

ISSN 1961-4364

# PNEUMOLOGIA Paulista



Órgão Informativo da  
Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia

Volume 22 • Nº 8 • 2009



FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

**Gestão 2008/2009**

**13º Congresso Paulista de  
Pneumologia e Tisiologia**



**SPIRIVA®** pode, *de forma sustentada,* mudar o modo como os pacientes convivem com a DPOC<sup>1</sup>.

- **SPIRIVA®** impacta o curso clínico da DPOC no longo prazo sustentando os benefícios promovidos por ele.<sup>1</sup>
- Tratando precocemente com **SPIRIVA®** é possível **oferecer benefícios clínicos mantidos** por 4 anos, interferindo no curso clínico da DPOC, independente do uso de medicamentos concomitantes.<sup>1</sup>

Curso clínico da DPOC pelos estádios do GOLD<sup>2</sup>



**Benefícios sustentados de SPIRIVA® vs controle em longo prazo<sup>1</sup>**

Material destinado exclusivamente aos profissionais de saúde habilitados a prescrever e/ou dispensar medicamentos.

1. Tashkin DP, Cell B, Senn S, et al, on behalf of the UPLIFT (Understanding Potential Long term Impacts on Function with Tiotropium) study investigators. A 4 year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease executive summary. Updated 2007. <http://www.goldcopd.com>. Accessed September 5, 2008.

SPIRIVA® foi desenvolvido pela Boehringer Ingelheim e é co-promovido pela Boehringer Ingelheim e Pfizer.



Vida. Será melhor... **SPIRIVA®**  
tratamento de manutenção

A bula de SPIRIVA® encontra-se disponível em outra página desta edição.

**DIRETORIA**

**Presidente:** José Eduardo Delfini Cançado  
**Vice-Presidente:** Jaqueline Sonoe Ota Arakaki  
**Secretária Geral:** Regina Maria de Carvalho Pinto  
**1º Secretário:** Ricardo Millinavicius  
**2ª Secretária:** Valéria Cristina Vigar Martins  
**Diretor de Finanças:** Oliver Augusto Nascimento  
**Diretor de Assuntos Científicos:** Gustavo F. Prado  
**Diretor de Divulgação:** Paulo Manuel Pêgo Fernandes  
**Diretor Informática:** Eduardo Henrique Genofre

**COMISSÕES**

**Assuntos do Interior:** Alex Gonçalves Macedo  
**Defesa Profissional:** José Eduardo Gregório Rodrigues  
**Ensino:** Mônica Corso Pereira  
**Promoções:** Nephthali Segal Grinbaum  
**Assuntos da Grande São Paulo:** Sidney Bombarda

**DEPARTAMENTOS**

**Cirurgia Torácica:**  
 Roberto Saad Júnior; João Aléssio Juliano Perfeito; Rodrigo Caetano de Souza  
**Endoscopia Respiratória:**  
 Viviane Rossi Figueiredo; Miguel Lia Tedde; Nilza Sayuri Abe  
**Pediatria:**  
 Maria Helena Bussamra; Marina Buarque de Almeida  
 Ana Clara Toschi Gianotti de Souza  
**Fisioterapia Respiratória:**  
 Lara Maris Nápolis; Priscila Batista de Souza  
 Marisa Afonso A. Brunherotti  
**Conselho Fiscal - Efetivos:**  
 Ana Luisa Godoy Fernandes; Alberto Cukier;  
 Carlos Alberto de Castro Pereira  
**Suplentes:**  
 Rafael Stelmach; Roberto Stirbulov; Mário Terra Filho  
**Conselho Deliberativo**  
 Fernando Augusto Fiuza de Melo; Francisco Vargas Suso  
 Jorge Nakatani; José Antônio Baddini Martinez; Manuel Lopes dos Santos; Maria Vera Cruz de Oliveira Castellano  
 Miguel Bogossian; Nelson Morrone; Ricardo Beyruti; Sonia Maria Faresin; Virgílio Alexandre Nunes de Aguiar

**REGIONAIS**

**Regional do ABC**  
 Presidente: Marcelo Gervilla Gregório  
 Secretário: Márcio Abreu Neis  
**Regional de Araraquara / Bauru / Botucatu**  
 Presidente: Eduardo Ferraz Hage  
 Secretário: José Eduardo Bergami Antunes  
**Regional de Campinas**  
 Presidente: Ana Maria Camino  
 Secretária: Márcia Diniz  
**Regional de Marília**  
 Presidente: Virgínia Maria Cavallari Strozze Catharin  
 Secretária: Gisele César de Rossi Agostinho  
**Regional de Ribeirão Preto**  
 Presidente: Ana Carla Souza de Araujo  
 Secretário: Hugo Alejandro Veja Ortega  
**Regional de Santos**  
 Presidente: Fabiola Gomes Rodrigues  
 Secretário: Thiago Fernandes Leomil  
**Regional de São José dos Campos**  
 Presidente: Douglas Carlyle Belculfiné  
 Secretária: Maria Helena Magalhães Rezende  
**Regional de São José do Rio Preto**  
 Presidente: Benedito Aparecido Caiel  
 Secretária: Elaine Mara Cesaretti de Paula

**GESTÃO 2008/2009**

- 4 *Palavra do Presidente*
  - 5 *Educação Continuada*
  - 6 *Pneumologia Paulista: Revisão e Atualização*
  - 7 *SPPT e a comunidade*
  - 8 *30 Anos da SPPT*
  - 9 *SPPT na era virtual*
  - 10 *13º Congresso de Pneumologia e Tisiologia*
  - 11 *SPPT na mídia*
- Agradecimentos*
- 11 ANAIS DO 13º CONGRESSO PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**

**NOSSA CAPA**

O serviço de Pneumologia da Faculdade de Medicina ABC iniciou-se em 1972, apenas como uma disciplina, do 4º ano. As aulas eram ministradas nas tardes de 6as. feiras, quando a faculdade não tinha prédio próprio. As aulas práticas eram dadas em hospitais conveniados, sem nenhuma perspectiva de ambulatórios e muito menos de pesquisas.

Ao longo do tempo, houve muitas crises e muito aprendizado foi tirado delas. A faculdade foi crescendo, tomando novos rumos e, no início dos anos 90, ocorreu um crescimento acelerado, fruto da sincronia entre a faculdade, a mantenedora e as prefeituras da região.

Hoje, o serviço de Pneumologia é responsável por 2 enfermarias em 2 hospitais, com um total de 20 leitos. Responde também por Ambulatórios gerais e de sub especialidades como: Asma, Asma Grave, DPOC, Pleura, Interstício, Tosse Crônica, Hipertensão Pulmonar, Avaliação de Atletas, Pneumologia Pediátrica, Apnéia do Sono, distribuídos entre 3 unidades. Uma delas, é o Centro de Referência em Doenças Respiratórias, em parceria com a Prefeitura de São Bernardo do Campo, um exemplo de integração entre imunologistas e pneumologistas em benefício do paciente asmático.

Conta ainda com laboratórios de Função Pulmonar, de Ergoespirometria, de Estudos do Sono (Polissonografia), PH metria esofágica, Imunologia e Radiologia, além de 2 unidades de Reabilitação Pulmonar com mais de 1000 atendimentos mensais a pacientes com DPOC e outras pneumopatias.

A disciplina também atua na realização de pesquisas clínicas com uma equipe completa e apta para desenvolver ou executar pesquisas em parceria com a indústria farmacêutica.

**PNEUMOLOGIA PAULISTA**

Órgão Informativo da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia  
 Editor Responsável: Jaqueline Sonoe Ota Arakaki  
 Editoração Eletrônica: Miriam Miranda  
 Impressão: Gráfica Riopredense • Tiragem: 1500 exemplares

*Prof. Dr. Elie Fiss / Prof. Titular da Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina do ABC*

## A SPPT 2008-2009



*Diretoria e colaboradores  
na gestão 2008-2009*

Caríssimos sócios e participantes do 13º Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia,

Nesta edição da revista “Pneumologia Paulista” que encerra o ano de 2009 e contempla os resumos dos trabalhos que serão apresentados no nosso Congresso, aproveito o espaço para fazer um balanço das atividades realizadas pela SPPT no biênio 2008-2009.

Foi com muita satisfação que assumimos ao final de 2007, a presidência da SPPT, como o primeiro Presidente do interior do estado de São Paulo. Durante os 10 anos precedentes participamos de cargos de Diretoria tendo a oportunidade de conviver, crescer e aprender com grandes líderes da pneumologia paulista e brasileira, facilitando a continuidade ao excelente trabalho realizado pelas gestões anteriores na SPPT. Dessa forma, minha chegada à presidência mostra que a SPPT é um conjunto não somente de idealizadores, como também de inovadores, inserindo cada vez mais pneumologistas de todas as regiões do estado nas suas Diretorias.

Como primeira atividade de nossa gestão, realizamos uma reunião com Chefes das Universidades e Líderes da Pneumologia Paulista, com objetivo de nos aproximarmos e trabalharmos conjuntamente, pois, as Instituições, Universidades e a SPPT têm importante e complementar papel na formação e, capacitação dos profissionais da área respiratória. Alguns resultados positivos dessa excelente reunião foram a criação de Sub-Comissões dentro da SPPT, as quais passaram a ajudar na programação científica das Jornadas e Congresso, na produção de materiais para nossa

revista, “Pneumologia Paulista”, no conteúdo de nossos sites ([www.sppt.org.br](http://www.sppt.org.br) e [www.pulmonar.org.br](http://www.pulmonar.org.br)), nas reuniões de pizza clínica e na produção de materiais para leigos, junto à nossa assessoria de imprensa. Também decidimos, a partir de 2008, dar anuidade grátis aos Residentes de Medicina de Tórax, o que resultou na inserção de mais 200 novos colegas associados. Criamos também o corpo editorial responsável por elaborar a 8ª edição do livro “Atualização e Reciclagem em Pneumologia”, composto pelos colegas, Alberto Cukier, Irmã de Godoy, Mônica Corso Pereira e Paulo Pêgo Fernandes, aos quais aproveito para agradecer, pela dedicação e competência. Nessa 8ª edição do livro, optamos por um formato diverso dos anteriores, com a proposta de abranger todos os temas importantes da especialidade, com foco principal nos aspectos relativos ao diagnóstico e tratamento das enfermidades pulmonares. Assim, elaboramos um livro ao mesmo tempo amplo e conciso, detalhado e objetivo, com conteúdos atualizados preparados pelos melhores especialistas e cientistas da medicina torácica do estado de São Paulo. Mantendo a tradição, os sócios adimplentes da SPPT no biênio 2008-2009, receberão gratuitamente o novo livro que será lançado e distribuído, no dia 20 de novembro de 2009, durante o 13º Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia.

José Eduardo Delfini Cançado  
*Presidente da SPPT*  
[presidente@sppt.org.br](mailto:presidente@sppt.org.br)

# EDUCAÇÃO CONTINUADA

Dentro da programação científica da SPPT no biênio 2008-2009 realizamos sete Jornadas na capital, São Paulo e, doze no interior, em nossas Regionais. As tradicionais, irreverentes e educativas reuniões de pizza com chopp e discussão de

casos, foram mantidas e nesse período, tivemos dezesseis encontros cirúrgicos e oito clínicos, merecendo destaque a “100ª Pizza Cirúrgica”, em 05 de março de 2009, comemorada com muito orgulho pelos 110 colegas presentes.

## JORNADAS INTERATIVAS REALIZADAS EM SÃO PAULO - 2008

01/03/2008	Doenças Intersticiais Pulmonares
10/05/2009	Tromboembolismo Venoso
16/08/2008	Cuidados Perioperatórios
08/11/2008	III Jornada de Radiologia “Dr. Jorge Issamu Kavakama”

### PIZZAS CIRÚRGICAS - 2008

Número de eventos	Média de participantes por evento
9	80



### PIZZAS CLÍNICAS - 2008

Número de eventos	Média de participantes por evento
5	60



## JORNADAS REALIZADAS EM SÃO PAULO - 2009

25/04/2009	Marketing e Finanças Médicas
15/08/2009	Emergências Respiratórias
06/09/2009	Distúrbios Respiratórios do Sono

## JORNADAS NAS REGIONAIS DA SPPT - 2009

29/05/2009	Marília
18/06/2009	São Bernardo do Campo
27/06/2009	Campinas
22/08/2009	Ribeirão Preto
26/09/2009	Santos
22/08/2009	Barretos
24/10/2009	Catanduva

### PIZZAS CIRÚRGICAS - 2009

Número de eventos	Média de participantes por evento
9	75

### PIZZAS CLÍNICAS - 2009

Número de eventos	Média de participantes por evento
4	60



# REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

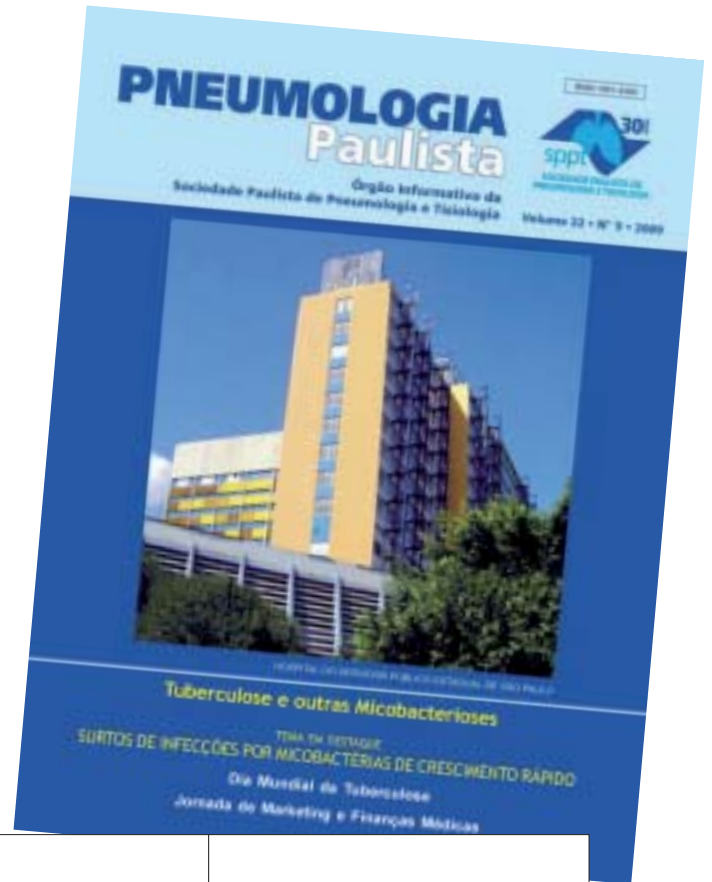
Um dos nossos grandes desafios, na gestão (2008-2009), foi o de tentar melhorar sempre a qualidade da nossa revista “Pneumologia Paulista”.

Optamos por abordar, em cada edição, temas específicos da área respiratória, fazendo uma revisão e atualização, com os objetivos ler, guardar e reler. Apesar do risco, o modelo deu certo. Em cada edição, através de revisões, relato de casos, discussão de artigos, foram feitas atualizações dos principais tópicos de cada tema. Colocamos em destaque também, as controvérsias, as perspectivas futuras e um pouco da história da pneumologia. As seções de imagem em pneumologia e epidemiologia clínica foram muito enriquecedoras. A Sociedade teve seu espaço para se posicionar na seção opiniões e ações.

Por acreditar que este modelo deu certo, nos dando liberdade de abordar de diversas formas, temas variados, não procuramos a indexação da revista neste momento. Esse objetivo ainda deve ser discutido, pois, não podemos perder a nossa maior meta que é a de satisfazer a necessidade da maioria dos associados da SPPT.

Na capa das edições, divulgamos e prestigiamos os principais serviços de Pneumologia do estado de São Paulo, mas pela pujança da nossa especialidade e grande número de escolas e serviços de qualidade, não houve espaço para todos.

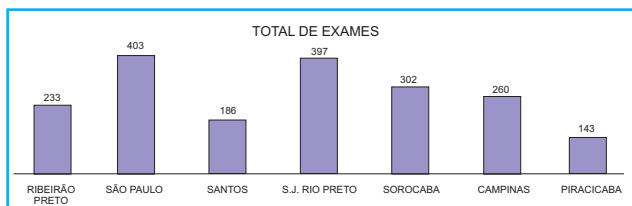
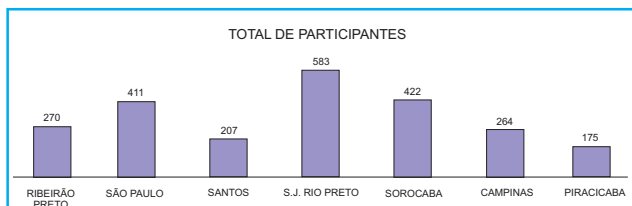
Nesse momento, aproveitamos a oportunidade para agradecer a todos que contribuíram direta e indiretamente na elaboração e produção de nossa revista “Pneumologia Paulista”, no biênio 2008-2009.



## SPPT E A COMUNIDADE

Dando continuidade aos trabalhos de prestação de serviço e de aproximação da SPPT à comunidade leiga, nos meses de junho e julho de 2008, em comemoração a “1ª Semana Estadual de Educação e Conscientização sobre as Doenças Respiratórias” e ao “Dia do Pneumologista”, O<sub>2</sub> de junho, duas leis sancionadas, em 2007, pelo governador José Serra, realizamos a maior Campanha de divulgação já feita pela nossa especialidade, denominada “Respire São Paulo”. Nela, médicos e fisioterapeutas da SPPT, em praças públicas, nas cidades de Ribeirão Preto, Santos, São José do Rio Preto, São Paulo, Sorocaba, Campinas e Piracicaba prestaram atendimento à população, aplicando questionário de sintomas respiratórios (GOLD), realizando Espirometrias, distribuindo materiais educativos sobre as principais doenças respiratórias (DPOC, asma, pneumonia, tabagismo e tuberculose), além de exporem vídeo educativo sobre qualidade de vida e orientar a população. Nas sete cidades realizadas foram avaliadas 2.312 pessoas e realizadas 1.956 Espirometrias (82,5% da população avaliada).

Em todas as praças houve grande cobertura da mídia e vários colegas pneumologistas sócios da SPPT deram entrevistas nas redes de TV, rádios e jornais. Dessa forma, a campanha “Respire São Paulo” conseguiu despertar a atenção da comunidade, divulgar as principais doenças respiratórias e os especialistas da SPPT, ensinar medidas preventivas, fazer diagnóstico precoce e referir os pacientes para tratamento adequado. Finalizando as comemorações dessa semana, realizamos também, no primeiro domingo de junho, em 2008 e 2009, grande evento no parque do Ibirapuera em São Paulo, com prestação de serviço, atendimento e orientação da população, divulgando a medicina respiratória e seus especialistas.



Em São Paulo, o evento aconteceu no Parque do Ibirapuera

### “RESPIRE SÃO PAULO” NA MÍDIA

#### SÃO PAULO:

*Bom Dia SP - Globo; Telejornal Gazeta News; Rádio Gazeta; Rádio Jovem Pan; Rádio Bandeirantes; BandNews FM; Rádio Record; Portal SEGS; Rádio Mundial*

#### SOROCABA:

*Bom Dia Cidade - TV Globo; Programa Noticidade / SBT; Jornal Cruzeiro do Sul; Rádio Vanguarda/Alo Notícia; Rádio Cruzeiro; Clube Virtual*

#### RIBEIRÃO PRETO:

*EPTV - Globo; TV Record Ribeirão Preto; TV CLUB - Band; Gazeta de Ribeirão On Line*

#### SANTOS:

*TV Record; Radio Globo; A Tribuna Digital*

#### S. José do Rio Preto:

*TV TEM - Globo; Rádio Novo Tempo*

#### CAMPINAS:

*Rádio Globo; TVB Notícias/SBT; Rádio CBN; Rádio Bandeirantes; Rádio Educativa*

#### PIRACICABA:

*Jornal de Piracicaba; Jornal Gazeta de Piracicaba; Rádio Onda Livre; Rádio Difusora*

## OS 30 ANOS DA SPPT

Nossa SPPT fez 30 anos de idade em novembro de 2008 e ao longo desses anos, têm proporcionado aos seus associados a oportunidade de aperfeiçoamento na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças pulmonares, além de divulgar a especialidade e seus especialistas.

Mas nada disso teria acontecido sem o trabalho incansável de seus, até agora, quinze ex-presidentes e da colaboração inestimável de cada uma das equipes de gestão. Sempre apoiados pelas Universidades e grandes Serviços

da Medicina Respiratória do estado de São Paulo, suas iniciativas de ampliação, modernização e aprofundamento de objetivos resultaram no atual sucesso da SPPT, transformando-a em referência nacional e internacional na área respiratória.

Com intuito de comemorar essa data histórica realizamos uma grande festa, em novembro de 2008, na qual reunimos 250 associados, homenageamos os ex-presidentes e, lançamos oficialmente um livro contando os “30 anos de História da Pneumologia Paulista”.



**J**a história antiga mencionava que a tísica era a doença que se manifestava no pulmão e se caracterizava por tosse, febre, perda de peso e hemoptise. O termo em grego para tísica, que significa "pulmão seco", foi usado para descrever a doença que hoje conhecemos como tuberculose. A tísica era considerada uma das doenças mais graves da época e era frequentemente fatal.



Esse belíssimo livro foi fruto de um exaustivo trabalho de pesquisa e busca de informações, muitas dessas perdidas ao longo do tempo, mas, que acabaram sendo resgatadas durante as entrevistas realizadas com ex-presidentes, ex-diretores e colaboradores da SPPT. Mais do que uma merecida homenagem aos que contribuíram para a valorização e crescimento da SPPT ao longo desses seus 30 anos, a revisão de seu percurso demonstrou a importância alcançada por ela, aumentando a responsabilidade dos que hoje a dirigem e dos que vierem a assumir o seu comando, no sentido de fazê-la crescer sempre, mantendo as suas primeiras e mais importantes metas: atender às necessidades dos sócios e da especialidade. Com apoio de várias empresas produzimos 4.000 exemplares e distribuímos gratuitamente a todos os pneumologistas. Contando a História, também fizemos história...





## SPPT NA ERA VIRTUAL



Fortalecendo nosso departamento de informática além de mantermos o site oficial, [www.sppt.org.br](http://www.sppt.org.br), reformulamos nosso site para leigos, [www.pulmonar.org.br](http://www.pulmonar.org.br), colocando um conteúdo diferenciado, com linguagem mais rápida, incorporando todo o material que foi produzido pela assessoria de imprensa, pela revista “Pneumologia Paulista” e por outros órgãos de divulgação, o que o deixou mais dinâmico, completo e interessante. Hoje, ao usarmos mecanismos de busca eletrônicos com as palavras “saúde respiratória, pneumologia, pneumologista”, encontraremos a SPPT sempre na primeira página. Também recentemente,

nosso site [www.pulmonar.org.br](http://www.pulmonar.org.br) recebeu o selo de qualidade HONCode (*Health On The Net Foundation*). Criado em 1995 pela organização não-governamental européia, o HONCode promove o uso eficaz e confiável de novas tecnologias de tele medicina nos cuidados com a saúde no mundo. Assim há melhora das informações tanto para paciente como para médicos. O selo nos foi concedido pela ONG devido o [www.pulmonar.org.br](http://www.pulmonar.org.br) cumprir os princípios necessários estabelecidos, o que é motivo de orgulho, aumentando cada vez mais a credibilidade da SPPT e seus associados.

## O 13º CONGRESSO PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Trabalhamos muito nos últimos meses para organizar um grande 13º Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia, em São Paulo. O programa científico está concluído. Teremos a presença dos palestrantes internacionais Kevin Brown, de Denver, que irá abordar as doenças do interstício pulmonar, Rodney Jerome Landreneau, de Pittsburgh, referência em todo mundo em câncer de pulmão e Gustavo Javier Rodrigo, de Montevideú, conhecido por suas publicações sobre o tratamento da asma na emergência e de manutenção. Serão cinco cursos pré-congresso, além de conferências, mini-

conferências, mesas redondas, debates, sessões de perguntas e respostas, sessões interativas englobando os mais variados temas da área respiratória. Recebemos mais de 160 trabalhos científicos, de excelente qualidade técnica, todos publicados nessa edição especial da revista “Pneumologia Paulista”. Esses trabalhos recebidos serão expostos e discutidos por professores renomados durante o congresso sendo que os melhores temas livres e relatos de caso serão também apresentados em plenário e, premiados em espécie durante o 13º Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia.

## A SPPT NA MÍDIA

Ao longo do biênio 2008-2009, a SPPT continuou sendo fonte permanente da imprensa, assim como seus programas, serviços, cursos e eventos. Os resultados deste trabalho foram mais de 2.800 reportagens citando a entidade ou trazendo como fontes seu presidente, diretores e membros associados especialmente destacados para os assuntos de sua especialidade. Os principais meios de comunicação de massa do país e os mais importantes sites, revistas e jornais da área médica e de saúde abriram espaço para a SPPT. Na mídia impressa, entre os periódicos do Estado de São Paulo, destaque para Folha de S. Paulo, O Estado de S. Paulo, Jornal da Tarde, O Dia, A Tribuna de Santos, Agora São Paulo, Diário de S. Paulo, Empresas & Negócios, Jornal da Manhã, Diário da Região (São José do Rio Preto), Jornal de Piracicaba, Expresso Popular (Santos), Vale Paraibano, Correio Popular (Campinas), Diário do Povo (Campinas), São Paulo News, Gazeta do Ipiranga, Jornal da Manhã, Jornal Paulistano, Jornal da Cidade (Bauru), O Liberal (Americana), Jornal da Orla e A Tribuna (Santos). Gazeta Mercantil, Todo Dia (Americana), Tribuna Imprensa (Araraquara), Diário da Região (S. J. Rio Preto), Cruzeiro do Sul (Sorocaba) e Jornal de Piracicaba, além da rede de jornais de bairro, que inclui veículos como Gazeta de Pinheiros, Tribuna de Santo Amaro ou Morumbi News.

Nos demais Estados, a SPPT foi notícia no Extra (RJ), A Tarde (BA), Jornal do Comércio (RS), Correio Braziliense (DF), Jornal do Brasil (RJ), Correio do Estado (MT), Hoje em

Dia (MG), A Tribuna (ES), Diário do Comércio, Acorda Pará (PA), Diário de Natal (RN), O Povo (CE), Diário do Nordeste (CE), Correio da Paraíba (PB) e Folha de Londrina (PR), Jornal de Brasília (DF), Jornal do Commercio (RJ), entre outros.

A Sociedade apareceu também nas revistas Veja, Men's Health, IN, Crescer, Galileu, Caras e na Internet, nos portais Último Segundo (IG), UOL, portal G1 (Rede Globo), Revista Veja, IG, Yahoo, Agência Brasil.

Já na mídia eletrônica, porta-vozes da SPPT estiveram nas Emissoras de TV Globo, Cultura, Rede TV!, Câmara, SBT, Bandeirantes, Record e Gazeta, e também nas Rádios Jovem Pan, Bandeirantes, Globo, Record, Capital, Eldorado, CBN, CNT, Nacional (DF), Gazeta, Record, Radiobras (DF), BandNews, Bandnews e Agência Radio Web.

Na área da saúde, também figurou nos mais importantes veículos especializados, tais como os do Conselho Federal de Medicina, Associação Paulista de Medicina (APM), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, FENAM, CiberSaúde, Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe), Saúde Business Web, revistas Médico Repórter, Labor News, Hospitais Brasil, Saúde Business, Leitura Médica, Guia da Farmácia, Kairos, Saúde News Journal, ABC Farma, Vigor, Viva Saúde e Infecto Atual.

Em média a SPPT foi citada 6,5 vezes por dia em todo o país e estima-se que essas entrevistas concedidas por profissionais da SPPT atingiram 36 milhões de pessoas no país.


## AGRADECIMENTOS

Finalizando esse resumo da gestão da Diretoria no biênio 2008-2009, agradeço aos nossos patrocinadores que nos ajudaram e tornaram possíveis todas as atividades e projetos realizados nesse período. Agradeço também a todos os membros da Diretoria, a Suzi Faresin e ao Wagner de Oliveira, nossos funcionários, que estiveram conosco nesses últimos dois anos. Nesse período tivemos muito trabalho e mas também alegrias e tenho a certeza que cada um deu sua contribuição da melhor forma que pôde. Não poderia deixar de agradecer também a todos os Chefes de Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica, aos líderes da pneumologia paulista e brasileira e, a todos os colegas pelo apoio, ajuda e participação. Espero que tudo o que se fez sirva de base para o futuro da SPPT e que as novas gerações de colegas dêem continuidade ao trabalho.

Um grande abraço e um ótimo 13º Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia.

José Eduardo Delfini Cançado

*Presidente da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia (2008-2009)*



**Congresso Paulista de  
Pneumologia e Tisiologia**  
19 a 22 de novembro de 2009  
Centro FeComércio de Eventos - São Paulo

001

**ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO**

IGOR FERREIRA BOTTO; NATÁLIA TIBÚRCIO DE ARAUJO;  
CIRO DE CASTRO BOTTO  
Hospital São Joaquim de Franca

Paciente de 58 anos, internada na UTI em parada respiratória por crise asmática, necessitando de entubação orotraqueal. Apresentou 4 episódios anteriores como este, sendo o último há 7 meses. Até então paciente fazia tratamento de resgate, com uso de beta 2 de curta duração diariamente, apresentando despertares noturnos quase que todos os dias. Obteve alta com prescrição de Salmeterol 50 e Fluticasona 500 2x ao dia e Prednisona 40 mg/dia. Iniciou-se regressão do corticóide oral lentamente, e realização de investigação criteriosa do quadro com Rx de tórax normal, Espirometria com obstrução leve, Prick teste positivo, CT de seios paranasais sugestiva de Polipose nasossinusal e pmetria esofágica compatível com DRGE. Diante destes resultados associou-se corticóide tópico nasal e Omeprazol, além de Teofilina de ação longa e antileucotrieno. Mantida a regressão de corticóide oral com controle da doença. 6 meses após foi suspenso prednisona e ao se passar 30 dias ocorreu nova crise com entubação orotraqueal. Após este episódio, tendo comorbidades sido diagnósticadas e tratadas, usado Corticóide inalatório em dose alta, tratada com corticóide oral por mais de 6 meses, mantendo controle da Asma, e mesmo com tratamento otimizado ocorreu nova crise quase fatal após suspensão da prednisona, definiu-se então quadro como Asma de Difícil Controle e iniciou-se uso de Omalizumabe, mantendo tratamento de manutenção com retirada do corticóide oral. Paciente se encontra no 16º mes de tratamento mantendo-se controlada. Asma de difícil controle acomete 5% dos asmáticos, tendo gravidade, custo e hospitalização elevados. A sua identificação adequada permite terapêutica apropriada diminuindo a morbimortalidade, melhorando a qualidade de vida do paciente, diminuindo custos para o sistema de saúde.

003

**LINFOMA PRIMÁRIO DE TRAQUEIA SIMULANDO ASMA**

PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; RODRIGO CAETANO  
SOUZA; MARIA ALENITA OLIVEIRA; SELMA SORIANO;  
CARLOS JOGI IMAEDA  
Beneficência Portuguesa de São Paulo

**Introdução:** As doenças linfoproliferativas com manifestação pulmonar são raras e representam uma condição potencialmente tratável. **Relato de caso:** Nós descrevemos um caso de um paciente do sexo masculino, 63 anos que procurou o pronto-socorro com história de hemoptise há 20 dias, seguida de dispnéia e tosse seca. Procurou serviço médico previamente, sendo feita hipótese de asma, introduzido medicação específica e solicitado espirometria. Evoluiu com piora progressiva da dispnéia, chiado no peito, procurando serviço de emergência. Na entrada apresentava estridor com desconforto respiratório intenso, sendo transferido para UTI. Radiograma de tórax: alargamento mediastinal. TC de tórax com reconstrução, mostrou uma massa em mediastino envolvendo o terço médio da traquéia, com obstrução da luz traqueal de 80%. Broncoscopia: paralisia de prega vocal direita, lesão vegetante em traqueia há 2 cm da carina, com 1,8 cm de diâmetro, com obstrução de 90% da luz. Feito ressecção endoscópica traqueal. Anatomopatológico: linfoma anaplásico. Após 3 ciclos de quimioterapia com ciclofosfamida, hadriblastina, vincristina além de prednisolona, o paciente evoluiu com regressão da lesão; atualmente assintomático. **Conclusão:** Pacientes com história recente de broncospasmo, sem resposta a broncodilatadores, é imperativo afastar lesões endobrônquicas. Os tumores traqueais se constituem em uma emergência respiratória potencialmente tratável.

002

**DUPLO ARCO AÓRTICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM ASMA DE ESFORÇO**

ROGÉRIO FERRARI PERON; JANUÁRIO MENDES SOUZA;  
SONIA FERRARI PERON  
Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Paciente do sexo masculino, 31 anos, motorista de caminhão, relatava falta de ar e chiado no peito havia 2 anos. Sem alterações ao exame clínico; radiografia de tórax, espirometria e ecocardiograma normais. Foi diagnosticado como asma de esforço e tratado inicialmente com broncodilatador antes dos esforços e, posteriormente com associação de beta 2 agonista de longa duração e corticóide inalatório, sem sucesso. Submetido à tomografia de tórax que revelou malformação cardíaca, tendo sido encaminhado para nosso serviço, onde fez angiogrametografia de tórax que mostrou duplo arco aórtico. Foi realizada correção cirúrgica com ligadura de arco anterior. O paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, com desaparecimento dos sintomas nos meses seguintes.

**Discussão:** Duplo arco aórtico é anomalia congênita rara, determinada pela persistência dos 4º arcos aórticos direito e esquerdo, e pela aorta dorsal. A malformação, com frequência, produz sintomas precocemente, tais como estridor, disfagia e infecções respiratórias. A presença de duplo arco aórtico, por si só, não é indicação para correção cirúrgica, existindo relato de casos com melhora espontânea dos sintomas. No entanto, a indicação cirúrgica deve ser precoce se existir significativo comprometimento de vias aéreas, pois o retardo na correção pode levar a lesão traqueobrônquica definitiva. Raramente, o paciente é assintomático até a vida adulta, como no presente relato. A angiografia em raiz de aorta é descrita como o exame que melhor permite a visualização da malformação, além de definir o arranjo das artérias dos membros superiores e segmento cefálico. Mais recentemente, relatos têm sido publicados, nos quais a tomografia multislice foi o único exame utilizado para diagnóstico e programação cirúrgica desses casos.

004

**O EFEITO IMEDIATO DO PROGRAMA DE NATAÇÃO APLICADO EM CRIANÇAS PORTADORAS DE ASMA EM RELAÇÃO AOS VALORES DO PICO DO FLUXO EXPIRATÓRIO**

GENI MISSAE IANO DE MORAES; NEIL FERREIRA NOVO;  
YARA JULIANO; MIGUEL BOGOSSIAN  
UNISA/UNIBAN

**Introdução:** A atividade física, especificamente, a natação é recomendada como um fator de saúde de maneira geral e também aos portadores de várias doenças, dentre elas a asma. A Natação é considerado o exercício físico menos asmagênico, segundo a literatura. **Objetivo:** Verificar o efeito do programa de natação em relação ao Pico do Fluxo Expiratório em L/min em crianças portadoras de asma. **Casística e Método:** A casística compreendeu o estudo de 93 crianças, com idade de 6 a 16 anos de ambos os sexos, divididas em dois grupos etários: 6 a 10 anos e 11 a 16 anos. O Grupo Asmático (GA) 6 a 10 anos com 31 crianças e o Grupo Controle (GC) com 12. O Grupo Asmático (GA) 11 a 16 anos com 38 crianças e o Grupo Controle (GC) com 12. As aulas de natação foram ministradas duas vezes por semana nos meses de Abril a Novembro de 2000, nas dependências da Faculdade de Educação Física da Universidade de Santo Amaro (UNISA). O efeito imediato da natação foi aferido pela diferença percentual entre os valores do PFE observados antes da natação em relação aos valores medidos após a aula de natação. Para a análise dos resultados, foram utilizados os testes de Wilcoxon e Mann Whitney. O nível de significância foi fixado em 0,05 ou 5%. **Resultados:** As crianças portadoras de asma apresentaram os valores do PFE antes do programa de natação inferiores aos dos controles. Os dados do nosso estudo apontam para um resultado positivo às crianças portadoras de asma, nos dois grupos etários 6 a 10 e 11 a 16 anos, que superaram os do grupo controle. A análise mostrou que a diferença do PFE calculada entre os momentos pré e pós natação, que eram significantes no início do programa, não mostraram significância após a realização. Tal resultado evidencia o efeito da natação. **Conclusão:** O programa de natação promoveu um aumento significativo nos valores do PFE nas crianças portadoras de asma.

## RELAÇÃO DO USO DE CORTICÓIDES INALATÓRIOS NA ASMA E O AUMENTO DA PRESSÃO INTRAOCULAR (PIO) E/OU DESENVOLVIMENTO DE GLAUCOMA

THIAGO DE OLIVEIRA MENDONÇA; RAFAEL STELMACH; REGINA MARIA DE CARVALHO PINTO; ALBERTO CUCKIER; LUCIANA TAMIÊ KATO; LIA BELCHIOR MENDES BEZERRA; GABRIEL FERREIRA ROZIN; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SAMIA RACHED  
Disciplina de Pneumologia do INCOR/FMUSP

O uso de corticóides inalatórios melhorou marcadamente o manejo da asma. Em comparação com corticóides orais, têm menos e menores (em severidade) efeitos adversos no total. A associação entre o uso de corticóide inalatório e o aumento da pressão intra ocular (PIO) não é bem estabelecido. Entretanto esse efeito não é uniforme e existe uma minoria, chamados de respondedores a corticóides, que exibem uma resposta leve a severa na PIO aos corticóides. Indivíduos que têm uma predisposição familiar (parentes de 1o grau) a glaucoma e/ou que usaram corticóides inalatórios em altas doses, de forma regular e por período prolongado (3 meses), têm um risco aumentado de aumento da PIO e/ou desenvolvimento de glaucoma de ângulo agudo. Apresentamos uma caso de uma paciente de 20 anos, não tabagista, portadora de rinite alérgica, glaucoma congênito e asma intermitente que há 1,5 anos que evoluía com crises frequentes de dispnéia e sibilância, inclusive com idas frequentes ao pronto socorro, onde administrava-se com frequência corticóide sistêmico. Não fazia uso de corticóide inalatório por orientação da Oftalmologia, pela possibilidade do mesmo causar aumento da pressão intra ocular (PIO). Sem o uso de corticóide inalatório de manutenção, não atingia o controle da sintomatologia. A prova de função pulmonar de 29/08/08 mostrava distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado com resposta a broncodilatador. A conduta neste momento foi iniciar Formoterol/Budesonida 6/200mcg inalatório 1x/dia e quando necessário; reintrodução de timolol colírio (dose mínima) e monitorização da PIO. A Paciente evoluiu precocemente com controle parcial dos sintomas, melhora relevante da prova de função pulmonar, sem idas posteriores ao pronto socorro e com ausência de aumento relevante da pressão intra ocular.

## RELATO DE CASO

ELIANE CARLA VAZ MARTINS; JEANNE PAULA RAFAEL COIMBRA  
Hospital Madre Teresa Feluma

M.R.C, 75 anos, moradora de Divinópolis MG. Em 2006 iniciou com dispnéia, tosse seca e chieira torácica, progressiva, com piora do quadro em julho de 2007 sendo admitida no serviço de urgência do seu município em IRA. Intubada e admitida na UTI e tratada como asma grave. Após várias idas a PA e consultórios, a mesma foi admitida no HMT (BH) com o quadro de tosse seca, dispnéia CF III, chieira torácica e cervical. EF: Obesa (IMC:32), corada, hidratada, taquipneica, sem esforço respiratório, acianótica, ansiosa e chorosa. FC:96bpm, FR:28rpm, Sto:90%, PA:150/90mmHg. AR: Estridor laríngeo expiratório de moderada intensidade, leves sibilos expiratórios, sem crepitações. ACV:NDN. HPP:HAS, DMT2 (controle dietético) e depressão, várias consultas com psiquiatra e psicólogas. Negava tabagismo. Exames: RXTX e RXSF normais. Espirometria: DVO leve com resposta ao BD. Fibronasolaringoscopia: Laringe com discreta hiperemia e edema posterior de sua parede, sugestivo de refluxo laringo faríngeo. Importante avanço e hipertrofia de cordas vocais em direção à linha média nos momentos de comando à inspiração. O mesmo acontece com as pregas vocais que mimetizam juntamente com as falsas, fechando completamente a glote caracterizando quadro clássico de Discinesia Laríngea (movimento paradoxal das cordas vocais). Após suspeita clínica, confirmada pelos achados da Fibronasol, iniciado tratamento antidepressivo, broncodilatadores e medidas anti refluxo. Retornou a consulta de controle após 30 dias da alta, negando qualquer sintoma. Discussão: Discinesia de Laringe: Adução paradoxal das cordas vocais na inspiração e /ou início da expiração com leve fenda posterior. Entre as causas: Stress, depressão, ansiedade, abuso sexual, irritação crônica da laringe (DRGE, sinusite). Esta patologia deve ser sempre considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com asma de difícil controle.

## BRONQUIECTASIAS

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA DE ACORDO COM A IDADE AO DIAGNÓSTICO

SAMIA RACHED; RODRIGO ATHANAZIO; SERVULO AZEVEDO; REGINA PINTO; FREDERICO FERNANDES; RAFAEL STELMACH; ALBERTO CUCKIER  
Instituto do Coração – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Introdução: Fibrose cística (FC) é a causa congênita mais comum de bronquiectasias na população branca. Avanços nos testes diagnósticos expandiram o espectro de fenótipos da doença, incluindo disfunções menos severas da proteína reguladora da condutância transmembrana da FC, com manifestações que apenas se tornam evidentes na fase adulta. Poucos estudos compararam essas diferentes populações de pacientes com FC. Objetivos e Métodos: O objetivo deste estudo retrospectivo foi descrever as características clínicas funcionais e perfil microbiológico dos pacientes com FC, comparando as diferenças entre pacientes com diagnóstico na infância (menos de 16 anos) e na idade adulta (mais de 16 anos). Foram avaliados 36 pacientes atualmente acompanhados no nosso serviço. Resultados: Dezenove pacientes apresentavam diagnóstico de FC antes dos 16 anos e 17 após. Pacientes com diagnóstico na infância apresentaram sintomatologia semelhante aos com diagnóstico na fase adulta (tosse: 73,7 X 88,2%, chiado: 21,1 X 31,3%, hemoptise: 15,8% X 5,9%). Não houve diferença tanto na prevalência de pancreatopatia (57,9 X 55,6%) como na colonização por Pseudomonas 83,3% X 81,3%) e Staphylococcus aureus (77,8% X 50,0%). Pacientes com diagnóstico precoce apresentaram tendência a uma maior taxa de queda anual de VEF1 (0,56 X 0,05mL/ano), assim como maior taxa de uso de oxigenioterapia domiciliar (36,8 X 0,0%). Conclusão: Em desacordo com a literatura, nossos pacientes com diagnóstico tardio não parecem apresentar um menor envolvimento pulmonar ou pancreático, sequer menos frequente colonização por Pseudomonas. Este achado pode estar relacionado a um atraso no diagnóstico destes pacientes ou mesmo variabilidade genotípica. FC deve ser considerado um diagnóstico em potencial em todo paciente adulto com bronquiectasia.

### DIAGNÓSTICO TARDIO DE FIBROSE CÍSTICA

ROBERTA PULCHERI RAMOS; MAURI MONTEIRO RODRIGUES; FABIANA STAZANI; JAQUELINA SONOE OTA ARAKAKI  
Serviço de Cirurgia Torácica e Pneumologia Prof. Dr. Vicente Forte

História: Paciente de 85 anos, oriental, apresentou-se com história de 6 meses de tosse produtiva com pequena quantidade de secreção, pior à noite. Não referia dispnéia ou sibilância. De antecedentes, referia HAS, DM e hiperplasia prostática benigna. Não tinha história de tabagismo. Exame físico: Paciente apresentava-se em bom estado geral, eufônico em repouso, com sinais vitais normais. A ausculta pulmonar revelava roncos difusos e saturação de pulso de 92%. Exame cardiovascular e abdominal sem alterações. Exames complementares: Radiografia de tórax mostrava opacidades bilaterais heterogêneas e tomografia computadorizada mostrava bronquiectasias difusas. Broncoscopia revelou árvore traqueobrônquica com grande quantidade de secreção purulenta; cultura quantitativa mostrou crescimento de Proteus Vulgaris. Endoscopia Digestiva Alta não mostrou sinais de doença do refluxo gastroesofágico. A dosagem de cloro no suor mostrou-se elevada (94mmol/L). Diagnóstico: Fibrose cística. Discussão: Bronquiectasia é uma entidade patológica associada com diferentes condições, entre elas a fibrose cística (FC). A FC é uma doença causada pela mutação do gene CFTR (Regulator Transmembrane Conductance Cystic Fibrosis), localizado no cromossomo 7, que codifica a proteína CFTR. Esta proteína tem a função de regular os canais de cloro e sódio na superfície da célula. A expressão fenotípica da doença varia com a mutação do gene, e mais de 1200 mutações estão associadas com a doença. Assim alguns pacientes podem ter uma doença mais branda, diagnosticada na fase adulta. Apesar do diagnóstico em adultos ser incomum, existem relatos na literatura do diagnóstico tardio; o início dos sintomas em idade mais avançada é raro. Conclusão: Apesar da FC ser mais frequente em crianças e jovens, a doença sempre deve ser considerada na investigação de bronquiectasias difusas em adultos.

## DIFERENÇAS CLÍNICOFUNCIONAIS ENTRE PACIENTES ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA E OUTRAS BRONQUIECTASIAS

RODRIGO ATHANAZIO; SAMIA RACHED; SERVULO AZEVEDO; REGINA PINTO; RAFAEL STELMACH; FREDERICO FERNANDES; ALBERTO CUKIER

Instituto do Coração – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Introdução: Bronquiectasia é uma doença heterogênea, com diferentes mecanismos etiológicos levando a um caminho comum: infecção pulmonar de repetição. Existem diversas causas genéticas, anatômicas e sistêmicas, sendo fibrose cística (FC) a mais estudada. As diferenças clínicas e funcionais entre pacientes bronquiectásicos com FC e doença não FC ainda são pouco conhecidas, dificultando a escolha de tratamentos específicos e o manejo do paciente. Objetivo e Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva de 86 pacientes adultos com diagnóstico de bronquiectasia atualmente acompanhados no serviço. Pacientes com alteração brônquica secundária a infecção por tuberculose no passado foram excluídos. Foram comparados dados clínicos, sobre tratamento e função pulmonar. Resultados: Trinta e seis pacientes (42,8%) tinham diagnóstico confirmado de FC por teste do sódio/cloro no suor ou análise genética. Cinquenta pacientes (57,2%) apresentavam doença não FC, incluindo 31 (36,0%) com bronquiectasia idiopática. Os pacientes com FC apresentavam média de idade ao diagnóstico mais baixa (14,2 X 24,2 anos –  $p < 0,05$ ), porém com prevalência de sintomas como tosse, expectoração, hemoptise e chiado em taxas semelhantes. As taxas de queda de VEF1 e CVF foram maiores entre os pacientes com FC (21,9 X 9,5 mL/ano e 72,2 X 0,8 mL/ano, respectivamente). Colonização por *Pseudomonas* e *Staphylococcus aureus* foram mais comuns nos pacientes com FC (35,3 X 5,4% e 44,1 X 5,4%, respectivamente). Conclusão: As bronquiectasias são heterogêneas em suas causas, manifestações clínicas e prognósticos, sendo importante a identificação destas diferenças na abordagem do paciente. Essas diferenças são cruciais para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas, incluindo novas ferramentas para o manejo do paciente

## FIBROSE CÍSTICA EM PACIENTE DA RAÇA AMARELA

ANA MARIA CAMINO; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME; MARIANA LOUSADA FERREIRA; GUILHERME ZIMMERER LORENTZ; MONICA CORSO PEREIRA; ILMA APARECIDA PASCHOAL  
Universidade Estadual de Campinas

Fibrose cística (FC) é uma doença autossômica recessiva que determina síntese anômala de uma proteína que regula a condutância transmembrana das células epiteliais, gerando deficiência na secreção de cloro e reabsorção de sódio. Nos pulmões altera viscosidade do muco do trato respiratório causando dificuldade do clareamento mucociliar de patógenos, promovendo inflamação e infecções crônicas. Pode manifestar-se de forma variada, acometendo pulmões, vias aéreas superiores, pâncreas, glândulas sudoríparas, trato biliar, intestinos e aparelho reprodutor. Sua incidência estimada é de 1:3000 nascidos vivos entre caucasianos, 1:17000 entre afro americanos e 1:90000 entre asiáticos. Na sua forma completa, apresenta morbimortalidade elevada, com apenas 34% dos pacientes chegando até a idade adulta. A sobrevivência média é de 28 anos. Descrevemos o caso de um homem de 63 anos, filho de pais japoneses que iniciou investigação de tosse produtiva de intensidade e frequência crescentes associada a dispnéia há 2 anos. Referia vários tratamentos com antibióticos com melhora parcial do quadro. Ex tabagista de 30 a/m; abstêmio há 30 anos. É pai de 2 filhos; 1 portador de talassemia. Apresentava-se em BEG, SpO<sub>2</sub> de 90%, FR 18. Ausculta pulmonar com subcrepantes em bases em campos médios. HMG, função renal e eletrólitos normais. Cultura de escarro positiva para *Pseudomonas*. TCAR evidenciou dilatações brônquica cilíndricas difusas sem sinais de enfisema. PFP pós BD com VEF1 890 ml (38%), CVF 1560 ml (54%) e VEF1/CVF de 57. Investigação evidenciou dosagens de cloro no suor de 81,9 e 69,2 (<60), imunoglobulinas normais. Relatório genético molecular: ausência de mutações do "F508, G542X, G551D, R1162X, R553X". O objetivo deste caso é chamar a atenção para a importância da investigação da FC em portadores de sintomas respiratórios crônicos em cuja idade e etnia não sejam as mais incidentes.

## CIRURGIA TORÁCICA

### ABORDAGEM TORÁCICA ISOLADA NO FERIMENTO PENETRANTE DA TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL: RELATO DE CASO E ANÁLISE CRÍTICA

RUY BARROS JUNIOR

CO AUTORES: ARNALDO TERUYA; TABBTHA OLIVEIRA NASSIF; ANDRÉ GALANTE ALENCAR ARANHA; ALTAMIRO NOSTRE JUNIOR.

Serviço Santista de Cirurgia Torácica

Corpo do trabalho: Jovem é trazido à emergência com ferimento transfixante por projétil de arma de fogo na transição toracoabdominal. Foi submetido à drenagem pleural direita na sala de emergência, com débito imediato de 1.300ml de sangue. Manteve-se hipotenso e foi feita uma radiografia do tórax na sala de emergência que mostrou opacidade no hemitórax direito sugestiva de hemotórax coagulado. À toracotomia: grande quantidade de coágulos, pequena transfixação no lobo inferior direito, perfuração na porção anterior do diafragma, perfuração maior na porção posterior do diafragma e contínuo débito hemático pelos orifícios. Após frenotomia circular e secção do ligamento hepático triangular direito, o fígado foi parcialmente luxado para dentro do tórax com ajuda de um declive na mesa cirúrgica. O acesso ao lobo hepático direito permitiu a excelente visualização de lesão hepática estrelada no segmento 7 com sangramento vultoso e contínuo. Com um dreno de penrose 3 e um cateter de Foley nº. 16 (com cuff retirado) foi confeccionado um balão para tamponamento intra hepático no trajeto do projétil. O sangramento parou instantaneamente ao inflar o balão com soro fisiológico. O diafragma foi fechado com fio sintético absorvível em pontos contínuos e o tórax foi drenado e fechado. O balão intra hepático foi retirado na beira do leito no 3º pós-operatório, 24h depois de desinflado. Alta hospitalar foi concedida no 6º pós-operatório.

### ANÁLISE DE 500 PACIENTES COM A UTILIZAÇÃO DE DRENO PLEURAL ÚNICO (28 FR) NO PÓSOPERATÓRIO,

ALTAIR COSTA JR.; LUIZ E.V. LEAO; ERIKA RYMKIEWICZ; ANDERSON OLIVEIRA; JOSE ERNESTO SUCCI  
UNIFESP / Medicina ABC

A drenagem pleural foi descrita há mais de 2500 anos, desde a época de Hipócrates. O procedimento evoluiu com o tratamento do empiema pleural, sendo que Playfair, em 1872, foi o primeiro a desenvolver o sistema com selo d'água em frasco, porém fechado. O nosso sistema atual com uma saída para o ar no frasco coletor foi criado por Von Gotthard Bulau (1875) e Lilienthal (1922) difundiu a utilização do sistema no pós-operatório de uma toracotomia (1). Munnell (1975) concluiu após uma pesquisa com mais de 300 cirurgias torácicas, que o frasco de drenagem deveria ser graduado, com capacidade de 2 litros e que poderia ser esvaziado e usado novamente. A extensão deveria ter 180 cm e o conector deveria ser serrilhado (2). Estima-se que são utilizados mais de um milhão de frascos de drenagem por ano nos Estados Unidos, com um custo que supera 60 milhões de dólares (2). OBJETIVO Temos como objetivo mostrar a utilização de um único dreno pleural 28 fr no pós-operatório de 500 pacientes. MATERIAL E MÉTODO. Foram analisados os prontuários de 500 pacientes operados de 2000 a 2007 com drenagem pleural única. Avaliamos os pacientes quanto ao sexo, idade, procedimento realizado, diagnóstico, tempo de drenagem, tempo de internação e complicações. RESULTADOS Os resultados mostraram 64% pacientes do sexo masculino e 36% do sexo feminino, a idade variou de 1 a 91 anos, com média de 48,8 anos, o tempo de internação médio foi de 6,9 dias, variando de 1 a 48 dias. A média do tempo de drenagem foi de 4,5 dias, variando de 1 a 29 dias. Tivemos 15 óbitos mortalidade de 1,5% e uma morbidade de 23,5%, sendo a mais freqüente pneumonia em 27 pacientes (5,4%). CONCLUSÃO Concluímos que a utilização de um único dreno pleural com 28 Fr foi suficiente e eficaz para o pós-operatório, não sendo necessário dois drenos ou drenos mais calibrosos de 36 ou 38 Fr.

## EXPERIÊNCIA EM SIMPATECTOMIAS TORÁICAS VÍDEOASSISTIDAS COM TUBO TRAQUEAL DE LÚMEN SIMPLES

JORGE FERNANDO MAMEDE MOREIRA  
Universidade Federal de Uberlândia

A Simpatectomia Torácica Víde assistida requer ventilação pulmonar assistida seja através de entubação traqueal com cateter simples ou de duplo lúmen, objetivando o colapamento pulmonar total ou parcial para visualização da cadeia simpática. Esta cirurgia, associada à baixa familiaridade de profissionais da área anestésica com o tubo seletivo de duplo lúmen elevam o tempo total do procedimento, além do custo final, despertou aos autores à padronização do tubo simples. No presente trabalho, mostraremos nossa experiência da simpatectomia torácica vídeo assistida utilizando se do tubo traqueal simples para níveis ganglionares T2 à T5. 1226 simpatectomias torácicas vídeo assistidas, bilaterais foram realizadas em 613 pacientes com hiperidrose palmar, axilar, plantar e facial, isoladas ou combinadas de out./2003 até junho/2009. O procedimento foi realizado c/ anestesia geral venosa e inalatória, oximetria e capnografia com tubo traqueal simples. A média de idade foi de 23 anos (6 até 69). O tempo médio cirúrgico por paciente foi de 20 min (15 min até 1h e 15 min). O recrutamento de um 3º instrumental na cavidade torácica foi utilizado em 6 casos com objetivo de melhor visualização da cadeia simpática e liberação de pleurites, as quais não seriam resolvidas com entubação seletiva (duplo lúmen). CONCLUSÕES: A diversidade dos serviços cirúrgicos/anestésicos pode gerar baixa familiaridade com tubos traqueais o qual prolongam o risco cirúrgico/anestésico. Nenhum procedimento deixou de ser realizado com o tubo traqueal simples, mesmo em situações de baixo colapamento pulmonar (pleurites) o que na visão dos autores não seriam resolvidas com tubo de duplo lúmen. Esses resultados indicam ser a ventilação com tubo traqueal simples para simpatectomias torácicas um procedimento seguro, eficaz, de menor custo e recomendável.

## LOBECTOMIA POR VÍDEO CIRURGIA ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 19 PACIENTES

PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; RODRIGO CAETANO SOUZA; CAELOS JOGI IMAEDA  
Beneficência Portuguesa de São Paulo

Introdução: lobectomia por videotoroscopia é uma alternativa para o tratamento cirúrgico do câncer de pulmão, no estágio inicial, e mais ainda para a ressecção de parênquima pulmonar destruído por doença inflamatória. Objetivos: Descrever as características clínico epidemiológicas dos pacientes submetidos a ressecção lobar (lobectomias) por videotoroscopia; avaliamos o sexo, idade, número de incisões, local da ressecção, abordagem do hilo pulmonar, tipo de doença, tempo de internação hospitalar, complicações intra e pós operatórias. Método: Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 19 pacientes no período compreendido entre 2001 e 2009. Submetidos a lobectomia pulmonar por videotoroscopia. Resultados: Predominou o sexo feminino (11) em relação ao masculino (8), a idade média foi de 50,84 (19,63); número de incisões acessórias variou entre duas (9 pacientes) e três (10 pacientes); o tamanho da incisão principal (3cm = 5 pacientes, 4cm = 10 pacientes, 5cm = 4 pacientes – média de 3,94 e desv. padrão de 0,7); quanto ao local da ressecção (Lobo superior direito = 2, Lobo médio = 6, Lobo inferior direito = 5, Lobo inferior direito + lobo médio = 1; Lobo superior esquerdo = 1, Lobo inferior esquerdo = 4); à abordagem do hilo pulmonar (Estruturas dissecadas e seccionadas – veia, artéria e brônquio = 18, grameamento simultâneo = 01); tipo de doença – Maligna (16 pacientes adenocarcinoma = 8, metastática central = 3, tumor carcinóide = 5) e benigna (3 bronquiectasias); quanto ao tempo de internação hospitalar (Variou entre 2 e 11 dias – média de 5,47); complicações intra operatórias (1 paciente = 5,2% sangramento por aderências); complicações pós operatórias (4 = 15% re operação por coágulo retido, fístula bronquíolo pleural com vazamento de ar por 7 dias, redrenagem por deslocamento do dreno de Blake®); comorbidades associadas (6 pacientes DM, HAS, ICO, SIND. CARCINÓIDE). Conclusão: lobectomia por videotoroscopia, tanto por doença benigna quanto maligna, é uma operação factível na realidade brasileira, propiciando uma recuperação mais rápida dos pacientes (menor tempo de internação), retorno precoce às suas atividades habituais assim como à retomada da quimioterapia.

## HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA TÉCNICA DE REPARO COM PERICÁRDIO BOVINO

FABIO NISHIDA HASIMOTO; MARCO AURÉLIO MARCHETTI; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; DANILO FELIX DAUD; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO; LUIS EDUARDO VILLAÇA LEÃO  
Unifesp

Hérnia diafragmática é definida como uma abertura anormal no diafragma que permite a passagem de conteúdo abdominal para a cavidade torácica sendo que a grande maioria dos casos está associada a acidentes automobilísticos em alta velocidade ou queda de grandes alturas. Homem de 36 anos com antecedente de atropelamento por automóvel há 15 anos, que apresentava na radiografia de tórax e tomografia de tórax imagem sugestiva de herniação de vísceras ocas abdominais para o hemitórax esquerdo. Foi submetido à toracotomia pósterior lateral esquerda para correção do defeito diafragmático, encontramos musculatura frênica íntegra nas suas porções anterior e posterior, porém porção medial atrofiada. Realizamos reparo com tela de polipropileno, suturada às margens musculares previamente descritas. Paciente evoluiu no 1º pós operatório com imagem sugestiva de recidiva da herniação do conteúdo abdominal no qual foi indicada reoperação em caráter urgente. Durante o ato operatório a recidiva foi confirmada, com presença do fundo gástrico na cavidade pleural, herniando somente na porção medial da fixação da tela, onde havia musculatura frênica atrofiada. O restante da fixação da prótese se encontrava íntegro, sem sinais de ruptura. O novo reparo foi então realizado com auxílio de banda de pericárdio bovino, suturado ao saco pericárdico do paciente. Evoluiu com alta da UTI no 3º PO e alta hospitalar no 6º PO. Continua em seguimento ambulatorial há 3 meses, assintomático e sem recidiva. Neste caso mostramos o uso de pericárdio bovino, combinado à tela de polipropileno, afim de obter total separação entre as cavidades pleural e abdominal, em frente ao grande defeito muscular encontrado. Ressaltamos a fixação do pericárdio bovino ao pericárdio do paciente como única forma de sutura com tensão suficiente na porção medial da cúpula frênica esquerda a fim de evitar nova recidiva.

## MEDIASTINITE DESCENDENTE NECROSANTE: TRATAMENTO CIRÚRGICO MINIMAMENTE INVASIVO, RELATO DE CASO

CROMWELL MELO; FABIO NISHIDA HASIMOTO; DANILO FÉLIX DAUD; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO; LUIS EDUARDO VILLAÇA LEÃO; FLÁVIO FERLIN ARBEX  
UNIFESP/EPM

A mediastinite descendente necrosante é uma causa rara de infecção mediastinal, originada de focos infecciosos geralmente orofaríngeos, que se alastram para o espaço mediastinal através das fâscias pré traqueal, perivascular e do espaço retrofaríngeo, auxiliados pela gravidade e pressão negativa originada pela inspiração. Na era pré antibiótica, quando inicialmente descritos por Pearce, tais processos infecciosos possuíam mortalidade superior a 50% (86% para pacientes não operados e 35% para pacientes operados). Após a introdução dos antibióticos endovenosos de amplo espectro e a consciência da necessidade de precoce intervenção cirúrgica, tal mortalidade sofreu queda, mas ainda permanece bastante elevada; em torno de 40% apesar de todos os esforços. Atualmente, apesar de já haver consenso para a abordagem cirúrgica, ainda permanece controversa sua via. A maioria dos autores defende a abordagem radical combinada via cervical e torácica, seja ela através de esternotomia, toracotomia lateral ou incisões tipo clamshell. Recentemente alguns trabalhos vêm mostrando o tratamento operatório, utilizando a abordagem minimamente invasiva, com o uso da videotoroscopia; esta técnica tem ganhado adeptos ao redor do mundo, mostrando se tão eficaz quanto às toracotomias na resolução da mediastinite descendente, mesmo nos pacientes com acometimento pleural bilateral. Relatamos o caso de paciente de 29 anos que evoluiu com quadro infeccioso mediastinal 11 dias após extração de terceiros molares inferiores e infecção em sítio operatório de 3º molar inferior E, evoluindo com abscesso cervical e mediastinite descendente. Optamos por cervicotomia e videotoroscopia, obtendo total resolução do quadro, sem necessidade de reoperações. Concluímos que a videotoroscopia é uma via efetiva para a drenagem adequada, trazendo vantagens como menos dor pós operatória, retorno precoce às atividades diárias, menor liberação de fatores inflamatórios e melhor resultado estético.

**017****MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO: AVALIAÇÃO DOS ÚLTIMOS 5 ANOS DOS CASOS ATENDIDOS NO HC UNICAMP,**

KARINA CUZIOL; ALEXIS LUIS PEREIRA MASTRI; JOÃO PAULO JORDÃO AGUIAR MAINARDI; JOSÉ GERALDO DOS SANTOS; RICARDO KALAF MUSSI; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO FCMUNICAMP

**Introdução:** O Mesotelioma Pleural Maligno (MPM) é uma doença rara, com incidência esperada aproximada de 1 a 2 casos/ 1 milhão de habitantes/ ano. Acomete pessoas entre e a 5ª e 6ª décadas de vida e está relacionado à exposição ao asbesto, embora também possa ter outras causas. Resulta da proliferação de células pluripotenciais da pleura e apresenta crescimento rápido e extenso (em geral, a sobrevida é de 12 meses). Os pacientes podem apresentar, inicialmente, dispnéia, dor torácica e/ ou derrame pleural. A única chance de cura está relacionada com a possibilidade de cirurgia. **Objetivos:** O presente estudo tem por objetivo analisar o perfil dos casos operados de mesotelioma, avaliando as características dos pacientes, exposição ambiental ao asbesto, tipo histológico e evolução da doença.

**Métodos:** Avaliação retrospectiva dos prontuários dos pacientes operados pela Cirurgia Torácica do HC UNICAMP no período de 2004-2009. **Resultados:** Foram estudados 5 pacientes com MPM: 2 homens e 3 mulheres, com idade média de 57,2 anos (variando de 50 a 62 anos). A maioria dos pacientes foi submetida à ressecção extensa: pleuropneumectomia com ressecção do nervo frênico, pericárdio e diafragma, sendo apenas um paciente tratado com pleurectomia. O tratamento foi complementado posteriormente com quimioterapia e radioterapia. 2 pacientes tinham história de exposição ao asbesto. **Sobrevida média de 12 meses.** **Conclusões:** O presente estudo confirma as tendências já apontadas pela literatura mundial: doença rara com comportamento agressivo, apesar das diversas formas de tratamento adotadas e nem sempre está relacionada a exposição ambiental ao asbesto.

**019****PUNÇÃO/BÍOPIA EM GRANDES MASSAS INTRATORÁDICAS SEM AUXÍLIO DINÂMICO DE EXAME DE IMAGEM**

ALEXIS LUIS PEREIRA MASTRI; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO TORO; JOSE GERALDO DOS SANTOS SANTOS; JOSE CLAUDIO TEIXEIRA SEABRA SEABRA; RICARDO KALAF MUSSI MUSSI; JOAO PAULO AGUIAR JORDAO MAINARDI MAINARDI; KARINA CUZIOL  
Hospital Clinicas da Universidade Estadual de Campinas

**Introdução:** Estendendo-se o conceito de nomenclatura das lesões pulmonares, podemos definir massa intratorácica como uma lesão de conteúdo sólido com diâmetro maior que 3 cm. Neste trabalho definimos grandes massas intratorácicas como lesões sólidas com diâmetro maior que 5 cm localizadas no mediastino, pulmão ou cavidade pleural. **Objetivos:** Avaliar o rendimento diagnóstico e complicações de punção/biópsia em lesões (grandes massas) intratorácicas. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários de pacientes submetidos à biópsia por trócar e PAAF de grandes massas intratorácicas adjacentes à parede, sem o uso dinâmico de exame de imagem como guia, no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas no período de janeiro de 2008 a maio de 2009. **Resultados:** Foram analisados 20 pacientes com grande massa intratorácica submetidos à PAAF e biópsia por trócar da lesão a fim de diagnóstico etiológico. Todos os pacientes apresentavam sinais ou sintomas relacionados à lesão. Foi obtido diagnóstico definitivo na totalidade dos casos. **Conclusão:** Punção/biópsia em grandes massas intratorácicas com adjacência à parede mínima de 4 cm, em ambiente ambulatorial, guiada por tomografia computadorizada prévia é um procedimento seguro, eficiente, barato e de fácil aplicabilidade.

**018****PRÓTESES TRAQUEAIS EM ESTENOSES BENIGNAS: TAXA DE DECANULAÇÃO APÓS SEGUIMENTO DE LONGO PRAZO**

RICARDO TERRA; BENOIT JACQUES BIBAS ;HELIO MINAMOTO; DANIEL WAISBERG; MIGUEL LIA TEDDE; FABIO BISCEGLI JATENE  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Introdução:** O tratamento padrão ouro para estenose traqueal (ET) é ressecção e anastomose. No entanto, alguns pacientes são considerados inoperáveis devido a comorbidades clínicas ou por características da estenose. **Objetivo:** Avaliar a taxa de decanulação em longo prazo e fatores preditores em pacientes com ET benigna considerada inoperável, e na qual as próteses de silicone tenham sido usadas como tratamento definitivo. **Métodos:** Análise retrospectiva de pacientes submetidos a colocação de stents traqueais para ET benignas de Janeiro de 1998 a Janeiro de 2008. Consideramos decanulação bem sucedida se o paciente permanecesse livre de sintomas e sem necessidade de procedimentos adicionais após 6 meses de retirada da prótese. Os fatores preditivos analisados foram: sexo, idade, características da estenose (Tomografia e broncoscopia), traqueostomia prévia, tempo entre diagnóstico da estenose e colocação do stent. **Resultados:** Noventa e dois pacientes (60 H, 32 M), idade média 38,7 + 18 anos, foram incluídos. Tratamento cirúrgico foi negado devido a comorbidades clínicas em 41, estenoses longas em 37 e 12 aguardavam outros procedimentos cirúrgicos não traqueais sob anestesia geral. A distância média entre a ET e as cordas vocais foi de 2,6 + 1,3 cm e extensão da ET 4,3 + 1,5 cm. Em 65 pacientes a prótese utilizada foi o tubo em T, em 15 prótese de Dumon e em 12 ambos (ao longo do seguimento). Foram submetidos a 2,6 trocas de prótese em média. Vinte e um pacientes foram decanulados após um período de 25 +18 meses; Todavia, 2 foram recanulados após 6 meses. Nenhum dos fatores preditores citados se correlacionou com o sucesso na decanulação. **Conclusão:** O uso de stents traqueais para ET benignas requer diversas intervenções cirúrgicas (trocas de próteses) e é associada com baixa taxa de decanulação. Nenhum fator preditivo de sucesso foi identificado neste trabalho.

**020****TIMECTOMIA AMPLIANA NO TRATAMENTO DA MIASTENIA GRAVIS**

FREDERICO HENRIQUE SOBRAL DE OLIVEIRA; RAUL LOPES RUIZ JR; LUIS ANTONIO LIMA RESENDE  
Universidade Estadual Paulista UNESP - FMBBotucatu

**Introdução:** Diversas variações da timectomia podem ser realizadas, dentre elas a transesternal ampliada. A literatura sugere que, quanto mais extenso o procedimento para ressecção da glândula e tecidos do mediastino anterior melhores os resultados e prognóstico. **Objetivo:** Avaliar, retrospectivamente, a resposta à timectomia ampliada para o tratamento da Miastenia Gravis. **Método:** Análise dos registros hospitalares de 76 portadores de Miastenia Gravis, submetidos à plasmáfereze pré operatória e à timectomia ampliada, entre agosto de 1992 e agosto de 2009. **Resultados:** Cinquenta e três pacientes eram do sexo feminino e 23 do masculino. A média de idade foi de 30,3 anos. O tempo médio de evolução da doença foi de 22,5 meses. O acompanhamento ambulatorial pós operatório foi em média de 19,44 meses. Quanto ao grau de resposta à timectomia, 67 pacientes (88,2%) tiveram boa resposta, sendo que 29 (38,2%) apresentaram remissão completa. Ocorreram 2 óbitos (2,6%) nesta série. O exame anatomopatológico demonstrou que a hiperplasia tímica foi o achado mais frequente. Seis pacientes (7,9%) apresentaram timomas. Em 6 pacientes (7,9%) encontramos tecido tímico extraglandular: na gordura peritímica em 2 (2,6%) deles, e os outros na gordura pericárdica, junto ao nervo frênico esquerdo, na janela Aorto pulmonar, no Recesso Cavo Aórtico e junto aos vasos cefálicos. **Conclusão:** A timectomia ampliada para tratamento da Miastenia Gravis mostrou-se segura, eficiente, e apresentou alta porcentagem de remissão completa. Houve a detecção de tecido tímico extraglandular em alguns pacientes. Tão logo seja feito o diagnóstico, está indicada como terapêutica associada à plasmáfereze pré operatória e à medicamentosa, independentemente da idade, patologia tímica, e início dos sintomas.



DANILO FELIX DAUD; FABIO NISHIDA HASIMOTO; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; ALTAIR DA SILVA COSTA JR.; ERNESTO EVANGELISTA NETO; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO; LUIS EDUARDO VILLAÇA LEÃO UNIFESP - Escola Paulista de Medicina

Timolipoma é um tumor mediastinal benigno e raro, com crescimento lento, que pode alcançar grandes proporções (1). Causa sintomas não específicos pela compressão de estruturas mediastinais, mas a maioria dos pacientes são assintomáticos. O timolipoma pode ser associado com o hipertireoidismo, linfangioma, leucemia linfocítica crônica, doença de Hodgkin e síndromes paratímicas como Miastenia gravis ou aplasia de medula. Foi descrita em 1916 por Lange e menos de 200 casos são relatados na literatura. Este tipo de tumor corresponde de 2 a 9% de todos os tumores do timo e afeta principalmente crianças e adultos novos (2), não tendo preferência para gênero. São frequentemente grandes, pesando mais de 500 g, mas somente 25% que têm mais de 2000 gramas. O maior tumor descrito pesa 6000 g (5). A patogênese deste tumor é desconhecida, mas a teoria mais aceita é a hiperplasia difusa da gordura tímica. Os autores apresentam um caso de um homem assintomático com 19 anos de idade, com um grande tumor mediastinal anterior no hemitórax esquerdo, erroneamente diagnosticado como uma cardiomiopatia dilatada. O Raio X simples de Tórax mostrou uma área cardíaca aumentada e um Tomografia Computadorizada de Tórax sugeriu uma massa lipomatosa mediastinal. Nós decidimos realizar uma biópsia transparietal, mostrando se tratar de um timolipoma. O paciente assim foi submetido à uma toracotomia pósterio lateral esquerda, com ressecção do tumor e do timo restante, pesando 2982 gramas. O exame histopatológico confirmou o timolipoma, totalmente encapsulado, sem invasão de estruturas adjacentes.

PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; RODRIGO CAETANO SOUZA; CARLOS JOGI IMAEDA; BARBOSA DE CARVALHO MELO CROMWELL; DANILO FÉLIX DAUD; JOÃO ALSSIO JULIANO PERFEITO; VICENTE FORTE  
Beneficência Portuguesa de São Paulo/UNIFESP

Introdução: As fístulas traqueoesofágicas(FTE) agudas, não tumorais, são caracterizadas como àquelas cujo diagnóstico foi realizado diante de uma condição de insuficiência ventilatória grave, mediastinite, ou ambas. Trata se de uma doença de alta morbidade e de difícil diagnóstico (sobretudo precoce), o tratamento, em geral complexo, envolve inúmeros fatores(nutricional, controle infeccioso e tática de abordagem). Objetivos: descrever as características clínicas, técnica operatória e resultados imediatos do tratamento cirúrgico da FTE aguda. Método: foram analisados retrospectivamente os prontuários de 14 pacientes no período compreendido entre 1988 e 2008 . Para a confirmação e localização da FTE foi realizada a endoscopia respiratória e/ou digestiva, utilizadas também para mensurar a extensão e as condições da parede traqueal. Somente foram submetidos ao tratamento cirúrgico nesta fase(aguda), os pacientes nos quais, os demais métodos menos invasivos falharam. Resultados: A idade média foi de 44,1 ± 19,1. A manifestação clínica mais comum foi a saída de alimentos pelo tubo orotraqueal (TOT). O local mais freqüente da FTE aguda foi o 1/3 proximal da traquéia( 9 pacientes). A cervicotomia foi a via de acesso mais utilizada, A técnica mais freqüente foi a sutura simples do orifício fistuloso + tubo “T” + entubação Orotraqueal(EOT) por dentro do tubo “T”. Conclusão: A FTE aguda deve ser lembrada nos casos de saída de alimento pelo TOT e de incapacidade de manter a ventilação mecânica por vazamento de ar. Sua abordagem cirúrgica na fase aguda, embora de morbidade considerável, deve ser considerada quando há falha dos demais métodos de tratamento. Na nossa experiência, embora complexa, a cirurgia deve ser uma das formas de tratamento para melhora da condição ventilatória e do controle infeccioso local.

ALTAIR COSTA JR,  
UNIFESP / Medicina ABC

Introdução A Toracotomia pósterio lateral é realizada com freqüência e continua sendo muito dolorida. Tanto a abertura do intercosto como seu fechamento são etapas importantíssimas que podem piorar ou melhorar a dor no pós operatório. Quanto mais dor o paciente sentir, mais propenso a complicações ele estará no durante sua internação. A dor de toracotomia foi estudada em vários ensaios clínicos prospectivos e acredita se que a maior parte da dor ocorre por trauma do nervo intercostal. Existe atualmente uma preocupação constante com a dor e com uma melhor recuperação do paciente no pós operatório, para que possa retornar o mais breve possível as suas atividades habituais. Em 2005 um estudo prospectivo randomizado mostrou que a realização de um retalho do músculo intercostal protegendo o nervo intercostal reduz a dor. O fechamento do intercosto pode ser realizado com dissecação do feixe vasculo nervoso e sutura entre o nervo e a costela inferior (subperiostal) ou sutura intracostal. Objetivo é realizar um estudo para comparar a toracotomia tradicional com a preservação do nervo intercostal. Método Serão selecionados todos pacientes candidatos a toracotomia eletiva no hospital São Paulo pela disciplina de cirurgia torácica. Os pacientes serão divididos em dois grupos 1 toracotomia tradicional e grupo 2 – toracotomia com preservação do nervo intercostal. . RESULTADO Os resultados mostraram 58,4% pacientes do sexo masculino e 41,6% do sexo feminino, a idade variou de 3 a 72 anos, com média de 41,56 anos, o tempo de internação médio foi de 5,8 dias, variando de 2 a 30 dias. A média do tempo da operação foi de 180 minutos, a média do tempo de drenagem foi de 4,5 dias, variando de 1 a 29 dias. A Escala visual de dor foi mensurada no primeiro PO – média de 4,5. No 3PO foi de 2,8 e na alta foi de 1,3. Não tivemos óbitos e uma morbidade de 35%, sendo a mais freqüente perda aérea prolongada e empiema. Os pacientes submetidos a toracotomia tradicional usaram uma quantidade maior de analgésico, com um valor maior na escala de dor no 1 e 3 PO, em relação ao grupo com preservação intercostal. CONCLUSÃO Nesta avaliação inicial, concluímos que a técnica de preservação intercostal se mostrou de fácil execução, sem prolongar o tempo operatório com resultados favoráveis no pós operatório hospitalar.

RUY BARROS JUNIOR  
Serviço Santista de Cirurgia Torácica

Corpo do trabalho: Apresentação de uma alternativa ao uso de trocateres videotoracoscópicos de alto custo com a adaptação de seringas descartáveis na sua substituição. Essa adaptação traz uma redução significativa no custo da cirurgia sem comprometer seu resultado final. A seringa descartável é um item disponível em todo centro cirúrgico e suas poucas desvantagens em relação aos trocateres próprios de videotoracoscopia são facilmente contornadas, tornando a uma opção que deve ser conhecida por todo cirurgião envolvido com videocirurgia.

**025**

## ABSCESO PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DA GRANULOMATOSE DE WEGENER

RUDOLF K, F, DE OLIVEIRA; HELEN MOREIRA COUTINHO; LUCIANA DOS SANTOS ANDREATA; MARIA DO CARMO CRUVINEL; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

Hospital do Servidor Público Estadual

HMA: Masculino, 59 anos. Há 2 dias referia febre 38 39°C com 1 episódio de epistaxe. Há 4 meses com tosse seca e perda ponderal de 4 Kg. Negava tabagismo. EF: REG, saturação 99%, com sibilos difusos à ausculta pulmonar. Exames complementares: Radiografia e TC de tórax evidenciavam lesão cavitada em terço superior de hemitórax esquerdo sugestiva de abscesso pulmonar. Broncoscopia com edema e irregularidade na mucosa de BPE, com impressão de compressão extrínseca. LBA: negativo para células neoplásicas. Biópsia: leve fibrose associado a infiltrado inflamatório crônico. BAAR e PPD negativos. Evolução: Iniciado ceftriaxona e clindamicina. Evoluiu com melhora clínica importante, apresentando durante a internação quadro de episclerite bilateral. Recebeu alta para término de antibiótico com retorno ambulatorial. Evolução: Evoluiu com perda ponderal de 6Kg (10Kg em 7 meses). Quatro episódios febris em 4 meses e alteração da função renal (creat 5,4mg/dl / uréia 178mg/dl / Hb 6,6g/dl / Ht 20,8% / hematúria / Proteinúria de 24h 1,6g), necessitando de hemodiálise (4 seções). c ANCA > 1/80 (positivo). Broncoscopia: lesão elevada em árvore brônquica E, promovendo acentuada estenose concêntrica em brônquio do LSE. Bx transbrônquica: fibrose e infiltrado inflamatório misto (linfócitos, eosinófilos e neutrófilos) no córion com neoformação vascular (tecido de granulação) e metaplasia escamosa do epitélio de revestimento. Bx renal: glomerulonefrite necrotizante. Iniciado terapia imunossupressora com pulsoterapia de metilprednisolona, seguido de prednisona e ciclofosfamida. Apresentou boa evolução clínica (Hb 13,1g/dl / Ht 39,8% / creat 2,7mg/dl / U 138mg/dl). Discussão: Granulomatose de Wegener é uma doença inflamatória, com acometimento de vias aéreas superiores, inferiores e rins, podendo evoluir com necessidade de terapia de substituição renal. O quadro radiológico pulmonar é variável. Em nosso caso temos uma apresentação inicial com lesão cavitada, simulando abscesso pulmonar.

**027**

## ANÁLISE IMUNOISTOQUÍMICA DO MARCADOR COX2 NA LESÃO PULMONAR AGUDA EM RATOS

ANDRÉ MIOTTO

Escola Paulista de Medicina Unifesp

Os pulmões compõem uma grande superfície de interação com o meio externo. Para tal, contam com uma gama de mecanismos de defesa frente às agressões às quais se vêm expostos. Entre estas, está a lesão mecânica, alvo deste trabalho. O marcador eleito para o trabalho foi o COX 2, pela rápida resposta em lesões agudas. O papel do marcador COX 2 na lesão mecânica do pulmão ainda não está bem estabelecido na literatura. Não há na literatura comprovação ou quantificação dos níveis de COX 2 em lesão pulmonar mecânica aguda. Assim, foi realizada uma análise do grau de expressão de COX 2 pelo tempo de lesão. Foram usados ratos pesando entre 300 e 400 gramas, com 3 a 4 semanas de vida, divididos em quatro grupos de quatro ratos cada. Os ratos foram anestesiados e submetidos à intubação orotraqueal, e, em seguida, a uma toracotomia anterior direita. O lobo superior do pulmão direito foi então submetido à compressão com pinça de Bulldog plástica segundo o tempo de cada grupo do experimento (5 minutos, 2 minutos e 10 segundo por 3 vezes seguidas, com intervalos de 10 segundo entre elas). O grupo controle foi submetido à toracotomia, porém o pulmão não foi submetido à compressão. Após isso, cada rato foi fechado e mantido vivo por uma hora, tempo necessário à resposta do marcador COX 2. Após isso, os ratos foram sacrificados e foram retirados os fragmentos do pulmão em questão. Tais fragmentos foram submetidos à técnica de imunistoquímica e os resultados foram comparados segundo escore previamente estabelecido. Como resultado, não houve diferença do padrão imunistoquímico entre os ratos do grupo controle e dos grupos com lesão. Concluímos pela análise histológica que o pinçamento do parênquima pulmonar leva a um maior grau de lesão tecidual conforme o tempo de lesão, apesar de tal resposta inflamatória não ser bem especificada na análise imunistoquímica.

**026**

## ACOMETIMENTO GRANULOMATOSO E LINFONODAL PULMONAR PELA IMUNODEFICIÊNCIA VARIÁVEL COMUM RELATO DE CASO

THIAGO DE OLIVEIRA MENDONÇA; ALBERTO CUCKIER; RAFAEL STELMACH; LIA BELCHIOR MENDES BEZERRA; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SAMIA RACHED; RAFAEL SILVA MUSOLINO; LETÍCIA KAWANO DOURADO; MARCOS SOARES TAVARES

Disciplina de Pneumologia do Instituto do Coração FMUSP

A Imunodeficiência Variável Comum (IVC) é uma doença rara que tem como principais manifestações clínicas as infecções, a doença pulmonar crônica, as doenças auto imunes, acometimento hepático, tumores sólidos, linfoma e infiltrações granulomatosas. O quadro pulmonar caracteriza-se por infecções crônicas ou recorrentes, podendo evoluir para bronquiectasias. Pode-se associar também a infecções do trato respiratório superior, sinusites, otites e amigdalites tendo como principais etiologias bactérias encapsuladas. A IVC pode-se associar com várias doenças auto imunes. A doença granulomatosa pode acometer linfonodos e órgãos do sistema retículo endotelial. A suspeita sempre deve existir na presença de infecções de repetição em um paciente com hipogamaglobulinemia. Entretanto, o diagnóstico sempre deve ser confirmado com a dosagem das imunoglobulinas séricas. O tratamento é feito com reposição de imunoglobulina IV, 400 a 500 mg/kg de peso a cada 3 a 4 semanas. Relataremos o caso de um paciente de 28 anos, portador de sinusiopatia crônica, esplenomegalia, Púrpura Trombocitopênica Imune e inúmeros pólipos granulomatosos no estômago sem etiologia definida. Em junho de 2008 iniciou quadro de tosse produtiva, dispnéia e febre diária. A tomografia de tórax evidenciou adenomegalia perihilar e mediastinal difusa, nódulos cavitados e áreas de vidro fosco. O exame físico era normal, exceto por estertores crepitantes em base direita e uma linfonodomegalia supraclavicular, o qual foi submetido a PAAF, demonstrando um infiltrado linfóide. A PFP revelou um distúrbio ventilatório restritivo leve, com discreta diminuição da difusão. Foi submetido a broncoscopia com LBA e biópsia transbrônquica, que revelaram apenas hiperplasia linfocítica e granuloma não caseoso. Exames laboratoriais revelavam hipogamaglobulinemia a dosagem de imunoglobulinas baixa em todas as suas classes.

**028**

## AValiação DAS IMUNOGLOBULINAS E SUA REPOSIÇÃO NOS PACIENTES COM GRANULOMATOSE DE WEGENER

LIA BELCHIOR MENDES BEZERRA; CARMEN VALENTE BARBAS; LATÍCIA KAWANO DOURADO; THIAGO DE OLIVEIRA MENDONÇA; TELMA ANTUNES; SAMIA RACHED

Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO: A granulomatose de Wegener (GW) é uma doença sistêmica caracterizada por vasculite necrosante granulomatosa ANCA associada, acometendo preferencialmente as vias aéreas (superiores e inferiores), pulmões e rins. OBJETIVOS: O Serviço de Pneumologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP) há mais de dez anos implantou um grupo de atendimento especial aos portadores de vasculites sistêmicas. Com um total de 128 pacientes já atendidos. O objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil sérico das imunoglobulinas de pacientes com GW acompanhados no ambulatório de Vasculites, além de avaliar um possível benefício da reposição de imunoglobulina intravenosa (IgIV) na evolução clínica destes pacientes. METODOLOGIA: o perfil da dosagem sérica das imunoglobulinas e a evolução clínica dos pacientes foram estudados por meio de revisão de prontuários. RESULTADO: Foram detectados baixos níveis de imunoglobulina da classe IgG total em 12 (9,5% do total de pacientes) dos 35 pacientes que realizaram esta dosagem. Apenas 1 paciente apresentou aumento de IgE. Dosagens de IgA e IgM normais. Dos 128 pacientes acompanhados ambulatorialmente, 14 receberam (IgIV) como terapia adjuvante ao corticóide e ciclofosfamida, com intuito de melhor controle da doença. 4 destes pacientes apresentavam deficiência de IgG, dos quais 3 apresentaram melhor evolução clínica após a reposição da IgIV e 1 faleceu em decorrência de complicações da doença. CONCLUSÃO: A deficiência de IgG pode facilitar a ação do ANCA. A IgIV contém anticorpos contra o ANCA que, In Vitro, inibem especificamente e podem diminuir a atividade e os níveis séricos do mesmo. A terapia de reposição de imunoglobulinas auxilia na indução da remissão da doença, com poucos efeitos colaterais e boa tolerância por parte dos pacientes, sugerindo seu benefício terapêutico.

## BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA (BTB) EM PACIENTES COM SUSPEITA CLÍNICA DE DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL (DPI),

CRISTIANO CLAUDINO OLIVEIRA; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO; VERA LUIZA CAPELOZZI; HUGO HYUNG BOK YOO  
Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP)

**Introdução:** DPI constitui um grupo heterogêneo de doenças com quadro clínico radiológico similar. A BTB é uma possibilidade diagnóstica quando associada a parâmetros clínicos e tomográficos (TC). **Objetivos:** Análise da correlação clínica, radiológica e histopatológica dos pacientes com suspeita de DPI e avaliação destes testes diagnósticos. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de dados clínico tomográficos dos pacientes com suspeita clínica de DPI submetidos à BTB entre 1999 e 2006 no serviço de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP) e revisão de suas lâminas histológicas. As variáveis foram comparadas por Testes Qui quadrado e Exato de Fisher a 5% de significância. Para os testes diagnósticos, calculou se sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo (VPP) e negativo (VPN), e acurácia. Para as alterações radiológicas, construiu se a Curva ROC. **Resultados:** Foram incluídos 56 pacientes, 55% do sexo masculino, com mediana de idade de 56 anos. Dispneia(70%) e tosse seca(59%) foram os sintomas mais frequentes; entre os achados radiológicos foram fibrose peribrônquica(69,9%), nódulos(64,3%) e fibrose difusa(55,4%). A fibrose difusa/radial (32,1%) foi o principal padrão histopatológico. Em 11 pacientes, o diagnóstico final foi Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI), sendo dispneia(90%,p=0,08) e dor torácica(54%,p=0,06) os principais sintomas. Neste grupo, a fibrose radial mostrou alta especificidade e VPN, com grande contribuição diagnóstica. O VPP foi 67% com no mínimo seis alterações radiológicas sugestivas de FPI presentes, mas a melhor relação entre especificidade e sensibilidade na curva ROC foi com cinco alterações. **Conclusão:** O perfil clínico, radiológico e patológico da casuística é similar à literatura. Pacientes com suspeita clínica de DPI podem ser precocemente submetidos à BTB em associação à TC para definição diagnóstica.

## DERRAME PERICÁRDICO COMO MANIFESTAÇÃO DA SARCOIDOSE

MARIANA LOUSADA FERREIRA; ANA MARIA CAMINO; EDUARDO DE MELO CAPITANI; ELZA MARIA FIGUEIRAS PEDREIRA CERQUEIRA; GULIHERME ZIMMERER LORENTZ; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MAURÍCIO DE SOUSA TOLEDO LEME; GISELE NUNES YONEZAWA  
Universidade Estadual de Campinas

Paciente do sexo feminino, 47 anos, assintomática respiratória, procurou atendimento médico devido quadro de "mal estar" torácico. Realizou eletrocardiograma que mostrou sinais sugestivos de derrame pericárdico. O ecocardiograma, confirmou a presença de derrame pericárdico e o RX de tórax que mostrou opacidades apicais bilateralmente. A TC tórax mostrou micronódulos no feixe peribroncovascular, e a biópsia transbrônquica evidenciou granuloma sarcóidico, com pesquisas para micobactéria e fungos negativas. Hemograma, cálcio e função tireoidiana sem alterações, VHS de 25, Mantoux negativo e espirometria normal. Após 45 dias, repetiu ecocardiograma, sem sinais de derrame pericárdico e, consequentemente, sem possibilidade de punção do líquido para análise. Iniciado Prednisona 0,5 mg/Kg e, atualmente, encontra se assintomática em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica de causa desconhecida, que acomete principalmente os pulmões. Os sintomas, quando presentes, são inespecíficos e o diagnóstico é de exclusão. O trabalho relata um caso de paciente oligossintomática, com discretas alterações em exames complementares, que recebeu diagnóstico de sarcoidose durante investigação de quadro de derrame pericárdico. Paciente trouxe exame radiológico de tórax realizado há três anos, devido dor articular em ombro, que já evidenciavam alterações parenquimatosas pulmonares, as quais não foram investigadas naquela ocasião. Durante esses três anos, paciente manteve se assintomática do ponto de vista respiratório e, sendo assim, não procurou atendimento médico. Na atual investigação do derrame pericárdico, foram visualizadas as alterações pulmonares e a biópsia transbrônquica revelou o diagnóstico de sarcoidose. Apesar da regressão espontânea do derrame, o tratamento foi iniciado devido à classificação radiológica da sarcoidose e na tentativa de se evitar complicações cardíacas futuras.

## BOOP:UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL,

JAIME EDUARDO DAVINO CHIOVATTO; ELLEN YUKIE FUKUDA; RENATO DAVINO CHIOVATTO  
Clínica Chiovatto S/C LTDA

**HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL E PREGRESSA:**Dona de casa, 57 anos, procurou várias vezes atendimento eletivo referindo recorrente tosse com catarro amarelo, chiado e coceira na garganta, tratada como traqueobronquite com aparente melhora. **EXAME FÍSICO:** Regular à bom estado geral, mas com os demais parâmetros normais e propedêutica pulmonar normal. **EXAMES COMPLEMENTARES:**Radiogramas sem alterações significativas com exceção do último que apresentou consolidações difusas bilaterais principalmente no lobo superior esquerdo. **Tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR)** com combinação de áreas de consolidação dos espaços aéreos e granularidade principalmente no lobo superior esquerdo. **DIAGNÓSTICO:** Os padrões de imagem observados na TCAR e no Raio X, além das poucas informações na anamnese e recorrência das queixas configuram BOOP como importante hipótese diagnóstica. **EVOLUÇÃO:** A positividade de BOOP no anatomopatológico cursará com uso de corticosteróides, eficaz em dois terços dos pacientes acometidos.**DISCUSSÃO:**Bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP), atualmente denominada como pneumonia obliterante criptogênica (COP), descrita por Epler et al., caracterizada por padrão moteado (patchy) e retículo nodular observado no radiograma de tórax em consolidações difusas bilaterais predominantes nas metades inferiores. O caso descrito mostrou história clínica inconsistente com queixas repetidas dos sintomas, o último radiograma apresentou imagens de consolidações difusas, a TCAR evidenciou áreas com consolidação dos espaços aéreos e granularidade, o que contrasta com o quadro clínico. O objetivo do presente relato é chamar a atenção para BOOP como importante hipótese diagnóstica, que apesar de rara apresenta se de forma bem definida e que pelo quadro clínico pobre pode ser deixada de lado, prolongando o sofrimento do paciente.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MÚLTIPLOS NÓDULOS PULMONARES

GABRIEL FERREIRA ROZIN; LIA BELCHIOR MENDES BEZERRA; MÁRCIA SEISCENTO; LETÍCIA KAWANO DOURADO; THIAGO DE OLIVEIRA MENDONÇA; MARCOS SOARES TAVARES  
Divisão de Pneumologia do InCor/FMUSP

**INTRODUÇÃO:** Entre as hipóteses diagnósticas de doenças pulmonares com imagem radiológica de múltiplos nódulos, as principais são: granulomatose de Wegener, micobacteriose, micose sistêmica, metástase pulmonar, artrite reumatóide. **RELATO DE CASO:** Homem de 25 anos, há 8 meses com tosse seca, rinorréia persistente e adinamia, sem febre, sudorese ou perda ponderal. Apresentou 2 episódios de hemoptise de pequena monta. Em posto de saúde de sua localidade realizou 3 baciloscopias de escarro negativas e radiografia de tórax que mostrava opacidades nodulares bilaterais, algumas com cavitação central, sem elucidação diagnóstica. Foi internado na enfermaria de Pneumologia para investigação. A tomografia de tórax de alta resolução mostrou nódulos bilaterais de 0,6 a 1,6 cm, com margens bem definidas, a maioria com escavação central, alguns localizados em ponta de vaso, áreas esparsas de vidro fosco e pequenas áreas de árvore em brotamento localizadas principalmente nos lobos inferiores, ausência de linfonodomegalias. A TC de seios da face evidenciou cisto de retenção mucoso maxilar. Hemograma e função renal normais; imunodifusão dupla e contraímunoelctroforese para Histoplasma capsulatum e Paracoccidioides brasiliensis negativas; anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) e FR não reagentes e HIV negativo. Duas novas baciloscopias de escarro negativas. A terceira amostra de escarro induzido demonstrou BAAR positivo com posterior identificação de Mycobacterium tuberculosis na cultura. Paciente iniciou Esquema 1, com boa evolução clínica. **CONCLUSÃO:** A TCAR sugeriu o diagnóstico de tuberculose em atividade pela presença de nódulos cavitados associados a micronódulos centrolobulares e imagens de árvores em brotamento. Entre as etiologias de nódulo escavado, a tuberculose sempre deve ser exaustivamente pesquisada, evitando retardo diagnóstico e graves seqüelas pulmonares.

### DOENÇA DE STILL DO ADULTO CAPILAROSCOPIA PADRÃO SD E FIBROSE PULMONAR

JONATHAN JERIAS FERNANDEZ; RUDOLF K. F. OLIVEIRA; MARIA DO CARMO CRUVINEL; LUCIANA DOS SANTOS ANDREATA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA  
Hospital do Servidor Público Estadual

Masculino, 45 anos, branco, procedente de São Paulo. Dispnéia progressiva e disfagia há 5 anos, associadas à febre, odinofagia e artrite intermitentes além do Fenômeno de Raynaud. Exame Físico: emagrecido, PA 90X60, estertores inspiratórios nas bases. Exames laboratoriais: Leucocitose de 15800 a 19000 e plaquetose de 500000; VHS: 52 mm; provas reumatológicas não reagentes (NR), complementos normais; CK e aldolase normais; HIV: NR; ferritina: 374,8 ng/ml; Capilaroscopia: padrão SD; TC de Tórax: fibrose pulmonar, padrão de pneumonia intersticial inespecífica; Espirometria: IT – 92%; Pletismografia: CPT – 3,35L (52%); DCO: 15,8 ml/mmHg/min.(44%); STEP 4 min. – SpO2: 95% ? 84%; EDA: esofagite; Manometria: motilidade ineficaz do esôfago; US: esplenomegalia; Ecocardiograma: normal. Diagnóstico: Doença de Still do Adulto com padrão SD e fibrose pulmonar. A DSA é uma variante da artrite reumatóide e está entre as causas clássicas de febre de origem desconhecida. De acordo com os critérios diagnósticos estabelecidos por Yamaguchi e colaboradores, o paciente apresenta 3 critérios maiores e 3 menores, o suficiente para fechar o diagnóstico de Doença de Still de Início Adulto. O fato de o paciente apresentar capilaroscopia com padrão SD não afasta a superposição de doenças, especificamente esclerodermia e dermatomiosite, mesmo com provas reumatológicas (FAN, FR, AC anti centrômero, Anti Jo1) e enzimas musculares negativas. A principal manifestação da doença no tórax é pleural, pneumonite intersticial com fibrose ocorre em 6 – 27% dos casos. O paciente foi medicado com prednisona 40mg dia, com evolução satisfatória, porém ainda sem reavaliação funcional.

### EDEMA PULMONAR BEUROGÊNICO EM PACIENTE COM MENINGIOMA

JOSÉ BENEDITO MORATO; JOSÉ BENEDITO MORATO MORATO; EUGÊNIO FERNANDE DE MAGALHÃES; CLAUDINEI LEÔNICO BERALDO; BRUNO BERALDO; JOANA MORAIS  
Faculdade de Ciências da Saúde Dr. José Antônio Garcia Coutinho

O edema pulmonar de origem neurogênica é raro e secundário à injúria aguda do sistema nervoso central. Sua fisiopatologia não está completamente compreendida e acredita-se ser secundária à liberação maciça de catecolaminas gerando aumento do fluxo na circulação pulmonar e aumento da pressão no átrio esquerdo e da pressão capilar pulmonar. Objetivos: Relatar um edema pulmonar neurogênico em paciente portadora de meningioma sistema nervoso central. Métodos: Relato de caso e revisão de literatura. Resultados: Paciente mulher, 78a, natural e procedente de São Paulo. Paciente internada para tratamento cirúrgico de meningioma. Evoluiu no pós-operatório com hidrocefalia e hipertensão intracraniana. Apresentou quadro súbito de dessaturação, dispnéia e alteração radiológica com predomínio em lobos superiores. Foi submetida à tomografia de tórax que demonstra infiltrado pulmonar em vidro fosco em lobos superiores e descarta tromboembolismo pulmonar. Realizado broncoscopia com lavado broncoalveolar (sem crescimento bacteriano). Submetida tratamento de suporte com uso de ventilação não invasiva, furosemida e dobutamina com reversão clínica. Optado posteriormente por instalação de derivação ventrículooperitoneal. O tratamento deverá ser voltado para a causa de injúria neurológica. Medidas de suporte envolvem oxigenoterapia, suporte ventilatório não invasivo ou invasivo, furosemida, dobutamina e bloqueadores alfa adrenérgicos. Os autores chamam atenção para uma causa rara e curiosa de edema pulmonar com predomínio em lobos superiores. O tratamento envolve medidas de suporte e fundamentalmente o tratamento da causa de base.

### DOENÇA PULMONAR RELACIONADA A IGG4

THIAGO COSTA DE ARAÚJO DANTAS; DAVID COELHO; FAUSTO MORABITO; FERNANDO TEIXEIRA; RAFAEL MUSOLINO; ALEXANDRE KAWASAKI; BRUNO GUEDES BALDI; THAÍS MAUAD; RONALDO KAIRALLA  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

História da Doença Atual e Pgressa: Paciente do sexo masculino, 77 anos, japonês, residente no Brasil há 70 anos. História de dispnéia progressiva, episódios febris, perda de 14kg, poliartralgia, disфонia e máculas eritematosas (com resolução espontânea) cinco meses antes da internação. Tratado para pneumonia por duas vezes, com melhora parcial. Antecedentes de hipertensão, diabetes, ex tabagista e contato com agrotóxicos por 40 anos. Exame físico: Frequência respiratória de 20, murmúrio vesicular diminuído difusamente e múltiplos linfonodos periféricos palpáveis de até 1 cm em cadeias cervicais, supraclaviculares, axilares e inguinais, com SatO2 de 96%. Exames complementares: Hb de 10,6g/dL, VCM e CHCM normais, albumina 2,9mg/dl, globulinas 9,9mg/dl, FAN positivo (1/320), p ANCA positivo (1/40), elevação das cadeias Kappa e Lambda urinárias, hipergamaglobulinemia policlonal, principalmente determinada por IgG4 (acima de 1.000mg/dL). TCAR de tórax mostra adenomegalias mediastinais e hilares, opacidades reticulares e em vidro fosco bilaterais. Histopatologicamente evidenciam se múltiplos agregados de plasmócitos policlonais, com pesquisa de IgG4 positiva. Diagnóstico: Doença Pulmonar relacionada a IgG4. Evolução: houve melhora e estabilização da doença sem tratamento. Discussão: A plasmocitose por IgG4 é uma doença rara relacionada à infiltração de plasmócitos produtores de IgG4, sendo descrita principalmente em japoneses. Relaciona se a doenças autoimunes e tem como diagnóstico diferencial linfoma, sarcoidose, mieloma múltiplo, doença de Castelman, pneumonia intersticial não específica idiopática e neoplasia pulmonar. O tratamento de escolha é baseado em corticosteróides nos casos sintomáticos. A ocorrência desta doença em pacientes japoneses fora do Japão indica predisposição genética para o seu desenvolvimento.

### EXPOSIÇÃO À SÍLICA E SARCOIDOSE PULMONAR: POSSÍVEL AGENTE PRECIPITANTE?

LETICIA KAWANO DOURADO; ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; GABRIEL ROZIN FERREIRA; THIAGO DE OLIVEIRA MENDONÇA; UBRATAN DE PAULA SANTOS; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO  
Divisão de Pneumologia do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP

Introdução: A possibilidade da associação entre a exposição à sílica e doenças autoimunes é reconhecida. Objetivo: Descrever casos de pacientes que desenvolveram Sarcoidose após exposição à Sílica. Métodos: Foram pesquisados casos do Ambulatório de Sarcoidose do HCFMUSP quanto à exposição ocupacional à sílica, sendo feita revisão de prontuário, radiológica e histopatológica. Resultados: Foram revisados 3 casos. 1º) paciente masculino de 34 anos com história de dispnéia, tosse seca e edema de membros inferiores. Exposição à sílica por 10 anos, cessada há 1 ano. TC de tórax: Linfonodomegalias mediastinais e hilares, diâmetro aumentado de artéria pulmonar, espessamento do interstício peribroncovascular e micronódulos centrolobulares e parasseptais difusos. Biópsia pulmonar: granulomas sarcoídicos, pesquisa microbiológica negativa. Melhorou após corticoterapia. 2º) paciente masculino de 36 anos com história de dispnéia e dor torácica retroesternal. Exposição à sílica por 5 anos até o diagnóstico. TC de tórax: adenomegalias em mediastino superior, parênquima sem alterações. Biópsia de linfonodo mediastinal: processo granulomatoso sem necrose pesquisa microbiológica negativa. Remissão após corticoterapia. 3º) paciente masculino de 40 anos com história de dispnéia e tosse seca. Exposição à sílica por 10 anos até 1987. TC de tórax: Linfonodos calcificados mediastinais e hilares bilaterais, parênquima com opacidades reticulares e em vidro fosco, fibrose periférica de predomínio basal e nódulos periféricos bilaterais. Biópsia transbrônquica: granulomas peribrônquicos sem necrose caseosa, pesquisa microbiológica negativa. Introduzida corticoterapia sistêmica, sem melhora. Discussão: Observamos nesses três casos a presença de granulomas sarcoídicos e manifestações radiológicas compatíveis com sarcoidose em indivíduos expostos à sílica. A melhora clínica nos 2 pacientes torna o diagnóstico de silicose improvável. O terceiro caso já apresentava sarcoidose Grau IV, não respondendo ao tratamento. Apesar da causa da sarcoidose continuar desconhecida, há evidências sugerindo que a reação granulomatosa observada resulta da exposição de indivíduos geneticamente susceptíveis a agentes ambientais capazes de desencadear a doença.

## LESÃO GRANULOMATOSA PULMONAR E DE COURO CABELUDO: DOZE ANOS EM BUSCA DO DIAGNÓSTICO

LIA BELCHIOR MENDES BEZERRA; RONALDO ADIB KAIRALLA; MÁRCIA SEISCENTO; LETÍCIA KAWANO DOURADO; THIAGO DE OLIVEIRA MENDONÇA; RAFAEL SILVA MUSOLINO; RODRIGO ATHANAZIO ABENSUR; MARCOS SOARES TAVARES  
Divisão de Pneumologia do InCor/ FMUSP

**INTRODUÇÃO:** A conclusão diagnóstica de doenças pulmonares granulomatosas requer análise clínica, de imagem, e anatomopatológica. Destacam-se como principais diagnósticos diferenciais: tuberculose (TB), sarcoidose, doença fúngica e pneumonite de hipersensibilidade. **CASO CLÍNICO:** Paciente feminina, 65a, negra, em 1996 iniciou lesão em couro cabeludo em placa, com alopecia, associada a linfonodomegalia cervical. A biópsia cutânea mostrou processo inflamatório crônico granulomatoso, com pesquisa de bacilo álcool ácido resistente (BAAR) e fungos negativa. Na biópsia ganglionar havia infiltrado histiocitário formando granulomas com células gigantes. Com hipótese diagnóstica de TB cutânea e ganglionar foi iniciado esquema I (RHZ), com melhora parcial da lesão em couro cabeludo e regressão linfonodal. Após 5 anos do início do quadro apresentou dispnéia aos esforços e tosse seca. Em 2006, a tomografia de alta resolução do tórax (TCAR) mostrava espessamento do eixo peribroncovascular, nódulos apicais confluentes, pequenos nódulos subpleurais e linfonodomegalias paratraqueais. Realizada biópsia pulmonar a céu aberto com processo inflamatório granulomatoso não caseificante. BAAR e fungos ausentes. Paciente foi novamente tratada com esquema I. Após 4 meses sem melhora o esquema foi alterado para III (SEZEt). No período de 12 anos a lesão do couro cabeludo apresentou piora gradativa, com alopecia cicatricial e infecções locais de repetição. Foi referenciada ao HCFMUSP em 2008 onde o esquema SEZEt, utilizado por 18 meses, foi suspenso e realizados os seguintes exames: PPD zero; TCAR: semelhante ao exame anterior; cintilografia com gálio: discreta captação em topografia de parótidas; cálcio sérico e urinário normais; biópsia cutânea e transbrônquica e revisão de biópsias anteriores. A conclusão anatomopatológica, associada ao quadro clínico radiológico, foi sarcoidose. Paciente iniciou tratamento com prednisona, evoluindo com melhora. **CONCLUSÃO:** Sarcoidose é uma doença granulomatosa multisistêmica de causa desconhecida que manifesta-se principalmente por linfonodomegalias intratorácicas, acometimento dos pulmões, olhos e pele. Pelo envolvimento cutâneo, que ocorre em 20-35% dos casos, é conhecida como a "grande imitadora". O granuloma sarcóidico não apresenta achado histológico característico que o diferencie de outros granulomas, o que leva muitas vezes ao retardo diagnóstico.

## PANBRONQUIOLITE DIFUSA

FERNANDO SEIJI UENO GIL; LIANA SOUZA COELHO; LAURA FONSECA QUEIROZ; SUZANA ERICO TANNI; WAGNER MONEDA TELINI  
HCFMBUNESP

**HDA:** Homem, 43anos, descendência asiática, encaminhado para o Hospital de Clínicas/Unesp Botucatu por asma de difícil controle. Os sinais e sintomas iniciaram há 1ano com dispnéia progressiva, tosse, escarro amarelo, sibilância, estertores; foi tratado com antibióticos devido a pneumonias de repetição, broncodilatadores e corticóide inalatório em altas doses sem controle do quadro. **HMP:** esquizofrenia e sinusite crônica. **Exames Complementares:** Gasometria arterial: PaO<sub>2</sub> 43,4mmHg, PaCO<sub>2</sub> 38,2mmHg e SO<sub>2</sub> 76,9%. Hemograma, exames bioquímicos básicos, imunoglobulinas, auto anticorpos e dosagem do cloro no suor, todos normais. **Rx tórax:** infiltrado intersticial reticulonodular difuso. **TCAR tórax:** nódulos centrolobulares difusos, opacidade intersticial bilateral, bronquiectasias e secreções intraluminais. **Espirometria:** distúrbio misto com VEF1 0,911/s (29%), CVF 1,681 (44%) e VEF1/CVF 0,54. **Broncoscopia:** secreção purulenta endobrônquica. **Cultura do lavado broncoalveolar:** Pseudomonas aeruginosa. **Diagnóstico:** Panbronquiolite Difusa. **Discussão:** PBD foi descrita em 1983 por Yamanaka e colaboradores no Japão. Atualmente, casos semelhantes foram descritos em outros continentes. Trata-se de uma doença inflamatória de causa desconhecida, usualmente em não fumantes; há predisposição genética e pode existir influência de um agente infeccioso; se não tratada, pode evoluir para bronquiectasia e insuficiência respiratória. **Cultura do escarro positiva para Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis ou Pseudomonas aeruginosa.** O tratamento com macrolídeos está bem estabelecido e gera aumento da sobrevida. **Evolução:** Prescrito eritromicina 500mg/dia, fisioterapia e iniciado oxigenoterapia domiciliar prolongada; broncodilatador e corticóide inalatório foram mantidos. Após 6 meses de tratamento, sem hospitalizações, houve redução do volume do escarro, da frequência da tosse e do número de exacerbações; **TCAR tórax:** alguns micronódulos centrolobulares residuais e bronquiectasias; **espirometria:** VEF1 1,54l/s (51%), CVF 2,36l (65%) e VEF1/CVF 0,65; **gasometria arterial:** PaO<sub>2</sub> 64,2mmHg e SO<sub>2</sub> 90,8%.

## MICETOMA (FUNGUS BALL ) E FIBROSE PULMONAR

MAKOTO SAITO; NELSON MORRONE ; PAULA GOMES  
Clínica Pneumológica do HSPM

**Introdução:** A presença de Micetoma(Fungus Ball)intracavitário em doença pulmonar prévia é freqüente; ocorre pela colonização destas cavidades por fungos. **Objetivo:** Relato de paciente com Fibrose Pulmonar; anos após diagnóstico inicial apresentou quadro clínico radiológico compatível com bola fúngica. **Relato:** Paciente com 72 anos, revascularizado em 1970; aneurismectomizado em 2001 quando soube que seus pulmões estavam duros (RX e TC revelava processo intersticial).Em 2005 início de dispnéia,piora radiológica e sem tratamento.Em 2008 dispnéia aos esforços menores e presença de escarros hemoptóico.Exame Físico: REG, dispnéico em repouso, baqueteamento digital, cianótico. **Ausculata Pulmonar:**estertores em velcro difusos. **RXe TC do tórax:** aspecto compatível com Fibrose Pulmonar, com cavidades de paredes finas disseminadas,presença de formações nodulares com halo claro em torno. **Discussão:** o diagnóstico de Fibrose Pulmonar é indiscutível, quadro clínico tomográfico é característico O diagnóstico de Bola Fúngica é baseado no quadro clinico (escarros hemoptóicos e/ou hemoptises) e aspecto tomográfico,os testes laboratoriais tem valor discutível A causa mais comum de micetoma são as cavidades de tuberculose pulmonar curadas; outras condições são raras como bronquiectasias, sarcoidose, esclerose múltipla, fibrose cística do pâncreas e tumores.O agente fungico colonizador mais freqüente é o Aspergillus fumigatus. **Revisão bibliográfica** não revelou caso de associação de Micetoma Fibrose Pulmonar. **Conclusão:** Chamar atenção para uma associação infreqüente e que talvez possa ser mais diagnosticada se os pacientes passarem a apresentar sobrevida maior.

## RELATO DE CASO AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR ASSOCIADA À ARTRITE REUMATÓIDE,

MÔNICA CORSO PEREIRA; GUILHERME ZIMMERER LORENTZ; MAURICIO SOUZA TOLEDO LEME; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MARIANA LOUSADA FERREIRA; ANA MARIA CAMINO; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; ILMA APARECIDA PASCHOAL  
Universidade Estadual de Campinas UNICAMP

Em doenças intersticiais pulmonares difusas (DIP),o teste de difusão de CO (DLCO) é o exame mais sensível.Freqüentemente é o primeiro e às vezes o único anormal em pacientes com DIP precoce.Uma opção seria o teste da caminhada de seis minutos (TC6).**RELATO DE CASO:**Paciente masculino,63anos,com diagnóstico de Artrite Reumatóide há 5 anos,há 2 iniciou dor torácica relacionada aos esforços,acompanhada de dispnéia e taquicardia,quando foi então encaminhada à Pneumologia.Ao exame apresentava estertores em velcro em ambas as bases pulmonares,FR 18,FC 76 e SpO<sub>2</sub> 96% em repouso.Realizados Rx de tórax e posteriormente TCAR que evidenciaram sinais de fibrose,com padrão sugestivo de Pneumonia Intersticial Usual.Realizada espirometria (PFP) que foi normal,TC6 que evidenciou grave dessaturação,atingindo BORG 4 e 330m. Ecocardiograma evidenciou HAP leve,e DLCO de 65%. Apesar de alterações radiológicas,o paciente se mantinha em classe funcional II.Optou-se por não iniciar tratamento específico para HAP,mantendo apenas o da AR com Leflunomide.Até o momento, estável clinicamente.**Conclusão:**A PFP é um exame pouco sensível na avaliação de DIP,estando inalterado em boa parte dos indivíduos analisados.A DLCO é freqüentemente mais sensível para detectar melhora ou piora em comparação com os volumes pulmonares,porém é um exame de mais difícil acesso na prática clínica diária.O TC6 mantém boa correlação com a DLCO,sendo especialmente atrativo por combinar representatividade funcional,avaliando globalmente o desempenho cardio respiratório do paciente,com facilidade operacional e baixo custo.A avaliação do desempenho no TC6 é uma variante independente de prognóstico para DIP e HAP. O TC6 ainda é um exame mais completo por se tratar de uma avaliação dinâmica do paciente,em relação a DLCO,que em nosso serviço é feito em repouso.

NAIENE STECCA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA;  
LILIAN TIEMI KURANISHI; DANY JASINOVODOLINSKI;  
RIMARCS GOMES FERREIRA; HENRIQUE FERREIRA BRITO;  
ERICA TREPTOW  
UNIFESP

**Introdução** A siderose pulmonar é uma pneumoconiose causada por inalação de poeiras contendo óxido de ferro. Estudos epidemiológicos apontam prevalências diversas entre os expostos, em 1978 um estudo com 661 soldados mostrou prevalência de 3,4%. Descreveremos um caso de siderose pulmonar em um jovem do sexo masculino, com exposição a ferro há 12 anos. Caso clínico Homem, 33 anos, polidor de ferro há 12 anos. Procurou serviço médico de referência após alteração em exame de radiografia de tórax, realizado de rotina na empresa onde trabalhava. Na ocasião era assintomático do ponto de vista respiratório. Hígido e não tabagista. Exame físico sem alterações. Rx tórax e TCAR mostravam infiltrado micronodular difuso. Espirometria com valores dentro dos limites da normalidade. Foi submetido à biópsia pulmonar a céu aberto, cujo anatomopatológico foi compatível com siderose pulmonar. Discussão É usualmente descrita como pneumoconiose benigna por não estar associada a sintomas respiratórios, quando há tais sintomas, sugere se associação com outros agentes, como sílica. No entanto alguns autores tem questionado esta benignidade. A apresentação radiológica mais comumente observada na tomografia computadorizada de tórax, são micronódulos distribuídos difusamente em ambos os pulmões. O diagnóstico deve ser feito com história bem documentada de exposição ao metal e alteração radiológica compatível. A biópsia pulmonar deve ser feita em casos de dúvida, e a principal diferenciação deve ser a silicose pulmonar. O tratamento é o afastamento do trabalhador do local de exposição, ou mudança de setor, em alguns casos há reversão completa das lesões. Nos casos em que há exposição a outras poeiras lesivas, pode haver progressão para formas graves de fibrose. A prevenção deve ser feita com uso de equipamento proteção individual, radiografias e espirometrias frequentes.

## DOENÇAS PLEURAIIS

042

### ACHADOS DA ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX PRÉ E PÓS DRENAGEM EM PACIENTES COM DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO: UM ESTUDO PILOTO

SABRINA RIBEIRO; PEDRO CARUSO; RICARDO TERRA;  
MILENA ACENCIO; RODRIGO BRANDAO; LISETTE TEIXEIRA  
Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da USP

**Achados da Ultrassonografia de Tórax Pré e Pós Drenagem em Pacientes com Derrame Pleural Neoplásico:** um Estudo Piloto **Introdução:** A expansão pulmonar após drenagem torácica ou toracocentese é um dos principais fatores preditores de alívio sintomático e sucesso de pleurodese. Até o presente momento, a fisiopatologia da expansão pulmonar e os fatores preditores do grau de expansão ainda não foram completamente esclarecidos. A ultrassonografia de tórax tem sido utilizada com frequência para guiar procedimentos e avaliar o espaço pleural, fornecendo informações adicionais em relação à radiografia de tórax em relação a presença de aderências e à quantificação do derrame pleural. Além disso, possibilita uma visão dinâmica da mobilidade diafragmática. Nossa hipótese é de que características observadas na ultrassonografia pré drenagem podem prever de forma semiquantitativa o volume de derrame drenado e o grau de expansão pós procedimento. **Objetivo:** Avaliar através de ultrassonografia pacientes que serão submetidos a esvaziamento da cavidade pleural, correlacionando os achados com o volume retirado e com a presença de expansão pulmonar total. **Método:** Foi utilizado um aparelho de ultrassonografia portátil (Sonosite MicroMaxx) e um transdutor convexo de 1.5MHz. O paciente foi submetido a ultrassonografia de tórax, sendo avaliados os seguintes parâmetros: presença de aderências pleurais e loculações, presença de colapso pulmonar (jellyfish sign), avaliação da morfologia e mobilidade do diafragma e medida da distância máxima entre a pleura visceral e parietal na base pulmonar. **Resultados:** Foram avaliados sete pacientes, sendo cinco do sexo feminino. Todos os pacientes tinham derrame pleural neoplásico, sendo o diagnóstico mais frequente neoplasia de mama. A média de idade foi de 52 anos e a média do volume drenado foi 1800ml e da distância entre a pleura e o pulmão na base de 6,63cm. Dois pacientes apresentaram movimentação paradoxal do diafragma, sendo que ambos apresentaram drenagem superior a 2500ml. Todos os pacientes apresentaram algum grau de expansão pós procedimento. Observamos em duas pacientes uma aderência entre a base pulmonar e o diafragma. Ambas apresentaram expansão incompleta após o procedimento. **Conclusões:** A ultrassonografia de tórax fornece informações importantes sobre a morfologia do espaço pleural. Mais estudos são necessários para determinar que achados podem ser preditores de expansão pulmonar e do grau de benefício pós toracocentese.

043

### ACIDENTE EM VIDEOTORACOSCOPIA PARA TRATAMENTO DE PNEUMOTÓRAX – RELATO DE CASO,

ROMERO FENILI; THABATA GLENDA FENILI AMORIM  
Universidade Regional de Blumenau

Romero Fenili, Thabata Glenda Fenili Amorim – fenili@furb.br, Rua Hermann Hering, 377/1001, Blumenau – SC – 89010600 – Universidade Regional de Blumenau Hospital Santa Catarina.

#### ACIDENTE EM VIDEO TORACOSCOPIA PARA TRATAMENTO DE PNEUMOTÓRAX – RELATO DE CASO.

Paciente do sexo masculino de 21 anos, com antecedentes de pneumotórax bilaterais, sem outros antecedentes patológicos de interesse. O paciente internou para realizar eletivamente tratamento cirúrgico de pneumotórax direito recidivado. Durante o ato cirúrgico, foi realizada sob anestesia geral, bulectomia em ápice direito pulmonar. Após, foi realizado pleurodese cirúrgica com gase seca, utilizando uma pinça endoscópica para tal. Durante a realização do ato da pleurodese, a pinça utilizada partiu se dentro do tórax. Foi realizado busca exaustiva da peça que se rompeu, com auxílio do vídeo toracoscópio, não se encontrando a ponta da pinça. Diante do quadro, fomos obrigados a realizar exame radioscópico para identificação da peça, que pese ter rompido no ápice pulmonar, encontrava se alojada na base pulmonar, e uma vez que foi encontrada, foi retirada com utilização de pinça endoscópica. Após a cirurgia, o paciente apresentou evolução favorável, sendo dado de alta após quatro dias de internação. **DISCUSSÃO** – a intenção de apresentar este trabalho é para salientar os cuidados que devemos ter diante da utilização do material vídeo endoscópico. Este material deve ser frequentemente vistoriado e em caso de verificação de alguma avaria ou desgaste, ele deve ser descartado. No caso descrito, nenhuma avaria maior foi observada na pinça utilizada, porém seu rompimento foi grave e poderia ter causado alguma complicação com consequências severas para o paciente. A utilização da radioscopia para o achado da ponta da pinça revelou se, com já é sabido de todos, de grande relevância, facilitando o achado da peça que sob visualização direta não foi possível.

ERICA NISHIDA HASIMOTO; RENATA SPAGNOLI FERRARI; RAFAEL ELIAS FARRES PIMENTA; DANIELE CRISTINA CATANEO; RAUL LOPES RUIZ JR; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO

Universidade Estadual Paulista FMB UNESP

**RELATO DE CASO:** APS, masculino, 21 anos. Paciente referia que há 18 dias estava trabalhando com uma roçadeira manual juntamente com um colega, a 10 metros de distância um do outro. Na ocasião referiu um impacto de forte intensidade em região torácica esquerda semelhante a uma pedrada, imediatamente levou sua mão no local e percebeu um pequeno sangramento. O exame físico era normal. A radiografia de tórax mostrava radiopacidade linear de 2cm em base de hemitórax esquerdo, que no perfil aparecia como objeto linear de 4,5cm em região medial projetando se sobre a área cardíaca. A tomografia de tórax notou se fragmento linear metálico de 4,3 cm no segmento basal lateral do lobo inferior esquerdo. Não havia derrame pleural, pneumotórax ou contusão pulmonar. O paciente foi inicialmente submetido a videotoracoscopia, porém no inventário da cavidade não se conseguiu identificar o corpo estranho (CE). Foi optada pela realização de toracotomia exploradora e na palpção evidenciou se o CE na fissura oblíqua, sendo então esta dissecada, pois os lobos estavam aderidos pelo processo inflamatório, e retirado o CE sem intercorrências. O paciente evoluiu muito bem recebendo alta no 4º PO. **DISCUSSÃO:** Objetos pontiagudos projetados por hélices podem alcançar velocidades tão grandes a ponto de comparar se àquelas de projéteis de arma de fogo. Por esse motivo, o pedaço de arame, encontrado na cavidade pleural do paciente, teve a condição de atravessar a parede torácica de um adulto jovem hígido. Nesse caso, o CE curiosamente não causou pneumotórax, pois não teve velocidade suficiente para atravessar também o parênquima pulmonar. E apesar de ter sido encaminhado após 18 dias do acidente, o CE não foi responsável tampouco por uma reação infecciosa pleural pois encontrava se na fissura.

EDWANA KARIN BUENO DE OLIVEIRA; FERNANDA DATRI BACCELLI; CASSIO MELO; PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE; CAROLINA MONTEMOR SOARES MESSINA; NAIENE STECCA; LUIZ FERNANDO AZAMBUJA

Universidade Federal de São Paulo

Derrames pleurais exsudativos volumosos e recidivantes devem ser suspeitos de terem etiologia maligna. Relato: homem, 62 anos, previamente hígido, não tabagista, queixando se de dor pleurítica em hemitórax direito, há 6 meses. No início do quadro procurou outro serviço, sendo evidenciado derrame pleural à direita. Após toracocentese recebeu tratamento com Esquema I (RIP) por 4 meses, sem melhora do quadro, procurou nosso serviço. Ao exame encontrava se com murmúrio vesicular abolido em HTD, eupneico, linfonodo palpável em região supraclavicular direita, 2cm, aderido planos profundos, indolor. Realizado nova toracocentese líquido com característica de exsudato, ADA 11, predomínio de linfócitos 76%. Biópsia pleural inconclusiva (pleurite inespecífica), tomografia de tórax, abdome evidenciam pleura direita irregular, linfadenomegalia difusa e massas paracardíaca e pararenal direita. Foi realizado biópsia percutânea guiada por ultrassom e imunohistoquímica ao qual recebemos diagnóstico de linfoma de células B maduras, folicular e encaminhamos para tratamento hematológico. **Discussão:** No Brasil a maior causa de derrame pleural linfocítico é tuberculose, porém o diagnóstico é realizado com biópsia e com o tratamento o derrame regride, sem recidivas. Derrames neoplásicos são volumosos e recidivas são frequentes, a efetividade da biópsia por agulha é menor que a citologia do líquido. A biópsia da pleura parietal é efetiva em 40% dos casos e depende do estágio do tumor, da extensão do comprometimento da pleura, a biópsia cirúrgica por toracoscopia apresenta efetividade diagnóstica acima de 95%. Cerca de 40% dos diagnósticos de pleurite crônica inespecífica podem ter diagnósticos de tumores ou doenças granulomatosas em um segundo procedimento. Na presença de tumores, devem ser realizadas técnicas imunohistoquímicas para diferenciação dos tipos histológicos envolvidos.

VERA LUCIA DA GAMA E SILVA VOLPE

Hospital do Servidor Publico Municipal

SC masculino, 55 anos, com diagnóstico de AR há 17 anos apresentando derrame pleural direito desde o diagnóstico, na ocasião apresentava derrame pleural citrino com saída de 1200 ml, com níveis de glicose abaixo de 5 mg/dl, DHL 1008, colesterol 190, proteína 4,3, PH 7,20, amilase 12. Evoluindo com derrame pleural recidivante e grande espessamento pleural tendo realizado várias punções com as mesmas características bioquímicas e citológicas. Recusou se a realizar drenagem e pleurodese. Em maio de 2009 iniciou tosse com eliminação de grande quantidade de secreção clara viscosa, tipo vômica realizado raio X de tórax tendo sido visualizado hidropneumotorax direito. O exame de escarro detectou níveis de glicose reduzidos e características bioquímicas e citológicas semelhantes ao do líquido pleural. Evolui com diminuição da quantidade da expectoração. As causas mais comuns de derrame pleural são Insuficiência cardíaca congestiva, tuberculose pleural, trombo embolismo, pneumonias e neoplasia. Outras causas mais incomuns incluem o derrame pleural por AR que acontece principalmente em homens sendo às vezes o primeiro sintoma da doença. A finalidade é apresentar caso com derrame pleural prolongado recidivante por anos, com fistula bronco pleural a evolução.

CAROLINE MARIS TAKATU NEVES DE OLIVEIRA; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO; ROBERTO ONISHI; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; ROBERTA KARLA BARBOSA SALES; LEILA ANTONANGELO; FRANCISCO VARGAS; CARLOS VERRASTRO; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE

Div. de Pneumologia do Instituto do Coração (InCor) da Fac. de Medicina da Universidade de São Paulo

**Introdução:** Tuberculose (Tb) e linfoma (Lf) são importantes causas de derrames pleurais exsudativos e apresentam semelhanças clínicas e laboratoriais que dificultam o diagnóstico. Nosso objetivo é identificar possíveis variáveis úteis na diferenciação entre essas doenças. **Casística:** Análise de aspectos clínico laboratoriais e histopatológicos em 130 pacientes com tuberculose e 29 com linfoma. Foi realizado teste t de student para comparar os grupos e as variáveis significativas foram submetidas à curva ROC para determinação de valores de sensibilidade e especificidade e valores de corte ( $p < 0,05$ ) **Resultados:** A faixa etária dos linfomas foi superior (Tb x Lf: 44 x 64,0 anos –  $p < 0,001$ ), bem como a duração de sintomas (Tb x Lf: 2,3 x 2,7 meses –  $p < 0,05$ ). Tosse e sudorese noturna foram sintomas mais presentes na tuberculose ( $p < 0,05$ ). As dosagens séricas e pleurais de proteínas e albumina e dosagem de adenosina deaminase pleural (ADA) apresentaram curva ROC com áreas sob a curva maiores que 0,86 (valores de corte para linfoma: Proteína pleural  $< 4,5$ g/dL e sérica  $< 7,2$ g/dL; Albumina pleural  $< 2,0$ g/dL e sérica  $< 3,2$ g/dL e ADA  $< 55,8$ UI/L). A citologia oncológica pleural foi positiva em 50% dos casos de linfoma. Foi evidenciado granuloma em 100% das biópsias de tuberculose, com identificação do BAAR em 29,6%. Nos casos de linfoma, a biópsia foi positiva para neoplasia em 35,3% dos casos. **Conclusões:** As dosagens séricas e pleurais das proteínas totais e albumina, bem como a dosagem pleural da ADA mostraram se úteis para diferenciação de tuberculose e linfoma. (Apoio: FAPESP)

RICARDO H. BAMMANN; RICARDO M. TERRA; AUGUSTO ISHY; ANA CRISTINA PUGLIESE DE CASTRO; JADER JOEL MACHADO JUNQUEIRA; ANGELO FERNANDEZ  
CCT Clínica de Cirurgia Torácica Hospital Sírio Libanês e Hospital 9 de Julho São Paulo SP

**INTRODUÇÃO:** apesar de raro, o pneumotórax é um evento adverso da acupuntura e potencialmente grave. **OBJETIVOS:** relatar a apresentação clínica, o tratamento e evolução de uma pequena série de casos de pneumotórax pós acupuntura. **MÉTODO:** análise descritiva da experiência de uma mesma equipe de Cirurgia Torácica na abordagem deste tipo de situação clínica em seis pacientes atendidos em hospitais privados de caráter terciário. **RESULTADOS:** quatro homens e duas mulheres com idade entre 28 e 73 anos (média de 45) procuraram tratamento por meio da acupuntura para dores osteomusculares crônicas no dorso (porção cervical e torácica). Os pontos de agulhamento foram paravertebrais e subescapulares. Com exceção de um caso em que houve pneumotórax bilateral, em todos houve perfuração pleural à esquerda. Dor torácica foi o sintoma inicial, sendo intensa em três casos, levando à procura imediata por serviço de emergência. Os outros três pacientes procuraram atendimento médico num período superior a 48 horas após a última sessão de acupuntura por dor de pequena intensidade, inicialmente confundida com os próprios sintomas crônicos de base. Estes três pacientes foram tratados conservadoramente (apenas com analgésicos), porém o pneumotórax progrediu em um deles e foi necessário drenar a pleura. Os demais três pacientes foram drenados imediatamente após a admissão hospitalar devido à sintomatologia exuberante e/ou volume do pneumotórax. Um destes apresentava pneumotórax bilateral, tendo sido drenado apenas o lado esquerdo. Todos os pacientes apresentaram evolução clínica satisfatória e cinco deles apresentavam se assintomáticos e sem alterações significativas à radiografia de tórax no retorno em seis meses após o evento. **CONCLUSÃO:** Dor torácica de intensidade variável acometeu todos os pacientes; drenagem pleural foi necessária na maioria, mas não em todos os casos; não houve complicações.

THULIO MARQUEZ CUNHA; MARCELO DE FREITAS MENDONÇA; EDUARDO MOREIRA DOS SANTOS; CARLA CORRÊA LIMA DIAS; JULIANA MARKUS; RAIF ANTOUN JÚNIOR; LUIZ HENRIQUE GUERREIRO VIDIGAL; EDUARDO CROSARA GUSTIN; BEN HUR BRAGA TALIBERTI

Universidade Federal de Uberlândia

TCR, 65 anos, masculino, branco, encaminhado com história de dor torácica tipo pontada em hemitórax esquerdo há 20 dias associada a dispnéia aos grandes esforços e episódios paroxísticos de tosse seca. Negava febre, perda ponderal, trauma ou procedimento cirúrgico anterior. Sem linfonodomegalia ou visceromegalia. Tabagista crônico. Radiografia de tórax mostrava derrame pleural volumoso a esquerda, que punção revelou líquido pleural leitoso e espesso com padrão exsudativo e triglicérides de 365mg/dl. Em tomografias de tórax e abdome não foram detectadas presença de lesões, massas ou sinais sugestivos de neoplasia. Foi submetido a drenagem torácica por 15 dias e recebeu dieta hipolipídica e rica em triglicérides de cadeia média. A dosagem de triglicérides no líquido pleural de controle era de 9 mg/dl. Recebeu alta da enfermaria com discreto derrame pleural a esquerda visto em radiografia que não era mais observado em retorno ambulatorial após 1 mês. Quilotórax corresponde ao acúmulo de linfa no espaço pleural. Apresenta aparência leitosa devido ao conteúdo lipídico, principalmente de triglicérides e quilomícrons. Os principais mecanismos da formação do quilotórax são: obstrução ou dificuldade de escoamento da linfa; má absorção linfática; e laceração do ducto torácico. As principais etiologia são: neoplásica; traumática; congênita; infecciosa; por trombose do sistema da veia cava superior; e idiopática. O quilotórax idiopático ocorre em cerca de 14% dos casos. Os sintomas são dependentes do seu volume e geralmente incluem dispnéia, dor torácica, intolerância aos exercícios e tosse. O diagnóstico se faz com presença de líquido pleural de aspecto leitoso com triglicérides acima de 110mg/dl. O tratamento do quilotórax idiopático se baseia em medidas para evitar a desnutrição e desidratação, dieta hipolipídica e rica em triglicérides de cadeia média e drenagem torácica, com resolução em até 80% dos casos geralmente em 2-3 semanas.

RICARDO MINGARINI TERRA; ISRAEL LOPES MEDEIROS; ESTHER MIHWA OH CHOI; PAULO MANUEL PÊGO FERNANDES; FABIO BISCEGLI JATENE  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**INTRODUÇÃO:** A proteína C reativa (PCR) é uma proteína de fase aguda usada para diagnóstico e monitorização terapêutica de processos infecciosos. O tratamento cirúrgico do empiema pleural tem por objetivo controlar a infecção. O sucesso do mesmo pode ser monitorizado por parâmetros como temperatura, leucometria e PCR. **OBJETIVO:** Avaliar os níveis de PCR antes e depois da cirurgia para tratamento do empiema pleural, e correlacionar os níveis de PCR com a falha do tratamento. **MÉTODO:** Revisão de prontuários de pacientes submetidos à drenagem pleural ou decorticação videotoracoscópica no período de julho de 2007 a janeiro de 2009. Foram coletados: sexo, idade, comorbidades, etiologia do empiema, cirurgia realizada, reoperações, mortalidade, PCR sérico e leucometria no pré operatório, 2º e 7º dias pós operatório. Foi considerada falha do tratamento necessidade de reoperação e/ou óbito. **RESULTADOS:** 59 pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico do empiema no período do estudo, porém 7 foram excluídos por registros incompletos. Logo, foram incluídos 52 pacientes (36 homens e 16 mulheres), com idade média de 48 anos. O nível médio de PCR foi 153,94 mg/L no pré operatório, 131,6 mg/L no 2º PO e 116,49 mg/L no 7º PO. Só houve diferença significativa entre os valores do pré operatório e 7º PO. Não houve correlação entre a variação do PCR e a variação da leucometria. Foram observadas 16 falhas terapêuticas (9 óbitos e 7 reoperações). A análise multivariada por regressão logística mostrou que a redução do PCR não se correlaciona com o desfecho. Somente insuficiência renal crônica e pneumopatia são preditores independentes de falha. **CONCLUSÃO:** Os níveis de PCR após o tratamento cirúrgico do empiema pleural diminuem lentamente, tornando se significante somente no 7º PO. Fatores clínicos estão mais correlacionados com mortalidade e necessidade de reoperação do que o PCR.

PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE; KARIN MULLER STORRER; RENATA FERLIN ARBEX; FERNANDO LUIZ DE MELO BERNARDI; BRUNO GUIMARÃES SILVADO; SÉRGIO JAMNIK; JORGE NAKATANI; CAROLINA MONTEMOR SOARES MESSINA; NAIENE GOMES GORDO STECCA  
UNIFESP

Síndrome da unha amarela(SUA) é uma entidade clínica rara que consiste nos seguintes achados:unha amarela, derrame pleural, linfedema de extremidades. É comum a associação com broquiectasias e rinosinusite.A fisiopatologia ainda não foi esclarecida, porém acredita se ser uma doença secundária à insuficiência de drenagem linfática hereditária ou adquirida. Relatamos um caso de MGN, 78 anos, masculino,veio ao nosso serviço com derrame pleural de repetição há 3 anos, tratando como consequência de insuficiência cardíaca, com linfedema de membros inferiores, unhas amarelas e extenso derrame pleural à esquerda. Com queixa de dispnéia aos mínimos esforços. Exame físico apresentava murmúrio vesicular abolido em terço médio e inferior de hemitórax esquerdo. No raio X de tórax evidenciou se extenso derrame pleural à esquerda, trazia tomografia computadorizada de tórax com imagem semelhante. Realizou, em um período de 3 anos, toracocenteses de repetição para alívio da dispnéia. Líquido pleural com característico de exsudato. Biópsia de pleural com resultado infiltrado inflamatório crônico inespecífico com áreas de fibrose. Encaminhamos para a cirurgia torácica para realizar pleurodese. SUA é uma doença rara com os achados: unhas amarelas, linfedema crônico e derrame pleural. Apenas 2 desses três achados já caracterizam a doença.A etiologia é obscura e acredita se ser uma deficiência nos vasos linfáticos com hipoplasia e dilatação.É comum outras associações respiratórias como pneumonia de repetição, bronquite, bronquiectasias e rinosinusite. É mais comum no sexo feminino, atinge principalmente meia idade. A unha amarela é o sintoma inicial em um terço dos pacientes.O tratamento é controle dos sintomas, aplicação de vitamina E para as unhas tem sido realizado com sucesso e pleurodese química para derrames pleurais de repetição.



MARCELO CUNHA FATURETO; LUIZ CARLOS FURTADO DE ALMEIDA JR; RAFAEL SOARES LIMA; ELBER TADEU RODRIGUES TORRES; GUSTAVO SPADOTTO BALARIN; GUILHERME FREIRE ANGOTTI CARRARA

Serviço de Cirurgia Torácica do HC da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

I.M.S, fem, 57a. Ex tabagista. Relatava hipoglicemia e fibromialgia. Queixava dispnéia aos esforços, dor em hemitórax direito e perda de 5 kg em 3 meses. Exame físico: BEG, baqueteamento digital, maciez e MV abolido em ½ inferior direita. Radiografia de tórax evidenciou lesão radiopaca ocupando dois terços inferiores do hemitórax direito. TC tórax mostrou massa sólida com diâmetros de 3827,25cm<sup>3</sup> na metade inferior do hemitórax direito. O histopatológico de biópsia percutânea com agulha grossa mostrou proliferação de células fusiformes com fibrose hialinizante sem sinais de malignidade (mesotelioma? tumor fibroso solitário?). Imunoistoquímica compatível com Tumor Fibroso Solitário (TFSP). Toracotomia direita posterolateral possibilitou ressecção da massa pleural em monobloco, aderida ao diafragma e base no ligamento pulmonar. Pós operatório sem intercorrências recebeu alta no 7 pós operatório. Anátomo patológico compatível com TFSP (peso de 2270 g). Os TFSP, previamente designados “mesoteliomas benignos”, são raros. Faixa de idade de maior incidência entre 40 e 70 anos, sem associação com exposições ambientais a asbestos ou outros poluentes. Constituem achados em estudos radiográficos de tórax efetuados em avaliações por outros motivos. Geralmente assintomáticos; pode ocorrer dispnéia, dor torácica, tosse, derrame pleural ipsi lateral (17 a 19%), hipoglicemia (relacionado à produção pelo tumor de “insulin like growth factor 2”), artralguas e baqueteamento digital. Método de imagem mais importante para o diagnóstico é radiografia de tórax. TC e RMN pode avaliar relação do tumor com as estruturas vizinhas e ressecabilidade. Citologia aspirativa frequentemente inconclusiva. Diagnóstico definitivo pode ser obtido por anatomopatológico complementado por imunoistoquímica de fragmentos percutâneos ou da peça operatória ressecada. Prognóstico bom nas ressecções totais.

RICARDO DOMINGOS DELDUQUE; CAMILA TONETTO BERALDO; CAMILA OBERG TORREZAN, CRISLAINE TEODORO DIAS, DARCY NOVELLI NETTO

Faculdade de Medicina de Catanduva

HMA: Masculino, 57 anos, há 2 dias com dor torácica subesternal, com piora à inspiração, acompanhada de dispnéia, febre, mialgia, nega expectoração amarela, sintomas nasais, sintomas gastrintestinais ou urinários. HP há 60 dias se submeteu à revascularização miocárdica ( 2 artérias mamárias ) devido à coronariopatia. Em uso de AAS 200 mg ao dia, Sustrate 3 cps ao dia e atenolol 25mg ao dia. Exame físico FR 28 irpm PA 120/80 cmHg SpO<sub>2</sub> 93% ar ambiente pulso 96 ppm IMC 26 Kg/m<sup>2</sup> AC 96 bpm, 2 bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopros. AR 28 irpm, presença de atrito pleural em 1/3 inferior de hemitórax direito, maciez à percussão e fremito tóraco vocal reduzido naquele local. Sem sinais de infecção em cicatriz de esternotomia e local de retirada das mamárias. Rx de Tórax com derrame pleural em 1/3 inferior de hemitórax direito. ECG elevação do segmento ST em parede anterior. Cintilografia perfusão pulmonar sem alterações. Ecocardiograma sem alterações. Líquido pleural proteínas 5,3 prot líquido/ prot plasma=0,8 DHL 1726 , DHL líquido/ DHL plasma = 3,3, leucócitos 19088, eosinófilos 2%, linfócitos 20%, neutrófilos 78%, bacterioscopia e cultura negativos, ADA 26,8 U/l, Hemograma leucocitose sem desvio, uréia 60 mg/dl, creatinina 2,6 mg/dl, NA, K, Glicemia normais, VHS 90 mm ( primeira hora ). biópsia pleural pleurite inespecífica. O paciente foi tratado com prednisona 40mg ao dia com boa melhora dos sintomas, recebendo alta no D4 de internação, sendo reduzido gradualmente o corticóide até parar no D30 de tratamento, ocasião em que estava assintomático. A síndrome de Dressler surge geralmente entre a segunda e a sexta semana do infarto ou cirurgia cardíaca e se caracteriza por febre, dor pleurítica, atrito pleural/pericárdico, aumento do VHS, com boa resposta aos AINHS ou corticóides, sendo um processo auto imune.

PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE; ANA RITA MEDEIROS BRITO; RICARDO HUMBERTO DE MIRANDA FÉLIX; CINTIA LORENA DE ALMEIDA E SOUSA; RICARDO JOSE FONSÊCA DE OLIVEIRA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

História Clínica: Mulher de 66 anos, apresentava quadro de dispnéia crônica, fadiga, tosse seca e febre diária. Tabagista de 20 anos/maços, hipertensa, diabetes tipo II. MV diminuído em bases, roncos esparsos. Presença de edemas de mm ii e unhas amarelas e distróficas. Exames: Radiografia de tórax exibiu derrame pleural bilateral. Tc com derrame pleural e enfisema. Toracocentese e biópsia pleural revelaram exsudato linfocitário e processo inflamatório crônico. Após punções de repetição foi realizada pleurodese bilateral. Diagnóstico: Síndrome das Unhas amarelas Discussão: S Síndrome das Unhas amarelas é entidade rara, inicialmente descrita por Samman e White em 1964, caracterizada pela tríade derrame pleural e manifestações pulmonares, lindedema e unhas distróficas e amareladas. sua fisiopatologia é pouco conhecida. Admite se que haja hipoplasia do sistema linfático e/ou microangiopatia com aumento da permeabilidade vascular. Seu diagnóstico é essencialmente clínico. O tratamento objetiva o controle das infecções respiratórias e drenagem pleural. A pleurodese é requerida nos derrames pleurais repetitivos e volumosos. Evolução: Paciente evoluiu bem do ponto de vista respiratório.

**055****A INFLUÊNCIA DA QUEIMADA PALHA DA CANA NA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA CIDADE DE LINS**

MAURÍCIO LONGO GALHARDO; JOSÉ AIRTON SALAZAR PARRA; STEPHANIE GRAYCE CABRAL CIPRIANI; MARCELA HINO PIROLLO  
UNILINS - Centro Universitário de Lins

**INTRODUÇÃO:** Conforme literatura existente, a queima da palha da cana apresenta efeitos negativos na saúde pública, em especial nas vias respiratórias. **OBJETIVO:** O presente trabalho realiza um estudo de caso na cidade de Lins SP, visando relacionar a queima da cana com o aumento da incidência de algumas doenças respiratórias na região, tais quais rinite, sinusite, faringite e agudização da DPOC. **MÉTODO:** Em primeiro momento, buscaram-se em literatura doenças relacionadas à queima da palha da cana de açúcar. Além da pesquisa em literatura, foram levantados, junto a órgãos de saúde, os índices de doenças respiratórias, com informações mensais, no período de 2004 a 2007. Para tal levantamento, elegeram-se as seguintes doenças: Rinite, Sinusite, Faringite e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), sob a hipótese de que as mesmas apresentem possíveis relações com a queima da palha da cana e sua sazonalidade, na expectativa de identificar possível relação. Levantou-se ainda, para o mesmo período (2004 a 2007), os índices de temperatura e pluviosidade. Finalmente, os dados foram analisados conjuntamente, de forma a averiguar a influência da queima da palha da cana sobre o número das doenças citadas ao longo do período em pauta. **RESULTADOS:** Das quatro doenças avaliadas, a rinite foi a que apresentou maiores resultados relativos à sensibilidade a um fator diferente de temperatura e precipitação, seguida da sinusite, sendo que ambas apresentaram o maior número de casos entre os meses de maio e agosto, coincidindo com os meses de pico da colheita da cana (e queima da palha). **CONCLUSÃO:** Os estudos realizados demonstraram que o número de casos de doenças respiratórias apresenta uma oscilação provocada por fator independente de temperatura e pluviosidade, sugerindo desta forma, a interferência da queima da palha da cana na incidência dessas doenças.

**057****PNEUMONITE QUÍMICA POR PARAFINA LÍQUIDA – RELATO DE CASO**

MURICIO SOUZA TOLEDO LEME; GUILHERME ZIMMERER LORENTZ; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MARIANA LOUSADA FERREIRA; MONICA CORSO PEREIRA; REYNALDO QUAGLIATO JUNIOR; ALIPIO BARBOSA BALTHAZAR; ILMA APARECIDA PASCHOAL; EDUARDO MELLO DE CAPITANI  
Universidade Estadual de Campinas UNICAMP

**Introdução:** Performistas de pirofagia estão sob risco de apresentar diversas alterações pulmonares, embora dados na literatura e documentação radiológica sejam exíguas. Homem, 26 anos, previamente hígido, apresentou episódio de bronco aspiração durante apresentação de pirofagia com parafina líquida, sendo admitido no HC com dispnéia, febre, tosse, inicialmente seca e posteriormente produtiva com hemoptóicos. Ao exame apresentava estertores crepitantes em região basal posterior pulmonar direita. Radiograma de tórax evidenciou opacidade de padrão homogêneo em LID. Após nove dias de internação, a despeito de antibioticoterapia, voltou a apresentar febre e piora do leucograma. Foi solicitado novo radiograma de tórax e posteriormente TC, que evidenciaram massas cavitadas bilateralmente. Paciente apresentou evolução satisfatória após ampliação do esquema antibiótico e corticoterapia, recebendo alta após 15 dias de internação. **Conclusão:** Derivados do petróleo, em contato com o parênquima pulmonar podem causar um quadro pseudo infeccioso por induzir intensa reação inflamatória levando a edema bronquial, dano tecidual, e pneumatoceles consequentes ao progressivo aprisionamento aéreo em áreas lesadas, sendo esta a complicação mais comum. Porém o abscesso pulmonar é outra complicação conhecida, presente no caso relatado acima, porém pode ser de difícil distinção em relação às pneumatoceles, muito mais frequentes.

**056****IMPACTO DA POLUIÇÃO DO AR PROVENIENTE DA QUEIMA DE BIOMASSA EM AMBIENTE EXTERNO SOBRE A INFLAMAÇÃO EM VIAS AÉREAS**

RENATA ARBEX; CRISTHIANE SOARES; LUIZ ALBERTO PEREIRA; PAULO HILÁRIO SALDIVA; ALFÉSIO LUIS BRAGA; MARCOS ABDO ARBEX  
Unifesp/EPM

**Introdução:** Estudos mostram a relação entre a poluição do ar e exacerbações de patologias cardiorespiratórias. Os mecanismos biológicos ainda não estão totalmente esclarecidos e envolvem efeitos diretos dos poluentes sobre o sistema cardiorespiratório e efeitos indiretos através da inflamação pulmonar e do estresse oxidativo. A inflamação das vias respiratórias pode preceder o início dos sintomas clínicos e a resposta inflamatória na mucosa nasal reflete e/ou afeta àquelas em vias respiratórias inferiores. Apesar das emissões proveniente da queima de biomassa representar uma fonte importante de partículas e gases em nível global, há um limitado número de informações avaliando os impactos sobre a saúde decorrente dessas emissões. No Brasil com a crescente utilização do etanol derivado da cana de açúcar como combustível veicular houve um grande aumento da área plantada de cana de açúcar. Porém a cana de açúcar é uma cultura singular uma vez que por razões de produtividade e segurança, a colheita é realizada após queima dos canaviais. Na região sudeste do país esta queima acontece entre maio e novembro e as populações das cidades das regiões canavieiras estão expostas a altos níveis de poluentes por seis meses todo ano. **Objetivo:** Avaliar a associação entre as Partículas Totais em Suspensão (PTS) proveniente da queima da cana de açúcar e a contagem total de células no lavado nasal em voluntários em Araraquara, cidade localizada na região canavieira do Estado de São Paulo **Material e Métodos:** Dezesete voluntários de ambos os gêneros participaram do estudo. A lavagem nasal foi realizada duas vezes na semana e as PTS era coletada diariamente em 4 recipientes plásticos com 1 litro de água colocados pareados: 2 na zona rural e 2 no centro da cidade. A associação entre o peso do sedimento e a contagem de células no lavado nasal foi estimada utilizando Regressão Linear baseado em Equações Generalizada Estimada com controle para temperatura. **Resultados:** O efeito foi agudo e permaneceu por seis dias. Uma variação interquartil para um aumento do peso do sedimento (12,2 mg) no dia está associado a um aumento de 10.266 células no lavado nasal. O efeito cumulativo em 6 dias para a mesma variação do peso do sedimento está associado a um aumento de 22.350 células. **Conclusão:** A lavagem nasal é uma técnica simples, rápida e bem tolerada. A exposição ao material particulado proveniente da queima de cana de açúcar induz a uma resposta inflamatória da mucosa nasal

**058****A CORCOVA DE HAMPTON**

MARCELO SCHWELLER; FELIPE PIVA; DARWIN LUIZ MARTINSOLIVEIRA; MARCO ANTONIO CARVALHO FILHO

Disciplina de Emergências Clínicas Departamento de Clínica Médica FCM UNICAMP

Introdução: Apesar de não ter poder de confirmação ou exclusão diagnóstica de embolia pulmonar (EP), o radiograma (RX) de tórax faz parte de sua investigação. A corcova de Hampton é um de seus achados, presente em menos de 10% dos casos de EP.

Objetivo: Relato de caso que exemplifica a importância do RX de tórax no diagnóstico de EP. Relato de caso: 67 anos, sexo feminino, com dor em hipocôndrio direito há 4 dias, sem sintomas respiratórios. É hipertensa e tem sorologia positiva para doença de Chagas. Ao exame, sem alterações à propedêutica abdominal, mas com dor à palpação de arcos costais à direita. Apresenta se taquiperica (FR 24irpm), taquicárdica (FC 108bpm), com pressão arterial de 130x80mmHg. Na investigação, o RX de tórax mostrou opacidade em cunha em lobo inferior direito, o que incluiu a EP no diagnóstico diferencial. A probabilidade clínica pré teste para EP foi intermediária e a dosagem de dímeros D, positiva (3202ng/mL). Tomografia de tórax evidenciou trombo em artéria pulmonar direita. A paciente foi internada para anticoagulação e teve boa evolução, recebendo alta com prescrição de warfarina. Discussão: A função principal do RX de tórax na investigação de EP é excluir outros diagnósticos. Entretanto, alguns achados podem introduzir ou reafirmar a hipótese de EP entre os diferenciais. Um desses é a corcova de Hampton (Hampton's hump), opacidade homogênea em cunha com base voltada para a pleura, que corresponde à atelectasia e necrose do parênquima pulmonar. Foi descrita em 1940 por Aubrey Otis Hampton, radiologista americano, quando comparava achados radiográficos com diagnósticos de EP por necropsia. Conclusão: A EP tem apresentação clínica muito variável, por vezes sem sintomas respiratórios. No caso acima o RX de tórax indicou a realização de outros exames que confirmaram o diagnóstico de EP, permitindo tratamento adequado e bom desfecho.

**060****ANÁLISE CLÍNICA HEMODINÂMICA E FUNCIONAL DE 7 PACIENTES SUBMETIDOS A TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR NO HOSPITAL SÃO PAULO/UNIFESP**

ROBERTA PULCHERI RAMOS; ELOARA FERREIRA; ANDRÉ TELLES VILELA; JOSÉ CÍCERO STOCÇO GUILHEN; CARLOS ALBERTO TELES; ENIO BUFFOLO; JOSÉ ALBERTO NEDER; JAQUELINA SONOE OTA ARAKAKI UNIFESP

Roberta Pulcheri Ramos, Eloara Ferreira, André Telles Vilela, José Cícero Stocco Guilhen, Carlos Alberto Teles, Enio Buffolo, José Alberto Neder, Jaqueline Sonoe Ota Arakaki Introdução: A tromboendarterectomia pulmonar é o tratamento cirúrgico indicado para pacientes com hipertensão pulmonar tromboembólica crônica. A experiência dos serviços brasileiros é pouco relatada na literatura. Objetivos: descrever as características clínicas, funcionais e hemodinâmicas de pacientes submetidos a tromboendarterectomia pulmonar no período de junho/2007 a julho/2009. Métodos: 7 pacientes operados foram analisados prospectivamente. Resultados: Dos 7 pacientes, 6 eram do sexo masculino. A idade média foi 41 anos (18-60). Na avaliação inicial, 3 pacientes apresentavam se em classe funcional (CF) IV. A história de tromboembolia venosa prévia foi relatada por 3 pacientes. A avaliação hemodinâmica mostrou uma média de PAPm de 54,8 mmHg (40-71), RVP de 1051 dinas.cm3 (609-1383), índice cardíaco de 1,86 (1,52-2,39) e pressão de átrio direito de 12,8mmHg (9-18). A avaliação com teste de exercício cardiorrespiratório (TECR) foi feita em 5 pacientes, evidenciando uma média de V'O2 de pico de 811,6mL/min (41,4% do previsto), relação V'O2/W (eficiência metabólica) de 7,01mL/Kg/W (5,2-8,4), PefCO2 de 17mmHg no limiar de lactato e relação V'E/V'CO2 de 99,84 (56-117). As complicações operatórias encontradas foram edema de reperfusão, pneumonia e flutter atrial. Houve 1 óbito precoce por complicações da anticoagulação. Os demais pacientes receberam alta e mostraram melhora da CF no 3º mês de pós operatório. Conclusões: Apesar da gravidade da doença, a cirurgia deve ser indicada após minuciosa avaliação com equipes clínica e cirúrgica. A melhora nos sintomas ocorre precocemente, entretanto a disponibilidade de exames que forneçam dados objetivos na avaliação pré operatória e no acompanhamento subsequente desses pacientes também é importante. O TECR é uma ferramenta não invasiva que pode acrescentar valor na avaliação funcional pré operatória, estratificação de risco e acompanhamento posterior desses pacientes.

**059****AMAUROSE RECORRENTE E GRANULOMATOSE DE WEGENER,**

MAURICIO SOUZA DE TOLEDO LEME; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; GUILHERME ZIMMERER LORENTZ; MARIANA LOUSADA FERREIRA; ILMA APARECIDA PASCHOAL; MONICA CORSO PEREIRA; ANA MARIA CAMINO; ALÍPIO BARBOSA BALTHAZAR; REYNALDO QUAGLIATO JR,

Universidade Estadual de Campinas

Introdução: Granulomatose de Wegener é uma vasculite necrozante multissistêmica de médios e pequenos vasos com formação de granulomas. Acomete preferencialmente as vias aéreas superiores e inferiores, além de apresentar graus variados de vasculite sistêmica. Descrevemos o caso de uma mulher de 27 anos com história de tosse produtiva com expectoração de coloração ferruginosa, raias de sangue e dispnéia progressiva há 6 meses. Associava febre não aferida. Negava tabagismo. Relatava episódios de epistaxes e alguns eventos de amaurose de repetição. Ausculta cardio pulmonar normal, SpO2 98% em ar ambiente. RX tórax com nódulos pulmonares bilaterais mal definidos, sendo alguns cavitados. TC de tórax com consolidações focais bilaterais e algumas cavitações. Broncoscopia não evidenciou lesões, porém notou se a presença de sangramento importante após realização de biópsia transbrônquica. Resultado demonstrou processo inflamatório crônico com células gigantes isoladas. Não foram identificados microorganismos. Urina tipo 1 sem hematúria ou proteinúria, VHS 120mm (1ª hora), P anca positivo, C3 e C4 normais; Biópsia a céu aberto revelou bronquiolite folicular e obliterante, vasculite crônica recidivante com sinais de atividade (granulócitos abundantes), áreas de fibrose difusa; pequeno granuloma com histiócitos em paliçada e células gigantes isoladas em áreas de fibrose. No pós operatório evoluiu com amaurose bilateral. Fundo de olho, tomografia e ressonância magnética de crânio sem alterações. Diante da hipótese diagnóstica de Granulomatose de Wegener e devido à gravidade do quadro foi iniciada pulsoterapia com metilprednisolona 1 g/dia por três dias associada à ciclos mensais de ciclofosfamida. Paciente evoluiu com desaparecimento da amaurose e melhora da tosse e dispnéia. Atualmente em uso de 1mg/kg de prednisona ao dia e ciclos mensais de pulsoterapia com ciclofosfamida. RX tórax na evolução não mais apresenta alterações anteriormente citadas.

**061****ANÁLISE DA CASUÍSTICA DO AMBULATÓRIO DE HIPERTENSÃO PULMONAR DA SANTA CASA DE SÃO PAULO**

IGOR BASTOS POLONIO; LUÍS RENATO BREVIGLIERI; DÉBORA MADEU; FLÁVIA NAVARRO; MARIA LÚCIA PASSARELLI; ROBERTO STIRBULOV Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é uma afecção em que o diagnóstico ainda é realizado de maneira tardia. Objetivos: Analisar os pacientes do Ambulatório de Hipertensão Pulmonar quanto ao diagnóstico, idade, medicações utilizadas e classe funcional (CF) no presente momento. Metodologia: A HAP foi definida pela Pressão Média de Artéria Pulmonar acima de 25 mmHg. Foram revisados os prontuários dos pacientes. Resultados: 51 pacientes matriculados. Cardiopatias congênitas: 28 (54,9 %). Destes, feminino (F) 16 (57%) e masculino (M) 12 (43%). CF I: 3,5 %, CF II 53,7 %, CF III: 28,5 %, CF IV: 14,2 %. Medicações : 35,7 % sildenafil (S), 17,8 % bosentana (B) e S + B: 17,8 %. Outras drogas: 28,5 %. Idade variou de 6 a 45 anos com média de 14,8 anos. Colagenoses: 10 (19,6 %). F: 90 %, M: 10 %. CF I: 20 %, CF II: 60 %, CF III: 10 %, CF IV: 10 %. Medicações: S (10 %), B (10 %), S + B: 20%, outras: 60 %. Idade de 15 a 64 anos; Média de 27,5 anos. Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática: 4 (7,8%). F: 25 %, M: 75 %; CF I: 25 %, II: 50 %, III: 25 %, IV: 0; Medicações: S: 25 %, B: 0, S+B: 75 %; Idade 3 a 62 anos, média 27,5 anos. Em investigação: 9 (17,6 %). F: 77,7 %, M: 22,2 %, CF I: 22,2 %, II: 55,5 %, III: 33,3 % e IV: 0. Idade: 1 a 75 anos; média: 36,7 anos. Conclusão: A maioria dos pacientes encontram se em CF II e III, é do sexo feminino e está recebendo medicações específicas para o tratamento da HAP. O diagnóstico da HAP ainda é tardio em nosso meio. A maior porcentagem de pacientes com Cardiopatias Congênitas reflete a característica multidisciplinar de nosso Ambulatório.

## EDEMA PULMONAR UNILATERAL COMO MANIFESTAÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

RUDOLF K, F, DE OLIVEIRA; JONATHAN J, FERNANDEZ; RICARDO MILINAVICIUS; MAURI M, RODRIGUES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

Hospital do Servidor Público Estadual

HMA: Masculino, 52 anos. Referia há 1 dia dispnéia rapidamente progressiva, com início ao repouso e agora aos mínimos esforços, associado a tosse seca e sibilância. Negava tabagismo. Herniorrafia umbilical há 5 dias. Filha falecida aos 25 anos por TEP (necrópsia). Mãe falecida por TEP. Durante a internação apresentou piora da dispnéia, crepitações difusas em hemitórax E, saturação 83% (a.a.), FR 28ipm / 95% (venturi 50%). EF: REG, dispneico, MV + bilateralmente, crepitações hemitórax esquerdo. Exames complementares: D Dímero positivo. PaO<sub>2</sub> 64,1mmHg / PaCO<sub>2</sub> 32,8mmHg / Sat 92,6% / P(A a)O<sub>2</sub>= 30,5mmHg . ECG com padrão SIQ3T3. Radiografia de tórax com oligoemia em terço superior de hemitórax direito e hipotransparência difusa em hemitórax esquerdo. TC com protocolo para TEP com falha de enchimento à direita e edema pulmonar à esquerda. Probabilidade para TEP intermediária pelo escore de Wells e alta pelos escores de Genebra e da BTS. ECO: FE 69%, sinais indiretos de HAP (tempo de aceleração fluxo pulmonar = 81ms). Cintilografia pulmonar com alta probabilidade para TEP em hemitórax direito. Evolução: Iniciado furosemda e enoxaparina. Evoluiu com melhora clínica significativa, MV + bilateralemente sem RA, Sat 94% (a.a.). Realizado pesquisa para trombofilia. Discussão: Paciente com história familiar de embolia, com possível quadro de trombofilia associado. Apresentou tromboembolismo pulmonar com edema pulmonar unilateral secundário ao TEP, por hiperfluxo sanguíneo no pulmão contralateral, com boa resposta às medidas clínicas instituídas.

## HIPERTENSÃO PULMONAR EM PACIENTE COM NEUROFIBROMATOSE RELATO DE CASO

OLÍVIA MEIRA DIAS; ROGÉRIO SOUZA; ANDRÉ HOVNANIAN; CARLOS CARVALHO; RONALDO ADIB KAIRALLA; MAURO CANZIAN; BRUNO GUEDES BALDI; FAUSTO MORABITO; DAVID COELHO

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

Paciente feminina de 66 anos com neurofibromatose (NF1) encaminhada por queixa de dispnéia progressiva, dor torácica e síncope há 3 anos. Sem antecedentes patológicos. Em uso de furosemda, digoxina e captopril, sem alívio dos sintomas. No exame físico, oximetria de 92% com O<sub>2</sub> 2 L/min, com dessaturação para 80% aos mínimos esforços. Apresentava estase jugular, B2 hiperfonética e edema até joelhos. Ausculta pulmonar sem alterações. Apresentava múltiplos neurofibromas na face, manchas café com leite e discreta escoliose. Ecocardiografia demonstrava dilatação ventricular direita, regurgitação tricúspide, movimento paradoxal de septo intraventricular, derrame pericárdico discreto e elevada pressão estimada em artéria pulmonar (105 mmHg). CT tórax mostrou alterações císticas discretas, opacidade em vidro fosco, sem evidência de tromboembolismo, e pequena opacidade em LSD. Todos os exames laboratoriais foram normais, exceto por BNP elevado (606 pg/dL). Na prova de função pulmonar completa, a difusão era baixa (31% predito). O cateterismo direito confirmou hipertensão pulmonar (HP) severa (média 57 mm Hg) com diminuição do débito cardíaco (3.0 L/min). O teste com óxido nítrico (NO) não foi realizado. A revisão da biópsia pulmonar realizada há 1 ano em outro serviço mostrou artérias com espessamento de camada média e íntima com lesões plexiformes tipicamente descritas em HP idiopática. Realizou se broncoscopia com LBA confirmando *Cryptococcus neoformans*. Foi iniciado itraconazol 400 mg/dia com melhora na opacidade pulmonar em LSD 2 semanas após. Introduzido sildenafil, sem melhora sintomática, mas com aumento dos níveis de BNP. Foi admitida na UTI devido a insuficiência cardíaca e renal, falecendo dias após por choque cardiogênico apesar de terapia vasopressora e NO inalatório. Trata se do nono caso publicado na literatura, sugerindo que a NF1 pode ter associação com HP.

## HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA À PERICARDITE CONSTRICTIVA

MARIANA LOUSADA FERREIRA; MÔNICA CORSO PEREIRA; ILMA APARECIDA PASCHOAL; EDUARDO DE MELLO CAPITANI; CID DE ABREU LEME JÚNIOR; GUILHERME ZIMMERER LORENTZ; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MAURÍCIO DE SOUSA TOLEDO LEME  
Unicamp

Mulher, 50 anos, com dispnéia progressiva há cinco anos, associada a edema de membros inferiores e aumento do volume abdominal. Exame físico: bom estado, eupnéica, SpO<sub>2</sub>: 96%, bulhas arritmicas com hiperfonesse e desdobramento de B2, murmúrio vesicular reduzido difusamente, abdome globoso e tenso à palpação e edema em membros inferiores 2+/4+. RX e TC de tórax: calcificação pericárdica. Ecocardiograma: hipertensão arterial pulmonar (HAP) acentuada (106 mmHg). Com hipóteses diagnósticas de insuficiência cardíaca direita, HAP e pericardite constrictiva, realizados cateterismo cardíaco e ressonância magnética cardíaca. Cateterismo: PMAP: 80 mmHg, pressão de capilar pulmonar: 46 mmHg, resistência vascular pulmonar: 1461UAR, confirmando pericardite constrictiva. Teste com adenosina: redução em 16% na PMAP. Outros exames: provas reumáticas e sorologias (HIV, esquistossomose e hepatites) negativas. Função tireoidiana: TSH elevado (8,46 uIU/mL), T4L normal e anticorpos (anti TPO e anti TG) negativos. Introduzido L tiroxina, anticoagulação e medidas para compensação cardíaca. Paciente foi submetida à pericardiectomia com biópsia de pericárdio: pericardite com extensa fibrose e calcificação do pericárdio; ausência de granulomas e neoplasia. Evoluiu com melhora do quadro clínico e com diminuição da PSAP (70 mmHg). Discussão: Como a pericardite constrictiva (PC) pode se manifestar como IC direita descompensada, é possível que o quadro inicial tenha sido secundário a tal. No entanto, os níveis pressóricos pulmonares muito elevados fizeram nos investigar outras possibilidades etiológicas para a HAP, além da PC. Como a PC comprime os ventrículos e leva à redução da velocidade de regurgitação tricúspide, pode interferir na interpretação dos achados ecocardiográficos e hemodinâmicos dos pacientes com HAP.

## RELATO DE CASO: DILATAÇÃO ANEURISMÁTICA DE ARTÉRIA PULMONAR SECUNDÁRIA A DOENÇA DE BEHÇET

CÁSSIO RAFAEL DE MELO; NAIENE GOMES GORDO STECCA; LILIAN SERRASQUEIRO BALLINI CAETANO; ELAINE DE AZEVEDO; SAMIR DA SILVA DRACOUAKIS; RENATA FERLIN ARBEX; ERIKA CRISTINE TREPTOW; EDWANA KARIN OLIVEIRA; LUIZ FERNANDO AZAMBUJA  
Unifesp

Introdução A doença de Behçet (DB) é uma vasculite multissistêmica crônica, com períodos de exacerbação e remissão, caracterizada por úlceras orais, genitais e uveíte. O comprometimento vascular nesta doença consiste em tromboflebitas, aneurismas e oclusões arteriais. O envolvimento pulmonar é raro e os aneurismas têm prevalência de 1,5%. Relato de caso Mulher, 43 anos, ex tabagista de 10 a/m, há 1 dia com dor ventilatório dependente, hemoptise pequena e febre. Há 7 meses, apresenta sintomas recorrentes de dor torácica, dispnéia, febre e tosse seca, ocasionalmente com hemoptóicos. Neste período, perdeu 16 kg e internou 2 vezes com diagnóstico de pneumonia. Referia úlceras orais e genitais intermitentes, há 2 anos, e turvação visual há 3 meses. Em bom estado geral, eupneica. Ausculta pulmonar sem alterações, SpO<sub>2</sub> 92% (AA). Com lesões aftosas em cavidade oral e lesão nodular eritematosa dolorosa em região tibial anterior, com 2cm. Radiografia tórax com aumento artérias pulmonares e cardiomegalia; ecocardiograma mostrava dilatação discreta do VD, PsAP 43mmHg e boa função sistólica de VE. TC de tórax evidenciou dilatação aneurismática de artéria pulmonar direita, nos permitindo concluir como sendo secundário a doença de Behçet. Tratou se com prednisona e ciclofosfamida, com melhora do quadro clínico. Discussão Aneurismas são considerados a manifestação pulmonar de maior impacto negativo na sobrevida dos pacientes com DB e podem se complicar com trombose e rotura, causando hemoptises maciças, hemotórax e hemorragias pulmonares. As principais manifestações pulmonares são dispnéia, tosse, dor torácica e hemoptise sendo esta última a mais frequente. O tratamento inicial é corticoterapia e imunossupressores, podendo haver regressão dos aneurismas e reconstituição vascular. Existe a possibilidade de intervenção cirúrgica, quando o envolvimento pulmonar é localizado.

DANIELE CRISTINA CATANEO; ERIKA BONFIETTI; CRISTIANE YURI MATSUO; ÉRICA NISHIDA HASIMOTO; MARCONE LIMA SOBREIRA; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO

Universidade Estadual Paulista FMB UNESP

**RELATO DE CASO:** ALE, masculino, 15 anos. Referia que desde novembro de 2008 apresentou 7 episódios de pneumonia, sendo em 4 deles necessária internação hospitalar para tratamento. Durante os quadros de pneumonia apresentava febre alta, tosse seca e dor ventilatória dependente em base direita com irradiação para região lombar. Como antecedente pessoal, havia apresentado pneumonia aos 5 anos, permanecendo internado por 16 dias. O exame físico não tinha alterações. A radiografia de tórax mostrava infiltrado em segmento medial do lobo inferior direito (LID). Realizada tomografia de tórax que mostrou infiltrado em segmento medial do LID e cisto paraesofágico. O esofagograma não mostrou alterações. A broncoscopia foi normal. Realizada arteriografia pulmonar que mostrou pobreza vascular no segmento medial do LID e a aortografia evidenciou um ramo anômalo da aorta que irrigava esse segmento. Foi realizada toracotomia direita e dissecado cisto com aparente continuidade com o parênquima pulmonar aderido firmemente ao esôfago, que era nutrido por artéria, ramo da aorta torácica. Não foi possível a realização de segmentectomia, pois quase todo o lobo estava comprometido, sendo feita a lobectomia inferior direita. O anátomo patológico foi consistente com sequestro broncopulmonar intra lobar (SBPI). **DISCUSSÃO:** O SBPI é uma malformação pulmonar congênita que geralmente apresenta-se de forma cística e pode estar associada a outras malformações como a adenomatóide cística ou aos cistos enterogênicos. Neste caso, o SBPI era uma malformação única que foi julgada como em associação ao cisto de duplicação esofágica pela sua topografia junto ao esôfago e pela aderência ao mesmo, devida provavelmente às infecções recorrentes.

RUDOLF K, F, DE OLIVEIRA; MAURI MONTEIRO RODRIGUES; MARIA RAQUEL SOARES; MARIA DO CARMO CRUVINEL; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

Hospital do Servidor Público Estadual

**HMA:** Masculino, 64 anos. Há 4 meses referia quatro episódios de "crise convulsiva" caracterizada por perda da consciência e queda ao solo, precedido por tosse intensa. Os episódios eram de curta duração, com rápida retomada do nível de consciência, sem período pós ictal. **EF:** BEG, sem alterações à ausculta cardíaca e pulmonar. Exames complementares: TC de crânio e EEG sem evidências de patologia neurológica. ECG com alteração inespecífica da repolarização ventricular em parede anterior. ECO com sinais de hipertensão pulmonar (PSAP 80,0mmHg). Angiotomografia com falha de enchimento extensa e irregular em ramo direito da artéria pulmonar, com invasão de átrio esquerdo, compatível com angiosarcoma de artéria pulmonar. **Discussão:** Sarcoma de artéria pulmonar é uma rara causa de neoplasia. Seu diagnóstico baseia-se principalmente nas alterações características de imagem, que muitas vezes simulam tromboembolismo pulmonar crônico, e na biópsia da lesão que nem sempre é possível devido ao diagnóstico ser realizado em sua maioria tardiamente. No caso apresentado temos um paciente com imagem tomográfica compatível com angiosarcoma de artéria pulmonar, já com invasão atrial esquerda, irrisecável, e com difícil abordagem cirúrgica para biópsia devido ao alto risco de complicações relacionadas ao procedimento. A resposta ao tratamento quimioterápico é precária.

**DPOC****ADICÃO DO ANTICOLINÉRGICO DE LONGA AÇÃO AO B2AGONISTA DE LONGA AÇÃO/ CORTICÓIDE INALATÓRIO MELHORA A FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM DPOC HIPOXÊMICA?**

MARIA CHRISTINA LOMBARDI MACHADO; AHMAD ABDUNY RAHAL; FERNANDO J,P, QUEIROGAJR; MARIA ENEDINA A, SCUARCIALUPI; JOSÉ ALBERTO NEDER

Universidade Federal de São Paulo Unifesp

**Introdução:** Os efeitos dos broncodilatadores inalatórios de longa ação brometo de tiotrópio (BT), â2 agonista de longa ação (LABA) e do corticóide inalatório (CI) na função pulmonar são amplamente conhecidos na DPOC. Ainda não se sabe se o uso de BT somado a LABA/CI interfere nas trocas gasosas e no volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1) em pacientes com DPOC hipoxêmica em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **Objetivo:** Avaliar se as trocas gasosas e o VEF1 melhoram após o uso de BT com LABA/CI na DPOC hipoxêmica. **Métodos:** Estudo prospectivo de Coorte em pacientes com DPOC em ODP que usaram consecutivamente os tratamentos: Trat.1=LABA/CI e Trat.2=BT+LABA/CI (Unifesp; jan./1997 a jul./2009). **Variáveis** (doença estável) na entrada e anualmente após tratamentos: idade, sexo, PaO2, PaCO2 e VEF1% predito. Usamos a análise de variância de medidas repetidas com análise de Bonferroni para comparar os dados entre o período basal e após tratamentos (significância: p<0,05). **Resultados:** 67 pacientes: homens = 26 (39%), [média (DP)] idade= 61,0 (9,0) anos, PaO2= 49,9 (5,9) mmHg, PaCO2= 47,9 (6,9) mmHg, VEF1= 34,0 (11,0)% pred.. Após Trat.1: PaO2=53,7(6,1) mmHg (p<0,001), VEF1= 35,0 (11,5)% pred. (p=NS), PaCO2= 45,1 (5,9) mmHg (p<0,01) e após Trat.2: PaO2= 57,4 (6,6) mmHg (p<0,001), VEF1=38,1 (10,7)% pred. (p<0,01), PaCO2= 43,3 (6,1) mmHg (p<0,001; Trat1 e Trat2 versus o basal). As médias das diferenças (EP) entre os tratamentos (Trat.2 - Trat.1) foram: PaO2= 3,7 (0,6) mmHg (p<0,001), VEF1= 3,1 (0,7)% pred. (p<0,001), PaCO2= 1,8 (0,7) mmHg (p<0,05). **Conclusão:** A adição do brometo de tiotrópio ao LABA/CI impactou positivamente na função pulmonar, havendo melhora significante nas trocas gasosas e no VEF1 em pacientes com DPOC hipoxêmica em ODP.

**A INFLUÊNCIA DO HEMATÓCRITO E HEMOGLOBINA NA SOBREVIDA DE PACIENTES EM USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**

DANIELA F, LIMA; KARINA DELA COLETA; SUZANA E, TANNI; RENATAA. F. AMARAL; ILDA GODOY; IRMA GODOY

Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP

Marcadores de várias doenças têm sido associados com a sobrevida em pacientes recebendo ODP, no entanto, o papel do hematócrito (Htc) e hemoglobina (Hb) não é clara. O objetivo foi avaliar a influência da Htc e Hb na sobrevida de pacientes com insuficiência respiratória crônica (IRC) utilizando ODP. Cento e quarenta e dois pacientes foram avaliados e acompanhados por três anos ou até a morte. Variáveis demográficas, história de tabagismo, condições de comorbidade, medicamentos, composição corporal, função pulmonar, gasometria arterial, hemograma, índice de dispnéia basal (BDI) e estado de saúde (St. George's Respiratory Questionnaire) foram avaliados no início do estudo. Durante três anos, 83 (58%) pacientes morreram. No início, os não sobreviventes mostraram valores significativamente mais baixos de Hb e Htc, sensação de dispnéia mais intensa e maior comprometimento do estado de saúde em relação aos sobreviventes. Os principais preditores de mortalidade, no terceiro ano de seguimento foram: sexo masculino (HR = 2,67, CI = 1,15 6,18, p = 0,02), menores valores de Hb (HR = 0,85, CI = 0,74 0,98, p = 0,02) e Htc (HR = 0,96, CI = 0,91 0,99, p=0,04), PaCO2 menor (HR = 0,95, CI = 0,92 0,99, p = 0,02), maior intensidade de dispnéia avaliado pelo BDI (HR = 0,87, CI = 0,76 0,99, p = 0,03) e a presença de hipoxemia mais grave avaliados pela SpO2 (HR = 0,93, CI = 0,89 0,97, p = 0,001). A análise Kaplan Meier mostrou que pacientes com Htc de 33% (sensibilidade de 89% e especificidade de 96%) apresentaram mortalidade significativamente mais elevada no período (teste log rank p = 0,0299). No presente estudo, os valores mais baixos de Hb e Htc, fatores potencialmente modificáveis, foram importantes preditores de mortalidade no período de três anos em pacientes recebendo ODP. Portanto, a influência de intervenções sobre a sobrevivência para melhorar estes marcadores merece ser mais explorado.

## ALFABETIZAÇÃO FUNCIONAL EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA: UM NOVO INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR DIFICULDADE NA ADESAO

LUCIENE ANGELINI; PRISCILA BATISTA DE SOUZA AMORIM; DAIANE OLIVEIRA DOS SANTOS; REGINA MARIA DE CARVALHOPINTO; ALBERTO CUKIER; RAFAEL STELMACH  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**INTRODUÇÃO:** Alfabetização funcional é um fator que deve ser considerado em portadores de doenças crônicas. Estudos indicam que os pacientes com pouca alfabetização em saúde têm menos conhecimento da doença e seu tratamento, pouca habilidade para o automanejo, baixo uso de serviços de prevenção e maior frequência de hospitalização. **OBJETIVO:** Avaliar a alfabetização funcional em adultos com doença pulmonar obstrutiva. **MÉTODO:** Foi aplicado o teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde (S TOFLHA) validado na língua portuguesa para adultos saudáveis. O questionário é composto por 40 questões divididas em: 36 itens relacionados à habilidade de ler e entender e 4 itens formados por sessões numéricas. O escore total varia entre 0-100 e os pontos de cortes são: até 53= inadequado; 54-66= limítrofe; 67-100= adequado. Correlação de Pearson foi usada para verificar a associação entre o escore adequado, educação, idade e renda. **RESULTADOS:** Foram incluídos 102 pacientes (57 asmáticos e 45 DPOC) distribuídos em três grupos conforme escore de classificação TOFHLA. A alfabetização funcional adequada em saúde teve correlação com escolaridade e idade como em outros estudos, mostrando que quanto maior a idade e anos de estudo menores a dificuldade de compreensão para leitura das prescrições médicas, rótulos em frascos de medicamentos e cartões de agendamento de consultas. **CONCLUSÃO:** A alfabetização funcional pode ser útil para identificar pacientes que requerem atenção especial para monitorar doença pulmonar obstrutiva e seguir orientações médicas e, conseqüentemente, melhorar aderência ao tratamento e manejo da doença.

## AVALIAÇÃO ECOCARDIOGRÁFICA DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

KARINA DELA COLETA; KATASHI OKOSHI; DANIELA F, LIMA; RENATA A, F, AMARAL; SUZANA E, TANNI; IRMA GODOY  
Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é importante fator de risco para eventos cardiovasculares. Entretanto, poucos estudos avaliaram o ventrículo esquerdo (VE) e os resultados são controversos. Além disso, poucos estudos compararam achados ecocardiográficos em pacientes com DPOC em diferentes estágios da doença. **Objetivo:** analisar a estrutura e função dos ventrículos direito (VD) e esquerdo em pacientes com DPOC, de acordo com a gravidade da doença. **Métodos:** foram estudados 27 pacientes com DPOC muito grave (Grupo I) em oxigenoterapia domiciliar prolongada (idade: 68,0 anos; FEV1: 39,3%, PaO2: 49,4 mmHg) e 16 pacientes com DPOC leve/moderada (idade: 61,6 anos; FEV1: 75,6%; PaO2: 79,6 mmHg). Os pacientes estavam clinicamente estáveis e não tinham diagnóstico ou dados clínicos sugestivos de doença cardíaca, hipertensão arterial ou outra doença sistêmica além da DPOC. Espirometria, gases sanguíneos arteriais e ecocardiograma foram realizados em todos os indivíduos. **Resultados:** a frequência cardíaca e a pressão arterial sistêmica estavam dentro dos limites fisiológicos e não houve diferença entre os grupos. Os diâmetros diastólico final e sistólico final do VE não foram diferentes entre os dois grupos. Entretanto, o Grupo I apresentou fração de ejeção do VE menor ( $0,56 \pm 0,08$  vs  $0,61 \pm 0,07$ ;  $p=0,045$ ) e diminuição significativa da onda E mitral, relação E/A e relação E/A tissular, indicando disfunção sistólica e diastólica do VE. As dimensões do VD, incluindo áreas diastólica e sistólica final e distância valva tricúspide septo apical, foram significativamente maiores no Grupo I. A variação de área do VD ( $38,2 \pm 10,0\%$  vs  $47,9 \pm 10,6\%$ ;  $p=0,005$ ) e a relação E/A tricúspide também foram significativamente menores no Grupo I. **Conclusões:** nossos achados mostram disfunção sistólica e diastólica dos ventrículos direito e esquerdo e aumento do VD em pacientes com DPOC muito grave, quando comparados aos pacientes com DPOC leve/moderada.

## AVALIAÇÃO COMPARATIVA ENTRE DOIS GRUPOS DE DPOC: NÃO OXIGENO DEPENDENTES VERSUS EM OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

PRISCILA BATISTA DE SOUZA AMORIM; LUCIENE ANGELINI; DAIANE DE OLIVEIRA SANTOS; ADRIANA CLAUDIA LUNARDI; CIBELE CRISTIANE BERTO MARQUES SILVA; CELSO R F CARVALHO; REGINA MARIA CARVALHO PINTO; RAFAEL STELMACH; ALBERTO CUKIER  
Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma importante causa de mortalidade, especialmente nos pacientes com insuficiência respiratória crônica. Pacientes portadores de DPOC grave apresentam comprometimento da atividade física, psíquica e social, com piora da qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar comparativamente os dados clínicos, funcionais, aspectos psicológicos, qualidade de vida relacionada à saúde e capacidade física em pacientes com DPOC não oxigeno dependentes versus DPOC em oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **Métodos:** Foram utilizados na avaliação ficha clínica ambulatorial (características demográficas), índice de prognóstico (BODE), grau de dispnéia (escalas MRC e Mahler), escala de atividades de vida diária (LCADL), escala de ansiedade e depressão (HADS), questionários de qualidade de vida específica em DPOC (Saint George e CRQ), teste de alfabetização funcional (S TOFLHA) e capacidade de exercício em seis minutos (TC6). As diferenças entre grupos independentes foram comparadas por teste t. **Resultados:** Foram avaliados 45 pacientes, sendo 21 em ODP. As características basais foram semelhantes nos dois grupos. Como esperados, somente a oximetria de pulso foi menor no grupo ODP ( $P<0,001$ ). **Conclusão:** Nesta população de pacientes com DPOC grave e muito grave, o grau de hipoxemia não é um marcador de comprometimento da qualidade de vida, capacidade física e nível de comprometimento psicoemocional.

## CORRELAÇÃO ENTRE A ESCALA VISUAL E AS ESCALAS BDI/TDI NA AVALIAÇÃO OBJETIVA DA DISPNEIA APÓS TRATAMENTO DE PACIENTES COM EXACERBAÇÃO AGUDA DE DPOC

FABRICIO FORTUNA; LILIAN RECH PASIN; HENRIQUE DE ARAUJO VIANNA TRASEL; LIVIA BRANCHER GRAVINA  
Hospital Geral de Caxias do Sul UCS

Estudos avaliando instrumentos clínicos para avaliação de dispnéia em pacientes com exacerbação aguda de DPOC são escassos na literatura. **MÉTODOS:** Nós prospectivamente avaliamos as propriedades de uma escala de analogia visual (EAV) de 100mm na mensuração da dispnéia e na percepção de sua melhora com o tratamento em 30 pacientes internados com exacerbação aguda de DPOC, comparando a com o índice de dispnéia transicional de Mahler (TDI) através do coeficiente de correlação de Spearman e análise de Bland Altman. **RESULTADOS:** houve uma variação média de  $2,68 + 1,25\text{cm}$  na EAV com o tratamento contra uma mediana de 3 pontos no TDI, com correlação estatisticamente significativa através do coeficiente de Spearman:  $R= 0.402$  ( $p=0.027$ ). A análise gráfica de Bland Altman demonstrou importante concordância entre os testes. **CONCLUSÃO:** Concluímos que a EAV possui capacidade equivalente ao TDI para avaliação objetiva da melhora da dispnéia em pacientes internados com exacerbação aguda de DPOC. Sua facilidade de aplicação constitui uma grande vantagem para seu uso. Acreditamos que a EAV possa ser considerada como desfecho em estudos que avaliem impacto de atitudes terapêuticas na EABC.

## EFETIVIDADE DO SUPORTE DOMICILIAR EM REDUZIR INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM PACIENTES COM DPOC,

MARIA DARCILIA ARAGÃO; MARIA ALENITA OLIVEIRA; ARIANE MUTTI; YONARA RIVELLE DAVID; CRISTIANO RABELLO NOGUEIRA; HAROLDO RODRIGUES; VALTER FURLAN; HELENA CELESTE BRAGA MENDES  
Home Care Amil São Paulo

**Introdução:** As exacerbações são causas freqüentes de hospitalização em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica levando a um alto impacto social e econômico. Estratégias de gerenciamento domiciliar surgem como uma alternativa para o tratamento de exacerbações da DPOC com redução da necessidade de hospitalização destes pacientes. **Objetivo:** Avaliar a efetividade de um programa de suporte domiciliar em reduzir a necessidade de internações hospitalares antes e após a sua implantação. **Método:** De forma prospectiva foram coletados os dados de 41 pacientes encaminhados para o programa gestor. Na admissão do programa estes pacientes eram avaliados por um pneumologista em seu domicílio para avaliar condição social e cognitiva de cuidado domiciliar, além de avaliar adesão e orientação de plano de ação. Além da análise descritiva dos dados foi aplicado o teste de wilcoxon para comparar o número de hospitalizações pré e pós programa. **Resultados:** 41 pacientes (20 sexo feminino) com idade média de  $72 \pm 9$  anos, foram acompanhados por um período de 9 meses; Em relação ao estágio da doença: 8 (20%) eram estágio III e 33(80%) eram estágio IV, com VEF1 de  $43 \pm 15\%$ ; 60 % dos pacientes tinham co morbidade associada. Todos os pacientes receberam suporte de fisioterapia domiciliar. Ventilação não invasiva foi utilizada em 36% dos pacientes. 22% necessitaram de medicação endovenosa para compensação clínica. Houve uma redução significativa da necessidade de internação hospitalar dos pacientes após a admissão no programa, (antes:  $2,02 \pm 1,4$ ; depois:  $0,46 \pm 1,02$   $p < 0,000$ ). **Conclusão:** Programas de atendimento domiciliar tratam de forma efetiva as exacerbações dos pacientes com DPOC com redução do número de internações hospitalares e conseqüentemente do custo da doença.

## PIORA CLÍNICOFUNCIONAL EM PACIENTE DPOC

DANIEL ANTUNES SILVA PEREIRA; FREDERICO FERNANDES; DAVID CAVALCANTI LOPES COELHO; RENATA XAVIER BALDOW; FELIPE SILVA VIEIRA; FERNANDO BIN TEIXEIRA; REGINA MARIA CARVALHO PINTO; RAFAEL STELMACH; ALBERTO CUKIER  
Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

Paciente 77 anos ex tabagista 160 anos maço,abstinente há 11 anos.Diagnosticado DPOC há 1 ano,em uso de broncodilatador e corticóide inalado.Nos últimos 3 meses tem apresentado piora da dispnéia e maior frequência de crises de sibilância e tosse, sem modificação da expectoração.Rx de tórax com hiperinsuflação, hemograma sem leucocitose, ECG, PCR, BNP, dímeroD e enzimas cardíacas normais.Estratificação coronária não invasiva sem isquemia, ECO sem disfunção cardíaca e PSAP=44mmHg.PFP: VEF1/CVF=0,38,CVF=91%, VEF1 47%.Curva fluxoXvolume:retificação precoce da alça expiratória,com fibrilação do fluxo ao final da expiração forçada.TC tórax: enfisema panacinar predomínio apical,abaulamento da membrana posterior da traquéia,colabamento de vias aéreas, sugestivos de Traqueomalácia(TBM).Broncoscopia confirmou colabamento das vias aéreas,inclusive durante expiração no volume corrente.DISSCUSSÃO:Traqueomalácia é colapso expiratório das vias aéreas principais e/ou secundárias.Casos adquiridos se devem a fragilidade dos anéis cartilaginosos ou redundância de tecido conjuntivo.Pode complicar até 50% dos pacientes com DPOC,nesse caso por comprometimento difuso das vias aéreas.Pode ser responsável por sensação de dispnéia aos esforços, dificuldade na higiene brônquica.Ainda é questionado se pode desencadear broncoespasmo. Diagnóstico é pela observação do colapso à broncoscopia. TC tórax na expiração forçada pode ser uma alternativa. Especificidade chega 85% com redução da área traqueal acima de 28% nos cortes axiais de traquéia superior.Estudo de 80 pacientes DPOC e TBM,relacionou o colapso das vias aéreas com a limitação ao fluxo expiratório, mostrando que na expiração forçada a limitação é devido a colapso de vias aéreas centrais. Tratamento envolve a fixação cirúrgica da membrana posterior,reservado aos casos de melhora funcional após colocação de prótese por técnica broncoscópica.

## ESCALAS PARA MEDIR DISPNEIA EM PACIENTES DPOC SINTOMÁTICOS E SUA CORRELAÇÃO COM TESTES DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS E DE FUNÇÃO PULMONAR

LILIA CAMARGO; CARLOS PERERIA  
Hospital do Servidor Público Estadual

DPOC,4a causa de morbimortalidade global, sintomas:tosse,expectoração,sibilância,dispnéia e intolerância ao exercício.Medição da dispnéia:Escala analógica Visual EAVE de Borg (exercício);Escala de Dispnéia MRC,Diagrama de Custo de OxigênioDCO, Índice de Dispnéia de BaseIDB e o Questionário de Dispnéia da Universidade da CalifórniaQDUC,(atividades diárias).Para medir o grau da DPOC: VEF1posbd pós broncodilatador,correlaciona mal com as escalas acima.O VEF1/CVF,a Capacidade Inspiratória CI, "Capacidade Vital Lenta com a Forçada CVL CVF,e CVL se correlacionam melhor.O Teste de Caminhada de 6 minutosTC6Mavalia atividades diárias.Objetivo: Entender melhor as relações entre Dispnéia, Função pulmonar eTolerância ao Exercício, avaliando estas medidas numa coorte de 50 pacientes. Métodos:Em 80 pacientes consecutivos,e"40 anos, de março/08 a julho/09. DPOCs,com alguma dispnéia documentada,VEF1/CVF.

## REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DE BOLHA GIGANTE COM TRATAMENTO CLÍNICO – CASO DE AUTOBUECTOMIA INFLAMATÓRIA

SAMIA RACHED; RODRIGO ATHANAZIO; DANIEL PEREIRA; SERVULO AZEVEDO; REGINA PINTO; FERNANDES FREDERICO; RAFAEL STELMACH; RAFAEL MUSOLINO; ALBERTO CUKIER  
Instituto do Coração – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

História da doença atual e pregressa: masculino, 48 anos, ex tabagista (30 am), com dispnéia progressiva há 6 anos. Exacerbações infecciosas freqüentes e dois episódios de pneumotórax. Histórico de 4 episódios de tuberculose prévios, último há 20 anos. No momento, em MRC=3 e com queixa de tosse produtiva. Exame físico: FR = 24ipm, SatO2 em ar ambiente = 94%, ausculta respiratória diminuída difusamente com sibilos difusos. Exames complementares: CVF=2,51 (56%), VEF1=0,88 (26%), VEF1/CVF=0,35. TC de tórax revelando bolha ocupando 2/3 de hemitórax direito com bordas finas e áreas de enfisema centrolobular bilaterais de predomínio em campos superiores. Alfa 1 antitripsina dentro dos limites da normalidade. Diagnóstico: Bolha pulmonar gigante. Evolução: Iniciado terapia com broncodilatadores (formoterol + tiotropio), com melhora sintomática importante. Durante acompanhamento, observou se formação de nível líquido no interior da bolha com exames de punção diagnóstica revelando se tratar de material estéril. Seguimento radiológico regular mostrou redução gradual da bolha, atingindo dimensões 1/2 em relação a exames iniciais. CVF=3,23 (83%), VEF1=1,35 (42%), VEF1/CVF=0,42. Discussão: A presença de bolha gigante é uma complicação que pode ser decorrente tanto da exposição ao tabagismo como seqüela infecciosa. Sua presença pode ocasionar perda de função pulmonar por compressão de parênquima viável, aumentando o grau de dispnéia e aumentando o risco de complicações mecânicas e infecciosas. A indicação cirúrgica é controversa, sem estudos que comprovem seu benefício a longo prazo. Apresentamos o caso de um paciente com melhora significativa no volume de bolha pulmonar após tratamento farmacológico com broncodilatadores e formação de nível líquido no seu interior. Esta é uma evolução atípica de bolha pulmonar conhecida na literatura como autobuectomia inflamatória.

ELIANE CARLA VAZ MARTINS; JEANNE PAULA RAFAEL COIMBRA

Hospital Madre Teresa - Feluma

Paciente M.L.M,62anos,morador de JEQUITIBÁ—MG.Admitido no serviço de pneumologia do HMT BH, com quadro de dispnéia,dor torácica e tosse.A dispnéia o acompanhava à 20 anos,e a tosse,há 15anos.HPP:HAS,Laringite de repetição. Nega:tabagismo.H. Ocupacional: Trabalha com queima de madeira para produção de carvão vegetal desde os 17 anos. Contato direto com a fumaça. EF:Dispnéia em repouso,com esforço respiratório leve. AR:MV diminuído e crepitação em ambos campos pulmonares. FR: 30ipm.Sto88%.RCR.FC:92bpm.PA:140/90mmHg. EXAMES: Hb:15,4g/dl, Hto:49,1%,GL:8400/mm<sup>3</sup>S:86%,L11%,E:2%. RxTx:aumento do diâmetro AP torácico,espessamento de paredes brônquicas, diafragma convexo,seios costofrênicos livres. HD:DPOC secundário a inalação de gases,com infecção secundária. Iniciado tratamento intrahospitalar.O paciente evoluiu com melhora do padrão respiratório e dos exames; recebendo alta 10 dias após sua admissão. Espirometria:DVO MODERADO com redução da CVF e prova BD negativa.Os dados clínicos,laboratórias,functionais, e sua história ocupacional corroboraram para o diagnóstico de DPOC. Discussão: DPOC:limitação das vias aéreas que não é totalmente reversível. Esta limitação é geralmente progressiva e associada a resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos. O tabagismo é o principal fator de risco para a doença. A exposição a partículas aéreas (gases, fumos, poeiras) liberadas pelos fogões a lenha, em ambientes fechados, também é importante fator de risco.Durante o processo de carbonização da madeira, além da produção do carvão, mais de 217 outros compostos são liberados para o meio, incluindo diversos gases e vapores. O alcatrão insolúvel, o ácido pirolenhoso e os gases perfazem 65% destes produtos, podendo ter influência direta sobre o meio ambiente, assim como sobre a saúde dos trabalhadores expostos.

### VALIDADE DO TESTE DE AVALIAÇÃO FÍSICA FUNCIONAL DE 10 TAREFAS COTIDIANAS (PFP10) EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

CARLA MALAGUTI; VERA LÚCIA TAVEIRA DE SOUZA STANZANI; SIMONE DAL CORSO; JULIANA DE SOUSA MATOS; CRISTIANE YAMANE OLIVERIA

Universidade Nove de Julho

Introdução: Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, freqüentemente, são limitados em sua performance para realização de simples atividades de vida diária (AVD). Diversos testes de exercícios têm sido utilizados para a avaliação da capacidade funcional de pacientes com DPOC, na tentativa de refletir as AVD. Entretanto, estes testes podem não representar adequadamente o verdadeiro nível de capacidade funcional, pois eles avaliam apenas uma única tarefa. Objetivos: Neste sentido, o objetivo deste estudo é avaliar a reprodutibilidade e validade do teste (PFP 10) na avaliação da performance das AVD em pacientes com DPOC. Método: Inicialmente 30 pacientes foram avaliados em um projeto piloto. Concluído o estudo piloto, 15 pacientes com DPOC, estáveis clinicamente foram avaliados. Após as avaliações: antropométrica, espirométrica, classificação da dispnéia pelo MRC modificada e teste da caminhada de 6 minutos para classificação da gravidade segundo o BODE, os pacientes realizaram dois testes PFP 10 de avaliação da capacidade funcional por meio de atividade de vida diária em duas visitas distintas e responderam o questionário de atividade de vida diária LCADL, versão validada no português. Resultados: O teste PFP 10 mostrou elevada concordância entre teste e re teste, com CCI variando de 0,78 a 0,98 (p d" 0,05 para todas as tarefas). Da mesma forma, o tempo total do PFP 10 entre teste e re teste mostrou excelente reprodutibilidade (CCI: 0,91, p d" 0,05). Houve também correlação moderada entre o desfecho do tempo total do PFP 10 e o escore total do questionário LCADL (rs= 0,56, p < 0,03). Conclusão: O teste de performance física funcional de dez tarefas mostrou ser altamente reprodutível e válido na avaliação física funcional de pacientes com DPOC. Este teste pode ser útil em identificar eventuais necessidades de assistência ou adaptações domiciliares, bem como intervenções físicas direcionadas que possibilitem alcançar a independência funcional destes pacientes.

### TESTE DO DEGRAU DE CHESTER: REPRODUTIBILIDADE E CORRELAÇÕES COM A FUNÇÃO PULMONAR E CAPACIDADE FUNCIONAL

CARLA MALAGUTI; ANDERSON ALVES CAMARGO; CARLOS HENRIQUE SILVA ANDRADE; EDUARDO FOSCHINI MIRANDA; RAFAELLA REZENDE RONDELLI; TATIANA JUSTINO; SIMONE DAL CORSO  
Universidade Nove de Julho

Introdução: O teste do degrau de Chester (TDC) é usado para avaliar a capacidade aeróbia em diferentes estados de saúde. Seu uso nunca foi descrito em pacientes com DPOC. Objetivo: Avaliar a reprodutibilidade do TDC e correlacionar seu desempenho (número de degraus multiplicado pelo peso corporal, NDxP) às variáveis espirométricas (VEF1 e CVF) e do teste da caminhada (TC, distância). Métodos: Foram estudados 32 pacientes (69 ± 10 anos; VEF1 46,9 ± 14,7%), dos quais 25 (67 ± 9 anos; VEF1 42,0 ± 13,3%) fizeram TC. Foram realizados dois TDC e dois TC, em dias diferentes (Visita 1 e 2), sempre após a espirometria. O TDC foi realizado em degrau único (20 cm de altura), com ritmo imposto por estímulo sonoro, iniciando com cadência de 15 degraus por minuto, com incrementos de cinco degraus a cada dois minutos por um tempo de dez minutos. O TC foi realizado em um corredor de 30 metros, com estímulo verbal padronizado a cada minuto. Foram mensuradas no repouso e ao final, a freqüência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigênio (SpO2), sensação de dispnéia (SD) e fadiga em membros inferiores (FMMII). Resultados: As variáveis espirométricas foram similares entre as Visitas 1 e 2. Em relação à reprodutibilidade do TDC, não houve diferença significante entre as Visitas 1 e 2 na FC, SpO2, SD e FMMII no repouso. O mesmo foi observado ao final do TDC (FC: 120,7 ± 17 vs 121,2 ± 20; SpO2: 91,7 ± 4 vs 91,3 ± 4; SD: 4 vs 4 e FMMII: 4 vs 4, respectivamente). O número total de degraus não diferiu significativamente entre o primeiro e segundo TDC (66,4 ± 41 vs 68 ± 41; respectivamente). O NDxP apresentou correlação significante com o VEF1, TC e FC no pico do TDC (r = 0,55; r = 0,65; r = 0,47; respectivamente). Conclusão: O TDC é reprodutível em pacientes com DPOC e seu desempenho está associado à melhor função pulmonar, melhor estado funcional basal e maior resposta cardíaca.



**081**

## BRONCOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM PACIENTES COM BACIOSCOPIA DE ESCARRO NEGATIVA

VIVIANE FIGUEIREDO; MARCIA JACOMELLI; CLAUDIA M ANTUNES; MARCELO G GREGORIO; MIGUEL LIA TEDDE; MARCIA SEISCENTOS  
Hospital das Clínicas FMUSP

**Introdução:** O diagnóstico da tuberculose pulmonar pode ser realizado por coleta de escarro espontâneo, induzido ou métodos de coleta específicos e mais invasivos. O diagnóstico é feito de forma rápida e segura por meio da baciloscopia de escarro, que pode ser negativa em 30 a 50%. Lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica são métodos alternativos para diagnóstico nestes casos. **Objetivo:** analisar o rendimento diagnóstico do lavado broncoalveolar e da biópsia transbrônquica em um grupo de pacientes com suspeita clínica e radiológica de tuberculose pulmonar, porém exame de escarro negativo ou impossibilidade para coleta de escarro. **Casuística e métodos:** broncoscopia com coleta de lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica foi realizada num grupo de pacientes com suspeita clínica e radiológica de tuberculose pulmonar. Pesquisas diretas de bacilos álcool ácido resistentes, fungos, bactérias inespecíficas, respectivas culturas e exame anatomopatológico foram incluídos para análise e diagnóstico final. **Resultados:** 286 pacientes foram incluídos no estudo. Destes, o diagnóstico de tuberculose pela broncoscopia foi obtido em 40% (n=113) e outros diagnósticos em 15% (n=43) dos casos. A sensibilidade e especificidade global da broncoscopia para diagnóstico de tuberculose pulmonar foi 81% e 98%, respectivamente. **Conclusão:** lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica têm boa sensibilidade e especificidade para diagnóstico de tuberculose pulmonar, devendo ser realizada quando não for possível estabelecer o diagnóstico da doença por outros métodos de coleta.

**083**

## LESÃO TRAQUEAL POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO

ÉRICA NISHIDA HASIMOTO; JULLIANO FERNANDES CAMPOS GUIMARÃES; NELISE LUCIANO MARVULO; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO  
Universidade Estadual Paulista FMB UNESP

**RELATO DE CASO:** EAS, masculino, 33 anos. Vítima de ferimento cervical por projétil de arma de fogo a uma distância de 1 metro. Ao exame físico apresentava-se eupneúico, estável hemodinamicamente, com Glasgow 15. A expansibilidade estava diminuída à direita, o murmúrio abolido em terços médio e inferior direito e presente à esquerda. À inspeção notava-se a orifício de entrada de projétil à esquerda da fúrcula em região supraclavicular e enfisema subcutâneo importante em região cervical, principalmente à direita e em região torácica superior. A radiografia de tórax mostrava hemopneumotórax à direita e projétil alojado em região medial da escápula direita. A tomografia de tórax evidenciou pequeno pneumotórax à direita, grande enfisema subcutâneo em região cervical e torácica, pneumomediastino, sinais de contusão pulmonar à direita e projétil alojado em região medial à escápula direita. A arteriografia e o esofagograma foram normais. A broncoscopia notou lesão térmica com crosta hemorrágica em parede anterior lateral esquerda da traquéia e outra em parede posterior em transição membrano cartilaginosa à direita, após aspiração não houve saída de conteúdo pela lesão. Foi optado pelo seguimento clínico da lesão. Após 15 dias, a nova broncoscopia mostrou que as lesões térmicas tiveram boa cicatrização, com mucosa praticamente normal, apresentando apenas um eritema puntiforme discreto em ambas as lesões. **DISCUSSÃO:** Tardiamente (3 dias após o trauma), quando nos foi solicitada avaliação e realizada a broncoscopia, consideramos que apesar de haver lesão transfixante da traquéia, o paciente encontrava-se assintomático, com melhora do enfisema subcutâneo e sem sinais de infecção, sendo assim optado pelo tratamento conservador. A maior preocupação nesse momento seria a infecção, no entanto, a crosta hemática já havia tamponado os orifícios e a antibioticoterapia já havia sido instituída.

**082**

## DESCRIÇÃO DOS ASPECTOS LARINGOSCÓPICOS EM PACIENTES COM SINTOMAS CLÍNICOS DE REFLUXO LARINGOFARÍNGEO,

VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; ADDY L MEJIA PALOMINO; MARCIA JACOMELLI; ANDREA LOISE FERREIRA; MARCELO GERVILLA GREGORIO; RAFAEL STELMACH  
Serviço de Endoscopia Respiratória do HC FMUSP

**Introdução:** A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) causa alterações esofágicas ou extra esofágicas (vias aéreas superiores e inferiores). Na laringe e faringe é conhecida como refluxo laringofaríngeo (RLF). Rouquidão, globus faríngeo, halitose, pigarro, tosse crônica, sensação de muco ou de corpo estranho na garganta são freqüentemente descritos na doença. A nasolaringoscopia é indicada como método diagnóstico, por ser pouco invasivo, de baixo custo e acessível ambulatorialmente. O objetivo do trabalho é descrever os achados laringoscópicos em pacientes com sintomas de RLF. **Casuística e Métodos:** incluímos no estudo pacientes entre 18 e 60 anos de idade, com sintomas sugestivos de RLF, sem tratamento e sem sinais de infecção aguda de vias aéreas. A classificação de sintomas clínicos de RLF foi baseada no score de Belafski em: índice  $\leq 13$  (baixa probabilidade de RLF) e  $> 13$  (alta probabilidade); e de achados endoscópicos no score  $\leq 7$  (baixa probabilidade) e  $> 7$  (alta probabilidade). **Resultados:** 57 pacientes foram estudados. Os sintomas clínicos mais freqüentes foram: pigarro (79%), globus faríngeo (74%), tosse (68%), sensação de secreção na faringe (67%), rouquidão (61%), pirose (54%), disfagia (28%) e engasgos (25%). Os achados mais comuns durante os exames foram: enantema de laringe (98%), espessamento de comissura posterior da laringe (95%), apagamento de ventrículos de Morgani (70%), Edema de pregas vocais (61%), edema de laringe (56%), pseudosulco vocal (23%), granuloma de laringe posterior e muco recoberto a laringe (28%). 39 pacientes tinham score clínico  $> 13$  e destes, 25 tinham score  $> 7$  à nasolaringoscopia (64%). Em apenas 3 casos a nasolaringoscopia mostrava alta probabilidade, porém com score de baixa probabilidade. **Conclusão:** A nasolaringoscopia é um método diagnóstico que apresenta boa correlação com sintomas clínicos de RLF.

**084**

## UTILIZAÇÃO DE ENDOPRÓTESE METÁLICA NO TRATAMENTO DE ESTENOSE DO BRÔNQUIO PRINCIPAL DIREITO SECUNDÁRIA A CARCINOMA BRÔNQUICO,

ANDRÉ LEITE  
Hospital Unimed de Caxias do Sul

Os autores apresentam o relato de um caso de paciente portadora de neoplasia brônquica central com obstrução significativa do brônquio principal direito. Apresentam a utilização de endoprótese metálica auto expansível no controle paliativo da obstrução, discutindo as indicações e complicações do método.

**085****AVALIAÇÃO DA REDUÇÃO NA CAPACIDADE VITAL FORÇADA COMO PREDITOR DO DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES PULMONARES NO PÓSOPERATÓRIO DE CIRURGIAS ABDOMINAIS**

DANIELA COLUCCI; JULIO FIORE; THAIS RISSO; DENISE PAISANI; LIVIA KUBAGAWA; PATRÍCIA TEODORO; LIANE SHIGEMICHI; LUCIANA CHIAVEGATO; SONIA FARESin  
Universidade Federal de São Paulo

**Introdução:** As cirurgias abdominais altas estão associadas com desenvolvimento de paresia frênica e diminuição da pressão transdiafragmática promovendo queda de volumes e capacidades pulmonares e alteração das trocas gasosas. A maioria dos estudos encontrou associação entre parâmetros espirométricos pré operatórios e o desenvolvimento de complicações pulmonares pós operatórias (CPP), porém nenhum deles avaliou se a intensidade da redução nos volumes pulmonares era capaz de prever o desenvolvimento destas. **Objetivo:** Verificar se a intensidade da redução na capacidade vital forçada (CVF) pode prever o desenvolvimento de CPP. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo longitudinal, com 129 pacientes submetidos à cirurgia abdominal alta. Foram submetidos à avaliação clínica e espirométrica no pré operatório. Esta avaliação foi repetida no primeiro, terceiro e quinto dia de pós operatório, acrescentando se da avaliação de intensidade de dor por escala visual analógica. Todos os pacientes realizaram fisioterapia respiratória no período pós operatório. As CPP analisadas foram: infecção respiratória aguda (pneumonia e traqueobronquite), atelectasia, broncoespasmo e insuficiência respiratória aguda. Análise estatística utilizada foi regressão logística, considerando significante  $p < 0,05$ . **Resultados:** CPP foi observada em 5,9% da amostra. A análise de regressão, a não recuperação da CVF no 5º PO associou se ao desenvolvimento de complicações pulmonares pós operatórias em 26% ( $p < 0,02$  [IC 95% 1,24 – 22,2]). **Conclusão:** A intensidade de redução da CVF não mostrou associação com o desenvolvimento de CPP no pós operatório de cirurgias abdominais altas, mas a não recuperação da CVF até o quinto dia de pós operatório está associada ao desenvolvimento destas complicações.

**087****EFICÁCIA DA TOSSE NO PÓSOPERATÓRIO DE CIRURGIA ABDOMINAL ALTA: AVALIAÇÃO DO PICO DE FLUXO DE TOSSE E VOLUME EXPIRADO NA TOSSE COMO PREDITOR DO DESENV**

DANIELA COLUCCI; JULIO FIORE; THAIS RISSO; DENISE PAISANI; LIVIA KUBAGAWA; LIANE SHIGEMICHI; RONALDO PEREIRA; LUCIANA CHIAVEGATO; SONIA FARESin  
Universidade Federal de São Paulo

**Introdução:** A tosse é um mecanismo de defesa que atua primariamente na remoção de secreção das vias aéreas. No pós operatório de cirurgias abdominais altas a eficácia da tosse esta reduzida pela redução nos volumes, capacidades pulmonares e dor. A inabilidade de remover secreções de vias aéreas pode favorecer a presença de atelectasias e pneumonias neste período. **Objetivo:** Avaliar se alterações na tosse de pacientes submetidos à cirurgia abdominal alta pode prever o desenvolvimento de complicações pulmonares. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo longitudinal, com 129 pacientes submetidos à cirurgia abdominal alta eletiva. Foram submetidos à avaliação clínica, espirométrica e da tosse, através do pico de fluxo de tosse (PFT) e volume expirado na tosse (VET) no período pré operatório. Essa avaliação foi repetida no primeiro, terceiro e quinto dia de pós operatório, acrescentando a avaliação da dor através escala visual analógica (EVA). Todos os pacientes realizaram fisioterapia respiratória no período pós operatório. As complicações pulmonares pós operatórias (CPP) analisadas foram: infecção respiratória aguda (pneumonia e traqueobronquite), atelectasia, broncoespasmo e insuficiência respiratória aguda. Na análise estatística utilizou se a regressão logística simples considerando significante  $p < 0,05$ . **Resultados:** CPP ocorreu em 5,9% da amostra. Na análise de regressão, a não recuperação do PFT até o 5º PO associou se ao desenvolvimento de CPP significativamente ( $p < 0,04$  [odds 1,54 IC95% 1,01 – 1,34]). A não recuperação do VET até o 5º dia de pós operatório também associou se ao desenvolvimento de CPP significativamente ( $p < 0,04$  [odds 2,81 IC95% 1,02 – 7,78]). **Conclusão:** A eficácia da tosse no pós operatório de cirurgias eletivas do abdome superior pode estar associada ao desenvolvimento de CPP nesta população.

**086****COMPORTAMENTO DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM INDIVÍDUOS COM DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE**

MARISA AFONSO ANDRADE BRUNHEROTTI  
Faculdade Medicina de Ribeirão Preto – USP

**Introdução:** Distrofia Muscular de Duchenne é causada pela alteração genética, apresentando perda progressiva da força muscular. A força do músculo diafragma parece estar mais preservado em relação ao grupo muscular expiratório e periférico. **Objetivo:** Verificar o comportamento das pressões respiratórias máximas em indivíduos com distrofia muscular de Duchenne. **Métodos:** Estudo com delineamento prospectivo e transversal, sendo avaliados 26 indivíduos com diagnóstico de Distrofia Muscular de Duchenne, idade média de 12,7 anos, 18 cadeirantes e 8 com locomoção independente. Utilizado o manovacuômetro com escala de 0 a 300 cmH<sub>2</sub>O, para a medida das pressões respiratórias, PImáxCPT e PEmáxVR. A análise estatística foi apresentada na forma de média, desvio padrão e mediana, os dados foram expostos em porcentagem do previsto, com valor aceito para a normalidade o limite de 80%. **Resultados:** O grupo cadeirante apresentou média de idade de  $13,6 \pm 4,2$  anos, a PImáx com  $70 \pm 23,6$  % e PEmáx com  $59,5 \pm 44,2$  %, já o grupo que apresentou independência locomotora, obteve média de idade de  $10,3 \pm 2,5$  anos, a PImáx de  $90 \pm 19,2$  % e a PEmáx com  $73,2 \pm 22,4$  %. **Conclusão:** O comprometimento dos músculos expiratórios é maior, o qual apresenta precocemente a perda de força muscular em relação ao grupo muscular inspiratório, podendo prejudicar o papel da tosse.

**088****ESTUDO DAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS RESPIRATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**

TATIANA EING GRANADO KHENAIFES; JULIANA FERREIRA DE LIMA; THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO; RODRIGO SEVERO DE CAMARGO PEREIRA; DANIELE CRISTINA CATANEO  
Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP

**Introdução:** A colecistectomia videolaparoscópica é uma técnica minimamente invasiva que permite remover a vesícula biliar com redução do tempo cirúrgico e hospitalar. O pneumoperitônio bem como a manipulação, mesmo que sendo mínima, da cavidade abdominal levam à diminuição dos volumes e capacidades pulmonares que podem resultar em complicações pulmonares pós operatórias. Estas alterações no sistema respiratório podem ser evidenciadas nas primeiras 48 horas após a cirurgia. **Objetivo:** Estudar o comportamento das alterações funcionais respiratórias no primeiro pós operatório de colecistectomia videolaparoscópica, quando comparadas ao pré operatório. **Método:** A amostra foi formada por 46 pacientes submetidos à colecistectomia por videolaparoscopia entre abril de 2008 a junho de 2009, com média de idade de 46,6 anos. No pré e no primeiro pós operatório foram obtidas as pressões respiratórias (pressões inspiratória e expiratória máximas), ventilação pulmonar (volume corrente e volume minuto), índice diafragmático, teste de caminhada de 6 minutos (TC6), oximetria de pulso e espirometria (VEF1, CVF e VVM). **Resultados:** Observou se que a alteração mais importante foi a redução da força muscular respiratória, com queda significativa da pressão inspiratória máxima em 26%, da pressão expiratória máxima em 27% e do VVM em 24%. A CVF e VEF1 caíram em média 20%. O volume corrente foi reduzido em somente 2%, mas houve compensação pelo aumento em 10% da frequência respiratória, elevando o volume minuto em 8%. O TC6 reduziu em 16%, com queda na saturação em 3% quando comparada ao pré operatório. E o índice diafragmático apresentou redução de 5%. **Conclusão:** Os pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica apresentaram no primeiro pós operatório diminuição significativa da força dos músculos respiratórios, reduzindo com isso os volumes e capacidades pulmonares.

## O TESTE DA CAMINHADA DE SEIS MINUTOS É UM BOM PREDITOR DE COMPLICAÇÃO PULMONAR PÓSOPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA ABDOMINAL ALTA?

LUCIANA DIAS CHIAVEGATO; DENISE DE MORAES PAISANI; ADRIANA CLAUDIA LUNARDI; DANIELA BONFIM; LÍVIA KUBAGAWA; LIANE HIRANO; MILENA REIS; CELSO CARVALHO; SONIA MARIA FARESin  
Universidade Federal de São Paulo

**Introdução:** O teste da caminhada de seis minutos (TC6M) é um teste de exercício submáximo, o qual tem sido considerado um adequado indicador de capacidade funcional e também um bom preditor de complicação pulmonar pós operatória (CPP) e mortalidade em cirurgias torácicas, entretanto, seu papel preditor de CPP em cirurgia abdominal alta (CAA) ainda é incerto. **Objetivo:** Testar a hipótese de que a performance no TC6M pode prever CPP em pacientes submetidos a CAA. **Métodos:** Este estudo de coorte prospectivo avaliou 147 pacientes submetidos a CAA eletiva. O TC6M e a espirometria foram realizados um dia antes da cirurgia. Os pacientes foram acompanhados diariamente durante o período pós operatório pelo pesquisador, o qual era cego aos dados obtidos no período pré operatório. CPP foi considerada como pneumonia, traqueobronquite, atelectasia com repercussão clínica e insuficiência respiratória aguda. Realizou-se o método de regressão logística com ajuste para idade, sexo, índice de massa corpórea (IMC), capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), comorbidades e tabagismo. Considerou-se valor de p abaixo de 0,05. **Resultados:** CPP ocorreu em 8,2% dos pacientes. Não houve associação entre a distância percorrida no TC6M e CPP ( $p < 0,379$ ). Entretanto, sexo masculino ( $p < 0,039$ /CI95% 1.08 a 24/OR=5.1) e VEF1 ( $p < 0,043$ /CI95% 0.09 a 0.96/R=3.2) parecem ter importante associação com CPP em CAA. **Conclusão:** A distância percorrida no TC6M durante o período pré operatório parece não ser um bom preditor de CPP em pacientes submetidos a CAA.

## REPERCUSSÕES DA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA SOBRE A PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA

THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO; JULIANA FERREIRA LIMA; TATIANA EING GRANADO KHENAIFES  
Universidade do Sagrado Coração

**Introdução:** Pressão Arterial é a pressão exercida pelo fluxo sanguíneo no endotélio dos vasos (artérias). Ela é influenciada pelo débito cardíaco e pela resistência vascular periférica. Há uma pressão máxima denominada pressão sistólica (PAS) e uma pressão mínima denominada pressão diastólica (PAD). A Pressão Arterial Média (PAM) não é uma simples média dessas pressões mas sim uma pressão constante responsável pela perfusão tecidual. **Objetivo:** Avaliar as repercussões da Fisioterapia Respiratória sobre a pressão arterial média (PAM), a fim de sugerir valores limítrofes de PAM onde o fisioterapeuta possa realizar sua intervenção de forma segura e sem riscos. **Métodos:** Foram coletados dados contidos em prontuários, correspondendo a 300 atendimentos, na clínica de fisioterapia da Universidade do Sagrado Coração entre os meses de abril a dezembro de 2007, e a partir deles realizou-se cálculo das PAM sistêmica ( $PAMs = PAS + (PAD \times 2)/3$ ) e pulmonar ( $PAMP = PAMs/7$ ) a fim de comparar os períodos pré e pós assistência fisioterapêutica respiratória e correlacionar os casos com relato de sintomatologia (dispnéia, obnubilamento, dor retroesternal e instabilidade emocional). **Resultados:** Somente em 4% dos atendimentos houve relato de sintomatologia após a realização da fisioterapia respiratória ambulatorial, ocorrendo mesmo quando a PAMs e PAMP apresentavam valores de normalidade. **Conclusão:** O fisioterapeuta deve estar sempre atento à PAM sistêmica e pulmonar e correlacioná-la com a clínica do indivíduo, a fim de realizar um atendimento mais seguro e eficaz.

## FUNÇÃO PULMONAR

### ALTERAÇÕES PULMONARES E DA CAPACIDADE DE EXERCÍCIO EM PACIENTES COM NEOPLASIA DE MAMA SUBMETIDOS À RADIOTERAPIA

MILENA MAKO SUESADA; TERESA TAKAGAKI; ANDRE ALBUQUERQUE; JOÃO MARCOS SALGE; VANESSA PAVEZI; FABIANE POLISEL  
Incor FMUSP

**Alterações pulmonares e da capacidade de exercício em pacientes com neoplasia de mama submetidos à radioterapia** Suesada, M.M.; Albuquerque, A.L.P.; Salge J.M.; Pavezzi, V.A.; Polisel, F. Takagaki, T.Y. Divisão de Pneumologia do Incor FMUSP **Introdução:** No tratamento de neoplasia de mama, a pneumonite actínica pode surgir em até 10% dos casos e alterações radiológicas em 40%. Entretanto, pouco se avaliou sobre as repercussões funcionais respiratórias e sintomáticas após radioterapia torácica. **Objetivos:** Avaliar alterações tomográficas, perda de capacidade funcional respiratória e o desempenho ao esforço antes e após 3 meses do tratamento com radioterapia. **Materiais e Métodos:** 29 pacientes foram submetidos à tomografia de tórax, espirometria e volumes pulmonares, força dos músculos ventilatórios, difusão pulmonar (DLCO), e escala de dispnéia (MRC). Para a capacidade física foi utilizado o "stair climb test" (n = 15) e a ergoespirometria (n = 14), com medida do consumo máximo de oxigênio (VO2máx). **Resultados:** A CT de tórax pós radioterapia mostrou-se alterada em 72% dos casos, com alterações em partes moles e parenquimatosas no campo pulmonar irradiado. Houve perda significativa dos parâmetros espirométricos, principalmente da CVF ( $3,20 \pm 0,80$  vs  $2,99 \pm 0,73$  L,  $p < 0,001$ ), VEF1 ( $2,55 \pm 0,63$  vs  $2,38 \pm 0,59$  L,  $p < 0,001$ ) e na CPT ( $5,12 \pm 0,84$  vs  $4,84 \pm 0,91$  L,  $p = 0,04$ ). Não se observou alterações da DLCO. Tanto a força muscular inspiratória ( $101,07 \pm 19,87$  vs  $74,46 \pm 14,22$  mmHg) como expiratória ( $106,07 \pm 22,29$  vs  $84,64 \pm 16,88$  mmHg) diminuíram significativamente ( $p < 0,05$ ). Quanto à tolerância ao exercício, houve uma tendência à redução no desempenho no "stair climb test" ( $15,66 \pm 6,79$  vs  $14,1 \pm 5,86$  m,  $p = 0,08$ ) assim como na ergoespirometria, com perda de queda no VO2máx ( $18,49 \pm 3,15$  vs  $17,38 \pm 4,56$  ml.kg<sup>-1</sup>.min<sup>-1</sup>,  $p = 0,07$ ). Como repercussão nos sintomas, 58% referiu maior cansaço e falta de ar aos esforços pela escala MRC. **Conclusões:** A radioterapia para neoplasias de mama pode causar alterações no parênquima pulmonar, perdidas na função respiratória e uma tendência à queda na capacidade ao exercício, associados a um maior cansaço. Faz-se importante a identificação das pacientes de risco no pré tratamento.

### AVALIAÇÃO DE HIPERINSUFLAÇÃO DINÂMICA DURANTE ESFORÇO MÁXIMO EM PACIENTES ASMÁTICOS E OBESOS

VANESSA A, L. PAVEZI; FABIANE POLISEL; SERVULO AZEVEDO DIAS JUNIOR; ALBERTO CUKIER; JOÃO MARCOS SALGE; ANDRE LUIS PEREIRA DE ALBUQUERQUE  
Divisão de Pneumologia do Instituto do Coração (InCor)

**Introdução:** A hiperinsuflação dinâmica (HD) ao esforço é um fator limitante para a maioria dos indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Entretanto, pouco foi esclarecido da sua ocorrência e repercussões nos pacientes com asma, principalmente no subgrupo com obesidade associada, que tem se tornando cada vez mais frequente. **Objetivos:** Descrever o comportamento da HD, durante teste máximo limitado por sintomas em cicloergometria, em indivíduos asmáticos obesos. **Métodos:** 9 asmáticos (7 mulheres) com VEF1 =  $67 \pm 20$  % do previsto e IMC  $39,0 \pm 4,9$  kg.m<sup>2</sup> realizaram um teste máximo incremental com medida da capacidade inspiratória (CI) a cada 2 minutos e ao final do exercício, com o Borg dispnéia correspondente. **Resultados:** O tempo médio de exercício foi de  $8,88 \pm 1,26$  minutos, com uma queda da CI de  $0,30 \pm 0,34$  Litros ou  $11,9 \pm 15,2$  % do valor de repouso. Analisando o comportamento dos indivíduos durante o exercício, somente 1 aumentou a CI em intensidades submáximas, finalizando com um ganho de aproximadamente 23%. Apesar do restante (n = 8) ter apresentado redução precoce na CI, esta no geral não foi progressiva e tão acentuada como ocorre na DPOC. Adicionalmente, não houve qualquer correlação entre a variação da CI e o delta de dispnéia durante o teste máximo ( $p > 0,05$ ). **Conclusão:** A HD foi extremamente frequente nos pacientes com asma e obesidade. Entretanto, diferentemente do que ocorre na DPOC, sua ocorrência não parece ser um fator desencadeante de dispnéia ou limitante na tolerância ao exercício.

### ESTUDO DA CONCORDÂNCIA ENTRE VVM MEDIDO E ESTIMADO A PARTIR DO VEF1 EM DIFERENTES CONDIÇÕES FUNCIONAIS

FABIANE POLISEL; VANESSA A, L, PAVEZI; ANDRE LUIS PEREIRA DE ALBUQUERQUE; JOÃO MARCOS SALGE  
Divisão de Pneumologia do Instituto do Coração (InCor) da Faculdade de Medicina da USP

**Introdução:** Embora de relevância diagnóstica limitada no contexto dos testes de função pulmonar estáticos, a Ventilação Voluntária Máxima (VVM) constitui importante parâmetro para a interpretação clínica do teste cardíaco pulmonar de exercício, contribuindo para a determinação do mecanismo de intolerância ao esforço. Evidências disponíveis demonstram o acoplamento entre o Volume Expiratório Forçado do 1o Segundo (VEF1) e a VVM, permitindo prescindir da realização de manobra de hiperventilação em repouso. A acurácia da estimativa da VVM a partir do VEF1 na vigência de diferentes distúrbios funcionais, entretanto, precisa ser melhor avaliada. **Objetivos:** Verificar a concordância entre a estimativa da VVM a partir do VEF1 (VVMest) e a VVM medida (VVMmed) na vigência de diferentes condições funcionais. **Métodos:** Foram estudados pacientes consecutivos que realizaram testes de função pulmonar no Serviço de Pneumologia desta instituição e divididos em 3 grupos funcionais: Normal, Obstrutivo e Restritivo. A concordância entre VVMest (VEF1 x 38) e VVMmed foi verificada através do método de Bland Altman na amostra toda e nos grupos funcionais. **Resultados:** Foram obtidos 124 testes de função pulmonar (52% de mulheres). Na amostra total, a diferença entre as médias de VVMmed e VVMest foi  $4,3 \pm 18,6$  L/min, enquanto para os grupos funcionais, foram:  $6,8 \pm 18,8$  L/min (Normais, n=58,) ;  $0 \pm 10,2$  L/min (Obstrutivos, n=57), com maior dispersão para altos valores de VVM  $26,2 \pm 14,0$  L/min (Restritivos, n=9). **Conclusão:** A dispersão entre as diferenças de VVMmed e VVMest foi significativa para todos os grupos, principalmente para os indivíduos obstrutivos com valores mais elevados de VVM. Os dados indicam baixa concordância entre os métodos em determinadas situações funcionais, alertando para o risco da classificação inadequada da limitação ventilatória ao exercício baseada somente na VVMest.

### ESTUDO DAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS RESPIRATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À SIMPECTOMIA TORÁCICA VIDEOASSISTIDA

JULIANA FERREIRA DE LIMA; TATIANA EING GRANADO KHENAIFES; THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO; DANIELE CRISTINA CATANEO  
Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP

**Introdução:** A simpatectomia videotoracoscópica é uma cirurgia rápida e minimamente invasiva, mas que pode alterar a função pulmonar e embora haja pouca manipulação visceral, proporcionando recuperação rápida, apresenta alto grau algíco, podendo ser uma das causas do déficit mecânico ventilatório. **Objetivo:** Analisar as alterações funcionais respiratórias no primeiro pós operatório de simpatectomia torácica videoassistida, quando comparadas ao pré operatório. **Método:** Todos os pacientes candidatos a simpatectomia torácica videoassistida foram convidados a participar do estudo e então submetidos a uma avaliação no pré operatório (PRÉ) e no primeiro dia de pós operatório (PO1), onde avaliou se a manovacuometria, para medir a pressão inspiratória (PImáx) e expiratória máximas (PEmáx), o teste de caminhada de 6 minutos (TC6), onde foram anotados os valores, antes e depois do teste, da saturação periférica de oxigênio (SapO2) e da frequência cardíaca (FC) e a ventilometria, para obter o volume minuto, que dividido pela frequência respiratória (FR), nos dará o volume corrente (VC). No pós operatório os pacientes foram questionados quanto a intensidade da dor (0-10). **Resultados:** Foram avaliados 18 pacientes, no período de agosto de 2008 a julho de 2009. No grupo estudado, 44,4% eram do sexo masculino e 55,6% do sexo feminino. A média de idade foi de 21,9 anos e o IMC de 23,8. A PImáx apresentou no PO1 queda de 56%, a PEmáx de 54% e o VC de 43%, com aumento da FR em 34%. No TC6 a distância diminuiu 32% no PO1, com queda de 1% na SapO2. A média de dor no pós operatório foi de 5. **Conclusão:** Os pacientes submetidos à simpatectomia torácica videoassistida apresentaram no primeiro pós operatório, diminuição significativa da força dos músculos respiratórios, possivelmente causada pela dor, reduzindo com isso os volumes e capacidades pulmonares e aumentando a frequência respiratória.

### ESTUDO DAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS RESPIRATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE VÁLVULA ANTIREFLUXO VIDEOLAPAROSCÓPICA

THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO; JULIANA FERREIRA DE LIMA LIMA; TATIANA EING GRANADO KHENAIFES; DANIELE CRISTINA CATANEO; RODRIGO SEVERO CAMARGO PEREIRA  
Universidade Estadual Paulista

**Introdução:** A videolaparoscopia para confecção de válvula anti refluxo é a técnica cirúrgica menos invasiva para terapêutica na doença do refluxo gastro esofágico, e nela, o pneumoperitônio é um recurso indispensável. Este promove deslocamento cefálico do diafragma, diminuindo os volumes e capacidades pulmonares. Além disso, a manipulação das vísceras abdominais e do próprio diafragma causa inibição do nervo frênico e acentua as chances de complicações respiratórias. **Objetivo:** Analisar as alterações funcionais respiratórias no primeiro pós operatório de indivíduos submetidos à cirurgia de válvula anti refluxo videolaparoscópica, quando comparadas ao pré operatório. **Métodos:** A amostra foi formada por todos os pacientes submetidos à cirurgia videolaparoscópica de válvula anti refluxo no Hospital Estadual Bauru entre abril de 2008 e julho de 2009. No pré e no primeiro pós operatório foram obtidas as pressões respiratórias (PIMÁX, PEMÁX), a ventilação pulmonar (volume corrente e volume minuto), o índice diafragmático (ID) e o teste de caminhada de 6 minutos (TC6). O índice diafragmático (ID) foi medido usando as circunferências abdominais (AB) e torácicas (CT) através da seguinte fórmula:  $ID = \Delta AB / \Delta AB + \Delta CT$ . **Resultados:** Foram avaliados 15 pacientes, sendo 10 mulheres e 5 homens. A idade média foi de 42 anos e de índice de massa corpórea foi de 27,7. A PIMÁX reduziu 3%, a PEMÁX 25% e o VC 8%, com aumento de 17% da frequência respiratória. O ID reduziu 22%. A distância percorrida no teste de caminhada reduziu 13%, com redução na saturação de oxigênio em 3%. **Conclusão:** Os pacientes submetidos à válvula anti refluxo videolaparoscópica apresentaram no primeiro pós operatório diminuição significativa da força dos músculos respiratórios, reduzindo com isso os volumes e capacidades pulmonares e prejudicando também o desempenho no teste de exercício (TC6).

### SÍNDROME DO PULMÃO ENCOLHIDO: RELATO DE CASO

NAIENE STECCA; THULIO MARQUEZ CUNHA; LILIAN KURANISHI; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; CESAR FUKUDA; HENRIQUI FERREIRA BRITO; EMMANUEL CAVALCANTI CAMPELO NETO  
Unifesp

**Introdução:** Envolvimento do sistema respiratório no lúpus eritematoso sistêmico (LES) é frequente. A síndrome do pulmão encolhido (SPE) representa uma rara complicação. relatamos um caso desta síndrome em um jovem com LES. **Relato de caso:** Homem, 30 anos, dispnéia aos pequenos esforços, dor ventilatória dependente em terços inferior e médio de hemitórax direito, há 1 ano com piora nas 3 últimas semanas. Tem diagnóstico de LES há 5 anos, fazendo uso de prednisona 20mg/d, metotrexate 22,5mg/semana, cloroquina 250mg/d. Ao exame físico tinha murmúrio vesicular diminuído e sub maciez a percussão base direita. Radiografia simples e tomografia de tórax mostravam somente elevação de cúpula diafragmática direita, provas de função pulmonar com padrão restritivo, ecodopplercardiograma sem alterações e ultrasonografia de tórax. Houve melhora dos sintomas com aumento dose corticóide para 40mg/d. **Discussão:** A SPE é caracterizada por dispnéia, elevação diafragmática, dor torácica e padrão restritivo nos teste de função pulmonar. A prevalência geral nos portadores de LES é cerca de 0,5%, no entanto em pacientes com lúpus refratário ao tratamento e um pouco maior, 7%. A fisiopatologia é ainda desconhecida. A maioria dos casos desta afecção são descritos em associação com LES, embora haja relatos desta manifestação em outras doenças auto imunes. O tratamento ainda é incerto. Há descrições na literatura do uso de corticóides, teofilina, beta agonista e digitálicos. Alguns autores, na falha destas terapêuticas, realizam imunossupressão. O prognóstico é razoável, podendo se estabilizar o quadro e melhorar os sintomas respiratórios em muitos casos. **Concluímos** que a síndrome do pulmão encolhido é uma rara manifestação do LES, com fisiopatologia e tratamento ainda não totalmente claros.

**097****ABSCESSO HEPATOPULMONAR COMUNICANTE EM IMUNOCOMPETENTE**

RODRIGO ATHANAZIO; SAMIA RACHED; THIAGO MENDONÇA; GABRIEL ROZIN; LETICIA DOURADO; LIA BEZERRA; MARCOS TAVARES; CARLOS CARVALHO; TERESA TAKAGAKI

Instituto do Coração – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

História da doença atual e pregressa: Masculino, hipertenso, 48 anos, com febre e astenia há 30 dias. Após Rx de tórax, foi iniciado levofloxacino devido infiltrado alveolar em base direita. Evoluiu sem melhora da febre e com surgimento de tosse com odor fétido.

Exame físico: descorado +/4, SatO<sub>2</sub> em ar ambiente = 92%, ausculta respiratória diminuída em base de hemitórax direito com crepitações e fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito. Exames complementares: Hb = 9,5, Leucograma = 40.170 (87,5% de neutrófilos), Cr = 1,71, Ur = 44, PCR = 206, HIV = negativo, bilirrubina total = 4,46, bilirrubina direta = 2,9, TGO = 55, TGP = 79. TC tórax abdominal: cavidade de 10 cm em lobo inferior direito com paredes espessas e nível líquido em comunicação com duas imagens hipodensas hepáticas. Punção com drenagem hepática guiada por USG com saída de secreção amarronzada; cultura: *Fusobacterium nucleatum*. Diagnóstico: abscesso hepatopulmonar comunicante. Evolução: Iniciado ceftriaxone e metronidazol com melhora da sintomatologia, apirexia e resolução laboratoriais. No 23º dia de internação, o paciente recebeu alta com clindamicina e controle radiológico tomográfico trimestral. Após 4 meses foi optado por suspensão da antibioticoterapia com resolução da lesão hepática e imagem cicatricial em base de pulmão direito. Discussão: É rara a descrição de casos de abscessos hepato pulmonares de origem bacteriana, apesar de esta relação ser bem descrita em lesões amebianas. Os abscessos hepáticos geralmente são decorrentes de disseminação bacteriana hematogênica, enquanto a aspiração é a fonte mais comum das lesões pulmonares. O *Fusobacterium* é um anaeróbio de flora bucal o que sugere a origem pulmonar do processo. Por outro lado, a região pleural, sendo um espaço de pressão negativa, sugere que o caminho mais fácil de disseminação de uma infecção seja do fígado para o pulmão.

**099****CRIPCOCOSE PULMONAR E DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL RELATO DE CASO**

CAROLINA MONTEMÓR SOARES MESSINA; NAIENE STECCA; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE; EDWANA KARIN BUENO DE OLIVEIRA; RENATA FERLIN ARBEX; CESAR YOSHITO FUKUDA; FABIANA STANZANI

Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

IDENTIFICAÇÃO: DPM, 52 anos, feminina, casada, do lar, natural de Itapevi/SP, procedente se São Paulo/SP há 35 anos. HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: Cefaléia occipital em pontada, foto e fonofobia há 2 meses associados a tosse seca e chiado no peito. Sensação de plenitude em ouvidos, náuseas e vômitos em jato há 1 dia.

EXAME FÍSICO: Regular estado geral, corada, hidratada, acianótica, afebril, eupneica. Vigil, orientada no tempo e espaço, rigidez de nuca, paralisia VI nervo direito com estrabismo convergente e diplopia bilateral. Murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios

EXAMES COMPLEMENTARES: Raios X de tórax com opacidade em terço inferior de hemitórax direito. TC de tórax com massa bem delimitada em lobo médio. Biópsia percutânea da massa pulmonar com leveduras ao gram e criptococos ao anátomo patológico

LCR com hipertensão, proteinúria, glicorraquia e linfocitose. Tinta da China positiva. RNM de crânio com múltiplos nódulos com realce anelar pós contraste. DIAGNÓSTICO: Neurocriptococose com hipertensão intracraniana e criptococose pulmonar. EVOLUÇÃO:

Punção líquórica diária e anfotericina B com boa resposta. DISCUSSÃO: O criptococos (subtipos neoformans e gatti) é um fungo saprófita presente em excretas de aves e árvores. Penetra no organismo por via inalatória e dissemina se por via hematogênica (sistema nervoso central, pulmões e pele). Um terço dos acometidos são assintomáticos e dentre os sintomáticos observa se febre, tosse, dor torácica, escarro purulento e dispnéia, além de meningite ou meningoencefalite. O diagnóstico é feito pela identificação do agente etiológico e o tratamento com observação clínica, fluconazol, itraconazol ou anfotericina B a depender dos sintomas e local de acometimento.

**098****ACTINOMICOSE PULMONAR PRIMÁRIA**

ANA MARIA CAMINO; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME; GUILHERME ZIMMERER LORENTZ; MARIANA LOUSADA FERREIRA; ILMA APARECIDA PASCHOAL; MONICA CORSO PEREIRA; REYNALDO QUAGLIATO JR; SILVIO MORAES REZENDE

Universidade Estadual de Campinas

Introdução: Actinomicose é uma infecção causada por uma bactéria Gram positiva e anaeróbia, *Actinomyces israelii*, que causa supuração crônica pulmonar. É comensal da cavidade oral e sendo assim, pode causar doença pulmonar primária resultante provavelmente de microaspiração de secreção da orofaringe. Pode simular uma variedade de doenças tornando se difícil seu diagnóstico na fase inicial. Assim sendo, deve ser considerada como diagnóstico diferencial de opacidades pulmonares. Descrevemos o caso de um paciente, homem, branco, 52 anos, encaminhado ao ambulatório de Pneumologia da UNICAMP para investigar quadro de dispnéia progressiva e hemoptóicos iniciados há 1 ano. Relatava febre esporádica não aferida. Negava perda ponderal. Antecedentes pessoais: Ex tabagista, 30 anos/maço, abstêmio há 1 ano e meio. Ex etilista 4 5 garrafas de destilado por semana. Antecedentes familiares não eram relevantes. Exame físico: cavidade oral com dentes em estado precário, ausculta pulmonar com roncões em base e terço médio direito. RCR2T sem sopro. SpO<sub>2</sub> em ar ambiente: 98%; TC de tórax: Opacidade heterogênea em base de pulmão direito, com broncogramas aéreos de permeio. Broncoscopia evidenciou lesão infiltrativa concêntrica na transição do brônquio fonte direito com invasão da carina do BLS. Rolha de secreção purulenta ocluiu a lesão que, após retirada, permitiu a saída de grande quantidade de secreção purulenta fétida. Realizada Bx da lesão cujo resultado evidenciou intenso processo inflamatório crônico ativo com exsudato purulento e tecido de granulação em metaplasia escamosa focal; presença de colônias de microorganismos com crescimento concêntrico, lembrando actinomicose. Ausência de neoplasia no material enviado. Colorações especiais reforçam a suspeita de actinomicose. Pesquisa e cultura para micobactéria e fungo negativas. Iniciado tratamento com amoxicilina + clavulanato 500mg de 8/8hs, que fez o paciente evoluir com melhora clínico radiológica satisfatória.

**100****INFLUENZA A/H1N1: EVOLUÇÃO RADIOLÓGICA**

MAURO GOMES; NELSON XAVIER SOARES JR.; RAFAEL FARACO SILVA; RODRIGO RUSSO; MARCO ANTONIO NALETTO

Fac. Ciências Médicas Santa Casa de S. Paulo-Disc, Pneumologia/Hosp, Samaritano Unid. Respiratória

INTRODUÇÃO: Relatos de três casos de Influenza A/H1N1 com diagnósticos confirmados e que evoluíram rapidamente com pneumonia grave e insuficiência respiratória. Ênfase para as manifestações radiológicas e tomográficas extensas e de rápida progressão. RELATO DOS CASOS: CASO 1: VSF, 50 anos, branca, feminina. Possui diagnóstico de asma em tratamento com formoterol12/ budesonida400 há 10 meses e DRGE em uso de IBP 80mg/dia e antecedente de internação por PAC grave há 10 meses. No momento da internação apresentava se em crise asmática após episódio gripal, febre e dispnéia de 3 dias de evolução. Ao exame físico: obesa (1,65m / 116kg), PA: 120x60 mmHg, FC:103bpm, T: 38°C, Sat O<sub>2</sub>: 88% a/a, dispnéia e sibilância difusa. Radiografia de tórax de entrada normal, evoluindo em 24h para opacidades alveolares difusas com predomínio à esquerda, hemoptise e insuficiência respiratória. Confirmado o diagnóstico de influenza A H1N1 pelo método de PCR. CASO 2: FSS, 24 anos, feminina, branca, sem antecedentes mórbidos. Internou por histórico de tosse com expectoração hialina há 4 dias e febre de 39°C. Ao exame físico: febril, PA:90x60mmHg, sat 97% e pulmões limpos. Hemograma com leucopenia de 2660 leucócitos e desvio à esquerda até metamielócitos. Evoluiu em 24 horas com extensas opacidades alveolares em pulmão esquerdo e insuficiência respiratória. Confirmado o diagnóstico de influenza A H1N1 pelo método de PCR. CASO 3: EP, 31 anos, sexo feminino, branca, sem antecedentes mórbidos. Quadro gripal há 6 dias com tosse seca, anorexia e dispnéia. Há 5 dias com febre de 39,5°C e dor de garganta. Ao exame físico: disфонia, taquidispnéia. PA: 140x90mmHg, FC: 108 bpm, T: 37,9°C, SatO<sub>2</sub>: 95%. Evoluiu em 24 horas com opacidades alveolares difusas com predomínio à esquerda e insuficiência respiratória. Anti HIV: negativo. DISCUSSÃO: A influenza A H1N1, inicialmente chamada por gripe suína, atingiu níveis altos de contaminação no mundo neste ano de 2009, sendo considerada atualmente como pandemia pelos critérios da OMS. Desconhece se sua real taxa de letalidade, embora se acredite que a mortalidade não seja muito diferente daquela observada na influenza sazonal. Evolução ruim geralmente está relacionada com pneumonia grave e insuficiência respiratória. Chamamos a atenção nestes casos para as manifestações radiológicas e tomográficas de rápida evolução, determinando insuficiência respiratória.

ANDRE COSTA; ANDRE NATHAN COSTA; ANDRÉ APANAVICIUS; LUCIO SOUZA SANTOS; PEDRO MEDEIROS JR; MARCELO LITVOC; GUSTAVO HENRIQUE JOHANSON; RONALDO ADIB KAIRALLA  
Hospital Nove de Julho

Paciente de 55 anos, fem, ex tabagista 20 a/m há 15 a, sem exposições ambientais relevantes, diabética tipo 2, iniciou quadro de tosse seca e febre a duas semanas da internação. Fez uso de azitromicina sem melhora, mantendo-se febril. Evoluiu com piora da dispnéia aos pequenos esforços, sendo então internada. Na entrada, apresentava-se taquipnéica com estertores crepitantes bilaterais, SatO<sub>2</sub> 86% AA. Laboratorialmente, somente enzimas hepáticas aumentadas sem outras alterações, HIV negativo e BNP, CK e CKMB normais. Radiografia de tórax com infiltrado intersticial difuso bilateral, e a tomografia computadorizada de tórax (TCAR) com espessamento septal bilateral e focos de vidro fosco esparsos predominante em bases além de linfonodos paratraqueais até 2 cm de diâmetro. Ecocardiograma transtorácico apenas alteração diastólica discreta. Inicialmente recebeu antibióticos sem melhora, quando então resultado da sorologia para toxoplasmose mostrou IgM positiva de 11,7 (nl até 0,8). Iniciou tratamento com sulfadiazina e pirimetamina. Evoluiu com melhora clínica importante, tendo alta afebril e Sat O<sub>2</sub> 96% AA, e após completar antibioticoterapia via oral por quatro semanas repetiu TCAR que mostrou resolução completa das lesões iniciais. Conclusão O acometimento pulmonar pela toxoplasmose em imunocompetentes é uma condição clínica infrequente causada pela infecção aguda pelo *Toxoplasma gondii*. Na literatura existem poucos casos descritos, com apresentação mais comum à radiografia torácica de infiltrados intersticiais bilaterais. Neste caso as apresentações à TCAR associadas a insuficiência respiratória aguda foram espessamento septal liso difuso e bilateral e focos de vidro fosco em lobos inferiores, simulando congestão pulmonar. Afastadas causas cardiológicas e com o resultado sorológico de provável infecção aguda pelo toxoplasma, a paciente teve excelente evolução clínica com tratamento específico

PAULO JOSÉ MASCARENHAS MAZZARO; IGOR BASTOS POLONIO; JORGE ETHEL FILHO; ROBERTO STIRBULOV  
Santa Casa de São Paulo

História da Doença Atual e Progressiva: I.P.M.V, sexo feminino, branca, 59 anos, natural e procedente de Cambuã (MG), dona de casa, casada, com antecedente de polimiosite, em tratamento com prednisona e metotrexate há 4 anos, hipertensão controlada e ex tabagista 18 anos/maço, procurou o ambulatório de pneumologia com queixa de dispnéia progressiva e emagrecimento de 6kg há 2 meses, sem febre ou tosse. Exame físico: Bom estado geral, eupneica, afebril, corada, hidratada; aparelho cardiovascular: sem alterações; PA: 120 X 80; FC: 80 bpm; aparelho respiratório: MV + bilateral diminuído em base esquerda, eupneica, saturação de oxigênio em ar ambiente: 98%; abdome: sem alterações; extremidades sem edema, pulsos presentes; oroscopia sem alterações, sem linfonodos palpáveis. Exames complementares: Rx de tórax: opacidade de contornos mal definidos em terço inferior do pulmão esquerdo. Tomografia de tórax: múltiplos nódulos pulmonares, condensação basal posterior a esquerda. Broncoscopia: sem alterações. Ao exame anatomopatológico de biópsia transbrônquica lobo inferior esquerdo observou-se processo inflamatório caracterizado por formação de granulomas com células gigantes multinucleadas, proliferação histiocitária e presença de fungos com caracteres de *Paracoccidioides brasiliensis*. Evolução: Em tratamento com itraconazol, com boa evolução clínica.

NILSON MOURA GAMBERO; ROSALI TEIXEIRA ROCHA; JORGE NAKATANI; ELCIO BAKOWSKY; JOAO PAULO DOS SANTOS GOUVEIA; RICARDO MILINAVICIUS; LUCYARA CATUNDA; EDUARDO SERVOLO MEDEIROS  
Disciplina de Pneumologia - Unifesp

O papel do Gram e cultura do escarro no diagnóstico microbiológico da pneumonia comunitária (PAC) continua controverso. O presente estudo tem como objetivo descrever sua importância. Para isso os autores conduziram estudo prospectivo longitudinal observacional, multicêntrico, do tipo descritivo, envolvendo pacientes consecutivos em 4 diferentes centros: Hospital São Paulo Unifesp EPM (São Paulo SP), Hospital Santa Marcelina (São Paulo SP), Hospital do Servidor Público Estadual (São Paulo SP) e Hospital de Messejana (Fortaleza CE); no período de agosto de 2006 até maio de 2009. Foram incluídos 104 pacientes, sendo 8 casos excluídos por erro diagnóstico. 57% dos pacientes eram homens; a média de idade foi de 49 anos e 40% foram classificados como classe III, IV ou V pelo escore de Fine et al. 74 (77%) pacientes conseguiram fornecer amostra de escarro e destes 73 (76%) forneceram escarro de boa qualidade (> 25 polimorfonucleares e < 10 células epiteliais). Utilizando-se como critério diagnóstico a associação do resultado do Gram e da cultura foram 6 diagnósticos definitivos (Gram com morfologia predominante + cultura positiva): 2 *S. pneumoniae*, 3 *S. aureus* e 1 *Enterobacter sp* e 4 diagnósticos prováveis (Gram com flora mista + cultura positiva): 2 *Enterobacter sp* e 2 *H. influenzae*. O rendimento foi de 14%. Mudança na conduta baseada no resultado do exame ocorreu em somente 1 (1%) caso. Analizando-se separadamente alguns grupos podemos observar que o rendimento do método foi de 16% e 10% nos pacientes de tratamento hospitalar e nos pacientes classificados como classe de Fine III, IV e V respectivamente. O único grupo que apresentou um aumento significativo no rendimento do exame foram os pacientes com bacteremia onde o rendimento foi de 67%. Portanto, apesar de termos conseguido na grande maioria dos casos amostra de boa qualidade o rendimento da coloração de Gram + cultura do escarro apresentou rendimento baixo, mesmo analisando somente pacientes com doença mais grave, e impacto de 1% na conduta clínica.

MARIA DE LOURDES MARMORATO BOTTA HAFNER; ANA CRISTINA RIZZO ALONSO; PAULO ANDRADE BACETI; STÊNIO MARQUES DE CAMARGO; CARLOS ALBERTO LAZARINI; CRISTIANO MACHADO GALHARDI  
Faculdade de Medicina de Marília

Introdução: As doenças respiratórias constituem importante causa de adoecimento e morte no mundo, estando entre as principais causas de internação no Brasil. Porém a maioria dos estudos de perfil epidemiológico descrevem situações das grandes cidades, faltando pesquisas em locais mais afastados das metrópoles. Estudos de perfil têm importância para planejamento de ações em saúde descrevendo a realidade da região. Objetivo: Analisar a morbimortalidade das doenças respiratórias no ano de 2005 nos principais hospitais da cidade de Marília SP, avaliando as causas mais comuns de internação em pacientes jovens e adultos. Métodos: As informações foram obtidas através de autorizações de internações hospitalares (AIH) do SUS – Ministério da Saúde (DATASUS) de acordo com o CID 10. Realizado a análise descritiva com gráficos e tabelas. Resultados: Verificou-se alta prevalência de internações por pneumonia nos hospitais que realizam atendimento pública e privado (60%). Houve alta incidência de internações por bronquite, enfisema e asma (26%). O óbito em decorrência de pneumopatias em geral foi bastante significativo (15% do total de internações desse grupo). Conclusão: As internações por bronquite, enfisema e asma foram registradas em um mesmo grupo, impedindo identificar qual das três patologias foi responsável pela internação e dificulta um plano de ação de cuidados específicos na rede básica. Considerando que as doenças apresentadas podem ser prevenidas e tratadas na atenção primária à saúde e que seu agravo pode ter sido a possível causa de internação, refletimos sobre uma melhor formulação das políticas de saúde na prevenção de agravos, diminuindo os riscos e custos de internação. A mortalidade por pneumopatias em Marília foi maior do que no estado de São Paulo (14% e 11,56%, respectivamente). Através dos dados obtidos não se pode especificar quais as doenças foram as causas de morte.

ROSALI TEIXEIRA DA ROCHA; NILSON MOURA GAMBEIRO; JOÃO PAULO DOS SANTOS GOUVEIA; RICARDO MILINAVICIUS; ELCIO BAKOWSKY; LUCYARA GOMES CATUNDA; JORGE NAKATANI; EDUARDO ALEXANDRINO SERVOLO DE MEDEIROS

Disciplina de Pneumologia Universidade Federal de São Paulo

**Introdução:** Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) permanece como causa maior de hospitalização e morte. No Brasil, são poucos estudos realizados para avaliar a etiologia. **Objetivos:** Estudar os agentes etiológicos causais de pneumonia adquirida na comunidade em pacientes adultos. **Métodos:** Estudo prospectivo, multicêntrico, nacional, em pacientes consecutivos ambulatoriais e internados com quadro clínico e radiológico de pneumonia. Os pacientes foram submetidos a questionário com história e exame físico; coleta de secreção pulmonar para bacterioscopia com método de Gram e cultura, sangue para hemoculturas e sorologias na fase aguda e convalescença para testes para *M. pneumoniae*, *Legionella* sp, *C. pneumoniae*, *Coxiella burnetti* e cinco tipos de vírus, urina para pesquisa de antígeno urinário para *S. pneumoniae* e *Legionella* sp. **Resultados:** O período de estudo foi 33 meses. Dos 104 pacientes avaliados, foram estudados 96 com PAC. A média de idade foi de 49 anos (18 a 85 anos), com predomínio de brancos e sexo masculino. A etiologia foi identificada em 68 pacientes (70%). A distribuição dos agentes causais foi: vírus 16 [17% (Influenza A(6), Influenza B (6), Parainfluenza(1), vírus sincicial respiratório (3)); bactéria típica 8 [9% (*S. pneumoniae*(5), *H. influenzae* (1), *M. catharralis* (1), *S. aureus* (1)); bactéria atípica 5 [5% (*M. pneumoniae* (2), *C. pneumoniae* (1), *C. burnetti* (1), *Legionella pneumophila* (1)]. Infecção mista ocorreu em 38 casos (39%), com predomínio de vírus(29) e bactéria atípicas(24) na associação. A etiologia não foi definida em 29 (30%) dos casos. **Conclusões:** Os agentes que causam PAC são semelhantes aos descritos em outros países. *S. pneumoniae* e vírus são mais, frequentemente, identificados de forma isolada ou em associação com bactérias atípicas. O estudo ajuda a orientar o tratamento empírico nos pacientes com PAC.

## PNEUMOPEDIATRIA

ANA LUCIA BERNARDO DE CARVALHO MORSCH; ANDREIA PAULA SALVADOR; FERNANDA DAL MASO  
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

**Introdução:** Os efeitos do posicionamento na função pulmonar já foram previamente avaliados e a posição prona tem sido documentada preferencialmente para neonatos com doenças respiratórias diversas. Resultados de estudos realizados com neonatos sem doença pulmonar ainda são conflitantes. **Objetivo:** Avaliar alterações da oxigenação, da frequência respiratória e cardíaca com a aplicação da posição prona em prematuros sem doença pulmonar prévia. **Métodos:** Foram estudados 16 prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Santa Terezinha da cidade de Erechim/RS, em ventilação espontânea, com média de idade gestacional de 31,25 semanas, peso ao nascer: 1723,33 e recrutados a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis da criança. Foram analisadas frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>), primeiramente na posição supina (P1), que era a posição em que o neonato se encontrava, após trinta minutos de posicionamento em prona (P2) e após 10 minutos do retorno a posição supina (P3). **Resultados:** Observou-se diferenças estatisticamente significantes entre a FC (p=0,03), a FR (p=0,01) e a SatO<sub>2</sub> (p=0,02) após o posicionamento em prona, [valores expressos em média e desvio padrão (FC/P1: 149±13,82; FC/P2: 133,67±15,66; FR/P1: 50,25±7,52; FR/P2: 40,58±6,08; SatO<sub>2</sub>/P1: 96±1,60; SatO<sub>2</sub>/P2: 97,75±1,42)] sendo que não houve diferença significativa quando comparadas P1 e P3 entre si. Neste estudo não foram observadas correlações entre FC, FR, SatO<sub>2</sub> e Apgar, peso ao nascer e idade gestacional, significando que os resultados obtidos foram independentes de qualquer fator influenciador. **Conclusão:** Observou-se que o posicionamento em prona de apenas trinta minutos promoveu uma alteração das variáveis fisiológicas sendo muito evidente na mudança de decúbito dorsal para prona, contribuindo para uma estabilidade do neonato apesar dessas alterações não terem causado um impacto para a prática clínica.

ANA LUCIA BERNARDO DE CARVALHO MORSCH; DÉBORA SCHMIDT; FERNANDA DAL MASO  
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

**Introdução:** A análise das pressões respiratórias máximas (PR<sub>máx</sub>) é um método simples para avaliação da força muscular respiratória e o pico de fluxo expiratório (PFE) é utilizado para avaliar obstrução de vias aéreas, porém, ambos os métodos dependem da colaboração do indivíduo examinado. **Objetivos:** Analisar a correlação entre os valores de PR<sub>máx</sub> e PFE em crianças saudáveis com idade entre 8 e 10 anos. **Método:** Foi realizada a avaliação de 85 crianças saudáveis (46 meninas e 39 meninos), com idade entre 8 e 10 anos, residentes no município de Aratiba/RS. Após o consentimento dos responsáveis, avaliou-se as PR<sub>máx</sub> utilizando um manovacuômetro digital modelo MVD 30, marca Globalmed; e o PFE utilizando um medidor de pico de fluxo portátil, Peak Flow Meter, Mini Wright AFS™. Para a realização das avaliações, as crianças foram posicionadas sentadas, estando o tronco num ângulo de 90° com os membros inferiores. Foram realizadas 5 manobras para obtenção das PR<sub>máx</sub> e 3 para o PFE. **Resultados:** Houve uma correlação regular entre o PFE e a pressão expiratória máxima (PE<sub>máx</sub>) tanto no grupo de meninas, quanto no de meninos. Já a pressão inspiratória máxima (PI<sub>máx</sub>), apresentou correlação regular somente no grupo das meninas. Na literatura não foram encontrados estudos que correlacionassem os valores de pressões respiratórias máximas com os valores de PFE. O PFE é uma medida volume esforço dependente, fator que pode explicar a correlação encontrada especialmente entre o PFE e os valores de PE<sub>máx</sub>. Sendo os músculos expiratórios os responsáveis pelo esforço exigido na mensuração do PFE, consequentemente, quanto maior o nível de força muscular destes, maior o pico expiratório a ser gerado. **Conclusão:** Conclui-se que o pico de fluxo expiratório correlaciona-se com a pressão expiratória máxima em crianças de ambos os sexos, e que o mesmo pode ser utilizado também na avaliação da função pulmonar, por ser um método simples, não invasivo e de baixo custo.

**A PERCEÇÃO DO SEGMENTO UNIVERSITÁRIO FRENTE AO TABAGISMO**

SABRINA TRINDADE FERNANDES; ROOSEVELT SILVA FERNANDES; ALEX ROCHA BERNARDES SILVA; CLARISSA MASSARIOL OLIVEIRA; VALDIR JOSÉ SOUZA UNIVIX

Introdução: A Organização Mundial da Saúde considera o tabagismo o maior agente isolado e evitável de morbidade e mortalidade no mundo, sendo importante para saúde pública em todos segmentos sociais, em destaque o segmento universitário. Objetivo: Avaliar a percepção dos estudantes universitários frente ao tabagismo. Este trabalho não visou inferências médicas, mas analisar o perfil do segmento. Metodologia: Aplicou-se questionário estruturado pelo Núcleo de Estudos em Percepção Ambiental- NEPA/UNIVIX, em 1728 universitários(33 cursos) de 11 instituições de ensino superior (UFES, EMESCAM, UNIVIX, FAFIA, FESV, CUSC – ES; UFRGS – RS; ESCS, UnB – DF; UFJF – MG; SENAI SP). Supervisionados pelo NEPA, os entrevistadores neste inquérito dividiram a amostra entre ingressantes e concluintes. Os dados foram tabulados (SPSS) e analisados pelo NEPA (erro de 2,36 pp e intervalo de confiança de 95%). Resultado: Dos 1728 estudantes, 79,7% tinham entre 18 e 25 anos. 84,5% relataram ser não fumantes, 8,6% fumantes e 6,2% ex fumantes. Dos fumantes e ex fumantes, 72,9% iniciaram o hábito entre 14 e 19 anos, 50,39% tiveram motivação na influência de amigos e curiosidade, e 67,58% já sentiram repercussão negativa em sua saúde. Dos 1728 estudantes, 87,6% acreditam que o fumo tem efeito moderado a forte nos fumantes passivos, e 86,7% afirmam que o fumo deveria ser mais bem trabalhado nas instituições de ensino. Conclusão: Este trabalho possibilitou um melhor conhecimento do perfil do segmento universitário frente ao tabagismo. Como a pesquisa mostra a faixa etária de início do fumo entre 14 e 19 anos, o NEPA está estruturando pesquisa específica visando identificar a gênese do tabagismo (ensino fundamental e médio), dado ser relevante o aspecto preventivo no período de maior vulnerabilidade, já que comparativamente, é irrisório o número dos que adquirem dependência após idade adulta.

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADULTOS JOVENS FUMANTES**

HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; LÚCIA TERADA; VINÍCIUS CARLOS IAMONTI; ELZA VELLOSO; MÁRCIA LELLIS E SILVA; FERNANDO SÉRGIO STUDART LEITÃO FILHO; SÉRGIO RICARDO SANTOS; VALDECIR MARVULLE; JOSÉ ROBERTO JARDIM

PrevFumo (Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo) da Disciplina de Pneumologia da Unife

Introdução:A relação entre tabagismo, ansiedade e depressão tem sido demonstrada em diversos estudos, porém pouco se enfatiza nos adultos jovens, grupo muito suscetível à iniciação tabagística.A concomitância destes diagnósticos pode enriquecer o conhecimento atual sobre a provável precocidade dos malefícios associados ao tabagismo, independente da existência ou não de relação causa efeito.Objetivos:Investigar a ocorrência de ansiedade e depressão em indivíduos adultos jovens fumantes, bem como relacionar os achados do estudo com dados epidemiológicos e outras variáveis relacionadas ao tabagismo.Métodos: Inquérito epidemiológico de 742 indivíduos adultos jovens universitários constituído de identificação, estado e histórico tabagísticos, Questionário de Fagerström e o questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).Resultados:Mulheres 55,9%; idade: 21+2,1 anos (18 a 25); estado tabagístico: 550 (74,1%) nunca fumantes, 62 (8,4%) ex fumantes e 130 (17,5%) fumantes atuais.Dependência nicotínica foi baixa (média 2,6+2,4),semelhante entre sexos. Consumo diário de 10,2+7,5 cigarros/dia. Prevalência de ansiedade maior entre mulheres (44,1% versus 37,3%, p=0,03), diagnosticada em 53,1% dos fumantes, 45,2% dos ex fumantes e 37,8% dos nunca fumantes (p=0,048); não houve correlação entre ansiedade e dependência nicotínica (p=0,174). Depressão foi similar entre homens (10,1%) e mulheres (8,7%), p=0,256; baixa correlação com consumo diário histórico (p=0,018, r=0,207), consumo diário atual (p=0,039, r=0,181) e dependência nicotínica (p=0,047, r=0,175); correlação moderada entre depressão e ansiedade(p<0,001,r=0,523). Conclusões:O diagnóstico de ansiedade é mais prevalente entre adultos jovens fumantes que entre não fumantes. A depressão mostrou se associada ao diagnóstico de ansiedade, maior dependência nicotínica e maior consumo de cigarros.

**ABSTINÊNCIA AO TABACO PRÉESPIROMETRIA: MITO OU VERDADE?**

HELEN COUTINHO; MARIA VERA CATELLANO; CARLOS PEREIRA; MÁRCIO SANTOS; LAWRENCE MOULIN; RUDOLF OLIVEIRA; LUCIANA ANDRETA; JONATHAN FERNANDEZ

Hospital do servidor Público Estadual de São Paulo

Introdução: Os pacientes encaminhados para espirometria no nosso serviço recebem orientação para que não fumem no dia do exame. Na literatura existem trabalhos mostrando que o consumo de cigarros pode causar aumento da resistência das vias aéreas, da reatividade brônquica e alteração da difusão de monóxido de carbono. É descrita a obstrução de grandes e pequenas vias aéreas como resposta aguda ao tabagismo. Objetivos: Verificar se os pacientes não fumaram antes da realização da prova de função pulmonar. Métodos: Entre os meses de maio e julho de 2009 os pacientes que realizaram espirometria e referiam ser tabagistas responderam a um questionário sobre sua história tabágica (idade de início do tabagismo, consumo e teste de Fagerstrom). Também foi realizada a medida do monóxido de carbono no ar expirado (COex) por técnica padronizada utilizando se o monoxímetro Micro Medical. Resultados: Foram avaliados 28 pacientes, sendo 12 mulheres (43%) e 16 homens (57%). A média de idade foi 61±10 anos, variando de 37 a 81 anos. A mediana do número de maços/ano foi de 19,5; variando entre 11 e 55. A mediana para o escore de Fagerstrom foi de 6,00; variando entre 1 e 6. A mediana da concentração de COex foi de 13,6%; variando entre 0,80 e 54,4%, e a mediana para o COex foi 11,5 ppm; variando entre 2,00 e 34,00. 26 dos 28 pacientes analisados (95%) demonstraram níveis de COex>6ppm. Não houve correlação significativa entre o escore de Fagerstrom e o nível de COex em ppm (r=0,028, p=0,89), nem entre o número de maços/ano e o COex (r=0,17, p=0,38). O COex não diferiu entre os sexos (masculino=13,0±7,3 vs feminino=11,5±4,4, t=0,63, p=0,54). Conclusão: A maioria dos fumantes, embora instruído para a abstenção do fumo antes dos testes de função pulmonar, tem altos níveis de COex na ocasião do teste, mostrando não adesão às recomendações dadas pelo laboratório.

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR EM USUÁRIOS DE CIGARRO INDUSTRIAL E PALHEIRO**

FERNANDA DAL MASO; INDIARA BIAZUSSI; DANIELE MORETTO; MIRIAM WILK WISNIEWSKI; ANA LUCIA B, C, MORSCH

URI Campus de Erechim

O tabagismo é considerado hoje um dos maiores problemas de saúde pública, sendo a principal causa de morte evitável no mundo. Este estudo foi de caráter quantitativo exploratório descritivo, contou com amostra de 120 indivíduos do sexo masculino com idade entre 45 65 anos, residentes na região Alto Uruguai do Rio Grande do Sul, divididos em três grupos amostrais: Grupo I tabagistas usuários de palheiro, Grupo II tabagistas usuários de cigarro industrial e Grupo III indivíduos não tabagistas. Os participantes foram submetidos a um questionário de sintomas respiratórios, ao Teste de Fagerström e a Espirometria. Os objetivos foram verificar a incidência de obstrução de vias aéreas periféricas; correlacionar idade de início do hábito tabágico, cigarros/dia e anos/maço com o VEF1 e FEF25 75% em tabagistas; verificar a prevalência de tosse e dispnéia e, ainda, o grau de dependência física à nicotina dos tabagistas. Os indivíduos usuários de palheiro apresentaram maior obstrução de vias aéreas periféricas (p<0,05) quando comparados aos usuários de cigarro industrial. Observou se uma forte Correlação Linear com VEF1 (R=0,89) e moderada Correlação com o FEF25 75% (R=0,70), nos usuários de cigarro industrial e uma baixa Correlação Linear tanto para VEF1 (R=0,49) quanto para o FEF25 75% (R=0,28), nos usuários de palheiro. Em relação aos sintomas respiratórios, 57,5% dos tabagistas apresentaram tosse e 65% dispnéia e o grupo controle apresentou 10% tosse e 20% dispnéia. Verificou se que os usuários de cigarro industrial apresentaram maior grau de dependência física à nicotina quando comparados aos usuários de palheiro. Concluiu se que fumar palheiro é também prejudicial a saúde. Além disso, o ato de fumar palheiro ou cigarro industrial causa nos indivíduos um aumento significativo dos sintomas respiratórios, como tosse e dispnéia.



## CONCORDÂNCIA DE FUMANTES QUE PENSAM EM PARAR DE FUMAR COM MEDIDAS ANTIFUMO

ERIKA TREPTOW; SÉRGIO RICARDO SANTOS; JULIANA BENEDITA MOYSÉS; SÍLVIA HELENA ALMEIDA PINTO; ANA FÁTIMA SALLES; VALDECIR MARVULLE; JOSÉ ROBERTO JARDIM; VINÍCIUS CARLOS IAMONTI; HENRIQUE FERREIRA BRITO

PrevFumo (Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo) da Disciplina de Pneumologia da Unife

**Introdução:** Políticas antifumo têm sido desenvolvidas para reduzir o impacto danoso do tabagismo na sociedade. Entre elas estão aumento de impostos, restrição do tabagismo em locais públicos, proibição à publicidade e acesso ao tratamento. Todavia, o impacto produzido por estas medidas pode apresentar resposta variável, a depender de diferenças socioeconômicas, culturais e demográficas.

**Objetivo:** Avaliar aprovação de estratégias antifumo por fumantes em tratamento de cessação do tabagismo. **Método:** Inquérito para avaliação de 8 estratégias antifumo em 970 fumantes em tratamento do tabagismo. **Avaliada dependência nicotínica** através do questionário de Fagerström. **Resultados:** aprovação por 65% dos entrevistados, embora heterogênea. Homens aprovaram mais a presença de figuras de advertência nos maços de cigarro que mulheres ( $p=0,002$ ). Jovens mostraram menor aprovação que idosos em diversas estratégias. Indivíduos com baixo nível de escolaridade mostraram maior aprovação na proibição venda de produtos tabagísticos que demais ( $p=0,001$ ). Economicamente menos favorecidos tiveram maior aprovação de leis para proteção de não fumantes e proibição de venda do tabaco em locais educacionais. Fumantes de menos de 20 cigarros/dia mostraram maior aprovação no aumento do preço de cigarros que consumidores de 20 40 cigarros/dia ( $p=0,015$ ). Fumantes com Fagerström <5 apresentaram maior aprovação das imagens de advertência ( $p=0,005$ ) e aumento do preço ( $p<0,001$ ) que os mais dependentes. **Conclusão:** Fumantes motivados para parar de fumar, mas com dificuldade para tal, concordam com medidas antifumo, com pequenas alterações pontuais conforme sexo, faixa etária, escolaridade, nível socioeconômico, consumo e dependência nicotínica.

## LIGA DE PNEUMOLOGIA DE BOTUCATU (LPB) NO COMBATE AO TABAGISMO: PREVENÇÃO E FORMAÇÃO

CRISTIANO CLAUDINO OLIVEIRA; MARINA GONÇALVES ELIAS SAMPAIO; IRMA GODOY

Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP)

**Introdução:** A Liga de Pneumologia de Botucatu (LPB), fundada em 2005 por estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP), é estruturada em frentes de ensino, pesquisa e extensão, visando trabalhar temáticas de saúde com a população e contribuir para a formação generalista de futuros médicos. O tabagismo, principal causa de morte evitável no mundo, tem importante destaque nas atividades desenvolvidas pela Liga. **Objetivos:** Explicitar as atividades da LPB na prevenção ao tabagismo e demonstrar suas contribuições para a comunidade e seus integrantes. **Métodos:** A Liga mantém um cronograma de aulas sobre abordagem ao tabagista aos seus componentes e em eventos voltados a comunidade acadêmica. Os ligantes praticam os conceitos teóricos em atividades de educação em saúde desenvolvidas em diferentes cenários de Botucatu/SP. A LPB participa de Feiras de Saúde, realizada pelos alunos da FMB/UNESP e prefeitura em praça da cidade, e de campanhas de conscientização promovidas pelo Serviço de Pneumologia nas dependências do Hospital das Clínicas da instituição. Em 2009, a Liga ampliou suas ações de combate ao tabagismo, chegando às escolas do município, enfocando a população jovem. Os instrumentos utilizados são exposições interativas, material impresso, teste de espirometria e questionário de Fagerström. **Resultados:** As atividades de extensão demonstram que a carência de informações da população sobre como parar de fumar e denunciam uma grande demanda aos serviços de saúde. Os ligantes, por essas ações, sedimentam conceitos teóricos, e suas experiências são transformadas em relatos apresentados em congressos apropriados, contribuindo para o ingresso dos ligantes ao universo científico. **Conclusão:** A LPB promove atividades de combate ao tabagismo com a integração de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo, ao longo dos anos, para a formação preventiva de futuros médicos.

## CONHECIMENTO APROVAÇÃO E APOIO À LEI ANTIFUMO ENTRE MORADORES DA CAPITAL PAULISTA

SÉRGIO RICARDO SANTOS; ELIANE FOLLADOR; JULIANA BENEDITA MOYSÉS; LUÍZA APARECIDA PINHEIRO; MARGARETH CABRA; ROSÂNGELA VICENTE; VALDECIR MARVULLE; ERIKA CRISTINE TREPTOW; JOSÉ ROBERTO JARDIM

PrevFumo (Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo) da Disciplina de Pneumologia da Unife

**Introdução:** São Paulo é o primeiro estado da federação a proibir o tabagismo em ambientes fechados de uso coletivo, através da lei estadual nº 13.541 de 07 de Agosto de 2009 (“lei antifumo”), levando preocupação sobre o conhecimento da população e disposição em fazê-la cumprir. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento, aprovação e apoio à referida lei. **Método:** Entrevistados 1007 moradores da capital paulista, entre 13 e 31 de Julho de 2009. Levantados sexo, idade e estado tabagístico e questionados: 1. “Você sabe que a partir de 7 de Agosto será proibido fumar em ambientes fechados de uso coletivo, no estado de São Paulo?”; 2. “Qual sua opinião sobre a nova lei?” e 3. “Você estaria disposto a ajudar a fiscalizar o cumprimento da nova lei, denunciando os infratores?” **Resultados:** Média de idade 38,8+12,4 anos (2,9% 0 19, 53,3% 20 39, 34,5% 40 59 e 9,3% com 60 ou mais), sendo que 44,2% nunca fumaram, 19,1% ex fumantes e 36,7% fumantes. Conheciam a lei 50,8% (56,4% mulheres, 48,8% homens,  $p=0,032$ ); comparando os estados tabagísticos: 67,6% dos nunca fumantes conheciam a lei, contra 40,1% de ex fumantes e 36,2% de fumantes ( $p<0,001$ ). Opinião sobre a lei: 79,6% consideraram “boa”, 0,7% “ruim e 19,7% “indiferente”. O conceito “boa” foi maior entre mulheres (88,4% versus 76,4%,  $p<0,001$ ), nos maiores de 60 anos (94,7% versus 78,1% nos demais,  $p<0,001$ ) e entre nunca fumantes e ex fumantes (92,9% versus 56,8% entre os fumantes,  $p<0,001$ ). Cumprimento da lei: 94,4% dispostos a fiscalizar, sendo menor entre os mais jovens (82,8% de 0 19 anos versus 94,8% entre os demais,  $p=0,017$ ) e entre os fumantes (87,0% versus 98,7% entre os demais,  $p<0,001$ ). **Conclusão:** O conhecimento da lei ainda é pequeno na capital, mas há elevada aprovação e disposição em auxiliar na fiscalização em todos os grupos. Os fumantes foram os mais resistentes à aprovação da lei. Os mais jovens e os fumantes foram mais resistentes à fiscalização.

## PERFIL DO TABAGISMO ENTRE ALUNOS DO PRIMEIRO E ÚLTIMO ANO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

HALINE SUHELEN DE ALMEIDA RISSO BORGES; CAMILA BETTONI MOLINA; ANA CARLA SOUSA ARAUJO

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

**Introdução:** O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo. O médico serve como modelo de conduta frente à população e é alvo prioritário da luta antitabágica preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). **Objetivo:** Conhecer o perfil do tabagismo entre os alunos do primeiro e último ano do curso de medicina da UNAERP. **Métodos:** Responderam a um questionário autoaplicável, contendo perguntas sobre o consumo e perfil do tabagismo, 176 acadêmicos matriculados no segundo semestre de 2008 no primeiro ano (92 alunos) e sexto ano do curso (84 alunos). **Resultados:** Os alunos do primeiro e sexto ano de medicina foram classificados segundo a OMS, respectivamente, como fumantes ativos 8,7% e 11% ( $p>0,05$ ) e como ex fumantes 8,6% e 11% ( $p>0,05$ ). Não houve associação do tabagismo com o sexo, raça e estado civil. A média de experimentação do primeiro cigarro foi 15,2±1,9 e 15,6±2,6 anos no primeiro e último ano do curso, respectivamente ( $p>0,05$ ). A idade média que começou a fumar regularmente foi 17,1±1,6 e 18,9±3,2 anos ( $p=0,05$ ). Não houve diferença no número de cigarros consumidos ao dia (14,4±10 cigarros no primeiro ano do curso e 11,5±8 no último ano). A força de vontade foi relacionada à cessação do tabagismo em 61% dos casos nos dois grupos e o fornecimento de informações sobre os malefícios do tabagismo durante o curso foi relatada por 100% dos alunos do último ano e por 80% dos que cursavam o primeiro ano ( $p>0,05$ ). **Conclusão:** O perfil de tabagismo foi semelhante nos dois grupos. Apesar da grande quantidade de informação sobre os malefícios do cigarro recebida durante o curso médico, o tabagismo entre alunos do sexto ano continua habitual. Desta maneira, novas medidas mais efetivas no combate ao tabagistas são necessárias.

## PERFIL TABÁGICO DE PAIS USUÁRIOS DE TABACO EM AMBIENTE DOMICILIAR

FERNANDA DAL MASO; ANA LUCIA B, C, MORSCH;  
CAROLINE DALLAZEN LAVRATTI  
URI Campus de Erechim

O tabagismo além de causar enormes danos aos fumantes ativos, pode causar muitos malefícios as crianças fumantes passivas. A fumaça proveniente do cigarro é um tipo de poluição doméstica muito comum em residências de indivíduos tabagistas, podendo esta variar em sua concentração de acordo com o número de cigarros fumados dentro das residências. A OMS estima que cerca de 700 milhões de crianças respiram ar poluído pela fumaça do tabaco, especialmente em suas residências. O presente estudo teve como objetivos conhecer o perfil tabágico de pais, usuários de tabaco, em ambiente domiciliar e verificar o grau de conhecimento destes em relação aos malefícios do tabagismo passivo. Esta pesquisa caracterizou-se por um estudo descritivo qualitativo, onde os pais após aceitarem participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram submetidos a aplicação de um questionário para avaliar o perfil tabágico e o conhecimento destes em relação aos malefícios do fumo passivo. Avaliou-se 72 pais ou responsáveis tabagistas com média de idade 40 anos, onde 76% da amostra era do sexo feminino. Em relação ao perfil tabágico, observou-se que os pais tabagistas apresentaram uma média de 19 anos/maço onde 67% destes fumam mais de uma carteira de cigarro por dia, 76% fumam no domicílio e no trabalho, 83% já tentaram para de fumar e não conseguiram e 86% referem querer cessar o hábito tabágico. Observou-se que 50% dos pais ou responsáveis entrevistados conhecem, somente, os malefícios causados pelo cigarro à indivíduos fumantes ativos. Em relação ao grau de conhecimento destes em relação ao tabagismo passivo, 99% relataram saber que fumar na presença de crianças é prejudicial, porém não sabem relatar quais são os prejuízos e 97% desconhecem o real significado dos termos tabagismo passivo e criança fumante passiva. Concluiu-se que é de extrema necessidade se ter uma maior divulgação na mídia do real significado dos termos fumo passivo e criança fumante passiva a população, pois a grande maioria desconhece. Além disso, é de fundamental importância que os pais ou responsáveis tabagistas recebam mais orientações e esclarecimentos do quanto é prejudicial fumar na presença das crianças.

## PREVALÊNCIA DE TABAGISMO ENTRE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO E PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE A BBO

GUSTAVO FAIBISCHEW PRADO; MILTON ROBERTO FURST CRENITTE; CAROLINE MARIS TAKATU NEVES OLIVEIRA; FELIPE RIBEIRO FERREIRA; MARCELO CARVAS; DAVID PARES; LUCAS DAVID FUJIKI; DANIEL OLIVA; UBIRATAN DE PAULA SANTOS

Disciplina de Pneumologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

**INTRODUÇÃO:** O tabagismo, maior causa evitável de mortes no mundo, é responsável por 200.000 mortes/ano no Brasil, onde a prevalência média é de ¼ da população e no estado de São Paulo, um quinto. As internações hospitalares são momentos oportunos para se avaliar o tabagismo e, eventualmente, iniciar o tratamento específico. No contexto de ambientes livres do tabaco, a abordagem do fumante ganha também um interesse institucional, e, nesse aspecto, os profissionais de saúde precisam estar preparados para o reconhecimento, mensuração e abordagem do problema. **OBJETIVOS:** Avaliar a prevalência do tabagismo entre pacientes internados no complexo HC FMUSP e a percepção dos pacientes de terem sido indagados sobre se fumavam e, aos fumantes, se queriam deixar de fumar e se tinham sintomas de abstinência de nicotina. **MÉTODOS:** Avaliação transversal dos pacientes internados em cinco unidades do HC FMUSP (InCor, ICHC, IOT, Ipq e ICESP) através de questionário específico de perfil tabágico (status e carga tabágica), intenção de cessação, a percepção da abordagem do tabagismo pelos profissionais de saúde. Nos pacientes que referiram ter fumado nos trinta dias que antecederam a internação, foi avaliada a concentração de monóxido de carbono no ar exalado (COex). **RESULTADOS:** Foram entrevistados 591 pacientes (52,5±18,1 anos, 53,3% do sexo feminino). 11,5% referiram ter fumado até 30 dias da internação, desses, 22% informavam ainda estar fumando no hospital. 67% dos pacientes entrevistados recordavam-se de terem sido indagados se fumavam. 79,4% dos fumantes internados manifestaram desejo de deixar de fumar; desses, 35,3% receberam orientações ou tratamento para cessação do tabagismo. **CONCLUSÕES:** Uma porcentagem expressiva (33%) dos indivíduos avaliados não se lembrava de ter sido questionada sobre o hábito tabágico; além disso, apesar de 79,4% dos fumantes expressarem o desejo em parar de fumar, apenas 35,3% deles foram estimulados a cessar o tabagismo. As equipes assistenciais que atendem os pacientes hospitalizados devem aproveitar a internação de um fumante não apenas como a necessidade de medidas restritivas para adequação às regulamentações de ambientes livres de tabaco, mas também para abordar de maneira mais ativa a questão individual do tabagismo, informando, aconselhando, tratando e acompanhando esses doentes.

## PREVALÊNCIA DE TABAGISMO ENTRE DIVERSAS ENFERMARIAS DE HOSPITAL TERCIÁRIO

UBIRATAN DE PAULA SANTOS; THIAGO OBERSTERN CALIL; EDUARDO BUZACHERO BEVILACQUA; RODRIGO CAMPLONA POLIZIO; ISRAEL MONTEFUSCO FLORINDO; CAIO TAKANO KUNITAKE; LEANDRO PAULINO DA COSTA; VITOR RODRIGUES DOMINGUES; GUSTAVO FAIBISCHEW PRADO

Disciplina de Pneumologia da Faculdade de Medicina da USP

**Introdução:** O tabagismo, maior causa evitável de mortes no mundo, é responsável por 200.000 mortes/ano no Brasil. Cerca de 1/3 da população adulta do mundo é fumante. No Brasil, a prevalência média é de ¼ da população e no estado de São Paulo, um quinto. As internações hospitalares são momentos oportunos para se avaliar o tabagismo e, eventualmente, iniciar o tratamento específico. No contexto de ambientes livres do tabaco, a abordagem do fumante ganha também um interesse institucional, além da adequação à legislação vigente. **Objetivo:** Avaliar a prevalência do tabagismo na população de pacientes internados no complexo HC FMUSP, e comparar com a prevalência de um estudo similar realizado em 2000. **Métodos:** Avaliação transversal dos pacientes internados em cinco unidades do HCFMUSP (InCor, ICHC, IOT, Ipq e ICESP) através de questionário específico de perfil tabágico (status e carga tabágica), intenção de cessação, sintomas de abstinência. Nos pacientes que referiram ter fumado nos trinta dias que antecederam a internação, foi avaliada a concentração de monóxido de carbono no ar exalado (COex). **Resultados:** Foram entrevistados 591 pacientes (52,5±18,1 anos, 53,3% do sexo feminino). 68 pacientes (11,5%) referiram ter fumado até 30 dias da internação; 15 pacientes (2,5%) informavam ainda estar fumando no hospital. O antecedente de tabagismo foi observado em 60,8% das internações por doenças tabaco relacionadas, passando a 80% quando considerado também o antecedente de exposição à poluição tabágica ambiental (PTA) em casa ou no trabalho. A prevalência de tabagismo entre os pacientes internados variou entre 5,88% no Instituto do Coração a 36,84% no Instituto de Psiquiatria. Comparação com um estudo similar realizado em 2000 com 428 pacientes permitiu a verificação de uma diminuição na porcentagem de fumantes internados, de 22% em 2000 para 11,5% em 2009, sendo a prevalência de fumantes 48% menor. **Conclusões:** Ainda que menor que na população em geral e do estudo de 2000, a prevalência do tabagismo entre pacientes internados mostrou-se um problema considerável, sendo mais de um quarto das internações (26,4%) atribuídas diretamente a doenças tabaco relacionadas. O entendimento da magnitude do problema pode fundamentar o planejamento de ações para o controle do tabagismo entre pacientes internados e o seguimento daqueles cujo tratamento foi iniciado ao longo da internação.

## PREVALÊNCIA DO TABAGISMO E GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA ENTRE ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE MEDICINA E DIREITO DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO

CAMILA MOLINA; HALINE SUHELEN DE ALMEIDA RISSO BORGES; ANA CARLA SOUSA ARAUJO  
Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

**Introdução:** O tabagismo é considerado uma pandemia silenciosa com tendência mundial ao aumento de sua prevalência entre adolescentes e adultos jovens, principalmente, entre universitários. **Objetivo:** Verificar a prevalência do tabagismo e grau de dependência à nicotina entre acadêmicos do último ano dos cursos de medicina e direito. **Métodos:** Responderam a um questionário com perguntas da escala de Fagerström para avaliação da dependência à nicotina, 84 acadêmicos do último ano dos cursos de medicina (80% do total) e 94 do curso de direito (85% do total). Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde, os estudantes foram classificados em fumantes ativos (diários ou ocasionais), ex fumantes e não fumantes. **Resultados:** A prevalência do tabagismo ativo nos cursos de medicina e direito foi de 13,1% e 20,2%, respectivamente ( $p > 0,05$ ), e de ex tabagismo de 10,7 e 1,3% ( $p < 0,05$ ). Não houve diferença ( $p > 0,05$ ) na prevalência do tabagismo em relação ao sexo, idade, raça e estado civil. O grau de dependência à nicotina entre os acadêmicos de medicina e direito foi muito elevado em 18,1% e 5,3%, respectivamente, elevado em 9,1 e 26,3%, médio em 0 e 5,3%, baixo em 27,3 e 21,1% e muito baixo em 45,5 e 42,2% ( $p > 0,05$ ). **Conclusão:** A prevalência do tabagismo atual nestas populações é semelhante a da população brasileira. Da mesma maneira o grau de dependência à nicotina é semelhante nos dois cursos. No entanto, há um maior número de ex tabagistas no curso de medicina em relação aos estudantes de direito. Tal fato pode indicar que há maior conscientização dos malefícios do tabagismo levando a cessação do tabagismo.

**120**

**ASPIRAÇÃO CONTÍNUA DE DRENO DE TORAX COMO TERAPIA PARA FISTULA PLEURAL – RELATO DE CASO,**

ROMERO FENILI; THABATA GLENDA FENILI AMORIM  
Universidade Regional de Blumenau

Paciente gestante de 26 anos, sem antecedentes patológicos de interesse, da entrada no Hospital Santo Antonio de Blumenau – SC, por quadro de pneumonia. Paciente com 36 semanas de gestação pelo que foi decidido realizar cesariana com retirada do bebê. No primeiro dia pós parto, a paciente apresenta piora do quadro pese tratamento clínico instalado, sendo internada na Unidade de Terapia Intensiva. A paciente durante este período necessitou alta FiO<sub>2</sub>, chegando a 100% e utilizando PEEP de 20. No segundo dia de internação na UTI a paciente apresentou pneumotórax bilateral, sendo então realizada drenagem torácica bilateral. Durante os próximos dois dias a paciente apresentou se instável, com grande enfisema sub cutâneo e grande fuga aérea, sendo extremamente difícil a ventilação da paciente. Diante deste quadro, passou se a utilizar aspiração no sistema de drenagem, com 25 cc H<sub>2</sub>O de pressão de aspiração. A paciente melhorou, passando a usar FiO<sub>2</sub> de 60% e PEEP de 10 e podendo se realizar a ventilação adequadamente. Diante deste quadro, no quarto dia de internação, e devido a uma diminuição da fuga aérea, foi realizada a retirada da aspiração. A paciente imediatamente passou a apresentar piora do quadro, tendo aumento do enfisema e grande dificuldade de ventilação. Diante do quadro foi reinstalada a aspiração contínua na paciente, agora em ambos os drenos, e a paciente apresentou melhora do quadro clínico, voltando a reduzir a necessidade de FiO<sub>2</sub> e de PEEP. DISCUSSÃO – a intenção de apresentar este trabalho é para, diante de alguns estudos que indicam a retirada da aspiração contínua em todos os pacientes submetidos à drenagem torácica, demonstrar um caso no qual a paciente foi extremamente beneficiada pela aspiração contínua. Esta paciente demonstrou clara relação entre melhora clínica e a utilização da aspiração contínua dos drenos de tórax, demonstrando que a esta tem indicação clara quando da dificuldade de ventilar o paciente por grande fuga aérea.

**122**

**PREVALÊNCIA DO USO DE VENTILAÇÃO MECANICA EM RECÉM NASCIDO PREMATURO COM INFECCÃO POR KLEBSIELLA**

MARISA AFONSO ANDRADE BRUNHEROTTI  
Universidade de Franca; Santa Casa e Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento

Introdução: A literatura descreve surtos ocorridos por Klebsiella em hospitais, assim as sepse neonatal por agentes infecciosos ocorridos por bactérias Gram negativas esta relacionada a altos índices de morbidade e mortalidade e são de difícil tratamento e de terapêutica limitada. Objetivo: Avaliar a prevalência de ventilação mecânica em recém nascidos prematuros com hemocultura positiva para Klebsiella Métodos: Estudo retrospectivo, transversal e descritivo de 15 recém nascido prematuro, internados em Unidade Terapêutica Intensiva com diagnóstico confirmado pela hemocultura positiva de Klebsiella pneumoniae, no período de 9 meses. Os dados foram coletados através de prontuários individuais, as variáveis foram idade gestacional, peso, tipo de parto, procedência, período de permanência, hemocultura, suporte ventilatório e alta setorial. Os dados foram expostos em números absolutos, média, desvio padrão e porcentagem. Resultados: Acompanhado 15 recém nascidos prematuros, com idade gestacional média de 31,9±4,8 semanas, peso de nascimento 1.867±892g e com hemocultura positiva para Klebsiella pneumoniae. Foram de parto normal 6 (40%) recém nascidos e 9 (60%) de parto cesárea, a procedência foi, 3 (20%) do centro obstétrico, 2 (13,5%) Centro Cirúrgico, 2 (13,5%) berçário externo e 8 (53%) berçário interno e permaneceram 29,6±24,1 dias na UTI. Foi detectado para bactéria produtora de ESBL 5 (33,3%), estando 2 (40%) em ventilação mecânica. Assim, 6 (40%) recém nascidos utilizaram oxigênio suplementar, 7 (46,6%) ventilação mecânica e 2 (13,3%) ventilação não invasiva. Obtivemos 6 (40%) de óbito, estando 4 (66,6%) na ventilação mecânica. Conclusão: Encontramos índices preocupantes de mortalidade com prevalência dos recém nascidos em ventilação mecânica, a prevalência de Klebsiella ESBL e uso de ventilação mecânica predominou entre o grupo e os recém nascidos destacaram da procedência Berçário Interno.

**121**

**LESÃO INALATÓRIA EM QUEIMADURAS**

HELEN COUTINHO; CARLOS PEREIRA; MAURI RODRIGUES; MÁRCIO SANTOS; RUDOLF OLIVEIRA  
Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Relato de Caso: HDA: Paciente masculino, 62anos, natural de São Paulo apresenta queimadura em ambiente fechado com uso de álcool por tentativa de suicídio. Na entrada apresentava se com 21% de SCQ. Antecedentes: DPOC e esquizofrenia. Exame Físico: Paciente em REG, AAA, eupneico, consciente, orientado e com edema de face. AR: MV + em AHT, sem RA. SatO<sub>2</sub>= 96% em AA; expansibilidade torácica s/ alterações. ACV, ABD e MMII sem alterações. Presença de queimaduras de 2º grau em mãos, tórax anterior e face. Exames complementares: Hb=15,9; HTC=45,5%; leuco = 7.390; plaq= 220.000; uréia=18; creat=0,5; Na=143; k=3,4. GA: pH=7,19/ PaCO<sub>2</sub>=51 mmHg/ PaO<sub>2</sub>=89,1 mmHg/ HCO<sub>3</sub>=19,5 mmol/L/BE= 8,6 mmol/L/ SatO<sub>2</sub>= 96,2%. Evolução: Paciente evolui no 7º dia após queimadura com tosse com hemoptoicos, presença de estertores crepitantes bilaterais na ausculta respiratória, SatO<sub>2</sub>= 87 94% e elevação de PCR. Iniciado cefepima e vancomicina. No 11º dia o paciente apresentou taquipnéia, ronos difusos na ausculta e SatO<sub>2</sub>= 50 60%, sendo realizado IOT e VM. Hb=11,1; leuco=14.900; plaq= 577.000; Na= 149. Diagnósticos: Lesão inalatória; Dano Alveolar Difuso/SDRA; Sepses. Discussão: As complicações pulmonares e de vias aéreas nas queimaduras são responsáveis por morbi mortalidade significantes e estão presentes em 16 a 41% dos casos hospitalizados por queimaduras. A gravidade da lesão inalatória é causada por efeitos térmicos diretos ou químicos nas vias aéreas e toxicidade sistêmica com hipoxemia devido à inalação de CO e cianeto. Sinais clínicos de lesão inalatória geralmente aparecem nas primeiras 24 72 horas e dispnéia e estridor devem alertar para a lesão. A Radiografia de tórax pode ser normal na apresentação em 80% dos casos e GA sem alterações como no presente caso. A Sd. de Disfunção Reativa das Vias Aéreas pode ocorrer caracterizada pela presença de tosse, dispnéia, chiado e obstrução das VA na PFP. A SDR é a maior complicação da lesão térmica devido ao extenso extravasamento microvascular que ocorre nas grandes queimaduras e piora com a lesão inalatória.

**123**

**ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA: UM ESTUDO PILOTO,**

SABRINA RIBEIRO; RICARDO TERRA; LISETTE TEIXEIRA; RODRIGO BRANDAO; MILENA ACENCIO; HERLON MARTINS; PEDRO CARUSO  
Disciplina de Pneumologia HCFMUSP

Introdução: A avaliação por imagem de pacientes em ventilação mecânica é um desafio, devido às limitações técnicas da radiografia e das dificuldades do transporte para a realização de tomografia computadorizada. A ultrassonografia pulmonar tem como vantagens a realização no leito e a possibilidade de guiar procedimentos como toracocentese Objetivo: Descrever achados de ultrassonografia em pacientes em ventilação mecânica e comparar com a radiografia de tórax concomitante. Métodos: Trinta pacientes em ventilação mecânica tiveram quatro regiões de interesse (hemitórax esquerdo e direito, campo superior e inferior) avaliados com ultrassonografia de tórax (total 120 observações). Radiografias de tórax da mesma data foram obtidas e analisadas por um outro pesquisador, cego aos resultados do ultra som. Os resultados dos dois exames foram tabulados e comparados. Resultados: Foram avaliados 30 pacientes em ventilação, sendo os principais diagnósticos de base: insuficiência respiratória, AVCI e choque séptico. Houve coincidência dos achados em 82,5% das regiões analisadas. Os principais motivos de discordância foram: não detecção pelo US de infiltrados pulmonares em 8,3% das regiões e detecção pelo US de derrames pleurais não suspeitados na radiografia em 5,8%. Três campos (2,5% das regiões avaliadas) nas radiografias com suspeita de derrame pleural não tiveram confirmação ultrassonográfica. Conclusão: Concluímos que a ultrassonografia de tórax à beira leito apresenta boa concordância com a radiografia de tórax, podendo acrescentar dados, especialmente em relação à presença e extensão de derrames pleurais. Mais estudos devem ser realizados para definir o papel da ultrassonografia de tórax em pacientes sob ventilação mecânica.

124

## CITOCINAS INFLAMATÓRIAS NO LÍQUIDO PLEURAL PÓSTRANSPLANTE PULMONAR COMO MARCADOR DO DESENVOLVIMENTO DE REJEIÇÃO AGUDA,

RICARDO HENRIQUE DE OLIVEIRA BRAGA TEIXEIRA; MARLOVA LUZZI CARAMORI; JOSÉ EDUARDO AFONSO JUNIOR; MARCOS NAOYUKI SAMANO; RAFAEL MEDEIROS CARRARO; MILENA ACENCIO; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; PAULO MANOEL PEGO FERNANDES; FRANCISCO SUSO VARGAS  
Instituto do Coração HCFMUSP

**INTRODUÇÃO:** Transplante pulmonar é o procedimento de escolha para várias doenças pulmonares fase final. Apesar de todas as melhorias na imunossupressão, a rejeição aguda permanece comum, principalmente a partir da 2ª semana pós transplante. Existem vários estudos correlacionando as citocinas séricas e rejeição aguda e síndrome da bronquiólite obliterante. Entretanto, na há relatos da correlação das citocinas do líquido pleural e o desenvolvimento de rejeição aguda.

**MÉTODOS:** O estudo inclui vinte pacientes, idade 17 a 61, submetidos a transplante pulmonar uni ou bilateral, entre agosto de 2006 e Março de 2008. Uma amostra de 20 ml foi coletada do líquido pleural, após o transplante, em períodos de 6, 24, 48 horas, e 96 horas, para medida das citocinas inflamatórias. Os resultados das citocinas pleurais foram correlacionados com o resultado da biópsia transbrônquica da 2ª e 6ª semanas pós transplante.

### RESULTADOS

Interleucina 8: 6, 24, 48, 72 e 96 h: Rejeição 3 > 2, 1 e 0 \_\_ p< 0,05  
VEGF: 6 e 72h: Rejeição 0 < 1, 2 e 3 \_\_ p< 0,05

IL 6: 6 e 24h: Rejeição 3 > 0 e 1 \_\_ p< 0,05; 48h: Rejeição 3 > 0 \_\_ p< 0,05; 96h: Rejeição 0 < 1, 2 e 3 (p< 0,05)

**CONCLUSÕES:** Conseguimos demonstrar que valores elevados das citocinas inflamatórias, no líquido pleural, podem estar relacionados com o desenvolvimento de rejeição aguda, até a 6ª semana de transplante, sendo mais significativo considerando se a rejeição grave (A3).

126

## LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE PULMONAR NO ESTADO DE SÃO PAULO: CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES E PREDITORES DE MORTALIDADE

JOSÉ EDUARDO AFONSO JÚNIOR; FRANCISCO COSTA DA SILVA JÚNIOR; OLIVIA MEIRA DIAS; MARLOVA LUZZI CARAMORI; FÁBIO BISCEGLI JATENE; PAULO MANOEL PÊGO FERNANDES  
Instituto do Coração (InCor) Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

**Introdução:** Atualmente, a alocação de pulmões no Brasil baseia se sobretudo no tempo de espera em lista (Li) para transplante pulmonar (TxP). Apesar de já bem estabelecidos em outros países, não se sabe os fatores envolvidos com a alta mortalidade em lista de espera no Brasil. **Objetivos:** (1) Determinar o perfil dos pacientes em Li, e (2) Identificar preditores de mortalidade em lista (PMLi). **Casística e métodos:** Analisamos os prontuários de 164 pacientes inscritos na Li por nosso serviço, de 2001 até 2008. Os PMLi foram obtidos por uma análise de riscos proporcionais de Cox. **Resultados:** Os pacientes foram incluídos na Li com  $40,9 \pm 15,7$  anos, sobretudo por enfisema (24,5%). **Diagnóstico de enfisema ou bronquiectasias** (risco relativo [RR]=0,15; p=0,002), tempo de tromboplastina parcial ativada > 30 segundos (RR=3,28; p=0,002), albumina plasmática > 3,5 g/dl (RR=0,41; p=0,033) e saturação da hemoglobina > 85% (RR=0,44; p=0,031) foram identificados como PMLi. **Conclusões:** (1) Algumas variáveis podem predizer o risco de morte em Li para TxP; (2) Conhecer as características dos receptores de TxP é essencial para futuras medidas de aprimoramento dos critérios de alocação de TxP.

125

## ENDOPRÓTESES AUTOEXPANSÍVEIS NO TRATAMENTO DE ESTENOSE BRÔNQUICA APÓS TRANSPLANTE PULMONAR

MARCOS NAOYUKI SAMANO; HÉLIO MINAMOTO; MARLOVA LUZZI CARAMORI; PAULO MANUEL PÊGO FERNANDES; FABIO BISCEGLI JATENE  
Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da FMUSP

As complicações decorrentes das anastomoses brônquicas após transplantes pulmonares são um importante fator de morbidade. Embora tenha ocorrido melhora das técnicas cirúrgicas e de proteção do enxerto, 25% dos pacientes necessitarão algum tipo de intervenção broncoscópica. A complicação mais comum é a estenose brônquica e uso de endopróteses auto expansíveis (EPA) no seu tratamento vem se difundindo. No período de 2000 a 2008 foram realizados 94 transplantes pulmonares, sendo 57 bilaterais e 37 unilaterais (21 à esquerda). O total de anastomoses foi de 151 (78 à esquerda e 73 à direita). Doze pacientes desenvolveram complicações, dos quais em quatro, as complicações foram bilaterais. Assim, o total de anastomoses complicadas foi de 16 e o índice de complicações, de 10,6%. Sete pacientes apresentaram estenose (dois transplantes unilaterais e cinco bilaterais). Três pacientes tiveram a complicação bilateralmente. Apenas uma paciente teve resolução da estenose bilateral por meio de dilatação endoscópica com balão. Os demais pacientes necessitaram implantação de EPA, sendo utilizadas nove no total (três Polyflex e seis Ultraflex). Houve um óbito não relacionado (sepsis fúngica) e um paciente necessitou remoção da EPA por colonização bacteriana. Os demais encontram se bem e assintomáticos após o procedimento, com tempo de seguimento de seis meses a dois anos. O uso de EPA no tratamento de estenoses malignas é bem estabelecido na via aérea e trato digestivo. Seu uso nas condições benignas é controverso, sendo notificadas complicações em seu uso pelo FDA. Contudo, nas situações de complicação após transplante pulmonar, nas quais a reoperação é difícil, este tipo de terapêutica vem ganhando espaço. A incidência de complicações brônquicas em nosso meio é comparável ao da literatura mundial e os resultados obtidos demonstram a possibilidade do uso de EPA nestas situações.

127

## PERFIL DAS CITOCINAS INFLAMATÓRIAS NO LÍQUIDO PLEURAL APÓS TRANSPLANTE PULMONAR

RICARDO HENRIQUE DE OLIVEIRA BRAGA TEIXEIRA; MARLOVA LUZZI CARAMORI; JOSÉ EDUARDO AFONSO JUNIOR; MARCOS NAOYUKI SAMANO; RAFAEL MEDEIROS CARRARO; MILENA ACENCIO; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; PAULO MANOEL PEGO FERNANDES  
Instituto do Coração do HCFMUSP

Transplante pulmonar é o procedimento de escolha para várias doenças pulmonares fase final. Apesar das melhorias nas técnicas cirúrgicas e imunossupressão, complicações pós operatórias precoces permanecem comum, especialmente o edema de reperfusão e rejeição aguda. Existem poucos estudos avaliando a caracterização das citocinas inflamatórias após transplante pulmonar. **OBJETIVO:** Determinar o perfil das citocinas inflamatórias, no líquido pleural, após o transplante pulmonar. **MÉTODOS:** O estudo inclui vinte pacientes, idade 17 a 61, submetidos a transplante pulmonar uni ou bilateral, entre agosto de 2006 e Março de 2008. Uma amostra de 20 ml foi coletada do líquido pleural, após o transplante, em períodos de 6, 24, 48 horas, e assim consecutivamente, até um total de 10 dias ou até a retirada do dreno torácico, para medida das citocinas inflamatórias. Todas as amostras dos líquidos foram consideradas como exsudato pelo critério de Light.

**RESULTADOS:** IL 8: 6 h > 48h a 10d (p = 0,006)

IL 1b: 9d e 10d < 6h (p = 0,032)

VEGF: 6 h > 48 h e 10d (p = 0,026)

TGF b: 6 h > todos tempos, 24h e 48h > 5d a 10d, 9d e 10d < todos (p < 0,001)

IL 6: 6 h > todos os outros tempos, 6h a 96h > 5d a 10d (p < 0,001)

**CONCLUSÕES:** Existe um pico de citocinas inflamatórias nas primeiras 6 horas após o transplante. Isto pode ser explicado pela recente lesão cirúrgica e à falta de um esquema imunossupressor agressivo nesse período. Em nosso protocolo, começamos o inibidor de calcineurina (ciclosporina ou tacrolimus) 24 horas após o transplante. Percebemos uma diminuição progressiva do nível das citocinas, o que ocorre de forma mais acentuada a partir do 4º dia pós transplante. **IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:** A caracterização da inflamação pleural após transplante pulmonar é importante para a compreensão do fisiologia do procedimento e das complicações clínicas.

ALESSANDRO WASUM MARIANI; ISRAEL LOPES MEDEIROS; PAULO MANUEL PÊGO FERNANDES; FLÁVIO GUIMARÃES FERNANDES; FERNANDO DO VALLE UNTERPERTINGER; MARCOS NAOYUKI SAMANO; EDUARDO DE CAMPOS WEREBE; FÁBIO BISCEGLI JATENE  
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

**INTRODUÇÃO** Atualmente, apenas 15 a 20% dos pulmões disponibilizados para transplante são utilizados, por isso o tempo de espera e a mortalidade em lista são altos. Em 2006 um método de perfusão pulmonar foi criado para recondicionar pulmões rejeitados. **OBJETIVO** Demonstrar o recondicionamento e avaliação de pulmões para transplante com a técnica de perfusão pulmonar ex vivo. **MÉTODO** Pulmões não aceitos para transplante são captados de maneira habitual e submetidos a perfusão pulmonar ex vivo. O sistema ex vivo é formado por caixa de contenção, bomba centrífuga, trocador de calor, oxigenador de membrana e reservatório venoso. O experimento inicia-se pela perfusão através da artéria pulmonar com fluxo lento, que é progressivamente incrementado até atingir de 40% do débito cardíaco estimado, com aquecimento gradativo da peça. Quando a temperatura do perfusato atinge 32°C, a ventilação é iniciada. Nesse momento, é liberado um fluxo de gás (CO<sub>2</sub> 7% e N<sub>2</sub> 93%) no oxigenador de membrana que irá desoxigenar o perfusato proveniente das veias pulmonares. Após uma hora amostras do perfusato são colhidas das veias pulmonares para análise gasométrica. **RESULTADOS** Entre abril e julho de 2009, fizemos a perfusão ex vivo em oito casos, (3 homens e 5 mulheres), com idade média de 50 anos (variando de 22 a 74 anos). Em 6 casos o motivo da recusa foi a gasometria insatisfatória (PaO<sub>2</sub><300mmHg), e em 2 a presença de secreção purulenta. Após a perfusão pulmonar, observamos melhora significativa do índice de oxigenação (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>), que passou de uma média de 206,04 no doador para uma média de 498,0 após a avaliação ex vivo (p<0,001; teste t para amostras repetidas). **CONCLUSÃO** Estes casos representam nossa experiência inicial com perfusão pulmonar ex vivo, mostrando que é possível melhorar a capacidade de oxigenação de pulmões rejeitados para transplante.

## TUBERCULOSE

JUCINEIDE ARAÚJO; ROBERTO CARLOS CARBONELL; ANA LILIA SOUZA; ELBA LAMOUNIERE  
Hospital Geral de Roraima

**INTRODUÇÃO:** A principal medida de controle da tuberculose (TB) é a busca dos casos bacilíferos, e o material biológico investigado é o escarro dos sintomáticos respiratórios. **OBJETIVOS:** Analisar a positividade das baciloscopias e culturas de escarro realizadas no Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima (LACEN RR) no ano de 2008. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo, descritivo dos resultados de exame de escarro do livro de registro de resultados de baciloscopias e culturas do LACEN RR, provenientes de 5 hospitais de RR, 9 Unidades Básicas de Saúde do município de Boa Vista e 14 do interior do Estado no ano de 2008. **RESULTADOS:** No ano de 2008 o LACEN recebeu 7.619 amostras de escarro, das quais 6.857 (90.0%) foram para diagnóstico da tuberculose, 570 (7.5%) para o controle do tratamento e 192 (2.5%) para realização de culturas. Em 15 das amostras, não foi possível realizar o exame devido à contaminação, potes vazios ou material insuficiente. As UBS de Boa Vista enviaram a maior quantidade de amostras para realização de baciloscopias 4.240 (61.8%), seguida dos hospitais 1.513 (22.1%). O índice de positividade das baciloscopias dos hospitais foi de 3.7% superior às UBS 1.3%. A proporção de realização de segunda amostra em relação à primeira foi de 68.6%. Quanto à baciloscopias de controle do tratamento, totalizou-se 845, sendo 601 (71.1%) provenientes das UBS de Boa Vista e 44/845 (5.5%) foram positivas. Em relação às culturas, os hospitais enviaram maior quantidade de amostras 251 (44.0%), conseqüentemente, maiores índices de positividade 9.1%. **CONCLUSÃO:** O estudo mostrou que a pesar das estratégias realizadas pelos Programas de Controle da tuberculose para descentralizar as ações de vigilância, os hospitais do estado registram maior porcentual de positividade de baciloscopias e culturas, refletindo uma deficiência nas na assistência básica de saúde.

JUCINEIDE ARAUJO; ROBERTO CARLOS CARBONELL; ELBA LAMOUNIERE; ANA LILIA SOUZA  
Hospital Geral de Roraima

**INTRODUÇÃO:** A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública no mundo com aproximadamente 9 milhões de casos novos por ano, representando a 9.ª causa de hospitalização e o 7.º lugar em gastos com internações. **OBJETIVO:** Descrever as características epidemiológicas dos casos de TB notificados no Hospital Geral de Roraima (HGR) no ano de 2008. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo dos casos de TB no HGR, no período de janeiro a dezembro de 2008 através das Fichas de Notificação/SINAN. **RESULTADOS:** No ano de 2008 foram notificados em Roraima 133 casos novos, dos quais 53 (39.8%) no HGR. A incidência de TB neste hospital foi de 12,8 sendo que dos 58 casos notificados, 53 (91.4%) casos novos, 2 (3.4%) recidivas e 3 (5.2%) reingresso após abandono. Considerando o sexo, temos uma maior incidência no sexo masculino 47 (81.0%), sendo a faixa etária mais acometida de 20 a 49 anos (40 casos); a maior incidência encontrou-se em pessoas maiores de 80 anos. Quanto à forma clínica, predominou a pulmonar com 32 casos (60.4%), seguida da extra pulmonar 21 casos (36.2%), pleural 11 (52.4%), ganglionar periférica 5 (23.8%) e meningoencefálica 2 (9.2%). Neste mesmo período os casos de TB notificados quanto à baciloscopia mostraram que 30/58 (51.7%) foram registrados como positiva e o índice de positividade para co infecção/HIV 10/58 (17.2%). Com relação à evolução 3 (5.2%) óbito por TB, 6 (10.3%) óbito por outras causas e 49 (84.5%) foram transferidos. **CONCLUSÃO:** A partir dos dados, constatou-se elevado número de casos novos de TB, aumento 650.0% da co infecção TB/HIV e de 156.7% do número de notificações de casos de TB nas diversas formas clínicas, além do desvio da curva de incidência para faixas etárias mais jovens, o que denota infecção recente por contatos bacilíferos.

RENATA FERLIN ARBEX; HENRIQUE FERREIRA BRITO; NAIENE STECCA; CAROLINA MONTEMÓR SOARES MESSINA; CESAR YOSHITO FUKUDA; FLÁVIO FERLIN ARBEX; EDUARDO HENRIQUE BONINI; DAYSE CUNHA; MARCOS ABDO ARBEX  
Universidade Federal de São Paulo

H.H.A, 46 anos (27/10/1961), feminina nascida e residente em S. José do Rio Preto, apresentou tosse produtiva, emagrecimento, febre vespertina em 10/2008. No exame físico o MV estava diminuído e havia estertores crepitantes no hemitórax esquerdo O RX de tórax era compatível com TBC pulmonar e a baciloscopia em 29/11/2008 foi positiva. Com este quadro foi encaminhada ao Hospital Nestor Goulart Reis e internada em 10/12/2008 para tratamento com Esquema I e dose adaptada ao peso (30.500 kg). RX tórax à internação apresentava infiltrado reticular bilateral associado a áreas de infiltrado alveolar a esquerda, principalmente e seio costofrênico, Índice cardio torácico normal, borramento da cúpula frênica esquerda. Após a internação apresentou boa evolução clínica e radiológica e já em 06/01/2009 a baciloscopia foi negativa. EVOLUÇÃO DO PESO (15/12/2008 30.500 kg; 13/01/2009 36.000 kg; 02/03/09 36.800 kg; 13/04/09 39.900kg; 04/05/09 38kg). Em 01/05/2009 apresentou quadro de dispnéia aos grandes esforços que evoluiu para os mínimos esforços. As bulhas cardíacas eram hipofonéticas e o RX tórax evidenciou aumento global de área cardíaca. O ecocardiograma era compatível com derrame pericárdico com sinais de compressão de câmaras cardíacas. Em 04/05/2009 foi realizada punção pericárdica e o líquido pericárdico mostrou se rico em bacilo álcool ácido resistente. Foi mantido o tratamento com RMPC e introduzido corticoterapia oral até a alta hospitalar em junho de 2009. A baciloscopia no escarro permaneceu negativa até a alta cura.

HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; DENISE DA SILVA RODRIGUES; FERNANDO FIÚZA DE MELO; JORGE BARROS AFIUNE; RENATA FERLIN ARBEX; CAROLINA MONTEMÓR SOARES MESSINA  
Unifesp

IDENTIFICAÇÃO: GCA, 31 anos, feminina, solteira, doméstica, natural e procedente de São Paulo/SP. HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: Disfagia progressiva, tosse seca e dor retroesternal com piora após ingestão alimentar há 7 meses. Piora da tosse há 3 meses acompanhada de febre diária noturna, dor torácica ventilatório dependente e emagrecimento de 5 Kg. EXAME FÍSICO: BEG, corada, hidratada, afebril, eupnéica, PA:120X80mmHg FC:92bpm f:15irpm; MV presentes e simétricos sem ruídos adventícios. BRNF 2T sem sopros. Abdome plano, RHA +, doloroso em epigástrico, descompressão brusca negativa. EXAMES COMPLEMENTARES: Raios X de tórax: infiltrado retículo nodular bilateral. TC de tórax: opacidades nodulares confluentes, vidro fosco e árvore em brotamento bilaterais; BAAR no escarro negativa (3 amostras); EED: irregularidade de contornos do esôfago distal e bulbo duodenal. EDA: úlcera esofágica em parede anterior, pangastrite e bulboduodenite; PPD: 20mm; Biópsia de esôfago: úlcera crônica com esboço de granuloma epitelióide; Cultura do escarro positiva para Mycobacterium tuberculosis. DIAGNÓSTICO: Tuberculose Esofágica e Pulmonar. EVOLUÇÃO: Iniciado Esquema I. Paciente evoluiu bem. Após 2 semanas assintomática DISCUSSÃO: A tuberculose esofágica é rara, com incidência de 0,14 a 0,33%, entre as tuberculosas extra pulmonares. Usualmente secundária à infecção pulmonar, sendo a forma primária ainda mais infreqüente. Acomete principalmente terço médio do esôfago e cursa com disfagia, dor retroesternal, febre e perda ponderal. Pode ser classificada histomorfológicamente como ulcerada, hiperplásica ou granular. O diagnóstico é feito com a pesquisa do agente. Como diferenciais incluem se neoplasias, outras doenças granulomatosas e infecciosas. As complicações mais freqüentes são perfuração, hematêmese e fístula. O tratamento é feito com esquema I por 6 meses

LETÍCIA KAWANO DOURADO; LIA BELCHIOR MENDES BEZERRA; GABRIEL FERREIRA ROZIN; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; SIDNEY BOMBARDA; MÁRCIA SEISCENTO  
Divisão de Pneumologia do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP

Introdução: Uma susceptibilidade aumentada para tuberculose (TB) ou reativação de TB deve ser considerada uma característica do uso dos antagonistas do fator de necrose tumoral alfa (anti TNF  $\alpha$ ). A apresentação clínica da TB pode ser atípica na maioria desses pacientes imunossuprimidos, levando a um atraso no diagnóstico da TB e piora do prognóstico. Objetivos: Descrever seis casos de tuberculose associada ao uso de anti TNF  $\alpha$  para o tratamento de doenças inflamatórias, dando foco na apresentação clínica e a possibilidade de atraso diagnóstico devido às manifestações clínicas frustras. Relatos de casos: Cinco pacientes apresentavam artrite reumatóide (AR) e um paciente apresentava retocolite ulcerativa como doença de base. Todos esses pacientes desenvolveram TB após o início do tratamento com anti TNF  $\alpha$  (média de 10 meses). A apresentação clínica mais proeminente foi perda de peso e febre, que em alguns casos foi inicialmente interpretada como manifestação inflamatória da doença de base. Apenas um paciente apresentou bacilo álcool ácido resistente (BAAR) positivo no escarro. Teste tuberculínico não foi usado devido ao baixo valor preditivo positivo na população de imunossuprimidos. Conclusão: A descrição desses casos enfatiza as dificuldades relacionadas com o diagnóstico de TB nessa população de pacientes imunossuprimidos devido ao uso de anti TNF  $\alpha$  e devido a própria doença de base. Deve ser ter elevada suspeição de TB entre os pacientes recebendo agentes anti TNF  $\alpha$ . Um teste cutâneo da tuberculina negativa e pesquisas de BAAR no escarro negativa não afastam TB ativa nesse contexto clínico devido ao elevado número de resultados falsos negativos nessa população. Portanto, a busca pela confirmação histológica da TB deve ser sempre utilizada em casos suspeitos.

PAOLA CAVALCANTE; NAIENE STECCA; CAROLINA MONTEMOR SOARES MESSINA; EDWANA KARIN BUENO DE OLIVEIRA; RENATA FERLIN ARBEX; PAULO CESAR BASTO VIEIRA; MILTON RODRIGUES JUNIOR; CÁSSIO RAFAEL MELO  
Unifesp

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa transmissível causada pelo Mycobacterium tuberculosis, cerca de 1% dos pacientes com tuberculose pulmonar tem envolvimento intestinal. Relato de caso: Caso 1: Mulher 35 anos, queixa de diarreia diária há 9 meses, febre vespertina e dor abdominal difusas em cólica, perda de 23 kg, piora do quadro há 3 meses. Referia diagnóstico doença de chron, realizado por colonoscopia, em tratamento com sulfassalazina. Exame de admissão mal estado geral, massa palpável de 6cm em fossa ilíaca direita, descompressão brusca (DB) negativa. Radiografia simples de tórax (RxT): opacidades nodulares difusas e bilaterais. Evoluiu em poucas horas para insuficiência respiratória com necessidade de intubação orotraqueal, choque refratário. Foi a óbito 2 dias depois. Necropsia mostra lesão sub ocluindo a luz da região ileocecal, e anatomopatológico de tecido intestinal e pulmonar: reação granulomatosa com necrose, pesquisa para bacilo álcool ácido resistente positiva (BAAR). Caso 2: mulher 56 anos, dor abdominal difusa forte intensidade há 1 dia, febre e vômitos. Há 4 meses tosse seca, odinofagia e perda de 7 kg. Antecedentes: aneurisma dissecante aorta tipo B. Exame físico mal estado geral, abdome tenso, DB positiva, lesão ulcerada em amígdala direita. RxT: opacidade irregular com cavitações de permeio, em lobo superior direito, múltiplos pequenos nódulos difusos e bilaterais. Submetida laparotomia exploradora: peritonite fecal e perfuração de delgado próxima válvula ileocecal. No 4º pós operatório evoluiu com deiscência da anastomose, nova intervenção cirúrgica e necessidade de colostomia. Pesquisa para BAAR escarro, na peça cirúrgica e na biópsia de lesão em amígdala direita positiva. Obteve boa resposta ao tratamento com esquema I via retal, no entanto no 25º dia de internação vai a óbito por ruptura do aneurisma de aorta.

**135****CARCINOMA BONQUILOALVELAR BILATERAL DE RÁPIDA EVOLUÇÃO**

PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME; MARIANA LOUSADA FERREIRA; GUILHERME ZIMMER LORENTZ; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; SILVIO MORAES REZENDE; ARISTOTELES DE SOUZA BARBEIRO; LAIR ZAMBON; REYNALDO QUAGLIATO JR,

Disciplina de Pneumologia – Departamento de Clínica Médica – FCM UNICAMP

**Introdução:** Carcinoma bronquioloalveolar, é um subtipo de adenocarcinoma e devido suas implicações prognósticas seu diagnóstico precoce se faz imperativo. Enquanto a sobrevida média dos carcinomas não pequenas células em 1 ano é de 32%, a do carcinoma bronquioloalveolar em estádios precoces operados é de 65%. Descrevemos o caso de um homem com diagnóstico desta neoplasia com 4 meses de evolução entre o início dos sintomas e o óbito. Relato de Caso: homem, 43 anos, branco, encaminhado para investigação de dispnéia progressiva associada a perda ponderal de 10Kg em 4 meses. Negava tosse, febre, sudorese, dor torácica ou hemoptise, história de tabagismo ou etilismo. Antecedente ocupacional de vulcanização de pneus. Apresentava se em regular estado geral, cianótico, taquidispnéico, sem alterações na ausculta cardiopulmonar, porém com sinais de insuficiência respiratória. Ausência de linfonodomegalias palpáveis. Gasometria em ar ambiente com PO<sub>2</sub>: 48,6mmHg e sO<sub>2</sub> 83%. Hemograma com leucocitose e desvio à esquerda ; DHL 527; Urina 1 e eletrólitos normais. Radiograma de tórax com opacidade heterogênea bilateral mais proeminente em hemitórax direito com predominância periférica. Introduzido antibioticoterapia de amplo espectro além de ventilação não invasiva. A despeito do tratamento inicial evoluiu com piora clínico radiológica. Submetido à broncoscopia que não evidenciou lesões endobrônquicas. BAL: 115 mil células, 87% macrófagos alveolares, 10,5% de linfócitos, 1,5% de neutrófilos e 1,0% de eosinófilos. Pesquisa e cultura para fungo, bactérias e micobactérias negativas. Citologia diagnóstica inconclusiva. Realizada biópsia a céu aberto cujo resultado evidenciou adenocarcinoma bronquioloalveolar. Paciente evoluiu a óbito 4 meses após o início dos sintomas. Discutiremos as implicações prognósticas e terapêuticas neste tipo de paciente com doença avançada e bilateral.

**137****CONDROMA GIGANTE DE PAREDE TORÁCICA: RELATO DE CASO**

FABIO NISHIDA HASIMOTO; CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; DANILO FELIX DAUD; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO; LUIS EDUARDO VILLAÇA LEÃO

Unifesp

**Introdução:** Condroma é um tumor benigno cartilaginoso, encapsulado e de etiologia desconhecida. As células tumorais se assemelham às células normais e produzem matriz cartilaginosa madura. Geralmente se desenvolvem na parte central do osso (encondroma), embora possam se localizar na periferia do osso (condromas justacorticais). Alguns podem se malignizar, transformando se em condrossarcomas. A distinção entre o condroma e o condrossarcoma pode ser difícil, principalmente se este for de baixo grau; sendo que até em 20% dos casos, pacientes com condrossarcoma recebem inicialmente o diagnóstico de sua variante benigna. Relato do caso: Paciente de 32 anos, masculino, com antecedente de queda de motocicleta há 10 anos, evoluindo com tumoração em parede torácica anterior à direita, próximo ao mamilo, de crescimento lento e progressivo, indolor, com tamanho aproximado de 20 x 16 x 10 cm, na topografia de 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> costelas direitas. Optado inicialmente por biópsia incisional, que evidenciou condroma da parede torácica. Realizado toracectomia com ressecção total da massa (2,4kg) com margens e do 4<sup>o</sup> arco costal, onde se originava a lesão. Para a reconstrução do defeito optamos por rotação de retalho em ilha de músculo grande dorsal e pele adjacente, realizado pela equipe da Cirurgia Plástica. Paciente com evolução satisfatória e alta hospitalar no 5<sup>o</sup> pós operatório. O anatomopatológico da peça confirmou o achado de condroma associado a focos de calcificação. Apesar do tamanho acentuado e do tempo de evolução, não foi evidenciado sinais de malignidade. O seguimento ambulatorial em 6 (seis) meses não observou sinais de recidiva. Conclusão: Os condromas correspondem a 15% dos tumores benignos de parede torácica. A diferenciação entre o condroma e o condrossarcoma é difícil sendo que todos os condromas devem ser considerados malignos e devem ser tratados com ressecção ampla.

**136****CARCINOMA DE PEQUENAS CELULAS: EVOLUÇÃO COM TRATAMENTO COMPLETO**

JONATHAN JERIAS FERNANDEZ; MARIA DO CARMO CRUVINEL; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; LUCIANA DOS SANTOS ANDREATA; RUDOLF K, F, OLIVEIRA

Hospital do Servidor Público Estadual

Masculino, 46 anos, tabagista 30 maços/ano, queixando se de tosse seca há três meses e dispnéia aos moderados esforços. Exame físico: BEG, eupnéico, saturação (aa) 92%, pulmões com roncocalos e sibilos bilaterais. Rx e TC tórax evidenciando massa em hilo esquerdo e atelectasia de LSE. Broncoscopia: redução do brônquio do LSE com formações mamelares, irregularidades de mucosa e alargamento de carina, oclusão do brônquio do segmento apical do LIE e da pirâmide basal por processo inflamatório. Biópsia Transbrônquica identificou carcinoma indiferenciado de pequenas células (CPCP), confirmado pela imunohistoquímica. Submetido a QT com Cisplatina e VP 16 por 6 meses associada a RT torácica e posterior RT cerebral profilática. Repetida broncoscopia, com melhora do processo inflamatório e presença de estenose concêntrica do brônquio LSE pós RT. Dois anos após o tratamento refere cefaléia sendo realizado RNM de crânio normal.. O caso apresentado tem como particularidade a idade do paciente e a boa evolução clínico/radiológica. O tratamento do CPCP limitado evoluiu nas últimas décadas com a QT com agentes alquilantes. No entanto a recaída locorregional é alta ocorrendo em mais de 80% dos casos. RT torácica, quando utilizada isoladamente, apresenta índice de resposta em torno de 75%. Cinco por cento dos pacientes sobrevivem de 2 a 3 anos no grupo tratado com QT e RT concomitante. Os pacientes que respondem satisfatoriamente ao tratamento têm um risco de 50% a 67% de desenvolver metástases para o SNC. Por isso devem receber radioterapia profilática. A RT diminui o surgimento de metástases cerebrais em 45% dos casos. Com a difusão da QT, um pequeno, mas significativo número de pacientes alcança uma sobrevida prolongada. Após 2 anos, o risco de morte pela doença inicial começa a diminuir; sendo 10 vezes menor após 3 anos.

**138****CORPO ESTRANHO VEGETAL SIMULANDO NEOPLASIA PULMONAR**

ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO; RAFAEL ELIAS FARRES PIMENTA; RENATA SPAGNOLI FERRARI; ÉRICA NISHIDA HASIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO

Universidade Estadual Paulista FMB UNESP

**RELATO DE CASO:** AF, masculino, 68 anos. Há 15 dias iniciou quadro de dor torácica à direita, acompanhado de tosse seca. Procurou o Pronto Socorro de nosso serviço onde foi realizada radiografia de tórax que evidenciou uma massa de 3,5 cm peri hilar esquerda. Era tabagista 30 anos.maço e apresentava como antecedente familiar, o pai falecido aos 70 anos por neoplasia pulmonar. O exame físico não tinha alterações. Realizada tomografia de tórax que mostrou massa de contornos irregulares de 3,5 cm, localizada no segmento anterior do lobo superior esquerdo (LSE). Broncoscopia: Rotação ântero lateral de toda árvore traqueo brônquica direita e óstio do brônquio do lobo superior direito em fenda devido compressão extrínseca, sem lesões endobrônquicas. O lavado broncoalveolar e escovado foram negativos para neoplasia, bactérias e fungos. Foi então submetido a toracotomia esquerda e realizada lobectomia superior esquerda com linfadenectomia mediastinal sistemática e nodulectomia (pequeno nódulo de aproximadamente 0,3 cm no segmento posterior do lobo inferior esquerdo). Evoluiu bem no pós operatório recebendo alta hospitalar no 5<sup>o</sup> PO. O anátomo patológico da peça não evidenciou neoplasia em LSE, mas sim, pneumonia lipóidica em torno de lesão com focos de pneumonia em organização e obstrução do brônquio subsegmentar do LSE por corpo estranho vegetal. O nódulo era um histoplasmoma. **DISCUSSÃO:** Pelos antecedentes pessoais e familiares e pelos exames de imagem, a lesão peri hilar esquerda era muito sugestiva de neoplasia. E apesar de na broncoscopia não ter sido evidenciada lesão endobrônquica e o escovado e o lavado serem negativos para neoplasia foi optada pela lobectomia.

## DIAGNÓSTICO PRECISO MINIMAMENTE INVASIVO EM CÂNCER DE PULMÃO NÃO CIRÚRGICO

ANDRÉ GALANTE ALENCAR ARANHA  
Santa casa de Santos

**Objetivo:** relatar a eficácia no diagnóstico cito patológico da punção aspirativa com agulha de Witacre na conduta de neoplasias pulmonares não cirúrgicas. **Introdução:** doentes com neoplasia pulmonar inoperável por invasão de estruturas nobres, metástases ou contra indicação clínica necessitam confirmação histológica para conduta terapêutica. Muitas vezes a citologia de escarro e a broncoscopia podem ser inconclusivas. A diferenciação entre carcinoma de pequenas células e grandes células através de punção aspirativa e citopatologia vem auxiliando na prática clínica. Fácil execução, ausência de complicações graves e custo reduzido são vantagens do método.

**Material:** de 01/2004 até 06/2009 estudamos, 23 homens e 18 mulheres com nódulos ou massas pulmonares, com algum tipo de contra indicação para tratamento cirúrgico. Realizamos em média quadro punções aspirativas com agulha de Witacre para anestesia raquidiana 27G 3,5 em cada doente. Cada punção produziu de dois a três esfregaços em lâminas fixadas em álcool 70%. Guiamo nos pela propedêutica, anatomia e filme tomográfico em 19 doentes, e no tomógrafo em 22. **Resultados:** 38 pacientes tiveram como diagnóstico carcinoma de células não pequenas. Dois tiveram diagnóstico citológico inconclusivo sendo submetidos à nova punção com agulha de biópsia cortante, tipo "tru cut", com diagnóstico final de linfoma. Um portava lesão inflamatória confirmada por biópsia cirúrgica e seguimento. Cinco doentes tiveram pneumotórax (um hipertensivo), sendo necessária drenagem em dois casos. **Discussão:** apesar de tratar se de método muito útil e bem difundido em vários centros, encontramos apenas poucas referências do uso da agulha de Witacre na literatura, mas com diâmetro maior do que utilizado por nós. A eficácia no diagnóstico e o índice de pneumotórax são comparáveis aos da literatura. Por ser agulha fina não houve nenhum caso de hemotórax. **Conclusão:** punção aspirativa com agulha de Witacre mostrou se muito eficaz na coleta de esfregaço que permite diagnóstico histopatológico nos doentes com carcinoma de pulmão não cirúrgico.

## HYALURONAN SYNTHASES IS INCREASED IN TUMORAL MICROENVIRONMENT OF LOW GRADE NONSMALL CELL LUNG CARCINOMAS

VERA CAPELOZZI; VANESSA SÁ; ELOISA OLIVIERI; EDWIN PARRA; DIRCE CARRARO  
Faculdade de Medicina da USP

**Introduction/Objective:** Hyaluronan, a tumor promoting extracellular matrix polysaccharide, is elevated in tumors including lung cancer, and associates with an unfavorable prognosis. The heterogeneity of HAS expression has been identified in tumors and could be related to the histological types and degree of differentiation. To explore possible contributors to the accumulation of hyaluronan, we examined the immunexpression of hyaluronan synthases (HAS1, HAS2 and HAS3) in frozen tissue obtained from non small cell lung carcinomas (NSCLC). **Material and Methods:** We examined HAS1, HAS2 and HAS3 in tumor tissues from 12 patients with surgically excised NSCLC. We used frozen section, immunohistochemistry and histomorphometry to evaluate the amount of tumor areas staining for HAS1, HAS2 and HAS3. Tumor tissue from 3 patients submitted to surgical resection by non tumoral causes was used as control. Impact of these markers was tested on histological types and degree of tumor differentiation. **Results/Conclusion:** A significant direct association was found between HAS1 and HAS2 expression ( $p=0.04$ ). HAS1 and HAS2 expression was significantly increased in adenocarcinoma compared to control and other histological types ( $p=0.02$ ). HAS2 expression was lower in neuroendocrine carcinomas than in control and non neuroendocrine tumors, but this difference didn't achieve statistical significance ( $p=0.42$ ). HAS expression was tested against histological degree, and an association was found between low grade tumors (well and moderate differentiation) with HAS2. We concluded that tumor staining for HAS2 may be related to prognosis of patients with NSCLC. **Financial Support:** FAPESP.

## ECOENDOSCOPIA: ALTERNATIVA MINIMAMENTE INVASIVA PARA DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO DE LINFONODOS E MASSAS MEDIASTINAIS

RICARDO H, BAMMANN; JOSÉ CELSO ARDENGH; FILADÉLFIO E, VENCO; MATHEUS DI GIOVANI; ARTUR A, PARADA  
Serviços de Endoscopia e Cirurgia Torácica do Hospital 9 de Julho São Paulo SP

**Introdução:** a perspectiva da introdução da Ecoendoscopia (EBUS) no Brasil despertou o interesse por uma tecnologia minimamente invasiva com alto potencial de impacto clínico, especialmente na oncologia torácica. **Objetivos:** divulgar a Ecoendoscopia por via esofágica (EUS) como alternativa na investigação de lesões mediastinais, modalidade já disponível nos grandes serviços de endoscopia do país há mais de 10 anos. **Métodos:** análise descritiva da experiência do Serviço desde 1997 na realização de EUS para o estadiamento mediastinal de neoplasias previamente conhecidas (Grupo 1) ou a definição diagnóstica de linfonodos ou massas suspeitas (Grupo 2). Todos os exames foram realizados ambulatorialmente, sob anestesia geral. As amostras obtidas por punção endoscópica foram analisadas pela técnica de cell block. **Resultados:** foram realizados 41 procedimentos em 29 homens e 12 mulheres com idade entre 26 e 87 anos, média 62. No Grupo 1 foram incluídos 17 doentes, sendo 9 portadores de neoplasia primária de pulmão, 4 de mama, 2 de rim, 1 de cólon e 1 de bexiga. No Grupo 2 foram incluídos 24 pacientes. O tamanho das lesões investigadas variou entre 1,1 e 9,8 cm de diâmetro, média 3,9cm. Sua topografia (Mountain, 1997) correspondeu às cadeias: 2R (2 casos), 2L (2), 4R (4), 4L (3), 5 (7), 6 (5), 7 (7), 8 (6), 10R (1) e 10L (4). No Grupo 1, 15 punções foram positivas para malignidade. Um caso foi negativo, outro inconclusivo – ambos foram depois submetidos à mediastinoscopia, a qual identificou metástases linfonodais antes não detectadas por EUS. As neoplasias diagnosticadas no Grupo 2 foram: CEC (7), oat cell (3), adenoca (2), linfoma (1), sarcoma (1) e neuroendócrina (1). Outros diagnósticos foram: tuberculose (3) e cisto de duplicação (2). Em 2 casos a citologia foi inconclusiva e em outros 2 foi negativa para malignidade, mas sem diagnóstico específico – estes 4 doentes também foram submetidos à mediastinoscopia, a qual identificou um oatcell, um linfoma, uma criptococose e confirmou uma linfadenite reacional. Não houve complicações relacionadas ao método. **Conclusões:** EUS evitou procedimentos de maior porte em 85,4% dos casos nesta casuística. Além de ser aconselhável o treinamento em EUS por profissionais interessados em praticar EBUS, vale lembrar que as duas técnicas ecoendoscópicas podem ser consideradas como complementares, pois dentre as topografias acessadas, as cadeias 5, 6 e 8 são acessíveis apenas por EUS, não por EBUS e nem pela mediastinoscopia.

## LEIOMIOSSARCOMA DE ARTÉRIA PULMONAR RELATO DE CASO

OLÍVIA MEIRA DIAS; MÁRIO TERRA FILHO; RICARDO TERRA; BRUNO GUEDES BALDI; MAURO CANZIAN; LUCIANA TAMIÊ KATO; RAFAEL MUSOLINO; THIAGO COSTA; RENATA BALDOW  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da

Paciente feminina, 61 anos, encaminhada por tosse seca e dispnéia progressiva há 10 meses. Piora dos sintomas há 6 meses, associado a edema em membros inferiores, emagrecimento e febre. Antecedente de HAS e tabagismo. AngioTC de tórax demonstrou tromboembolismo pulmonar, iniciada anticoagulação. Ao exame, apresentava sopro tricúspide (3+/6+). A ausculta pulmonar era normal com hipoxemia em ar ambiente (SpO2 88%). Radiografia de tórax mostrava aumento dos hilos pulmonares, abaulamento do tronco da artéria pulmonar e múltiplas opacidades de contornos imprecisos, mais nítidos em campos pulmonares inferiores à esquerda. Exames laboratoriais não demonstravam alterações significantes, exceto por BNP e PCR elevados. Pesquisas para trombofilias negativas. Angiotomografia de tórax apresentava dilatação da artéria pulmonar e falhas de enchimento irregulares em tronco de artéria pulmonar e ramo direito, conjuntamente com consolidações pulmonares periféricas e mosaico de perfusão. Ecocardiograma demonstrava PSAP de 75 mmHg. PET Scan demonstrou hipercaptação nas áreas com falha de enchimento na artéria pulmonar (SUV 14,8), além de aumento de atividade metabólica em opacidade pulmonar periférica direita e adrenal direita. Realizada biópsia do tecido pulmonar próximo ao território da artéria pulmonar: células atípicas com positividade para vimentina e actina músculo liso, confirmando leiomiossarcoma indiferenciado de artéria pulmonar. Em programação de quimioterapia. **DISCUSSÃO:** Sarcomas de artéria pulmonar são tumores raros e de difícil diagnóstico. Devido às metástases pulmonares, levam a hipoxemia progressiva e insuficiência ventricular direita. A associação de falhas de enchimento em artérias pulmonares e sintomas constitucionais favorecem o diagnóstico. Prognóstico reservado (sobrevida 6 meses a 2 anos) sendo a associação quimioterapia e radioterapia o tratamento de escolha.



LUCIANA DOS SANTOS ANDREATA; HELEN MOREIRA COUTINHO; MARIA DO CARMO CRUVINEL; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA  
Hospital do Servidor Público Estadual

HMA: feminino, 21 anos, assintomática, consultou por radiografia de tórax anormal. Negava tabagismo, patologias prévias ou doenças associadas. Exame físico: apresentava se em BEG, ritmo cardíaco regular com frequência cardíaca de 60bpm, eupnéica, ausculta respiratória com murmúrio reduzido em ápice do pulmão esquerdo, sem ruídos adventícios, abdome livre, sem massas ou visceromegalias. Exames complementares: Radiografia de tórax e tomografia computadorizada evidenciaram imagem sugestiva de massa pleural em terço superior de hemitórax esquerdo, aderida à parede torácica. Evolução: Biópsia transparietal revelou neoplasia de linhagem muscular com baixo índice de proliferação celular podendo se tratar de leiomiossarcoma de baixo grau, não sendo excluída a possibilidade de lesão metastática. Submetida a toracotomia em Maio de 2009 com retirada da massa pleural, pseudoencapsulada, pediculada, com inserção em pleura parietal, bem delimitada. O diagnóstico anatomopatológico final foi de leiomiossarcoma de baixo grau. Discussão: Os sarcomas são tumores malignos raros, correspondendo a 0,72% todos os cânceres sendo que apenas 10% deles encontram se em parede torácica. Quanto ao subtipo, 5,5% dos sarcomas de parede torácica tratam se de leiomiossarcoma. Pouco se conhece a respeito do comportamento e fatores prognósticos dessa neoplasia em tal localização. Dados escassos da literatura indicam que o grau de diferenciação do tumor e o tipo de cirurgia empregados são estatisticamente significantes para a determinação do prognóstico e chance de recidivas, não havendo diferença estatística com relação ao tratamento neoadjuvante e o adjuvante.

MARIA INÊS VALERY; FLÁVIO LASTEBASSE; RENATO CENTRONE; LUCIANA ANDREATA; RUDOLF OLIVEIRA; MARCIA LOPES; JONATHAN FERNANDEZ; ELISEO SEKIYA  
Hospital Alvorada Moema

Introdução: Os linfomas não Hodgkin são doenças linfoproliferativas clonais com comprometimento usual ganglionar e do baço. O acometimento pulmonar pode ser primário, quando antecede em até três meses o comprometimento de outros órgãos e secundário com extensão para o pulmão da doença iniciada em outros sítios. A maioria dos linfomas não Hodgkin com acometimento pulmonar são de células B (95%), freqüentemente de baixo grau (75 a 80%), a maioria correspondem à Linfoma MALT. Os linfomas mais agressivos correspondem 20 25% e o comprometimento pulmonar usualmente corresponde à progressão da doença. O aspecto tomográfico descrito nestes dois casos serão apresentados no texto. Materiais e Métodos: Descrevemos dois casos de Linfoma não Hodgkin Difuso de Grandes Células B, primários de pulmão, com características radiológicas distintas e apresentamos uma revisão de literatura dos diagnósticos diferenciais, características radiológicas e terapêuticas.

Caso 1: Sexo Feminino, 55 anos; tosse, febre e dispnéia progressiva há 3 meses, achado tomográfico de nódulos bilaterais, de grandes proporções. O diagnóstico foi através de biópsia por toracotomia.

Caso 2: Sexo Feminino, 62 anos; tosse e dispnéia progressivas, achados tomográficos de pequenos nódulos pulmonares esinais sugestivos de linfangite. O diagnóstico foi através de biópsia por toracotomia

Conclusão: O acometimento pulmonar por Linfoma não Hodgkin, geralmente é secundário à doença extensa e ou recidiva. Os tipos histológicos mais freqüentes são os linfomas foliculares e MALT. O curso da doença geralmente é indolente e apresentam boa resposta aos esquemas propostos. Os dois casos descritos, de Linfoma não Hodgkin Difusos de Grandes Células B primários de pulmão apresentaram uma evolução agressiva e em um dos casos ausência de resposta ao tratamento. Descreveremos os diferentes achados radiológicos e a importância das imagens tomográficas no acompanhamento evolutivo.

LUCIANA DOS SANTOS ANDREATA; RODRIGO ALEXANDRE V. VIANA; MÁRCIO FERREIRA SANTOS; SABRINA HASHIMOTO KATO; MARIA DO CARMO CRUVINEL; CARLOS ALBERTO CASTRO PEREIRA  
Hospital do Servidor Público Estadual

HMA: feminino, 21 anos, assintomática, consultou por radiografia de tórax anormal. Negava tabagismo, patologias prévias ou doenças associadas. Exame físico: apresentava se em BEG, ritmo cardíaco regular com frequência cardíaca de 60bpm, eupnéica, ausculta respiratória com murmúrio reduzido em ápice do pulmão esquerdo, sem ruídos adventícios, abdome livre, sem massas ou visceromegalias. Exames complementares: Radiografia de tórax e tomografia computadorizada evidenciaram imagem sugestiva de massa pleural em terço superior de hemitórax esquerdo, aderida à parede torácica. Evolução: Biópsia transparietal revelou neoplasia de linhagem muscular com baixo índice de proliferação celular podendo se tratar de leiomiossarcoma de baixo grau, não sendo excluída a possibilidade de lesão metastática. Submetida a toracotomia em Maio de 2009 com retirada da massa pleural, pseudoencapsulada, pediculada, com inserção em pleura parietal, bem delimitada. O diagnóstico anatomopatológico final foi de leiomiossarcoma de baixo grau. Discussão: Os sarcomas são tumores malignos raros, correspondendo a 0,72% todos os cânceres sendo que apenas 10% deles encontram se em parede torácica. Quanto ao subtipo, 5,5% dos sarcomas de parede torácica tratam se de leiomiossarcoma. Pouco se conhece a respeito do comportamento e fatores prognósticos dessa neoplasia em tal localização. Dados escassos da literatura indicam que o grau de diferenciação do tumor e o tipo de cirurgia empregados são estatisticamente significantes para a determinação do prognóstico e chance de recidivas, não havendo diferença estatística com relação ao tratamento neoadjuvante e o adjuvante.

PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME; ALÍPIO BARBOSA BALTHAZAR; ALBA BRAGA SALLES BALTHAZAR; GISELE NUNES YONEZAWA; SILVIO MORAES REZENDE; REYNALDO QUAGLIATO JR

Universidade Estadual de Campinas

Introdução: Linfoma pulmonar primário é uma rara entidade formada de células do tipo B e geralmente se apresenta como de baixo grau. Linfomas de alto grau geralmente ocorrem em pacientes imunodeficientes e se manifestam com sintomas respiratórios e gerais inespecíficos; nestes pacientes as lesões geralmente se apresentam como massas múltiplas e cavitadas. Relato do caso: Homem de 27 anos com quadro de tosse produtiva com expectoração purulenta, rinorréia com descarga posterior e história prévia de alergia. Tratado inicialmente como rinosinusite e traqueobronquite com persistência dos sintomas quando RX de tórax demonstrou lesão cavitada em LSD. Iniciado tratamento com amoxicilina e clavulanato com melhora parcial. Exames de escarro negativos para fungos e micobactérias. TC de tórax demonstrou lesão cavitada em LSD e broncroboscopia, sinais de traqueobronquite. Pesquisa e culturas para germes comuns, fungos e micobactérias negativas. Anti HIV não reagente. Pesquisa de CMV e BK pela técnica do PCR foi negativa. Pesquisa para clamídia, mycoplasma e legionella foram também negativas. Realizada biópsia pulmonar transbrônquica que demonstrou parênquima pulmonar sem particularidades histológicas, em meio a dois fragmentos com células grandes, atípicas, com estruturas semelhantes a inclusões nucleares e infiltrado inflamatório linfocitário escasso sugestivo de neoplasia maligna linfoproliferativa compatível com linfoma. Imunohistoquímica confirmou linfoma não Hodgkin de grandes células B de alto grau histológico. Foi submetido à radioterapia e quimioterapia com importante melhora da lesão em tomografia de controle. Paciente encontra se assintomático um ano após início do tratamento. O interesse do relato se faz pela apresentação de massa pulmonar cavitada em um paciente jovem imunocompetente cujo diagnóstico final foi de Linfoma não Hodgkin B de grandes células de alto grau. Tais linfomas devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de imagens pulmonares cavitadas.

## PNEUMOTÓRAX ASSOCIADO A LESÕES CUTÂNEAS EM MEMBRO SUPERIOR DE ADULTO JOVEM: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

DANIELA REZENDE MARCOLINI; FLAVIA ALVARES; FERNANDO CHAHUD; JOAO TERRA FILHO; ADILSON APARECIDO FACCIO; ELCIO OLIVEIRA VIANNA  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Homem, 27 anos, pedreiro, apresentava lesões em membro superior direito há 5 meses e relatava internação hospitalar para desbridamento das lesões e antibioticoterapia. Durante internação, teve dor torácica ventilatório dependente e dispnéia súbita por pneumotórax à direita e, após 3 dias, pneumotórax à esquerda com necessidade de drenagem torácica e toracotomia para ressecção de bolhas. Desde então, apresentava tosse seca e dispnéia, inicialmente aos grandes esforços, evoluindo para moderados esforços. Emagreceu 15 kg no período. Ex tabagista. Na internação em nosso serviço, PA: 130x80 mmHg, FC: 80, FR: 24, temp: 36,4°C. Havia 4 lesões ulceradas com crostas hemáticas e secreção purulenta em região palmar direita e nodulações em antebraço e região axilar direita. Radiografia de tórax com bolhas em todo parênquima pulmonar. Hemograma, eletrólitos, função renal e hepática, gasometria arterial, sorologia para esporotricose e dosagem de alfa1 anti tripsina normais. Tomografia evidenciou múltiplas bolhas pulmonares e subpleurais, com redução volumétrica importante do parênquima. Cultura das lesões de pele positiva para diversas bactérias e negativa para fungos e BAAR. Broncoscopia normal e a biópsia transbrônquica não identificou a etiologia. Biópsia de pele revelou sarcoma epitelioide e posterior amputação confirmou o diagnóstico. Paciente teve piora da dispnéia, tosse produtiva, febre e progressão das bolhas pulmonares com necessidade de ventilação mecânica e óbito apesar do tratamento. À necropsia: pulmões com pequenas cavidades sugestivas de microabscessos bilateralmente e microscopia com áreas nodulares compatíveis com metástases de sarcoma epitelioide. O sarcoma epitelioide é um subtipo raro de sarcoma de partes moles, com predileção por extremidades distais, principalmente membros superiores, em pacientes jovens. A disseminação metastática ocorre principalmente para linfonodos, pulmões e pele. As metástases pulmonares assumem comumente a forma de nódulos sólidos, sendo as formas císticas raras. O diagnóstico de sarcoma epitelioide é difícil e foi realizado pelas características histológicas e imuno histoquímicas.

## RELATO DE CASO: ADENOCARCINOMA DE PULMÃO ASSOCIADO À ASBESTOSE EM PACIENTE NÃO TABAGISTA

CESAR FUKUDA; ILKA LOPES SANTORO; SERGIO JAMNIK; NAIENE STECCA; KARIN MULLER STORRER; LILIAN KURANISHI; RENATA FELIX ARBEX; HENRRIQUE FERREIRA BRITO  
Unifesp

**HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E PREGRESSA** Paciente de 65 anos de idade com história de exposição indireta ao asbesto (manipulação de roupas com resíduos de asbesto) durante vários anos evoluindo com quadro de tosse seca, sem demais queixas. Apresentava antecedente de asma e hipertensão arterial controladas. Negava antecedente de tabagismo. **EXAME FÍSICO** Ao exame físico a paciente apresentava se em bom estado geral, eupneica, acianótica, afebril. Ausculta pulmonar e cardíaca sem anormalidades. **EXAMES COMPLEMENTARES** Detectada na radiografia e na TC de tórax massa espiculada em lobo superior direito e placas pleurais bilaterais **DIAGNÓSTICO** Realizada lobectomia superior e média direitos obtendo se no laudo do exame anatomopatológico da peça cirúrgica adenocarcinoma moderadamente diferenciado **EVOLUÇÃO** Paciente foi estadiada T3 N1 M0 (IIIA) e realizado tratamento quimioterápico com cisplatina e etoposídeo por 6 ciclos com controle da evolução da doença **DISCUSSÃO** Atualmente são conhecidas cerca de 3000 tipos de aplicações para o asbesto. A exposição ao asbesto pode levar a diversas afecções pulmonares como placas e derrames pleurais, fibrose intersticial, mesotelioma maligno e é reconhecidamente um fator de risco para o desenvolvimento de neoplasia de pulmão, este por sua vez é relacionada à intensidade da exposição ao asbesto. Sabe se que os tipos histológicos são semelhantes aos cânceres primários de pulmão assim como a prevalência em lobos superiores. O tempo de latência entre o diagnóstico do câncer e o início da primeira exposição ao asbesto geralmente é de no mínimo 10 anos. Este caso é de importância para o pneumologista pois demonstra a relação direta da exposição ao asbesto com o câncer de pulmão em uma paciente não tabagista.

## REFRACTORY REMODELLING OF THE MICROENVIRONMENT BY ABNORMAL TYPE V COLLAGEN APOPTOSIS AND IMMUNE RESPONSE IN NONSMALL CELL LUNG CANCER

VERA CAPELOZZI; GUSTAVO NOLETO; MARCELO ATANAZIO; PAOLA SOUZA; OSMAR BIANCHI; EDWIN PARRA; ALEXANDRE ABSABER; TEREZA TAKAGAKI  
Faculdade de Medicina da USP

**INTRODUCTION:** Collagen V shows promise as an inducer of the death response via caspases. Remodeling of the microenvironment by collagen V, tumoral/vascular apoptosis and the immune response were evaluated. **METHODS:** Based on the prognosis of 65 patients with surgically excised non small cell lung cancer, immunofluorescence, immunohistochemistry, morphometry, tridimensional reconstruction and a real time polymerase chain reaction were used to evaluate the amount, structure and molecular chains of collagen V, tumoral and vascular apoptosis, immune cells and microvessel density. **RESULTS:** The impact of these markers was tested on follow up until death from recurrent lung cancer occurred. A decreased and abnormal synthesis of collagen V was found to lead to increased angiogenesis due to a low endothelial death rate and a low immune response. A Cox model analysis, controlled for the lymph node stage, demonstrated that only collagen V and vascular apoptosis variables were significantly associated with survival time. A point at the median for collagen V and vascular apoptosis divided patients into two groups, each with a distinctive prognosis. Those with a collagen V higher than 9.40 % and vascular apoptosis higher than 1.09 % had a low risk of death (0.27 and 0.41, respectively), compared to those with a collagen V lower than 9.40% and vascular apoptosis lower than 1.09%. **CONCLUSION:** Collagen V and vascular apoptosis in resected non small cell lung cancer was strongly related to the prognosis, suggesting that strategies aimed at preventing low collagen V synthesis, or local responses to low vascular apoptosis, may have a greater impact in lung cancer treatment.

## RELATO DE CASO: HOMEM COM NEOPLASIA DE PULMÃO E BHCG ELEVADO

CESAR YOSHITO FUKUDA  
Unifesp

MS, 51 anos, masculino, com história de que há 5 meses iniciou quadro de dor torácica à direita, hemoptoicos e dispnéia progressiva. Ao exame, apresentava murmúrio vesicular diminuído em 2/3 superiores de hemitórax à direita. A TC tórax evidenciou opacidade mal delimitada em lobo superior direito (dois segmentos) e acometimento pleural, além de linfonodos ipsilaterais, classificando o paciente em estágio IV (T3N2M1). Foi submetido a broncoscopia, que demonstrou lesões estenosantes em lobo médio, inferior e apical do lobo superior à direita, locais onde foram coletadas amostras por biópsia tranbrônquica. O anatomo patológico foi compatível com adenocarcinoma e a realização da imunohistoquímica mostrou se inespecífica. Foram solicitados vários exames incluindo CEA e BHCG. O primeiro não elevou se, porém a gonadotrofina coriônica apresentou se em níveis bastante aumentados (11.410). Foi iniciado tratamento com cisplatina mais navelbine. Após o segundo ciclo haviam diminuído os níveis de BHCG. Durante evolução, o paciente voltou a apresentar hemoptoicos e dor torácica, época em que foi solicitado nova dosagem de BHCG. Esta elevou se para 19.648. A clínica agravou se e após 4 ciclos de quimioterapia, a elevação chegou a 51.266. Optou se pela substituição dos quimioterápicos por carboplatina mais paclitaxel mais associação com radioterapia. Após 3 ciclos, o paciente evoluiu com melhora clínica importante e apresentou novamente níveis mais baixos de BHCG (9.131). **Discussão** Pacientes com neoplasia pulmonar podem apresentar níveis elevados de gonadotrofina coriônica. Muitos estudos foram realizados com objetivo de avaliar a expressão desta glicoproteína como marcador em neoplasia de pulmão. Em revisão de literatura, não há consenso se a elevação deste marcador estaria relacionado com subtipo histológico específico. Os resultados também diferem entre os estudos que tentaram correlacionar prognóstico com este marcador; uma vez que tumores mais agressivos tenderiam a não elevar o BHCG enquanto outros demonstram que pacientes com maiores aumentos deste hormônio teriam estadiamento mais avançado e pior resposta a quimioterapia. Desta forma, a utilização do BHCG como marcador para neoplasia pulmonar ainda não encontra respaldo na literatura. Porém não deixa de ser uma ferramenta a mais na avaliação, terapêutica e recidiva tumoral, desde que não seja utilizado como marcador específico

CÁSSIO RAFAEL DE MELO; S ÉRGIO JAMNIK; ILKALOPES SANTORO; MEYER IZBICKI; NAIENE GOMES GORDO STECCA; EDWANA KARIN DE OLIVEIRA; BRUNO GUIMARÃES SILVADO; LUIZ FERNANDO AZAMBUJA Unifesp

**Introdução:** O segundo tumor primário de pulmão é uma condição rara, com incidência entre 1,6 e 3,0%. Em pacientes que sobrevivem além de três anos, a incidência de um segundo tumor primário de pulmão aumenta para 10 a 25%. Estudos mostram que nódulos pulmonares novos após dois anos de tratamento do tumor inicial são mais provavelmente tumores primários do que metástases do primeiro tumor. **Relato de Caso:** J.D, masculino, 57 anos, ex tabagista de 39 anos maço, assintomático, com antecedente pessoal de adenocarcinoma de pulmão (T1N0M0) submetido, noutro serviço, à segmentectomia basal posterior de LID em ago/2001 e QT com carboplatina e etoposídeo, procurou nosso serviço 2002. Em out/2002, foi realizada TC de tórax que mostra nódulo <1,0cm, não calcificado, com contornos irregulares em lobo médio, de caráter indeterminado. Repetiu se TCs em mar/2003, fev e out/2004, mai/2005, jan e dez/2006 sem alterações da lesão de lobo médio. TC de jul/2007 revelou nódulo em LID com 1,0cm. Em abr/2008, repetiu se TC, a qual revelou nódulo espiculado com 2,3cm em LID, sem linfadenopatia mediastinal. Em jul/2008, realizou se lobectomia inferior direita, cujo anátomo patológico demonstrou adenocarcinoma de pulmão com metástase em linfonodo de cadeia 4 (pT2N2Mx). Realizou se cinco ciclos de QT com cisplatina e vinorelbine. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem recidiva. **Discussão:** A incidência de tumores primários de pulmão está aumentando e consequentemente o risco de tumores metacrônicos também aumenta. Pacientes com tumor primário de pulmão necessitam de acompanhamento, o que permite o diagnóstico precoce do segundo tumor e promove a cessação do tabagismo, reduzindo incidência de tumores metacrônicos. Muitas vezes, segundo tumor é diagnosticado após 60 meses do primeiro, o que justifica o seguimento prolongado. A sobrevida do segundo tumor é semelhante a do primeiro.

JORGE FERNANDO MAMEDE MOREIRA MOREIRA; CLAUDIO RIBEIRO DA CUNHA DA CUNHA; PAULO CESAR SANTOS SANTOS

Universidade Federal de Uberlandia

Santos P.C<sup>1</sup>., Cunha C. R<sup>1</sup>., Moreira J. F. M<sup>2</sup> Correspondencia:rua Bernardo Cupertino 704 CEP 38400 444 jorgefmm@hotmail.com (34) 3235 0020 **Introdução:** A maioria dos tumores mediastinais são assintomáticos e, portanto são descobertos incidentalmente. O objetivo desse trabalho é descrever o caso de um paciente politraumatizado, com grande aumento da área cardíaca, submetido à toracotomia. Foi encontrado grande massa no mediastino e o diagnóstico anátomo patológico foi de teratoma mediastinal maduro. Paciente do sexo masculino, de 29 anos, vítima de acidente automobilístico, hemodinamicamente instável. Radiografia de tórax evidenciou alargamento de mediastino. A imagem torácica e sinais clínicos indicaram a toracotomia exploradora que evidenciou grande massa encapsulada no mediastino anterior, com aderência pleural, aderências na veia inominada, rechaço ao miocárdio para região posterior, com pêlos, tecido epidérmico e osso. Foi realizada ressecção total da massa tumoral. Ao exame macroscópico: massa de 1327,0 g e mediu 21,0 x 15,0 x 11,0 cm. Ao exame histopatológico, foi possível visualizar um aspecto variegado, com áreas contendo pêlos e material ósseo, sendo compatível com teratoma sólido, maduro, com ausência de sinais de malignidade. No pós operatório imediato o paciente evoluiu de forma estável, recebendo alta para seguimento ambulatorial. O teratoma mediastinal é uma entidade rara, que se torna sintomática quando invadindo ou comprimindo estruturas adjacentes. A intervenção cirúrgica, com ressecção total do teratoma é o único tratamento curativo e deve ser realizado tanto em pacientes sintomáticos como em pacientes assintomáticos. O “achado” deste paciente se deu pelo politraumatismo e teve boa evolução após a cirurgia.

ANDRÉ GALANTE ALENCAR ARANHA ARANHA Santa Casa de Santos

**INTRODUÇÃO:** com o aumento da longevidade os pacientes oncológicos, com potencial de ressecção, chegam a nós cada vez mais velhos, por vezes com mais de 80 anos. Recomenda se na avaliação pré operatória que alguns critérios de seleção sejam obedecidos. Os pacientes idosos, com mais de 70 anos devem ter Karnofsky maior ou igual a 70%, e avaliação funcional cardiorrespiratória adequada. Pacientes com VEF1 menor que 60% ou menor que 1L; PaO2 menor que 60 mmHg e PaCO2 maior que 40mmHg devem ser excluídos da cirurgia. **CASUÍSTICA:** relatamos 15 doentes, 4 mulheres e 11 homens, com 80 anos completos ou mais, todos portadores de carcinoma primário pulmonar operados de 1998 a 2008. A idade variou de 80 a 92 anos. Todos os doentes foram estadiados no pré operatório com broncoscopia, TC de tórax, crânio e abdome superior, e USG de abdome. Um doente realizou PET CT. **RESULTADO:** As cirurgias realizadas foram: seis lobectomias superiores direitas radicais, sendo uma delas com toracectomia de três arcos costais; duas lobectomias inferiores radicais a direita; uma lobectomia radical superior esquerda simples e uma com broncoplastia, três lobectomias radicais inferiores à esquerda, uma bilobectomia inferior radical e uma pneumonectomia radical direita. O tempo de Internação variou de 7 a 20 dias, com média de 10 dias. O estadiamento cirúrgico mostrou três doentes em estadio IA, seis estadio IB, dois IIB, e quatro IIIA. **COMPLICAÇÕES:** ocorreram dois óbitos na internação, um por provável embolia pulmonar no PO 15 e outro por complicação na sala de recuperação anestésica de causa mal definida. Dois doentes apresentaram quadro depressivo no pós operatório prolongando o tempo de internação. **DISCUSSÃO:** devido ao pequeno número de referencias de pacientes operados com mais de 80 anos, achamos oportuno relatar nossa casuística. Acreditamos ser muito importante a seleção criteriosa em relação ao estadiamento pré operatório e a avaliação cardio respiratória deve ser rigorosa, principalmente nessa população de maior idade. **SEGUIMENTO:** sete doentes encontram vivos, três com mais de 5 anos, dois com 3 anos, um com 8 meses e outro com 3 meses de seguimento. **CONCLUSÃO:** seguindo os critérios habituais de avaliação pré operatória e de exclusão para pacientes idosos com mais de 70 anos, é possível oferecer a doentes octogenários a melhor opção de tratamento.

ALEXIS LUIS PEREIRA MASTRI MASTRI; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO TORO; JOSE GERALDO DOS SANTOS SANTOS ; JOSE CLAUDIO TEIXEIRA SEABRA SEABRA; RICARDO KALAF MUSSI; JOAO PAULO AGUIAR JORDAO MAINARDI MAINARDI; KARINA CUZIOL Hospital Clinicas da Universidade Estadual de Campinas

P.S.F., 45 anos, masculino, com quadro de fraqueza generalizada, perda de peso, diabetes e HAS de difícil controle. Se apresentava em REG, hipoativo, com estrias abdominais, acne e edema facial, além de níveis aumentados de acth 134pg/ml (vr 46pg/ml). Após teste de supressão com dexametasona se mostrar negativo, feito hipótese diagnóstica de SD cushing acth dependente. RM crânio e CT abdomen sem alterações em hipófise e glândulas adrenais respectivamente. CT tórax mostrava nódulo lobo inferior esquerdo de 1,5 cm de diâmetro sem captação à pet CT. Ressecção de nódulo pulmonar por técnica videoassistida evidenciou tumor carcinóide típico de 1,2 cm com margens cirúrgicas livres. Imunohistoquímica da lesão mostrou marcadores positivos para tu neuroendócrino, além de marcador para ACTH. Apresentou melhora clínica gradual com diminuição de antihipertensivos e de insulina e queda de acth (93,7 pg/ml) após 2 semanas. Após 4 semanas realizado lobectomia inferior esquerda e esvaziamento linfonodal, com estadiamento patológico t2n2mo. Dois meses após a cirurgia paciente sem uso de antihipertensivos e insulina, e apresentando valor de acth de 26,8 pg/ml. **Discussão:** O tumor carcinóide representa aproximadamente 1,2 % das neoplasias primárias de pulmão, sendo o carcinóide típico responsável por 80 a 90% dos casos. A maioria dos casos (60%) são sintomáticos, sendo os mais comuns tosse, hemoptise e infecção pulmonar. Podem se apresentar como síndromes paraneoplásicas como a síndrome carcinóide e a síndrome de cushing, sendo que esta ocorre em aproximadamente 2% dos casos. Os tumores carcinóides típicos geralmente não apresentam metástases linfonodais (87%), porém podem se apresentar como n1 ou n2 em 10% e 3% dos casos, respectivamente.

KARINA CUZIOLE; ALEXIS LUIS PEREIRA MASTRI; JOÃO PAULO JORDÃO AGUIAR MAINARDI; JOSÉ GERALDO DOS SANTOS; RICARDO KALAF MUSSI; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO FCMUnicamp

C.S.L., feminina, 16 anos, procurou a Unidade de Emergência Referenciada da UNICAMP em jul/2008 relatando dispnéia aos moderados esforços e discreta dor torácica há 30 dias; previamente hígida. Apresenta se pouco dispnéica, ausculta abolida em hemitórax esquerdo, maciez à percussão, sem alterações em hemitórax direito. O radiograma de tórax mostrou opacidade difusa e homogênea à esquerda e a tomografia computadorizada de tórax, uma grande massa intra torácica. Realizada biópsia transtorácica da lesão com agulha trucut, cujo laudo foi: tumor neuroectodérmico primitivo (PNET) de parede torácica (tumor de Askin). Sendo, assim, foi encaminhada para a Oncologia Clínica para quimioterapia. Ao fim do 7º ciclo, em fev/2009, pela boa resposta ao tratamento e redução da massa tumoral em 90% foi indicada cirurgia. Apresentava exames pré operatórios normais, exceto por discretas alterações no coagulograma (RNI: 1,30 e R: 1,31). Submetida a cirurgia, houve ressecção total da lesão e parcial dos lobos superior e inferior. Apesar de manter exames laboratoriais normais, apresentou sangramento volumoso pelos drenos de tórax necessitando de novas reintervenções no 1º e 2º dias de pós operatório (ausência de sangramento ativo; optado por deixar compressas para hemostasia). Caso discutido com a Hematologia que indicou o uso do fator VII ativado (total: 3 doses). A paciente foi encaminhada para a UTI para estabilização clínica e hemodinâmica e, após dois dias, reoperada para retirada de compressas. No 9º dia de pós operatório, apresentou midríase e convulsão tônico clônica generalizada. Na investigação, foi realizada tomografia computadorizada do crânio que mostrou trombose bilateral das artérias cerebrais posteriores. Optou se pelo seguimento clínico, já que a paciente estava estável e sem seqüelas. Recebeu alta hospitalar por volta do 20º dia de pós operatório e atualmente encontra se em bom estado clínico, novamente em quimioterapia. O exame anatomopatológico confirmou o laudo da biópsia. Não está muito bem estabelecido que tumores neuroectodérmicos causem alterações específicas da coagulação. Nesse caso, somente após o uso do fator VII ativado houve parada do sangramento e a paciente apresentou a complicação mais comum desse tipo de medicamento (AVC).

ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO; CRISTIANE YURI MATSUO; ERIKA BONFIETTI; ÉRICA NISHIDA HASIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO  
Universidade Estadual Paulista FMB UNESP

RELATO DE CASO: JIS, masculino, 22 anos. Há 1 mês vinha apresentando tosse seca, dor torácica em região esternal e dispnéia aos médios esforços, acompanhada de perda de 5kg no período. A radiografia de tórax mostrava massa mediastinal anterior com projeção para hemitórax direito. Realizada tomografia de tórax que mostrou massa (12,8x10,4x12cm) em mediastino anterior, com realce periférico e necrose. A biópsia guiada da lesão foi sugestiva de timoma. A ultrassonografia de bolsa escrotal mostrou testículos normais com discreta redução de tamanho do esquerdo. Mas a alfa feto proteína foi de 22.000, com beta hcg normal. Foi realizada quimioterapia para tumor germinativo, com redução de 50% da massa e queda da alfa feto proteína para 98. Foi optada então pela cirurgia. Realizada esternotomia mediana onde evidenciou se a massa aderida à veia braquiocefálica esquerda, à veia cava superior e ao pericárdio e infiltrando o parênquima pulmonar de lobos superior e médio. Realizada ressecção com margens em parênquima e econômica nos vasos. Deixados cliques para radioterapia em margens suspeitas. Evoluiu bem, recebendo alta no 7º PO. O anátomo patológico da peça cirúrgica foi um tumor germinativo (90% Yolk sac, 10% carcinoma embrionário), com 80% de necrose, sem invasão da cápsula ou de partes moles. Foi encaminhado para complementação quimioterápica. DISCUSSÃO: Os tumores germinativos do mediastino correspondem a 10% de todos os tumores do mediastino. O diagnóstico radiológico é difícil e a biópsia com agulha pode não ser elucidativa, mas a presença de marcadores como a alfa feto proteína e o beta hcg, determinam a origem dos mesmos. Entre eles, Yolk sac ou tumor de saco vitelínico, é o de pior prognóstico e predomina em indivíduos do sexo masculino na quarta década de vida.

DANIELE CRISTINA CATANEO; NELISE LUCIANO MARVULO; JULLIANO FERNANDES CAMPOS GUIMARÃES; ÉRICA NISHIDA HASIMOTO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO  
Universidade Estadual Paulista FMB UNESP

RELATO DE CASO: CAV, feminino, 26 anos. Há 2 anos vinha apresentando pneumonias de repetição, sendo que em três delas foi necessária internação hospitalar para tratamento. Nos antecedentes pessoais, só tinha como positivo ser ex tabagista. O exame físico era normal. A radiografia de tórax evidenciou massa irregular peri hilar direita. A tomografia de tórax mostrou atelectasia do segmento 6 do lobo inferior direito. A broncoscopia evidenciou lesão vegetante de aspecto esbranquiçado ocluindo completamente o óstio do segmento 6 à direita. O lavado mostrou processo inflamatório com predomínio de histiócitos. A biópsia de lesão foi compatível com tumor de células granulares. Foi inicialmente submetida a segmentectomia anatômica e a peça foi encaminhada para a biópsia de congelação. A avaliação da peça mostrou comprometimento da margem cirúrgica brônquica, sendo então optada pela realização de bilobectomia média e inferior. A paciente evoluiu bem no pós operatório recebendo alta no 8º PO. DISCUSSÃO: O tumor de células granulares é uma neoplasia de origem mesenquimatosa, quase sempre benigna, mas com tendência a recidivar. É mais comumente encontrado no sexo feminino, em indivíduos de raça negra, na quarta década de vida. Embora surja com maior frequência na cabeça e no pescoço, tem sido descrito em quase todas as áreas do corpo. A sua ocorrência no pulmão é extremamente rara. Nestas situações, a broncoscopia é de utilidade diagnóstica fundamental. No caso da nossa paciente, pelo fato da margem cirúrgica comprometida não permitir ampliação sem perda de dois lobos, optamos pela bilobectomia pelo fato do tumor apresentar alta probabilidade de recidiva e a função pulmonar da paciente suportar tal perda.

RUDOLF K, F, DE OLIVEIRA; JONATHAN J, FERNANDEZ; LUCIANA DOS SANTOS ANDREATA; MARIA DO CARMO CRUVINEL; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA  
Hospital do Servidor Público Estadual

HMA: Masculino, 36 anos. Há 15 dias com dispnéia aos moderados esforços e tosse produtiva com expectoração clara, associado a dor torácica em hemitórax direito de moderada intensidade, não ventilatório dependente. Emagrecimento de 7 Kg em 2 meses. Negava tabagismo. EF: Eupneico, MV diminuído em terço superior de hemitórax direito, anteriormente, sem ruídos adventícios. Saturação 99%. Exames complementares: Hb 12.2g/dl, Ht 36.9% e DHL 2231U/l. Radiografia de tórax com massa em terço médio e superior de hemitórax direito, confirmado por TCAR. Biópsia percutânea da lesão evidenciou à imunohistoquímica tumor neuroepitelial primitivo (pPNET). Evolução: Internou se para quimioterapia 2 meses após o início do quadro. Encontrava se dispneico aos mínimos esforços, com adinamia intensa e tosse seca, episódios de sudorese noturna com febre 37,8 39°C e anemia (Hb10,5g/dl e Ht 34,4%). Iniciado quimioterapia com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, com programação para ifosfamida e etoposide posteriormente. Evoluiu com melhora importante dos sintomas, principalmente do quadro de dispnéia, além de melhora radiológica significativa. Discussão: pPNET trata se de uma neoplasia pertencente à família do sarcoma de Ewing, com incidência de 300 casos/ano segundo dados norte americanos. Predomina em homens adultos jovens e crianças. Mostra se como uma neoplasia extremamente agressiva com alta taxa de metástases (C" 100%) e alta mortalidade (30 90%). No caso em questão temos um homem fora da faixa etária esperada, sem metástases evidentes e com fatores de mau prognóstico, porém com boa resposta inicial à quimioterapia proposta.





## ÍNDICE DOS AUTORES

<b>A</b>		
ABENSUR, R.A.	21	
ABSABER, A.	50	
ACENCIO, M.	43, 44,	22
ACENCIO, M.M.P.	23	
ADIB, R.	21	
AFIUNE, J.B.	46	
AFONSO JR., J.E.	44	
ALBUQUERQUE, A.L.P.	35,	36
ALBUQUERQUE, A.	35	
ALBUQUERQUE, P.R.	25	
ALMEIDA JR., L.C.F.	25	
ALONSO, A.C.R.	38	
ALVARES, F.	50	
AMARAL, R.A.F.	29,	30
AMORIM, T.G.F.	43	
AMORIM, P.B.S.	30	
ANDRADE, C.H.S.	32	
ANDREATA, L.S.	18,	20, 47, 49, 52
ANDRETA, L.	30,	40, 49
ANTONANGELO, L.	23	
ANTOUN, JR, R.	24	
ANTUNES, C.M.	33	
ANTUNES, T.	19	
APANAVICIUS, A.	38	
ARAGÃO, M.D.	31	
ARAKAKI, J.S.O.	13,	27
ARANHA, A.G.A.	48,	51
ARAUJO, J.	45	
ARAUJO, A.C. S.	41,	42
ARAUJO, N.T.	12	
ARAUJO, A.C.S.	42	
ARBEX, R.F.	28,	37, 46, 50
ARBEX, R.	26,	37
ARBEX, M.A.	26,	46
ARBEX, F.F.	15	
ARDENGH, J.C.	48	
ATHANAZIO, M.	50	
ATHANAZIO, R.	31,	37
ATHANAZIO, R.A.	13,	18
ATHANAZIO, R.	14	
AZAMBUJA, L.F.	23,	28, 51
AZEVEDO, S.	13,	14, 31
AZEVEDO, E.	28	
<b>B</b>		
BACCELLI, F.D.	23	
BACETI, P.A.	38	
BAKOWSKY, E.	38,	39
BALARIN, G.S.	25	
BALDI, B.G.	20,	28, 48
BALDOW, R.	31,	48
BALTHAZAR, A.B.	26,	27, 49
BAMMANN, R.H.	24,	48
BARBAS, C.V.	19	
BARBEIRO, A.S	47	
BASTOS JR, R.	17	
BERALDO, C.T.	25	
BERALDO, C.L.	20	
BERALDO, B.	20	
BEVILACQUA, E.B.	42	
BEZERRA, L.B.M.	18,	19, 21, 46
BEZERRA, L	37	
BEZERRA, L.B.M.	13,	18, 19
BIANCHI, O.	50	
BIAZUSSI, I.	40	
BIBAS, B.J.	16	
BOGOSSIAN, M	12	
BOMBARDA, S.	46	
BONFIETTI, E.	29,	52
BONFIM, D.	35	
BONINI, E.H.	46	
BORGES, H.S.A.R.	41,	42
BOTTO, C.C.	12	
BOTTO, I.F.	12	
BRAGA, A.L.	26	
BRANDAO, R.	22,	43
BREVIGLIERI, L.R.	27	
BRITO, H.F.	36,	37, 40, 41, 46, 50
BRITO, A.R.M.	25	
BRITO, H.F.	22	
BRUNHEROTTI, M.A.A.	34,	43
BUFFOLO, E.	27	
<b>C</b>		
CABRA, M.	41	
CAETANO, L.S.B.	28	
CALIL, T.O.	42	
CAMARGO, S. M.	38	
CAMARGO, A.A.	32	
CAMARGO, L.	31	
CAMINO, A.M.	21,	27, 37
CAMPELO NETO, E. C.	36	
CAMPOY, H.M.	15,	17, 47
CANZIAN, M.	28,	48
CAPELOZZI, V.	48,	50
CAPELOZZI, V. L	19	
CAPITANI, E.M.	26,	21, 28, 47
CARAMORI, M.L.	44	
CARBONELL, R.C.	45	
CARRARA, G.F.A.	25	
CARRARO, D.	48	
CARRARO, R.M.	44	
CARUSO, P.	22,	43
CARVALHO, C.	28,	35, 37
CARVALHO, C.R.F.	21,	30
CARVAS, M.	42	
CASTRO, A.C.P.	24	
CATANEO, D.C.	23,	29, 33, 34, 36, 47, 52
CATANEO, A.J.M.	23,	29, 33, 47, 52
CATELLANO, M.V.	40	
CATUNDA, L.	38	
CATUNDA, L.G.	39	
CAVALCANTE, P.	46	
CAVALCANTE, P.O.	23,	37
CENTRONE, R.	49	
CHAHUD, F.	50	
CHIAVEGATO, L.D.	34,	35
CHIOVATTO, J.E.V.	19	
CHIOVATTO, R.V.	19	
CHOI, E.M.O.	24	
CIPRIANI, S.G.C.	26	
COELHO, D.C.L.	31	
COELHO, D.	28	
COELHO, L.S.	21	
COELHO, D.	20	
COIMBRA, J.P.R.	13,	32
COLETA, K.D.	29,	30
COLUCCI, D.	34	
CORSO, S.D.	32	
CORSO, S.	32	
COSTA, T.	48	
COSTA, L.P.	42	
COSTA, A.	38	
COSTA, A.N.	38	
COSTA, A. J.	14	
COSTA JR., A.S.	17,	47
COUTINHO, H.M.	18,	49
COUTINHO, H.	40,	43
CRENITTE, M.R.F.	42	
CROMWELL, B.C.	17	
CRUVINEL, M.C.	18,	20, 29, 47, 49, 52
CUCKIER, A.	13,	18
CUKIER, A.	13,	14, 30, 31, 35
CUNHA, C.R.	51	
CUNHA, D.	46	
CUNHA, T.M.	24,	36
CUZIO, K.	16,	52
<b>D</b>		
DANTAS, T.C.A.	20	
DAUD, D.F.	15,	17, 47
DAVID, Y.R.	31	
DELDUQUE, R.D.	25	
DIAS, O.M.	28,	44, 48
DIAS, C. T.	25	
DIAS, C.C.L.	24	
DIAS JUNIOR, S.A.	35	

DOMINGUES, V.R.	42	GREGORIO, M.G.	33	LORENTZ, G.Z.	21, 26, 27, 28, 47
DOURADO, L.K.	18, 19, 21, 37, 46	GUILHEN, J.C.S.	27	LUNARDI, A.C.	30, 35
DRACOUAKIS, S.S.	28	GUIMARÃES, J.F.C	33, 52	<b>M</b>	
		GUSTIN, E.C.	24	MACHADO, M.C.L.	29
<b>F</b>				MADEU, D.	27
FABRO, A.T.	19	<b>H</b>		MAGALHÃES, E.F.	20
FACCIO, A.A.	50	HAFNER, M.L.M.B.	38	MAINARDI, J.P.J.A.	16, 52
FARESIN, S.M.	35	HASIMOTO, E.N.	23, 29, 33, 47, 52	MALAGUTI, C.	32
FARESIN, S.	34	HASIMOTO, F.N.	15, 17	MANUEL, P.	24
FATURETO, M.C.	25	HIRANO, L.	35	MARCHETTI, M.A.	15
FÉLIX, R.H.M.	25	HOVNIANIAN, A.	28	MARCOLINI, D.R.	50
FENILI, R.	22, 43			MARIANI, A.W.	45
FENILI, T.G.	22	<b>I</b>		MARKUS, J.	24
FERNANDES, P.M.P.	44, 45	IAMONTI, V.C.	40, 41	MARTINS, E.C.V.	13, 32
FERNANDES, F.G.	45	IMAEDA, C.J.	12, 15, 17	MARTINS, H.	43
FERNANDES, S.T.	40	ISHY, A.	24	MARVULLE, V.	40, 41
FERNANDES, R.S.	40	IZBICKI, M.	51	MARVULO, N. L.	33, 52
FERNANDES, F.	13, 14, 31			MASO, F.D.	39, 40, 42
FERNANDES, P.	24	<b>J</b>		MASTRI, A.L.P.	16, 52
FERNANDES, P.M.P.	44	JACOMELLI, M.	33	MATOS, J.S.	32
FERNANDEZ, J.J.	20, 28, 47, 52	JAMNIK, S.	50, 51	MATSUO, C.Y.	29, 52
FERNANDEZ, J.	40, 49	JARDIM, J.R.	40, 41	MAUAD, T.	20
FERNANDEZ, A.	24	JASINOVODOLINSKI, D.	22	MAZZARO, P.J.M.	38
FERRARI, R.S.	23, 47	JATENE, F.B.	16, 24, 44, 45	MEDEIROS, I.L.	24, 45
FERREIRA, M.L.	21, 26, 27, 28, 37, 47	JOHANSON, G. H.	38	MEDEIROS, E.S.	38
FERREIRA, F.R.	42	JULIANO, Y.	12	MEDEIROS, E.A.S.	39
FERREIRA, A.L.	33	JUNIOR, R.Q.	26	MEDEIROS JR, P.	38
FERREIRA, E.	27	JÚNIOR, C.A.L.	28	MELO, C.R.	28, 46, 51
FERREIRA, R.G.	22	JUNQUEIRA, J.J.M.	24	MELO, C.B.C.	15, 17, 47
FERREIRA, G.R.	21	JUSTINO, T.	32	MELO, F.F.	46
FIGUEIREDO, V.	33			MELO, C.	15, 23
FIGUEIREDO, V.R.	33	<b>K</b>		MENDES, H.C.B.	31
FILHO, M.T.	48	KAIRALLA, R.A.	20, 21, 28, 38	MENDONÇA, M.F.	24
FILHO, F.S.S.L.	40	KATO, S.H.	49	MENDONÇA, T.O.	13, 18, 19, 21
FILHO, J.E.	38	KATO, L.T.	13, 48	MENDONÇA, T	37
FILHO, M.A.C.	27	KAWASAKI, A.	20	MESSINA, C.M.S.	23, 37, 46
FIGUEIREDO, V.	33	KAWASSAKI, A.M.	21	MILINAVICIUS, R.	28, 38, 39
FIORE, J.	34	KHENAIFES, T.E.G.	34, 35, 36	MINAMOTO, H.	16, 44
FLORINDO, I.M.	42	KUBAGAWA, L.	34, 35	MIOTTO, A.	18
FOLLADOR, E.	41	KUNITAKE, C.T.	42	MIRANDA, E.F.	32
FORTE, V.	17	KURANISHI, L.	22, 36, 50	MOLINA, C.	42
FORTUNA, F.	30			MOLINA, C.B.	41
FREDERICO, F.	31	<b>L</b>		MORABITO, F.	20, 28
FUKUDA, C.	50	LAMOUIERE, E.	45	MORAES, G.M.I.	12
FUKUDA, C.Y.	19, 36, 37, 46, 50	LASTE BASSE, F.	49	MORAIS, J.	20
FURLAN, V.	31	LAVRATTI, C.D.	42	MORATO, J.B.	20
		LAZARINI, C.A.	38	MOREIRA, J.F.M.	15, 51
<b>G</b>		LEÃO, L.E.V.	14, 15, 17, 47	MORETTO, D.	40
GALHARDI, C. M.	39	LEITE, A.	33	MORRONE, N.	21
GALHARDO, M.L.	26	LEME, M.S.T.	21, 26, 27, 28, 37, 47, 49	MORSCH, A.L.B.C.	39, 40, 42
GAMBEIRO, N. M.	38, 39	LIMA, J.F.	34, 35, 36	MOULIN, L.	40
GENOFRE, E. H.	23	LIMA, J.F.	34	MOYSÉS, J.B.	41
GIL, F.S.U.	21	LIMA, D.F.	29, 30	MUSOLINO, R.	18, 20, 31, 48
GIOVANI, M.D.	48	LIMA, R.S.	25	MUSOLINO, R.S.	21
GODOY, I.	29, 30, 41	LITVOC, M.	38	MUSSI, R.K.	16, 52
GOMES, P.	21	LOPES, M.	49	MUTTI, A.	31
GOMES, M.	37			<b>N</b>	
GOUVEIA, J.P.S.	38, 39				
GRAVINA, L.B.	30				



NAKATANI, J.	38, 39	PERON, S.F.	12	SANTOS, M.	40
NALETTO, M.A.	37	PIMENTA, R.E.F.	23, 47	SANTOS, L.S.	38
NAVARRO, F.	27	PINHEIRO, L. A.	41	SANTOS, D.O.	30
NEDER, J.A.	27, 29	PINTO, S.H.A.	41	SANTOS, E.M.	24
NETO, E.E.	17	PINTO, R.M.C.	13, 30, 31	SANTOS, U.P.	21
NISHIDA, H. F.	15	PINTO, R.	13, 14, 31	SANTOS, J.G.	16, 52
NOGUEIRA, C.R.	31	PIROLLO, M.H.	26	SARMENTO, P.A.	12, 15, 17
NOLETO, G.	50	PIVA, F.	27	SARMENTO, P.A.S.	15
NOVELLI NETTO, D.	25	POLISEL, F.	35, 36	SCHMIDT, D.	39
NOVO, N.F.	12	POLIZIO, R.P.	42	SCHWELLER, M.	27
		POLONIO, I.B.	27, 38	SCUARCIALUPI, M.E.A.	29
		PRADO, G.F.	42	SEABRA, J.C.T.	16, 52
				SEISCENTO, M.	19, 21, 46, 33
<b>O</b>		<b>Q</b>		SEKIYA, E.	49
OKOSHI, K.	30	QUAGLIATO JR, R.	27, 37, 47, 49	SÉRVIO, T.C.	34, 35, 36
OLIVA, L.D.F.D.	42	QUEIROGAJR., F.J.P.	29	SHIGEMICHI, L.	34
OLIVEIRA, R.K.F.	29, 47, 52	QUEIROZ, L.F.	21	SILVA, A.R.B.	40
OLIVEIRA, E.K.	28, 51			SILVA, M.L.	40
OLIVEIRA, R.	43, 49	<b>R</b>		SILVA, R.F.	37
OLIVEIRA, E.K.B.	23, 37, 46	RACHED, S.	13, 14, 18, 19, 31, 37	SILVA, C.C.B.M.	30
OLIVEIRA, C.M.T.N.	23, 42	RAHAL, A.A.	29	SILVA JR, F.C.	44
OLIVEIRA, C.C.	19, 41	RAMOS, R.P.	13, 27	SILVADO, B.G.	51
OLIVEIRA, C.M.	40	REIS, M.	35	SOARES, M.R.	29
OLIVEIRA, R.	40	RESENDE, L. A. L.	16	SOARES, C.	26
OLIVEIRA, M.A.	12	REZENDE, S.M.	37, 47, 49	SOARES JR., N.X.	37
OLIVEIRA, D.L.M.	27	RIBEIRO, S.	22, 43	SOBREIRA, M.L.	29
OLIVEIRA, R.J.F.	25	RISSO, T.	34	SORIANO, S.	12
OLIVEIRA, R.K.F.	18, 20, 28	ROCHA, R.T.	38, 39	SOUSA, C.L.A.	25
OLIVEIRA, A.	14	RODRIGUES, M.	43	SOUZA, P.	50
OLIVEIRA, F.H.S.	16	RODRIGUES, M.M.	13, 28, 29	SOUZA, A.L.	45
OLIVEIRA, C.Y.	32	RODRIGUES, H.	31	SOUZA, V.J.	40
OLIVIERI, E.	48	RODRIGUES, D.S.	46	SOUZA, R.	28
ONISHI, R.	23	RODRIGUES JR., M.	46	SOUZA, R.C.	12, 15, 17
		RONDELLI, R.R.	32	SOUZA, J.M.	12
<b>P</b>		ROZIN, G.F.	13, 19, 46	STANZANI, F.	13, 37
PAISANI, D.M.	35	ROZIN, G.	37	STANZANI, V.L.T.S.	32
PAISANI, D.	34	RUIZ, R.L.J.,	16	STECCA, N.G.G.	28, 51
PALOMINO, A.L.M.	33	RUIZ JR, R.L.	23	STECCA, N.	22, 23, 36, 37, 46, 50
PARADA, A.A.	48	RUSSO, R.	37	STELMACH, R.	13, 14, 18, 30, 31, 33
PARES, D.	42	RYMKIEWICZ, E.	14	STIRBULOV, R.	27, 38
PARRA, E.	40, 48			STORRER, K.M.	50
PARRA, J.A.S.	26	<b>S</b>		SUCCI, J. E.	14
PASCHOAL, I.A.	21, 26, 27, 28, 37	SÁ, V.	48	SUESADA, M.M.	35
PASSARELLI, M.L.	27	SAITO, M.	21		
PASIN, L.R.	30	SALDIVA, P.H.	26	<b>T</b>	
PAVEZI, V.A.L.	35, 36	SALES, R.K.B.	23, 46	TAKAGAKI, T.	35, 37, 50
PAVEZI, V.	35	SALGE, J.M.	35, 36	TALIBERTI, B.H.B.	24
PEREIRA, C.A.C.18, 20, 22, 28, 29, 36, 47, 49, 52		SALLES, A.F.	41	TANNI, S.E.	21, 29, 30
PEREIRA, C.	40, 43	SALVADOR, A. P.	39	TAVARES, M.	37
PEREIRA, M.C.	27, 28, 37	SAMANO, M.N.	44, 45	TAVARES, M.S.	18, 19, 21
PEREIRA, R.S.C.	34, 36	SAMPAIO, M.G.E.	41	TEDDE, M. L.	16, 33
PEREIRA, R.	34	SANTORO, I.L.	50, 51	TEIXEIRA, R.H.O.B.	44
PEREIRA, D.A.S.	31	SANTOS, P.C.	51	TEIXEIRA, L.R.	23, 44
PEREIRA, D.	31	SANTOS, M.F.	49	TEIXEIRA, F.B.	31
PEREIRA, L.A.	26	SANTOS, M.	43	TEIXEIRA, L.	22, 43
PEREIRA, M.C.	21, 26	SANTOS, U.P.	42	TEIXEIRA, F.	20
PEREIRA, C.	31	SANTOS, S.R.	40, 41	TELES, C.A.	27
PERFEITO, J.A.J.	15, 17, 47			TELINI, W.M.	21
PERON, R.F.	12				

TEODORO, P.	34
TERADA, L.	40
TERRA, R.	16, 22, 43, 48
TERRA, R.M.	24
TERRA FILHO, J.	50
TONIDANDEL, P.R.	21, 26, 27, 28, 37, 47, 49
TORO, I.F.C.	16, 52
TORRES, E.T.R.	25
TORREZAN, C. O.	25
TRASEL, H.A.V.	30
TREPTOW, E.	22, 41
TREPTOW, E.C.	28, 41

## U

UNTERPERTINGER, F.V.	45
----------------------	----

## V

VALERY, M.I.	49
VARGAS, F.S.	23, 44
VELLOSO, E.	40
VENCO, F.E.	48
VERRASTRO, C.	23
VIANA, R.A.V.	49
VIANNA, E.O.	50
VICENTE, R.	41
VIDIGAL, L.H.G.	24
VIEIRA, P.C.B.	46
VIEIRA, F.S.	31
VILELA, A.T.	27
VOLPE, V.L.G.E.S.	23

## W

WAISBERG, D.	16
WEREBE, E.C.	45
WISNIEWSKI, M. W.	40

## Y

YONEZAWA, G.N.	49
YOO, H.H.B.	19

## Z

ZAMBON, B.	47
------------	----



