o advento do HIV/SIDA nos países endêmicos para a tuberculose houve aumento tanto na forma pulmonar com baciloscopia negativa quanto nas formas extrapulmonares. Já na coinfeção o derrame pericárdico relaciona-se em 85% dos casos. O diagnóstico definitivo é feito através de biópsia pericárdica. E o tratamento é feito com esquema contra TB pulmonar associado a antirretrovirais. **CONCLUSÃO:** O caso relatado aborda paciente HIV positivo com derrame pericárdico que poderia provocar pericardite constritiva e aumentar significativamente o risco de óbito. O diagnóstico e o tratamento precoce foram, então, importantes para o prognóstico do paciente.

## POSTER 166

### TUBERCULOSE PULMONAR: DIFERENÇAS SOCIOECONÔMICAS DA MORBIDADE EM UMA CIDADE GRANDE

MAGNANIA CRISTIANE PEREIRA DA COSTA; LETICIA MARIN-LEÓN; HELENICE BOSCO OLIVEIRA.  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS UNICAMP, ITAPIRA - SP - BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose afeta, principalmente, aqueles que vivem na pobreza, marginalizados ou economicamente e socialmente excluídos. **Objetivo:** descrever o perfil dos pacientes com tuberculose pulmonar por nível socioeconômico. **Métodos:** Estudo transversal com pacientes com tuberculose e sem a síndrome da imunodeficiência adquirida com 18 anos ou mais, que foram submetidos a tratamento no período 2005-2011 na cidade de Campinas (N = 1434). Os dados secundários foram obtidos a partir do registro de tuberculose de Campinas, Brasil. Foram excluídos os pacientes presidiários, multidroga resistentes ou portadores de micobactérias atípicas. As variáveis foram analisadas por meio de tabulação simples, qui-quadrado e p-valor. Odds Ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) foram calculados por regressão logística. **Resultados:** Foram 314 pacientes com tuberculose no estrato alto socioeconômico, 433 no estrato médio e 687 no estrato baixo. Os pacientes do sexo masculino foram predominantes (média 71,8%), sem diferença significativa entre os estratos. A tuberculose também foi predominante na faixa etária 30-59 (51,4%). Entre pacientes portadores de tuberculose idosos tiveram uma tendência linear decrescente nos estratos de alto para baixo (18,1%, 16,6% e 10,3%, respectivamente,  $p = 0,0009$ ). Embora o desemprego não foi significativamente diferente entre os estratos, foi maior entre os pobres (19,6% vs 13,7%). A recidiva foi maior entre estrato médio (11,4% vs 5,7%, em relação ao estrato alto e 4,5% em relação ao estrato baixo,  $p < 0,0001$ ). Não foi observada diferença em relação ao consumo excessivo de álcool (20,1%) e dependência de drogas (4,7%). O diabetes foi maior entre estrato médio (8% versus 3,1% entre os pacientes de estrato alto,  $p = 0,031$ ). Houve uma maior proporção de mortes entre os pacientes do estrato alto 11,5% vs 5,2% no estrato baixo  $p < 0,0001$ . No modelo de regressão logística com estrato alto como referência, os pacientes que se encontravam no estrato médio apresentaram maior chance de diabetes (OR = 2,4 IC 95% 1,1-5,3) e menor chance de ser um paciente recorrente (OR = 0,3 IC 95% 0,1-0,7) ou com história de abandono anterior (OR = 0,4 IC 95% 0,2-0,8). Morte (OR = 0,5 IC 95% 0,3-0,9) e abandono (OR = 0,6 IC 95% 0,3-0,9) como desfecho do presente tratamento também tiveram menor chance. No modelo de regressão logística com estrato alto como referência, pacientes pertencentes ao estrato baixo apresentaram maior chance de diabetes (OR = 2,5 IC 95% 1,1-5,4) e menor chance de ser idoso (OR = 0,5 IC 95% 0,3-0,8) e também menor chance da morte como desfecho do tratamento atual (OR = 0,4 IC 95% 0,2-0,7). **Conclusão:** A maior proporção de idosos e mortes por tuberculose nos estratos altos se assemelha ao perfil dos países desenvolvidos. As necessidades dos pobres e vulneráveis deve ser prioridade na implementação de todas as atividades de controle da tuberculose.

## POSTER 167

### TUBERCULOSE UROGENITAL COM DISSEMINAÇÃO MILIAR PÓS MANIPULAÇÃO DE VIAS URINÁRIAS

MARINA PAIVA; SIMONE LOPES MOREIRA; MABEL BATISTA JACÓ; CHRISTIANE HENRIQUES DE SA DO ESPIRITO SANTO; MARIA ISABEL BARRETO DE FARIAS TORRES; JOSÉ ANTÔNIO DOS SANTOS FREIRE; MAKOTO SAITO; VERA LUCIA GAMA SILVA VOLPE; RITA DE CASSIA T G LOPES MORRONE; ADAMARIA DOURADO.

HOSPITAL SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL, SAO PAULO - SP - BRASIL.

A Tuberculose mantém-se a longo tempo, a despeito da disponibilidade de melhores meios de investigação e tratamentos eficazes atuais, como doença de grande relevância em saúde pública. Seu pronto reconhecimento e tratamento precoce contribuem sobremaneira para redução da expressiva alta morbimortalidade atual. Apesar de a forma pulmonar ser a apresentação mais importante e frequente, o acometimento extrapulmonar ocorre em torno de 10-20% dos casos, sendo a forma urogenital a terceira forma mais frequente e a forma miliar com incidência em torno de 8%. A seguir relatamos um caso de um paciente masculino, 49 anos, que durante 1 ano negligenciou a presença de hematúria, polaciúria e nictúria intermitentes. Com a progressão da doença apresenta-se na emergência em mal estado geral, prostrado, emagrecido e com redução do débito urinário na última semana. Interna em urgência dialítica. Exames laboratoriais evidenciaram anemia; creatinina 20,9; ureia 290; urina 1 com leucocitúria, hematúria e proteinúria. Iniciado hemodiálise. Radiografia de tórax sem alterações. Prova tuberculínica e baciloscopia de escarro negativos. Ultrassom de rins e vias urinárias com rim esquerdo aumentado; rim direito reduzido; dilatação de sistema pielocalicial bilateral; ureter esquerdo espessado e dilatado e bexiga espessada. Cistoscopia evidenciando mucosa vesical atrófica revestida por carapaça de aspecto branca nacarada (na ocasião achado incomum para os urologistas menos experientes), sem sucesso na passagem de cateter duplo J por não visualização do meato uretral. Realizado biópsia vesical que evidenciou processo inflamatório crônico linfo-histocitário com reação gigantocelular focal, áreas de necrose caseosa, e pesquisa de BAAR positiva pelo método de Zielh-Neelsen firmando diagnóstico de tuberculose vesical. Três dias após a instrumentalização diagnóstica das vias urinárias houve o surgimento de taquipnéia, tosse e dessaturação de oxigênio. Realizado nova radiografia de tórax que evidenciou aparecimento de opacidade intersticial inicialmente em terço inferior do hemitórax direito, seguida por tomografia computadorizada de tórax mostrando micronódulos difusos em ambos hemitórax, sugerindo assim, doença miliar. Estes achados têm respaldo na literatura médica de uma rara forma de disseminação hematogênica pós manipulação do trato urinário (litotripsia, cateterização ureteral, etc.) explicados por microtraumas e lesão vascular com inoculação dos bacilos na via sanguínea durante a manipulação do trato urinário. No caso relatado, a sucessão e cronologia dos eventos e a resposta ao tratamento específico com melhora clínica e involução dos achados radiológicos pulmonares estão plenamente respaldados pela literatura pesquisada.

**POSTER 168****UTILIDADE DA CULTURA DE BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR**

RICARDO BAMMANN; RAQUEL DE CASTRO E MELO MENDES; PRISCILA REGINA ALVES ARAUJO SILVA; EVELISE LIMA; ADDY LDIVINA MEJIA PALOMINO; MARIA SÓQUI MANUEL; TERESA TYAMALE; MÁRCIA JACOMELLI; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; ANAREGIA DE PONTES FERREIRA.

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - CENTRO DE VIA AÉREA - INCOR/HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** a cultura de fragmentos de tecidos biopsiados costuma ser uma estratégia eficaz no sentido de aumentar o rendimento dos métodos diagnósticos no contexto da tuberculose (TB). A cultura de biópsias transbrônquicas (BTB), entretanto, ainda não tem o seu valor bem definido na literatura, nem na prática clínica.

**Objetivos:** comparar os resultados da cultura de BTB aos do lavado broncoalveolar (LBA) e ao estudo anatomopatológico (AP) dos demais fragmentos obtidos de pacientes submetidos à broncoscopia por suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar.

**Metodologia:** análise retrospectiva dos procedimentos realizados entre fevereiro de 2011 e setembro de 2012, cuja hipótese clínica de TB constava de maneira explícita na requisição médica. Selecionaram-se apenas os casos em que uma amostra de BTB foi semeada em meio de cultura (Löwenstein-Jensen ou Bactec), enquanto outros fragmentos foram submetidos ao estudo AP rotineiro, associados sempre à coleta do LBA. Definiu-se como padrão ouro do diagnóstico de TB qualquer resultado microbiológico positivo (baciloscopia e/ou cultura), bem como o achado histológico de granulomas com necrose caseosa, com base na "intenção de tratar". Não foram avaliadas doenças e imunodeficiências de base, achados radiológicos, nem antecedentes pessoais ou contatos prévios.

**Resultados:** o diagnóstico de TB foi estabelecido em 9 (20,0%) das 45 broncoscopias incluídas no estudo. Houve crescimento de *M. tuberculosis* em duas amostras de BTB e *M. kansasii* numa outra, todas elas também positivas no respectivo LBA. A **Tabela 1** apresenta a análise estatística dos resultados obtidos:

<b>Tabela 1</b>	<b>Sensibilidade</b>	<b>Especificidade</b>	<b>Valor Preditivo Negativo</b>	<b>Valor Preditivo Positivo</b>
Baciloscopia do LBA	33,3%	100%	85,7%	100%
Cultura do LBA	44,4%	100%	87,8%	100%
Estudo anatomopatológico	66,7%	97,2%	92,1%	85,7%
Cultura da BTB	22,2%	100%	83,7%	100%

**Conclusão:** a cultura de BTB **não acrescentou nenhum diagnóstico** de TB aos casos já identificados pela baciloscopia e cultura do LBA associadas ao AP habitual. Apesar da casuística pequena, existe poder estatístico suficiente para **não justificar a adoção desta técnica** em caráter de rotina.

**TL 177****REAÇÃO DE POLIMERIZAÇÃO EM CADEIA (PCR) PARA DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE EM AMOSTRAS DE LAVADO BRONCOALVEOLAR**

RICARDO BAMMANN; RAQUEL DE CASTRO E MELO MENDES; PRISCILA REGINA ALVES ARAUJO SILVA; EVELISE LIMA; ADDY LDIVINA MEJIA PALOMINO; MARIA SÓQUI MANUEL; TERESA TYAMALE; MÁRCIA JACOMELLI; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO.

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - CENTRO DE VIA AÉREA - INCOR/HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

**Introdução:** nos pacientes encaminhados à broncoscopia (os quais, por definição, representam situações clínicas com dificuldade diagnóstica), a técnica de PCR já é considerada por muitos como prática "obrigatória" no arsenal investigatório da tuberculose (TB) pulmonar, especialmente no meio universitário e na medicina privada, onde é cada vez mais disponível e requisitada. Apesar de promissora, todavia, a interpretação dos seus resultados é controversa - as diretrizes oficiais ainda autorizam seu uso apenas em amostras respiratórias com baciloscopia positiva (para diferenciar entre TB e MNTB), sem jamais substituir o exame de cultura para micobactérias. **Objetivos:** comparar os resultados da PCR no lavado broncoalveolar (LBA) aos métodos clássicos (baciloscopia e cultura) num contexto não rotineiro da rotina clínica. **Métodos:** estudo retrospectivo de 192 procedimentos realizados na rotina do Serviço de fevereiro de 2011 a maio de 2012. A seleção desta casuística baseou-se na hipótese clínica de TB ter constado de maneira explícita no pedido médico de cada exame, bem como na respectiva amostra de LBA ter sido processada tanto pela micobacteriologia (baciloscopia com Ziehl-Neelsen e/ou auramina-O e cultura em Löwenstein-Jensen e/ou BACTEC) quanto pela biologia molecular (PCR - Roche Amplicor®). Definiu-se como padrão ouro do diagnóstico de TB o resultado positivo da cultura do LBA e o achado de granulomas com necrose caseosa nas biópsias transbrônquicas eventualmente realizadas. Não foram avaliadas doenças e imunodeficiências de base, achados radiológicos nem antecedentes pessoais ou contatos prévios. **Resultados:** a idade dos pacientes variou de 16 a 86 anos; 107 eram homens. Cinco diagnósticos estabelecidos por biópsias transbrônquicas foram acrescidos às 14 culturas positivas desta casuística, totalizando 19 casos confirmados de TB (9,9% do total de 192 broncoscopias) segundo o padrão ouro adotado. A comparação entre os resultados dos diferentes métodos encontra-se na Tabela 1 e a análise estatística na Tabela 2:

<b>Tabela 1</b> Lavado Broncoalveolar	Baciloscopia		Cultura		Padrão Ouro	
	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa	Tuberculose	Outros
PCR positiva	5	18	13	10	17	6
PCR negativa	0	169	1	168	2	167

<b>Tabela 2</b> análise estatística	PCR:	Sensibilidade	Especificidade	Valor Preditivo Positivo (VPP)	Valor Preditivo Negativo (VPN)
Total de casos		89,5%	96,5%	73,9%	98,8%
só baciloskopias negativas		85,7%	96,5%	66,7%	98,8%

**Conclusão:** apesar da PCR ter identificado 85,7% dos casos de TB com baciloscopia negativa, existe um número significativo de falsos positivos, resultando num VPP de apenas 66,7%. A adoção do método na rotina clínica pode ser todavia justificada pelo seu alto VPN, o qual será tanto maior quanto menor for a prevalência de TB na população amostrada.



# ÍNDICE DE AUTORES

ABDALLA LG .....	27, 31, 34, 36	BEDIN DCC .....	51,86
ABE NS .....	37,74	BEDIN DCC .....	86
ABRÃO FC .....	33	BERALDO BLM .....	9,10,52,86
ACENCIO MMP .....	12,56,59,102	BERALDO CL .....	9,10,52,86
ADABO GG .....	101	BERNARDES RB .....	78
ADDE FV .....	92	BERTANI AL .....	97,98
AFONSO JR. JE .....	28,31,34,36,37,81,100	BERTUZZO CS .....	91,92, 93
AFONSO JR. JR .....	27	BEYRUTI R .....	21,23
AFONSO MAP .....	45	BIBAS BJ .....	21,32,35
AIMURA FE .....	28	BIRAL AT .....	98
ALBUQUERQUE ALP .....	19,26	BISSOLI L .....	15
ALBUQUERQUE NETO AA .....	16,65,86	BITTENCOURT LRA .....	39
ALCANTARA GCP .....	53	BITTENCOURT LRB .....	41
ALENCAR IMMM .....	29	BIZON JA .....	34,38
ALMEIDA AL .....	30	BIZON OA .....	20
ALMEIDA DO .....	42	BOK YOO HH .....	62,67
ALMEIDA GC .....	62	BOLDORINI JC .....	94, 95, 96
ALMEIDA GE .....	8,88,89,90	BONATTO IG .....	49,86,102
ALMEIDA MB .....	85	BORGES US .....	50
ALMEIDA MDT .....	81	BRANDAO AP .....	100
ALMEIDA RB .....	44	BRITO EDV .....	25
ALMEIDA RJ .....	98	BRITO JS .....	90
ALVARENGA VA .....	101	BRITO RS .....	77
ALVINOALG .....	91	CAIRES TN .....	17
AMADO VM .....	64, 65	CALEIRO MTC .....	47
AMARAL TS .....	84,94	CAMARGO AA .....	84,94,95,96
AMATO M .....	100	CAMARGO PCLB .....	27,28,37
AMORIM CF .....	69	CAMINO AM .....	70,72,73
ANDRADE IALD .....	40	CAMPOS AC .....	84
ANDRADE NETO JD .....	60	CAMPOS JUNIOR M .....	84
ANDRADE RNS .....	55	CAMPOS LC .....	44
ANDRADE RR .....	35	CAMPOS SV .....	26
ANDRIES LC .....	42	CAMPOS SV .....	27,28,31,37,37,74
ANTONANGELO L .....	12,49,56,57,59,101	CANZIAN M .....	74,76
ANTONIOLLI AB .....	71	CAPELOZZI VL .....	12,49
AQUINO BG .....	82	CAPITANI EM .....	45,48,61
ARAUJO ACS .....	9	CARDOSO FOM .....	13,14,45,49,58,61,62,63,70,72,73
ARAUJO FILHO AB .....	40	CARDOSO FOMC .....	48
ARAUJO LB .....	20,34,38	CARDOSO TM .....	25
ARAUJO MS .....	15,52,53,54,89	CARIBÉ JMC .....	12
ARAUJO PN .....	16,18,22,23,24,57	CARNEVALE GG .....	12,49,56,59,101
ARAUJO RV .....	40	CARRARO R .....	27,28,31,34,36,37
ARRUDA LK .....	43	CARVALHO CRF .....	78,79,80,84,94,95,96
ASSIS FFAM .....	16,49,102	CARVALHO CRR .....	15,52,54,100
ASSIS PV .....	71	CARVALHO CRRC .....	47
ATHANAZIO RA .....	8,84,88,89,90,94,95,96	CARVALHO GOM .....	10,42,47,50,54,58,66,87,88,89,102
AZEVEDO DP .....	69	CARVALHO JUNIOR LCS .....	97
BACHICHI DG .....	28	CARVALHO LJF .....	45
BACHICHI NC .....	28	CASTELLANO MVCO .....	10,42,47,50,54,58,66,87,88,89,102
BACHICHI TG .....	28	CASTILHO EC .....	36
BADKE L .....	39, 41	CASTRO JH .....	30
BAGATIN E .....	43	CASTRO MDC .....	46,51
BALDI BG .....	52,88	CASTRO RA .....	94, 95
BALDI BGI .....	53,54	CATANEO AJM .....	17,25,27,29,35,36
BAMMANN R .....	26,37,74,75,104	CATANEO DC .....	17,25,27,29,35,36
BARBAR SM .....	99	CAU LP .....	10,42,47,50,58,66,87,88,89,102
BARBEIRO AS .....	13,14,48	CAVALIERE CV .....	25,29,30
BARBOSA MDS .....	91	CERQUEIRA EMFP .....	63
BARBOSA TM .....	64,65	CHANG MR .....	42
BARDI FCM .....	45	CHATE RC .....	15,17,57
BASSANEZE V .....	63	CHAVES AR .....	25,29,30,

CHEMIN RN .....	67
CHIAVEGATO LD .....	69,78,82,83
CODEÇO AM .....	49
COELHO G .....	39,41
COELHO LS .....	68,97,98
COLETTA ENAM .....	47,50,54,58
CORTOPASSI AC .....	25
COSTA AIMC .....	29
COSTA AN .....	31
COSTA BM .....	55
COSTA CMO .....	86
COSTA D .....	84
COSTA DB .....	13
COSTA JÚNIOR AS .....	15,19,20,21,22,56,61
COSTA MCP .....	103
COSTA NA .....	27,28,36,37
COSTA RA .....	91
COSTA RGF .....	55
CUENTAS ERP .....	12,49
CUKIER A .....	8,78,80,84, 89,90,94,95,96
DAL CORSO S .....	71,84, 94, 95, 96
DAVID RM .....	97
DE CAPITANI EM .....	13,14,63,70,72,73
DE GODOY I .....	97,98
DELTREGGIA L .....	49,65
DEMARZO SE .....	75
DESSUNTE AO .....	26,37,76
DIAS MB .....	59
DIAS OM .....	47,54
DIAS VL .....	33,35
DIDIER-NETO FMF .....	27,37,53
DOMINGUES .....	JS 66
DORIA SMS .....	70,73
DOURADO AM .....	64,103
DUARTE JO .....	77
DUARTE JUNIOR DM .....	87
EL DIB R .....	17
EMERICK T .....	47
ENDO CM .....	98
ENGLEITNER HA .....	45
ERNESTO SUCCI JE .....	22
ESPIRITO SANTO CHS .....	103
FABRICIO MZ .....	67
FACCO G .....	71
FAGUNDES AB .....	46,100
FALASHI RH .....	31
FARIA FV .....	10,42,47,50,58,66,87, 88, 89,102
FEITOSA RMNC .....	64
FELICIO ML .....	35
FELISBERTO JR. G .....	25,27,29,30,36
FELTRIM MIZ .....	81
FERNANDES DA .....	89, 90
FERNANDES FA .....	8,85,95
FERNANDES LM .....	28,31,34,36
FERNANDES MC .....	69
FERNANDES RA .....	97
FERNANDEZ A .....	33
FERRAZ E .....	43
FERREIRA AD .....	97
FERREIRA AP .....	37,75,104
FERREIRA EVM .....	65
FERREIRA FC .....	10,42,47,50,58,66,87,88,89,102
FERREIRA NP .....	76
FERREIRA RG .....	46,49,51
FIGUEIREDO FG .....	100
FIGUEIREDO LC .....	6,86
FIGUEIREDO RG .....	00
FIGUEIREDO RG .....	46,90
FIGUEIREDO VR .....	26,37,74,75,76,104
FIGUEREDO JM .....	101
FOLADOR JB .....	19,20,21,22,24,56,61
FONTANA F .....	64,65
FRAGA TBP .....	67
FREIRE APCF .....	97
FREIRE JAS .....	43,64,70,103
FREITAS CSG .....	15,52,53,54,
FREITAS FM .....	69
FUKUI P .....	92
FULLER R .....	47
GAMA MDP .....	31,33,335
GARBUIO S .....	39,41
GARCIA RCL .....	9
GARCIA T .....	68,97
GASTALDI AC .....	79
GAZZOTTI M .....	68
GIAFFERI CAS .....	56,59
GIMENES AC .....	69
GIMENEZ A .....	46,51
GODOY I .....	68,69, 97,98
GOES FCGS .....	54
GOMES DRV .....	46,49,65
GOMES LG .....	68
GOMES LGS .....	8
GOMES MRA .....	23
GOMES NETO A .....	77
GOMES OS .....	47,54
GOMES PS .....	10,42,47,58,66,87,88,89,102
GOMES R .....	39,41
GONÇALVES ANR .....	40
GONÇALVES CPCRR .....	62
GONÇALVES S .....	86
GRECCO LG .....	50
GREGHI GK .....	62
GRUBERT CS .....	42
GUEDES BALDI B .....	47
GUIMARAES TM .....	39,41
GUIRRA ACO .....	100
GUMIEIRO DN .....	25
HADDAD BM .....	44
HAMADA AY .....	28
HASIMOTO EM .....	25,27,29,35,36
HASSE FB .....	40
HELIO MINAMOTO H .....	32
HONDA A .....	86
HONDA PAA .....	19,20,21,22,24,56,61
HONMA HN .....	13
HORTENCIO MNS .....	81
HORTENSE AB .....	40
ISHII V .....	57,60
JACÓ MB .....	103
JACÓ MB .....	64
JACOMELLI M .....	74,75,76,104

JAMNIK S.....	16	MELO JS.....	45
JARDIM JR.....	68	MELO SRG.....	8
JATENE FB.....	32,63	MENDES RCM.....	104
KAIRALLA RA.....	15,47,52,53,54	MENDONCA FP.....	48
KALIL ME.....	84,87,101	MENDONÇA TO.....	77
KAWANO-DOURADO L.....	15,47,53	MENEZES AQ.....	25,29,30
KAY FU.....	15,17,47	MERLI APD.....	69
KAZANTZIS T.....	19,20,21,22,24,56,61	MESQUITA CB.....	68,97
KELLNER V.....	68	MESQUITA JUNIOR SG.....	20,34,38
KISO K.....	98	MIGOTTO ML.....	98
KURANISHI LT.....	46,51	MILINAVICIUS R.....	47,58,87,88,102
LADIPO OMA.....	23	MINAMOTO H.....	35
LANZA FC.....	84, 94, 96	MIOTTO A.....	19,20,21,22,24,56,61
LAPA MS.....	63	MIRANDA EF.....	71
LASTEBASSE FG.....	87,89,102	MIZUTANI RF.....	15,44,53
LAURICELLA LL.....	22,23,24	MORAES CB.....	13,14,45,48,49,58,61,63,72,73
LEAL-JUNIOR ECP.....	71	MORAES MV.....	78
LEÃO LEV.....	19,20,24,56,61,22	MORAIS CA.....	65
LEIRO LC.....	23	MORAIS FLSL.....	91
LEITE LPS.....	55	MOREIRA GL.....	68
LEME MST.....	13,14	MOREIRA MM.....	62,70,73
LEMONS BS.....	62	MOREIRA SL.....	64,103
LIMA E.....	75,76,104	MORENO AM.....	13
LIMA JF.....	44	MORRONE RCTGL.....	64,103
LIMA MS.....	50,54	MOURA R.....	35
LIMA NETO JC.....	17	MULLER PT.....	42
LIZZI EAS.....	70	NACIF. S.....	39
LOPES TM.....	9	NADAI TR.....	32
LOURENÇÃO PLTA.....	36	NAGY AL.....	74,76
LUCENA CM.....	91	NAKAIE CMA.....	92
LUNARDI AC.....	78,79,80,82,83	NASCIMENTO JFS.....	44
LUZ GCP.....	39,41	NASCIMENTO OA.....	68
MACEDO RF.....	45	NAVARRO FC.....	66
MACHARELLI CA.....	69	NEDER JA.....	69
MACIEL AA.....	25	NEGREIROS AW.....	78
MACIEL LOR.....	55	NEPOMUCENO N.....	32
MAGALHAES EF.....	10	NERY LE.....	39,69
MAGALHAES EMS.....	44,45	NEVES PFM.....	82
MAGALHAES FMA.....	44	NOGUEIRA JPVCJ.....	26,74
MAIA AC.....	91	NORMANDO VMF.....	82
MAIORANO MCNT.....	8,88, 89,90	NUEVO VC.....	28
MANUEL MS.....	104	NUNES CSM.....	94, 95, 96
MARÇAL LJ.....	12,49,56,59,101	OLIVEIRA BS.....	99
MARCHETTI FILHO MA.....	56	OLIVEIRA DC.....	64,65
MARCHETTI PH.....	71	OLIVEIRA E SILVA L.....	41
MARCHI E.....	49	OLIVEIRA EQ.....	26,37,74,75
MARGOTTO SS.....	97	OLIVEIRA FNG.....	15,17
MARIANI AW.....	14, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 32, 33, 35, 55, 57, 60	OLIVEIRA HB.....	103
MARIN-LEÓN L.....	103	OLIVEIRA JC.....	91
MARQUES LNQF.....	91	OLIVEIRA JCM.....	81
MARSON FAL.....	91,92, 93	OLIVEIRA KA.....	32
MARTINES GC.....	66	OLIVEIRA MM.....	20,34,38
MARTINEZ JAB.....	40,73,79	OLIVEIRA OCG.....	54
MARTINEZ R.....	79	OLIVEIRA R.....	56
MARTINS FC.....	13,14, 48, 49, 58, 61, 62, 63, 70, 72,	OLIVEIRA RA.....	46
MARTINS IC.....	44	OLIVEIRA RK.....	65
MARTINS RB.....	86	OLIVEIRA RL.....	24,57
MARTINS SM.....	11,72	OLIVEIRA RP.....	46
MARTINS T.....	62	ONISHI R.....	59
MATOS IM.....	77	OTA JS.....	65
MEDEIRO WMS.....	69	PADULA RS.....	78

PAES FCBM .....	56	RUIZ JR RL .....	30
PAES FCBMN .....	59	RUIZ LM .....	32
PAISANI DM .....	78,79,80	RYMKIEWICZ E .....	19,20,21,22,24,56,61
PAIVA M .....	64,103	SÁ DM .....	40
PALHARES LC .....	70,73	SAAD JÚNIOR R .....	15,17
PALOMINO ALM .....	74,75,76,104	SABBION RO .....	33,55
PANICO ALBG 15 .....		SACHETTO Z .....	48
PARREIRAS RCS .....	46,100	SAITO M .....	64,103
PASCHOAL IA .....	49,58	SALES GTM .....	52
PASCHOAL IA .....	61,62,70,72,73	SALES RKB .....	12,56,59,101
PATUSCO LA .....	42	SALGE JM .....	85
PAULA SILVA GOMES .....	50	SALIBE FILHO W .....	11,63,72
PAZETTIR .....	71	SALLES PD .....	13,14,45,48,49,58,61,62,63,70,72
PÊGO-FERNANDES PM .....	14,16,18,19,21,22,23,24,26,27,28, 31,32,33,34,35,36,37,55,57,60,74,81	SAMANO AN .....	31
PEREIRA CAC .....	9,46,49,51,52,65	SAMANO MN .....	27,28,34,36,37,63
PEREIRA DAS .....	15,53,54	SAMPAIO LM .....	94
PEREIRA DM .....	71	SAMPAIO PC .....	85
PEREIRA JF .....	15,17	SANTELLA F .....	16,86
PEREIRA LM .....	87	SANTOS CHS .....	45
PEREIRA MC .....	45,49,58,61,62,63,70,72,73	SANTOS EB .....	78,80
PEREIRA SV .....	60	SANTOS GA .....	66
PERES HM .....	101	SANTOS LT .....	45
PEREZ MO .....	87,101	SANTOS MACS .....	10
PERFEITO JAL .....	24	SANTOS NBS .....	46
PERROUD MW .....	13	SANTOS RS .....	15,17
PESTANA PRS .....	97	SANTOS SR .....	43,70
PIMENTA SP .....	54	SANTOS TS .....	14,16,22,57
PIMENTEL DS .....	84,87	SANTOS UP .....	44
PINTO RC .....	8,89,90,94	SANTOS VPM .....	46,100
PINTON AM .....	9	SARUHASHI T .....	98
POLLO T .....	89	SAVAZZI FH .....	18
POLONIO IB .....	66,98	SAVIOLI MTG .....	102
PONTES SMR .....	79	SCARPA EC .....	99
PORRAS DC .....	78,79,80	SCHARFF IC .....	53
PRADO SP .....	42,47,50,54,58,66,86,87,88,89,102	SCHERECK K .....	12
PUKA J .....	55,59	SCORDAMAGLIO PR .....	76
QUAGLIATO JUNIOR R .....	61	SERRANO RRP .....	23
QUEIROZ DS .....	83	SEVERINO MP .....	45
QUEIROZ LF .....	53	SGAVIOLI MP .....	98
QUELUZ TT .....	62,67	SILAVA PHA .....	64,65
RACHED SZ .....	8,84,88,89,90,94,95,96	SILVA AEO .....	81
RAMOS D .....	97	SILVA AG .....	40
RAMOS DH .....	49	SILVA BR .....	12
RAMOS EMC .....	97	SILVA BS .....	56,97
RAMOS RP .....	65	SILVA CBM .....	78,79,80,101
RAPELLO GV .....	71	SILVA DC .....	63
REIS SMT .....	8	SILVA GA .....	73
RIBEIRO AF .....	91,92,93	SILVA JCS .....	49
RIBEIRO JD .....	72,91,92,93	SILVA JDPA .....	91
RIBEIRO VC .....	13,14	SILVA LO .....	39
RICCETTO AFM .....	99	SILVA MFA .....	59
RIUTO FO .....	14,33,35,36	SILVA PRAA .....	104
RIZZATTI FPG .....	99	SILVA R .....	78,80
RODRIGUES AJ .....	74,75	SILVEIRA RM .....	40
RODRIGUES JC .....	85,92	SIMONETI CS .....	43,70
RODRIGUES JUNIOR JC .....	81,86	SIMSIC AA .....	73,79
RODRIGUES MM .....	66	SOARES LV .....	44
RODRIGUES SCS .....	50,54	SOARES MR .....	46,47,49,51
ROSA DMC .....	69	SOARES TMSF .....	46,100
ROZANSKI A .....	81	SOBREIRA ML .....	35
		SOUSA AD .....	45

SOUSA AFT .....	44	YONEZAW GNA .....	63
SOUSA JÚNIOR PJM .....	91	YONEZAWA GN .....	13,48
SOUSA SMB .....	8	YOSHIOKA LH .....	59
SOUZA DC .....	82,83	ZAMBON L .....	13,14,48,61
SOUZA GF .....	68	ZUBA VDV .....	100
SOUZA JC .....	87		
SOUZA JM .....	85,92		
SOUZA JS .....	29		
SPRINGER PLA .....	86		
SQUEFF FA .....	20,34,38		
STELMACH R .....	8,78,80,84,89,90,		
STIRBULOV R .....	98		
STORRER KM .....	46,51		
SUCCI JE .....	15,17,19,20,21,24,56,61		
SUESADA MM .....	19,26,57,60		
TAGLIARINI JV .....	30,36		
TAKAGAKI TY .....	74		
TAKEGAWA BK .....	36		
TAMAGNO MF .....	21		
TAMBASCIO J .....	73		
TAMBASCIO J .....	79		
TANNI SE .....	68,97,98		
TANNUS CS .....	9		
TAVARES LPB .....	26,75,76,		
TAVORA FRF .....	77		
TEBCHERANI AJ .....	54		
TEIXEIRA FO .....	20,34,38		
TEIXEIRA LR .....	12,49,55,56,59,101		
TEIXEIRA RHOB .....	26,27,28,31,34,36,37,63,74		
TEIXEIRA RM .....	60		
TELES GBS .....	54		
TERRA RM .....	14,16,18,19,21,22,23,24,26,32,33,35,55,57,59,60,74		
TERRA-FILHO M .....	63		
TIBANA RCC .....	46,51		
TIYAKI ITO J .....	97		
TOBELEM DC .....	82		
TOGEIRO SM .....	41		
TORO IF .....	63		
TORRES HCC .....	26,37,76		
TORRES MIBF .....	103		
TRAJANO ALC .....	15,17		
TUFIK S .....	39,41		
TYAMALE T .....	104		
VALERY MIA .....	87,88,89,102		
VALLILO CC .....	19,26		
VARGAS FS .....	12,49,56,59,101		
VASSALO J .....	13		
VEJA AD .....	16,18,22,23,24,33		
VEJA NA .....	12		
VELOSO GL .....	45		
VIANA CMS .....	77		
VIANNA EO .....	40,43,70		
VIANNA FAV .....	10		
VIEIRA ALP .....	10		
VIEIRA JUNIOR G .....	71		
VILLAS BÔAS PJF .....	62,67		
VITORIO PK .....	66		
VOLPE VLGS .....	64,103		
WADA JT .....	78,80		
WEREBE E .....	34,36,82,83		
WITTMANN SV .....	85		



**Seretide®** xinafoato de salmeterol, propionato de fluticasona. **APRESENTAÇÕES:** **Seretide®** é apresentado em dois inaladores distintos: **Seretide® DISKUS** e **Seretide® SPRAY**, ambos para inalação oral apenas. **Seretide® DISKUS** é apresentado na forma de pó, lacrado em um invólucro laminado metálico, que deve ser aberto apenas quando o medicamento for usado pela primeira vez, acondicionado em um dispositivo plástico em forma de disco, contendo um strip com 28 ou 60 doses nas apresentações: **50/100mcg; 50/250mcg; 50/500mcg**. **Composição:** Cada dose de **Seretide® DISKUS** contém: xinafoato de salmeterol 72,5 mcg (equivalente a 50mcg de salmeterol) e propionato de fluticasona 100 mcg; 250 mcg ou 500 mcg. Excipiente: Lactose qsp 1 dose. **Seretide® SPRAY** é um aerossol para inalação, consistindo de uma suspensão de salmeterol e propionato de fluticasona no propelente HFA134A (sem CFC), contida em um recipiente de liga de alumínio lacrado com uma válvula medidora, contendo 120 doses nas apresentações: **25/50mcg; 25/125mcg; 25/250mcg**. **Composição:** Cada dose de **Seretide® SPRAY** contém: xinafoato de salmeterol 36,3 mcg (equivalente a 25 mcg de salmeterol) e propionato de fluticasona 50 mcg; 125 mcg ou 250 mcg. Veículo: propelente HFA134A qsp 75mg. **INDICAÇÕES:** **Seretide®** está indicado no tratamento de manutenção da asma (doenças obstrutivas reversíveis do trato respiratório) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), incluindo bronquite crônica e enfisema pulmonar. **POSOLOGIA:** **Seretide®** deve ser utilizado regularmente, mesmo quando os pacientes estejam assintomáticos. Pacientes devem ser reavaliados regularmente para o adequado ajuste posológico e controle da asma ou DPOC. **Adultos e adolescentes acima de 12 anos: Seretide® DISKUS:** 50/100, 50/250 ou 50/500mcg - uma inalação, duas vezes ao dia. **Para o tratamento da DPOC** na dose 50mcg/500mcg, duas vezes ao dia, foi demonstrado que o **Seretide®** reduz a mortalidade por todas as causas. **Seretide® SPRAY:** 25/50, 25/125 ou 25/250mcg - duas inalações, duas vezes ao dia. **Crianças acima de 4 anos: Seretide® DISKUS:** 50/100 mcg - uma inalação, duas vezes ao dia. **Seretide® SPRAY:** 25/50 mcg - duas inalações, duas vezes ao dia. **CONTRAINDICAÇÕES:** o uso de **Seretide®** é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da fórmula. **PRECAUÇÕES:** **Seretide®** não deve ser usado no alívio dos sintomas agudos. Nesta circunstância, deve ser utilizado um broncodilatador de ação rápida (salbutamol, por exemplo). O paciente deve ser avisado para manter sua medicação de alívio sempre disponível. O aumento do uso de agonistas de receptores adrenérgicos  $\beta_2$  de curta ação para controle dos sintomas indica deterioração do controle da asma. A deterioração repentina e progressiva do controle da asma é potencialmente uma ameaça à vida e deve-se considerar aumento de corticoterapia. O tratamento com **Seretide®** não deve ser suspenso abruptamente. **Seretide®** deve ser administrado com cautela à pacientes portadores de tuberculose pulmonar ativa ou quiescente e à pacientes portadores de tireotoxicose. Verificou-se um aumento da notificação de pneumonia em estudos de pacientes com DPOC que receberam salmeterol/propionato de fluticasona. Aumento da pressão arterial sistólica (PAS) e frequência cardíaca, podem ocasionalmente ser observados. Pode ocorrer hipocalcemia transitória. Efeitos sistêmicos podem ocorrer com o uso de corticoides inalatórios em altas doses por períodos prolongados, no entanto este efeito é mais frequentemente observado com o uso de corticoides orais. Alguns efeitos sistêmicos prováveis incluem síndrome de Cushing ou manifestações Cushingóides, supressão adrenal, retardo no crescimento de crianças e de adolescentes (crianças recebendo tratamento com corticoide inalatório a longo prazo devem ter seu crescimento monitorado), diminuição na densidade óssea, catarata e glaucoma. Pacientes submetidos a situações de estresse ou em transferência de terapia de corticoides orais para via inalatória necessitam de cuidado especial e de monitorização regular da função adrenocortical. A suspensão da terapia sistêmica deve ser gradual e pacientes podem necessitar de terapia complementar com corticoides em caso de crise. Houve relatos raros de aumento da glicemia. Foi demonstrado um aumento significativo das mortes relacionadas à asma em pacientes que receberam xinafoato de salmeterol (estudo SMART). Dados desse estudo sugeriram que afro-americanos podem apresentar um risco maior de eventos respiratórios graves ou de morte ao usar xinafoato de salmeterol, em comparação a placebo. Não se sabe se isso se deve a fatores farmacogenéticos ou a outros fatores. Como em outras terapias inalatórias, pode ocorrer broncoespasmo paradoxal, com aumento na dificuldade de respirar, após a dose. Este quadro deve ser imediatamente revertido com o uso de um broncodilatador de ação rápida e o uso de **Seretide®** deve ser interrompido. Foram relatadas palpitações subjetivas durante o tratamento com agonistas  $\beta_2$ , que tendem a ser transitórios e diminuir com a terapia regular. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O uso concomitante de  $\beta$ -bloqueadores seletivos e não-seletivos deve ser evitado, a menos que existam razões suficientes para associação destes. Sob circunstâncias normais, baixas concentrações plasmáticas do propionato de fluticasona são alcançadas após inalação. Portanto, é improvável a ocorrência de interações medicamentosas clinicamente significativas. Efeitos sistêmicos, tais como síndrome de Cushing e supressão adrenal foram observados em pacientes sob o uso de propionato de fluticasona e ritonavir (inibidor potente do CYP3A4). Por isso, o uso concomitante com ritonavir deve ser evitado. Aconselha-se cautela ao co-administrar inibidores potentes do CYP3A4 (p. ex. cetoconazol), pois pode aumentar a exposição sistêmica à fluticasona. Da mesma forma pode haver aumento significativo da concentração plasmática de salmeterol. Isso pode levar a um prolongamento do intervalo QTc. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** O uso somente deve ser considerado se o benefício esperado para a mãe for maior que qualquer risco para o feto. **REAÇÕES ADVERSAS:** candidíase oral e orofaríngea, pneumonia em pacientes com DPOC, reações cutâneas de hipersensibilidade, dispnéia/broncoespasmo e reações anafiláticas, hiperglicemia, ansiedade, distúrbios do sono, mudanças comportamentais como hiperatividade e irritabilidade (principalmente em crianças), cefaleia, tremor, palpitação e arritmias cardíacas, como fibrilação atrial, taquicardia supraventricular e extra-sístoles, disfonía, irritação em orofaringe, contusões, câibra, artralgia, angioedema e possíveis efeitos sistêmicos (ver item Precauções). **SUPERDOSAGEM:** não existem relatos de superdosagem com o uso de **Seretide®**. Os sintomas de superdosagem para o salmeterol são tremor, cefaleia, taquicardia, elevação PAS e hipocalcemia. A inalação de propionato de fluticasona em doses muito acima daquelas recomendadas pode levar à supressão temporária da função adrenal, podendo levar a uma crise adrenal aguda, principalmente em crianças. **ARMAZENAGEM:** Manter o produto na embalagem original, em temperatura inferior a 30°C. Proteger da luz e congelamento. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. GlaxoSmithKline Brasil Ltda. Estrada dos Bandeirantes, 8.464 – Rio de Janeiro – RJ. CNPJ: 33.247.743/0001-10. Indústria Brasileira.** A bula completa do medicamento e outras informações estão à disposição, sob solicitação, ao Serviço de Informação Médica 0800 701 22 33 ou sim.brasil@gsk.com. Reg. MS 1.0107.0230. mBL\_seret\_diskus\_spray\_GDS30\_IPI15v1 e GDS30\_IPI14\_v1

Material de divulgação exclusiva para profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos. Recomenda-se a leitura da bula e da monografia do produto antes da prescrição de qualquer medicamento. Mais informações à disposição sob solicitação ao serviço de informação médica (DDG 08007012233 ou <http://www.sim-gsk.com.br>). Para notificar eventos adversos ocorridos durante o uso de medicamentos da GlaxoSmithKline, entre em contato diretamente com o Departamento de Farmacovigilância da empresa pelo e-mail [farmacovigilancia@gsk.com](mailto:farmacovigilancia@gsk.com) ou através do representante do grupo de empresas GSK.

CRITATIVA - BR/SFC/0119/12 - JAN/13



SERVIÇO DE INFORMAÇÃO MÉDICA  
0800 701 2233 [www.sim-gsk.com.br](http://www.sim-gsk.com.br)

Estrada dos Bandeirantes, 8464  
Jacarepaguá - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22783-110  
CNPJ: 33247743/0001-10



# Seretide<sup>®</sup>

xinafoato de salmeterol  
propionato de fluticasona



**Seretide<sup>®</sup> é a terapia combinada que provou alcançar e manter o controle da asma definido pelo GINA.<sup>1</sup>**

**Melhora a qualidade de vida, reduz a mortalidade e a progressão da DPOC.<sup>2</sup>**

**Seretide<sup>®</sup> Diskus<sup>®</sup> é o dispositivo preferido\* dos pacientes.<sup>3</sup>**

\* Em comparação ao Turbuhaler<sup>®</sup> e Aerolizer<sup>®</sup>.

O uso de Seretide<sup>®</sup> é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da fórmula. Aconselha-se cautela ao coadministrar inibidores potentes do CYP3A4 (p. ex., cetoconazol).

**Referências:** 1. BATEMAN, ED. et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study. Am J Respir Crit Care Med, 170(8): 836-44, 2004. 2. CALVERLEY, PMA. et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med, 356(8): 775-89, 2007. 3. CANÇADO, JED. et al. Preferência dos pacientes entre dispositivos inalatórios de pó seco para tratamento da asma. Pulmão RJ, 13(2): 86-89, 2004.