

ISSN 1981-4364

PNEUMOLOGIA Paulista



Órgão Informativo da
Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia

Volume 20 • Nº 4 • 2007



ARTISTAS PAULISTAS

**12^o CONGRESSO PAULISTA
DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**

UMA VEZ AO DIA
SINGULAIR®*

(MONTELUCASTE SÓDICO), MSD

Controle Eficaz dos Sintomas da Asma e da Rinite Alérgica^{1,2}



■ **A rinite alérgica pode piorar a asma**

■ **Os leucotrienos são importantes mediadores da inflamação na asma e na rinite alérgica**

Referência bibliográfica 1: Philip G. Nassek, MD, Serge MC et al. The effect of montelukast on rhinitis symptoms in patients with asthma and seasonal allergic rhinitis. *Curr Med Res Opin* 2004;20(10):1549-1558. **2:** Koon S, Francis JA, Bagnard H et al. Montelukast, a leukotriene receptor antagonist, for the treatment of perennial asthma in children aged 2 to 5 years. *Pediatrics* 2001;108:1-10.

SINGULAIR/SINGULAIR Baby (montelucaste sódico), MSD. INDICAÇÕES: em pacientes pediátricos a partir dos 6 meses de idade e adultos, profilaxia e tratamento crônico da asma (incluindo prevenção de ataques graves e noturnos), da broncoconstrição induzida por exercício e tratamento de pacientes com asma sensível à aspirina, em pacientes pediátricos a partir de 2 anos de idade e adultos, além dos sintomas diurnos e noturnos da rinite alérgica. **CONTRA-INDICAÇÕES:** hipersensibilidade a qualquer componente do produto.

PRECAUÇÕES: SINGULAIR não é indicado para evitar o broncoespasmo em casos agudos de asma; os pacientes devem ter disponível medicamento de resgate adequado. A terapia com SINGULAIR pode ser mantida durante as exacerbações agudas de asma. SINGULAIR não deve substituir abruptamente os corticosteróides inalatórios de ação. A redução da dose do corticosteróide inalatório em pacientes que recebem medicamentos sistêmicos, inclusive antagonistas do receptor de leucotrieno, em casos raros, tem sido seguida pela ocorrência de um ou mais dos seguintes sintomas: exantema, eritema vasculoso, conjuntivite, síndrome de Churg-Strauss, vasculite eosinofílica sistêmica. Entressa a relação causal com o antagonismo do receptor de leucotrieno não tem sido estabelecida, cautela e monitoramento clínico são recomendados quando a redução de corticosteróide é considerada em pacientes que recebem SINGULAIR. SINGULAIR deve ser administrado com cuidado a pacientes, pois não se sabe se ele é excretado no leite materno. Não foram observadas diferenças nos perfis globais de segurança e de eficácia de SINGULAIR em pacientes com 65 anos de idade ou mais e pacientes mais jovens. SINGULAIR somente deverá ser administrado a gestantes quando for absolutamente necessário. Pacientes com leucocitose devem ser informados de que os comprimidos rosáqueiros de 4 mg e 5 mg contêm o equivalente a 0,074 e 0,042 mg de aspartame, respectivamente. **REAÇÕES ADVERSAS:** as reações adversas foram levemente leves e geralmente não requerem descontinuação da terapia. A incidência global das reações adversas relatadas com SINGULAIR foi comparável à do placebo. Com o tratamento prolongado, o perfil de experiências adversas não se alterou significativamente.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: SINGULAIR pode ser administrado com outros medicamentos usados rotineiramente para a profilaxia e o tratamento crônico da asma. Não é recomendada a terapia psicológica de SINGULAIR, porém monitoração clínica adequada é aconselhável quando indicações podem ser indicadas para atender às necessidades do paciente. Pacientes com asma e rinite alérgica devem administrar apenas um comprimido diariamente à noite. A posologia para pacientes a partir de 15 anos de idade é de 1 comprimido de 10 mg diariamente para pacientes com 6 a 14 anos de idade, e de 1 comprimido rosáqueiro de 5 mg ou 1 comprimido rosáqueiro de 10 mg para pacientes de 2 a 5 anos de idade e de 1 comprimido rosáqueiro de 4 mg ou 1 sachê de grânulos oral de 4 mg diariamente e para pacientes de 6 meses a 2 anos de idade é de 1 sachê de grânulos oral de 4 mg diariamente. **REGISTRO MS:** 1.0029.1005 - RENDM (SEM PRESCRIÇÃO) MÉDICA.

Nota: antes de prescrever, recomendar ou ler para do Circular aos Médicos (Cim) completa para informações detalhadas sobre o produto.

* Marca registrada de Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA.

 **MERCK SHARP & DOHME**

MC 069/08 04-2007-804-08 BR-066-J

 **on line**
08000-12232
E-mail: online@merck.com
www.msdonline.com.br

DIRETORIA - BIÊNIO 2006/2007

Presidente: Dr. Rafael Stelmach
Vice-Presidente: Dra. Thais Helena Abrahão Queluz
Secretária Geral: Dra. Lisete Ribeiro Teixeira
1ª Secretária: Dra. Regina Maria de Carvalho Pinto
2º Secretário: Dr. Ricardo Henrique de Oliveira B. Teixeira
Diretor de Finanças: Dr. José Eduardo Delfini Cançado
Diretor de Assuntos Científicos: Dr. Mauro Gomes
Diretor de Divulgação: Dr. Ronaldo Perches Queiroz

COMISSÕES

Assuntos do Interior: Dr. Ciro de Castro Botto
Defesa Profissional: Dr. Marcelo Gervilla Gregório
Ensino: Dra. Suzete Varela Mayo
Promoções: Dr. Marco Ricardo Russo
Assuntos da Grande São Paulo: Dr. Sidney Bombarda
Informática: Dr. Federico Enrique Garcia Cirpiano

DEPARTAMENTOS

Cirurgia Torácica: Dr. Luis Miguel Meleiro Sancho;
Dr. André Galante Alencar Aranha;
Dr. Carlos Jogi Imaeda
Endoscopia Respiratória: Dr. Hélio Minamoto;
Dr. Eduardo Quintino de Oliveira; Dra. Viviane Figueiredo
Pediatria: Dr. Bernardo Kiertsman; Dra. Maria Helena Bussamra; Dra. Marina Buarque de Almeida
Fisioterapia Respiratória: Lara Maris Nápolis;
Carla Malaguti; João Paulo Bampa da Silveira

SUB-SEDES

Sub-sede do ABC

Presidente: Fred Kenji Wada;
Secretário: Adriano César Guazzelli

Sub-sede de Araraquara / Bauru

Presidente: Antonio Delfino de Oliveira Júnior;
Secretário: Eduardo Henrique Bonini

Sub-sede de Botucatu

Presidente: Hugo Hyung Bok Yoo

Sub-sede de Campinas

Presidente: Mônica Corso Pereira;
Secretário: Ricardo Kalaf Mussi

Sub-sede de Marília

Presidente: Virgínia Maria Cavallari Strozze Catharin

Sub-sede de Ribeirão Preto

Presidente: Nelson de Araújo Vega;
Secretário: Ana Carla Souza de Araújo

Sub-sede de São José dos Campos

Presidente: Douglas Carlyle Belculfiné

Sub-sede de São José do Rio Preto

Presidente: Luiz Homsj;
Secretário: Elaine Mara Cesaretti de Paula

CONSELHO FISCAL

Efetivos: Mário Terra Filho; Miguel Bogossian;
Roberto Stirbulov
Suplentes: Alberto Cukier; Maria Isolina Del Tedesco Lins;
Roberto Onishi

BOLETIM SPPT

Órgão Informativo da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia

Editor Responsável: Thais Helena Abrahão Thomaz Queluz
Editoração Eletrônica: Miriam Miranda
Impressão: Gráfica Riopedrense • Tiragem: 1500 exemplares

SUMÁRIO

EDITORIAL	4
ASMA	6
CIRURGIA TORÁCICA	7
DOENÇAS AMBIENTAIS E OCUPACIONAIS	15
DOENÇAS INTERTICIAIS	18
DOENÇAS PLEURASIS	21
DPOC	24
ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA	26
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA/ REABILITAÇÃO	30
FUNÇÃO PULMONAR	31
HIPERTENSÃO PULMONAR	33
INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS	33
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	38
OUTROS	39
PNEUMOPEDIATRIA	45
SONO	47
TABAGISMO	47

NOSSA CAPA

Paineira em flor - Tuco Amalfi, 2005

Até onde consigo lembrar, mais ou menos com quatro ou cinco anos de idade, comecei a desenhar e pintar tudo o que via e sentia nas minhas descobertas e experiências em contato com a natureza. Ainda hoje faço a mesma coisa, procurando mostrar a essência espiritual do universo criado por Deus, através de visões e revelações, que surgem espontaneamente e que fazem parte do meu processo de criação. A mitologia da minha própria vida, a música, momentos e sentimentos são transformados em quadros (*texto do autor*).

Para conhecer mais sobre as obras de Tuco Amalfi visite o site: www.tucoamalfi.com

Mensagem de final de gestão

Caríssimos sócios e participantes do XII Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia,

Nesta edição que encerra o ano e contempla os resumos dos trabalhos a serem apresentados no nosso Congresso, aproveite o espaço para deixar uma mensagem especial uma vez que este momento encerra a gestão 2005-2007. Hora de serenidade para avaliar o que não foi feito. Mas também, hora de destacar o que a Diretoria atual fez pelo crescimento da SPPT e da Pneumologia Paulista. Não é possível fazê-lo se não pelo começo, ou seja, pelo processo eleitoral de 2005.

O grupo auto-intitulado “a pneumologia de todos nós” montou a chapa “tempo de renovar” e participou de uma disputada eleição. Venceu com 146 votos, um a mais que a concorrente. Houve quem dissesse que a SPPT era muito pequena para suportar uma eleição. Ou que não havia razão de termos duas ou mais chapas porque as propostas não teriam diferenças programáticas. Ou ainda, que a montagem de uma segunda chapa era uma traição ao sistema de rodízio entre serviços para indicar a presidência da SPPT. E, também, que se tratava de uma reivindicação prematura de quem não tinha maturidade para esperar sua vez de ser presidente.

Candidato a presidente e um dos idealizadores das propostas do grupo, não concordava, e ainda não concordo, com estas avaliações. Fui diretor da SPPT por oito anos antes que pleiteasse o cargo. Participei ativamente de todas as atividades, científicas ou não, da SPPT. Exerci, entre outros, o cargo de secretário da SPPT e editor do Livro de Atualização. Ajudei a organizar quatro Congressos Paulistas e tive o privilégio de ser tesoureiro e membro da comissão científica do Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia realizado em São Paulo em 2002. Este currículo, aliado ao fato de ter finalizado minha formação como pneumologista em 1989 (cerca de dez anos depois da maioria dos presidentes que me antecederam), embasava minha discordância.

Decorridos quase 30 anos de sua criação, era preciso reorientar a SPPT para um novo tempo. A maneira tradicional de realizar as eleições – divisão de cargos pelos serviços fundadores – perpetuava como seu objetivo principal, senão único, a educação continuada. A SPPT foi extensão destes serviços para esta ação principal. E, embora tivesse ocorrido em 2003 uma ampliação dos participantes no rodízio de cargos, a maior parte dos serviços da Grande São Paulo e do Interior não participavam dele. Neste período o país mudou e mudaram as condições do trabalho médico. Ampliaram-se os serviços de pneumologia. Medicina baseada em evidência, produção científica e inserção internacional passaram a ser os principais objetivos perseguidos pelas grandes instituições universitárias formadoras de pneumologistas.

Ampliação da participação, valorização e defesa profissional são os novos objetivos deste momento, sem esquecer a educação continuada.

Esta mensagem sustentava o “tempo de renovar”. E é certo que ela tem eco entre os pneumologistas. A quase totalidade dos colegas trabalha hoje recebendo valores irrisórios pelas consultas e pelos poucos procedimentos que realiza. A espirometria ainda é um exame de exceção no pré-operatório de indivíduos fumantes, por exemplo. Mais da metade dos pneumologistas paulistas trabalha no interior – longe de serviços-escola - e muitos atuam como plantonistas de UTI ou serviços de emergência para manter seus rendimentos. A grande maioria dos jovens dos centros urbanos faz da atividade de consultório em pneumologia um “bico” e não sua atividade principal. O fato é que a pneumologia perdeu pacientes e prestígio para alergistas, cardiologistas, oncologistas e clínicos gerais. Reflexo desta realidade, direta ou indiretamente, é a quantidade de vagas ociosas nos programas de residência médica em pneumologia. Nossos colegas estão cansados de pagar quatro ou cinco entidades associativas, obrigatórias ou não, sem ver grandes mudanças nesta realidade. Querem mais do que participar como ouvintes de cursos e congressos. Atualização profissional é essencial, mas não ter condições de utilizá-la no dia-a-dia é frustrante.

Entendíamos que era preciso alargar os espaços de atuação da SPPT. Retomar a grandiosidade dos tisiologistas paulistas do passado. Manter a tradicional função de educação continuada, incluindo o mais importante congresso regional, mas consolidar seu papel de difusora de informações para a sociedade civil. Esclarecer o significado dos termos pneumologia e tisiologia, desconhecidos inclusive da grande imprensa, e dizer quando e porque se deve recorrer a um sócio da SPPT. Estimular a sociedade civil a reivindicar um especialista em doenças respiratórias nas situações pertinentes. Demandar dos gerentes públicos e privados planos de ação e protocolos de atendimento em doenças pulmonares. Servir de referência para assuntos de nossa área de atuação. A Diretoria da SPPT neste novo tempo deveria focar sua ação para esta nova realidade.

O trabalho da assessoria de imprensa profissional inseriu e deu credibilidade à SPPT na mídia. Em 20 meses de trabalho foram 2.300 reportagens e notas. Em média, hoje a SPPT é citada seis vezes ao dia em órgãos de imprensa do Estado e do país. Mais de 300 entrevistas – uma por dia - alcançaram 45 milhões de pessoas. Rádios, televisões, jornais, revistas e veículos médicos divulgaram, através da palavra dos nossos especialistas, temas tão variados como alergias respiratórias e efeitos do inverno até mesotelioma e *pectus excavatum*. Mais de 40 sócios da SPPT, diretores ou não, foram entrevistados.

Cobrimos os principais dias comemorativos - asma, tabagismo, DPOC, tuberculose – e tivemos cobertura integral nos eventos abertos ao público.

A tuberculose foi assunto privilegiado na exposição da estação do Metrô Clínicas, em parceria com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, em 2006 e na comemoração conjunta com o Clemente Ferreira em 2007. No dia Mundial de combate ao tabagismo de 2006, estivemos no Conjunto Nacional junto com a SOCESP esclarecendo a importância da cessação do hábito e realizando a medida do CO exalado. No parque do Ibirapuera, estivemos em três ocasiões nestes dois anos, com a ABRA e com as outras associações de portadores, realizando medidas de pico de fluxo e falando de prevenção. Em 2007, no mesmo parque comemoramos, pela primeira vez, o Dia do Pneumologista e a Semana de Prevenção às Doenças Respiratórias. Aliás, em ação conjunta da SPPT com o Gabinete do Deputado Roberto Morais, o Projeto de Lei que institui esta última em nível estadual foi aprovado na Assembléia Legislativa de São Paulo e deve ser sancionado ainda neste mês de novembro.

Prevenção foi a palavra chave para que a Agência DPZ aceitasse elaborar gratuitamente a campanha publicitária da SPPT. Estima-se que cerca de 15 milhões de pessoas viram na TV o premiado vídeo do “Zezinho” alertando a quem tem falta de ar a procurar um pneumologista. É da DPZ também a idéia do criar o símbolo “O₂ de Junho”, que deve ficar para as futuras comemorações do Dia do Pneumologista, junto com a nova logomarca em tons de azul da SPPT.

Internamente, uma ação integrada da SPPT com a assessoria profissional de informática estabeleceu uma nova forma e um conteúdo diferenciado para o *site* da SPPT. Uma linguagem rápida incorporando todo o material que é produzido pela assessoria de imprensa, pela Revista Pneumologia Paulista e por outros órgãos de divulgação deixou o nosso www.sppt.org mais dinâmico e interessante. O número de páginas visitadas cresceu de 6.000 em março de 2006 para 130.000 em setembro p.p. Sucesso ultrapassado somente pelo *site*-irmão destinado ao público leigo, www.pulmonar.org, que em doze meses saltou de zero para 150.000 páginas visitadas, com mais de 800 pessoas cadastradas e igual número de perguntas enviadas. A lembrança do “museu virtual da tuberculose” é um bonito exemplo desta nova fase de comunicação da SPPT. Hoje, ao usarmos mecanismos de busca eletrônicos com as palavras “saúde respiratória, pneumologia, pneumologia São Paulo, pneumologista”, encontraremos a SPPT na primeira página.

Por outro lado, ainda não conseguimos mobilizar o sócio da SPPT. Ou não conseguimos sensibilizá-lo com estes meios de comunicação. Ou talvez a real disponibilidade dos sócios para educação continuada presencial seja baixa. Pouco mais de um terço dos sócios acessa regularmente seus e-mails. Mesmo a reformulação e o aumento de tiragem do boletim, hoje repaginado na forma de revista Pneumologia Paulista (ISSN 1981-4364) e qualis C nacional na classificação CAPES, não se refletiu em maior presença nos eventos de educação continuada. Tivemos uma média de 78 participantes por evento. Como a avaliação destas atividades mostrou-se ótima para, no mínimo, 60% dos participantes, é intrigante que apenas 13% dos sócios adimplentes participem das nossas jornadas.

É verdade que alguns eventos conjuntos com outras especialidades, caso da “Jornada de Radiologia Jorge Kawakama”, tiveram o dobro de participantes que o habitual. Também, foram sucesso as reuniões científicas mensais do Departamento de Fisioterapia. Porém, é fato que cada vez mais os eventos presenciais estão esvaziados. Talvez pela multiplicidade de eventos. Não foi possível neste biênio uma ação coordenada entre SPPT, patrocinadores e outras sociedades para evitar a realização de eventos simultâneos.

Infelizmente, também não foi possível avançar mais na questão da defesa profissional. Como Departamento Científico da APM, estivemos diversas vezes nos eventos por ela promovidos e, ainda que a CBHPM tenha sido aprovada como lei na Câmara Federal, certa indefinição dos papéis dos órgãos de classe, reguladores e sindicais médicos provocam estagnação e frustração. Creio que nos faltam histórico e propostas concretas e objetivas e organização para atuar nesta área.

Entretanto, o mandato se encerra com uma participação efetiva da SPPT como assessora técnica da Secretaria de Estado da Saúde para a definição de protocolo e centros de referência para atendimento de portadores de DPOC. Este pode ser um caminho promissor a ser percorrido. Podemos e devemos opinar e auxiliar em ações governamentais e institucionais que reflitam diretamente no dia-a-dia do pneumologista. Da teoria à prática, aplicar conceitos e consensos científicos à realidade de unidades de saúde municipais, estaduais, de Unimed, de hospitais públicos, filantrópicos e privados. Divulgar exaustivamente que é o pneumologista que pode fazer o diagnóstico precoce do câncer de pulmão, da causa da tosse, da tuberculose multi-resistente, que pode evitar que um asmático ou portador de DPOC se tratem somente na emergência e que sabe que um tabagista está realmente doente.

Termino agradecendo a todos os membros da Diretoria que estiveram comigo nestes dois anos. Tivemos a oportunidade de trabalhar em um grupo heterogêneo: titulados ou não, de ambos os sexos, das mais variadas idades e das mais variadas cidades, que se tornaram diretores por vontade própria. Tenho certeza que contribuíram da melhor forma que puderam. Acima de tudo, tiveram o espírito público de servir à pneumologia, sem direito a fotografia festiva ou viagem ao exterior. Tivemos reuniões presenciais e eletrônicas memoráveis que foram parte de uma experiência democrática ímpar. Espero que tudo o que se fez sirva de base para o futuro da SPPT. E que os que ficam ou nos substituem engrandeam ainda mais a SPPT. Minha gratidão especial para Suzi Faresin, Wagner de Oliveira e José Carlos Cipriano.

Obrigado a todos aqueles que acreditaram que sonhar com mudanças ainda é possível. Nunca pretendi ser um profeta de um novo tempo e, por opção, não sou um revolucionário. Também não gosto de usar palavras para criar frases de efeito duvidoso e, na maioria das vezes, agressivas e de mau gosto. Mas mantenho olhos, ouvidos e coração abertos para entender qual é o momento de mudar o cotidiano. Para mim, esta é a verdadeira fonte da juventude.

Rafael Stelmach
Presidente da SPPT

001

A INFLUÊNCIA DA PIORA NOTURNA NO CRONOTIPO DE ASMÁTICOS

Autores: FERRAZ, ERICA; BORGES, MARCOS CARVALHO; TERRA-FILHO, JOAO; VIANNA, ELCIO OLIVEIRA
Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Resumo: Introdução: O cronotipo é uma classificação baseada em nossos horários preferenciais de iniciar e finalizar as atividades ao longo do dia. Indivíduos vespertinos têm facilidades para trabalhos noturnos (p. ex., artistas). Podemos ser classificados em vespertinos típicos (VT), vespertinos moderados (VM), indiferentes (IN), matutinos moderados (MM) e matutinos típicos (MT). Objetivo: Avaliar se a asma ou a piora noturna ligada da asma interfere no cronotipo em comparação à população normal. Método: Selecionamos 100 indivíduos asmáticos e 100 controles com semelhante distribuição de idade, profissão, cidade de origem e sexo. O questionário utilizado para classificação do cronotipo foi a versão em português (Benedito-Silva et al, 1990) do questionário proposto por Horne e Östberg (1976). Resultados: O cronotipo dos pacientes asmáticos não diferiu do cronotipo do grupo controle, com a seguinte distribuição para cada grupo, respectivamente, asma e controle: 5 e 1% de VT; 5 e 6% de VM; 59 e 58% de IN; 28 e 34% de MM; e, 3 e 1% de MT. Dentre os asmáticos, 62 indivíduos não apresentavam piora noturna e 34 apresentavam piora noturna. Houve diferença significativa entre os asmáticos com piora noturna e os asmáticos sem piora noturna. Os resultados para asmáticos com piora noturna e sem piora noturna foram, respectivamente, 2,94 e 6,45% de VT; 0 e 6,45% de VM; 79,41 e 48,38% de IN; 17,64 e 33,87% de MM; e, 0 e 4,83% de MT ($p < 0,05$ pelo teste do qui-quadrado). Conclusões: Os asmáticos com piora noturna possuem uma distribuição de cronotipo peculiar em relação à não asmáticos ou asmáticos sem piora noturna. Esses resultados, pela primeira vez, documentam a interferência de uma doença no ritmo de vida (cronotipo). Essa interferência já havia sido descrita para idade e sexo, mas não para doenças. Provavelmente, outras doenças também podem interferir no cronotipo, por exemplo, S.A.O.S.

002

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EXPOSITIVO PARA ASMÁTICOS PERSISTENTES NA ROTINA MEDICA AMBULATORIAL

Autores: ANGELINI, LUCIENE; RIBEIRO, PRISCILA ROBLES; RIBEIRO, MARCOS; CUKIER, ALBERTO; STELMACH, RAFAEL
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Um dos componentes essenciais no manejo da asma recomendados pelos consensos são os programas de educação (PE) acoplados as visitas médicas regulares. Ainda há controvérsias do melhor tipo de PE, considerando-se a aderência como fator limitante no controle da asma. OBJETIVO: Avaliar a efetividade do PE expositivo durante rotina médica ambulatorial. MÉTODO: O PE foi aplicado durante as visitas medicas ambulatoriais a cada 4 meses por 1 ano. Em cada visita, asmáticos persistentes moderados e graves receberam aulas sobre fisiopatologia da asma, fatores desencadeantes/irritantes, tratamento medicamentoso e treinamento da técnica de dispositivos inalatórios. Os pacientes foram avaliados através de um questionário padronizado aplicado antes e depois das aulas. O controle clínico foi avaliado pelo número de dias em uso de corticóide oral, número de visitas à unidade de emergência e número de dias em que não conseguiram realizar atividades de vida diária. RESULTADO: 164 pacientes foram incluídos e 120 completaram três visitas. Houve aumento significativo de conhecimento após cada intervenção ($p < 0,001$). 51 pacientes retornaram após um ano do término do PE verificando-se consolidação do conhecimento obtido. Encontrou-se ainda aumento significativo do controle clínico ($p < 0,05$). CONCLUSÃO: PE acoplado a visitas médicas regulares melhora a aquisição de conhecimento da asma e aumenta a aderência ao tratamento com impacto no controle da doença.

003

RELATO DE CASO: ASSOCIAÇÃO DE ASMA BRÔNQUICA E SÍNDROME DE LOEFFLER

Autores: AGUIAR, VIRGILIO A N; PRADO, PATRICIA L; BAILÃO, LISIEUX M P C
Instituição: Faculdade de Medicina - UNIMES

Resumo: Existe controvérsia declarada acerca da inter-relação entre infecções helmínticas, atopia e asma. Esta controvérsia inclui a capacidade das infecções geo-helmínticas de inibir a reatividade aos testes cutâneos alérgicos e os sintomas de asma. O presente relato refere-se a paciente do sexo feminino, de 46 a, com história pessoal e familiar de asma desde a infância de tratamento irregular, mas contínuo, com aminofilina, salbutamol e prednisona, apresentando crises frequentes, sem necessitar internação, até 2005, quando houve estabilização com o uso de corticóide inalatório e beta agonista de ação prolongada. Em 2006, durante crise leve de asma, apresentou eliminação de grande quantidade de A. lumbricoides. A TC tx mostrou condensação em lobos inferiores e pequenos focos de velamento centro-lobular bilaterais. Apresentava leucocitose de 32.800, sem desvio à E, com eosinofilia de 20. Introduzido mebendazol, além do tratamento usual para exacerbação de asma, com excelente resposta clínica, diminuição acentuada da leucocitose e da eosinofilia e resolução completa das opacidades pulmonares. No acompanhamento ambulatorial notou-se uma melhora acentuada do quadro obstrutivo em relação a 2000 e maior facilidade no controle clínico. Serão mostrados os exames citados e discutidas a inter-relação entre helmintíase e manifestações de asma e a Síndrome de Loëffler no contexto do caso.

004

IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMA PARA CONTROLE DA ASMA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Autores: CALSAVERINI-LEAL, RENATA CRISTINA DE ANGELO; BRAILE, DOMINGO MARCOLINO
Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Resumo: INTRODUÇÃO: Asma brônquica é uma doença genética que caracteriza-se pela inflamação crônica das vias aéreas inferiores com presença de muco, edema de mucosa e restos celulares, além da hiperresponsividade brônquica, levando à limitação do fluxo aéreo. A gravidade é classificada de acordo com a frequência, intensidade de sintomas e função pulmonar. Responsável por altos índices de mortalidade e morbidade, a asma constitui um problema de saúde pública, que mobiliza ações das Sociedades Científicas Brasileiras e das esferas governamentais. Parte destas ações visa o controle da asma brônquica leve e moderada por otimização dos cuidados aos portadores da doença. OBJETIVOS: Desenvolvimento de um programa de controle da asma brônquica leve e moderada em Unidades Básicas de Saúde da Família no Município de São José do Rio Preto e capacitação dos profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, paramédicos e agentes comunitários, para a implementação do programa de controle da asma brônquica leve e moderada. CASUÍSTICA E MÉTODO: O estudo compreenderá a organização de um comitê em parceria com a Secretaria de Saúde e Higiene do referido município, que será responsável pela capacitação dos profissionais e disponibilização das UBSS. A capacitação dos profissionais da rede de atenção básica deve incluir a classificação da doença, auto-manejo, controle ambiental e principalmente redução do uso de medicação de alívio, para estabelecer o acompanhamento adequado em sua própria comunidade. Para a normatização de atendimento serão sugeridos protocolos de padronização de triagem e acompanhamento indicados pelas áreas técnicas das Coordenadorias de Saúde do Adulto e Idoso, Coordenadoria de Saúde da Criança e Coordenadoria de Assistência Farmacêutica.

005

ANÁLISE DE 100 CASOS CONSECUTIVOS DE TRAUMA TORÁCICO

Autores: DORGAN NETO, VICENTE; GONÇALVES, ROBERTO; SAAD JR., ROBERTO; BOTTER, MARCIO; STIEFANO NITRINI, SILVIA; LINS PONTES VIEIRA, NATHÁLIA; DOYUN CHA, JONATHAN; RIVABEN, JORGE HENRIQUE; PERLINGEIRO, JAQUELINE GIANINI

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: Atualmente, na população adulta jovem, o trauma tem representado a principal causa de morte. Isso ocorre principalmente devido ao desenvolvimento das metrópoles, com aumento da violência urbana e do número de veículos nas ruas. O traumatismo torácico, é responsável por uma em quatro mortes ocorridas por trauma. Analisar os casos de trauma torácico que deram entrada no Pronto Socorro Central do Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. No presente trabalho, foram analisados 100 pacientes, prospectivamente, no período entre dezembro de 2006 a junho de 2007, no Serviço de Emergência do Pronto Socorro da Santa Casa de São Paulo. Foram analisados os seguintes critérios: gênero, idade, mecanismo de trauma, exame físico geral, exame físico específico, exame radiológico, conduta inicial, tratamento, diagnóstico final, evolução, classificação do trauma, uso de antibióticos, necessidade de assistência ventilatória, uso de hemoderivados e a presença de lesões associadas. Foram ainda registradas e analisadas escalas fisiológicas e anatômicas de trauma tais como a Escala de Coma de Glasgow, RTS, ISS e PATH. São discutidas as lesões mais encontradas, bem como a conduta, abordagem cirúrgica (toracotomia, videotoracoscopia, laparotomia ou videolaparoscopia) e evolução final dos doentes.

006

APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DE CISTOS BRONCOGÊNICOS

Autores: CATANEO, DANIELE CRISTINA; PEREIRA, MARCO AURÉLIO BERNARDÉS; CATANEO, ANTONIO JOSÉ MARIA

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Resumo: Introdução: Cistos broncogênicos são malformações congênitas decorrentes do desenvolvimento anormal da árvore traqueobrônquica, pelo desgarramento de células do sulco laringotraqueal. As localizações mais frequentes são mediastinais e intra-parenquimatosas. Comumente são assintomáticos, tratando-se de achados em adultos, no entanto, na dependência da localização, podem propiciar sintomas compressivos, bem como sinais infecciosos. Radiologicamente apresentam-se como massas arredondadas, com densidade de partes moles. O tratamento é sempre cirúrgico, independente da técnica escolhida, em vista do alto risco de complicações como as infecções, a rotura e a degeneração maligna. Objetivo: Avaliar as apresentações clínico-radiológicas de cistos broncogênicos. Método: Avaliação dos prontuários de pacientes com cistos broncogênicos tratados em nosso serviço nos últimos 3 anos. Resultado: Apresentações clínico-radiológicas: 1- assintomático e massa em sulco paravertebral direito, 2- dispnéia e massa para-esofágica direita, 3- tosse purulenta associada aos esforços físicos e massa subcarinal, 4- dor torácica, hemoptise e massa em dedos de luva no lobo superior direito, 5- angústia respiratória do lactente e hiperinsuflação lobar, 6- Síndrome da veia cava superior e massa para-traqueal direita. Conclusão: As apresentações clínicas dos cistos broncogênicos são muito variáveis, desde a angústia respiratória do recém nascido, por comprimir tanto o parênquima pulmonar quanto a árvore traqueobrônquica, até a ausência de sintomas no adulto. Os sintomas mais comuns são relacionados à infecção secundária, mas quando comprimem estruturas adjacentes como a veia cava, podem evoluir para a Síndrome da Veia Cava Superior. Apesar de o aspecto radiológico ser quase sempre arredondado, com limites precisos, pode apresentar variações, como imagem em dedos de luva.

007

ATELECTASIA DE LOBO INFERIOR DE PULMÃO DIREITO POR TUMOR NEUROENDÓCRINO

Autores: FERNANDES, EDUARDO TRINDADE; GOMES, MÁRCIO ROGÉRIO ALCALÁ; LEIRO, LUIZ CARLOS FILGUEIRA; ANDRADE, LARA SEPÚLVEDA DE; VALE, ANA CLÁUDIA P.P. SOLANO; MIRANDA, GUSTAVO FERNANDES; PINTO, REGINA MARIA DE CARVALHO; NEISS, MÁRCIO ABREU

Instituição: Hospital Heliópolis

Resumo: O pulmão é o segundo local mais comum para o aparecimento do tumor carcinóide. Entre os tumores de pulmão é pouco frequente, constituindo de 3% a 4%. Predomina no sexo feminino. O caso descrito apresenta como principal característica a dificuldade diagnóstica e falha na investigação de um quadro arrastado de hemoptise. HPMA: Paciente I. L.O. 35 anos, feminina, procurou o ambulatório de Pneumologia do Hospital Heliópolis encaminhada pelo PS com história de 4 anos de tosse seca, acompanhada por episódios de escarros hemoptoicos, sem febre ou perda ponderal. Tabagista ocasional (1/2 maço nos fins de semana). Exame Físico: BEG, eupneica, afebril, sem linfonodomegalias palpáveis, ausculta cardíaca normal e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em 1/3 inferior de HTD. Exames Complementares: Trazia radiografias de Tórax realizadas em outros serviços médicos (há 3 anos, 1 ano e 2 meses da consulta atual) com uma imagem de opacificação em 1/3 inferior de pulmão D e, segundo a paciente, foram consideradas como normais nos atendimentos médicos anteriores. Realizada TC de Tórax que evidenciou atelectasia de lobo inferior D e imagem com densidade de partes moles na transição do brônquio intermediário. Broncoscopia com lesão em brônquio intermédio compatível com neoplasia. O anatomo-patológico evidenciou neoplasia neuro-endócrina com baixo índice de proliferação celular e, complementado, por imuno-histoquímica (Positividade para AE1/AE3, LK2H10, SNP88, MIB-1 em menos de 5% das células). Diagnóstico: Neoplasia Neuro-endócrina (Tumor Carcinóide) Evolução: Após realização de exames pré-operatórios, foi realizada cirurgia de Bilobectomia inferior de pulmão D. Paciente segue, atualmente, em pós-operatório satisfatório e em internação hospitalar.

008

BALTOMA: RELATO DE CASO

Autores: GONÇALVES, ROBERTO; SAAD JR., ROBERTO; DORGAN NETO, VICENTE; BOTTER, MARCIO; SAUERBRONN GOUVÊA, EDUARDO; RIVABEN, JORGE HENRIQUE

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: De todas as neoplasias pulmonares, o linfoma primário de pulmão representa menos de 1%. O linfoma não-Hodgkin (LNH) primário de pulmão é raro, correspondendo a cerca de apenas 0,4% de todos os linfomas. Seu curso clínico é geralmente indolente, apresentando pico de incidência em torno da sexta década de vida, com igual prevalência entre os sexos. Relata-se um caso de um doente de 62 anos encaminhado ao ambulatório da Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo devido queixa de tosse produtiva associada à dispnéia leve havia 4 meses e achado radiológico de opacidade para-hilar à direita. Tendo a TC identificado opacidade nodular em LIE optou-se por uma toracotomia à esquerda para abordagem e ressecção de nódulo homolateral. O exame anatomo-patológico diagnosticou linfoma MALT de pulmão tendo sido o doente encaminhado para seguimento clínico-oncológico. A apresentação clínica dos linfomas não-Hodgkin primário de pulmão é inespecífica. Seu prognóstico é bom. E apesar de não existir consenso sobre seu tratamento, a ressecção cirúrgica é comumente preferida para tumores localizados.

CISTO BRONCOGÊNICO “GIGANTE”

Autores: MARTINS, VALÉRIA CRISTINA VIGAR; GOMES, MAURO; PEREIRA, JOSÉ RODRIGUES; BERNARDI, FABIOLA; PESSOA, ADRIANA; BIZON, JOSÉ ALEXANDRE; ETHÉL, JORGE

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: INTRODUÇÃO: Entre as malformações pulmonares, o cisto broncoagênico é uma das mais comuns. No entanto, sua ocorrência em grandes dimensões, assemelhando-se a tumor pulmonar, é rara. OBJETIVOS: relatar caso de cisto broncoagênico de grandes dimensões. MÉTODOS: relato de caso. RESULTADOS: Homem de 30 anos, branco, há um ano com dor torácica. A radiografia de tórax mostrou massa arredondada, delimitada, homogênea, com densidade semelhante à água no lobo inferior esquerdo. À tomografia computadorizada de tórax apresentava 10 cm de diâmetro, com calcificações no seu interior. Durante a ressecção da tumoração, houve saída de dois litros de secreção amarelada. O exame anatomopatológico revelou fragmento de mucosa brônquica com epitélio bem caracterizado, discreto infiltrado linfocitário, congestão vascular e edema, compatível com cisto broncoagênico. Será exibida documentação fotográfica da radiologia, do procedimento cirúrgico, da macroscopia e da microscopia. CONCLUSÃO: Cisto broncoagênico é definido como cisto normalmente esférico, surgindo a partir de uma bolsa protruída de origem embrionária, geralmente encontrado no mediastino ou pulmão. Normalmente assintomático. O interesse do relato é por tratar-se de cisto broncoagênico de grandes dimensões, cujo diagnóstico diferencial radiológico com tumores foi de difícil realização.

CISTO DE PARATIREOIDE - LESÃO CÍSTICA DO MEDIASTINO SUPERIOR: RELATO DE CASO

Autores: SEABRA, JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA; ROCHA, ELEN RENATE FIGUEIRA; MAINARDI, JOÃO PAULO AGUIAR JORDÃO; LIMA, ALEXANDRE GARCIA DE; MUSSI, RICARDO KALAF

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: Homem de 28 anos, com queixa de desconforto retroesternal e aumento do volume cervical há 10 meses. Tabagista um maço dia há 10 anos, nega outras patologias. Ao exame aumento do volume da base do pescoço mais acentuada a esquerda. A palpação é de consistência carnosa com discreta ectasia da jugular externa. O RX de tórax mostra alargamento do mediastino superior. Realizados ecografia e tomografia computadorizada do tórax que demonstraram lesão cística do mediastino superior envolvendo vasos da base e ultrapassando superiormente a fúrcula esternal. Realizada a punção cervical com saída de líquido translúcido. Indicada a ressecção cirúrgica optando-se pelo acesso por via cervical. Encontrou-se lesão cística de paredes finas e firmes com conteúdo aquoso, que foi ressecada completamente. O anatomopatológico revelou cisto de paratireoide. O cisto de paratireoide é uma lesão rara, que representa cerca de 1 % das massas cervicais, mas que sempre deve ser lembrada no diagnóstico diferencial durante a investigação dessas lesões, uma vez que a cirurgia é o tratamento de escolha nesses casos. Os achados clínicos e ultrassonográficos são inespecíficos, podendo ocorrer dispnéia, disfagia e rouquidão por compressão de estruturas mediastinais. O cisto pode ser não- funcionante ou funcionante, quando está associado a hipercalcemia, o que ocorre em 10 % dos casos. A teoria mais aceita sobre a origem do cisto de paratireoide aponta para a origem embriológica, quando haveria uma falha na separação do timo e paratireoide durante a migração para o mediastino. O acesso cirúrgico geralmente é possível por cervicotomia, mas em alguns casos a toracotomia ou esternotomia se faz necessária. A dosagem do PTH no líquido do cisto auxilia no diagnóstico.

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À RESSECÇÃO CIRÚRGICA POR CARCINOMA NÃO-PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO

Autores: GROSS, JEFFERSON LUIZ; CARDOSO, DANIELE GUERRA; SILVERIO, LIZANDRA MARCILIANO; ALMEIDA JR, WILSON JOSÉ; YOUNES, RIAD NAIM; DEHEIZELIN, DANIEL; SILVA, RODRIGO AFONSO; HADDAD, FABIO JOSE

Instituição: Hospital A C Camargo

Resumo: Introdução: A ressecção cirúrgica representa a principal chance de cura para cerca de 20% dos pacientes com carcinoma de pulmão não-pequenas células (CPNPC). A avaliação pré-operatória é fundamental para identificar condições associadas a maiores taxas de morbidade e mortalidade pós ressecção pulmonar. Objetivo Identificar fatores preditivos de complicações pós-operatórias de ressecções pulmonares em pacientes com CPNPC. Métodos: Análise retrospectiva de pacientes submetidos à ressecção completa de CPNPC no Depto de Cirurgia Torácica do Hospital A.C. Camargo, em São Paulo, no período de 1986 a 2006. Os parâmetros pré-operatórios avaliados foram: idade, sexo, tabagismo, valor de VEF1 na espirometria, tipo histológico, tipo de ressecção pulmonar, estadiamento, lado do pulmão e tempo de cirurgia. Consideramos mortalidade e complicações pós-operatória aquelas ocorridas até o trigésimo dia de pós-operatório, ou na mesma internação da cirurgia. Resultados: Foram incluídos 114 pacientes submetidos à ressecção completa do câncer de pulmão. Vinte e oito (24,6%) apresentaram complicação pós-operatória. Tempo mediano para o diagnóstico da complicação: dois dias, variando de zero até 22 dias. Principais complicações: fístula aérea (9,6%), pneumonia (7,9%) e arritmia cardíaca (7,9%). A taxa de mortalidade pós-operatória foi de 5%. Pacientes com VEF170% (23,5%, p = 0,03). As demais variáveis não influenciaram a incidência de complicações. Conclusão: Ressecção cirúrgica do CNPCP é um procedimento seguro, com taxas de morbidade e mortalidade aceitáveis. No presente estudo o valor do VEF1 foi a única variável associada a maiores taxas de complicações pós-operatórias.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMÁRIAS DO MEDIASTINO

Autores: GROSS, JEFFERSON LUIZ; ROSALINO, ULISSES AUGUSTO CORREIA; YOUNES, RIAD NAIM; HADDAD, FABIO JOSE; SILVA, RODRIGO AFONSO

Instituição: Hospital A C Camargo

Resumo: Tratamento cirúrgico de neoplasias malignas primárias do mediastino. Introdução: Tumores do mediastino são raros, e compreendem um grupo heterogêneo de neoplasias. Objetivo: Relatar a experiência de uma série de pacientes com neoplasias malignas primárias do mediastino, submetidos à ressecção cirúrgica. Método: Análise retrospectiva de pacientes com neoplasia maligna primária do mediastino, tratados cirurgicamente entre os anos de 1985 e 2006, no Hospital A C Camargo, em São Paulo. Variáveis analisadas: idade, sexo, localização do tumor, manifestações clínicas, tempo de duração dos sintomas, tamanho do tumor, via de acesso cirúrgico, tipo de ressecção, tratamentos associados à cirurgia, tempo de seguimento e estado na última avaliação. Resultados: Foram incluídos 42 pacientes, 71,4% eram homens, a idade mediana foi de 39 anos (1 a 79 anos). Dor torácica foi o sintoma mais comum (40,4%) e a duração mediana dos sintomas foi de 3 meses (7 dias a 36 m). A maioria dos tumores localizava-se no mediastino anterior (73,8%), e o diâmetro mediano foi de 7,5 cm (1 a 32 cm). Esternotomia foi a via de acesso em 42,8% dos casos, e 69% dos pacientes tiveram a ressecção completa do tumor. Foram identificados doze tipos histológicos diferentes, sendo os mais comuns: timoma (26,1%) e tumor de células germinativas (21,4%). Outra modalidade de tratamento associada à cirurgia foi empregada em 76,2% dos casos. Tempo mediano de seguimento: 21,5 m (0,3 a 183m). A sobrevida global estimada em cinco anos foi de 71,3%. Os pacientes submetidos à ressecção completa tiveram maior sobrevida aos cinco anos (84,4%) que aqueles em que a ressecção foi incompleta (42,9%, p = 0,04). Conclusão: A ressecção cirúrgica deve ser considerada no planejamento terapêutico de determinados tumores malignos primários do mediastino. Melhores resultados são observados com a ressecção completa do tumor.

EFEITO TEMPO-DEPENDENTE DA PNEUMONECTOMIA ESQUERDA NOS PULMÕES REMANESCENTES DE RATOS. ESTUDO DO EDEMA PULMONAR

Autores: SAMANO, MARCOS; PAZETTI, ROGERIO; TIBERIO, IOLANDA; MOREIRA, LUIS FELIPE PINHO; PÊGO-FERNANDES, PAULO MANUEL; SALDIVA, PAULO HILARIO NASCIMENTO; JATENE, FABIO BISCEGLI

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: INTRODUÇÃO: A pneumonectomia, embora tecnicamente simples, está associada à alta incidência de complicações. A mortalidade global dessa operação é de 8,6%, mas quando há complicações respiratórias, como o edema pulmonar, este índice pode chegar a 100%. Pouco se sabe acerca da fisiopatologia dessa grave e rara complicação, podendo estar relacionada à lesão endotelial por mecanismos inflamatórios. MÉTODOS: Trinta e um ratos Wistar foram distribuídos em quatro grupos de acordo com a operação (Pneumonectomia ou Sham) e o tempo de sacrifício (48 ou 72 horas). As variáveis analisadas foram gasometria arterial, edema pulmonar, densidade de neutrófilos alveolares, expressão da fração induzida do óxido nítrico sintase (iNOS) e reatividade vascular. RESULTADOS: Não houve diferença significativa na relação pO_2/FIO_2 entre os grupos. Houve formação de edema pulmonar nos pulmões remanescentes, medidos através do ganho de peso do pulmão ($p=0,0033$) e do edema perivascular ($p=0,0460$). A pneumonectomia exerceu efeito negativo sobre a migração neutrofílica, apresentando menor densidade de neutrófilos se comparada aos animais do grupo controle ($p=0,0168$). Não houve diferença da expressão de iNOS nos animais submetidos à pneumonectomia. Após 72 horas, houve vasoconstrição ($p=0,0061$). CONCLUSÕES: Ratos submetidos à pneumonectomia esquerda desenvolvem edema pulmonar, o qual não está associado ao aumento da atividade neutrofílica, nem ao estresse oxidativo.

ESTUDO PROSPECTIVO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A DRENAGEM FECHADA DE TÓRAX NO HOSPITAL E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL 28 DE AGOSTO (MANAUS-AM)

Autores: MENEZES, ARTEIRO; SOUZA, JANAÍNA; CATTEBEKE, TATIANA; OLIVEIRA, DANIEL; SILVA, ADAN; GOMES, VANDERLEY; SILVA FILHO, ARGEMIRO; MACHADO, EDBRUNNER

Instituição: Emergência do Hospital e Pronto Socorro Municipal 28 de Agosto (Manaus-AM).

Resumo: Introdução: A drenagem de tórax é um método terapêutico com o objetivo de garantir a expansibilidade pulmonar através da colocação de dispositivos ocos de plástico em cavidades naturais e cirúrgicas. Objetivo: Avaliar as DFTs realizadas em um serviço de urgência e emergência na cidade de Manaus. Metodologia: Estudo prospectivo com análise realizada através da obtenção de dados dos prontuários médicos. Resultados: Foram estudados 91 pacientes, sendo que 87 (96,6%) eram homens e 4 (4,4%) eram mulheres. A média de idade foi de 30,5, variando de 15 a 75 anos. O principal diagnóstico de admissão foi ferimento penetrante, 75 (82,4%), sendo 49 (65,3%) por arma-branca e 26 (34,7%) por arma-de-fogo. O hemitórax direito foi o mais acometido com 41 (45,1%) casos. Doze (13,2%) pacientes foram submetidos a toracotomia. O tempo médio de permanência do dreno torácico foi de 9 dias, variando de 3 a 31 dias. Discussão: Os ferimentos penetrantes foram os diagnósticos de admissão mais encontrados, sendo a maioria destes ferimentos por arma-branca. O índice de pacientes submetidos a toracotomia foi de 13,2% o que corrobora com a literatura que evidencia que a maioria dos pacientes, em torno de 80%, vítimas de trauma torácico têm a drenagem fechada de tórax como único tratamento. O tempo médio de permanência do dreno foi de 9 dias considerado aceitável, comparando-se ao achado de Bergaminelli et de um tempo médio de 11 dias em sua série de 191 pacientes. Conclusão: Trata-se de um estudo pioneiro em traçar um perfil dos pacientes submetidos a drenagem fechada de tórax em um serviço de emergência da cidade de Manaus, o qual evidenciou que a condução destes pacientes não foge ao encontrado na literatura mundial.

ESTENOSE TRAQUEAL DISTAL RECIDIVADA

Autores: LEITE, ANDRÉ GERMANO

Instituição: Hospital Nossa Senhora Medianeira de Caxias do Sul

Resumo: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 37 anos com estenose da traqueia distal (70-80% de obstrução da luz traqueal, localizada 2cm acima da carina traqueal) após entubação prolongada. Foi então submetida à traqueoplastia com abordagem cirúrgica trans-mediastinal via esternotomia mediana. Broncoscopia flexível de controle mostrou anastomose púrvia, sem granulações e/ou estenoses. A paciente teve boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar após 7 dias. Seis meses após a cirurgia, a paciente apresentou recidiva da estenose (70% da luz traqueal), tratada com múltiplas dilatações sem resultado satisfatório. Após nove meses da primeira cirurgia, a paciente realizou nova ressecção traqueal através de toracotomia direita. O TOT foi removido sob visualização endoscópica, sendo que a anastomose apresentava-se íntegra, porém com diminuição significativa da luz traqueal (50%). A paciente apresentou piora progressiva do padrão ventilatório decorridas 24 horas da extubação, sendo necessária a reintrodução do tubo endotraqueal através da anastomose com o auxílio do broncoscópio flexível. A TC da via aérea foi realizada no 3º dia de pós-operatório, sendo obtidas dimensões da traquéia estenosada. A reconstrução em 3D da traquéia (bem como suas medidas) foram encaminhadas à Hood Laboratories (Pembroke / Massachusetts / EUA). A partir destas dimensões, foi adquirida uma prótese traqueo-brônquica siliconizada (tipo TY), compatível com a via aérea da paciente. No 10º dia de pós-operatório a prótese foi introduzida na via aérea da paciente, através de cervicotomia. A paciente permaneceu assintomática após um ano de seguimento. Resta definir se esta prótese deverá ser mantida definitivamente ou se sua remoção é factível.

EXÉRESE DE LIPOSSARCOMA GIGANTE PRIMÁRIO DE MEDIASTINO POSTERIOR

Autores: CARVALHO, CARLOS; NERY, CAROLINA; MENDES, PATRÍCIA; SALES, AUGUSTO CÉSAR

Instituição: Hospital Ophir Loyola

Resumo: INTRODUÇÃO: Os lipossarcomas primários de mediastino, são tumores extremamente raros, compreendendo menos de 1% dos tumores mediastinais. Esse tipo de tumor pode alcançar tamanhos consideráveis antes de causar qualquer sintoma, os quais surgem a partir da compressão e/ou invasão das estruturas mediastinais. OBJETIVO: Relatar um caso de ressecção de lipossarcoma gigante primário de mediastino posterior ocorrido no Hospital Ophir Loyola. MÉTODO: Análise descritiva de caso individual de ressecção de lipossarcoma gigante primário de mediastino posterior, sendo os dados coletados a partir de informações diretas do paciente e exames de imagem e histopatológico, em acompanhamento no Setor de Cirurgia Torácica do Hospital Ophir Loyola. RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 32 anos, acompanhada no Setor de Cirurgia Torácica do Hospital Ophir Loyola em junho de 2007, referindo aparecimento de dor torácica posterior em pontada há dois anos, desaparecendo espontaneamente, relatando há seis meses aparecimento de dispnéia moderada. Ao exame físico não havia alterações. Realizou radiografia de tórax demonstrando volumosa massa homogênea em mediastino posterior esquerdo. Realizou também angiorressonância demonstrando grande processo expansivo oriundo da goteira paravertebral esquerda deslocando anteriormente a aorta descendente. Paciente foi submetida à toracotomia póstero-lateral esquerda, com exérese de grande tumoração para-aórtica em mediastino posterior esquerdo medindo 11 x 8 x 4,5 cm, sem sinais de metástases, sendo enviado para estudo histopatológico, o qual evidenciou tratar-se de lipossarcoma bem diferenciado mediastinal. Paciente iniciou tratamento adjuvante com quimioterapia, atualmente estando em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: O perfil da paciente e seu quadro clínico e radiológico são compatíveis com a literatura, assim como o tratamento cirúrgico adotado.

FATORES PROGNÓSTICOS EM PACIENTES COM SARCOMA DE PARTES MOLES SUBMETIDOS A METASTASECTOMIA PULMONAR

Autores: HADDAD, FÁBIO JOSÉ; SILVA, RODRIGO AFONSO; YOUNES, RIAD NAIM; GROSS, JEFFERSON LUIZ; ROCHA, ANTONIO BOMFIM AVERTANO; TAIRA, ANDREA MENDES; MARTINS, ANDREIA APARECIDA CARDOSO; NEVES, GIULIANA SIGOLO
Instituição: Hospital A C Camargo

Resumo: Introdução: O tratamento dos sarcomas de partes moles (SPM) tem mudado nas últimas décadas, baseado em estudos controlados, levando a um aumento substancial na taxa de sobrevida global e sobrevida livre de doença. Infelizmente, a maioria dos pacientes ainda apresenta metástases pulmonares durante sua evolução clínica. A ressecção cirúrgica das metástases pulmonares de SPM é atualmente considerada parte do tratamento potencialmente curativo. Objetivos: Identificar fatores prognósticos de sobrevida relacionados à metastasectomia pulmonar em pacientes com SPM. Métodos: Análise retrospectiva de pacientes submetidos à metastasectomia pulmonar no Departamento de Cirurgia Torácica do Hospital AC Camargo, entre 1980 e 2006. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, quimioterapia pré ou pós-operatória, intervalo livre de doença, número de nódulos ressecados, ressecção completa, complicações pós-operatórias, tamanho do maior nódulo ressecado e número de toracotomias. Resultados: Foram incluídos 74 pacientes com as seguintes características: idade 12 -70 anos (mediana 47.5), sendo 49.4% sexo masculino; 65.8% e 75.9% não realizaram quimioterapia no pré ou pós-operatório, respectivamente; 60.8% apresentavam intervalo livre de doença maior que 12 meses; e 50.6% apresentaram nódulos bilaterais. A maioria (82%) foi submetida a cirurgias limitadas (cunha e segmentectomia); com 50% submetidos a mais de uma toracotomia. A ressecção completa foi possível em 80% dos pacientes, e a sobrevida mediana foi de 37.3 meses. A única variável com impacto significativo na sobrevida foi a ressecção completa das lesões pulmonares ($p=0.0004$). Conclusões: A ressecção cirúrgica das metástases pulmonares é um procedimento seguro e eficaz, podendo oferecer benefício no aumento de sobrevida. No presente estudo, somente a ressecção completa teve impacto significativo na sobrevida em longo prazo.

HIPOPLASIA PULMONAR EM ADULTO

Autores: GONÇALVES, ROBERTO; SAAD JR., ROBERTO; BOTTER, MARCIO; CARBONI DE SOUZA, RAFAEL; RIVABEN, JORGE

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: Introdução: A hipoplasia pulmonar é uma anomalia congênita rara caracterizada pelo desenvolvimento incompleto do tecido pulmonar. Em mais de 50% dos casos coexistem malformações cardíacas, gastrointestinais, genitourinárias, e ósseas, bem como variações na vascularização broncopulmonar. A hipoplasia pulmonar é habitualmente diagnosticada na infância e tem uma alta mortalidade, correspondendo há 10% das autópsias fetais. Relato de Caso: D.A.C., sexo feminino, 19 anos, foi encaminhada à Disciplina de Cirurgia Torácica da Santa Casa de São Paulo devido bronquiectasias em lobo inferior esquerdo. A doente referia dispnéia aos médios esforços há dois anos, e quadros de infecções respiratórias de repetição (em média três vezes ao ano) com tosse produtiva desde os dois anos de idade. Foi evidenciado ao Raio-X redução do volume do hemitórax esquerdo com desvio homolateral do mediastino e opacidade em base pulmonar esquerda. À tomografia computadorizada, observou-se importante vicariância do pulmão direito, predominantemente no espaço retro-esternal. Apesar de a broncoscopia ter evidenciado uma diminuição no calibre da árvore brônquica, o pulmão esquerdo foi considerado dentro dos padrões da normalidade. O resultado da Prova de Função Pulmonar foi normal. Foi realizada então, uma toracotomia exploradora esquerda, que evidenciou um pulmão hipoplásico, seguiu-se então à pneumoectomia esquerda. A avaliação anatomopatológica confirmou o diagnóstico de hipoplasia pulmonar, associada a bronquiectasia e colapso pulmonar.

HERNIAÇÃO CARDÍACA APÓS PNEUMECTOMIA DIREITA - RELATO DE CASO

Autores: COUTO, WILSON; CAMACHO, RICARDO; RIVETTI, ROBERTO; BALLINI, LILIAN; IGNÁCIO, TÂNIA; BRICKS, FERNANDO
Instituição: Hospital Carlos Chagas - Guarulhos, São Paulo.

Resumo: A herniação cardíaca é uma complicação rara que ocorre geralmente após pneumectomia direita, quando se fez necessária a abertura pericárdica para a abordagem das estruturas hilares. Homem de 22 anos de entrada no hospital com história de tosse com expectoração amarelada em grande quantidade, febre alta (39,5°C), com mais de um pico diário, sudorese, adinamia e prostração. Encontrava-se, na admissão hospitalar, emagrecido, prostrado, descorado, dispneico e com perfusão periférica diminuída. O quadro radiológico foi compatível com processo infeccioso pulmonar complicado com a formação de abscesso. Tal quadro, teve início há dois meses antes, sendo o paciente internado em outros dois serviços por um tempo total de quase 46 dias. Apresentava antecedentes de broncopneumonias de repetição tendo sido submetido à lobectomia inferior direita há dez anos, em outro serviço. Devido à piora clínica progressiva, em 15/06/07 foi submetido à toracotomia direita. O achado intra operatório foi o de aderências pleuro-pulmonares extensas e comprometimento pulmonar intraparenquimatoso quase total. Foi realizada a pneumectomia direita com a abordagem das estruturas hilares através da abertura parcial do pericárdio. No período pós operatório (PO) imediato evoluiu com sinais de obstrução de veia cava superior e choque. Foi reoperado no mesmo dia, observando-se a presença de herniação cardíaca para o hemitórax direito através da abertura pericárdica. Tal fato levava ao comprometimento do fluxo para a veia cava superior. O coração foi reposicionado em seu local habitual e o defeito pericárdico fechado com a utilização de material protético. Apesar de apresentar sinais de septicemia sistêmica após a segunda operação, o paciente evoluiu com melhora clínica e hemodinâmica progressiva. Foi extubado cinco dias após e recebeu alta hospitalar no vigésimo PO.

NEUROFIBROMA GIGANTE DE MEDIASTINO: RELATO DE CASO

Autores: SINIMBÚ, CARLOS; NERY, CAROLINA
Instituição: Hospital Ophir Loyola

Resumo: Introdução: O neurofibroma de mediastino é um tipo de tumor neurogênico do mediastino posterior derivado da crista ilíaca neuroectodérmica embrionária que origina as bainhas nervosas, os gânglios espinhais e o componente simpático do sistema nervoso autônomo, geralmente associado com a doença de von Recklinghausen. A incidência desses tumores neurogênicos é de 15 a 25% dos tumores do mediastino, sendo na sua maioria benignos, 95 a 99%. Os adultos geralmente são assintomáticos, sendo os primeiros sintomas decorrentes já de compressão local. O diagnóstico começa com raio-x, tomografia computadorizada e biópsia. O tratamento é a ressecção cirúrgica. Objetivos: Relatar o caso de um homem de 41 anos, operado no Hospital Ofir Loyola de tumor gigante do mediastino. O paciente tinha biópsias anteriores que indicavam possível malignidade e sugeriam imunohistoquímica, no pós operatório o histopatológico tinha o resultado de neurofibroma. Métodos: O trabalho é descritivo, transversal, sendo os dados coletados a partir de informações diretas do paciente e exames laboratoriais, tomográficos e histopatológicos. Resultados: O paciente foi submetido a toracotomia látero-posterior esquerda com exérese de tumor medindo cm x cm, sem invasão de estruturas adjacentes, sem sinais de metástases. A peça foi enviada para histopatológico cujo resultado foi neurofibroma. O paciente evoluiu bem no pós operatório e recebeu alta no décimo pós operatório. Conclusão: O perfil do paciente, o seu quadro clínico e radiológico eram compatíveis com a literatura, porém não havia correlação com a Síndrome de von Recklinghausen. O tratamento cirúrgico realizado foi o exposto na literatura, apesar do tamanho do tumor.

021

PARAGANGLIOMA PRIMÁRIO DE PULMÃO: RELATO DE CASO

Autores: SILVA, RODRIGO AFONSO; HADDAD, FÁBIO JOSÉ; GROSS, JEFFERSON LUIZ; YOUNES, RIAD NAIM
Instituição: Hospital AC Camargo

Resumo: Mulher de 60 anos, assintomática, procurou Serviço de Cirurgia Torácica para avaliação de achado radiológico compatível com nódulo pulmonar solitário no pulmão direito. Não apresentava outras comorbidades e tinha abandonado o tabagismo há dez anos. O exame físico era normal, assim como os exames laboratoriais. A tomografia computadorizada de tórax mostrou nódulo 1.2 centímetros de diâmetro e superfície lobulada no lobo inferior direito. A paciente foi submetida à toracotomia lateral direita e segmentectomia não regrada do segmento superior do lobo inferior para ressecção completa da lesão. A biópsia de congelação mostrou nódulo irregular de superfície lisa e opaca, achados estes consistentes com provável lesão benigna. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória e recebeu alta hospitalar no quarto dia. O anatomopatológico evidenciou lesão bem delimitada, lobulada, localizada na submucosa brônquica. Histologicamente o nódulo apresenta hiperplasia celular, porém sem mitose ou necrose. A imunohistoquímica foi positiva para proteína S-100, cromogranina A e enolase; negativa para citoqueratina e fator 1 transcritor de tireóide. Todos os achados são consistentes com paraganglioma pulmonar primário. Após um ano de seguimento a paciente encontra-se bem, e sem evidências de recidiva. Este relato de caso mostra a importância do diagnóstico diferencial com outros tipos de tumores, principalmente tumores carcinóides. A ocorrência deste tumor é extremamente rara, sendo que até o ano 2001, apenas 21 casos foram relatados e confirmados na literatura médica. O tratamento deste tipo de tumor é a ressecção completa da lesão, não havendo necessidade de algum tipo de adjuvância.

023

QUILOTÓRAX BILATERAL ESPONTÂNEO

Autores: ARAÚJO, CARLOS ALBERTO ALMEIDA DE; FREITAS, JÚLIA VIRGÍNIA CHAVES; FERREIRA, HYLAS PAIVA DA COSTA; AMARAL, ISADORA ROSADO; GARCIA, ANA CLÁUDIA MEDEIROS AMORIM; CAVALCANTE, JEAN CARLO FERNANDES
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Resumo: O quilotórax é um distúrbio bastante raro, mas com risco potencial de morte ao paciente. Promove profundas alterações respiratórias, nutricionais e imunológicas. Sua etiologia é bastante variada, por conseguinte, Gullane e cols. classificam em causas congênitas, traumáticas, obstrutivas e espontânea. Segundo Bower, traumas cirúrgicos e neoplasias malignas são os fatores etiológicos em mais de 50% dos casos. Inicialmente forma-se uma quiloema mediastinal, com a progressão da fístula, há ruptura da pleura mediastinal e formação do quilotórax. Ocasionalmente surge dispnéia, o sintoma mais freqüente. A constância da fístula leva a inevitável consequência nutricional e imunológica. O diagnóstico é estabelecido com a coleta de líquido leitoso, rico em triglicérides – acima de 110mg/dl – e com a presença de quilomicrons. O tratamento, inicialmente, deve ser conservador. Apesar de poder ser dependente da etiologia. Ou seja, após esofagectomia ou pneumonectomia, pode-se antecipar a indicação da ligadura do ducto. A drenagem pleural associada com dietoterapia com triglicérides de cadeia média (TCM) proporciona o fechamento da fístula em 50% dos casos. A ligadura do ducto torácico está indicada após 1 a 4 semanas sem fechamento da fístula. Os autores apresentam um caso de quilotórax bilateral sem causa aparente. Foram excluídos os traumas, as neoplasias, as infecções e alterações anatômicas. Drenagem pleural bilateral e dieta com TCM por 3 semanas não diminuíram o débito da fístula. Uma cintilografia linfática mostrou anatomia linfática periférica padrão com um possível extravasamento no mediastino inferior. Uma videotoracoscopia direita com ligadura do ducto torácico na sua entrada no mediastino foi realizada. O débito linfático aumentou inicialmente e tornou-se mais denso. Houve acúmulo de linfa à esquerda. Reoperação bilateral com pleurodese com talco no quinto DP0.

022

PERSISTÊNCIA DA VEIA CAVA SUPERIOR ESQUERDA

Autores: CATANEO, DANIELE CRISTINA; PEREIRA, MARCO AURÉLIO BERNARDES; CATANEO, ANTONIO JOSÉ MARIA
Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Resumo: A persistência da veia cava superior esquerda é incomum, no entanto é a anomalia torácica venosa mais freqüente. A origem da malformação está na falha de regressão da veia cardinal anterior esquerda que drena para o átrio direito através de um orifício aumentado no seio coronário. A ausência da veia inominada associada à presença de uma veia cava superior pequena podem sinalizar para o diagnóstico. Há associação com doenças congênitas cardíacas em 0,05% dos casos, como defeitos do septo ventricular e anomalias da conexão átrio-ventricular, no entanto, a maior incidência de comprometimento cardíaco é por lesões obstrutivas (31,6%), como a hipoplasia de ventrículo esquerdo, a estenose mitral ou sub-aórtica e a coarctação da aorta. Na maioria dos casos não há sintomas, tampouco repercussões hemodinâmicas significativas. O diagnóstico geralmente é incidental, através da cateterização da artéria pulmonar, durante a tentativa de se obter acessos venosos centrais por punção de jugular ou subclávia esquerdas. A radiografia torácica dificilmente evidencia a anomalia, mas o diagnóstico definitivo inclui a ecocardiografia, a ressonância nuclear magnética ou a venografia. **Objetivo:** Relatar um caso de persistência da veia cava superior esquerda atendido em nosso serviço. **Relato de Caso:** Paciente de 54 anos, feminina, tabagista, com queixa de tosse e dispnéia há 3 meses. A radiografia de tórax mostrava derrame pleural direito. A punção foi compatível com transudato. A tomografia de tórax evidenciou incidentalmente a persistência da veia cava superior esquerda. A ecocardiografia revelou hipertensão pulmonar e passou-se a investigar lesões obstrutivas associadas, sem êxito. **Conclusão:** Apesar de ser a anomalia torácica venosa mais freqüente, raramente é diagnosticada, mas deve ser de conhecimento do médico em detrimento dos prováveis comprometimentos cardíacos associados.

024

RELATO DE CASO: INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA PÓS-PLEURODESE

Autores: LIMA, LUIZ CARLOS; WESTPHAL, FERNANDO LUIZ; CARLOS, ANA MÁRCIA FREITA; LIMA, INGRID LOUREIRO DE QUEIROZ; LIMA-NETTO, JOSÉ CORREA; WESTPHAL, DANIELE CRISTINE
Instituição: Universidade Federal do Amazonas

Resumo: OBJETIVO: Relatar um caso de derrame pulmonar pós-pleurodese. HISTÓRIA CLÍNICA: Mulher de 51 anos queixa-se de dispnéia associada a mudanças de decúbito e em posição ortostática há cerca de 10 meses. Relata que apresentou CA de mama esquerda em junho de 2005 com metástase óssea e recidiva local em agosto/2006, quando realizou nova QT e radioterapia. Ao Rx de tórax foi observado derrame pleural bilateral. À análise do derrame pleural, obteve-se resultado positivo para células neoplásicas. A Tomografia computadorizada de tórax revelou derrame pleural bilateral volumoso além de lesões osteolíticas nas vértebras. Indicou-se videopleuroscopia com pleurodese com talco para o tratamento do derrame pleural neoplásico. Após cerca de 18 horas iniciou quadro de dispnéia e desconforto respiratório e o Rx de tórax neste momento revelava presença de congestão pulmonar. Evoluiu com piora clínica acentuada, necessitando do suporte ventilatório não-invasivo. O padrão radiológico revelava áreas de consolidação alveolares esparsas. Iniciou-se corticoterapia e restrição hídrica com períodos de ventilação não-invasiva. Após 4 dias houve involução do quadro de dispnéia e melhora do quadro radiológico. O diagnóstico da complicação pós-operatória foi de edema pulmonar pós-pleurodese. **CONCLUSÃO:** A pleurodese é aceita como um método eficaz para tratamento e controle de derrame pleural maligno recorrente, usualmente com talco. Seu uso, entretanto, não está livre de efeitos adversos. A literatura em geral demonstra que febre, dor de intensidade variável, empiema e falência respiratória podem ocorrer, principalmente quando usadas altas doses de talco, associada a seu significativo espectro de toxicidade. Em geral, o uso da pleurodese com talco, mesmo apresentando estes efeitos adversos, ainda se apresenta como medida eficaz e amplamente utilizada na prática clínica.

HIPERDISTENSÃO DE BOLHA PULMONAR DURANTE VIAGEM AÉREA: RELATO DE CASO

Autores: WESTPHAL, FERNANDO LUIZ; LIMA, LUIZ CARLOS; LIMA-NETTO, JOSÉ CORREA; COSTA E SILVA, IB; LIMA, INGRID LOUREIRO DE QUEIROZ; WESTPHAL, DANIELE CRISTINE
Instituição: Universidade Federal do Amazonas

Resumo: Objetivo: Relatar um caso de um paciente que apresentou hiperdistensão de bolha pulmonar durante viagem aérea. Homem de 62 anos apresentou dispnéia intensa e dor torácica durante viagem aérea (vôo comercial), sendo necessária a realização de pouso de emergência. Deu entrada no pronto socorro com quadro de dor torácica de forte intensidade, início súbito, acompanhada de dispnéia em repouso durante viagem aérea. O Eletrocardiograma e a dosagem de enzimas realizadas imediatamente após sua chegada foram normais. A Tomografia Computadorizada do tórax revelou área de hipertransparência arredondada, com fina camada líquida no seu interior, ocupando todo segmento anterior do lobo superior esquerdo, medindo 12,2 x 9,0cm. Vascularização do parênquima pulmonar normal. Ausência de linfonodomegalias ou derrame pleural. Vasos mediastínicos e hilares de aspecto e calibres normais. Foi submetido a toracotomia esquerda, com intubação seletiva do pulmão. Foi encontrado Bolha pulmonar localizada em lobo superior, ocupando toda face mediastinal do pulmão. Foram realizadas ressecção e sutura com "Stapler" de toda área comprometida, e pleurodese abrasiva. Evoluiu bem no pós-operatório, sendo retirado o dreno pleural no quinto dia, após a parada completa da eliminação de sangue e ar pelo dreno pleural. O RX de tórax de controle mostrou pulmão re-expandido, com áreas de hipotransparência em terço médio do pulmão esquerdo que foi atribuído a edema e hematoma no local da sutura. O exame histopatológico da peça cirúrgica foi compatível com transformação Adenomatóide Cística. Recebeu alta hospitalar no 11º dia de pós-operatório em bom estado geral e local, sendo orientado a manter fisioterapia respiratória e controle médico adequado.

RESSECÇÃO DE TIMOMA INVASIVO COMPLICADO PÓS RADIOTERAPIA

Autores: COUTO, WILSON; ABRÃO, ADEMIR; MENDES FILHO, GUILHERME; NAIME, FAUZIA; NERY, LEONARDO; PAES,IVALDO NEY
Instituição: Instituto Paulista de Cancerologia - São Paulo, SP

Resumo: Os timomas são as neoplasias mais comuns que afetam o timo e são as neoplasias de mediastino anteriores mais comuns em adultos. O tratamento cirúrgico é considerado de eleição na abordagem dos timomas, sendo o tratamento radioterápico geralmente indicado na presença de doença localmente avançada irrecorrível ou na presença de doença residual macroscópica ou microscópica após ressecção incompleta. Mulher de 73 anos foi submetida em 07/04/06 à toracotomia direita em outro serviço, com biópsia de massa mediastinal. Diante do diagnóstico de timoma do tipo B2, da classificação da Organização Mundial de Saúde, foi novamente operada em 01/07/06 pelo mesmo acesso, no mesmo serviço, na tentativa de ressecção completa do tumor. Diante da impossibilidade de ressecção, foi submetida a tratamento radioterápico com dose total de 5400 cGy, sendo posteriormente encaminhada para o nosso grupo. Em 16/02/07, a paciente apresentou quadro de derrame pericárdico com tamponamento cardíaco, sendo feita drenagem pericárdica, com boa evolução. O exame histológico do pericárdico e a citologia do líquido foram negativos para neoplasia. Devido à piora clínica gradativa, com sintomas de insuficiência cardíaca, a paciente foi novamente abordada cirurgicamente através de esternotomia mediana combinada com toracotomia direita. Foi realizada ressecção completa da massa mediastinal, do pericárdio (fibrosado) e parte da pleura e pulmão direitos. O período pós-operatório (PO) imediato foi complicado com insuficiência ventricular direita, que foi controlada, sendo a alta hospitalar obtida no 23º PO. Quatro meses após a operação a paciente encontra-se sem sinais de recidiva tumoral em classe funcional II (New York Heart Association).

COMPLICAÇÕES TORÁCICAS POR SONDA DE DOBB-HOFF: ANÁLISE DE QUATRO CASOS

Autores: WESTPHAL, FERNANDO LUIZ; LIMA, LUIZ CARLOS; LIMA-NETTO, JOSÉ CORREA; CARLOS, ANA MÁRCIA FREITA; LIMA, INGRID LOUREIRO DE QUEIROZ; WESTPHAL, DANIELE CRISTINE
Instituição: Universidade Federal do Amazonas

Objetivo: Relato de quatro casos de complicações torácicas ocasionada por sonda de nutrição enteral. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, realizado no período de 1997 a 2006, analisando o perfil de pacientes com complicações torácicas em consequência da introdução de sonda para alimentação enteral, interessando a idade, o sexo, as condições clínicas, o tempo decorrido entre a sondagem e o diagnóstico, o tratamento e a evolução. **Resultados:** a idade média dos pacientes foi de 74 anos, sendo dois do sexo feminino. Dois pacientes encontravam-se em prótese respiratória e sedados, um estava no isolamento da UTI e outro estava na Unidade Intermediária e optou-se por incrementar o aporte calórico. Em todos pacientes houve dificuldade na sondagem que foi tentada por mais de uma pessoa e em mais de uma ocasião. O diagnóstico da lesão foi em média 24,5 horas após a introdução da sonda. No tratamento destes pacientes houve quatro tipos de abordagem levando-se em consideração as condições clínicas: pleuroscopia com desbridamento da cavidade e drenagem torácica; exclusão esofágica, cervical e abdominal, mais drenagem do tórax; exclusão esofágica, cervical e abdominal e toracotomia com desbridamento da cavidade pleural e somente a drenagem pleural. Os pacientes com drenagem pleural sem toracotomia evoluíram mal com sepse e óbito em 48 horas, da mesma forma que o paciente submetido apenas à drenagem pleural. O paciente submetido a toracotomia com descorticação pulmonar evoluiu de maneira satisfatória. **Conclusões:** Os pacientes em prótese respiratória, sedados ou com comprometimento do sensório são mais passíveis de apresentarem complicações, visto a dificuldade de deglutição e a ausência de reflexo ou dor durante a sondagem.

RUPTURA BRÔNQUICA POR TRAUMA DE TÓRAX FECHADO: RELATO DE CASO

Autores: ROCHA, ELEN RENATE FIGUEIRA; SEABRA, JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA; MAINARDI, JOÃO PAULO AGUIAR JORDÃO; SCHMIDT, MARCELLO FREDERICO; LIMA, ALEXANDRE GARCIA DE; MUSSI, RICARDO KALAF
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP

Resumo: O traumatismo de tórax é responsável por cerca de 25% dos óbitos em traumas contusos. Há, no entanto, pouca informação a respeito da real incidência do acometimento da traquéia e brônquios nestes eventos, uma vez que aproximadamente 80% das vítimas com essas lesões evoluem a óbito antes de serem admitidos no hospital. O aperfeiçoamento do atendimento pré-hospitalar tem levado a uma elevação do atendimento destes pacientes nos serviços médicos de urgência. Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, 16 anos, vítima de acidente automobilístico (capotamento) com trauma de tórax fechado. Ao atendimento inicial apresentava-se assintomático, com raioX de tórax evidenciando enfisema subcutâneo, fratura de clavícula e escápula a esquerda e pneumomediastino, sem sinais de pneumotórax. Submetido a drenagem de tórax a esquerda, sem escape aéreo pelo dreno. Realizada endoscopia digestiva alta, normal, e tomografia computadorizada do tórax que não apresentou outras lesões. Recebeu alta hospitalar no terceiro dia, após retirada do dreno de tórax. Procurou o serviço médico 12 dias após o trauma taquipneico e com murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo. Feito novo raio X de tórax que evidenciou velamento do hemitórax esquerdo e desvio do mediastino para esquerda, interpretado como hemotórax e realizada drenagem torácica. Raio X de tórax pós-drenagem com 'fallen lung sign'. Visualizado brônquio principal esquerdo em fundo cego a 1,5cm da carina na broncoscopia, feita hipótese de ruptura brônquica. O paciente foi submetido a toracotomia esquerda para broncoplastia, com ressecção do fragmento brônquico fraturado e anastomose término-terminal do brônquio seccionado. O paciente apresentou reexpansão pulmonar completa e boa evolução pós-operatória.

SARCOMA INDIFERENCIADO DE PAREDE TORÁCICA

Autores: MARTINS, VALÉRIA CRISTINA VIGAR; GOMES, MAURO; VEASEY, JOHN; CAMARINHA, JULIANA; FIGUEIREDO, GUSTAVO DE OLIVEIRA; SILVA, TÂNIA LOPES DA; ETHEL, JORGE
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: INTRODUÇÃO: Os sarcomas de partes moles acometem principalmente os membros e estruturas do retroperitônio, sendo apenas 10% dos casos presentes na região torácica. OBJETIVOS: Relatar caso de sarcoma de partes moles de parede torácica com invasão do pulmão. MÉTODOS: relato de caso. RESULTADOS: Mulher de 51 anos, há 2 meses com dor em região torácica anterior esquerda e dorso, em pontada, que piorava aos esforços físicos. Perda de peso de 5kg e episódio de hemoptóicos no período. A tomografia computadorizada de tórax demonstrava massa sólida, heterogênea, com extenso contato pleural, localizada na porção lateral do segmento apicoposterior do LSE com invasão da parede torácica (3U ao 5Uarcos costais esquerdos), circundada por opacidades em vidro despolido no parênquima pulmonar. Espessamento das adrenais e rim esquerdo mal caracterizado. Após a broncoscopia, que não trouxe diagnóstico, foi submetida à ressecção em bloco da lesão pulmonar e parede torácica. O exame anatomopatológico mostrou neoplasia indiferenciada fusiforme com extensa necrose, compatível com sarcoma pouco diferenciado de partes moles infiltrando parênquima pulmonar. Presença de invasão perineural e angiolinfática. Será exibida documentação fotográfica da radiologia, da macroscopia e microscopia. CONCLUSÃO: Os sarcomas são neoplasias malignas oriundas da célula mesenquimal primitiva e, mesmo tratando-se de entidades de pouca incidência na região torácica, devem ser considerados no diagnóstico diferencial de massas pulmonares pois, quando diagnosticados em estágio inicial, há maior probabilidade de cura.

TERATOMA CÍSTICO MADURO: UM RELATO DE CASO

Autores: MENEZES, ARTEIRO; CATTEBEKE, TATIANA; COELHO JR, MANOEL
Instituição: Prontocord Hospital do Coração (Manaus – AM)

Resumo: Introdução: Os teratomas mediastinais de células germinativas correspondem a 10% dos tumores primários no mediastino. Ocorrem principalmente em adultos jovens. Relatamos o caso de um paciente com o achado de tumor mediastinal, identificado através de uma radiografia de tórax, ocasionando dor torácica e dispnéia. Relato: Homem, 35 anos, procurou atendimento médico com queixa de dor torácica retroesternal, fadiga, dispnéia aos esforços e tosse seca. A radiografia de tórax foi evidenciada massa mediastinal anterior. A TC de tórax demonstrou tumoração de contornos bocelados, localizada no mediastino ântero-superior delimitada por uma parede fibrosa sem invadir as estruturas mediastinais. O paciente foi submetido a mediastinostomia anterior com biópsia da lesão e diagnóstico histológico de teratoma cístico maduro, ressecado por toracotomia pósterio-lateral direita. Paciente evoluiu satisfatoriamente, encontrando-se no 40º DPO sem intercorrências. Discussão: O primeiro caso de teratoma mediastinal foi descrito em 1823 e desde então uma variedade de apresentações atípicas dessa patologia foram publicadas. Muitas vezes esses tumores se apresentam clinicamente por suas complicações, sendo que a mais comum é a compressão das estruturas intratorácicas pelo crescimento do tumor. Os teratomas são tratados primeiramente por cirurgia e a ressecção completa desses tumores proporciona um bom prognóstico. A remoção cirúrgica dos teratomas maduros pode ser feita por toracotomia lateral ou esternotomia mediana, dependendo de tamanho, localização e extensão do tumor. Quando comprometem estruturas intratorácicas, como pulmão e pericárdio, podem ser de difícil remoção. Conclusão: Apresentamos o caso de um paciente, jovem, com quadro clínico de dor torácica, dispnéia progressiva e tosse seca, portador de teratoma cístico maduro, submetido a ressecção com sucesso.

TRATAMENTO VIDEOTORACOSCÓPICO DA SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO

Autores: FARIA, CELSO MURILO NÁLIO MATIAS DE; CURY, FRANCISCO DE ASSIS; DIAS FILHO, MILTON FERREIRA DA SILVA; NIETIMAN, HENRRIQUE; FILIPE, FERNANDO MANUEL RANA
Instituição: Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto - FAMERP

Resumo: INTRODUÇÃO: A síndrome do desfiladeiro torácico é de fenômeno compressivo do plexo braquial e/ou vasos subclávios. O tratamento é inicialmente conservador com remoção do fator desencadeante, como é o caso de correção das posturas inadequadas ao dormir. Segue-se fisioterapia e em caso de insucesso o tratamento cirúrgico. OBJETIVOS: Relatar a experiência do serviço de cirurgia torácica da faculdade de Medicina de São José do Rio Preto em tratamento videotoracoscópico na Sd. do desfiladeiro torácico (TVSD), e demonstrar, em vídeo, a técnica empregada. MÉTODOS: Trabalho retrospectivo com revisão de prontuários dos pacientes submetidos aos procedimentos em questão, avaliando-se indicações, resultados e complicações. RESULTADOS: Foram realizadas seis TVSD de abril de 2002 a maio de 2006 em seis pacientes (um caso foi realizado ressecção bilateral). Quatro pacientes do sexo feminino e dois masculinos com idades entre 28 e 47 anos e média de 38. Duas ressecções do lado direito e cinco à esquerda. Quatro cirurgias tiveram indicações baseadas em diagnósticos vasculares e três procedimentos foram indicados por sintomas neurais. Todos foram submetidos a TVSD, sem manutenção de dreno torácico pós-operatório. A melhora clínica foi alcançada na totalidade. O tempo de internação variou entre 3 e 8 dias, média de 4 dias. Um caso evoluiu com hemotórax. Realizou-se videotoracoscopia com manutenção de dreno torácico por 4 dias. CONCLUSÃO: A experiência preliminar em TVSD em nosso serviço demonstrou-se eficaz e de baixa morbidade. Consideramos a necessidade de estatística mais significativa para conclusões seguras. Com a experiência atual os dados apresentados nos tornam defensores e propagadores desta técnica.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA TRAQUEO ESOFÁGICA CRÔNICA

Autores: TERRA, RICARDO M; MINAMOTO, HÉLIO; SILVA, FABIANA C P; ROCHA, JULIO RM; JATENE, FABIO B.
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: Fístula traqueo-esofágica (FTE) é uma rara e grave complicação de intubação orotraqueal (IOT), seu diagnóstico é difícil, passando muitas vezes despercebido e seu tratameto é controverso. Objetivo: Avaliar os resultados da estratégia de tratamento da FTE benigna em nossa Instituição nos últimos 5 anos. Método: Estudo retrospectivo realizado através de revisão de prontuários de pacientes com FTE tratados nos últimos 5 anos. Resultados: Foram avaliados 5 homens e 2 mulher com idade média de 34.71 anos \pm 19.78 anos (22-75) com FTE benigna secundária a IOT (19.86 \pm 6.85 dias). O tamanho médio da FTE foi de 1,7 \pm 0,75 cm e, esta se localizava no terço proximal da traquéia em 6 casos e terço distal em um caso. Todos os pacientes receberam suporte nutricional no pré-operatório, 3 através de sonda nasointestinal, 2 gastrostomia, 1 jejunostomia e 1 suplementos orais. Em 6 pacientes foi realizada ressecção segmentar de traquéia com anastomose término-terminal, rafia esofágica primária e interposição de retalho de músculo esternotireoide. Em um paciente foi realizado fechamento primário da fístula, interposição de músculo esterno-tireoide e colocação de prótese de Montgomery. No paciente com a fístula em terço distal da traquéia foi realizado tubo gástrico e posteriormente esofagectomia por videotoracoscopia. A realimentação ocorreu após deglutograma em média 10,4 \pm 2,7 dias. Nenhum paciente teve recidiva da fístula precoce ou tardi. A complicação significativa observada foi: deiscência parcial da anastomose traqueal, tratada com colocação de prótese de Montgomery. Conclusão: Em pacientes clinicamente compensados e submetidos a terapia nutricional pré-operatória adequada, o tratamento cirúrgico da FTE benigna oferece excelente resultados com boa taxa de resolutividade e baixo índice de complicações.

033**TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES BRÔNQUICAS APÓS TRANSPLANTE PULMONAR**

Autores: SAMANO, MARCOS NAOYUKI; MINAMOTO, HELIO; CARAMORI, MARLOVA LUZZI; TEIXEIRA, RICARDO HENRIQUE DE OLIVEIRA BRAGA; AFONSO JR., JOSÉ EDUARDO; WEREBE, EDUARDO CAMPOS; VILLIGER, LETÍCIA ENGBER ODILON; PÉGO-FERNANDES, PAULO MANUEL; JATENE, FABIO BISCEGLI

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP/InCor

Resumo: Estima-se que 27% dos pacientes submetidos a um transplante pulmonar desenvolverão complicações brônquicas decorrentes da anastomose. São caracterizadas por deiscência, estenose, necrose e broncomalácia e as opções terapêuticas incluem a dilatação por balão, ablação por laser, endopróteses e reoperação. No período de sete anos (2000 a 2006) foram realizados 55 transplantes pulmonares no InCor-HCFMUSP, sendo 24 bilaterais, correspondendo a 79 anastomoses brônquicas. Nove pacientes desenvolveram complicações da anastomose brônquica, dois dos quais bilateralmente. As complicações foram: estenose (4), deiscência (4) e necrose (3) e o índice de complicações foi de 13,9%. Quatro pacientes evoluíram à óbito, sendo este relacionado à complicação em três pacientes. As estenoses de anastomose foram tratadas através de dilatação por balão e implantação de endopróteses auto-expansíveis metálicas ou plásticas. A necrose de anastomose foi letal em um paciente que desenvolveu fistulização à artéria pulmonar e hemoptise maciça. Nos outros casos, a conduta expectante, com vigilância através de fibrobroncoscopia mostrou resolução da necrose com cicatrização da anastomose e leve grau de estenose assintomática. Duas deiscências extensas da anastomose brônquica evoluíram com fístula bronco-pleural, empiema e choque séptico. Nenhum paciente foi reoperado ou submetido a re-transplante. As complicações decorrentes das anastomoses brônquicas após transplante pulmonar ainda são frequentes e de alta complexidade. A utilização de endopróteses é uma boa alternativa em casos de estenose, principalmente com a utilização dos modelos metálicos. Nos casos de necrose e deiscência, a vigilância rigorosa através de fibrobroncoscopia seriada é o melhor parâmetro para indicar a necessidade ou não de tratamento, que pode implicar na reoperação e até mesmo no re-transplante.

035**TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO SIMULANDO TIMOMA**

Autores: PONTES, EDGARD PORTO DE OLIVEIRA; PERFEITO, JOÃO ALÉSSIO JULIANO; TEIXEIRA, FELIPE DE OLIVEIRA; RYMKIEWICZ, ERIKA; SARMENTO, PETRUCIO ABRANTES; FORTE, VICENTE; IMAEDA, CARLOS JOGI; LEÃO, LUIZ EDUARDO VILLAÇA

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Resumo: Mulher parda de 67 anos, natural de São Paulo. Queixando-se que há 2 anos começou a apresentar fraqueza generalizada principalmente à tarde. Após 1 ano, iniciou tratamento medicamentoso com melhora, realizou também exames radiográficos sendo encaminhada para avaliação pela cirurgia torácica. Referia ter sido submetida à histerectomia há 17 anos e estar usando prednisona e piridostigmina há 1 ano para tratamento de Miastenia gravis. Negava tabagismo. No exame físico apresentava-se em bom estado geral, sem alterações significativas inclusive nas avaliações respiratória e neurogênica. Os exames laboratoriais gerais estavam sem alterações. A Radiografia de tórax mostrava massa de contornos regulares de aproximadamente 7 cm, em porção inferior e anterior de hemitórax direito. A Tomografia Computadorizada de tórax mostrava massa sólida de contornos bem definidos em hemitórax direito a qual parecia estar isolada do timo, mas frente ao diagnóstico clínico, suspeitou-se de timoma ou timo ectópico. Indicada cirurgia por toracotomia ântero-lateral, com ressecção de massa aderida ao lobo médio sem comunicação com o mediastino. Foi realizada, também, timectomia pelo diagnóstico de Miastenia Gravis. O anatomopatológico diagnosticou um Tumor Fibroso Solitário sendo o timo histologicamente normal. Apresentou boa evolução pós-operatória. Atualmente está no 6º mês e assintomática com a medicação para Miastenia Gravis. A associação de Tumor Fibroso Solitário e Miastenia Gravis é rara, encontramos apenas um relato na literatura. Concluímos ser apenas uma associação de duas doenças, possivelmente, sem relação de causa e efeito. Há a tendência correta de pensar-se em uma única doença para explicar todos os sintomas, mas nem sempre isso é uma verdade, como pudemos constatar nessa paciente.

034**TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE MAV PULMONAR**

Autores: ARAÚJO, CARLOS ALBERTO ALMEIDA; FERREIRA, HYLAS PAIVA COSTA; MOURA, FERNANDO ANTÔNIO DE ARAÚJO; FREITAS, JÚLIA VIRGÍNIA CHAVES; LUZ, KLEBER GIOVANI

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Resumo: Descrita por Churton, em 1897, a mal formação artério-venosa pulmonar (MAVP), uma comunicação direta entre artérias e veias pulmonares, resultando em um shunt direita-esquerda, são incomuns. O tratamento está indicado nos casos sintomáticos, com mais de 2 cm ou quando a artéria nutridora é maior que 3mm. Objetiva o alívio dos efeitos fisiológicos do shunt direita-esquerda com melhora da dispnéia/hipoxemia, prevenção da hemorragia pulmonar e a das seqüelas neurológicas. A ressecção cirúrgica, realizada primeiramente por Hepburn e Dauphinee em 1942, ou a ligadura cirúrgica persistiram como única forma de tratamento até a introdução da emboloterapia percutânea por cateter (EPP), por Portmann em 1977 e Taylor em 1978. Os autores apresentam dois casos de MAVP tratadas com EPP. 1º caso: feminino, 43 anos, assintomática. Achado radiológico de opacidade basal direita junto à artéria lobar inferior. Angio-CT de tórax evidenciou comunicação artério-venosa entre a artéria lobar inferior direita e a veia pulmonar inferior ipsilateral. 2º caso: feminino, 27 anos, dor torácica há 48 h. Diagnóstico de hemotórax. Angio-CT evidenciou artéria pulmonar direta de maior calibre, com drenagem direta para a veia pulmonar inferior. História de dispnéia e cianose aos esforços, cefaléia crônica e epistaxe. A embolização da 1ª foi realizada, há 3 anos e 5 meses, com molas Gianturco-Grifka e balão auto-destacável. Na 2ª paciente, embolizada há 1 mês, utilizou molas. Como reforçado por Puskas, em 1993, a EPP está indicada nas MAVP múltiplas, pois a ressecção promoveria um grande sacrifício de tecido pulmonar, e risco cirúrgico é elevado. A publicação de DW Lee relata bons resultados em longo prazo com EPP nas MAVP solitárias. A EPP passou a ser uma opção no tratamento das MAVP solitárias, pois associa alta eficácia, baixa morbidade e bons resultados em longo prazo.

036**TUMORES MEDIASTINAIS: APRESENTAÇÃO SIMULTÂNEA RARA**

Autores: SILVA, RODRIGO AFONSO; HADDAD, FÁBIO JOSÉ; GROSS, JEFFERSON LUIZ; YOUNES, RIAD NAIM

Instituição: Hospital AC Camargo

Resumo: Mulher de 70 anos, assintomática, realizou radiografia de tórax de rotina a qual mostrou alargamento mediastinal. Submetida a tireoidectomia parcial por bócio colóide há dez anos, sem outras doenças associadas. Exame físico normal, assim como a análise laboratorial, incluindo os hormônios tireoidianos. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou massa mediastinal de grandes proporções e contato íntimo com a veia cava superior. A ressonância nuclear magnética excluiu invasão da veia cava superior. A paciente foi então submetida à anestesia geral com intubação seletiva e operada mediante toracotomia lateral direita e acesso à cavidade pleural através do quarto espaço intercostal. O inventário da cavidade mostrava volumosa massa lobulada e hipervascularizada de contato íntimo com as estruturas do mediastino e aparentemente comprimindo a veia cava superior. Durante a dissecação, evidenciamos nódulo de aproximadamente 3 centímetros de diâmetro, na loja tímica junto a gordura pericárdica, cuja biópsia de congelação mostrou tratar-se provavelmente de timoma. A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório e recebeu alta hospitalar no quarto dia. O exame anatomopatológico confirmou a presença de bócio colóide, e timoma com invasão de cápsula sem ultrapassá-la. Por tratar-se de timoma com estadió IIB de Masasoka, a paciente foi encaminhada para radioterapia mediastinal. Após um ano de seguimento, a paciente encontra-se assintomática e sem evidência de doença recidivada.

BOLAS FÚNGICAS EM CAVITAÇÕES SECUNDÁRIAS À SILICOSE PULMONAR COMPLICADA NÃO ASSOCIADA À TUBERCULOSE

Autores: BRAGAGNOLO JR., LUIZ ANTONIO; DE CAPITANI, EDUARDO MELLO; MACEDO, RONALDO FERREIRA; QUAGLIATO JR., REYNALDO; ALMEIDA, AURÉLIO ROCHAEL; BALTHAZAR, ALÍPIO BARBOSA

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: Silicose é uma doença ocupacional causada pela inalação de poeiras contendo sílica livre cristalina. A formação de cavitações no parênquima pulmonar na silicose sugere associação com tuberculose, e podem ser ocupadas por bolas fúngicas devido colonização por *Aspergillus* sp. Na silicose complicada existe formação de grandes massas fibróticas que também podem cavitatar na ausência de tuberculose. Relatamos caso de paciente do sexo feminino, 42 anos, com queixa de tosse produtiva, expectoração mucóide matinal, chiado no peito e dispnéia aos grandes esforços há 15 anos. Antecedentes de pneumotórax espontâneos, infecções respiratórias e derrame pleural. Pneumo tabágico de 5 anos-maço. Negava outras queixas e referia exposição ocupacional à poeira de sílica em indústria cerâmica de pastilhas de revestimento por 11 anos e 4 meses. Apresentava sibilos difusos à ausculta do tórax. Radiogramas de tórax com opacidades intersticiais de padrão nodular com áreas de confluência mais acentuada nos campos médios e superiores, compatíveis com silicose complicada com grandes opacidades. Há 6 meses evoluiu com piora da dispnéia e apresentou episódios de hemoptise. Novo radiograma de tórax revelou cavitação em campo médio esquerdo. Pesquisa e cultura para BAAR no escarro e lavado broncoalveolar resultaram negativas. Tomografia de tórax com cavitações em ambos os lobos superiores, com opacidades compatíveis com bola fúngica em seu interior. Iniciado tratamento com Itraconazol, a paciente veio se mantendo estável, com dispnéia aos moderados esforços e sem hemoptise. Apesar de ser comum o achado de cavitações em silicose pulmonar decorrentes de associação com tuberculose, no presente caso a paciente evoluiu com cavitações das massas fibróticas silicóticas sem relação com tuberculose ativa ou seqüelar, desenvolvendo bolas fúngicas bilaterais, sem possibilidade de tratamento cirúrgico.

EXPOSIÇÃO AGUDA A RESINA DE POLIÉSTER E ESTIRENO ASSOCIADA A HIPERTENSÃO PULMONAR INDUZIDA PELO EXERCÍCIO

Autores: HOETTE, SUSANA; APANAVICIUS, ANDRE; MARINHO, FELIPE COSTA DE ANDRADE; ALGRANTI, EDUARDO; MENDONÇA, ELIZABETE MEDINA COELI; FERNANDES, FREDERICO LEON ARRABAL; DE SOUZA, ROGERIO; TERRA-FILHO, MARIO; SANTOS, UBIATAN DE PAULA

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP

Resumo: Relato de caso: homem de 28 anos, previamente hígido, ex tabagista de 2 anos/maço, funcionário de lava rápido de automóveis. Em 2002, aplicando impermeabilizante no interior de um automóvel, inalou grande quantidade de aerodispersóides de resina de poliéster diluída em estireno. Apresentou dispnéia súbita e síncope sendo levado a um pronto socorro. Evoluiu com dispnéia em repouso por uma semana e, após esse período, dispnéia aos esforços. O exame físico e oximetria eram normais. Na época, a PFP tinha padrão restritivo e TCAR de tórax vidro fosco difuso. Houve normalização da função pulmonar 3 meses após o acidente. Como o paciente persistiu com dispnéia aos esforços foram solicitados novos exames. O ecocardiograma, a PFP completa e broncoprovocação eram normais. A TCAR tórax mantinha padrão em vidro fosco difuso, com relativa melhora. O teste de caminhada de 6 minutos evidenciou dessaturação durante esforço e o teste cardiopulmonar foi compatível com hipertensão pulmonar durante o exercício. Foi realizado biópsia a céu aberto mostrando espessamento importante das artérias pulmonares com estreitamento da luz. Discussão: Existe associação entre a hipertensão pulmonar (HP) induzida pelo exercício com o remodelamento de artérias pulmonares, sendo esta alteração precoce na fisiopatologia da HP persistente. O diagnóstico de HP induzida por exercício tem importância então para a identificação precoce de pacientes com remodelamento vascular pulmonar e início do tratamento para evitar a progressão da doença. No caso apresentado a agressão inicial pela inalação pode ter induzido o remodelamento vascular com espessamento das artérias pulmonares e hipertensão pulmonar que no momento se manifesta apenas durante o esforço. Este evento também chama a atenção para a condição de trabalho e risco de doenças pulmonares em lava-rápido, atividade amplamente difundida em nosso país.

EFICÁCIA DE DESCONTAMINAÇÃO BACTERIANA DE UMA AMBIENTE INTERNO SOB INFLUÊNCIA DE UM NOVO CLIMATIZADOR

Autores: DINIZ, MÁRCIA; PASCHOAL, ILMA APARECIDA; NEIVA, ANTONIO CARLOS DE BARROS; RODRIGUES, ANA CLÁUDIA DUARTE

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: INTRODUÇÃO - O processo de resfriamento adiabático com umidificação é utilizado há mais de 4.000 anos. Testou-se aqui um climatizador que tem como inovação vantagens relativas à higienização e limpeza do ar processado, por prescindir da utilização de materiais porosos como colméias ou filtros. A limpeza do ar é obtida através da lavagem do mesmo com turbulência elevada e sistema de geração de gotas otimizado para coleta de partículas. OBJETIVOS : Estudar a eficácia de um novo climatizador - lavador de ar na descontaminação bacteriana do ar de um ambiente interno. MATERIAIS E MÉTODOS – Foi desenvolvida uma nova metodologia específica para avaliação da capacidade de descontaminação em laboratório. Como contaminante foi utilizado um fungo não-patogênico, e como medida a contagem de UFC's em placas com meio de cultura (Ágar Sabouraud), em 2 salas laboratoriais destinadas especificamente para esta pesquisa (experimentos em duplicata). A sedimentação natural que ocorre entre a medida antes e depois da ação do equipamento foi mensurada e descontada. Foram realizados mais de 500 testes, inicialmente para desenvolvimento e validação da metodologia, e depois para desenvolvimentos do produto. RESULTADOS: O novo climatizador apresentou eficácia média de 71% nas suas configurações finais (26 experimentos) para descontaminação das salas citadas. Observou-se um espalhamento relativamente alto dos dados, mas dentro do esperado para este tipo de avaliação . CONCLUSÕES: O novo aparelho umidecedor/lavador de ar mostrou-se eficiente para reduzir o número de UFCs dos ambientes internos. Sua vantagem em relação às demais tecnologias, de não contribuir para proliferação de microorganismos em seu interior com o passar do tempo, poderá ser útil para utilização diária com pacientes com pneumopatias crônicas.

PNEUMOCONIOSE POR METAIS DUROS

Autores: KIM, KYU DO; GOMES, MAURO; PÁDUA, CARLOS HENRIQUE SANTOS; BERNARDI, FABIOLA DEL CARLO; FREITAS, JEFFERSON BENEDITO; MORRONE, LUIZ CARLOS; DALBELLES, LUIZ RICARDO; ETHEL, JORGE

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: INTRODUÇÃO: A pneumoconiose por metais duros (PMD) é pneumopatia de acometimento agudo e subagudo, com desenvolvimento de fibrose em longo prazo, devido à inalação de poeira metálica proveniente de ligas de tungstênio ou outros metais duros como titânio, tântalo, nióbio, vanádio, associados ao cobalto na propriedade de ligante. OBJETIVOS: relatar caso de pneumoconiose por metais duros MÉTODOS: relato de caso. RESULTADOS: Homem de 27 anos, natural e procedente de Santo André – SP, “afiador de ferramentas”. Apresentava tosse seca há 2 anos, com dispnéia aos grandes esforços, perda ponderal de 3 kg em 1 ano. Confeccionava ferramentas, afixando estas no “rebolo”. O trabalho possuía ventilação deficiente e trabalhou sem máscara até começarem os sintomas respiratórios. Apresentava distúrbio ventilatório restritivo acentuado. A radiografia de tórax mostrou infiltrado reticular difuso. À TCAR com linfonodos mediastinais menores que 1,0 cm, alguns calcificados, infiltrado micronodular bilateral, nódulos de até 1,0 cm e estrias parenquimatosas no seguimento medial do lobo médio. Realizada biópsia pulmonar cujo anatomopatológico revelou pneumonia intersticial de padrão broncocêntrico em atividade, folículos linfóides reativos peribrônquicos, antracose peribrônquiolar com material birrefringente nos macrófagos. À análise através da Espectrometria Fluorescente de Raio-X Sequencial identificou-se a presença de silício, cobalto, tungstênio, ferro, caracterizando a PMD. CONCLUSÃO: Apesar da PMD ser pneumoconiose de ocorrência relativamente frequente na literatura mundial, é pouco relatada no Brasil. Acreditamos que a PMD não seja condição rara em nosso meio, sendo que a subnotificação deve relacionar-se ao desconhecimento da doença, à desvalorização da história ocupacional e ao pouco esforço investigativo do agente causal.

**Para pacientes
com asma de
difícil controle**

O primeiro e único bloqueador da IgE^{1,2}

POSOLOGIA

150-375 mg s.c. a cada
duas ou quatro semanas
de acordo com
peso corpóreo e nível
sérico basal de IgE

**VENDA SOB
PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

NOVARTIS

Xolair 150 mg
omalizumabe

Pré para solução injetável para injeção subcutânea

Uso adulto e pediátrico
(Idade mínima de 12 anos de idade)

EMBALAGEM HOSPITALAR

Contém:
1 frasco-ampola com
150 mg de omalizumabe
1 ampola de diluente com 2 ml

Referências bibliográficas: 1. Ishizaka S, Ishizaka T. Identification of IgE antibodies as a carrier of reaginic activity. *J Immunol*. 1967;99:1187-1198. 2. Bourley PA. Experiments with monoclonal antibody therapy for allergic asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;108:577-583.

A foto retratada do produto e o número de registro encontram-se no rótulo anexo.

Xolair
omalizumabe

SIC Serviço de
Informações
ao Consumidor
0800 888 3003
sic.novartis@novartis.com

NOVARTIS

NOVARTIS INICIATIVAS S.A.
Geop Farmas - Av. Prof. Vicente Rao, 30
Praça Siqueira Bello - São Paulo - SP - 04736-000
Cidade Postal 07480 - São Paulo - SP
www.novartis.com.br

RELATO DE CASO: PNEUMONIA POR HIPERSENSIBILIDADE COM EXPOSIÇÃO A VÁRIOS AGENTES

Autores: MAGLIARI, MARIA ELISA RUFFOLO; AQUINO, RENATA TELLES RUDGE; SALHAB, RENATA MACEU; GONÇALVES, ANNA LUIZA LOBÃO

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: Introdução: pneumonite por hipersensibilidade forma um grupo de doenças pulmonares ocasionadas por inalação de materiais antigênicos. Acomete mais homens que mulheres, podendo ocorrer em qualquer faixa etária. Objetivo: relatar caso de pneumonia por hipersensibilidade de indivíduo exposto a vários tipos de antígenos. Métodos: W.D., 45 anos, masculino, pardo, natural e procedente de São Paulo, transportador, com quadro de febre (38-39°C), náuseas e vômitos, astenia e mialgia, há 9 dias associado a tosse produtiva com expectoração amarelada e dispnéia aos pequenos esforços há 3 dias. Exposições: contato profissional com tubulações de circulação de ar em garagens, reforma da casa com troca do assoalho há 3 meses, pintura e detetização com DDVP (rogama) há 1 mês. Ao exame: REG, dispnéico + /4+, MV+ com estertores crepitantes e bases e S1 médio D. Rx de tórax com opacidades interstícioalveolares predominantes em regiões perihilares e bases; leucocitose de 19,6 mil/uL com 18% bastões; TC de tórax com áreas de vidro despolido; lesão ulcerosa em traquéia na broncoscopia e biópsia com processo inflamatório com infiltrado linfoplasmocitário; pesquisa de BAAR e fungos no LBA e sorologias para HIV, paracoco, histoplasma e aspergillus negativas. Feita hipótese de pneumonia comunitária, introduzido ampicilina e ciprofloxacino, sendo associado empiricamente sulfametoxazol + trimetopim e hidrocortisona, 2 dias após, por piora do padrão respiratório e hipoxemia na gasometria. Resultados: paciente apresentou, rapidamente, melhora clínica e radiológica importante após início da corticoterapia, o que reforça o diagnóstico de pneumonia por hipersensibilidade. Conclusão: a PH é uma doença subdiagnosticada e que pode levar a fibrose pulmonar, sendo essencial a anamnese completa com relação a antígenos inalatórios, com intuito de prevenir forma crônica e afastar o paciente da exposição.

SILICATOSE PULMONAR

Autores: GUANABARA, DOUGLAS; PASCHOAL, FÁBIO; SANTOS, UBIRATAN; BALDI, BRUNO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP

Resumo: Relato de Caso: Homem de 76 anos com insuficiência cardíaca congestiva compensada, encaminhado por achados radiológicos pulmonares. Eupnéico, com estertores crepitantes em 2/3 superiores à direita, saturação em ar ambiente de 97%. Radiografia de tórax com opacidades em lobos superiores, de contornos mal definidos, sugerindo retração parenquimatosa. Tomografia de tórax evidenciava opacidades heterogêneas em segmentos posteriores de lobos superiores, irregulares e com áreas de retração do parênquima adjacente, além de linfonodomegalias mediastinais parcialmente calcificadas. Redução da difusão, volumes pulmonares e fluxos respiratórios normais. Sem infecções pulmonares prévias. Não tabagista. PPD positivo (10 mm), sem clínica de doença ativa. Agricultor dos 10 aos 35 anos, sem exposições específicas, e técnico de manutenção de aparelhos de ar condicionado industriais dos 35 aos 55 anos, responsável pela manutenção e limpeza de seus filtros de ar, sem proteção específica. Na remoção das partículas presas ao filtro usava métodos mecânicos como raspagem ou remoção com jatos de água, em ambientes pouco ventilados, com exposição recorrente a poeiras ambientais urbanas em suspensão e em grande concentração. A biópsia transbrônquica evidenciou material particulado birrefringente não sugestivo de sílica, compatível com silicatose inespecífica. Estável clínica, radiológica e funcionalmente há 2 anos. Discussão: Dificilmente encontramos exposições ambientais exclusivamente causadoras de silicose ou outra silicatose, já que a composição mista das poeiras orgânicas é o que predomina. Acreditamos que a exposição deste doente a poeiras ricas em silicatos ocorra por inalação de partículas não recém fraturadas colocadas novamente em suspensão após a limpeza dos filtros de ar. Por se tratar de material estável ao longo do tempo essa forma de exposição pode justificar tais achados.

SARCOIDOSE DE PROVÁVEL ETIOLOGIA OCUPACIONAL

Autores: LIDO, ALESSANDRO VITO; KITAMURA, SATOSHI; OLIVEIRA, JOSE INACIO; BAGATIN, ERICSON

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: CASO CLÍNICO: homem branco, nato e procedente de Rio Claro - SP, em seguimento no Ambulatório de Medicina do Trabalho, desde 10/09/06, para investigação de pneumoconiose, com histórico ocupacional de trabalho em indústria de fibras de vidro na atividade de acabamento de materiais, por 1 ano, no período de 1990 a 1991. Apresentava-se sem queixas e sem antecedentes de doenças respiratórias. Consumo tabágico de 5 anos-maço, parou há 10 anos. Exame físico sem alterações. Nas radiografias do tórax de 24/11/93 e 27/01/97, foram observadas pequenas opacidades em campos médios e superiores bilateralmente. Tomografia computadorizada de alta resolução do tórax – TCAR de 09/05/01, com presença de pequenas opacidades nos campos médios e superiores de ambos os pulmões, nódulos subpleurais, bronquiectasias cilíndricas, presença de linfonodomegalia mediastinal e hilar. A biópsia pulmonar realizada por broncofibroscopia, realizada em 16/09/96, revelou processo inflamatório crônico com granulomas tuberculoides não confluentes e sem necrose caseosa e ausência de nódulos silicóticos. A pesquisa e cultura de fungos e de micobactérias do lavado brônquico foram negativas. Conclusão: A história ocupacional fortalece a associação entre sarcoidose pulmonar e a exposição a fibras de vidro.

UMIDECEDOR E LAVADOR DE AR PARA USO DOMICILIAR EM PACIENTES PNEUMOPATAS- ASPECTOS AMBIENTAIS

Autores: DINIZ, MÁRCIA; PASCHOAL, ILMA APARECIDA; NEIVA, ANTONIO CARLOS DE BARROS; RODRIGUES, ANA CLÁUDIA DUARTE

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: Introdução: Pacientes pneumopatas crônicos são mais sensíveis às infecções respiratórias e agentes irritantes, podendo apresentar descompensações com facilidade. Assim, presume-se que a manutenção da umidade relativa do ar acima de 50% e a presença de ar ambiente com menor contaminação bacteriana sejam fatores protetores, que contribuam para reduzir as exacerbações da doença de base. OBJETIVOS : Estudar a influência de um climatizador - lavador de ar na descontaminação bacteriana de domicílios de pneumopatas crônicos. MATERIAIS E MÉTODOS - Foram avaliados 9 domicílios de pacientes pneumopatas, que iniciaram o uso de um aparelho umidificador/lavador de ar, por um período mínimo de 12 horas/dia, sempre com portas e/ou janelas abertas ou semi-abertas, sendo realizada a contagem do número de unidades formadoras de colônias obtidas em exposições de placas com ágar Sabouraud antes e após o uso do mesmo, no início do acompanhamento. RESULTADOS: O número de UFCs antes do uso do climatizador variou entre 11 e 148, com média de 65,88. Já o número de UFCs após o uso variou entre 10 e 103, com média de 40,55, com uma redução percentual de 60%. CONCLUSÕES: O aparelho umidecedor/lavador de ar em contracorrente mostrou-se eficiente para reduzir o número de UFCs dos ambientes domiciliares de pneumopatas crônicos, e possíveis repercussão clínicas deste fato devem ser estudadas com acompanhamento a longo prazo.

045

ANÁLISE NA MICROSCOPIA CONFOCAL DAS ARTÉRIAS PULMONARES EM PACIENTES PORTADORES DE GRANULOMATOSE DE WEGENER**Autores:** BARBAS, CARMEN; SANTANA, ALFREDO; BORGES, EDUARDO DA ROSA; CAPELOZZI, VERA; ANTUNES, TELMA; AB'SABER, ALEXANDRE**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP

Resumo: Introdução: Tromboses nos sistemas arterial e venoso são descritas em pacientes portadores de Granulomatose de Wegener. Entretanto, investigação rotineira de trombose arterial e ou venosa ou mesmo uso de anticoagulação não são recomendadas habitualmente nestes pacientes. Objetivo do estudo: avaliar a presença de trombose arterial no tecido pulmonar de pacientes portadores de Granulomatose de Wegener submetidos a biópsia pulmonar comparados com normais. Métodos: 16 artérias pulmonares de médio calibre obtidas de biópsias pulmonares de pacientes portadores de Granulomatose de Wegener e 8 artérias pulmonares de médio calibre obtidas de controles normais foram preparadas com CD34 de camundongo e analisadas posteriormente no microscópio confocal a laser do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de São Paulo para verificação da positividade da imunofluorescência para CD34 (marcador de endotélio) e para presença de trombose arterial. Resultados: Todas as 16 artérias dos pacientes portadores de Granulomatose de Wegener apresentavam sinais de trombose arterial com aderência do trombo ao endotélio. Alguns trombos mostravam sinais de recanalização e outros mostravam total oclusão da artéria acometida. Nenhum dos controles apresentavam sinais de trombose com uma positividade contínua do CD34 ao longo do endotélio mostrando uma integridade endotelial com presença de sangue sem coágulos no seu interior. Conclusão: Todas as artérias pulmonares de médio calibre dos pacientes portadores de Granulomatose de Wegener apresentavam algum grau de trombose comparado com controles normais. Investigação de rotina para presença de trombose arterial e ou terapêutica anticoagulante devem ser consideradas em pacientes portadores de Granulomatose de Wegener.

047

BRONQUIOLITE CONSTRICTIVA PÓS TRANSPLANTE RENAL**Autores:** FIGUEIREDO, GUSTAVO DE OLIVEIRA; ROMALDINI, JOSÉ GUSTAVO; DA SILVA, TÂNIA; GOMES, MAURO; DO KIM, KYU**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: INTRODUÇÃO: Bronquiolite obliterante com padrão constritivo é um processo inflamatório e fibrogênico dos bronquíolos respiratórios, levando à obstrução irreversível das vias aéreas. Ocorre principalmente após transplante pulmonar, porém, também é observado após transplante de medula óssea e em situações como exposição ao dióxido de nitrogênio, fumo, cocaína e infecções virais, doenças do colágeno, drogas, como penicilamina e radiação. É rara sua ocorrência pós-transplante renal. RELATO DO CASO: homem de 48 anos, asmático desde a infância e transplantado renal há 13 anos, em uso crônico de azatioprina e prednisona 10mg/dia. Há 3 anos apresentava dispnéia aos grandes esforços, com piora há 1 ano. Os exames laboratoriais mostravam creatinina= 1,2 mg/dL e uréia= 40mg/dL. Radiografia de tórax evidenciava infiltrado intersticial difuso e tomografia de tórax opacidades em vidro fosco bilaterais no interstício axial, principalmente nos lobos superiores, associado a discreto espessamento difuso de paredes brônquicas. À espirometria havia distúrbio ventilatório obstrutivo leve, sem resposta ao broncodilatador, com difusão do monóxido de carbono normal e hiperinsuflação pulmonar. Biópsia transbrônquica e lavado broncoalveolar não esclareceram diagnóstico nem evidência de infecções oportunistas. Biópsia pulmonar a céu aberto revelou bronquiolite obliterante, padrão constritivo. CONCLUSÃO: Bronquiolite constritiva está relacionada a transplante pulmonar e medula óssea. Não há relato relatos de sua ocorrência após transplante renal, como o observado, exceto em infecções oportunistas causadas pela imunossupressão, o que não ocorreu no nosso caso.

046

AValiação DO ACOMETIMENTO PULMONAR, EVOLUÇÃO CLÍNICA E MORTALIDADE DOS PACIENTES COM DOENÇA DE BEHÇET**Autores:** BARBAS, CARMEN; BORGES, EDUARDO DA ROSA; ANTUNES, TELMA; AB'SABER, ALEXANDRE; CAPELOZZI, VERA; KAIRALLA, RONALDO; CARVALHO, CARLOS; BARBAS FILHO, JOÃO VALENTE; SANTANA, ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP

Resumo: Introdução: A Doença de Behçet (DB) é uma vasculite em que o acometimento pulmonar, embora seja raro, tem grande impacto na sobrevida de tais pacientes. Objetivos: Analisar o acometimento pulmonar, evolução e sobrevida dos pacientes com DB acompanhados na Disciplina de Pneumologia HCFMUSP. Métodos: Análise retrospectiva dos prontuários médicos de tais pacientes acompanhados em nosso serviço nos últimos 18 anos. O acometimento pulmonar foi classificado como: aneurisma de artéria pulmonar (AAP), embolia pulmonar, infiltrado pulmonar, trombose venosa torácica, derrame pleural. Avaliamos ainda o tratamento realizado, a evolução clínica e a sobrevida. Resultados: Obtivemos 12 pacientes, com idade média de 36±15 anos, sendo 10 homens. O acometimento pulmonar esteve presente em todos os pacientes, sendo AAP em 9, embolia pulmonar em 2, trombose venosa torácica em 1 e derrame pleural em 1 paciente. O tratamento padrão foi corticóide e citotóxico (clorambucil, ciclofosfamida ou MMF). A sobrevida foi de 92% em 5 anos. Conclusão: AAP é a principal manifestação pulmonar da DB, e estes pacientes podem ter um bom prognóstico com o tratamento imunossupressor adequado.

048

BRONQUIOLITE FOLICULAR ASSOCIADA À IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL: RELATO DE CASO**Autores:** ANTUNES, ANDREA DE CÁSSIA VERNIER; BENEDET, CAMILA MACHADO; ALVES, LUIS RENATO; COELHO, ADRIANA NUNES; DE PÁDUA, ADRIANA IGNÁCIO; ÁLVARES, FLÁVIA; MARTINEZ, JOSÉ ANTÔNIO BADDINI; RAMOS, SIMONE GUSMÃO; DIAS, PAULA SANTOS**Instituição:** Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Resumo: Introdução: O comprometimento pulmonar na imunodeficiência comum variável (ICV) cursa com infecções recorrentes e bronquiectasias. Objetivo: Relato de caso de paciente com bronquiolite folicular secundária a ICV. Relato de Caso: Paciente feminina, 20 anos com tosse seca desde primeiro ano de vida, sem horário preferencial nem desencadeantes identificados, principalmente nos meses de julho e janeiro. Passado de púrpura trombocitopênica idiopática, dois episódios de pneumonia e infecção por herpes zoster em tórax. Relato de episódios de rinosinusite com melhora após antibioticoterapia. O exame clínico sem alteração. Exame hematológico: anemia hipocrômica e microcítica, plaquetopenia e níveis normais na série branca. Espirometria normal. Tomografia computadorizada de tórax com nódulos irregulares no parênquima pulmonar, áreas de vidro fosco, espessamento septal e linfonodos mediastinais. Broncoscopia com alargamento de carina principal e lavado broncoalveolar com linfocitose. Biópsia cirúrgica com diagnóstico histopatológico de bronquiolite folicular. Diagnóstico definitivo feito pela dosagem de imunoglobulinas evidenciando baixos valores para IgG, IgA e IgM. Paciente encaminhada para avaliação da imunologia e tratamento. Discussão: A presença de proliferação difusa de folículos linfóides no tecido intersticial peri-brônquico caracteriza a bronquiolite folicular, definida como hiperplasia do BALT. Possui causas diversas: as doenças auto-imunes, estados de imunodeficiência primária e adquirida, complicação de transplante alógênico de medula óssea, microlitíase alveolar, infecções por Legionella, tuberculose, micoplasma e clamídia, proteinólise alveolar e ainda pode ser idiopática. Conclusão: ICV deve ser lembrada ao se fazer o diagnóstico diferencial de bronquiolite folicular.

CALCIFICAÇÕES PULMONARES DIFUSAS EM PACIENTES OLIGOSSINTOMÁTICOS

Autores: KAWASSAKI, ALEXANDRE DE MELO; APANAVICIUS, ANDRÉ; DIAS JÚNIOR, SÉRVULO AZEVEDO; MARINHO, FELIPE COSTA DE ANDRADE; MENDES, DANIEL DE MELO; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP

Resumo: A microlitíase pulmonar é uma doença rara de patogênese incerta caracterizada por deposição de microlitos de fosfato de cálcio no espaço alveolar na ausência de defeito no metabolismo do cálcio. Embora em até 50% dos casos haja associação familiar, fatores ambientais em comum podem contribuir para esses números. Foram atendidos no HCFMUSP dois pacientes com quadro de calcificações pulmonares e sintomas frustos. O primeiro é um homem de 44 anos, bancário, natural de São Paulo e procedente de Atibaia-SP, com história de dispnéia progressiva há um ano e meio, sem outros sintomas cardiopulmonares. Há dois anos participava de maratonas. Aos 14 anos, mesmo assintomático, ficou internado por nove meses para tratamento de tuberculose por alterações radiográficas. Ex-tabagista de 10a.m, sem exposição relevante. Exame físico sem alterações e com SpO₂ de 92%. Exames de imagem mostram calcificações pulmonares parenquimatosas difusas, com progressão em relação a exames prévios. Anátomo-patológico mostra acentuada calcificação intra-alveolar, associada a reação gigante-celular tipo corpo estranho. A segunda é uma paciente de 31 anos, autônoma, natural e procedente de São Paulo, portadora de insuficiência renal crônica em hemodiálise há 10 anos. Há dois anos, mesmo assintomática, realizou uma radiografia do tórax de rotina que mostrava um infiltrado micronodular difuso. Tomografia de alta resolução de tórax caracterizava micronódulos centrolobulares difusos e parcialmente calcificados associados a calcificações da superfície pleural diafragmática. Exame físico sem alterações e com SpO₂ de 96%. Biópsia pulmonar evidenciou microcalcificações intra-alveolares. Classicamente os pacientes com microlitíase pulmonar apresentam-se assintomáticos ou oligossintomáticos, mesmo com Rx de tórax mostrando alterações importantes. Não há tratamento clínico efetivo, com relato de cinco casos submetidos a transplante pulmonar.

GRANULOMATOSE DE WEGENER COM HEMORRAGIA ALVEOLAR E ANCA NEGATIVO – RELATO DE CASO

Autores: PORFÍRIO, DANIELA; FAORO, CAMILO; FRARE E SILVA, RODNEY; RABELO, LEDA MARIA; DE BARROS, JOÃO ADRIANO; ESCUISSATO, DANTE LUIZ; LACERDA, DIOGO CUNHA

Instituição: Hospital de Clínicas - UFPR - Curitiba - PR

Resumo: Granulomatose de Wegener é uma vasculite granulomatosa, necrotizante de pequenos e médios vasos acometendo vias aéreas superiores, inferiores e rins. Mulher, 37 anos, há 3 meses com rinosinusites de repetição, poliartrite, sudorese noturna, emagrecimento, úlceras orais indolores e pápulas eritematosas ulceradas em membros inferiores. Há 1 semana com dispnéia em repouso, febre e hemoptise. Ao exame: taquicárdica, taquipneica e dessaturação. Cavidade nasal com manchas amarronzadas, crosta enegrecida e perfuração de septo nasal. Estertores em bases de ambos hemitórax. Úlcera necrótica em MIE com 0,5cm de diâmetro e pápulas eritematosas em mãos. Exames laboratoriais: anemia hipocrômica e microcítica, hipoxemia arterial grave, hematúria, proteinúria e clearance de creatinina de 54ml/min. RX e Tomografia de tórax demonstrando imagem de padrão alveolar difuso com lesão escavada em lobo inferior direito. Função Pulmonar normal. Fibrobroncoscopia demonstrou a presença de lesão ulcerada em subglote. Biópsias: pele (vasculite leucocitoclástica), septo nasal (inflamação granulomatosa focal), transbrônquica (capilarite difusa) e lesão subglótica (áreas de necrose e reação granulomatosa). Perfil ANCA negativo. Diagnóstico de Granulomatose de Wegener. Iniciado tratamento EV com corticóide e imunossupressor (pulsoterapia) seguido de medicação oral após melhora clínico-radiológica. A Granulomatose de Wegener é uma vasculite que se apresenta com infiltrados intersticiais, nódulos ou cavidades, raramente com hemorragia alveolar (5-15%). Histologicamente caracteriza-se por vasculite necrotizante de pequenos e médios vasos e inflamação granulomatosa. O ANCA-C possui sensibilidade de 85-90% e especificidade 95% em doença ativa e generalizada, porém 10-50% dos pacientes podem ser ANCA negativos. O tratamento é realizado com corticóide e imunossupressor por 6-12 meses.

FIBROSE CÍSTICA EM ADULTO JOVEM – RELATO DE CASO

Autores: OLIVEIRA, JULIANA DOS SANTOS DE; DIAS, ANA CAROLINA YONAMINE RODRIGUES; DUAILIBE, LIANA PERES; DONADON, FABIANA CRISTINA; MURANO, THIAGO GOUVEA PINHEIRO

Instituição: Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

Resumo: INTRODUÇÃO: fibrose cística é uma doença hereditária com maior prevalência em brancos. O defeito básico na excreção do cloro acomete células de vários órgãos, com grau de manifestação e forma dos sintomas variando em cada paciente. As principais manifestações são pulmonares e digestivas, e podem ocorrer durante toda a vida dos fibrocísticos. 70% dos pacientes são diagnosticados no primeiro ano de vida e apenas 3% dos casos são diagnosticados acima dos 18 anos de idade. Nos pacientes adultos com fibrose cística a incidência de doença pulmonar como manifestação inicial é maior, geralmente existe deficiência pancreática e tendência a apresentar melhor prognóstico. RELATO DO CASO: paciente de 25 anos de idade, sexo masculino, com história de tosse produtiva com expectoração mucopurulenta há sete meses, evoluindo com dispnéia aos pequenos esforços e ao repouso, além de perda de peso aproximada de 10 kilogramas. Internado para investigação, negava alterações gastrintestinais e urinárias, bem como outras comorbidades pessoais. Relata falecimento de dois irmãos por pneumopatia semelhante, porém sem diagnóstico. À admissão apresentava-se em mau estado geral, emagrecido, com taquidispnéia, cianose labial e de extremidades. À ausculta pulmonar, estertores e roncos bilaterais difusos. Gasometria arterial com hipoxemia (ar ambiente). Leucocitose sem desvio à esquerda. Análise fecal normal. Radiografia de tórax com lesões em trilho de trem bilaterais e tomografia de tórax confirmava a presença de bronquiectasias difusas. Espirometria revelava distúrbio ventilatório restritivo grave. Iontoforese com dosagem elevada de cloretos confirma o diagnóstico de fibrose cística. Houve melhora clínica e gasométrica após terapêutica antimicrobiana, suporte ventilatório não invasivo e suporte nutricional. Continua acompanhamento ambulatorial, permanecendo clinicamente estável desde então.

NOVENTA E UM PACIENTES COM GRANULOMATOSE DE WEGENER

Autores: SANTANA, ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ; ANTUNES, TELMA; BORGES, EDUARDO DA ROSA; AB'SABER, ALEXANDRE; CAPELOZZI, VERA; KAIRALLA, RONALDO ADIB; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE; BARBAS FILHO, JOÃO VALENTE; BARBAS, CARMEN SILVIA VALENTE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP

Resumo: Introdução: Granulomatose de Wegener (GW) é uma vasculite granulomatose necrotizante com boa resposta ao tratamento com ciclofosfamida. Entretanto, as morbidades associadas são importantes ao longo dos anos de tratamento, como as otorrinolaringológicas. Objetivos: Estudar os pacientes com GW atendidos na Disciplina de Pneumologia HCFMUSP de 1983 a 2006. Métodos: Análise retrospectiva dos dados clínicos, tomográficos, terapêuticos e de evolução de tais pacientes. Resultados: Tivemos 91 pacientes que preencheram os critérios de GW, sendo 46 homens. A idade média foi de 41±15 anos. O acometimento pulmonar foi: nódulos em 23, nódulos cavitados em 17, massas em 4, massas cavitadas em 16, consolidação em 34, alteração compatível com hemorragia alveolar em 9 e lesão de via aérea em 9 pacientes. 90% dos pacientes ainda apresentavam sinusiopatia e 5%, lesão de sistema nervoso central (nódulo, AVCI, convulsão). Insuficiência renal aguda acometeu 21 pacientes, porém apenas 3 ficaram dependentes de hemodiálise. O tratamento realizado em todos os pacientes foi corticóide e ciclofosfamida para induzir remissão, e a manutenção foi feita com ciclofosfamida ou azatioprina. A mortalidade foi de 19%. Entre os sobreviventes, 50% apresentam algum grau de incapacidade, principalmente sinusiopatia e labirintopatia. Conclusão: GW é ainda uma doença com relevante morbi-mortalidade associada, com necessidade de novas opções medicamentosas para seu tratamento.

PNEUMONIA DE CÉLULAS GIGANTES COM HISTÓRIA OCUPACIONAL ATÍPICA – RELATO DE CASO

Autores: ANDRADE, MARCELO JORGE DE S L; MUSOLINO, RAFAEL SILVA; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE; TAKAGAKI, TERESA YAE; KAIRALLA, RONALDO ADIB; BALDI, BRUNO GUEDES; FIGUEIREDO, RICARDO GASSMANN; SANTOS, UBIRATAN DE PAULA

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo –USP

Resumo: Introdução: A Pneumonia Intersticial de Células Gigantes (GIP) é causa incomum de doença parenquimatosa difusa pulmonar e está intimamente relacionada à exposição ao cobalto, sendo considerado um achado patognomônico de exposição ao metal para alguns autores. Relato do caso: homem de 52 anos, engenheiro civil, natural e procedente de Piracicaba-SP. Há 1 ano apresentou quadro de febre vespertina diária durante 3 semanas, associado a dispnéia aos esforços, tosse seca e baqueteamento digital agudo doloroso. Relatava que, nos 4 meses que antecederam o quadro, esteve envolvido na reforma do seu escritório, onde teve contato direto com poeiras e tintas diversas, afastando-se desta exposição após o início dos sintomas. Negava tabagismo ou pneumopatias prévias. Em seguida, evoluiu assintomático e nova radiografia após 6 meses mostrava opacidades reticulares em bases pulmonares. TCAR revelou opacidades em vidro fosco em bases dos pulmões, com faveolamento incipiente. Gasometria arterial e prova de função pulmonar foram normais. Sorologia para HIV, para fungos e pesquisa de auto-anticorpos foram negativas. Biópsia assistida por videotoroscopia demonstrou extensos acúmulos de macrófagos intra-alveolares e bronquiolares acompanhado de numerosas células gigantes multinucleadas compatível com pneumonia intersticial descamativa com células gigantes. Sob conduta expectante, o paciente permaneceu assintomático e teve melhora radiológica visível em nova TCAR realizada após 4 meses. Discussão: Embora uma típica história ocupacional seja observada na maioria dos casos, nem sempre existe correlação exata entre intensidade da exposição e surgimento da doença. Ressaltamos, neste caso, o papel decisivo que teve a biópsia no diagnóstico de pneumoconiose por cobalto, uma vez que o nosso paciente não possuía uma história ocupacional típica para esta doença.

PNEUMONIA INTERSTICIAL COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE DERMATOPOLIMIOSITE

Autores: MACEDO, RONALDO FERREIRA; PEREIRA, MONICA CORSO; BRAGAGNOLO JR, LUIZ ANTONIO; ALMEIDA, AURÉLIO ROCHAEL; GRANGEIA, TIAGO DE ARAUJO GUERRA; PASCHOAL, ILMA APARECIDA; DE CAPITANI, EDUARDO MELLO; CAMINO, ANA MARIA

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: A dermatopolimiosite (DMP) é uma desordem inflamatória sistêmica de etiologia desconhecida, que afeta principalmente músculo esquelético e eventualmente os pulmões. Geralmente as manifestações pulmonares são concomitantes ao quadro muscular, mas podem precedê-lo ou surgir após a miopatia. Relato: homem de 48 anos, ex-tabagista (18 AM), com história de 50 dias de dispnéia e febre. Após melhora da febre (antibioticoterapia), manteve dispnéia aos moderados esforços, em uso de prednisona. Exame físico: frequência respiratória aumentada e SpO₂ de 94% (ar ambiente). Exames laboratoriais: sorologias HIV, Hepatites B e C e anti DNA (-); FAN: 1/1280 e CPK normais. Espirometria: VEF1: 2,63 L (68%); CVF: 3,38 L (70%) e VEF1/CVF: 78%. Broncoscopia normal; lavado broncoalveolar: linfocitose (27%). Pesquisas e culturas: negativas. Tomografia de tórax (alta resolução): opacidade em vidro fosco e alterações intersticiais subpleurais. Biópsia pulmonar: focos de fibrose cicatricial, foco de pneumonia organizante e infiltrado inflamatório crônico inespecífico intersticial. Conclusão: pneumonia intersticial não específica (PINE). Mantida prednisona. Após 14 meses o paciente referiu queixa de fraqueza muscular proximal de membros. Exame físico: força muscular grau 3 em cintura pélvica e escapular e lesões pápulo-eritematosas em mãos. Exames laboratoriais: CPK: 13.000, FAN 1/640 e Anti-jp1 (+). Eletromiografia (membros superiores e inferiores): intenso acometimento miopático proximal. Biópsia de músculo: compatível com DPM. Conclusão: pneumonia intersticial associada à DPM. Aumentada prednisona (1mg/Kg) com melhora dos sintomas musculares. Ressaltamos a importância do seguimento dos pacientes com doenças intersticiais pulmonares sem diagnóstico etiológico, pois estas podem anteceder, por longos períodos, as demais manifestações de uma eventual colagenose.

PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE: O PAPEL DA BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA E DO LAVADO BRONCO-ALVEOLAR NO DIAGNÓSTICO

Autores: ALMEIDA, AURÉLIO ROCHAEL; BALTHAZAR, ALÍPIO BARBOSA; DE CAPITANI, EDUARDO MELLO; MACEDO, RONALDO FERREIRA; BRAGAGNOLO JR., LUIZ ANTÔNIO; METZE, KONRADIN; FREITAS, LEANDRO L.

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: Pneumonia de hipersensibilidade (PH), ou alveolite alérgica extrínseca, é uma doença intersticial difusa do pulmão secundária à exposição de partículas orgânicas de origem animal ou substâncias químicas orgânicas em ambientes industriais. Em hospedeiro suscetível, os antígenos inalados depositam-se nos epitélios bronquiolar e alveolar e lá desencadeiam reação imunológica linfocitária resultando em espessamento do interstício alveolar e peribronquiolar por infiltrado celular linfocitário, granulomas mal formados e clusters de células gigantes. As alterações de TCAR dependem do estágio da doença, agudo, subagudo, ou crônico. Relato de caso: AAC, 45 anos, feminina, com dispnéia progressiva há 5 anos com progressão para os mínimos esforços. Cianose de extremidades, tosse seca matinal e chiado esporádico. Trabalho em lavoura de algodão por 20 aos 30 anos de idade, e moradia em casa de madeira no Paraná com chão suspenso vasado, sob o qual se alojavam porcos e galinhas. Radiograma de tórax com opacidades difusas sugestivas de padrão intersticial. TCAR mostrava opacidades nodulares e preenchimento alveolar com áreas de vidro fosco e aprisionamento aéreo. Lavado broncoalveolar= 49% de linfócitos, histopatológico da biópsia transbrônquica, associados à história ocupacional e ambiental, corroboraram o diagnóstico de PH redundando no afastamento da exposição e prescrição de corticoterapia. Conclusão: A PH é uma doença de difícil diagnóstico pois mimetiza diversas doenças respiratórias comuns e outras doenças intersticiais. Ressalte-se neste caso o papel da biópsia transbrônquica e do lavado bronquioalveolar junto com a história ambiental e avaliação detalhada da TCAR na definição do diagnóstico e intervenção terapêutica precoce.

PNEUMONIA LIPOÍDICA AGUDA: A PNEUMONIA DO ENGOLIDOR DE FOGO

Autores: COSTA, ANDRÉ NATHAN; SANTOS, LUCIO SOUZA; FERNANDES, CAIO JULIO CESAR; BAMMANN, RICARDO HELBERT; TRANCHESI, REGINA APARECIDA MEDEIROS; KAIRALLA, RONALDO ADIB

Instituição: Hospital Nove de Julho

Resumo: Homem de 23 anos iniciou quadro de tosse seca, dispnéia e dor torácica, associada à febre 38,5°C por cinco dias. Referia se apresentar como engolidor de fogo, sendo sua última performance três semanas antes. Na entrada, apresentava ao exame físico roncos bilaterais em bases e nos exames laboratoriais apenas leucocitose. Radiografia de tórax mostrava consolidações paracardíacas bibasais e a tomografia computadorizada de tórax confirmou achado de consolidações parenquimatosas bilaterais com conteúdo heterogêneo medindo aproximadamente 15 cm cada. Inicialmente tratado com antibióticos, foi submetido à broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica que resultaram em culturas negativas e patologia sugestiva de pneumonia em organização, respectivamente. Pela febre persistente e evolução radiográfica para massas cavitadas com conteúdo hidroaéreo à direita foi indicada toracotomia com drenagem região abcedada e posterior introdução de corticóides. Evoluiu com melhora clínica importante tendo alta afebril e assintomático, para completar a antibioticoterapia e a corticoterapia, via oral, por duas semanas. Conclusão A pneumonia do engolidor de fogo é uma condição clínica infrequente causada pela aspiração acidental de derivados de petróleo durante um espetáculo. Os sintomas são semelhantes àqueles das pneumonias aspirativas, incluindo tosse, dispnéia e dor torácica. As apresentações radiológicas mais comuns são opacidades hilobasais, atelectasia e lesões nodulares, podendo evoluir para pneumatocele. O derrame pleural é raro. O tratamento é geralmente conservador, com uso de antibióticos de amplo espectro e possível efeito benéfico do uso de corticóides pela severidade da reação inflamatória. Entretanto, por vezes se faz necessário o procedimento cirúrgico como em casos de febre persistente e sinais de sepse, ou complicações como fistulas e piopneumotórax.

PROTEINOSE ALVEOLAR - MANEJO TERAPÊUTICO COM LAVADO BRONCOALVEOLAR

Autores: MARINHO, FELIPE COSTA DE ANDRADE; DIAS JÚNIOR, SÉRVULO AZEVEDO; BALDI, BRUNO; TAKAGAKI, TERESA YAE; KAIRALLA, RONALDO ADIB; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP/InCor

Resumo: Introdução: Proteinose alveolar é um distúrbio raro onde há acúmulo de material lipoproteínico nos alvéolos. O curso clínico da doença é variável, podendo ir de insuficiência respiratória até a resolução espontânea. Em 90% dos casos é uma desordem primariamente adquirida e o tratamento mais efetivo é o lavado broncoalveolar dos pulmões. Relato do caso: Mulher de 21 anos que há 11 anos iniciou dispnéia aos esforços progressiva e que nessa época foi diagnosticado proteinose alveolar. Desde então foi submetida ao LBA terapêutico 3 vezes sendo o último há 5 anos. Era assintomática até 5 meses quando voltou a ter dispnéia aos esforços associada a piora radiológica. Exame físico normal e saturava 98%. No teste da caminhada de 6 minutos, andou 530m e a saturação caiu até 83%. Indicado mais uma vez o LBA terapêutico, que foi feito no pulmão esquerdo. SF0,9% aquecido foi infundido de 1 a 1,5L por vez dentro do pulmão e em seguida drenado com auxílio de fisioterapia. O líquido inicial era leitoso e foi clareando progressivamente. No terceiro dia após o lavado, novo TC6⁺ revelou que a paciente percorreu 600m e a sua saturação caiu de 93 para 88%. Recebeu alta no dia seguinte. Discussão: Proteinose alveolar caracteriza-se pelo acúmulo de material lipoproteínico composto basicamente por lipídeos e proteínas que compõem o surfactante alveolar. Esse acúmulo ocorre por uma deficiência na clearance do surfactante que é feito pelos macrófagos. Estes, por sua vez, são estimulados pelo fator estimulador de colônias de granulócitos e monócitos (GM-CSF) para realizar essa função. O achado radiológico característico é a "pavimentação maluca". O LBA é diagnóstico e terapêutico e está indicado quando há pO₂ 40mmHg; ou dispnéia ou hipoxemia ao esforço. O prognóstico em linhas gerais é bom, com sobrevida de mais de 10 anos em 85% dos casos.

SÍNDROME EOSINOFÍLICA PULMONAR SECUNDÁRIA A DAPSONA

Autores: BALTHAZAR, ALIPIO BARBOSA; BALTHAZAR, ALBA BRAGA SALLES; MACEDO, RONALDO FERREIRA; DE CAPITANI, EDUARDO MELLO; QUAGLIATO JR, REINALDO; RESENDE, SÍLVIO MORAES

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: A dapsona é uma droga usada no tratamento da hanseníase e em algumas afecções cutâneas. Existem vários relatos na literatura de síndrome de hipersensibilidade com manifestação multissistêmica geralmente sem manifestação pulmonar. Mulher de 16 anos previamente hígida com história de dispnéia, dor torácica e febre. Radiograma de tórax evidenciou pneumonia sendo tratada com claritromicina. Na reavaliação mantinha febre e dor torácica sendo internada e medicada com RocefinR e claritromicina por 9 dias. Houve melhora da febre, mas persistia com tosse seca e dispnéia aos médios esforços quando procurou nosso serviço. Em repouso encontrava-se eupneica com SpO₂ de 97%, ausculta pulmonar sem anormalidades. Apresentava lesões cutâneas nodulares purpúricas com crostas. Biópsia de pele realizada há oito meses evidenciou dermatite superficial perivascular crônica inespecífica de padrão liquenóide. Prescrito dapsona 12 dias antes do início do quadro que foi suspensa no ato da internação. Hemograma com neutrofilia, linfopenia, eosinofilia; tomografia de tórax com padrão micronodular de distribuição randômica associada a opacidades em vidro fosco com predomínio em campos médios e superiores, broncoscopia normal com lavado broncoalveolar com 153.000 células; 5.000 hemácias, 73% de macrófagos alveolares, 20,5% linfócitos, 6% eosinófilos e 0,5% basófilos; pesquisas e culturas negativas. Biópsia transbrônquica com infiltração eosinofílica ao longo do eixo broncovascular e septal alveolar associada a focos de pneumonia e hemorragia em organização. A associação entre os achados clínicos, radiológicos, epidemiológicos e anatomopatológicos nos permite afirmar de tratar-se de um caso de Síndrome Eosinofílica Pulmonar secundária ao uso de dapsona. Paciente evoluiu muito bem sem nenhum tratamento específico, apenas a suspensão da droga, com completa resolução do quadro.

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA: EVOLUÇÃO EM 10 ANOS

Autores: ROMALDINI, JOSÉ GUSTAVO; GOMES, MAURO; PETRY, TARISSA BEATRICE ZANATA; CORDEIRO, SABRINA MATALLO; PEREIRA, JOSÉ RODRIGUES

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: Introdução: A prevalência da Síndrome de Sjögren na população varia de 0,5 a 3%, com predomínio em mulheres. O acometimento pulmonar é freqüente, porém, o diagnóstico geralmente é tardio em consequência da sintomatologia pobre e inespecífica no início. Caso clínico: mulher de 63 anos, com xerofthalmia e xerostomia há treze anos, época em que foi diagnosticado um linfoma de parótida direita, o qual foi ressecado. Há seis anos apresenta tosse com expectoração branca, sendo internada repetidas vezes por "pneumonia". Apresentou dois episódios de hemoptise com broncoscopia normal. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, corada, acianótica, eupneica. À ausculta pulmonar, com murmúrio vesicular presente bilateralmente com estertores crepitantes difusos e roncosparsos. Restante do exame físico sem alterações. Aos exames laboratoriais FAN positivo 1/1280 pontilhado fino; fator reumatóide positivo (136,5); anticorpo anti-Ro e anticorpo anti-La positivos. O Teste de Rosa-Bengala positivo. A tomografia computadorizada de tórax revelou múltiplas bronquiectasias cilíndricas e varicosas esparsas pelos pulmões, predominando nos ápices e lobo médio, além de múltiplos cistos bilaterais, com predomínio à direita. Foram preenchidos critérios para o diagnóstico de Síndrome de Sjögren primária com complicações pulmonares. Conclusão: A manifestação pulmonar da Síndrome de Sjögren primária é subdiagnosticada ou possuiu diagnóstico tardio. O tratamento é feito com corticóides e/ou imunossuppressores e a resposta geralmente é melhor com a precocidade da introdução do mesmo. Esta paciente permaneceu 10 anos sem diagnóstico, tratando repetidamente como "quadros pneumônicos". Apresentaremos evolução tomográfica desde 1997 até a atual, mostrando a progressão do quadro intersticial neste intervalo de tempo.

A TORACOCENTESE É CAPAZ DE AUMENTAR FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM PACIENTES COM DERRAME PLEURAL VOLUMOSO?

Autores: CARTAXO, ANA MARIA; VARGAS, FRANCISCO; GENOFRE, EDUARDO H; FERNADES, FREDERICO A; ONISHI, ROBERTO; RIBEIRO, SABRINA C; MARCONDES, BIANCA F; POLISEL, FABIANE; TEIXEIRA, LISETTE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP/InCor.

Resumo: Introdução: Derrame pleural é uma entidade clínica que freqüentemente causa dispnéia, fazendo com que o diafragma adote uma posição de desvantagem mecânica, prejudicando sua capacidade de gerar força e de aumentar o volume pulmonar. Toracocentese é a ferramenta terapêutica comumente utilizada para aliviar os sintomas de pacientes com derrame pleural. Após este procedimento, os músculos respiratórios, principalmente o diafragma, adotam uma posição de melhor vantagem mecânica. A pressão inspiratória máxima (Pi max) e a pressão expiratória máxima (Pe max) são utilizadas para avaliar a força muscular respiratória. Objetivo: Determinar se a toracocentese terapêutica altera a força muscular respiratória avaliada pela Pi max e Pe max em pacientes com derrame pleural volumoso. Método: Quinze pacientes com derrame pleural volumoso, documentados pela radiografia de tórax, foram incluídos no estudo. Pi max e Pe max foram avaliadas pré e 48 horas pós toracocentese terapêutica. O teste t pareado foi utilizado para comparar os resultados (p < 0,05). Resultados: Os dados estão apresentados em média e desvio padrão. O líquido pleural removido foi 1646 + 619 ml. A Pi max pré foi 71 + 16 cmH₂O e 89 + 9 cmH₂O 48 horas após a toracocentese (p < 0,001). A média da Pe max foi 79 + 22 cmH₂O no período pré e de 92 + 20 cmH₂O 48 horas após o procedimento (p = 0,002). Conclusão: Após a toracocentese, os músculos respiratórios adotam uma posição de melhor vantagem mecânica e são capazes de gerar maior força muscular demonstrados pela Pi max e Pe max. Sugerimos que o alívio dos sintomas e o aumento da força muscular respiratória após a retirada de líquido pleural ocorram pela mudança da posição do diafragma na caixa torácica. Apoio: CNPq e FAPESP

061**ASPECTOS DIAGNÓSTICOS - ASBESTOSE CONTRO-VÉRSIAS****Autores:** LIDO, ALESSANDRO VITO; KITAMURA, SATOSHI; BAGATIN, ERICSON**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: Homem branco de 61 anos, procedente de Campinas - SP, acompanhado pelo Ambulatório de Pneumologia e Medicina do Trabalho do HC-UNICAMP, desde 03/06/91, com diagnóstico de asbestose pulmonar. Em abril de 2002, o paciente foi reavaliado no Ambulatório de Medicina do Trabalho do HC-UNICAMP. Queixava-se de dispnéia aos grandes esforços, tosse produtiva monóide matinal, com histórico ocupacional de exposição ao asbesto, por 18 anos, em atividades de montagem de isolamento térmico industrial, no período de 1969 a 1987. Antecedentes de bronquite crônica. Ex-fumante de 32 anos-maço parou há 30 anos. No exame físico, encontra-se eupneico, acianótico, com presença de cicatriz cirúrgica de toracotomia à esquerda, com murmúrio vesicular diminuído globalmente, expansibilidade torácica normal. Radiografia do tórax, de 26/03/01, qualidade 1, profusão 1/1, t/t, placas pleurais parietais e diafragmáticas bilaterais, calcificada no diafragma à direita, com opacidades lineares em ambos os hemitórax (revisão OIT - 2000). Tomografia computadorizada de alta resolução do tórax, 16/04/02, com placas pleurais parietais e diafragmáticas bilaterais calcificadas adjacentes a bandas parenquimatosas em seguimento anterior do lobo superior direito, medial do lobo superior esquerdo, antero-medial em lobo médio e medio-inferior em lobo inferior esquerdo com formação de atelectasia redonda em campos médios bilateralmente. Biopsia pulmonar e da pleura em 08/1986, com fibrose pleural intensa e hialina, ausência de corpos ferruginosos pela coloração com henatoxilina eosina. Espirometria de 11/06/02, com distúrbio ventilatório obstrutivo leve. Discussão: Os dados clínicos e radiológicos são compatíveis com placas pleurais e atelectasias redondas por exposição ao asbesto, desde que comprovada a real exposição. O diagnóstico de asbestose não foi confirmado.

063**INFLUÊNCIA DO ANTI-VEGF NA PLEURODESE EXPERIMENTAL INDUZIDA POR NITRATO DE PRATA****Autores:** TEIXEIRA, LISETE; ACENCIO, MILENA; RIBEIRO, SABRINA; WU, RICKY; NAKAGUMA, MARILENA; ALBINO, ROMULO; ANTONANGELO, LEILA; MARCHI, EVALDO; VARGAS, FRANCISCO**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP/InCor

Resumo: Introdução: O Fator de Crescimento Endotelial Vascular (VEGF), uma citocina angiogênica relacionada à produção de derrame pleural juntamente com o TGF- β , têm um importante papel na fibrose pleural. Objetivo: Avaliar o efeito do anticorpo anti-VEGF (Bevacizumab) na inflamação e fibrose pleural após instilação intrapleural de nitrato de prata (NP). Material e Métodos: Cinquenta coelhos receberam injeção intrapleural de NP a 0,5% e foram divididos em 2 grupos. Um grupo recebeu injeção endovenosa de anti-VEGF (Bevacizumab - 5mg/Kg) 30 minutos antes da injeção intrapleural. O segundo grupo não recebeu o anti-VEGF. Após 1, 2, 3, 4 ou 7 dias os animais foram eutanasiados e avaliou-se o volume de líquido pleural formado, a quantidade de aderências pleurais observadas macroscopicamente (escore de 0 a 4) e a presença microscópica de inflamação e fibrose pleural (escores de 0 a 4). Análise estatística: test t, com significância $p < 0,05$. Resultados: A administração endovenosa de anti-VEGF reduziu significativamente o volume de líquido pleural e os escores de aderências pleurais a partir do 3º dia ($p < 0,05$). A inflamação pleural foi estatisticamente menor apenas no 4º dia ($p < 0,05$). Não foram observadas diferenças significativas nos escores de fibrose pleural. Conclusão: A administração endovenosa de anti-VEGF reduz significativamente o volume de líquido pleural e o grau de aderências pleurais na fase aguda da pleurodese induzida por NP. Apoio: CNPq e FAPESP.

062**ENDOMETRIOSE PLEURAL****Autores:** RUSSO, RODRIGO; RODRIGUES, CAMILA; PEROBA, ÁQUILA; MEDEIROS, MARCELO; FARAGE, MIGUEL**Instituição:** Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Resumo: Introdução: Endometriose caracteriza-se por uma proliferação de tecido endometrial, em localização extra-uterina. A apresentação intratorácica é rara, sendo a endometriose pleural uma de suas formas. Relato do caso: Paciente, 33 anos, melanoderma, nulípara, do lar, natural de BZH. Em maio de 2006 iniciou quadro de astenia, episódios de dispnéia em repouso, tosse não produtiva e dor pleurítica em base do hemitórax direito, exacerbados no período menstrual. Discreta distensão abdominal, sem emagrecimento. Relato de miomatose uterina. Exame físico: Consciente, afebril, hidratada, hipocorada, acianótica, taquidispnéica, sem edemas. AR: Murmúrios vesiculares diminuídos em metade inferior do hemitórax direito com maciez à percussão. Fr: 28 ACV: RR2T, BNF, sem sopros PA: 130X80 mmHg, Fc 115 bpm, Abdome: flácido, RHA +, indolor, maciez móvel presente. RX de tórax: extenso derrame pleural à direita. Realizado toracocentese: retirada de 4000 ml de líquido pleural hemorrágico. Análise do líquido pleural mostrou glicose: 51 ml/dl, proteína: 4,2 g/dl, LDH: 294 UL, abundantes hemácias, raros histiócitos e células mesoteliais, número moderado de linfócitos, sem sinais de malignidade. Biopsia pleural: pleurite inespecífica. TC de Tórax: inconclusiva. US de abdome: massa pélvica associada à ascite septada com espessamento omental irregular difuso. RNM: abdome com volumosa ascite e derrame pleural à direita, miomatose uterina, ovários sem alterações. Biopsia de peritônio, parede uterina e ovários: histologia compatível com endometriose ovariana. Iniciado análogo de GnRH com evolução desfavorável. Realizada pleuroscopia com pleurodese abrasiva (pleura parietal) e decorticção pulmonar (pulmão encarcerado). Pleuroctomia diafragmática, com retirada de três lesões. Biopsia mostrou presença de tecido endometrial, caracterizando o quadro como endometriose pleural.

064**INFLUÊNCIA DO PARECOXIBE, UM ANTI-INFLAMATÓRIO INIBIDOR DE COX-2, NA PLEURODESE EXPERIMENTAL INDUZIDA POR TALCO OU NITRATO DE PRATA****Autores:** TEIXEIRA, LISETE R; NOVAES, NATÁLIA; ACENCIO, MILENA; CARNEVALÉ, GABRIELA; COSTAJUNIOR, JOSÉ DONIZETI; SILVA, CARLOS; MARCHI, EVALDO; ANTONANGELO, LEILA; VARGAS, FRANCISCO**Instituição:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP/InCor

Resumo: Introdução: Em estudos prévios demonstramos que corticosteróide ou diclofenaco diminuem a eficácia da pleurodese induzida por talco (TL), porém não interferem na pleurodese por nitrato de prata (SN). Anti-inflamatórios inibidores da ciclo-oxigenase-2 (COX-2) são utilizados no controle da dor e inflamação. Objetivo: Avaliar a influência do Parecoxibe, um COX-2, em animais submetidos a pleurodese induzida por TL ou SN. Métodos: Oitenta coelhos receberam injeção de intrapleural de 0,5% SN ou 400 mg/kg TL. Os animais foram subdivididos em dois grupos. Um grupo (40 animais) recebeu injeções intramuscular de COX-2 (1mg/Kg/day) um dia antes do procedimento, durante os 7 primeiros dias e então uma injeção semanal até sacrifício. O segundo grupo não recebeu o COX-2. Os animais foram eutanasiados após 1, 2, 7 e 28 dias. Estudos macroscópicos (aderências pleurais) e microscópicos (inflamação e fibrose pleural) foram avaliados através de escores de 0 a 4. Resultados: A injeção sistêmica de COX-2 diminuiu significativamente as aderências pleurais no 2º e 7º dia nos animais que receberam talco intrapleural. Porém após 28 dias, nenhuma diferença estatística foi observada entre os grupos. A análise microscópica demonstrou uma diminuição significativa, a partir do 7º dia, da inflamação pleural nos animais que receberam COX-2. Nenhuma alteração foi observada na fibrose pleural. Nos animais que receberam NP não foram observadas alterações macroscópicas. A inflamação pleural diminuiu significativamente a partir do 7º dia, porém sem alterações na fibrose. Conclusão: A injeção sistêmica de Parecoxibe não interferiu na pleurodese induzida por talco ou nitrato de prata. Implicação clínica: Se estes resultados puderem ser extrapolados à prática clínica, anti-inflamatórios inibidores da ciclooxigenase-2 poderão ser utilizados em pacientes submetidos à pleurodese. Apoio: CNPq, FAPESP

O IMPACTO DA TORACOCENTESE NA CAPACIDADE DE EXERCÍCIO SUB-MÁXIMO – TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS

Autores: CARTAXO, ANA MARIA; VARGAS, FRANCISCO; GENOFRE, EDUARDO H; FERNANDES, FREDERICO A; ONISHI, ROBERTO ; VERRASTRO, CARLOS ALBERTO; SALGE, JOÃO MARCOS; POLISEL, FABIANE; TEIXEIRA, LISETE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP/InCor

Resumo: Introdução: Derrame Pleural é um problema clínico freqüente, que geralmente causa dispnéia e diminuição da capacidade ao exercício. Toracocentese é o procedimento indicado para alívio da dispnéia e dos sintomas que limitam as atividades diárias dos pacientes. O teste de caminhada de seis minutos pode ser utilizado para avaliar a capacidade ao exercício em nível sub-máximo. Objetivo: Determinar se a toracocentese terapêutica melhora a capacidade ao exercício, avaliada pelo teste de caminhada de seis minutos 48 horas após o procedimento. Método: Foram incluídos treze pacientes com derrame pleural volumoso documentado pela radiografia de tórax. A capacidade ao exercício foi avaliada pelo teste de caminhada de seis minutos pré e 48h após a toracocentese. A escala modificada de dispnéia de Borg foi aplicada antes e depois de cada teste de caminhada. O teste t pareado foi utilizado para comparar os resultados ($p < 0,05$). Resultados: A média de líquido pleural removido foi 1569 + 628 ml. A distância média percorrida na avaliação pré toracocentese foi 455 + 87 m e 504 + 78 m 48 horas após, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Embora a média dos escores de dispnéia tenha diminuído após a toracocentese, não houve diferença estatística. ($p = 0,171$). Conclusão: Pacientes com derrame pleural volumoso freqüentemente relatam alívio subjetivo da dispnéia e melhora da limitação ao exercício após a toracocentese. O teste de caminhada de 6 minutos demonstrou objetivamente aumento significativo na capacidade de exercício. Apoio CNPq e FAPESP

PNEUMOTÓRAX ASSOCIADO À GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

Autores: CATHARIN, VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE; CATHARIN, ROBERTO STROZZE; FRANCESCHI, EMERSON; MARTINS, RODRIGO TOMAZINI; LANGER, ANDRESSA CAROLINA

Instituição: Universidade de Marília - UNIMAR

Resumo: A gestação induz a algumas das mais extremas adaptações fisiológicas, sendo que fatores como a disfunção abdominal, modificações cardiovasculares, alterações hormonais e outros agentes bioquímicos são considerados responsáveis pelas alterações na fisiologia respiratória das gestantes, causando dispnéia. Pneumotórax espontâneo associado à gestação é de rara incidência, havendo pouco mais de 20 casos na literatura, e sua explicação também é controversa, sendo que a presença de blebs subpleurais é a mais freqüente. Relato do Caso : paciente de 18 anos de idade, gestante de 33 semanas, em boa evolução pré-natal, que iniciou quadro súbito de tosse seca, dor em região dorsal esquerda, do tipo aperto, em pressão, com piora à inspiração, associada à dispnéia aos pequenos esforços. Negava outros sintomas respiratórios e doenças pulmonares prévias; tabagismo e drogadição. Ao EF, constatou-se um Pneumotórax à esquerda, confirmado pela radiografia de tórax posterior. Na seqüência, foi submetida à drenagem torácica à esquerda, permanecendo esta por 5 dias e sacado o dreno, houve ótima evolução do processo. Discussão: as modificações na fisiologia respiratória durante a gestação incluem um aumento uterino que limita a movimentação diafragmática e também ocorre um aumento na demanda de oxigênio em 20% na gestante. Esses fatores poderiam aumentar a pressão de ar intra-alveolar, contudo só isso não poderia justificar a ruptura de alveólos causando o pneumotórax. Pelos relatos, o mais evidente é que tem que haver áreas dilatadas em bolhas (blebs) que se romperiam causando o processo. Há também descrição de fatores de riscos como doenças pulmonares crônicas, infecções e até drogadição. Contudo, neste relato, nenhum desses fatores foi detectado especificamente, e assim sendo, apresenta-se um caso de pneumotórax associado à gestação, relativamente raro, sem associação evidente.

PLEURODESE EXPERIMENTAL INDUZIDA POR TALCO: INFLUÊNCIA DO ANTICORPO ANTI-FATOR DE CRESCIMENTO ENDOTELIAL VASCULAR (ANTI-VEGF)

Autores: ANTONANGELO, LEILA; VARGAS, FRANCISCO; ACENCIO, MILENA; RIBEIRO, SABRINA; ALBINO, RÔMULO; NOVAES, NATÁLIA; COSTA JUNIOR, JOSÉ; MARCHI, EVALDO; TEIXEIRA, LISETE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP/InCor

Resumo: Introdução: O Fator de Crescimento Endotelial Vascular (VEGF) é uma citocina conhecida por aumentar a permeabilidade vascular. Os níveis de VEGF no líquido pleural estão aumentados nos exsudatos e seu papel na formação de líquido pleural, assim como sua relação com a fibrose pleural está sob constante pesquisa. Objetivo: Avaliar o efeito do anticorpo anti-VEGF (Bevacizumab) na formação do derrame pleural e no processo inflamatório e fibrótico pleural de animais submetidos a pleurodese induzida por talco (TL). Material e Métodos: Cinquenta coelhos divididos em 2 grupos receberam injeção intrapleural de 400 mg/kg de TL. Um grupo recebeu injeção endovenosa de 5mg/Kg de Bevacizumab, 30 minutos antes da injeção intrapleural de talco. O segundo grupo não recebeu o anti-VEGF. Após 1, 2, 3, 4 ou 7 dias os animais foram eutanasiados e submetidos à análise macroscópica (volume de líquido pleural formado e quantidade de aderências pleurais) e microscópica (inflamação e fibrose pleural). Análise estatística: comparação dos grupos através do test t, com significância p. Resultados: O volume de líquido formado e as aderências pleurais foram significativamente menores no grupo de animais que recebeu anti-VEGF no 3º e 4º dia após a instilação intrapleural de talco. A fibrose pleural foi estatisticamente menor apenas no 7º dia. Não foram observadas diferenças significativas na avaliação da inflamação pleural. Conclusão: A administração endovenosa de anti-VEGF reduziu o volume de líquido pleural e as aderências pleurais na fase precoce da pleurodese induzida por TL. Apoio: CNPq e FAPESP

SÍNDROME DAS UNHAS AMARELAS

Autores: PASCHOAL, FÁBIO; GENOFRE, EDUARDO; BALDI, BRUNO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: A Síndrome de unhas amarelas é uma doença rara, de ocorrência mais freqüente em adultos dos 40 aos 50 anos, sem etiologia definida, associada a deficiências estrutural e de sustentação linfática. Classicamente manifestada por lesões em unhas (unhas amareladas, onicolise, ausências de lâmina e cutícula, crescimento lento), linfedema crônico (em membros inferiores e face, principalmente) e efusões pleurais (bilaterais, pequenos volumes, persistentes, de características laboratoriais variáveis mas predominantemente exsudativas). Caso Clínico: paciente masculino, 35 anos, natural de Salvador – BA, procedente de São Paulo – SP, operário da construção civil. Há 15 anos com edema simétrico e endurecido em membros inferiores, justificado por possível componente cardíaco. Apresentou-se ao serviço para investigação de derrame pleural bilateral, de pequeno volume, oligossintomático, com duração de 5 meses. Ao exame destacava-se o edema de membros inferiores compatível com linfedema, discreta diminuição de murmúrio vesicular em bases e presença de unhas amareladas, quebradiças e com onicolise. Submetido à punção diagnóstica de pleura e obtido líquido de aspecto leitoso, com análise bioquímica compatível com quilotórax. Avaliações citológicas e tomográficas descartaram causas comuns de quilotórax como linfoma, neoplasias outras, lesões anatômicas de drenagem venosa torácica ou mesmo de ducto torácico, sendo diagnosticada a Síndrome de Unhas Amarelas. Mantido em seguimento clínico e radiológico sem terapêutica específica. Discussão: A tríade completa da síndrome, como observada nesse caso, representa somente 25 - 30% dos acometidos. A evolução é geralmente benigna, com persistência de efusões pleurais, sem necessidade de tratamento pleural específico.

SÍNDROME DE BOERHAAVE: RELATO DE CASO

Autores: LORENTZ, GUILHERME ZIMMERER; BENETI, RICARDO; DALL'OGGIO, FERNANDO LUIZ

Instituição: Faculdade de Medicina-UNOESTE, Presidente Prudente

Resumo: Introdução: A Síndrome de Boerhaave é uma entidade rara, descrita em 1724 por Herman Boerhaave, de difícil suspeição diagnóstica devido à sua semelhança a outras patologias na Emergência. Objetivo: Relatar o caso de um paciente com evolução clínica satisfatória. Relato de Caso: homem de 67 anos, procedente de Presidente Prudente-SP, residente em hospital psiquiátrico devido a etilismo crônico, encaminhado ao Pronto Socorro do Hospital Universitário devido a vômitos em "borra de café" de início súbito há 2 horas, acompanhados de dor torácica com irradiação para dorso intensa. Ao exame físico apresentava-se agitado, eupneico, acianótico e afebril, sem alterações às ausculta cardíaca e pulmonar. Solicitados exames complementares com diagnóstico inicial de hematêmese; evidenciou-se hemograma normal, enzimas hepáticas levemente elevadas e radiografia de tórax interpretada, inicialmente, como normal. O paciente evoluiu com dispnéia e febre, com derrame pleural bilateral, mais volumoso à esquerda, dois dias após sua admissão. Com hipótese diagnóstica de Pneumonia Aspirativa com derrame pleural, foi solicitada drenagem torácica e avaliação da Pneumologia. Durante revisão dos exames, constatou-se presença de pneumomediastino na radiografia de admissão; realizado o teste com azul de tolúeno, confirmou-se o diagnóstico de ruptura esofágica. O paciente foi submetido a esofagostomia e gastrectomia, com boa evolução pós-operatória, e, após estabilização clínica, foi programada anastomose esofágica. Paciente apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar 46 dias após a admissão. Conclusão: A Síndrome de Boerhaave é infrequente, de difícil suspeição clínica, e o diagnóstico precoce tem grande impacto na evolução desta patologia, com índices de mortalidade de até 100% após 48 horas da admissão. Relatamos caso de boa evolução apesar da abordagem inicial não-específica.

USO DE TROMBOLÍTICO INTRA-PLEURAL PRÉ PLEURODESE

Autores: SALIBE FILHO, WILLIAM; FISS, ELIE; COSTA JUNIOR, ALTAIR; WADA, FRED; VAZ, MARCELO

Instituição: Faculdade de Medicina do ABC

Resumo: Mulher de 72 anos, natural de São Benardo do Campo, com adenocarcinoma de mama, mastectomizada há dois anos, sem tratamento complementar na época da cirurgia. Dá entrada com derrame pleural à Direita recidivante. O líquido era um exsudato, com citologia pleural positiva para células neoplásicas, e a biópsia de pleura confirmou um adenocarcinoma. A paciente foi internada para realização de pleurodese. No radiograma de tórax da internação o derrame apresentava sinal de loculação. O dreno torácico foi locado, realizada infusão de estreptoquinase intrapleural (três infusões), com resolução radiológica das loculações. Após 5 dias da internação (2 dias após a última dose de estreptoquinase), foi então realizada a pleurodese com nitrato de prata. A paciente evoluiu bem, com resolução do derrame pleural e recebeu alta hospitalar após 5 dias. No retorno ambulatorial após 30 e 60 dias a paciente mantém-se assintomática, em programa de quimioterapia, sem derrame pleural na radiografia de tórax.

A ASSOCIAÇÃO DE CO-MORBIDADES INTERFERE NA SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES COM DPOC AVANÇADA HIPOXÊMICA?

Autores: QUEIROGA JR, FERNANDO JOSÉ PINHO; OLIVEIRA, MARIA VERA CRUZ; CAMARGO, LILIA COLLET; SCUARCIALUPI, MARIA ENEDINA; SANTORO, ILKA LOPES; MACHADO, MARIA CHRISTINA LOMBARDI

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM e Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Resumo: Introdução: Co-morbidades são comuns em pacientes com DPOC avançada e supõe-se que possam interferir negativamente na sobrevivência. Objetivos: Avaliar se as comorbidades interferem na sobrevivência de pacientes com DPOC avançada hipoxêmica em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) Métodos: Estudo coorte prospectivo de jan/96 a julho/06 em 504 portadores de DPOC hipoxêmica, usuários de ODP do Hospital São Paulo da Unifesp e do Hospital do Servidor Estadual de SP. Critérios de inclusão: Doença estável, com indicação de ODP/ Exclusão: fumantes, presença de sínd. superposição e câncer de pulmão. Variáveis: sexo, idade, VEF1%, PaO₂/PaCO₂(a.a.), IMC, tempo de seguimento, maços-ano fumados, internações antes ODP e co-morbidades (índice de Charlson). Análise univariada e Modelo de Risco Proporcional de Cox controlando-se as variáveis descritas. Resultados: média de idade=67,4±8,3 anos; homens = 57 %; PaO₂ = 50,5 ±5,1 mmHg; PaCO₂=45,9±6,2 mmHg; VEF1=32,2±9,6% pred.; IMC=23,2±4,8 Kg/m²; 63% com ³² co-morbidades, 85% com no mínimo uma internação prévia. Após controle das variáveis confundidoras, pacientes com >2comorbidades apresentaram risco significativamente maior de morrer do que pacientes com d"2comorbidades (HR 1,30, 95% IC 1,87-2,02, p< 0,001). Conclusões: Em portadores de DPOC hipoxêmica, pacientes com > 2 co-morbidades morrem mais que com d" 2 comorbidades. O risco de morte foi 30% maior para os primeiros do que para os últimos após ODP. Outros preditores independentes de mortalidade: sexo feminino, idade avançada, maior nº de internações prévias e menores valores de função pulmonar, trocas gasosas e IMC.

AVALIAÇÃO EVOLUTIVA DE FUNÇÃO PULMONAR E GASES SANGÜÍNEOS EM PACIENTES COM DPOC EM USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

Autores: COLETA, KARINA DELA; LIMA, DANIELA FERNANDES; CARAM, LAURA MIRANDA; RAMPINELLI, EVA APARECIDA; GODOY, IRMA

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Resumo: INTRODUÇÃO: A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) prolonga a sobrevivência de pacientes com DPOC e hipoxemia crônica. Entre os vários benefícios da ODP, alguns estudos sugerem que a função pulmonar pode estabilizar-se com esse tratamento. OBJETIVO: Analisar o comportamento dos dados de espirometria e gasometria arterial de pacientes com DPOC, em uso de ODP, no período de um ano. PACIENTES E MÉTODOS: Sessenta e cinco pacientes com DPOC e hipoxemia crônica, em uso de ODP, foram avaliados no momento da inclusão no programa e após um ano de acompanhamento ambulatorial. Peso do corpo, índice de massa do corpo (IMC), oximetria de pulso (SpO₂), pico de fluxo expiratório (PFE), espirometria (CVF, VEF1) e gases arteriais em ar ambiente (PaO₂ e PaCO₂) foram avaliados nas duas ocasiões. Os pacientes foram separados em dois grupos de acordo com a ocorrência de óbito após a segunda avaliação. RESULTADOS: Após um ano houve diminuição estatisticamente significativa dos valores de CVF, VEF1 e PaCO₂ no grupo total. Quando os pacientes que morreram (14 pacientes) foram comparados aos que sobreviveram não houve diferença entre os dois grupos, nos dois momentos de avaliação, com relação ao peso, IMC, SpO₂, PFE, PaO₂, CVF e VEF1. Entretanto, os sobreviventes apresentaram diminuição dos valores de CVF, VEF1 e PaCO₂ após um ano de acompanhamento. CONCLUSÃO: Apesar do tratamento otimizado aos pacientes com DPOC, a piora dos valores espirométricos continua no primeiro ano após o início da ODP. A melhora da hipercapnia pode ser considerada um indicador de prognóstico mais favorável em pacientes com DPOC em uso de ODP.

EFEITOS DA POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA URBANA SOBRE EXACERBAÇÃO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Autores: ARBEX, MARCOS; CONCEIÇÃO, GLEICE; CENDON, SONIA; ARBEX, FLAVIO; LOPES, ANTÔNIO CARLOS; MOYSÉS, ELISANGELA; SANTIAGO, SILVIA; PEREIRA, LUIZ; BRAGA, ALFÉSIO

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Resumo: Pacientes portadores de DPOC podem sofrer exacerbações recorrentes que agravam os sintomas e pioram a função pulmonar. Além disso, as exacerbações pioram na qualidade de vida, diminuem a sobrevida e aumentam os custos aos sistemas de saúde. Entre os fatores que podem contribuir para a agudização da DPOC, estão incluídos os poluentes atmosféricos que ativam a cascata inflamatória produzindo danos teciduais ao sistema respiratório. Os atendimentos em serviços de emergência (SE) por doenças respiratórias incluindo a DPOC são considerados marcadores importantes para avaliar os efeitos agudos da poluição do ar. A cidade de São Paulo cuja maior fonte de poluentes é a frota automotiva apresenta uma prevalência de DPOC de 15,8%. O objetivo deste estudo é avaliar os impactos da variação diária de poluentes do ar nos atendimentos em SE por exacerbação de DPOC. É um estudo ecológico de séries temporais. Entre fevereiro de 2001 e dezembro de 2003 obtivemos o número de atendimentos diário em pacientes com diagnóstico de DPOC (J 40-44) no SE do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo e a concentração diária de PM10, SO₂, CO, NO₂, O₃, temperatura e umidade relativa do ar através da CETESB. Foram construídos Modelos de Regressão Generalizada Linear de Poisson para avaliar os efeitos dos poluentes sobre os atendimentos por DPOC controlando para temperatura, umidade, sazonalidade e dias de semana. O PM10 e o SO₂ apresentaram efeitos significativos nos atendimentos por DPOC, sendo que variações interquartis de 28,3 ug/m³ e 7,8 ug/m³ respectivamente aumentaram em 11% os atendimentos por DPOC no mesmo dia. Variações interquartis de 1ppm de CO apresenta um aumento de atendimentos de 6% no quarto dia. Há uma clara associação entre a poluição do ar e exacerbação de DPOC em São Paulo e os poluentes do ar devem ser considerados um fator de risco para este desfecho

EVOLUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DPOC EM USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

Autores: COLETA, KARINA DELA; LIMA, DANIELA FERNANDES; CARAM, LAURA MIRANDA; GODOY, IRMA

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Resumo: INTRODUÇÃO: O efeito da oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) sobre a qualidade de vida de pacientes com DPOC e hipoxemia crônica não está bem definido. OBJETIVO: Avaliar prospectivamente a qualidade de vida dos pacientes com DPOC muito grave, em uso de ODP. PACIENTES E MÉTODOS: Pacientes com DPOC muito grave acompanhados no Ambulatório de Oxigenoterapia pelo período mínimo de um ano. O questionário de qualidade de vida do Hospital Saint George (SGRQ) e o índice de dispnéia basal (BDI) foram avaliados no momento inicial, após um e dois anos de acompanhamento. RESULTADOS: Sessenta e sete pacientes foram acompanhados durante um ano e apresentaram melhora significativa nos domínios sintoma e no escore total do SGRQ. Melhora clinicamente significativa ocorreu nos domínios sintoma (76%), atividade (48%), impacto (37%) e em 42% no escore total do SGRQ. Trinta e quatro pacientes completaram dois anos de acompanhamento, apresentando melhora significativa no domínio sintoma e no escore total do SGRQ no primeiro ano; porém, no segundo ano os escores de qualidade de vida foram similares aos obtidos no momento basal. Durante o segundo ano de acompanhamento 10 pacientes morreram. Estes pacientes apresentavam no momento basal comprometimento da qualidade de vida similar aos que sobreviveram e menor BDI; entretanto, apresentaram piora da qualidade de vida em todos os domínios do SGRQ após um ano. Piora clinicamente significante ocorreu em 70% destes pacientes no domínio atividade e em 20% no domínio impacto e no escore total. Paradoxalmente, 70% apresentou melhora com significado clínico no domínio sintoma. CONCLUSÃO: A ODP melhora a qualidade de vida dos pacientes com DPOC muito grave no período de um ano. Entretanto, a intensidade da dispnéia no início do tratamento e piora da qualidade de vida em curto prazo são fatores indicativos de pior prognóstico.

EFEITOS DO CANTO SOBRE A FUNÇÃO PULMONAR E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DPOC

Autores: BONILHA, AMANDA GIMENES; TEIXEIRA, CHRISTIANE AIRES; ONOFRE, FERNANDA; PRADO, MARIA YUKA ALMEIDA; VIEIRA, MARIA LÚCIA; SOBRANI, ELIZABET; MARTINEZ, JOSÉ ANTÔNIO BADDINI

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Resumo: Introdução: A prática regular do canto por pacientes com DPOC pode ter efeitos benéficos. Objetivos: Investigar em pacientes com DPOC estáveis os efeitos da prática do canto por seis meses, sobre parâmetros funcionais respiratórios, intensidade da dispnéia, grau de ansiedade e depressão e medidas de qualidade de vida relacionada à saúde. Métodos: Foram selecionados 30 indivíduos de ambos os sexos com DPOC, os quais foram distribuídos em dois grupos: Grupo Estudo (GE) e Grupo Controle (GC). Ao longo de 6 meses o GE participou de aulas semanais de canto, enquanto o GC praticou atividades manuais. Para avaliação dos efeitos do treinamento de canto foram realizados: espirometria, gasometria arterial, pressões respiratórias máximas, avaliação da dispnéia, escala de ansiedade e depressão (HDA), e medidas de qualidade de vida (SF-36 e Saint George's Questionnaire) antes do início e após seis meses de intervenção. Resultados: Estão expressos como as diferenças das variáveis coletadas antes e após o período de treinamento. As variáveis que apresentaram diferenças significantes entre os grupos foram: Pressão Expiratória Máxima (GE=3 ± 17,2 X GC= -11,3 ± 7,1 cmH₂O) e Componente Físico do Questionário SF-36 (GE=3,9 ± 6 X GC = -2,1 ± 7,1). O Volume Residual mostrou um valor de p marginalmente significante (GE= -0,1 ± 0,7 X GC=0,4 ± 0,6L; p=0,0546). Ao compararmos questionários de qualidade de vida dentro do mesmo grupo, antes e após a intervenção, verificamos melhora no Saint George's Questionnaire com ambas as intervenções. Conclusões: O canto impediu deteriorações da PEM e levou a melhora da qualidade de vida de grau semelhante ao observado no grupo controle. A prática do canto não esteve associada a efeitos deletérios em pacientes com DPOC.

FUNÇÃO PULMONAR, TROCAS GASOSAS E INTERNAÇÕES ANTES E APÓS TRATAMENTO DE PACIENTES COM DPOC HIPOXÊMICA

Autores: QUEIROGA JR, FERNANDO JOSÉ PINHO; OLIVEIRA, MARIA VERA CRUZ; CAMARGO, LILIA COLLET; SCUARCIALUPI, MARIA ENEDINA; SANTORO, ILKA LOPES; MACHADO, MARIA CHRISTINA LOMBARDI

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM e Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Resumo: Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é importante causa de morte no mundo. A função pulmonar, as trocas gasosas e as internações recorrentes são importantes marcadores de mortalidade na DPOC. Os consensos de DPOC preconizam otimização do seu tratamento para minimizar as complicações das exacerbações da DPOC. Objetivo: Avaliar o comportamento da função pulmonar, das trocas gasosas e do número de internações, antes e após tratamento em pacientes com DPOC avançada hipoxêmica. Métodos: Estudo prospectivo de coorte, de jan./96 a julho/06 em 504 pacientes com DPOC avançada, dos programas de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo. Critérios de inclusão/exclusão: Doença estável, indicação de ODP pelo consenso ODP/ fumantes, síndr. superposição e câncer de pulmão. Variáveis: sexo, idade, VEF1% predito, PaO₂ / PaCO₂ (a.a.), IMC, tempo de seguimento, maços-ano fumados, internações antes ODP e co-morbidades (índice de Charlson). A gasometria arterial e a espirometria foram realizadas na entrada e anualmente (doença estável), e os resultados anotados, como as internações. Para análise antes e após tratamento, usamos os valores iniciais e os últimos. Resultados: ± 8,3 anos; homens = 57 %; PaO₂ = 50,5 ± Características: idade = 67,4 9,6 % pred.; IMC = ± 6,2 mmHg; VEF1 = 32,2 ± 5,1 mmHg; PaCO₂ = 45,9 2 co-morbidades e 85% com no mínimo uma 4,8 Kg/m², 63% com ± 23,2 internação prévia. Houve significante melhora da PaO₂ (p<0,0001), VEF1 % predito (p<0,006), com significante diminuição das internações (p<0,0001) após tratamento. Conclusões: Em portadores de DPOC hipoxêmica, há significante melhora da função pulmonar, trocas gasosas, com significante redução das internações após o tratamento.

IMPACTO A CURTO PRAZO DA INTRODUÇÃO E ASSOCIAÇÃO DE TIOTRÓPIO A B2 AGONISTA DE LONGA AÇÃO EM PACIENTES COM DPOC GRAVE E MUITO GRAVE

Autores: FERNANDES, FREDERICO LEON ARRABAL; PAVEZI, VANESSA APARECIDA LEÃO; RIBEIRO, MARCOS; STELMACH, RAFAEL; CUKIER, ALBERTO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Tiotrópio é uma medicação utilizada no controle da DPOC. Seus efeitos incluem melhora da dispnéia, da capacidade de exercício e qualidade de vida. O objetivo desse estudo é avaliar o efeito do tiotrópio a curto prazo em pacientes que mantêm dispnéia apesar de medicados com outros broncodilatadores. Foram avaliados os efeitos da medicação nas atividades de vida diárias, dispnéia, capacidade de exercício e função pulmonar na DPOC estágio 3 ou 4. Método: Foram incluídos pacientes estáveis por mais de um mês, com VEF1 < 50% predito. Foram avaliadas as atividades de vida diária (ADL), função pulmonar, índice de dispnéia do Medical Research Council (MRC), índice de dispnéia Basal de Mahler (BDI) e teste de caminhada de 6 minutos (TC6M). Foi realizada uma avaliação inicial e três visitas quinzenais. Na avaliação inicial era prescrito salmeterol, realizado função pulmonar, MRC e ADL. Após 15 dias eram realizados testes de função pulmonar, MRC, BDI, ADL e TC6M. Nesse momento era iniciado o uso de tiotrópio e suspenso o salmeterol. Após 15 dias o paciente era reavaliado sendo realizadas as mesmas mensurações. Era então adicionado o salmeterol ao tiotrópio por 15 dias. Na 3ª visita era avaliado em uso das duas medicações. Resultado: 30 pacientes completaram o estudo. Comparado com uso de salmeterol, o uso de tiotrópio mostrou melhora no índice de dispnéia, BDI e TC6M. A associação entre as duas medicações foi superior ao salmeterol no índice de dispnéia, BDI, MRC, TC6M e superior ao tiotrópio na avaliação da ADL. Não houve diferença na função pulmonar. Conclusão: Esse estudo demonstra que portadores de DPOC que persistem com dispnéia apesar de medicados se beneficiam da introdução de tiotrópio, tendo melhor desempenho nas atividades diárias, TC6M e da dispnéia em curto prazo. A associação de tiotrópio com salmeterol é superior as duas medicações isoladamente.

REPERCUSSÕES CARDIOPULMONARES DO TC-6 EM PACIENTES COM DPOC COM E SEM DEPLEÇÃO DE MASSA MAGRA SISTÊMICA

Autores: PELEGRINO, NILVA REGINA GELAMO; LUCHETA, PAULO ADOLFO; SANCHEZ, FERNANDA FIGUEIRÔA; FAGANELLO, MÁRCIA MARIA; FERRARI, RENATA; TANNI, SUZANA ERICO; GODOY, IRMA

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Resumo: Introdução: Diminuição da massa magra do corpo (MMC) tem sido associada com fraqueza muscular periférica, baixa tolerância ao exercício e pior qualidade de vida em pacientes com DPOC. Entretanto, a influência da depleção da MMC no desempenho durante o teste de caminhada de seis minutos (TC6) não está definida. Objetivo: Analisar a distância percorrida e o comportamento dos atributos cardiopulmonares durante a realização do TC6 em pacientes com DPOC com e sem depleção de MMC. Materiais e métodos: Foram avaliados 68 pacientes com DPOC (VEF1% 62,98±27,80). Foram considerados depletados os pacientes com IMMC < 16kg/m² para homens e < 15kg/m² para mulheres. Foram avaliados: qualidade de vida (Questionário de Vias Aéreas 20 e do Saint George Respiratory Questionnaire), sensação de dispnéia (Medical Research Center e do Índice Basal de Dispnéia) e TC6. Pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória (FR), oximetria de pulso (SpO₂) e escala de BORG modificada para dispnéia e cansaço de membros inferiores foram anotados antes e após o TC6. Resultados: Trinta e dois pacientes (47%) eram depletados e apresentaram valores similares de VEF1, MMRC, BDI, SGRQ e AQ20 quando comparados aos não depletados. O TC6 foi similar nos dois grupos [depletados: 448±89m (94,4±11%) vs não-depletados: 470±68m (91,9±17%)]. Houve diferença significativa entre os grupos em relação ao índice de massa do corpo [depletados: 22,2 (20,3 – 24,3) kg/m² vs não depletados: 26,6 (24,4 – 31,9) kg/m²]. Após o TC6, as modificações na SatO₂, FR e BORG respiratório e de membros inferiores foram semelhantes nos dois grupos. Conclusão: Nossos resultados mostram que as repercussões cardiopulmonares do TC6 foram semelhantes nos pacientes com e sem depleção de massa magra. A massa magra não parece ser o principal determinante da capacidade funcional de exercício em pacientes com DPOC

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DPOC DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA - PR

Autores: FAORO, CAMILO; SHIOKAWA, LUCAS; CARRARO, ELAINE; MARTINICHEN, MARIANE GONÇALVES; FRARE E SILVA, RODNEY; RABELO, LEDA MARIA; PORFÍRIO, DANIELA

Instituição: Hospital de Clínicas - UFPR - Curitiba - PR

Resumo: INTRODUÇÃO: O DPOC é uma doença caracterizada por uma limitação progressiva e não totalmente reversível do fluxo aéreo. Vários estudos têm ressaltado a importância da descrição de aspectos clínico-epidemiológicos dos portadores de DPOC objetivando um melhor delineamento nas ações assistenciais de prevenção e tratamento. OBJETIVO: Determinar o perfil dos pacientes com DPOC atendidos num ambulatório de referência no Hospital de Clínicas (HC) – Curitiba. MÉTODO: Estudo descritivo, retrospectivo dos dados dos pacientes do ambulatório de DPOC do HC – Curitiba. RESULTADOS: 120 pacientes: 56 (46,6%) masculinos e 64 (54,4%) femininos, idade média de 66 (±20) anos. História tabágica em 100% dos casos, sendo 101 (84,1%) ex-tabagistas e 19 (15,1%) fumantes atualmente; carga tabágica média de 47,1 (-40 / +150) anos/maço. Exposição a outros gases tóxicos em 34 (28,3%) pacientes, deficiência de alfa-1 anti-tripsina em 1 paciente (0,8%). Estadiamento clínico: 11 pacientes (9,1%) com doença leve, 32 (26,6%) moderada, 64 (53,3%) grave e 12 (10%) muito grave. 100% dos pacientes apresentam pelo menos 1 comorbidade clínica, sendo HAS a mais comum, em 63 casos (52,5%). Quanto ao tratamento, 13 pacientes (10,8%) fazem uso isolado de broncodilatador de longa ação (BDLA), 85 (70,8%) fazem uso da associação de BDLA com corticóide inalatório (CTCI) associado a um broncodilatador de curta ação (BDCA), 3 desses em uso também de anti-colinérgico de longa ação e 22 (18,4%) utilizam apenas BDCA. Há 13 pacientes (10,8%) em oxigenoterapia domiciliar contínua. CONCLUSÃO: O ambulatório de DPOC do HC – Curitiba é formada por pacientes graves de ambos os sexos, 100% deles com exposição ao tabagismo, ex-tabagistas em sua grande maioria (84,1%) e com pelo menos 1 comorbidade clínica associada, HAS a mais comum. No tratamento, a maioria dos pacientes faz uso da associação BDLA e CTCI associada a um BDCA.

AGENESIA PULMONAR

Autores: ABE, NILZA SAYURI; MINAMOTO, HÉLIO; SQUEFF, FABIANO ALVES; VALE, SIMONE ALVES DO; RUIVO, VANESSA TEIXEIRA BARSALINI; RODRIGUES, ASCÉDIO JOSÉ; OLIVEIRA, EDUARDO QUINTINO DE; FIGUEIREDO, VIVIANE ROSSI

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Agenesia pulmonar é caracterizada pela ausência de tecido pulmonar, brônquios e vasos; é anomalia congênita rara, ocorrendo em 1 entre 15000 autópsias. Em metade dos casos está associada a outros defeitos congênitos, como cardíacos, esqueléticos, tímicos, gastrointestinais. A severidade clínica é variável. O diagnóstico diferencial inclui atelectasia, hérnia diafragmática, seqüestro pulmonar e mal formação adenomatóide. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos associados a cardiopatia congênita. Caso 1- feminina, 8 meses, diagnosticada anteriormente como portadora de tetralogia de Fallot, apresentava repetidas infecções pulmonares. A radiografia de tórax revelava opacificação total do hemitórax esquerdo, a tomografia revelou coração deslocado para a esquerda, arco aórtico deslocado para a direita, hiperinsuflação pulmonar à direita e ausência de aeração à esquerda. A broncoscopia mostrou ausência completa da árvore brônquica esquerda. Caso 2- masculino, 2 meses, diagnosticado anteriormente como portador de comunicação interatrial ventricular e hipertensão pulmonar, apresentava infecções pulmonares de repetição. A radiografia de tórax revelou hiperinsuflação pulmonar esquerda e opacificação completa do hemitórax direito. A tomografia revelou coração deslocado para a direita com sinais de hiperinsuflação pulmonar esquerda. A broncoscopia mostrou ausência completa da árvore brônquica direita. Comentários: Apesar de ser condição rara, a agenesia pulmonar deve ser incluída no diagnóstico diferencial de condições mais comuns. A radiografia e tomografia de tórax são sugestivas; a broncoscopia é útil para confirmar o diagnóstico, pois revela ausência de árvore brônquica e, portanto, exclui outras condições, como obstrução, estenose e presença de corpo estranho.

ANÁLISE DA CONTRIBUIÇÃO DA BRONCOSCOPIA NA SUSPEITA CLÍNICA E RADIOLÓGICA DE TUBERCULOSE PULMONAR

Autores: ANTUNES, CLAUDIA M.; FIGUEIREDO, VIVIANE ROSSI; TERRA, RICARDO M.; MINAMOTO, HELIO; MARINHO, FELIPE COSTA DE ANDRADE; RUIVO, VANESSA TEIXEIRA BARSALINI; SALES, ROBERTA K. B; BOMBARDA, SIDNEY; SEISCENTO, MARCIA
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: Pacientes com suspeita clínica e radiológica de tuberculose pulmonar com frequência podem apresentar pesquisa de baciloscopia no escarro negativa. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com outras patologias pulmonares, sendo necessária abordagem com outros métodos diagnósticos. Entre estes, a broncoscopia apresenta papel relevante. Objetivo: Analisar os resultados do lavado broncoalveolar, da biópsia transbrônquica e exame de escarro pós broncoscopia em pacientes com suspeita clínica e radiológica de tuberculose. Métodos: Estudo retrospectivo de 280 pacientes com suspeita clínica e radiológica de tuberculose que realizaram broncoscopia e biópsia transbrônquica no Serviço de Endoscopia Respiratória do HC-FMUSP, São Paulo, no período de janeiro de 2006 a julho de 2007. Resultados: Do total, 105 casos (37,5%) tiveram diagnóstico confirmado pelo método, sendo 74 casos de tuberculose e 31 de outras patologias (Neoplasias: 12 casos, infecções fúngicas: 15 casos, e Micobacterias não-tuberculose: 04 casos). A positividade dos métodos empregados foi de: biópsia: 23/38 (60%), cultura do lavado broncoalveolar: 40/60 (67%), cultura de escarro: 24/33 (72%), pesquisa de BAAR no lavado broncoalveolar: 14/65 (22%), pesquisa de escarro pós-broncoscopia: 10/35 (29%), pesquisa por PCR: 10/18 (55%). Conclusão: Na suspeita clínica e radiológica de tuberculose é importante o papel da biópsia transbrônquica não só no diagnóstico da tuberculose, mas também no diagnóstico de outras patologias que entram no diagnóstico diferencial inicial.

ASPECTOS ENDOSCÓPICOS DA TUBERCULOSE PULMONAR

Autores: FIGUEIREDO, VIVIANE; ANTUNES, CALUDIA M.; MINAMOTO, HELIO; TERRA, RICARDO M.; SQUEFF, FABIANO A.; OLIVEIRA, EDUARDO Q; SALES, ROBERTA K B; BOMBARDA, SIDNEY; SEISCENTO, MÂRCIA
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: A tuberculose endobrônquica (TBE) é uma das causas relacionadas com alta morbidade da doença. O subdiagnóstico ou o diagnóstico tardio da lesão endobrônquica podem resultar em estenoses brônquicas, atelectasias e bronquiectasias. Objetivo: Avaliar as principais alterações endoscópicas observadas em pacientes com diagnóstico de tuberculose. Métodos: Estudo retrospectivo de 98 pacientes com investigação diagnóstica para tuberculose pulmonar, dos quais 42 pacientes apresentavam alterações endobrônquicas diagnosticadas no Serviço de Endoscopia Respiratória do HC-FMUSP, São Paulo, no período de janeiro de 2006 a julho de 2007. Resultados: Do total de 42 pacientes que apresentaram alterações endobrônquicas, 16 (38%) do sexo masculino e 26 (62%) do sexo feminino, com média de idade de 39 ± 15 , 18 apresentavam tuberculose em atividade (com cultura positiva para o M. tuberculosis) e 24 considerados como seqüelas, (culturas negativas e história de tratamento anterior para TB). As alterações endoscópicas de via aérea observadas foram: enantema e edema (42,9%); estenose fibrótica (21,4 %); brônquio em fenda (16,7%); compressão extrínseca (11,9%); lesão granulomatosa (9,5%); alargamento de carina (4,8%); malácea (4,8%); fistulização e lesão ulcerada (2,4%). Em 50% dos casos as alterações foram observadas em árvore brônquica esquerda, 42,6% à direita, 11,9% em traquéia e em 7% lesões em laringe. Conclusão: As alterações endoscópicas em via aérea são comuns no paciente com diagnóstico de tuberculose em atividade ou após tratamento. Mesmo as alterações consideradas sequelares, como estenoses fibróticas e brônquios em fenda, foram observadas em pacientes com quadro de tuberculose em atividade.

ANESTESIA EM BRONCOSCOPIA FLEXIVEL

Autores: LEITE, ANDRE; LEITE, ANDRÉ GERMANO
Instituição: Hospital Pompéia de Caxias do Sul

Resumo: Introdução: a broncoscopia é um procedimento geralmente realizado utilizando-se anestesia tópica, com ou sem a associação de sedação, visando propiciar conforto ao paciente, e condições ideais para o médico proceder ao exame. Objetivo: estabelecer qual modalidade anestésica utilizada durante a broncoscopia flexível apresenta menores índices de complicações. Pacientes e métodos: trata-se de um estudo prospectivo, randomizado, no qual foram analisados 80 pacientes submetidos a broncoscopia flexível, divididos de forma aleatória em quatro grupos de 20 pacientes, de acordo com a modalidade terapêutica instituída: 200 mg de lidocaína tópica (grupo LID), 200 mg de lidocaína tópica e 2 mg/kg de propofol (grupo PPF), 200 mg de lidocaína tópica e 20 mcg/kg de alfentanil (grupo ALF) e 200 mg de lidocaína tópica e 0,05 mg/kg de midazolam (grupo MID). Os pacientes foram analisados através de escores atribuídos de acordo com diferentes variáveis observadas durante o procedimento endoscópico, sendo quanto menor o escore, menor o índice de complicação. Resultados: os resultados do escore composto (média e desvio padrão) na avaliação das variáveis observadas durante a realização da broncoscopia flexível foram 4,6+/-3,9 para o grupo PPF, 7,9+/-6,6 para o grupo ALF, 10,0+/-4,5 para o grupo LID e 11,3+/-5,8 para o grupo MID ($p = 0,001$). Conclusões: os resultados demonstram a superioridade da utilização combinada de propofol e lidocaína tópica como método anestésico em broncoscopias flexíveis, quando comparado ao uso exclusivo de lidocaína tópica, ou de sua associação com midazolam ou alfentanil.

ASPIRAÇÃO DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA FRATURADA EM CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME DE PIERRE ROBIN: RELATO DE CASO

Autores: GRAVA, SERGIO; BOTURA, CLARISSA DE ALBUQUERQUE
Instituição: Hospital Universitário; Santa Casa de Maringá

Resumo: Criança masculina de 1 ano, portador de Síndrome de Pierre Robin (micrognatia, glossoptose, fissura palatina e mal formação laríngea) e traqueostomizado aos 13 dias de vida, deu entrada no pronto atendimento do Hospital Universitário com aspiração de cânula de traqueostomia de PVC, fraturada após aspiração traqueal de rotina, entre o tubo e a placa horizontal utilizada para fixação no pescoço. Ao exame físico apresentava-se dispneico, com murmúrio vesicular diminuído e sibilância difusa, sem tiragem intercostal, afebril. Radiografia torácica com imagem da cânula fraturada em traquéia. O paciente foi transferido para Santa Casa de Maringá, onde realizamos a retirada da cânula fraturada através de broncofibroscopia, via traqueostoma. A criança teve alta no segundo dia após procedimento. Introduzida cânula metálica com posterior seguimento ambulatorial. Trata-se de evento incomum e com poucos relatos de casos, sendo que as causas mais frequentes são o uso prolongado, defeitos na conexão do tubo da traqueostomia e o desgaste.



Alenia®

fumarato de formoterol+budesonida

**NOVA
CONCENTRAÇÃO**

**ÚNICA
CÁPSULA**



A simplicidade que traz maior qualidade de vida para pacientes com ASMA e DPOC^(1,2)

Maior adesão ao tratamento que confere:⁽³⁾

- melhor controle da asma⁽³⁾
- menor taxa de hospitalizações⁽³⁾

Apresentações:

6/100 mcg, 6/200 mcg
e 12/400 mcg com
Inalador + 60 cápsulas
Refil: 60 cápsulas
6/200 mcg ou 12/400 mcg

Posologia:

1 ou 2 inalações
1 ou 2 vezes ao dia



MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA.

Referências: (1) Thoresen BF. Self-management of asthma in general practice, asthma control and quality of life: a randomized controlled trial. *Thorax* 2002;58:30-36. (2) Calverley PW. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2002;20:210-219. (3) Apter AJ. Relationship between adherence to inhaled corticosteroids and poor outcomes among adults with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:1288-93.

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO: ALENIA, fumarato de formoterol+budesonida. Uso oral. Cápsulas 6-100 mcg; 6-200 mcg e 12-400mcg. USO ADULTO E PEDIÁTRICO (Exceção 12-400 mcg). MS - 1.1013.0308. Indicações: tratamento regular da asma quando o uso de uma associação é apropriado e no tratamento regular de pacientes com DPOC com sintomas frequentes e história de exacerbação para a concentração de 12-400 mcg. **Contra-indicações:** hipersensibilidade a um dos componentes da fórmula. **Precauções e advertências:** O aumento do uso de broncodilatadores de ação rápida é indicativo de agravamento da patologia e aponta, justificando uma reavaliação da terapia. Os pacientes devem ser aconselhados a ter sempre à disposição o seu broncodilatador de ação rápida. O tratamento não deve ser iniciado durante uma exacerbação grave. O crescimento do osso e a densidade óssea diminuem a uma velocidade prolongada deve ser monitorado periodicamente. Terer também especial com pacientes que precisam fazer a migração de inalações para inaladores, uma vez que a função inalador pode permanecer alterada por um tempo variável. ALENIA deve ser administrado com cautela em pacientes com glaucoma, hipertensão cardiovascular, diabetes mellitus, hipocortisismo, tireoide ou tireotoxicose. **Gestantes e lactação:** Categoria de risco na produção. **Interações medicamentosas:** Outros agonistas adrenérgicos, anti-hipertensivos tóxicos e fibróticos da MCO podem aumentar os efeitos adrenérgicos do formoterol. Os bloqueadores beta-adrenérgicos podem atenuar ou abolir o efeito do formoterol. Inibidores da CYP3A4 (uma subclasse do citocromo P450), como o cetoconazol, podem aumentar a exposição sistêmica à budesonida. **Reações adversas:** As reações mais frequentes consistem em: tosse, palpitações, cardialgia oral, cefaleia, iritação na garganta, tosse e resacação. Podem ocorrer: taquicardia, tontura, cãibras musculares, torção, agitação, ansiedade, nervosismo, perturbações do sono, arritmias cardíacas, reações de hipersensibilidade (resaca e urticária, broncoespasmo, exantema, angioedema, hipotensão, síncope e sintomas de início das glomerulonefrites sistêmicas, depressão e alterações do comportamento. **Posologia 6-100 mcg e 6-200 mcg:** Adultos e adolescentes (a partir de 12 anos de idade) inalação de 1-2 cápsulas 1 ou 2 vezes ao dia, utilizando o inalador apropriado. **Posologia 12-400 mcg:** Adultos e adolescentes (a partir de 16 anos de idade) inalação de 1-2 cápsulas 1 ou 2 vezes ao dia, utilizando o inalador apropriado. **DPOC:** Adultos (a partir de 18 anos) inalação de 1 cápsula 2 vezes ao dia, utilizando o inalador apropriado. Resp. Téc. Farm. Alentejo Jorge Garcia Guimarães - CRF-SP nº 11.414. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A PERSISTÊNCIA OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVE SER CONSULTADO.**

COMPROMETIMENTO DA ÁRVORE TRAQUEOBRÔNQUICA NA GRANULOMATOSE DE WEGENER

Autores: FERREIRA, ANDRÉA; ANTUNES, CLÁUDIA; JACOMELLI, MÁRCIA; FIGUEIREDO, VIVIANE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: A granulomatose de Wegener é uma vasculite necrotizante multissistêmica que pode comprometer as vias aéreas superiores e inferiores. A estenose da subglote e as alterações endoscópicas da árvore brônquica têm sido descritas com uma frequência em torno de 20% e 60%, respectivamente. Apesar da imunossupressão, as lesões podem recorrer, necessitando de tratamentos endoscópicos intermitentes ou, até mesmo, cirurgia. Objetivo: analisar as alterações endoscópicas da árvore traqueobrônquica na granulomatose em 13 casos. Relato dos casos: 13 pacientes com Granulomatose de Wegener com os seguintes achados endoscópicos: inflamação crônica inespecífica (n= 2); cicatriz subglote-traqueal assintomática (n= 2); estenose de subglote sintomática (n= 1); estenoses brônquicas recorrentes (n= 1); lesões irregulares da mucosa brônquica com ou sem ulceração (n= 3); estenose traqueal complexa (n= 2); ulceração de segmentos brônquicos para o interior de cavidade necrosada (n= 1). Discussão: apesar da variedade de lesões de vias aéreas na Granulomatose de Wegener, a broncoscopia não tem sido realizada de rotina com o objetivo de diagnosticá-las, constituindo achados de exame na investigação de hemoptises, infecções, nódulos ou massas pulmonares. Isto retarda o diagnóstico precoce de lesões inflamatórias, que evoluem para seqüelas de difícil tratamento. A broncoscopia permite o acompanhamento e tratamento (dilatação, próteses, injeção de corticóide) evitando ressecções cirúrgicas nesses pacientes. Conclusão: na Granulomatose de Wegener é importante a realização da broncoscopia para diagnóstico, acompanhamento e tratamento precoce das lesões das vias aéreas inferiores.

CORPO ESTRANHO DE LONGA PERMANÊNCIA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIA ENDOBRÔNQUICA

Autores: SCORDAMAGLIO, PAULO ROGÉRIO; NAGY, ANDRÉ LOUIS LOBO; JACOMELLI, MÁRCIA; FIGUEIREDO, VIVIANE ROSSI; VALE, SIMONE ALVES DO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: INTRODUÇÃO: A persistência de corpo estranho orgânico ou inorgânico na via aérea, invariavelmente induz algum grau de processo inflamatório, podendo evoluir com tecido de granulação mais ou menos intenso. Materiais orgânicos costumam induzir tecido de granulação em maior quantidade, muitas vezes ocultando o corpo estranho. Neste caso o diagnóstico diferencial com neoplasia torna-se necessário. RELATO DE CASO: Paciente de 66 anos, sexo masculino, diabético em uso de hipoglicemiante oral, sem outras comorbidades, iniciou quadro de broncoespasmo há 3 meses da admissão em nosso serviço. Há 1 mês passou a apresentar hemoptoicos esporádicos. O RX de tórax evidenciou infiltrado interstício alveolar em lobo inferior direito. A TC de tórax revelou estreitamento de brônquio intermediário, além de infiltrado intersticial com bronquiectasias difusas em todo lobo inferior direito. O primeiro exame de broncoscopia revelou lesão vegeto infiltrativa recoberta por necrose, acometendo o brônquio intermediário (AP: Necrose coagulativa e processo inflamatório crônico inespecífico). Encaminhado ao nosso serviço para repetição do exame que evidenciou o mesmo aspecto endobrônquico (AP: tecido necrótico, infiltrado inflamatório misto, numerosas colônias de actinomicetos). Durante discussão clínica optamos por repetir a biópsia através de broncoscopia rígida, antes de qualquer intervenção cirúrgica. Através da broncoscopia rígida conseguimos ressecar parte da lesão, com exposição de material ósseo, que após retirado foi identificado como fragmento de osso de frango desmineralizado. CONCLUSÃO: O processo inflamatório induzido por corpo estranho, é um diagnóstico diferencial que deve ser lembrado nos casos suspeitos de neoplasia endobrônquica, principalmente nos casos de associação com actinomicose que é uma entidade comum a ambos.

COMPROMETIMENTO LARINGOTRAQUEAL NA DERMATOMIOSITE: RELATO DE 2 CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

Autores: FIGUEIREDO, VIVIANE ROSSI; JACOMELLI, MÁRCIA; FERREIRA, ANDREA LOISE; SCORDAMAGLIO, PAULO ROGÉRIO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: A Dermatomiosite (DM) é uma doença do tecido conjuntivo que acomete em geral a pele e os músculos. Complicações pulmonares podem ocorrer com as seguintes manifestações: doença intersticial, alterações induzidas por medicamentos, disfunção muscular e pneumomediastino. O comprometimento da mucosa da via aérea na DM tem sido pouco descrito na literatura médica. O presente artigo apresenta dois pacientes com DM, doença intersticial pulmonar, vasculopatia cutânea e úlceras na mucosa de laringe e traquéia diagnosticadas pela broncofibroscopia, durante a investigação da doença intersticial pulmonar. Um destes pacientes apresentava também pneumomediastino. O exame histológico das lesões mostrou um processo inflamatório inespecífico, não infeccioso. O comprometimento da mucosa das vias aéreas centrais não é freqüente na DM, mas merece ser investigado, tendo-se em vista a possível associação destas lesões com o surgimento do pneumomediastino. A broncofibroscopia é importante na avaliação da via aérea em paciente com DM, permitindo a documentação das lesões da mucosa respiratória e a coleta de material para exame microbiológico e histológico.

MELANOMA ENDOBRÔNQUICO METASTÁTICO-RELATO DE CASO

Autores: ABE, NILZA SAYUR; RUIVO, VANESSA TEIXEIRA BARSALINI; SQUEFF, FABIANO ALVES; DÓ VALE, SIMONE ALVES; FIGUEIREDO, VIVIANE ROSSI; MARINHO, FELIPE COSTA DE ANDRADE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Melanoma é tumor maligno proveniente de células produtoras de pigmento localizadas nas camadas mais profundas da pele ou do olho. Podem ocorrer no trato respiratório como lesões primárias, que são raríssimas; as secundárias são mais comuns. As metástases pulmonares isoladas e mediastinais ocorrem, respectivamente, em 19% e 5% dos pacientes e, mais raramente, na pleura. A radiografia do tórax pode revelar nódulos únicos ou múltiplos, padrão miliar, linfangite, massa endobrônquica ou traqueal. Relato de Caso: homem de 53 anos, tabagista, com antecedente de ressecção de melanoma em pé direito há 05 anos com linfonodo sentinela negativo, que relatava emagrecimento e tosse. Exame físico sem lesões cutâneas ou outras alterações. Radiografia de tórax evidenciava apenas linfadenomegalias mediastinais bilaterais. À broncoscopia evidenciou-se lesão exofítica, amolecida, com áreas de coloração enegrecida e oclusão parcial do brônquio lobar superior. (foto 1). Histopatológico com perfil imunohistoquímico confirmou melanoma metastático (foto 2). Discussão: Melanoma pode se manifestar anos após o tratamento inicial, por metástases em várias localizações, inclusive bronco-pulmonares. Esta apresentação é altamente incomum e o aspecto à broncoscopia é muito sugestivo. Esta hipótese não foi inicialmente considerada pelo grande comprometimento mediastinal sem sinais que sugerissem lesão endobrônquica.

089

ANÁLISE DA REPRODUTIBILIDADE DA CIRTOMETRIA TORÁCICA EM PACIENTES COM DPOC

Autores: MALAGUTI, CARLA; RONDELLI, RAFAELLA REZENDE; DUARTE, MÁRCIA ADRIANA DOMINGUES; LATTARO, PATRÍCIA DE OLIVEIRA; OLIVEIRA, ALINE NOGUEIRA; SOUZA, LEANDRA MARQUES DE SOUZA; DAL CORSO, SIMONE
Instituição: Centro Universitário Nove de Julho

Resumo: A cirtometria torácica é um método de baixo custo e facilmente disponível na prática clínica do fisioterapeuta, entretanto, sua reprodutibilidade ainda não foi estudada. O objetivo deste estudo foi analisar a reprodutibilidade e acurácia da cirtometria torácica. Foram avaliados 26 pacientes com DPOC e 17 indivíduos saudáveis, todos do sexo masculino. Todos os sujeitos do estudo realizaram duas visitas. Em cada visita, a cirtometria torácica (regiões axilar, processo xifóide e cicatriz umbilical) foi realizada duas vezes por dois examinadores independentes, totalizando 4 medidas por dia. Todos os sujeitos realizaram espirometria no dia 1 (pós-broncodilatador apenas no grupo DPOC). Os resultados podem ser sumarizados em: (1) duas medidas realizadas num mesmo dia pelo mesmo examinador, apresentaram excelente concordância; (2) dois examinadores independentes, realizando as medidas no mesmo dia, demonstraram alta confiabilidade e (3) um mesmo examinador realizando as medidas em dias diferentes, com intervalo de até uma semana, apresentou excelente reprodutibilidade. Houve significante correlação entre a capacidade inspiratória e cirtometria das regiões axilar e cicatriz umbilical nos pacientes com DPOC. Concluímos que, apesar da alta concordância intra e inter-dia e intra e inter-investigador, as medidas de cirtometria apresentaram alta variabilidade nas regiões estudadas. Em pacientes com DPOC, a cirtometria pode ser usada como inferência da mobilidade torácica, uma vez que se correlacionou positivamente com a medida de capacidade inspiratória.

091

EFEITOS E PREVISORES CLÍNICO-FUNCIONAIS DE RESPOSTA À ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR DE ALTA FREQUÊNCIA EM PACIENTES COM DPOC

Autores: NÁPOLIS, LARA MARIS; DAL CORSO, SIMONE; NEDER, JOSÉ ALBERTO; MALAGUTI, CARLA; NOGUEIRA, CRISTIANO RABELO; VILLAÇA, DEBORA STROSE; GIMENES, ANA CRISTINA OLIVEIRA; NERY, LUIZ EDUARDO
Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Resumo: Introdução: A estimulação elétrica neuromuscular (EENM) tem sido considerada uma nova estratégia de reabilitação em doenças crônicas. Estudos prévios mostraram que a EENM, em pacientes com DPOC grave, pode diminuir a dispnéia, aumentar a força e endurance do quadriceps e melhorar a tolerância ao exercício. Objetivos: Avaliar se benefícios similares, utilizando a EENM de alta frequência (EENM-af), ocorrem em pacientes com gravidades variáveis da DPOC e identificar fatores previsores de resposta a EENM-af. Métodos: Foram estudados 30 (26H) pacientes com DPOC (VEF1 pósBD=49,7±13,4%prev). Foram randomizados em 2 seqüências de tratamento domiciliar por um período de 6 semanas cada um: (i) Gr1- iniciou com EENM-af seguido do placebo (SHAM) e (ii) Gr2-SHAM seguido de EENM-af. Testes de exercício incremental e de endurance no cicloergômetro (Tlim=80% máx) e da caminhada de 6min (TC6), além de medidas de função pulmonar, de força muscular periférica isocinética e isométrica (FI), de composição corporal e da qualidade de vida (QVS) foram realizados, na condição basal, pós EENM-af e pós SHAM. Resultados: A ANOVA com medidas repetidas mostrou diferenças significantes quanto ao Tlim, TC6 e QVS, comparadas a condição basal. 13 pacientes foram considerados como respondedores (Resp) a EENM-af: variação positiva do Tlim maior que no pós SHAM [$\Delta Tlim(\%) = 36,1(11,1-411,1) \times -9,5(-80,6-55,0) p < 0,01$]. Os Resp estavam associados com valores basais mais altos de massa magra (MM) ($50,5 \pm 6,4 \times 44,5 \pm 6,8$ p=0,04), TC6 ($529,6 \pm 64,2 \times 468,4 \pm 73,2$ p=0,03), FI ($146,2 \pm 39,6 \times 122,0 \pm 28,4$ p=0,07) quando comparados com os não-Resp. A análise pela regressão logística identificou a MM como a variável que melhor explicou resposta a EENM-af. Conclusão: A EENM-af aumentou o Tlim em aproximadamente 50% dos pacientes. Como fatores previsores de melhora, detectamos pacientes com maiores valores de MM, FI e TC6. Destas a MM foi a que melhor explicou a resposta à EENM-af.

090

EFEITOS DA SUPLEMENTAÇÃO DE L-CARNITINA NO DESEMPENHO MUSCULAR ESQUELÉTICO E NA TOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO DE PACIENTES COM MIOPATIA MITOCONDRIAL

Autores: GIMENES, ANA CRISTINA OLIVEIRA; OLIVEIRA, CRISTINO CARNEIRO; BRAVO, DANIELA MANZOLI; MARZOLA, INGRID HASHIMOTO TADEU; SIQUEIRA, GABRIELA OLIVEIRA; CARRASCOSSA, CLAUDIA REGINA; NERY, LUIZ EDUARDO; NEDER, JOSÉ ALBERTO; MAIA, JOYCE
Instituição: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM

Resumo: Introdução: pacientes com miopatia mitocondrial (MM) frequentemente apresentam fraqueza muscular e intolerância ao exercício devido a alterações da cadeia respiratória. A L-carnitina tem sido utilizada para aumentar o metabolismo aeróbico mas nenhum estudo tem mostrado modificações na capacidade de exercício nesta população de pacientes com o uso de L-carnitina. Objetivo: avaliar os efeitos da suplementação de L-carnitina na tolerância ao exercício e na força muscular respiratória e periférica. Métodos: um estudo duplo-cego, cruzado e de grupos paralelos foi realizado. 12 pacientes foram selecionados aleatoriamente para receber placebo ou L-carnitina (3 g via oral) por um período de 2 meses. Foram realizados testes de exercício incremental e submáximo, em cicloergômetro, até a exaustão. A intensidade do teste submáximo foi de 70% da carga máxima individual. Avaliamos as variáveis metabólicas e respiratórias, na capacidade máxima e submáxima de exercício. Resultados: um aumento significante na pressão inspiratória máxima ($77,08 \pm 11,14$ vs $69,66 \pm 10,29$ cmH₂O (p=0,01)), tempo de endurance ($13,58 \pm 1,8$ vs $11,25 \pm 1,42$ minutos), VO₂ submáximo em isotime ($1150,66 \pm 115,23$ vs $1048,58 \pm 104,36$ ml/min (p=0,07)) e redução na relação Borg dispnéia/carga no pico do exercício ($5,3$ vs $6,1$ (p=0,06)) foi encontrado no grupo que recebeu L-carnitina quando comparado com o grupo placebo respectivamente. Conclusão: L-carnitina proporcionou benefícios significantes à tolerância ao exercício e força muscular respiratória mas não na força muscular periférica de pacientes com miopatia mitocondrial.

092

INFLUÊNCIA DA PRESENÇA DE UM DRENO TORÁCICO SOBRE A DISTÂNCIA PERCORRIDA NO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS

Autores: BONFIM, DANIELA; CHIAVEGATTO, LUCIANA; FIORE, JULIO; LIMA, VANESSA; PAISANI, DENISE; RISSO, THAIS
Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Resumo: Introdução: O uso da drenagem pleural após cirurgia torácica parece ser um importante fator associado ao desenvolvimento de complicações pulmonares pós-operatórias. A presença do dreno provoca dor e leva a alterações importantes na mecânica respiratória, acentuando a queda de volumes e capacidades pulmonares, além de prejudicar a capacidade de exercício e de outras atividades funcionais. Estudo mostrou que a remoção precoce do dreno torácico e suporte de oxigênio levou a recuperação mais rápida na distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos (TC6). O dreno pleural seria uma das causas da menor distância percorrida no TC6, ou seja, caminhar com um objeto fixado no tórax poderia gerar limitações aos movimentos durante a marcha, diminuindo a distância percorrida no TC6. Objetivo: Analisar se a presença de um dreno fixado no tórax influencia na distância percorrida no TC6 em indivíduos saudáveis. Método: Estudo prospectivo, randomizado, em 26 voluntários saudáveis. O dreno pleural foi fixado externamente com esparadrapo no tórax dos voluntários, conectado ao coletor, com um selo d'água de 2cm e orientados a segurar o coletor do lado contralateral. Randomização realizada para definir a ordem dos testes se com ou sem o dreno fixado no tórax. A pressão arterial, as frequências cardíaca e respiratória, a saturação de oxigênio foram mensuradas e a escala de Borg (dispnéia e cansaço de MMII) aplicada ao repouso e após os testes. Os testes foram realizados segundo critérios da ATS. Resultados: A distância média percorrida no TC6 sem o dreno no tórax foi de $606,37 \pm 58,41$ m e com dreno foi de $602,41 \pm 49,06$ m. Foi utilizado o teste T pareado para comparação das distâncias entre os testes onde obtivemos um valor de p=0,633. Conclusão: A presença de um dreno pleural fixado externamente no tórax não influenciou a distância percorrida no TC6 em indivíduos saudáveis.

REPRODUTIBILIDADE DO TESTE DEGRAU EM DPOC

Autores: MALAGUTI, CARLA; LATTARO, PATRÍCIA DE OLIVEIRA; RONDELLI, RAFAELA REZENDE; OLIVEIRA, ALINE NOGUEIRA; TUPINAMBÁ, THAIZ; BATTAGIN, ADRIANA MARQUES; DAL CORSO, SIMONE

Instituição: Centro Universitario Nove de Julho

Resumo: A limitação ao exercício é uma das principais características da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Para avaliação da capacidade funcional, destacam-se, por sua fácil aplicabilidade e baixo custo os testes da caminhada de seis minutos (TC6) e do degrau de seis minutos (TD6). O objetivo deste estudo foi analisar a reprodutibilidade do TD6, comparando as respostas fisiológicas e o trabalho estimado (West) entre o TC6 e TD6. Foram estudados 58 pacientes (47 homens) com DPOC estável (VEF1 $42,1 \pm 13,7\%$ do previsto). Os pacientes realizaram dois TC6 no mesmo dia e, em outro dia (pelo menos com intervalo de 24h), dois TD6. A frequência cardíaca, saturação periférica da oxihemoglobina, percepção de sintomas (dispnéia e fadiga de membros inferiores) e o total de degraus obtidos nos dois TD6 apresentaram boa a excelente reprodutibilidade. O TD6 levou a maior sobrecarga cardíaca e maiores escores de dispnéia e cansaço em membros inferiores ($p < 0,05$). O menor desempenho no TD6 foi encontrado nos pacientes com mais baixa função pulmonar e capacidade funcional. Foram observadas correlações significantes entre a distância e o total de degraus ($r = 0,53$) e entre o West no TC6 e TD6 ($r = 0,70$; $p < 0,0001$). Em conclusão, o TD6 é um teste reprodutível, podendo ser uma ferramenta adicional para avaliação de pacientes com DPOC, especialmente quando não se dispõe de espaço físico necessário para realizar o teste da caminhada de seis minutos.

ALTERAÇÕES INFLAMATÓRIAS APÓS BRONCOPROVOCAÇÕES E RELAÇÃO COM O PERÍODO REFRAATÓRIO NA ASMA

Autores: PONTES, SILVIA MARIA ROMÃO; FERRAZ, ERICA; MENEZES, MARCELO BEZERRA; BORGES, MARCOS DE CARVALHO; VIANNA, ELCIO DOS SANTOS OLIVEIRA

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Resumo: Introdução: A solução salina hipertônica (SSH) é utilizada para medir a responsividade brônquica em asmáticos. Após broncoprovocação, há um período no qual o paciente é menos responsivo, denominado período refratário. Os mecanismos do período refratário não estão esclarecidos. Objetivo: Estudar as alterações celulares durante o período refratário e correlacioná-las com sua intensidade. Método: Asmáticos estáveis foram submetidos a 2 coletas de escarro induzido: antes (basal) e 48 h após um teste de broncoprovocação com SSH, com 15 dias de intervalo entre as coletas. Após outras 2 semanas, os pacientes foram submetidos a 2 testes de broncoprovocação, com intervalo de 48 horas, para avaliar a intensidade do período refratário (índice de refratariedade = PD20 basal/ PD20 final). Resultados: A média de VEF1 dos pacientes foi de $2,3 \pm 0,3$ L ou $86,4 \pm 9,4\%$ ($n = 10$). Todos estavam em uso de beclometasona. Eosinófilos (%) no escarro induzido basal foi de $5,4 \pm 4,8\%$ e, após broncoprovocação, de $9,0 \pm 5,9\%$ ($p = 0,04$). Não houve alteração significativa no número de neutrófilos. Houve correlação entre a diferença de eosinófilos e a intensidade do período refratário com $r = -0,66$ e $p = 0,049$ (coeficiente de correlação de Pearson), ou seja, o aumento no número de eosinófilos após broncoconstricção por SSH associa-se a menor intensidade do período refratário. Conclusão: Há aumento do número relativo de eosinófilos no escarro induzido 48 horas após o teste de broncoprovocação com solução hipertônica (reação tardia?). Há correlação negativa entre as alterações celulares e a intensidade da refratariedade, sugerindo uma associação de exclusão entre inflamação e período refratário. Portanto, os dados indicam que mecanismos que se opõem à inflamação eosinofílica devem reduzir a responsividade brônquica e gerar o período refratário após a inalação de soluções hipertônicas.

RESPOSTAS HEMODINÂMICAS AO AUMENTO DOS NÍVEIS DE PRESSÃO DE SUPORTE INSPIRATÓRIO DURANTE O EXERCÍCIO DINÂMICO EM PACIENTES COM DPOC GRAVE

Autores: OLIVEIRA, CRISTINO CARNEIRO; GIMENES, ANA CRISTINA OLIVEIRA; CARASCOSA, CLÁUDIA REGINA; MAIA, JOYCE; NERY, LUIZ EDUARDO; NEDER, JOSÉ ALBERTO; MEDA, ETHIANE DUARTE DOS SANTOS; SIQUEIRA, ANA CRISTINA BARROSO DE; BORGHI-SILVA, AUDREY

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM

Resumo: Introdução: A pressão de suporte inspiratória (PSI) pode reduzir o trabalho respiratório e melhorar a tolerância ao exercício dinâmico em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Entretanto, a PSI pode aumentar a pressão média intratorácica, reduzindo a pré-carga do ventrículo direito; estes efeitos, por sua vez, poderiam influenciar negativamente a capacidade de exercício. A hipótese deste estudo é que: o débito cardíaco (DC) e a tolerância ao exercício podem diminuir com o aumento dos níveis de PSI. Objetivo: Analisar os efeitos hemodinâmicos com o aumento dos níveis de PSI durante o exercício de carga constante em pacientes com DPOC. Métodos: 7 homens com DPOC (GOLD - estadios III e IV) foram submetidos a um teste cardiopulmonar em cicloergômetro de carga constante (80% da carga máxima obtida em teste incremental) até o limite da tolerância (Tlim). Em cada teste a PSI foi escolhida aleatoriamente em três diferentes níveis (8, 12 e 16 cmH₂O) com pressão expiratória positiva (5 cmH₂O). A variação do DC, frequência cardíaca (FC), volume sistólico (VS) e fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FE) foi continuamente monitorizada pela cardiopulmografia transtorácica (Physioflow). Resultados: Não houveram diferenças significantes no Tlim dentre os níveis de variação da PSI (Tlim = 5.14 ± 0.7 min, 5.07 ± 2.0 min, 5.81 ± 3.74 min, em PSI8, PSI12, e PSI16, respectivamente – $p > 0.05$). Em isotime (o menor período de tolerância ao exercício entre os testes submáximos realizados), não foram encontradas diferenças significantes nos parâmetros hemodinâmicos (DC (L/min): 5.3 ± 2.4 , 4.9 ± 2.2 , 4.9 ± 1.4 ; VS (mL): 17 ± 11 , 14 ± 19 , 19 ± 09 ; FC (bpm): 42 ± 23 , 44 ± 22 , 40 ± 17). Conclusão: Os níveis de PSI usados, não modificam as respostas hemodinâmicas no exercício em cicloergômetro de carga constante em pacientes hiperinsuflados com DPOC avançada.

ANÁLISE DA CAPACIDADE VITAL LENTA E FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE SISTÊMICA

Autores: SILVA, BALDOMERO ANTONIO KATO DA; OLIVEIRA, JOSEANE BORTOLANZA; PEREIRA, DANIEL MARTINS; REIS, FILIPE ABDALLA DOS

Instituição: UNIDERP

Resumo: INTRODUÇÃO: Na Esclerose Sistêmica a monitorização da função pulmonar é um fator importante na determinação da gravidade, conseqüências funcionais e no progresso de diversas disfunções pulmonares, sendo de grande auxílio no tratamento e prognóstico correto desses pacientes. Esta função torna-se precária à evolução desta patologia pelo estado fibrótico do tecido pulmonar, restringindo a amplitude de movimento da caixa torácica e dificultando o exercício respiratório. OBJETIVO: Avaliar a Capacidade Vital Lenta e Força Muscular Respiratória de pacientes com diagnóstico de Esclerose Sistêmica. MÉTODO: Foram avaliados 12 indivíduos de ambos os sexos, idade de $55,7 \pm 2,5$ anos, com diagnóstico de Esclerose Sistêmica nas formas difusa e limitada. Foi realizada avaliação da capacidade vital através de ventilometria e da força muscular respiratória (pressão inspiratória e expiratória máximas) através de manovacuometria. Os valores obtidos foram comparados aos valores normais preditos de acordo com as características antropométricas individuais de cada paciente. RESULTADOS: Na avaliação da capacidade vital, observou-se diferença estatisticamente significativa entre as médias apresentadas pelos pacientes ($2521 \pm 561,5$ ml) e os valores preditos ($3650,8 \pm 799,4$ ml) ($p = 0,0019$). Quando analisada a força muscular respiratória, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os valores aferidos e preditos para pressão inspiratória máxima ($p = 0,92$) e pressão expiratória máxima ($p = 0,11$). CONCLUSÕES: A capacidade vital torna-se restrita no decorrer do processo de evolução da Esclerose Sistêmica, sugerindo que a instalação do processo fibrótico do tecido pulmonar seja o maior responsável por distúrbios restritivos nos pacientes estudados.

097

DURAÇÃO PROLONGADA DO PERÍODO REFRACTÁRIO APÓS BRONCOPROVOCAÇÃO E SEU EFEITO NA QUALIDADE DE VIDA

Autores: FERRAZ, ERICA; PONTES, SILVIA ROMÃO; BORGES, MARCOS CARVALHO; ARAÚJO, ANA CARLA SOUSA; VIANNA, ELCIO OLIVEIRA

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Resumo: Introd: Após broncoprovocação, os brônquios tornam-se menos reativos, fenômeno denominado período refratário. Obj: Avaliar a duração do período refratário após broncoprovocação com solução salina hipertônica (SSH) e mudanças na qualidade de vida de pacientes asmáticos por repetidas provocações. Mét: 32 asmáticos (VEF1 entre 60 e 85%) foram submetidos a broncoprovocações com SSH nos dias 1, 15 e 29 para testar a duração do período refratário. Um subgrupo (n = 14) submeteu-se a 7 novas broncoprovocações com SSH, entre os dias 15 e 29, com intervalo de 48 h entre elas e no mesmo horário. A broncoprovocação consistiu de inalações de NaCl 4,5% com durações crescentes (0,5, 1, 2, 4 e 8 min) até a queda de 20% do VEF1 (PD20) ou até 15,5 min de inalação. Empregamos nebulizador ultrassônico DeVilbiss Ultraneb 2000 e válvula unidirecional de 2 vias (Hans Rudolph 2700). No dia 15 e 29 foi aplicado o questionário de qualidade de vida SF-36 (QV) nos dois grupos. Result: A broncoconstricção do dia 1 reduziu as respostas brônquicas do dia 15, mediana (IC 25-75%) da PD20 dia 1 = 3,1 (1,2-6,5) ml e dia 15 = 5,9 (1,7-11,9) ml, diferença significativa (p = 0,004) pelo teste t de Student. Entre o dia 15 e 29, a PD20 manteve-se alta 6,7 (1,9-13,5) no grupo controle e 5,7 ml (1,4-8,6) no grupo que se submeteu a repetidas broncoprovocações. Ao analisar a QV, houve melhora no domínio dor associada as broncoprovocações repetidas (63,6 para 85,2%, p < 0,05), mas não no outro grupo (74,4 para 73,5%, p > 0,05). Concl: O período refratário tem duração e" 15 dias e a repetição de broncoprovocações não induz refratariedade adicional. Entretanto, essa repetição causou melhora na qualidade de vida de pacientes asmáticos. Nossos resultados são inéditos e demonstram que é possível empregar broncoconstricções para reduzir reatividade sem prejuízo na QV do paciente.

099

FUNÇÃO PULMONAR PÓS-TRATAMENTO DE PNEUMOCISTOSE

Autores: GONÇALVES, NATÁLIA CAMPOS; MARCACINE, CRISTIANE LELIS; SILVA, MARIA HELENA CASTRO; RODRIGUES, JANAEL; BRUNO, SILVIA LETÍCIA; SANTANA, JOSÉ H.

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Resumo: Introdução: A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* é uma das infecções oportunistas que acomete com maior frequência indivíduos imunodeprimidos. A apresentação clínica mais comum nos pacientes com SIDA é dispnéia progressiva, tosse seca, febre e perda de peso. A redução da função pulmonar durante a fase aguda da doença já está bem documentada. Entretanto, existem poucos estudos a respeito da função pulmonar pós-tratamento. Objetivo: Avaliar, por meio de espirometria, a alteração funcional pulmonar em pacientes após tratamento para pneumocistose. Método: Foram avaliados, por meio de questionário, revisão de prontuário e espirometria, 8 casos de pacientes com SIDA que apresentaram pelo menos 1 episódio de pneumocistose nos últimos 10 anos. Resultados: A idade média da amostra foi de 37,75 anos. Metade dos pacientes era do sexo masculino. Sete pacientes (87,5%) apresentaram dispnéia durante a fase aguda da pneumocistose, seis (75%) apresentaram tosse seca e cinco (62,5%) apresentaram febre. A alteração radiográfica mais observada na ocasião da pneumocistose foi infiltrado intersticial difuso bilateral (75%). Seis pacientes (75%) tinham CD4 abaixo de 150. A capacidade vital forçada (CVF), o volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1) e a relação VEF1/CVF estavam dentro dos valores normais em todos os pacientes, em uma média de 98,6%, 97,23% e 99,144% do previsto respectivamente. Quatro pacientes (50%) eram tabagistas de mais de 10 cigarros/dia. Conclusão: A espirometria constitui importante arsenal para diagnóstico, avaliação prognóstica e classificação da gravidade de várias doenças respiratórias. Apesar do pequeno número de casos, este estudo mostrou que a pneumocistose não causa seqüelas funcionais importantes, independente do período transcorrido entre a doença e a realização do exame espirométrico.

098

EFEITOS IMEDIATOS DO CANTO SOBRE A FUNÇÃO PULMONAR DE PACIENTES COM DPOC

Autores: BONILHA, AMANDA GIMENES; TEIXEIRA, CHRISTIANE AIRES; ONOFRE, FERNANDA; PRADO, MARIA YUKA ALMEIDA; VIEIRA, MARIA LÚCIA; SOBRANI, ELIZABET; MARTINEZ, JOSÉ ANTÔNIO BADDINI

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Resumo: Introdução: Desconhecem-se os efeitos imediatos do canto sobre a função pulmonar de pacientes com DPOC. Objetivos: Investigar em pacientes estáveis os efeitos imediatos da realização de exercícios de voz e canto, sobre parâmetros cardiovasculares e funcionais respiratórios, no início e após seis meses de um período de treinamento. Métodos: 30 pacientes com DPOC foram distribuídos em dois grupos: Grupo Estudo (GE) e Grupo Controle (GC). O GE participou de aulas semanais de canto enquanto o GC praticou atividades manuais. Após 3 semanas (3s) em seu grupo, cada indivíduo foi submetido a uma avaliação que incluía: espirometria basal; 10 minutos de vocalização e canto; 2 e 30 minutos após novas espirometrias. Também foram realizadas avaliações da dispnéia, PA, FC, FR e SatO2. Após 6 meses (6m) de aulas semanais os pacientes fizeram nova avaliação semelhante. Resultados: Estão expressos como as diferenças das variáveis colhidas durante, após 2 e 30 minutos do término do canto, em relação aos valores basais. Tanto após 3s como após 6m o GE diferiu significativamente do GC nas seguintes variáveis: "Ádurante": SatO2 (3s: GE=2,9 ± 1,6 X GC=0,5 ± 2,5%; 6m: GE=1,6 ± 1,8 X GC=0 ± 1,2%); "Á2min": CI (3s: GE=0,1 ± 0,2 X GC= -0,1 ± 0,2L; 6m: GE=0,2 ± 0,3 X GC= -0,1 ± 0,2L); VRE (3s: GE= -0,1 ± 0,2 X GC=0,1 ± 0,1L; 6m: GE=0 ± 0,1 X GC=0,1 ± 0,1L); FR(3s: GE=3,1 ± 3,5 X GC= 1,1 ± 2,1ipm; 6m: GE=2 ± 1 X GC= 0,1 ± 1,7ipm); dispnéia (3s:GE=1,3 ± 1,6 X GC=0 ± 1; 6m: GE=0,5 ± 0,7 X GC= -0,3 ± 0,6). Conclusões: Exercícios de canto estão associados agudamente a elevações do grau de dispnéia e da SatO2 e a discretas e transitórias reduções do grau de hiperinsuflação pulmonar em pacientes com DPOC.

100

RESPONDEDORES DE FLUXO E VOLUME: CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

Autores: GONÇALVES, JÚNIA REZENDE; PASCHOAL, ILMA APARECIDA; PEREIRA, MÔNICA CORSO; CERQUEIRA, ELZAMARIA FIGUEIRA PEDREIRA DE; COSTA, JUAN FIGOLS Y; MAGRO, DANIELA OLIVEIRA; VILLALBA, WANDER DE OLIVEIRA; MONTEIRO, MARCELO MOTA

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: Introdução: pacientes com doença obstrutiva à espirometria podem responder a broncodilatadores (BD) com aumento predominante do fluxo expiratório ou com aumento predominante do volume expirado (Respondedores de Fluxo-RF ou Respondedores de Volume-RV). É possível que estes padrões de resposta estejam associados ao local de lesão mais importante: RV teriam acometimento de vias aéreas mais distais. Objetivos: classificar uma população de indivíduos portadores de doenças brônquicas em RF e/ou RV e comparar estas respostas com critérios-padrão de resposta a BD. Casuística e método: foram incluídos 34 pacientes com VEF1dd50% (COSMED@microQuark) e classificada a resposta a BD de acordo com critérios da SBPT, ERS e Paré e cols. Resultados: dos pacientes incluídos 23 tinham DPOC e 11, bronquectasias difusas. Dezoito pacientes apresentaram VEF1dd30% e 16, VEF1 entre 31 e 50%, com média e DP = 31%±11,8. De acordo com os critérios da SBPT, da ERS e de Paré e cols. foram encontrados 10 RV e 22 RF, 5RV e 1 RF, e 25 RV e 2 RF, respectivamente. Nesta população, a sensibilidade dos critérios da SBPT para detectar os respondedores de volume foi de 36% e especificidade 89% e da ERS foi de 20% e especificidade de 100%. Conclusão: os critérios de Paré e cols. conseguem detectar um número maior de respondedores de volume numa população de indivíduos com doença brônquica e talvez reflitam melhor a gravidade da doença nestes pacientes.

101

HIPERTENSÃO PULMONAR E DOENÇA DE GRAVES

Autores: ALMEIDA, AURÉLIO ROCHAEL; PEREIRA, MONICA CORSO; PASCHOAL, ILMA APARECIDA; MACEDO, RONALDO FERREIRA; BRAGAGNOLO JR., LUIZ ANTÔNIO; CAMINO, ANA MARIA; ZAMBON, LAIR; BARBEIRO, ARISTÓTELES SOUZA
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: A hipertensão pulmonar (HP) pode se desenvolver secundariamente a diversas doenças ou de forma idiopática. Dentre as formas secundárias, está incluído o tromboembolismo pulmonar, doenças do colágeno, cardiopatias congênitas, exposição a fatores exógenos como drogas supressoras de apetite e causas infecciosas como o HIV. Diversos autores têm relatado a associação entre doença de Graves e hipertensão pulmonar. Alguns sugerem que a fisiopatologia baseia-se no processo auto-imune com disfunção endotelial, aumento do débito cardíaco e aumento do metabolismo de vasodilatadores pulmonares. Relatamos um caso de uma mulher de 41 anos que referia dispnéia aos esforços leves há 13 anos, sem chiado ou tosse. Negava tabagismo. Relatava edema de membros inferiores e aumento de volume abdominal há 1 ano. Relatava hipertireoidismo e há 3 anos foi submetida à Radio Iodo Terapia sem melhora dos sintomas. Fazia uso de Propiltiuracil 600mg dia e Captopril 150mg/dia. Ao exame apresentava-se em estado hiperdinâmico, pele quente e seca (37,1°C), taquicárdica (110bpm) e exoftalmo. Realizado ecocardiograma que demonstrou pressão sistólica na artéria pulmonar estimada em 60mmhg, com aumentos de câmaras direitas e ventrículo esquerdo hiperdinâmico. Durante investigação foram realizados exames para confirmar o quadro de hipertireoidismo e descartar outras causas secundárias de HP. TSH indetectável; Cintilografia de tireóide evidenciou bócio difusamente hipercaptante; Cintilografia pulmonar normal; pesquisa negativa para HIV, Hepatite B e C, FAN, ANCA; Tomografia de Tórax sem evidência de pneumopatia intersticial. A doença de Graves é uma causa que pode isoladamente estar associada à hipertensão pulmonar, situação potencialmente reversível após tratamento e compensação do quadro de hipertireoidismo.

103

DANO ALVEOLAR DIFUSO CAUSADO POR INFLUENZA A EM PACIENTE TRANSPLANTADO DE PULMÃO

Autores: MUSOLINO, RAFAEL; CARRARO, RAFAEL; CAMPOS, SILVIA; JUNIOR, JOSE EDUARDO; TEIXEIRA, RICARDO; SAMANO, MARCOS; CARAMORI, MARLOVA; PEGO, PAULO; JATENE, FABIO
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: A importância da infecção viral em pacientes imunossuprimidos como causa de dano alveolar difuso como causa isolada e associada a outros agentes. Caso Clínico: Paciente feminina, 41 anos, submetida a transplante pulmonar em 15/11/05 por linfangioliomiomatose. No 20 mês de pós-operatório, em uso de tacrolimus, micofenolato e prednisona, apresentou febre, tosse com expectoração rósea, obstrução nasal, dispnéia intensa, queda do estado geral. Radiografia do tórax com consolidação em lobo médio, caracterizando pneumonia. Iniciado antibioticoterapia empírica com cefepime e vancomicina. Rapidamente evoluiu com hipotensão, revertida com reposição volêmica e baixas doses de noradrenalina por curto período. Cultura geral de escarro e hemocultura positivos para pneumococo multi-sensível. Evoluiu com melhora dos parâmetros hemodinâmicos e metabólicos. A seguir, evoluiu com piora progressiva do padrão respiratório, com hipoxemia importante e aparecimento de opacidades alveolares difusas à radiografia, com predomínio em 1/3 inferior bilateralmente, com necessidade de suporte ventilatório invasivo. Tomografia computadorizada de alta resolução demonstrando padrão de vidro fosco difuso. Pesquisa viral por imunofluorescência indireta de lavado nasal positiva para influenza A. Biópsia pulmonar a céu aberto evidenciou dano alveolar difuso e demais pesquisas resultaram negativas. Iniciado tratamento com oseltamivir 75mg 12/12h até a negatização de nova pesquisa nasal. Paciente evoluiu com melhora progressiva do infiltrado pulmonar e da troca gasosa, sendo extubada após cinco dias. Discussão: O dano alveolar difuso é diagnóstico anatomo-patológico relativamente comum destacando-se, dentre várias causas, a infecção viral em pacientes imunocomprometidos. Destaca-se a dificuldade de se fazer diagnóstico de infecção viral e o uso da imunofluorescência indireta de lavado nasal.

102

ACTINOMICOSE MEDIASTINAL: RELATO DE CASO

Autores: KURANISHI, LILIAN TIEMI; RAMOS, ROBERTA PULCHERI; TORRES, DANIELE MENEZES; FERREIRA, RIMARCS GOMES; LLARGES, CELIA MALART
Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Resumo: Os autores descrevem um caso de acometimento mediastinal por actinomicose e discutem aspectos do diagnóstico e disseminação da doença, cujo acometimento torácico é bastante raro. Mulher de 59 anos, procurou nosso serviço com história de 4 anos de tosse seca associada a dor torácica em região inframamária esquerda, tipo pontada, leve intensidade, sem fatores desencadeantes. Apresentou emagrecimento de 10 Kg no último ano. De antecedentes pessoais, apresentava lesão em pé direito há 15 anos, tratada em outro serviço como "micetoma", tendo recebido sulfametoxazol-trimetoprim por 2 anos e itraconazol por 4 anos, sem melhora. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, emagrecida, com ausculta cardíaca normal e presença de crepitações finas em terços inferiores em ambos hemitórax. O membro inferior direito apresentava aumento de volume em pé, com edema duro e áreas de retração cicatricial com fistulas que drenavam material sero-purulento. A radiografia de tórax mostrava discreto infiltrado reticular nas bases pulmonares. Foi submetida a tomografia computadorizada de tórax que evidenciou sinais de pneumopatia intersticial e presença de lesão heterogênea de aspecto cístico em mediastino anterior. Ressonância nuclear magnética cardíaca evidenciou acometimento miocárdico pela lesão. Paciente foi submetida a punção desta lesão guiada por ultrassonografia e o estudo anatomo-patológico mostrou processo inflamatório xantogranulomatoso com presença de grãos e bactérias gram positivas filamentosas em correlação com a lesão de pé direito cuja análise culminou no diagnóstico de actinomicetoma. Paciente foi tratada com penicilina cristalina endovenosa por 45 dias no hospital e recebeu alta com amoxicilina via oral. Está em acompanhamento ambulatorial.

104

EMBOLIA SÉPTICA PULMONAR - RELATO DE CASO

Autores: PORFÍRIO, DANIELA; FAORO, CAMILO; ESCUISSATO, DANTE LUIZ; RABELO, LEDA MARIA; DE BARROS, JOÃO ADRIANO
Instituição: Hospital de Clínicas - UFPR - Curitiba - PR

Resumo: Embolia séptica pulmonar é uma doença incomum e de difícil diagnóstico. Caracteriza-se por infiltrado pulmonar com foco infeccioso ativo extra-pulmonar. Mulher, 24 anos, portadora de asma grave em tratamento irregular, interna em insuficiência respiratória aguda por exacerbação infecciosa, Rx de tórax de entrada normal. Após melhora da exacerbação, iniciou com flebite necrotizante de pele e tecido subcutâneo em dorso de mão direita, febre, tosse, dispnéia, dor torácica e hemoptise maciça. Rx de tórax demonstrava consolidações periféricas bilaterais, sendo a maior, escavada, em terço médio direito. TAC de tórax com múltiplos nódulos periféricos escavados bilaterais. Urocultura, hemoculturas e cultura de lavado bronco-alveolar negativas. Ecocardiograma e TAC de região cervical sem alterações. Após início de antibioticoterapia empírica de largo espectro, evoluiu com melhora clínica progressiva, recebendo alta hospitalar após 30 dias de tratamento. Atualmente, a maioria dos casos de embolia séptica pulmonar está relacionada a dispositivos intravasculares infectados e infecções de partes moles. Os principais sinais e sintomas são: febre, dispnéia, dor torácica, odinofagia, tosse e hemoptise (7% dos casos). As principais condições predisponentes associadas são: Síndrome Lemierre, infecção de cateter venoso central, endocardite de valva prostética e marcapassos infectados. Os principais patógenos envolvidos são: S. aureus, K. pneumoniae, Streptococcus viridans e Fusobacterium necrophorum. Os achados radiológicos que podem sugerir o diagnóstico são: múltiplas opacidades nodulares bem definidas, periféricas e com tendência a formar cavidades (em 10% casos). O tratamento consiste em antibioticoterapia dirigida para o patógeno do foco infeccioso extra-pulmonar, com duração de 4 a 8 semanas.

EMBOLIA SÉPTICA PULMONAR RELACIONADA A CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO PULMONAR

Autores: CARRARO, RAFAEL; CAMPOS, SÍLVIA; AFONSO JR, JOSÉ; RICARDO, TEIXEIRA; MUSSOLINO, RAFAEL; SAMANO, MARCOS; CARAMORI, MARLOVA; FERNANDES, PAULO; JATENE, FÁBIO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP/InCor

Resumo: Introdução: As complicações infecciosas são freqüentes causas de morbimortalidade no pós-operatório e seguimento a longo prazo do transplante pulmonar. No entanto a embolia séptica pulmonar é de ocorrência rara, porém freqüentemente associada a algum fator predisponente, tal como a presença de cateter venoso central. Relato do caso: mulher de 22 anos, submetida a transplante pulmonar bilateral devido a fibrose cística. Após quadro de SIRS grave na primeira semana de pós-operatório e 151 horas de ventilação mecânica evoluiu com melhora gradativa. Apresentou 2 episódios de rejeição aguda vascular com necessidade de pulsoterapia com solumedrol EV durante a internação. Durante o 2º ciclo de pulsoterapia iniciou quadro de febre e bacteremia, com identificação de *P. aeruginosa* em hemocultura e surgimento de lesões cavitadas em ambos os pulmões. O LBA das lesões pulmonares e a cultura de cateter de longa permanência do tipo Port-o-cath realizados posteriormente identificaram o mesmo agente. A pesquisa de vegetação em valva cardíaca por ECO transesofágico e RM de coração resultaram negativas. A paciente apresentou melhora total de sintomas e imagens radiológicas após tratamento antibiótico adequado e retirada do cateter venoso central. Discussão: A embolia séptica pulmonar é uma condição pouco comum, porém freqüentemente associada a foco infeccioso evidente extra-pulmonar. Tal afecção ainda não foi descrita em pós-operatório de transplante pulmonar na literatura médica, e sua associação com cateter de longa permanência como foco de origem é fato pouco comum. O diagnóstico é baseado em alterações radiológicas características e evidência de foco infeccioso à distância, sendo mandatória a pesquisa de endocardite infecciosa a partir do diagnóstico. O tratamento adequado depende do diagnóstico precoce, antibioticoterapia adequada e contenção do foco primário de infecção.

EVOLUÇÃO CLÍNICA E COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA SUBMETIDOS A TRANSPLANTE PULMONAR

Autores: CARRARO, RAFAEL; CAMPOS, SÍLVIA; AFONSO JR, JOSÉ; TEIXEIRA, RICARDO; SAMANO, MARCOS; CARAMORI, MARLOVA; FERNANDES, PAULO; JATENE, FÁBIO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: Apesar dos avanços no manejo clínico da doença e aumento da sobrevida, aproximadamente 90% dos pacientes evoluem com bronquiectasias, infecções pulmonares e insuficiência respiratória progressiva. Neste contexto, o transplante pulmonar representa a única opção terapêutica para melhorar sobrevida e qualidade de vida. Objetivo: Descrever as características e evolução clínica dos pacientes portadores de fibrose cística submetidos a transplante pulmonar no Instituto do Coração (InCor-HC/FMUSP). Métodos: Avaliação retrospectiva de dados clínicos em prontuário médico. Resultados: No período de agosto de 2003 a abril de 2007, 49 pacientes foram submetidos a transplante pulmonar no InCor-HC/FMUSP, sendo 7 (14,3%) pacientes portadores de FC. Três homens e quatro mulheres. As idades variaram de 18 a 37 anos (média 24,4 anos). O período médio de internação hospitalar foi de 45 dias e na UTI de 11 dias. A sobrevida peri-operatória foi de 100% com um óbito tardio (412 dias). *P. aeruginosa* cepa mucóide foi o agente encontrado em cinco pacientes (71,5%). A principal complicação infecciosa foi a infecção de vias aéreas inferiores (37 episódios) principalmente por *P. aeruginosa* (13) e por *S. aureus* (12). Três deste grupo de pacientes foram submetidos à sinsectomia terapêutica no período tardio pós-transplante (> 6 meses). Outras complicações bacterianas foram mediastinite e embolia séptica pulmonar. As infecções fúngicas foram: traqueobronquite por *Aspergillus* sp. em três pacientes e pneumonia por *Candida guilliermondii* em um paciente. Conclusão: O transplante pulmonar é opção terapêutica segura para pacientes portadores de fibrose cística. As complicações infecciosas são freqüentes, mas apresentam controle adequado com tratamento específico. Os dados clínicos e a boa evolução dos pacientes em nosso serviço são semelhantes aos observados em outros centros mundiais.

EMPIEMA PLEURAL PÓS LESÃO ESOFÁGICA POR CORPO ESTRANHO

Autores: AGOSTINHO, GISELE CÉSAR DE ROSSI; CAPELLAZZO, WILLIAM MANOEL DA SILVA; FERREIRA, FLÁVIA MOLINA

Instituição: Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA

Resumo: Identificação: homem pardo de 41 anos, serviços gerais. QD: "Falta de ar há uma semana". HDA: Internado em 11/02/07 no Hosp.Reg.Assis, uma semana após ter "engasgado" com osso de frango. No período, laringoscopia direta não visualizou lesões ou corpo estranho. Evoluiu com dispnéia progressiva, cervicalgia e edema cervical, odinofagia, disfagia, êmese, febre, anorexia e emagrecimento de 10 kg. HP: Tabag. 2maços/dia há 20a(40a/maço). Uso de Imipramina e Risperidona. EF: MEG, descorado(+/-4), taquic., taquipnéico, cianótico (+/4), emagrecido. PA:140/90, T:37°C, FR:36, FC:120 C+P:Edema cervical. TÓRAX:2BRNF s/s. Tiragem intercostal, macicez à percussão e MV abolidos em base pulmonar Esq., roncoss bilater. ABD/EXTR: s/alt. EX.COMPL.: Radiograma Tórax(derrame pleural à Esq). Punção líq.purulento (análise laboratorial: empiema). DIAGNÓSTICO INICIAL: Empiema. EVOLUÇÃO: Piora dispnéia, transf. p/ UTI e drenagem tórax. Radiograma tórax (atelectasia à Esq.), EDA (não visual. lesão esof.) e Broncofibroscopia (aus. de corpo estranho até subsegmentos brônquicos, sec.purulenta em brônquios de LIE). DIAG NA UTI: Empiema pleural à Esq + Mediastinite + Seps + Ins Respir. Após 3 dias, intub.orotraqueal e vent.mecânica. No 23º dia, CT Tórax(Der. pleural loculado anterior no LSD. Der. pleural posterior, bilat., vol. moderado, maior à Esq com atelectasia do LIE. Derrame pericárdico). Após 5 dias, CT Tórax(Coleções septadas em pulmão Esq). Retirado dreno e alta da UTI. Na enfermaria, piora clínica, com disfagia, taquipnéia e febre (>38,5°C), mesmo com uso de Ceftriaxone e Clindamicina, depois Imipenem e Vancomicina. No 35º dia, esofagograma contrastado(aus.de fístulas/outras lesões). Um dia após, Toracotomia Exploradora, reintrodução de drenos e PO em UTI por 5 dias. Melhora clínica progressiva. Alta hospitalar com drenos em sistema aberto e seguimento ambulatorial. DIAG FINAL: Lesão esofágica por corpo estranho levando a empiema.

LINFONODO NECROSADO, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Autores: APANAVICIUS, ANDRE; MARINHO, FELIPE COSTA DE ANDRADE; DIAS JÚNIOR, SERVULO AZEVEDO; MENDES, DANIEL MELO; KATO, LUCIANA TAMIE; ANDRADE, DANYELE MYLENA LOPES; TAKAGAKI, TERESA YAE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: A paracoccidiodomicose, infecção fúngica sistêmica de maior prevalência na América Latina, acomete predominantemente moradores de zona rural. Seu tratamento é bastante prolongado e o prognóstico, variável. Descreveremos, a seguir, o caso que apresentou a forma pulmonar crônica e teve desfecho desfavorável. Relato de Caso: homem de 79 anos, tabagista, previamente hígido, ex-agricultor e que trabalhava na preparação de saladas em restaurante. Deu entrada pelo pronto-socorro por piora de um quadro pulmonar que se arrastava há 02 meses, associado a perda ponderal, hemoptise e febre esporádica. Hipoxêmico com necessidade de O2 suplementar e recebeu corticosteróides, por possível insuficiência adrenal, com melhora gradual do quadro, inicialmente. Tomografia com múltiplas lesões escavadas no parênquima pulmonar, linfonodos mediastinais com diferença de atenuação, sugerindo necrose. Broncoscopia e biópsia transbrônquica confirmaram o diagnóstico de paracoco, porém houve súbita e rápida piora clínica, com choque séptico, necessidade de ventilação mecânica e óbito após 08 dias da admissão. Estudo post-mortem revelou importante disseminação fúngica, nos pulmões, linfonodos mediastinais e abdominais, esôfago, pâncreas e suprarenais. Discussão: A forma disseminada crônica da paracoccidiodomicose acomete predominantemente homens acima dos trinta anos, que trabalham em ambiente rural. O paciente do caso em pauta tinha uma atividade ocupacional de risco (trabalhador rural) e o aspecto radiológico remeteu a este diagnóstico. O uso de corticosteróide, inicialmente com melhora clínica e pulmonar por diminuição da inflamação exacerbada, pode ter contribuído para a disseminação sistêmica e desfecho desfavorável. Este caso ilustra a apresentação tardia, avançada e grave desta infecção fúngica com rápida disseminação após uso de corticosteróide.

PARACOCCIDIOIDOMICOSE COM COMPROMETIMENTO PULMONAR E ÓSSEO

Autores: BRAGAGNOLO JR., LUIZ ANTONIO; QUAGLIATO JR., REYNALDO; MACEDO, RONALDO FERREIRA; ALMEIDA, AURÉLIO ROCHAEL; BALTHAZAR, ALÍPIO BARBOSA; DE REZENDE, SÍLVIO MORAES; YONEZAWA, GISELE NUNES; CERQUEIRA, ELZA MARIA FIGUEIRA PEDREIRA

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: Paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica cujo agente causal é o *Paracoccidiodioides brasiliensis* e se apresenta sob duas formas: aguda ou linfática juvenil e crônica do adulto ou pulmonar. Seu grande diagnóstico diferencial é a tuberculose. Relatamos caso de paciente masculino, 16 anos, previamente hígido, com queixa de tosse seca e febre há 2 meses, sem melhora após antibioticoterapia e emagrecimento de 20kg nesse período. Contava cirurgia ortopédica pós fratura no tornozelo direito ocorrida antes do início dos sintomas, ainda não cicatrizada. Não tabagista, com tio tratado para tuberculose há 10 anos. No exame físico apresentava-se bastante emagrecido. Radiograma de tórax mostrava micronódulos difusos bilateralmente de característica miliar. Tomografia de tórax evidenciou múltiplos nódulos pulmonares de distribuição randômica. Na broncoscopia não havia lesões endobrônquicas e pesquisas e culturas para fungos e BAAR resultaram negativas, tanto no lavado broncoalveolar como na biópsia transbrônquica. Biópsia hepática mostrou apenas aspecto reacional do fígado. Sorologia para PCM mostrou título de 1/2. Tomografia da fíbula mostrou alterações compatíveis com osteomielite e dessa área foi retirado material por curetagem mostrando osteomielite granulomatosa produtiva caseosa. A pesquisa de fungos (Grocott) no material curetado resultou positiva, com estruturas morfológicamente compatíveis com *P. brasiliensis*. A pesquisa de micobactérias (Ziehl-Nielsen) mostrou-se negativa. Frente a esses achados, o diagnóstico de PCM foi fechado e o paciente iniciou tratamento com sulfametoxazol-trimetoprim, evoluindo com melhora radiológica significativa e recuperação do peso. Frente um achado radiológico de micronódulos de distribuição e característica miliar, é de suma importância a pesquisa exaustiva do agente causal, a fim de evitar erro diagnóstico e tratamento inadequado.

PARACOCCIDIOIDOMICOSE MULTISSISTÊMICA COM ACOMETIMENTO DE PULMÕES, PELE E SNC – RELATO DE CASO

Autores: RABELO, LEDA MARIA; FAORO, CAMILO; PORFÍRIO, DANIELA; ESCUISSATO, DANTE LUIZ; TELLES FILHO, FLÁVIO DE QUEIROZ

Instituição: Hospital de Clínicas - UFPR - Curitiba - PR

Resumo: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma infecção causada pelo fungo *Paracoccidiodioides brasiliensis*. Afeta predominantemente homens, entre 30-60 anos, trabalhadores rurais e imunocompetentes. Na sua forma crônica pode acometer vários órgãos. Homem, 45 anos, tabagista, ex-lavrador, há 6 meses com dispnéia, tosse seca, lesões em dorso e tornozelo esquerdo, emagrecimento e cefaléia. Ao exame físico: estertores em 2/3 superiores de ambos hemitórax, 2 abscessos em dorso e inflamação periarticular de tornozelo esquerdo. Exames laboratoriais: provas de atividade inflamatória elevadas, HIV negativo, PPD negativo, IDD 1:16. RX e TAC tórax com evidência de vários nódulos escavados com predomínio em terços médios e superiores. Função pulmonar normal. TAC crânio: lesão hipodensa em hemisfério cerebelar esquerdo realçada com contraste. RNM de crânio: evidência de outra lesão em hemisfério cerebelar direito. LCR normal, micológico e cultura para fungos negativos. Secreção de abscesso periarticular com micológico direto evidenciando células leveduriformes com múltiplos brotamentos e cultura evidenciando *Paracoccidiodioides brasiliensis*. Biópsia de pele com reação granulomatosa e presença de células leveduriformes com brotamentos. Diagnosticada PCM crônica multissistêmica, iniciado tratamento com itraconazol e sulfametoxazol/trimetoprim. A PCM é adquirida pela inalação dos conídios do *P. brasiliensis* do solo de áreas endêmicas. Mais de 90% dos casos são da forma crônica e com manifestações pulmonares. Radiologicamente há predomínio de vidro-fosco, nódulos centro-lobulares e escavados em terços médios e regiões periféricas e posteriores. O acometimento de SNC ocorre em 10-25% dos casos de PCM. O diagnóstico é feito pela detecção do *P. brasiliensis* em cultura e sorologicamente com títulos elevados de imunodifusão dupla. O tratamento de escolha para PCM sistêmica é com o itraconazol.

PARACOCCIDIOIDOMICOSE E TUBERCULOSE: CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS A RESPEITO DE UM CASO CLÍNICO

Autores: QUAGLIATO JR., REYNALDO; BRAGAGNOLO JR., LUIZ ANTONIO; GRANGEIA, TIAGO DE ARAUJO GUERRA; MACEDO, RONALDO FERREIRA; ALMEIDA, AURÉLIO ROCHAEL; CERQUEIRA, ELZA MARIA FIGUEIRA PEDREIRA; DE CAPITANI, EDUARDO MELLO

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: A associação entre paracoccidiodomicose (PCM) e tuberculose (TB) já é reconhecida há muito tempo, podendo ocorrer de forma simultânea ou seqüencial. A principal responsável pelo desencadeamento de ambas parece ser a queda da imunidade celular, como a deficiência na produção de algumas citocinas e seus receptores: interleucinas 12 e 23 e o interferon γ . A investigação incompleta de um caso suspeito pode levar a erro diagnóstico e tratamento inadequado. Relatamos caso de paciente do sexo masculino, 40 anos, em 1997, teve diagnóstico confirmado de PCM por meio de exame de escarro positivo para *Paracoccidiodioides brasiliensis* e foi tratado com Sulfametoxazol-Trimetoprim por 2 anos. Com a melhora clínica do paciente e negatização da sorologia para PCM, o tratamento foi suspenso. Cinco anos após o término desse tratamento, o paciente voltou a apresentar queixas respiratórias, tendo sido diagnosticado como portador de TB (baciloscopia positiva para BAAR). Recebeu tratamento com Esquema I (Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida), com boa resposta e cura. O paciente queixou-se de febre, emagrecimento, tosse pouco produtiva e dispnéia 4 meses após o término do tratamento para TB, quando foi confirmada recidiva da PCM através de biópsia transbrônquica com o achado do fungo (*P. brasiliensis*). Novamente foi instituído o tratamento com Sulfametoxazol-Trimetoprim. O paciente, uma vez mais, melhorou das queixas clínicas e a sorologia para PCM, ao final do tratamento, era de 1/1. Vem mantendo seguimento clínico, sempre com ausência de novas queixas ou sintomas. Como a associação entre PCM e TB não é incomum e a determinação do diagnóstico diferencial entre elas pode ser difícil, há a necessidade de pesquisa bacteriológica exaustiva antes de instituir o esquema terapêutico específico para TB e também a necessidade de se aumentar a ênfase na pesquisa de fungos no escarro.

PARACOCCIDIOIDOMICOSE PULMONAR CRÔNICA COM ACOMETIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL – RELATO DE CASO

Autores: ANDRADE, MARCELO JORGE DE S L; MUSOLINO, RAFAEL SILVA; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE; TAKAGAKI, TERESA YAE; KAIRALLA, RONALDO ADIB; BALDI, BRUNO GUEDES; COSTA, ANDRE NATHAN; MENDES, DANIEL DE MELO; DIAS JUNIOR, SERVULO AZEVEDO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica endêmica na América Latina causada pelo fungo *Paracoccidiodioides brasiliensis*. A forma crônica predomina no adulto, enquanto as formas aguda e subaguda são mais comuns entre as crianças. As formas disseminadas envolvem mais freqüentemente os pulmões, tegumento, gânglios, baço e trato digestivo. O SNC pode ser envolvido em 5 a 27% dos casos. Relato do caso: homem de 58 anos, procedente da Bahia, agricultor. Admitido com queda do estado geral, tosse e dispnéia progressiva há 7 meses, associado a fraqueza progressiva em hemitórax direito há 5 meses. Negava febre ou hemoptise. Ex-tabagista há 5 anos, 80 anos-maço. Ao exame, mau estado geral, taquipneico, emagrecido, SpO₂=88% em ar ambiente, com roncocalcos difusos à ausculta pulmonar, além de hemiparesia à direita. Rx de tórax com opacidades irregulares difusas, que se mostraram na TCAR como espessamento do interstício axial, consolidações alveolares, além de cavidades aéreas e linfonodomegalias mediastinais. TC de crânio revelou lesões nodulares, em núcleos da base esquerdos e ponte, com realce periférico após contraste. Pesquisa de BAAR e microrganismos foi negativa em escarro e lavado broncoalveolar. Biópsia transbrônquica evidenciou estruturas arredondadas com morfologia sugestiva de *P. brasiliensis*. A sorologia foi positiva para *P. brasiliensis* e negativa para demais fungos e HIV. Na internação recebeu sulfametoxazol-trimetoprim, recebendo alta após 30 dias com melhora importante do estado geral e parcial do déficit neurológico. Discussão: Destacamos, no relato deste caso, o acometimento do SNC como possível sítio de disseminação da doença, bem com a riqueza de padrões e comemorativos radiológicos pulmonares agrupados que sugeriu a hipótese e direcionou a abordagem diagnóstica adequada.

PARACOCCIDIOIDOMICOSE PULMONAR SE APRESENTANDO COMO CONSOLIDAÇÃO FOCAL E DERRAME PLEURAL DE RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA

Autores: COSTA, ANDRÉ NATHAN COSTA; JUNIOR, SERVULO DIAS; TAKAGAKI, TEREZA YAE; KAIRALLA, RONALDO ADIB; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Homem de 72 anos, natural/procedente de São Paulo, ex-tabagista de 15 anos/maço há trinta anos, iniciou quadro de desconforto torácico esquerdo aos esforços. Procurou cardiologista que excluiu causas cardíacas para dor, porém encontrou infiltrado pulmonar em lobo inferior esquerdo associado a extenso derrame pleural, encaminhando ao pneumologista. Na entrada, apresentava ao exame físico roncocal base esquerda e diminuição da ausculta em base, exames laboratoriais normais. A tomografia computadorizada de tórax confirmou o achado de consolidação parenquimatosa focal associada a derrame pleural moderado, sem linfonomegalia ou outros achados. Submetido a broncoscopia com lavado broncoalveolar que resultou em pesquisa de paracoco pelo Grocott positiva. A sorologia para fungos resultou negativa e o derrame pleural teve resolução espontânea antes de se iniciar o tratamento. Após dois meses de uso de Itraconazol, teve resolução da consolidação pulmonar e remissão dos sintomas. Conclusão A paracoccidiodomicose pulmonar, causada pelo fungo dimórfico Paracoccidiodioides brasiliensis, é a micose profunda mais importante do nosso país, por ser responsável por 200 mortes por ano e concentrar 80% dos casos mundiais. A infecção primária ocorre na infância e a doença crônica acomete adultos na terceira e quinta décadas de vida. Radiologicamente predominam anormalidades intersticiais em vidro fosco associadas a nódulos cavitados ou não, espessamento septal, bronquiectasias de tração e enfisema paracicatricial, sendo bilaterais e simétricas em 90% dos casos. O derrame pleural é muito raro. No caso descrito a apresentação se diferenciou pela consolidação focal, ausência de linfonomegalias e pelo derrame pleural de resolução espontânea, além da sorologia negativa. A confirmação microbiológica e a resolução do quadro após uso de imidazólicos sustentam o diagnóstico etiológico

PNEUMONIA ATÍPICA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Autores: MACEDO, RONALDO FERREIRA; CAMINO, ANA MARIA; BRAGAGNOLO JR, LUIZ ANTONIO; ALMEIDA, AURÉLIO ROCHAEL; DE CAPITANI, EDUARDO MELLO

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: A pneumonia adquirida na comunidade é uma patologia comum, com uma mortalidade em torno de 3%. O patógeno mais comum é o Streptococcus pneumoniae, porém já existe uma prevalência em torno de 15% das pneumonias atípicas causadas por agentes como Mycoplasma pneumoniae e Chlamydia pneumoniae. Relatamos o caso de um homem de 19 anos, previamente hígido, com história de febre, dor torácica ventilatório dependente em base torácica direita, tosse seca e dispnéia progressiva havia 3 dias. Saturação de oxigênio em ar ambiente de 90%. Radiograma de tórax com opacidade intersticial reticular bilateral difusa; hemograma com 5800 leucócitos totais sendo 4% de bastões, 83% de segmentados, 4% de linfócitos, 4% de eosinófilos. A tomografia computadorizada de tórax mostrou múltiplos nódulos de contornos irregulares e mal definidos, com halo em vidro fosco, dispersos pelo parênquima pulmonar, área de consolidação no lobo inferior direito e pequenos linfonodos mediastinais. Hemoculturas negativas, sorologias para HIV, histoplasma, paracoccidiodomicose e citomegalovírus negativas e micoplasma com IgG positivo (307 U/ml). Broncoscopia normal, lavado broncoalveolar com pesquisas e culturas para bactérias, fungos, pneumocystis jiroveci e micobactérias negativas; 650 mil células, 5050 mil hemácias, 62% linfócitos, 33% neutrófilos, 2% eosinófilos, 2% macrófagos alveolares e 1% de células epiteliais. Feita hipótese de pneumonia atípica por Mycoplasma pneumoniae e iniciado tratamento com macrolídeo por 10 dias com remissão total dos sintomas já no 4º dia. Radiograma de tórax do seguimento após tratamento completo sem alterações. Assim deve-se ficar atento a quadros respiratórios agudos, graves com padrão radiológico intersticial, devendo-se lembrar dos agentes atípicos bem como outros diagnósticos diferenciais como doenças inflamatórias.

PARACOCCIDIOIDOMICOSE – APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA ATÍPICA (PSEUDOTUMORAL)

Autores: MUSOLINO, RAFAEL; ANDRADE, MARCELO; MENDES, DANIEL; BALDI, BRUNO; TAKAGAKI, TERESA; KAIRALLA, RONALDO; CARVALHO, CARLOS

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: Paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica endêmica na América Latina. A forma crônica predomina em adultos, sendo o pulmão o principal órgão acometido. Caso Clínico: JYS, 52 anos, natural de Rolandia-PR e procedente de Bahia, engenheiro agrônomo. Iniciou quadro de tosse com expectoração clara, às vezes com hemoptoicos, há 4 meses. Fez uso de anti-tussígeno nesse período, com melhora parcial. Perda ponderal de 2 kg e episódios subfebris esporádicos. Negava dispnéia. Evolui com hemoptise maciça, com resolução espontânea. Antecedente de tabagismo 30 anos-maço. Apresentava-se com bom estado geral, eupneico, saturação periférica de oxigênio de 94% em ar ambiente. Estertores crepitantes discretos em bases à ausculta pulmonar. Radiografia de tórax com infiltrado reticular em base direita e massa retrocardíaca. Tomografia computadorizada de tórax demonstrou formação expansiva em lobo inferior esquerdo e múltiplos nódulos bilaterais, além de áreas enfisematosas em lobos superiores. Alterações cicatriciais em lobo inferior direito. Broncoscopia evidenciando compressão extrínseca em subsegmentos superior e medial do lobo inferior esquerdo. Sorologia negativa para Aspergillus sp, Hystoplasma capsulatum e Paracoccidiodioides brasilienses. Resultado anatomo-patológico de biópsia transbrônquica evidenciando processo granulomatoso crônico e visualização de estruturas compatíveis com P. brasilienses. Iniciado tratamento com itraconazol, evoluindo com melhora progressiva da tosse e sem novos episódios de hemoptise. Discussão: Destacamos neste relato a forma de apresentação radiológica pseudotumoral que é incomum, além da apresentação clínica rara com presença de hemoptise maciça.

TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: ADDISON E MICROCARDIA

Autores: KATO, LUCIANA TAMIÊ; FORMIGA, CRISTINA B; SCALCO, RENATADA C; MARINHO, FELIPE; FIGUEIREDO, RICARDO G; SALES, ROBERTA K; BOMBARDA, SIDNEY; SEISCENTO, MARCIA

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: Embora a principal causa de Doença de Addison em países desenvolvidos seja a adrenalite auto-imune, a tuberculose extrapulmonar representa etiologia importante em países com alta prevalência da doença como o Brasil. Caso clínico: homem de 48 anos HIV negativo em tratamento para tuberculose há 4 meses com cura bacilosscópica no escarro e sem outras comorbidades, procurou serviço de saúde com queixa de fraqueza, pré-síncope e perda ponderal mantida após introdução do esquema I (8kg). Ao exame clínico de entrada, apresentava-se em regular estado geral, hipotensão e com sinais de hiperpigmentação cutânea. Exames laboratoriais revelaram anemia (Hb 7,5g/dl, Ht23,5%), Na 118mEq/l, K 4,6mEq/l, cortisol sérico 1,4mcg/l (5,2-25mcg/l), sendo feito diagnóstico de insuficiência adrenal. RX de tórax revelava opacidades apicais e microcardia. TC abdome revelou hiperplasia adrenal bilateral, sugerindo tuberculose como causa das alterações laboratoriais. Após 2 semanas de tratamento com glicocorticóides e mineralocorticóides, o paciente evoluiu com melhora sintomática importante e normalização de exames laboratoriais e da área cardíaca tendo encerrado tratamento após 9 meses. Discussão: O aumento adrenal bilateral e a presença de tuberculose ativa em outros órgãos, embora insuficientes para o diagnóstico definitivo, são fortemente sugestivos de Addison por disseminação do bacilo para sítios extra-pulmonares. Reposição volêmica na fase aguda e tratamento com mineralocorticóides e glicocorticóides, com atenção para a interação medicamentosa com a rifampicina devem ser instituídos ao diagnóstico. A associação de microcardia é descrita com Addison e outros quadros metabólicos, evoluindo com reversão após tratamento.

UMA RARA CAUSA PARA INFILTRADO PULMONAR DIFUSO ASSOCIADO A ÚLCERAS CUTÂNEAS EM INDIVÍDUO IMUNOCOMPETENTE

Autores: DIAS JÚNIOR, SÉRVULO AZEVEDO; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE; KAIRALLA, RONALDO ADIB; TAKAGAKI, TERESA YAE; MARINHO, FELIPE COSTA DE ANDRADE; BALDI, BRUNO GUEDES; MENDES, DANIEL DE MELO; ANDRADE, DANYELE MYLENA LOPES DE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: Histoplasmosose é uma micose sistêmica com múltiplas apresentações, variando de quadro semelhante à gripe à forma disseminada. Causada pelo *Histoplasma capsulatum*, fungo prevalente mundialmente e bastante associado com detritos de pássaros e morcegos. A forma disseminada ocorre em menos de 10% dos casos e afeta mais os imunossuprimidos. Acomete principalmente pulmões, pele/mucosas, fígado, baço, adrenais e medula óssea. O tratamento com antifúngicos é bem sucedido. Relato do caso: Homem, 59 anos, bioquímico, há 6 meses com dispnéia aos esforços. Após 3 meses apareceu lesão papular na sobrancelha direita, que evoluiu para úlcera e aumentou em número. Também tinha febre vespertina, astenia e perda de peso. Ao exame, o murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores, sem ruídos adventícios e saturava 78%. Raio-X do tórax com opacidade reticular bilateral nos 2/3 inferiores. TCAR com infiltrado em vidro-fosco difuso com espessamento dos septos interlobulares e consolidação no lobo médio. Cultura do escarro foi positiva para *Histoplasma capsulatum* e a sorologia tinha titulação de 1:128. Biópsia de pele evidenciou granulomas mal formados com reação inflamatória moderada e o Grocott confirmou a presença do fungo no interior dos macrófagos. Iniciado tratamento com itraconazol, recebendo alta após 10 dias com melhora parcial do quadro, com seguimento ambulatorial. Discussão: A forma disseminada da histoplasmosose normalmente é vista nos imunossuprimidos, sendo rara em imunocompetentes, como no paciente apresentado. O diagnóstico da histoplasmosose é baseado na história clínica e em exames micológicos, histológicos e imunológicos. A apresentação radiológica é variável, desde simples adenomegalias hilares até infiltrado intersticial reticulonodular difuso. As drogas mais utilizadas no tratamento são anfotericina B e itraconazol.

BALÃO DE LUYA USADO COMO PROTÓTIPO DE SIMULADOR DE PULMÃO

Autores: DE MENEZES LYRA, ROBERTO

Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (Serviço de Cirurgia Torácica)

Resumo: Preferentemente, todo aparelho de ventilação pulmonar deveria ser checado e regulado durante o período que antecede a sua conexão ao paciente, de modo a evitar que ajustes "às cegas" sejam empiricamente feitos nos próprios pacientes [1]. Objetivo: O protótipo de simulador de pulmão permite identificar erros por mau-funcionamento do aparelho de ventilação, assim como, verificar e prevenir escapes aéreos, auxiliando no ajuste da ventilação mecânica pulmonar pretendida em cada paciente [2]. Material: O protótipo é feito manualmente a partir de uma luva de procedimento de látex não estéril, ver figura 1A. Inicialmente, na figura 1B, um nó apertado é dado ao nível do punho da luva. A maior capacidade de volume do balão de luva é obtida se o nó for dado o mais próximo possível da abertura do punho da luva, e quanto mais próximo aos dedos o nó for dado, menor será a capacidade do balão. Portanto, a complacência também varia dependendo do tamanho do balão que ficou remanescente após o nó ser formado. Na figura 1C, um corte transversal é feito com tesoura próximo à extremidade do dedo indicador da luva, escalpelando a sua ponta. Na figura 1D, o usuário deve conectar o balão ao ventilador, vestindo o dedo de luva sobre o tubo plástico em "Y" da saída de gases do ventilador. Na figura 1E, o protótipo de balão de luva já está pronto para o uso. Resultados: Este protótipo permite simular a ventilação pulmonar de modo mecânico, sem controladores da complacência ou circuitos eletrônicos. Conclusão: Este protótipo pode ser usado tanto na prática diária quanto na Educação Médica Continuada. Referências: 1. Larson ER, et al. A prospective study on anesthesia machine fault identification. *Anesth Analg.* 2007 Jan; 104(1):154-6. 2. Smith NT. Simulation in anesthesia: the merits of large simulators versus small simulators. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2000 Dec; 13(6):659-65.

APLICAÇÃO DA TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA NO RECRUTAMENTO ALVEOLAR E TITULAÇÃO DA PEEP EM PACIENTE COM SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO

Autores: VICENTE, ROGÉRIO NADIN; HIROTA, ADRIANA SAYURI; HOVNANIAN, ANDRÉ; LOPES, EDUARDO MENEZES; GUANABARA, DOUGLAS MEDEIROS; COSTA, EDUARDO LEITE VIEIRA; BARBAS, CARMEN SÍLVIA VALENTE; AMATO, MARCELO BRITTO PASSOS; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução A Tomografia de impedância elétrica (TIE) vem sendo empregada no estudo das diferenças regionais da ventilação pulmonar em diversas doenças. Sua aplicação na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) pode trazer informações valiosas para guiar as manobras de recrutamento alveolar e titulação da PEEP. Relato de Caso Mulher, 24 anos, antecedente de depressão maior, sofreu fratura exposta de úmero após queda da altura de 15 metros. Após 3 dias, apesar de tratamento ortopédico precoce, evoluiu com choque séptico e SDRA. Foi transferida para a UTI em uso de noradrenalina, sob ventilação mecânica com $Vt=6mL/kg$ e $PEEP=18cmH_2O$. Apresentava crepitações finas em bases pulmonares. Relação P/F=128. Rx tórax: opacidades alveolares bilaterais difusas. Realizada manobra de recrutamento alveolar partindo de $PEEP=25cmH_2O$, chegando a $45cmH_2O$, com pressão limitada em $60cmH_2O$. A seguir, foi realizada titulação da PEEP, guiada pela TIE. A PEEP ideal encontrada foi de $22cmH_2O$. Após 24 horas, iniciou-se a redução da PEEP em $2cmH_2O$ a cada 8 horas. A paciente foi extubada com $PEEP$ de $10cmH_2O$ e permaneceu 36 horas em VNI. Alta da UTI no 8º dia de internação. Discussão A TIE permite avaliar a eficácia e segurança da manobra de recrutamento alveolar a beira-leito, através da análise da curva de variação de impedância pelo tempo. Incrementos na linha de base e na amplitude se relacionam com a CRF e o volume corrente, respectivamente. A escolha da PEEP ideal é guiada pela variação de ventilação regional. Diminuição da variação de impedância regional guarda relação com redução da complacência, indicando colapso em zonas dependentes de gravidade e/ou hiperdistensão em regiões não-dependentes. Por suas características, a TIE possibilita a monitorização dinâmica da ventilação regional e o planejamento de estratégias ventilatórias individualizadas.

TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA NO RECRUTAMENTO ALVEOLAR EM UM CASO DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO POR EMBOLIA GORDUROSA

Autores: BARBOZA, CARLOS EDUARDO GALVÃO; WINTER, DANIEL HUGO; LOPES, EDUARDO MENEZES; VICENTE, ROGÉRIO NADIN; HOVNANIAN, ANDRÉ LUÍS DRESLER; HIROTA, ADRIANA SAYURI; COSTA, EDUARDO LEITE VIEIRA; CARUSO, PEDRO; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução A TIE vem sendo empregada no estudo das diferenças regionais da ventilação pulmonar em diversas doenças. Sua aplicação na SDRA pode trazer informações valiosas para guiar as manobras de recrutamento alveolar e a titulação da PEEP. Caso Homem 23 anos, hígido, sofreu fraturas de tíbia e fíbula por atropelamento. Tratadas por imobilização com tala. Após 2 dias evoluiu com desconforto respiratório e confusão mental seguida por rebaixamento e necessitou de IOT. RX tórax: opacidades alveolares bilaterais. TC tórax: opacidades alveolares em zonas dependentes sugestivas de colapso. Relação P/F: 177; complacência: $40mL/cmH_2O$. Ventilado com $Vt: 5mL/kg$ e $PEEP$ conforme tabela ARDSNet. Devido à hipótese de embolia gordurosa, foi submetido a fixação cirúrgica das fraturas. No POI apresentou piora P/F para 130. Decidiu-se por recrutamento alveolar até $PEEP=45cmH_2O$, com pressão limitada em $60cmH_2O$, e titulação da PEEP, guiada pela TIE. A PEEP ideal encontrada foi de $14cmH_2O$. Evoluiu com melhora da complacência para $60mL/cmH_2O$ e relação P/F para 360. Após 24 horas, iniciou-se a redução gradual da PEEP. O paciente foi extubado com sucesso após 72h. Discussão A TIE permite avaliar a eficácia e a segurança da manobra de recrutamento a beira-leito, através da análise da variação de impedância no tempo, que se relaciona com a CRF e o volume corrente. A escolha da PEEP ideal é guiada pela diminuição da ventilação regional, que guarda relação com redução da complacência, indicando colapso em zonas dependentes e/ou hiperdistensão em regiões não-dependentes. Por suas características, a TIE possibilita a monitorização dinâmica da ventilação e o planejamento de uma estratégia ventilatória individualizada. Os autores descrevem a otimização desta conduzindo a um desfecho favorável em um caso de evolução negativa com o método ventilatório padrão.

ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E PESQUISA DE ETIOLOGIA VIRAL EM MENORES DE 5 ANOS COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA

Autores: BUSSAMRA, MARIA HELENA; WAKSMAN, RENATA; OTSUKA, MARCELO; SANTOS, ERICA; SANTANA, TANIA
Instituição: Hospital Albert Einstein e Hospital Darcy Vargas

Resumo: Foram realizadas pesquisa etiológica e análise das características clínicas em 604 menores de 5 anos com infecção aguda de vias aéreas, atendidos no Hospital Infantil Darcy Vargas e no Ambulatório do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis em São Paulo, de fevereiro de 2005 à dezembro de 2006. A gravidade da infecção respiratória foi determinada através de um escore clínico e oximetria de pulso. Foram aplicados questionários para obtenção de informações sobre aleitamento, sintomas respiratórios prévios, doenças crônicas associadas, prematuridade, antecedentes familiares de atopia e condições de moradia. Amostras de secreção nasofaríngea foram coletadas e submetidas à reação direta de imunofluorescência e/ou ELISA para VRS, Adenovírus, Influenza A e B e Parainfluenza 1, 2 e 3. Em 38% dos casos foi identificada etiologia viral, sendo o VSR mais freqüente (40,4%). Em 11,2% dos casos a apresentação clínica foi grave e esteve associada ao VSR e ao adenovírus. Nos menores de 1 ano e especialmente menores de 6 meses houve maior probabilidade de isolamento do agente e maior gravidade clínica. Observou-se prematuridade em 13,5%, exposição ao tabaco em 65%, história familiar e pessoal de atopia em 80% e 60% dos casos respectivamente. Foram observadas características classicamente descritas para as infecções por VRS e fatores de risco adicionais para gravidade e maior morbidade das infecções respiratórias agudas virais.

CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS EXTRA-PULMONAR - RELATO DE CASO

Autores: AGUIAR, VIRGILIO A N; GRANDI, LUIS MAURICIO; HOLTZ, JOAO VITOR SILVA
Instituição: Faculdade de Medicina - Centro Universitário Lusíada

Resumo: O carcinoma de pequenas células é um tumor neuroendócrino que corresponde a 18% dos cânceres de pulmão, sendo considerado um dos tumores pulmonares mais agressivos, pela capacidade em se disseminar por metástases para outros órgãos. Sua forma extra pulmonar é incomum, sendo o aparelho digestivo mais freqüentemente afetado, com o esfôgado sendo o local mais acometido, seguido da região colorretal e , mais raramente as vias biliares. Também é relatado o acometimento laríngeo e de seios paranasais. O presente caso corresponde a carcinoma de pequenas células extrapulmonar localizado na região cervical, sem corresponder a gânglio, confirmado por biópsia acompanhada de estudo histoquímico. Serão apresentados os exames de imagem, incluindo RX ts, TC tx, USG cervical, broncoscopia e anatomopatologia com imunohistoquímica.

ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA – RELATO DE CASO E EVOLUÇÃO TOMOGRÁFICA

Autores: MONTEIRO, MARCELO MOTA; PASCHOAL, ILMAR APARECIDA; PEREIRA, MÔNICA CORSO; GONÇALVES, JÚNIA REZENDE; COSTA, JUAN FIGOLS Y; HURDANETA, JOSÉ GREGÓRIO HERRERA
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP

Resumo: Paciente do sexo feminino, 52 anos, encaminhada ao serviço de Pneumologia da PUC Campinas a 05/2004, por Asma Brônquica desde a infância, que vinha se agravando. Relatava "pneumonias de repetição", e fora submetida, 3 anos antes em outro serviço, a uma broncoscopia com coleta de lavado broncoalveolar. A cultura deste material revelou *Aspergillus* sp, fato que motivou um "tratamento" para aspergilose, tendo utilizado itraconazol 200 a 400mg/dia por 1 ano. Trazia tomografias de 2000 a 2003, mostrando bronquiectasias, impação brônquica e bronquiolar, e, em tempos diferentes, opacidades em LSD e em LSE, que se resolveram no seguimento. Precipitinas negativas para *A. fumigatus*. Nesta primeira consulta, a paciente tinha sibilos à ausculta, e sintomas diários, inclusive noturnos. Foi iniciado o uso de corticóide inalatório e beta-2 agonista de longa duração. Exames realizados: espirometria: defeito obstructivo leve, sem resposta ao broncodilatador; dosagem de IgE acima de 2500; RAST (IgE) positivo para *Aspergillus* (65,3IU/ml); diversos hemogramas com eosinofilia (9 a 12%). Em 2005, nova exacerbação com opacidades ao radiograma simples, quando internou em serviço privado e foi tratada com antibiótico e corticóide. Em 06/2006, por sintomas asmáticos persistentes, classificada como Aspergilose Broncopulmonar Alérgica estágio IV, e iniciado corticoterapia contínua (10 a 20mg/dia), junto a fluticasona 1000mcg/dia. Em 04/2007, nova exacerbação, com documentação tomográfica, apesar do corticóide. Aumentada a dose de manutenção para 30mg, e reiniciado itraconazol, com seguimento dos níveis de IgE para orientar a terapêutica.

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE GRANDES CÉLULAS DE PULMÃO: RELATO DE CASO

Autores: RAMOS, ROBERTA PULCHERI; JAMNIK, SÉRGIO; SANTORIO, ILKA LOPES; FERREIRA, RIMARCS GOMES; DA SILVA, VILMER VIEIRA
Instituição: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM

Resumo: O carcinoma neuroendócrino de grandes células é um dos tumores neuroendócrinos mais agressivos e raros do pulmão. Sua incidência é de 3-6% das neoplasias pulmonares. Nós descrevemos um caso de um paciente do sexo masculino, 62 anos, natural de Ituverara/SP, que procurou o serviço médico com história de 1 ano de tosse, predominantemente seca, com alguns episódios de escarros hemoptoicos e dispnéia progressiva até os médios esforços. Era ex-tabagista 20 anos-maço. Ao exame físico inicial, apresentava-se em bom estado geral, eupneico em repouso, sem linfonodomegalias e com ausculta pulmonar e cardiológica normais. Foram realizadas radiografia e tomografia de tórax que evidenciavam massa em lobo inferior de pulmão direito e linfonodomegalia mediastinal. Foi submetido a cintilografia óssea que mostrava hipercaptação em quinta costela esquerda. Ultrassonografia abdominal mostrava lesões em fígado sugestivas de processos secundários. A broncoscopia realizada foi normal e o diagnóstico histológico de biópsia transbrônquica foi de tumor carcinóide, baseado na ausência de atipias aberrantes e de figuras de mitose, com pleomorfismo discreto. Em virtude da presença de linfonodomegalia mediastinal, foi submetido a videotoracoscopia com biópsia de linfonodo em cadeia 7 mediastinal, cujo estudo anatomo-patológico sugeriu carcinoma neuroendócrino de grandes células, sendo confirmado após correlação com dados da imunohistoquímica (positividade para citoqueratinas AE1/AE3, enolase neuronal específica, sinaptofisina e cromogranina). Paciente perdeu seguimento e retornou ao ambulatório com piora importante do estado geral e apresentando radiografia de tórax com múltiplas metástases pulmonares.

CARCINOSARCOMA: RELATO DE DOIS CASOS

Autores: GAMBERO, NILSON MOURA; IZBICKI, MEYER; UEHARA, CESAR; SANTORO, ILKA LOPES; JAMNIK, SERGIO
Instituição: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM

Resumo: 1: Mulher de 76 anos com queixa de tosse seca, dispnéia e chiado há 6 meses. Exame físico com sibilos expiratórios em hemitórax esquerdo. No Raio-X e TC de tórax presença de massa em lobo superior esquerdo. Broncoscopia com lesão polipóide. Biópsia brônquica com necrose tumoral. Realizada toracotomia com biópsia de congelação seguida de lobectomia superior esquerda com esvaziamento linfonodal. Após imunohistoquímica, permitiu-se o diagnóstico de carcinosarcoma. Feito quimioterapia adjuvante com 3 ciclos de ifosfamida e farmorubicina. Permaneceu a doença em remissão por 4 anos, quando foi diagnosticado metástase em costela contralateral. Optou-se por radioterapia local. Durante o tratamento paciente desenvolveu pneumonia evoluindo para óbito. 2: Homem de 65 anos com quadro de febre diária há 8 meses associado a tosse seca, chiado no peito e dor em hemitórax esquerdo. Tabagista de 108 anos. Exame físico com murmúrio vesicular diminuído em hemitórax esquerdo. No Raio-X e TC de tórax presença de massa escavada em lobo inferior esquerdo. Broncoscopia e biópsia transbrônquica normais. Realizada toracotomia com biópsia de congelação seguida de lobectomia inferior esquerda com esvaziamento linfonodal. Após imunohistoquímica, permitiu-se o diagnóstico de carcinosarcoma. Feito quimioterapia adjuvante com 3 ciclos de ifosfamida e farmorubicina ficando a doença em remissão por 2 anos, quando então se diagnosticou metástase óssea em joelho direito. Atualmente em programação de novo ciclo de quimioterapia e radioterapia. **DISCUSSÃO:** Carcinosarcoma é todo tumor maligno constituído por uma combinação de tecido epitelial e mesenquimal. A maioria dos pacientes são homens fumantes com média de idade de 65 anos. Os sintomas mais comuns são tosse, dor torácica, hemoptise e dispnéia. O prognóstico é pobre com sobrevida pós-operatória em 5 anos de 21%.

DESSATURÇÃO EM TESTE INCREMENTAL DE CAMINHADA

Autores: PEREIRA, MÔNICA CORSO; SEIXAS, DANIEL MACHADO DE; TSUKUMI, DANIELA MITI LEMOS; GONÇALVES, JÚNIA REZENDE; VILLALBA, WANDER DE OLIVEIRA; PASCHOAL, ILMA APARECIDA
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Resumo: Introdução: O padrão áureo de avaliação da capacidade de exercício exige o uso de aparelhos de alto custo, nem sempre disponíveis. Testes alternativos menos onerosos têm sido empregados em pneumopatias crônicas, tais como o teste da caminhada dos seis minutos (TC6) e o teste da caminhada com aumento progressivo de carga, ou "shuttle test" (ST). Ambos os testes apresentam como desfecho principal a distância final percorrida, que mostra boa correlação com o pico de consumo de oxigênio em testes máximos realizados em esteira. A avaliação da dessaturação (e" 4 pontos percentuais no oxímetro de pulso) ao final do teste pode ser um outro importante desfecho do TC6. Poucas são as informações sobre SpO2 no ST. **Objetivos:** aplicar o ST em uma população de indivíduos supostamente saudáveis, sem antecedentes de doença respiratória ou tabagismo atual, para avaliar a distância percorrida e o comportamento da SpO2. **Casuística e métodos:** foram avaliados trinta e seis voluntários adultos, com um questionário de sintomas e antecedentes respiratórios e o ST modificado (12 níveis de carga), conforme padronização da literatura. **Resultados:** a média de idade foi 39 ± 15,5; IMC de 24,5 ± 3,3; FC inicial de 79,8 ± 15; SpO2 inicial = 97,8 ± 1,1; distância percorrida = 891,6 ± 194,9; SpO2 final = 96 ± 2,5. O teste foi efetivo (FC atingida de 195-idade) em 26 indivíduos. Chamou a atenção o fato de seis voluntários apresentarem dessaturação ao final do teste. **Conclusão:** o ST atingiu níveis considerados efetivos quanto à exigência cardiocirculatória em 72,2% dos indivíduos testados. A dessaturação apresentada por 16,6% dos avaliados foi surpreendente e precisa ter suas causas determinadas.

DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS

Autores: KAWASSAKI, ALEXANDRE DE MELO; WU, CRISTIANE; KATO, LUCIANA TAMIÊ; BALDI, BRUNO GUEDES; PRADO, GUSTAVO FAIBISCHEW; TAKAGAKI, TERESA YAE
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: Discinesia ciliar primária é uma doença familiar de herança autossômica recessiva caracterizada por tosse e rinossinusite crônica. O aparecimento de situs inversus totalis que pode estar relacionado à síndrome é de ocorrência randômica, por defeito nos cílios do Nódulo de Hensen embrionário, não sendo geneticamente determinado. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 23 anos, natural de Bananeiras-PB e procedente de São Paulo, faxineiro, história de tosse diária com expectoração amarelada principalmente ao deitar desde a infância, associada a secreção nasal. Sem febre, perda de peso, sudorese noturna, dispnéia, sibilância, pirose ou regurgitação. Nega internação prévia, doença pulmonar diagnosticada previamente, tuberculose ou contato com Mycobacterium tuberculosis, tabagismo, etilismo. Achados do exame físico: ausculta invertida dos focos cardíacos e percussão hepática à esquerda, sem aumento deste órgão. Radiografia de tórax mostra dextrocardia e fígado à esquerda, com discreta opacidade com sinal da silhueta em bordas cardíacas bilaterais. Tomografia de tórax confirma tais achados, com bronquiectasias em lobo médio e língula. Tomografia de seios da face com sinusopatia difusa. Espermograma mostra motilidade ausente em 100% dos espermatozoides. **Discussão:** A Síndrome de Kartagener é caracterizada pela tríade bronquiectasias, discinesia ciliar primária e situs inversus totalis como visto no paciente acima.

EMBOLIÇÃO BEM-SUCEDIDA DE MALFORMAÇÃO ARTÉRIO-VENOSA COMPLEXA EM PACIENTE PREVIAMENTE SUBMETIDA A RESSECÇÃO CIRÚRGICA

Autores: WINTER, DANIEL H; BARBOZA, CARLOS E. G; MENDES, DANIEL M; LOPES, EDUARDO M; VICENTE, ROGÉRIO N; SZEJNFELD, DENIS; FRATEZI, AIRTON C; CARNEVALE, FRANCISCO C; TERRA-FILHO, MARIO
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução. A embolização por arteriografia vem mostrando bons resultados no tratamento de malformações artério-venosas (MAVs) pulmonares; entretanto, não há relatos de embolização em doentes com tratamento cirúrgico prévio. **Relato do caso.** Mulher, 23 anos, admitida com dispnéia e cianose central de longa data, acentuados há 5 meses; atualmente dispnéica aos mínimos esforços. Nunca fumou. Sem antecedentes familiares relevantes. Aos 2 anos, foram diagnosticadas MAVs em pulmão direito, sendo submetida a lobectomia média e superior direita. À chegada, apresentava-se dispnéica, com SpO2 76% em aa e ausculta pulmonar soprosa em ápice direito. Notava-se baqueteamento digital, mas não havia telangiectasias. Radiografia de tórax mostrou imagens sugestivas de MAVs, confirmadas em angiogramografia de tórax. Arteriografia pulmonar mostrou MAV extensa à direita, com aferências calibradas de várias artérias sistêmicas (subclávia, mamária interna, pulmonar e, principalmente, intercostais); não foi evidenciada aferência da circulação brônquica. O tratamento foi feito por embolização com Histoacryl®, por arteriografia. A paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta após 3 dias, com SpO2 89% em aa. Atualmente em seguimento ambulatorial, bem. **Discussão.** O tratamento de MAVs pulmonares, indicado para lesões sintomáticas e/ou de diâmetro >2cm, era realizado exclusivamente por ligaduras ou ressecções pulmonares até a década de 1970. Atualmente, o tratamento cirúrgico tem sido reservado aos doentes com alergia a contraste, e a embolização por arteriografia (com uso de molas, colas biológicas e outros materiais) tornou-se o tratamento de escolha, mesmo em grandes fistulas; complicações são raras. A embolização está particularmente indicada para fistulas múltiplas e bilaterais, e pode ser realizada mesmo em doentes com ressecção pulmonar prévia, com resultados positivos.

ESTUDO DA PERCEPÇÃO DE DISPNEIA EM PACIENTES PORTADORES DE ASMA, DPOC E DPI

Autores: GAVIOLI, MARIANA DE AZEVEDO; CORRENTE, JOSÉ EDUARDO; QUELUZ, THAIS HELENA A.T; YOO, HUGO HYUNG BOK

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

Resumo: Introdução: A dispnéia consiste de uma experiência essencialmente subjetiva, difícil de ser descrita e/ou quantificada. Gerada por interação de diversos mecanismos fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, é um dos sintomas mais comuns e debilitantes em pacientes com doenças pulmonares como Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Doença Pulmonar Intersticial (DPI). Objetivo: Avaliar o grau de percepção da dispnéia dos pacientes portadores de asma, DPOC e DPI. Método: estudo transversal, com aplicação de questionários que correlacionam as doenças com as características demográficas, valores de pico de fluxo expiratório (PFE), escala visual analógica (EVA) e dados do exame físico. Para análise estatística foram utilizados o teste qui-quadrado, regressão linear e stepwise. Resultados: Participaram do estudo, 37 asmáticos, 42 pacientes com DPOC e 21 com DPI. Os coeficientes de correlação entre EVA e Escala de Borg foram de 0,64 para a asma, 0,83 para a DPOC e 0,85 para DPI. Na asma, a percepção do examinador foi significativa em relação à escala de Borg ($p=0,0168$) e PFE ($p=0,01$). Na DPOC, a percepção de examinador foi significativa em relação ao VEF1 ($p=0,049$) e escala de Borg ($p=0,002$), enquanto que na DPI apenas o VEF1 foi significativo ($p=0,006$). A percepção de dispnéia dos pacientes em relação aos valores de PFE e VEF1 não foi estatisticamente significante nas doenças estudadas. Conclusão: As escalas de Borg e EVA se correlacionam na DPOC e DPI e não na asma. Houve boa correlação entre a percepção do médico, o grau de obstrução e a percepção de dispnéia do paciente, na asma e DPOC. Na DPI, a percepção do médico correlacionou-se apenas com o grau de obstrução. Em contrapartida, a percepção dos pacientes não apresenta correlação com o grau de obstrução, em nenhuma das doenças analisadas.

METÁSTASES PULMONARES DE CARCINOMA UROTELIAL PÓS-TRANSPLANTE RENAL

Autores: BARBOZA, CARLOS EDUARDO GALVÃO; WINTER, DANIEL HUGO; OLIVEIRA, RODRIGO AZEVEDO; JORGÉ, LECTÍCIA BARBOSA; WU, CRISTIANE; VICENTE, ROGÉRIO NADIN; HOVNANIAN, ANDRÉ LUÍS DRESLER; TAKAGAKI, TERESA YAE; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Mulher, 21 anos, antecedentes de meningiomeloclele, bexiga neurogênica e insuficiência renal por infecções urinárias recorrentes; iniciou tratamento dialítico aos 6 anos; nefrectomia bilateral aos 20. Cinco meses antes da primeira avaliação recebeu rim de cadáver e iniciou tratamento com prednisona, tacrolimus e micofenolato. Evoluiu com fistula arteriovenosa renal após biópsia percutânea, embolizada 2 vezes. Encaminhada à Pneumologia com febre e tosse produtiva. Ao exame: eupnéica e normoxêmica, ausculta pulmonar normal. RX tórax: múltiplos nódulos periféricos. TC tórax: nódulos periféricos difusos até 2cm, alguns em ponta de vaso. TC abdome: nódulo heterogêneo 6cm no rim transplantado e linfadenomegalias. LBA: pesquisas microbiológicas negativas. Ecocardiograma normal. Biópsia percutânea de nódulo pulmonar: necrose fibrinóide sem células neoplásicas ou microrganismos. Devido à recorrência da hematúria e das infecções, optou-se por exérese do rim, cuja biópsia revelou carcinoma urotelial com invasão ângio-linfática. TC tórax mostrou aumento dos nódulos e hiperatenuação após injeção de contraste. Foi submetida, então, a biópsia cirúrgica: metástase de carcinoma urotelial com sinais de rejeição. Discussão: O carcinoma urotelial é um tumor freqüente do trato urinário, particularmente bexiga e que tem como sítios comuns de metástases ossos e pulmões. Em receptores de transplante renal tem prevalência de 1,6% e incidência de 0,07% aa. Ao contrário do observado em imunocompetentes, há um predomínio no sexo feminino (2,3:1) e de tumores ureterais e da pelve renal. Em apenas 1 caso o tumor teve origem no enxerto. Não há relato de metástases pulmonares. Os autores destacam a importância das neoplasias como causa de lesões pulmonares em imunossuprimidos, que podem desenvolver-se mesmo dentro de poucos meses.

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA - CASO CLÍNICO E DISCUSSÃO

Autores: MONTEIRO, MARCELO MOTA; PASCHOAL, ILMA APARECIDA; GONÇALVES, JUNIA REZENDE; COSTA, JUAN FIGOLS Y; PEREIRA, MÔNICA CORSO; URDANETA, JOSE GREGORIO HERRERA; YONEZAWA, GISELE NUNES; SACHETTO, ZORAIDA

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP

Resumo: Apresenta-se a evolução clínica de uma paciente de 31 anos com quadro de Hemorragia Alveolar Difusa sem outro acometimento sistêmico. As crises são caracterizadas por dor torácica, taquicardia, hipoxemia, e, variavelmente, hemoptise e queda do hematócrito, com ausculta pulmonar normal. Os radiogramas de tórax e as tomografias mostram, nas agudizações, opacidades em vidro fosco, normalizando após o tratamento. A biópsia pulmonar mostrou apenas hemorragia alveolar, sem capilarite. P-ANCA e C-ANCA negativos, e FAN positivo em título baixo (1/80 a 1/320, pontilhado). Em um período de 1,5 ano, a paciente foi ventilada mecanicamente por duas vezes, e recebeu pulsoterapia com metilprednisolona repetidas vezes, junto a ciclofosfamida parenteral e oral. A medicação atual consiste de prednisona 80mg/dia + ciclofosfamida 150mg/dia + imunoglobulina 120g/mês. São discutidos os diagnósticos diferenciais, particularmente a Hemossiderose Pulmonar, a Sd. de Goodpasture, o Lupus Eritematoso Sistêmico e as Vasculites Sistêmicas com acometimento pulmonar. Os impasses clínicos, a cooperação com as especialidades da Reumatologia e Infectologia, e o cuidado artesanal no manejo deste tipo de paciente serão enfatizados.

O FANTASMA DO CÂNCER - TUMOR INVOLUTIVO

Autores: APANAVÍCIUS, ANDRÉ; MARINHO, FELIPE COSTA DE ANDRADE; DIAS JÚNIOR, SERVULO AZEVEDO; KATO, LUCIANA TAMIE; ANDRADE, DANYELE MYLENA LOPES; TAKAGAKI, TERESA YAE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: Câncer de pulmão detém o topo da lista de mortalidade por neoplasia e o diagnóstico diferencial com lesões benignas e crônicas é desafiante. Lesões inflamatórias ou infecciosas podem simular neoplasia, radiologicamente. Descrevemos um caso, documentado tomograficamente, de tumor pulmonar fantasma. Relato de caso: homem de 52 anos, tabagista, sem passado patológico prévio que procurou o serviço de pneumologia por tosse. Sem sintomas constitucionais, febre, dispnéia, hemoptise ou perda ponderal. Tomografia computadorizada de tórax confirmou achado radiográfico de nodulação em lobo superior direito, espiculada, contornos irregulares, calcificação excêntrica. Controle tomográfico, após 60 dias revelou aumento da lesão e vidro fosco de permeio. Não havia linfonodomegalias mediastinais. Houve perda de segmento e o paciente retornou após 11 meses da primeira avaliação. Nova tomografia revelou desaparecimento de praticamente toda a lesão, com imagem calcificada residual naquela topografia. Discussão: Tumor fantasma é designação dada à lesão, supostamente tumoral, que envolveu com o acompanhamento radiológico. É, geralmente, lesão benigna de caráter inflamatório, infeccioso e, por vezes, secundário a congestão/derrame pleural. Seu diagnóstico é retrospectivo e traz grande dificuldade no processo de diagnóstico de lesões malignas.

PERFIL DOS CANDIDATOS AO TRANSPLANTE PULMONAR NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL SÃO PAULO

Autores: XAVIER, ALEXANDRE; ROSA, LEANDRO SOUZA; PERFEITO, JOÃO ALÉSSIO JULIANO; VALOIS, FABRICIO MARTINS; LIMA, VANESSA PEREIRA; SARMENTO, PETRÚCIO ABRANTES; FORTE, VICENTE; OTA, JAQUELINA SONOE
Instituição: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM

Resumo: Introdução: O transplante pulmonar tornou-se uma opção terapêutica para pacientes portadores de pneumopatia avançada em centros especializados. Objetivo: Analisar o perfil dos pacientes encaminhados ao ambulatório de transplante pulmonar. Método: Foram analisados os prontuários dos 20 pacientes atendidos no ambulatório de transplante pulmonar, com doença avançada, em 2006. Foi analisada a distribuição dos dados baseados na faixa etária, gênero, doença de base, presença de hipertensão pulmonar, procedência e motivo da exclusão do programa do programa de transplante. Resultados: Dos 20 pacientes discutidos pelo grupo de transplante pulmonar para avaliação quanto a sua inclusão em lista, 11 (55%) foram excluídos. Nove pacientes foram aceitos pelo grupo, porém apenas 7 foram colocados em lista devido a recusa de tratamento por 2 pacientes. Do total de pacientes atendidos, 45% apresentavam idade entre 50 e 60 anos, 65% eram homens, havia presença de hipertensão pulmonar em 60% dos casos; 55% eram da capital e 27% do interior de São Paulo. As principais doenças pulmonares foram fibrose pulmonar (40%), DPOC (15%) e deficiência de alfa 1 anti-tripsina (10%). Dos 11 pacientes excluídos, as causas de recusa foram: hipertensão pulmonar importante (76%), cardiopatia (12%) e sem indicação para transplante (12%). Conclusão: Neste estudo constatou-se que a população mais frequentemente encaminhada para avaliação de transplante pulmonar, são homens acima dos 50 anos, com doença pulmonar fibrosante e hipertensão pulmonar. O maior índice de exclusão dos pacientes foi devido à gravidade da doença.

RELATO DE 3 CASOS DE M. ABCESSUS

Autores: WADA, FRED KENJI; SALES, ROBERTA KARLA BARBOSA; BOMBARDA, SIDNEY; SEISCENTO, MÁRCIA
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: 1) Mulher de 57 anos, natural da Bahia, antecedente de asma, 3 tratamentos prévios de tuberculose pulmonar e bronquiectasias. Há 5 meses com dor torácica, posterior, ventilatório dependente, chiado, dispnéia, febre, sudorese, anorexia, inapetência e emagrecimento de 8kg em 5 meses. Cultura de escarro: 1 amostra com *m. abcessus* e 2 amostras com *m. de crescimento rápido*. CT de tórax com bronquiectasias em LLSS, nódulos em LLSS e LM e cavidade em LID. Em uso de levofloxacino, clatromicina e amicacina. 2) Mulher de 19 anos, natural de São José dos Campos, portadora de discenesia ciliar, bronquiectasias e em programação de transplante pulmonar, O₂ dependente, oligossintomática apenas refere dispnéia aos mínimos esforços. CT de tórax com bronquiectasias difusas. Uma cultura positiva para *m. abcessus*, outra para *m. de crescimento rápido* e outra *m. acromógena*. Em uso de levofloxacino, amicacina e claritromicina. 3) 71 anos, natural de Jaboticabal, há 2 anos com tosse seca, emagrecimento de 15 kg em 1 ano. CT de tórax com infiltrado do tipo vidro fosco em LSE. Um lavado broncoalveolar com *m. de crescimento rápido* e cultura de escarro com *m. abcessus*. Em uso de levofloxacino, amicacina e claritromicina.

PÓLIPO ENDOBRÔNQUICO - UMA RARA CAUSA DE TOSSE

Autores: DIAS JÚNIOR, SÉRVULO AZEVEDO; TAKAGAKI, TERESA YAE; PRADO, GUSTAVO F; MENDES, DAINEL DE MELO; BALDI, BRUNO GUEDES; MARINHO, FELIPE COSTA DE ANDRADE; ANDRADE, DANYELE MYLENA LOPES DE
Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: Apesar de descritos desde 1930, pólipos endobrônquicos são raros na literatura. Pólipos inflamatórios no sistema respiratório são definidos como uma lesão endobrônquica não neoplásica. A etiologia é incerta, mas acredita-se que sejam secundários a processos inflamatórios crônicos. Relato do caso: Homem, 52 anos, que era acompanhado no serviço pneumologia por tosse crônica secundária a refluxo gastroesofágico há 8 meses começou a apresentar aumento da frequência da tosse. Não havia nenhum motivo aparente para a piora, pois o paciente matinha medicações e medidas não-farmacológicas anti-refluxo. Não havia sintomas de vias aéreas superiores, história de broncoespasmo ou de infecção viral recente. Raio-X do tórax e função pulmonar normais e broncoprovocação negativa. TC do tórax mostrou lesão de baixa atenuação na luz do brônquio-fonte esquerdo e áreas de árvore em brotamento no lobo superior esquerdo. Broncoscopia evidenciou uma lesão de superfície lisa, base alargada e obstruindo 80% da luz. Havia ainda grande quantidade de secreção purulenta na árvore brônquica esquerda. Histologicamente a lesão tinha eixo fibroconjuntivo com inflamação moderada recoberta por epitélio respiratório. Discussão: Pólipos inflamatórios são lesões solitárias consistindo de tecido conjuntivo bem formado com ou sem inflamação. São cobertos com epitélio escamoso ou mucosa brônquica normal. Doenças secundárias que se desenvolvem por causa da localização intrabrônquica como bronquite e bronquiectasias podem produzir os sintomas que dão início a investigação. As propostas de tratamento são: observação, quando o paciente é assintomático; tratamento inalatório e/ou sistêmico com corticóides tentando induzir a regressão da lesão; remoção cirúrgica, quando há indicação de lobectomia associada por complicação da obstrução; ou remoção endoscópica da lesão.

RELATO DE CASO: HAMARTOMA ASSOCIADO A CARCIOMA INDIFERENCIADO DE GRANDES CÉLULAS DE PULMÃO

Autores: KURANISHI, LILIAN TIEMI; CUNHA, THULION MARQUEZ; JAMINK, SERGIO; UEHARA, CESAR; SANTORO, ILKA LOPES; LOURENÇO, ELIANA BORGES; SILVA, VILMER VIEIRA DA
Instituição: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM

Resumo: O câncer de pulmão corresponde a umas das principais neoplasias do adulto, cuja prevalência vem crescendo nos últimos anos. A ocorrência de tumores síncronos de pulmão é rara, embora haja relatos na literatura correlacionando hamartoma com outras neoplasias pulmonares. O presente caso se refere a uma paciente com hamartoma e carcinoma indiferenciado de grandes células síncronos em pulmão, cujos relatos na literatura são poucos. MBR, feminino, 51 anos, negra, procurou serviço médico por sintomas gripais e durante a avaliação foi observado alteração em radiograma de tórax. Havia um nódulo em terço inferior de hemitórax direito e aumento do hilo deste lado. A paciente negava sintomas como dor torácica, hemoptise ou perda ponderal. Era hipertensa e ex-tabagista 51 anos/maço. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, sem alterações significativas na ausculta cardiopulmonar. Na investigação, foi realizada tomografia de tórax que mostrou nódulo em lobo inferior direito e lesão vegetante em ramo do brônquio ipsilateral. A broncoscopia evidenciou infiltrado em mucosa de lobo médio e redução do diâmetro do óstio do segmento do lobo superior direito. A biópsia transbrônquica foi inconclusiva. Como conduta, foi optada pela cirurgia, sendo realizado bilobectomia direita (médio e inferior) e esvaziamento ganglionar mediastinal. O estudo anatomopatológico revelou hamartoma no nódulo periférico e carcinoma indiferenciado de grandes células na massa peri-hilar. Como terapia adjuvante foi submetida à quimioterapia com navelbine e carboplastina. Segue em acompanhamento com boa evolução em 5 anos. Assim, ressaltamos a importância de uma completa investigação nos casos de suspeita de neoplasias pulmonares, pois o encontro de tumores síncronos modifica em muito a conduta e a sobrevida dos pacientes.

RELATO DE CASO: LINFOMA MALT DE TRAQUEIA

Autores: MAGLIARI, MARIA ELISA FUFFOLO; AQUINO, RENATA TELLES RUDGE; SALHAB, RENATA MACEU; DENTELLO, AMANDA CENTOFANTI; GONÇALVES, ANNA LUIZA LOBÃO; ANDRADE, BENEDITO JUAREZ DE; BERNARDI, FABIOLA DEL CARLO; MARIONI, FABIO

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: Introdução: as neoplasias de traquéia são extremamente infrequentes, especialmente o linfoma, cuja suspeita clínica é bastante difícil, podendo permanecer o paciente por um longo período em tratamento para asma sem o diagnóstico correto. Objetivo: relatar caso de linfoma MALT de traquéia. Método: G.S.R., 71 anos, feminina, branca, natural e procedente de São Paulo, antecedente de HAS e hipotireoidismo (em uso de anlodipina 5 mg e levotiroxina 75 mcg) com história de tosse seca e dispnéia aos médios esforços há 1 ano, sudorese noturna e perda ponderal de 6 kg em 3 meses. Há 6 meses iniciou quadro de desconforto cervical e sibilância persistente, fazendo uso desde então de formoterol / budesonida 12/ 400 mcg 2x/dia e prednisona 5 mg, com melhora parcial da sintomatologia com essa última. Exame físico sem alterações; Rx tórax com discreto desvio da traquéia para D; espirometria com DVO leve sem resposta a BD; TC de tórax com irregularidade em 1/3 médio de traquéia; broncoscopia com lesão em traquéia vegeto-infiltrativa friável com superfície irregular; pesquisa de BK e fungos no LBA negativa. Foram realizadas 4 broncoscopias, cujas biópsias evidenciavam apenas processo inflamatório crônico inespecífico, sendo o diagnóstico de linfoma MALT de traquéia definido na 5ª tentativa. Resultados: apesar de dificultoso, o diagnóstico é compatível com o quadro clínico da paciente (sintomas constitucionais, desconforto cervical com sibilância e melhora com corticóide). Conclusão: o linfoma MALT de traquéia é um diagnóstico difícil, haja vista a raridade da enfermidade, e considerando seu bom prognóstico, é imprescindível, baseada no quadro clínico, a insistência no diagnóstico definitivo.

SARCOMA SINOVIAL PRIMÁRIO DE PULMÃO EM UMA GESTANTE: RELATO DE CASO

Autores: RAMOS, ROBERTA PULCHERI; FERREIRA, RIMARCS GOMES; DRACOUKAKIS, SAMIR DA SILVA; CHALOUHI, VANESSA KHOURI; JÚNIOR, NATHANAEL DE FREITAS PINHEIRO; SANTORO, ILKA LOPES

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM

Resumo: O sarcoma sinovial primário de pulmão é raro e sua ocorrência durante a gestação é, pela primeira vez, relatada. Os autores discutem aspectos diagnósticos e terapêuticos, além do dilema ético envolvido em tais situações. Paciente do sexo feminino de 38 anos procurou nosso serviço com história de 5 meses de dor em hemitórax direito, de leve intensidade, associada a dispnéia progressiva até médios esforços. Não apresentou febre, perda ponderal ou sudorese noturna. Estava gestante de 20 semanas. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, com frêmito toraco-vocal diminuído em terço inferior e médio de hemitórax direito com maciez à percussão e murmúrio vesicular abolido nesta região. Seu abdome apresentava útero palpável com batimentos cardio-fetais presentes. Paciente havia iniciado tratamento para tuberculose com esquema I na Bahia e, como não houve melhora, procurou o Hospital São Paulo onde foi realizada radiografia de tórax que evidenciou derrame pleural em terço inferior e médio de hemitórax direito cuja punção e análise do líquido pleural revelou padrão exsudativo com ADA de 10. Paciente retornou com piora do padrão radiológico e aparente aumento do derrame pleural. Realizou-se ultrassonografia que mostrou massa heterogênea em ápice e terço médio e inferior de pulmão direito, sendo realizada biópsia dessa lesão. O estudo anatomopatológico e imunohistoquímico sugeriu diagnóstico de sarcoma sinovial, cuja confirmação foi feita através de análise genética do material enviado para a Mayo Clinic. Paciente foi submetida a ressonância nuclear magnética de corpo inteiro que não demonstrou outro sítio primário, confirmando origem primária de pulmão. Após consentimento da paciente e da família, optou-se por manter a gestação e realizar quimioterapia. Paciente realizou o primeiro ciclo de ifosfamida e doxorubicina, porém evoluiu com piora clínica e óbito.

RESULTADO DE 4 ANOS DE EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE TRANSPLANTE PULMONAR DO INCOR - HC / FMUSP

Autores: AFONSO JÚNIOR, JOSÉ EDUARDO; CARAMORI, MARLOVA; TEIXEIRA, RICARDO H O B; SAMANO, MARCOS; CARRARO, RAFAEL; CAMPOS, SILVIA VIDAL; WEREBE, EDUARDO; PÊGO-FERNANDES, PAULO; JATENE, FABIO BISCEGLI

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: INTRODUÇÃO: Transplante Pulmonar é uma opção para tratamento de pneumopatias avançadas. Apesar da tradição em outros tipos de transplante, poucos centros no Brasil realizam este procedimento. OBJETIVO: Analisar a experiência do Grupo de Transplante Pulmonar do InCor/HC da Faculdade de Medicina da USP de agosto de 2003 a agosto de 2007. MÉTODOS: Foram analisados todos os transplantes pulmonares realizados neste intervalo. RESULTADOS: Neste período, foram realizados 54 transplantes pulmonares, sendo 23 unilaterais (14 esquerdos e 9 direitos) e 31 bilaterais. A média de idade dos pacientes foi de 46 anos (6 – 67), sendo 32 do sexo masculino. As indicações foram: Enfisema (15), Fibrose Pulmonar (15), Bronquiectasias (12), Fibrose Cística (7), Linfangioleiomiomatose (3), Hipertensão Pulmonar Idiopática (1) e Histiocitose X (1). O tempo de espera em lista foi em média de 8,6 meses (1 – 30m). A sobrevida geral perioperatória foi de 78%, sendo que para bilaterais foi de 89,3% e unilaterais 63,6%. O tempo médio de ventilação mecânica geral foi de 27,1 horas, sendo 31,4 horas para bilaterais e 20,4 horas para unilaterais. Tempo médio de UTI foi de 15,2 dias e tempo médio de internação hospitalar de 39,3 dias, sendo 43,2 dias para os unilaterais e 33,8 dias para os bilaterais. CONCLUSÕES: Transplante pulmonar é uma realidade em nossa instituição, alcançando índices de sobrevida comparáveis aos centros internacionais. Em nossa casuística, os transplantes bilaterais atingiram índices de sobrevida maiores que os transplantes unilaterais. Observamos também que não houve diferença estatisticamente significativa entre o tempo de ventilação mecânica e o tempo de permanência em UTI, e o tempo médio de internação foi maior no grupo de transplante bilateral.

SEQUESTRO PULMONAR

Autores: FARAGE, MIGUEL ÂNGELO; RUSSO, RODRIGO; BRANDÃO, VANESSA; MEDEIROS, MARCELO; LACERDA, ÁQUILA

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Resumo: Introdução Seqüestro pulmonar é uma malformação congênita caracterizada por uma massa de tecido pulmonar não funcionante separada da árvore traqueobrônquica normal e vascularizada por uma artéria sistêmica anômala, comumente derivada da aorta torácica, do tronco celíaco ou das artérias intercostais. Dois tipos de seqüestro pulmonar são descritos, dependendo da presença ou não de envoltório próprio: o extralobar ou intralobar. Relato do caso Trata-se de paciente de 59 anos, melanoderma, que iniciou em Outubro de 2006 quadro de tosse produtiva e expectoração amarela, associado a febre vespertina. Sem antecedentes mórbidos. Exame físico: afebril, hidratada, acianótica, ausência de baqueamento digital, sem linfonodos palpáveis. ACV: RR2T, sopro sistólico +/6+ em foco aórtico acessório, PA: 130x 90 mmHg e FC: 80 bpm; AR: Murmúrio vesicular fisiológico e crepitações em base direita, eupneica. RX de tórax mostrou lesão ovóide em região retrocardíaca. Raio-X de tórax em perfil mostrou outra lesão nodular em terço inferior de hemitórax direito. A Tomografia de tórax demonstrou opacidade nodular com densidades de partes moles sem calcificações em seu interior, de aproximadamente 32x31 mm, em região basal posterior do lóbulo inferior direito, havendo imagem adjacente com mesma densidade porem com trajeto alongado e sem captação evidente de contraste. Iniciado Clavulim, sem melhora terapêutica. Devido à persistência da expectoração purulenta foi iniciado Levofloxacin, sem melhora significativa. Realizado ressecção do tecido envolvido com lobectomia levando ao diagnóstico de seqüestro pulmonar intralobar, com remissão dos sintomas e melhora clínica significativa.

SÍNDROME DE MOURNIER-KUHN OU TRAQUEOBRONCO-MEGALIA

Autores: SALIBE FILHO, WILLIAM; FISS, ELIE; WADA, FRED; SAYAMA, SANDRA

Instituição: Faculdade de Medicina do ABC

Resumo: Homem de 42 anos, casado, natural do Ceára, residente em São Bernardo do Campo há dois anos. Representante de vendas. Apresentava tosse produtiva, em alguns momentos com secreção amarelada, dispnéia aos médios esforços e crises de broncoespasmo há quinze anos. Referia melhora dos sintomas enquanto em uso de antibióticos. Antecedente de cinco internações nos últimos dois anos por pneumonia e DPOC. Ex-tabagista de 25 anos. maço, cessou há oito anos. Ao exame estava em bom estado geral, acianótico, eupnéico. Ausculta pulmonar com estertores difusos. A radiografia de tórax tinha evidências de aumento do diâmetro latero-lateral da traquéia. TC de Tórax com traquéia de aproximadamente 4,2 cm de diâmetro, associada a septações de permeio, brônquios principais de calibres aumentados, com paredes irregulares e aspecto pseudodiverticular. Broncoscopia com alterações da morfologia da traquéia e brônquios com pseudo divertículos, caracterizando diagnóstico de Traqueobroncomegalia ou Síndrome de Mournier Kuhn. O paciente está em seguimento ambulatorial, realizando seções de fisioterapia e em uso da associação de corticóide e broncodilatador inalatórios.

SÍNDROME DE MOURNIER-KÜHN - RELATO DE CASO

Autores: ALBUQUERQUE, PAULO ROBERTO; REBOUÇAS, BARTIRA MIRIDIAN X.C; MIRANDA, ROBERTA LACERDA; ARAÚJO, MARIA DE LOURDES M.F.N

Instituição: Hospital Universitário Onofre Lopes - UFRN

Resumo: Introdução: A Traqueobroncomegalia ou Síndrome de Mournier-Kuhn, é uma entidade rara, caracterizada pela dilatação de brônquios e traquéia de etiologia incerta, que se manifesta clinicamente como infecções respiratórias de repetição e pneumonias de difícil tratamento. Relato de caso: Homem de 56 anos com história de tosse com secreção purulenta, febre e dispnéia há 15 dias. Relata uso recente de ciprofloxacino sem melhora. Passado de outras Pneumonias e freqüentes internações desde a infância, quando foi identificado como asmático. Nega tuberculose e diabetes. Ao Exame físico: EGR, dispnéico, baqueteamento digital, cianótico; vigil e consciente. AP: estertores bolhosos difusos, roncos e sibilos bilaterais. PA: 130/80 mm Hg. P = 104 bpm Exames complementares: leucocitose e hipoxemia arterial; TC de tórax revelou consolidações em bases, além de aumento importantes dos diâmetros da traquéia e brônquios. Foi medicado com Cefepime, metilprednisolona, broncodilatador inalatório e oxigenioterapia sob máscara de venturi com boa evolução clínica. Discussão: A Síndrome de Mournier-Kühn, representa um anomalia anatômica congênita, na qual se observa escassez de músculos liso e tecido conjuntivo cartilaginoso da traquéia e brônquios, resultando em traqueobroncomegalia e conseqüentes infecções respiratórias recorrentes. Na Síndrome de Mournier-Kühn a dilatação brônquica é uniforme, invertendo o padrão de afunilamento dos brônquios. O exame padrão ouro para o diagnóstico é a TC de tórax. Quanto ao tratamento, visa combater e prevenir infecções broncopulmonares de repetição, que perpetuariam as lesões.

SITUS INVERSUS TOTALIS E ADENOCARCINOMA BRONCOGÊNICO: RELATO DE CASO

Autores: OLIVEIRA, JULIANA DOS SANTOS DE; DIAS, ANA CAROLINA YONAMINE RODRIGUES; DUAILIBE, LIANA PÉRES; DONADON, FABIANA CRISTINA; MURANO, THIAGO GOUVEA PINHEIRO

Instituição: Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

Resumo: INTRODUÇÃO: situs inversus é uma anomalia congênita caracterizada pelo posicionamento das estruturas internas do organismo como imagem em espelho do normal. O câncer de pulmão apresenta uma forte associação com o tabagismo; o adenocarcinoma broncoagênico manifesta-se geralmente como lesões periféricas e é o segundo subtipo histológico mais comum na prática clínica, sendo o mais comum em não tabagistas. RELATO DO CASO: paciente de 26 anos, sexo feminino, não tabagista, admitida com diagnóstico de adenocarcinoma brônquico de localização central e situs inversus totalis. A paciente procurou assistência médica por dispnéia progressiva aos esforços associada a dor torácica posterior esquerda ventilatório dependente. Negava tosse, febre e perda de peso, assim como tabagismo, etilismo e antecedentes patológicos pessoais ou familiares prévios. Ao exame físico constatou-se taquidispnéia, disфонia, ausência de murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo, maciez a percussão e frêmito toracovocal abolido; ictus cordis à direita e maciez em hipocôndrio esquerdo. Exames laboratoriais normais. Radiografia de tórax com velamento do hemitórax esquerdo e dextrocardia. Realizada toracocentese com saída de exsudato sero-hemorrágico com desidrogenase láctica 1709mg/dl sem outras alterações bioquímicas ou celularidade; culturas e citologia oncológica negativas. Tomografia computadorizada de tórax e abdome confirmou situs inversus totalis e volumoso derrame pleural à esquerda. A broncoscopia revelou tumoração sangrante com obstrução de 90% do brônquio fonte esquerdo, infiltrando a traquéia acima da carina, além de obstrução de 50% da luz do brônquio fonte direito. Análise anatomopatológica da lesão identificou adenocarcinoma broncoagênico moderadamente diferenciado. Foi iniciada terapêutica quimioterápica paliativa, evoluindo para insuficiência respiratória e óbito após três meses de internação.

TOMOGRAFIA MULTISLICE DE TÓRAX: ACHADOS NAS ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO PULMONAR

Autores: FIGUEIREDO, CLAUDIA; MACIEL, ROSÂNGELA; MEIRELLES, GUSTAVO; SZARF, GILBERTO; MACEDO NETO, AUGUSTO CÉSAR DE; CHI, CHANG KAI; JASINOWODOLINSKI, DANY

Instituição: FLEURY MEDICINA E SAÚDE

Resumo: Introdução: Anomalias do desenvolvimento pulmonar são habitualmente descobertas no período neonatal ou na infância precoce. Entretanto, algumas vezes, só são evidenciadas mais tarde, inclusive na vida adulta. O conhecimento de seus aspectos, notadamente na tomografia multislice ajuda a diferenciá-las de outros processos patológicos adquiridos, inflamatórios ou tumorais. Objetivo: Descrever os achados das principais anomalias do desenvolvimento pulmonar na tomografia computadorizada. Método: foram revisadas as tomografias de tórax multislice realizadas no Fleury Medicina e Saúde no período de 14/11/2002 a 26/06/2007, em pacientes portadores de anomalias do desenvolvimento pulmonar. Resultados: As anomalias do desenvolvimento pulmonar encontradas puderam ser divididas em-Broncopulmonares (agenesia; atresia brônquica congênita; enfisema lobar congênito; malformação adenomatóide cística congênita; cisto broncoagênico; brônquio traqueal e brônquio cardíaco).-Vasculares (interrupção ou ausência de uma artéria pulmonar principal; origem anômala da artéria pulmonar esquerda na artéria pulmonar direita; drenagem venosa pulmonar anômala completa ou incompleta e malformação arteriovenosa pulmonar).- Combinação de anomalia broncopulmonar com anomalia vascular (síndrome do pulmão hipogenético ou síndrome da cimitarra e seqüestro pulmonar intra e extralobar). Conclusão: Os aspectos destacados nos casos apresentados ajudam no diagnóstico diferencial entre as anomalias de desenvolvimento pulmonar e outras patologias adquiridas, de natureza inflamatória ou tumoral.

TOMOGRAFIA MULTISLICE DE TORAX - ACHADOS FREQUENTE E COM POUCO OU NENHUM SIGNIFICADO PATOLÓGICO

Autores: FIGUEIREDO, CLAUDIA MARIA DE; MACIEL, ROSANGELA; MEIRELLES, GUSTAVO; SZARF, GILBERTO; CHI, CHANG KAI; MACEDO NETO, AUGUSTO CESAR; JASINOWODOLINSKI, DANY

Instituição: FLEURY MEDICINA E SAÚDE

Resumo: Introdução: A tomografia de múltiplos detectores ("multislice") mudou a maneira como se faz tomografia. Através deste método, são realizados cortes muito mais finos em menor tempo, gerando um número expressivo de imagens, que só poderão ser integralmente analisadas através de estações de trabalho ("workstations"). Com a realização de cortes mais finos, houve um aumento na detecção de pequenos achados com pouco ou nenhum significado patológico. Objetivo: Descrever os achados de pouco significado patológico mais frequentemente observados na tomografia multislice de tórax. Método: Foram revisadas as tomografias de tórax multislice realizadas no Fleury Medicina e Saúde no período de 01/01/2006 a 01/01/2007, em pacientes referidos como assintomáticos, tabagistas e não-tabagistas, para a realização de check-up. Resultados: Os achados de pouco significado patológico mais frequentemente observados foram: diminutos nódulos pulmonares incharacterísticos, opacidades gravidade-dependentes, espessamento focal das fissuras, ilhotas ósseas, hemangiomas vertebrais, elastofibromas, recessos pericárdicos proeminentes, e pequenos cistos aéreos paratraqueais. São incluídas também, com posterior discussão, as alterações compatíveis com bronquiólite respiratória relacionada ao tabagismo. Conclusão: Com o advento da tomografia de múltiplos detectores ("multislice") e a realização de cortes finos e contíguos por todo o tórax, passou-se a observar com frequência um grande número de pequenas alterações no arcabouço torácico, parênquima e mediastino, muitas delas sem significado patológico.

TUMOR DE PANCOAST POR CARCINOMA PEQUENAS CÉLULAS

Autores: PEREIRA, JOSE RODRIGUES; NUGUE, PEDRO BES; ROMALDINI, JOSE GUSTAVO BARIAN; GOMES, MAURO; STIRBULOV, ROBERTO

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: Introdução: O carcinoma de pequenas células corresponde a aproximadamente 20% do total de casos de neoplasia primária de pulmão. Tem a característica de ser mais agressivo, predisposição a metástases à distância precoces e maior resposta ao tratamento quimioterápico e radioterápico em comparação ao carcinoma não pequenas células. Apresentando – se como Tumor de Pancoast é extremamente raro. Caso clínico: RC, masculino, 53 anos, natural de Marília/ SP e procedente de São Paulo/SP, comerciante, tabagista (40 anos/maço). Admitido no serviço de oncopneumologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com história de perda ponderal de 8 kg em 5 meses associada a dor em MSE e disfonía. RX de tórax evidenciou opacidade em ápice de lobo superior esquerdo com corrosão de primeiro arco costal, confirmado pela tomografia computadorizada de tórax, além de invasão de corpo vertebral. Ao exame físico apresentava miose, ptose e enoftalmia esquerda, caracterizando síndrome de Claude-Bernard-Horner, atrofia de MSE e paralisia do nervo ulnar. Foi submetido a broncoscopia, que se mostrou normal. A seguir, foi realizada biópsia transparietal esquerda com resultado anatomopatológico de tumor de pequenas células, confirmado posteriormente pela imuno-histoquímica. Recebeu quimioterapia com Carboplatina e Etoposide associado a radioterapia, sendo que já no primeiro ciclo apresentava melhora radiológica importante Conclusão: O Tumor de Pancoast corresponde a menos de 5% de todas as neoplasias primárias de pulmão e é caracterizado por massa no sulco superior do pulmão associado a dor no ombro, membro superior ipsilateral e atrofia do mesmo, caracterizando a Síndrome de Pancoast. Não há relatos suficientes na literatura para se estimar a incidência deste tipo de tumor por carcinoma de pequenas células do pulmão.

TÓRAX INSTÁVEL SECUNDÁRIO A CARCINOMA METASTÁTICO

Autores: LOPES, EDUARDO MENEZES; WINTER, DANIEL HUGO; BARBOZA, CARLOS EDUARDO GALVÃO; VICENTE, ROGÉRIO NADIN; HOVNANIAN, ANDRE; COSTA, EDUARDO LEITE VIEIRA; CARUSO, PEDRO; TAKAGAKI, TERESA YA; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: O tórax instável é condição rara na ausência de trauma torácico. Entretanto, algumas condições clínicas podem resultar em fraturas de arcos costais e instabilidade da caixa torácica. Relato de Caso: Mulher, 47 anos, com quadro de dor generalizada há 3 meses. Há 1 mês febre diária, emagrecimento e dispnéia aos mínimos esforços. Ao exame, estertores crepitantes na base direita e diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. Investigação complementar demonstrou hipercalemia e disfunção renal acentuadas. Exames radiológicos evidenciaram inúmeras lesões ósseas líticas, principalmente em crânio, arcos costais e bacia, sugestivas de mieloma múltiplo. Todavia, eletroforese de proteínas e mielograma não corroboraram o diagnóstico. Paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda hipoxêmica. Admitida na UTI, necessitou de intubação e ventilação mecânica (VM). Realizada então biópsia de arcos costais sendo evidenciadas lesões compatíveis com carcinoma metastático. Biópsia pulmonar sugestiva de lesão pulmonar aguda, associada à carcinomatose pleural. Após melhora clínica e tentativa de desmame da VM com tubo T, foi constatado movimento respiratório paradoxal em face anterior de hemitórax esquerdo (HTE) associado a desconforto respiratório. Tomografia de impedância elétrica (TIE) revelou ventilação assíncrona entre a porção anterior e posterior de HTE. Óbito 20 dias após admissão por disfunção múltipla de órgãos. Necropsia evidenciou neoplasia primária de colo uterino. Discussão: Metástases ósseas de carcinomas são comumente vistas na prática médica. Apesar da possibilidade de acometimento dos arcos costais, o desenvolvimento de tórax instável devido a múltiplas fraturas ósseas é extremamente raro. Existem relatos de tórax instável complicando mieloma múltiplo, nenhum em carcinomas metastáticos. A TIE contribuiu na análise da falência ventilatória.

BIÓPSIA PULMONAR A CÉU ABERTO (BPCA) EM CRIANÇAS COM AIDS

Autores: BAMMANN, RICARDO HELBERT; VÁZQUEZ, CARLA MP; CAMPEAS, ALEXANDRE E; DELLA NEGRA, MARINELLA; MARQUES, SILVIA R; FERRÃO, MARIA DO SOCORRO C; SOKOLOWSKY, WANDERLEY; NEVES, CIDNEY K.

Instituição: Instituto de Infectologia Emílio Ribas

Resumo: Objetivos: crianças imunodeprimidas são frequentemente tratadas empiricamente, sem a identificação de qualquer agente específico ou comprovação etiológica. Material e Métodos: BPCA foi indicada em 38 crianças infectadas pelo HIV (transmissão vertical) apresentando manifestações clínicas e/ou radiológicas de complicações pulmonares de etiologia desconhecida, investigadas com sucesso por técnicas menos invasivas e sem resposta a tratamentos empíricos prévios. A idade dos pacientes variou de três meses a 12 anos. A contagem mediana de CD4 foi 287. Trinta e duas crianças (89,5%) faziam uso de drogas antirretrovirais. As manifestações clínicas mais comuns foram dispnéia, febre e tosse. O achado radiológico mais frequente foi o infiltrado intersticial (44,7%). Nove pacientes apresentavam insuficiência respiratória aguda, cinco já se encontravam sob ventilação mecânica. A operação foi sempre realizada sob anestesia geral, através de uma pequena incisão torácica (2 a 4 cm). Na maioria dos casos (68,4%) não foi necessário deixar dreno pleural pós-operatório. Resultados: os principais diagnósticos estabelecidos pela BPCA foram: pneumonite inespecífica em oito pacientes (21,0%), pneumonia linfocítica em sete (18,4%), tuberculose em seis (15,8%), pneumocistose, citomegalovirose e pneumonia bacteriana em três casos cada (3 x 7,9%). Estes resultados implicaram mudanças na conduta terapêutica em 26 (68,4%) pacientes. Houve três episódios de pneumotórax assintomático e um caso de infecção incisional. Oito pacientes (21,0%) faleceram durante a mesma internação em virtude de piora clínica e sepsis. Conclusões: o alto percentual de mudança de conduta aliado à baixa morbidade do procedimento sugerem que a indicação da BPCA em crianças com AIDS pode ser mais abrangente e precoce.



SPIRIVA® proporciona ao paciente:

- **52%** de redução no número de exacerbações^{1...}
- **47%** de redução no número de internações relacionadas às exacerbações^{2..}
- **34%** de redução no uso de antibióticos e **24%** de redução no uso de corticóide oral^{3..}
- Redução significativa da dispnéia durante o exercício^{4..}

Quando comparado ao tratamento usual da DPOC.^{1,2,3,4}

A DPOC tem um curso progressivo que leva à incapacidade...

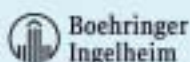


SPIRIVA® interfere no curso clínico da DPOC, ajudando a mudar a maneira com que seus pacientes convivem com essa doença.^{4,5}



Vida. Será melhor...

SPIRIVA®
brometo de tiotrópio



ESTUDO CONTROLADO DE FATORES DE RISCO PARA SIBILÂNCIA

Autores: PAOLI, RENATA DELLI; CRISTÓVÃO, HELENA LANDIM GONÇALVES; GUZMAN, EVELYNARRAIS; AMIGO, MARIA HELENA LOPES; TAKAYAMA, DEISE LUCIANE YOKO; FONSECA, SILVIA SANTA MARIA CORRÊA DA; SANTOS, LEOPOLDO DUALIBE NOGUEIRA; MENEZES, JOAQUIM JOÃO CAETANO DE; FIGUEIREDO, SILVANA DELLI PAOLIDE

Instituição: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Resumo: Há relatos de alguns fatores de risco para sibilância recorrente, sendo alguns ainda controversos, bem como alguns agravos que podem coexistir, como doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e pneumonia. Objetivamos neste trabalho estudar os fatores de risco para sibilância na infância e correlacionar a sibilância com DRGE e pneumonia. Foi realizado um estudo de corte transversal controlado com pacientes atendidos nos Ambulatórios de Pediatria, Pneumologia e Imunologia Pediátrica da Universidade de Santo Amaro. A amostra foi constituída de 100 crianças sibilantes e 100 não sibilantes na faixa etária de 1 mês a 12 anos. Foram estudadas as seguintes variáveis: idade, sexo, presença de rinite, urticária e dermatite atópica na criança, presença de asma e rinite nos pais e irmãos, animal, mofo na casa, tabagismo materno, aleitamento materno não exclusivo até os quatro meses de idade, DRGE e história de pneumonia. Para cálculo estatístico, foi utilizado o teste do qui-quadrado considerando-se como significante $p < 0,05$. Nos pacientes sibilantes 42% eram lactentes, 17% pré-escolares e 41% escolares, sendo 60% do sexo masculino. A porcentagem de sibilância em crianças com rinite foi de 70% ($p < 0,001$) e de urticária, 65% ($p < 0,05$). Quanto à presença de asma em familiares observou-se: 69% de sibilância em crianças com mães asmáticas ($p < 0,02$), 80% com pais asmáticos ($p < 0,01$) e 73% com irmãos asmáticos ($p < 0,001$). A porcentagem de sibilância em crianças cujas residências apresentavam mofo foi de 62% ($p < 0,01$). Houve predomínio de sibilância em crianças com mães tabagistas (67%), embora o resultado não seja estatisticamente significativo. Quanto às crianças com DRGE, 73% eram sibilantes ($p < 0,01$) e com história de pneumonia, 58% ($p < 0,05$). As demais variáveis não foram estatisticamente significativas. É importante o conhecimento e a intervenção destes fatores de risco para prevenção de sibilância nestes pacientes.

PNEUMONIA LIPOÍDICA POR INALAÇÃO DE ÓLEO DIESEL

Autores: AMIGO, MARIA HELENA LOPES; FIGUEIREDO, SILVANA DELLI PAOLI DE; POULSEN, CARLA FERNANDA MARDONES; ZIRN, FATIMA APARECIDA NETO; TAKAYAMA, DEISE LUCIANE YOKO; GUZMAN, EVELYNARRAIS; PAOLI, RENATA DELLI; GOUVEA, LELIA CARDAMONE; CRISTÓVÃO, HELENA LANDIM GONÇALVES

Instituição: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Resumo: Introdução: A Pneumonia Lipóidica é rara em pacientes sem fatores predisponentes, sendo mais comum em idosos, lactentes e pacientes com alterações neuromusculares e gastrointestinais com disfunção da deglutição. Ocorre devido à aspiração aguda ou crônica de partículas oleosas por meio de ingestão ou inalação dessas substâncias. Objetivo: Relatar um caso de Pneumonia Lipóidica em lactente, desencadeada por ingestão aguda de óleo diesel, e sua abordagem terapêutica. Relato de caso: Lactente, 1 ano e 5 meses, masculino, deu entrada no Hospital Estadual do Grajaú dia 31/10/06 após ingestão de óleo diesel. Apresentou-se taquidispnéico, ausculta pulmonar com MV reduzido em base direita com sibilos difusos bilateralmente. O RX de tórax mostrou um infiltrado heterogêneo difuso bilateralmente predominando em hemitórax direito. Recebeu corticóide sistêmico e antibioticoterapia. Após dias dois evoluiu com insuficiência Respiratória Aguda e cianose labial. Foi transferido para UTI pediátrica onde permaneceu durante 4 dias, apresentando boa evolução e em seguida transferido para a enfermaria pediátrica. Após 13 dias recebeu alta e foi encaminhado da enfermaria ao ambulatório de pneumopediatria da Universidade de Santo Amaro apresentando um quadro de sibilância. Em seguida foi prescrito a esse paciente inalação com budesonida na dose de 0.25mg de 12/12 hs por 5 meses. O paciente apresentou recuperação clínica e normalização radiológica. Conclusão: Embora haja controvérsias sobre a eficácia do uso de corticóide em pneumonia aspirativa, foi demonstrado que neste caso apesar da extensão e gravidade da pneumonia o uso de corticóide foi substancial, resultando em bom prognóstico, com melhora clínica e normalização radiológica.

OBESIDADE MÓRDIDA E SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO - UM PROBLEMA EM ASCENÇÃO

Autores: MARINHO, FELIPE COSTA DE ANDRADE; DIAS JÚNIOR, SÉRVULO AZEVEDO; MENDES, DANIEL MELO; TAKAGAKI, TERESA YAE; KATO, LUCIANA TAMIE; GENTA, PEDRO R

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Introdução: Síndrome da Hipoventilação do Obeso é definida pela associação de extrema obesidade com hipoventilação alveolar em indivíduos acordados. Em sua forma clássica, caracteriza-se pelos seguintes achados: hipersonolência, dispnéia, hipoxemia, hipercapnia e hipertensão pulmonar. A incidência tem aumentado graças ao aumento da quantidade de obesos em nosso país. Relato do caso: Homem, 49 anos, motorista, com história de déficit de atenção progressivo iniciado há 3 meses associado a intensa sonolência diurna, sem qualquer outro sintoma associado. Familiares relatavam que por algumas vezes o paciente chegou a dormir mesmo quando estava realizando alguma atividade que exigia atenção, sendo o fato mais grave ocorrido enquanto estava dirigindo. O quadro evoluiu até que o paciente começou a dormir mais de 16 horas por dia. Ao exame notava-se intensa sonolência, obesidade importante e saturação de 81%. O paciente pesava 143Kg e o IMC era de 49Kg/m². A primeira gasometria tinha pO₂=49,1 e pCO₂=78,1mmHg. A polissonografia confirmou apnéia obstrutiva do sono. Foi iniciado oxigenioterapia, ventilação não-invasiva com CPAP e dieta hipocalórica. Após 22 dias de tratamento, recebeu alta com 12Kg a menos, alerta, com pO₂=74,0 e pCO₂=34,6mmHg em ar ambiente. Discussão: A hipoventilação alveolar resulta do aumento do trabalho necessário para manter a respiração até níveis inconsistentes com a manutenção da ventilação alveolar. Torna-se mais eficiente para o paciente hipoventilar e tolerar níveis aumentados de pCO₂. Como consequência, quimiorreceptores do sistema nervoso central se adaptam a níveis elevados de pCO₂, deprimindo o centro respiratório. Apnéia do sono e obesidade são os fatores de risco mais comuns. O uso de ventilação não-invasiva com pressão positiva reduz a pCO₂, principalmente durante o sono, reajustando os quimiorreceptores centrais.

AVALIAÇÃO DO PERFIL TABÁGICO EM UMA UNIDADE DE PSF

Autores: SILVA, MARIA HELENA CASTRO; MARCACINE, CRISTIANE LELIS; GONÇALVES, NATÁLIA CAMPOS; SANTANA, JOSÉ H; RODRIGUES, JANAEL

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Resumo: Introdução: O tabagismo foi associado durante muitos anos a um estilo de vida saudável e atrativo. Atualmente, é considerada uma doença que causa a morte de cinco milhões de pessoas a cada ano, por patologias relacionadas ao seu consumo. Objetivos: Avaliar as características do tabagismo entre os habitantes do município de Água Comprida-MG abrangidos por uma unidade do Programa de Saúde da Família e, desse modo, verificar o perfil epidemiológico do tabagismo nesse município. Métodos: É um estudo transversal, analítico, do tipo inquérito realizado nos meses de fevereiro, março e abril de 2007 com os habitantes do município de Água Comprida - MG. Foi utilizado um questionário com base no Consenso de 2001 do INCA: Abordagem e Tratamento do Fumante. Resultados: A pesquisa contou com 101 pessoas entrevistadas sendo 71 mulheres e 30 homens. A média de idade foi de 40,68 anos. Dos entrevistados, 47 (46,53%) são ou já foram fumantes. A população masculina tabagista fuma ou fumou em média 30,13 cigarros ao dia, com média de 22,96 anos/maço, enquanto a população feminina 18,93 cigarros ao dia, com média de 17,78 anos/maço. Das pessoas que fumam ou já fumaram 5 (10,64%) apresentam depressão. As pessoas que fazem uso de bebidas alcoólicas são em número de 52 (51,49%) sendo que dessas 32 (61,54%) já fumaram ou fumam. Das pessoas que tem sono reparador (64), 47 nunca fumaram. daquelas com sono não reparador (10), 6 nunca foram tabagistas. Conclusão: Através desse estudo observaram-se associações como álcool e cigarro, maior número de pessoas com sono bom entre aquelas que nunca fumaram. Também se notou maior vício na população masculina que a feminina em estudo. Isso denota como em vários estudos já realizados que o tabagismo é um hábito social muito forte, mesmo com as campanhas de combate ao tabagismo, e que o fumo está associado a uma menor qualidade de vida de uma forma geral.

CORRELAÇÃO ENTRE COMORBIDADES E CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Autores: OLIVEIRA, TATIANA; OLIVEIRA, MARIA VERA; PEREIRA, CARLOS ALBERTO; BONFIM, ALEXANDRE

Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Resumo: Introdução: Metade dos fumantes morre por doenças relacionadas ao tabaco. Não se sabe se pacientes com doenças tabaco relacionadas têm mais sucesso na cessação do tabagismo. Objetivos: Avaliar se a presença de comorbidades é um estímulo para a cessação do tabagismo. Métodos: Foram selecionados pacientes que passaram por consulta no ambulatório de tabagismo do HSPE-SP no período de novembro de 2004 a março de 2006. Os critérios de exclusão foram: presença de doenças psiquiátricas já diagnosticadas e uso de drogas sedativas do SNC na primeira consulta. Considerou-se interrupção do tabagismo abstinência de cigarro por 1 ano. Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes e por via telefônica quando estes não passavam por consulta há mais de 3 meses. As patologias selecionadas foram: respiratórias, oncológicas relacionadas ao tabaco e cardiovasculares. Resultados: Foram selecionados 173 pacientes, dos quais 109 (63%) eram mulheres. A idade variou dos 22 aos 79 anos (média de 54). O início do tabagismo se deu na maioria dos casos dos 13 aos 20 anos (50%), 75 pacientes (57,2%) possuíam comorbidades: HAS (48%); Insuficiência coronariana (14%); DPOC (10,5%); Dislipidemia e Neoplasias (9,3%); Asma (4,7%) e Insuficiência arterial periférica (2,3%). A interrupção do tabagismo na amostra total foi de 31,2%. Dos pacientes com comorbidades, 24 (24,2%) interromperam o tabagismo e dos sem comorbidades, 30 (40%) pararam de fumar ($p=0,51$). O escore de Fagerström teve média de 7. O Fagerström dos pacientes que não interromperam o tabagismo foi significativamente maior que nos que interromperam ($6,5 \pm 1,7$ vs. $5,8 \pm 1,9$, $p=0,024$). Houve correlação entre Fagerström e o tempo de tabagismo ($r = 0,477$; $p = 0,001$). Conclusão: A presença de comorbidades não psiquiátricas não aumentou a taxa de cessação do tabagismo.

DEPENDÊNCIA A TABACO NÃO FUMADO – ABORDAGEM EM PACIENTE USUÁRIO DE RAPÉ

Autores: WU, CRISTIANE; BARBOZA, CARLOS EDUARDO GALVÃO; KAWASSAKI, ALEXANDRE DE MELO; PRADO, GUSTAVO FAIBISCHEW; SANTOS, UBIRATAN DE PAULA

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Relato: Homem negro de 76 anos, asmático, hipertenso controlado, usuário de rapé há cerca de 50 anos. Usa cerca de 2 latas por semana de rapé misturado à cânfora. Tentativas prévias de se abster sem sucesso por apresentar sintomas de abstinência. Asma parcialmente controlada e queixas de obstrução nasal. Em uso de formoterol + budesonida, captopril e hidroclorotiazida. Em fase contemplativa de cessação. Ao exame físico, sibilos difusos. Iniciado tratamento com nicotina transdérmica e orientação para cessar o uso da droga. Discussão: O rapé é um pó fino de tabaco inalável. Faz parte da forma de consumo denominada tabaco não fumado (smokeless tobacco) e também causa adição e morbimortalidade. Era a forma mais popular de tabaco no século XVIII; sendo substituído principalmente pelo cigarro no final do século XIX. Tem se observado o crescimento do uso de tabaco não fumado desde 1970 nos EUA, Suécia e Canadá. Entre os usuários, sintomas de irritação nasal são freqüentes, com redução do clearance muco-ciliar, atrofia de cornetos, metaplasia escamosa, proliferação de capilares, dilatação de artérias e veias, infiltrado de células inflamatórias, edema e fibrose subepitelial, além de câncer de cavidade nasal e boca. Não há nenhum teste específico de medida de dependência de nicotina aplicado para usuários de tabaco não fumado; sendo utilizado o teste de Fagerström, adaptado. Evidência disponível sugere a necessidade de doses maiores que as usadas para fumantes. Alguns estudos com doses elevadas (42 mg) demonstraram segurança e poucos efeitos colaterais. O caso chama atenção para a síndrome de dependência em usuários de rapé, forma pouco difundida em nosso meio, e para qual não existe um tratamento bem estabelecido.

EFEITOS RESPIRATÓRIOS DO FUMO EM ADULTOS JOVENS

Autores: CALDEIRA, ROSEANE; GUTIERREZ, MANOEL ROMEU; BARBIERI, MARCO ANTÔNIO; BETTIOL, HELOÍSA; VIANNA, ELCIO

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Resumo: Introdução: Sintomas respiratórios associados com o hábito de fumar parecem depender da idade. Entretanto, existem poucos estudos sobre o efeito do fumo em populações jovens. Objetivo: Analisar o efeito do fumo quanto aos sintomas respiratórios e função pulmonar em indivíduos adultos jovens 23-25 anos no Brasil. Este estudo transversal incluiu 2063 jovens nascidos em Ribeirão Preto – SP. Métodos: Os indivíduos completaram um questionário usado pela European Community Respiratory Health Survey e em seguida se submeteram a espirometria e broncoprovocação com metacolina. Para avaliar a associação entre fumo, sintomas respiratórios e hiperreatividade brônquica foi realizada análise de regressão logística, ajustada pelas variáveis confundidoras (sexo, exposição ao fumo no trabalho, em casa, asma e nível sócio-econômico). Para avaliar a relação entre fumo e VEF1 foi realizada regressão linear múltipla ajustada para as mesmas variáveis acima e para altura. Resultados: A prevalência do fumo foi de 17,2%. A mediana do número de cigarros fumados foi de 10 cigarros/dia. O hábito de fumar se associou a sibilos com odds ratio (IC95%) de 6,11 (4,03; 9,28) entre os fumantes de e" 10 cigarros/dia e 3,36 (2,11; 5,37) entre os fumantes de < 10 cigarros/dia. Foram encontradas associações entre outros sintomas respiratórios e tabagismo. Não houve associação entre fumo e VEF1 ou hiperreatividade brônquica. Conclusão: Estes achados realçam as conseqüências precoces para a saúde do fumante adulto jovem. Estes resultados nos motivam a elaborar programas para diminuir o hábito do fumo em populações jovens.

ESCALA RAZÕES PARA FUMAR: RESULTADOS PRELIMINARES

Autores: SOUZA, ELISA SEBBA TOSTA DE; MARTINEZ, JOSÉ ANTÔNIO BADDINI; CRIPPA, JOSÉ ALEXANDRE DE SOUZA; PASIAN, SÔNIA REGINA

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Resumo: Introdução: Nos dias atuais o tabagismo tornou-se prioridade em saúde pública e pode ser classificado como uma pandemia. Uma vez que males associados ao consumo dos cigarros são bem difundidos é questionado as razões que levam os fumantes a perpetuar o vício. Ao que tudo indica, o ato de fumar envolve prazer, hábito e o vício farmacológico, o que torna difícil deixar de fazê-lo. Baseados nesta teoria, foi criada uma escala com o propósito de identificar os motivos predominantes que diferentes indivíduos têm para fumar. Em 2003 este mesmo instrumento foi alterado em alguns aspectos, validado da língua francesa para língua inglesa e foi nomeado Modified Reasons for Smoking Scale (MRFS). Objetivos: Mostrar resultados preliminares do processo de tradução, adaptação e validação para uso no Brasil de uma versão da Escala Razões para Fumar Modificada. Métodos: Foi realizada a tradução inicial e retrógrada, assim como a adaptação cultural para língua brasileira a partir de uma versão inglesa da escala obtida no exterior. Para testar a reprodutibilidade do instrumento auto-aplicável a escala foi aplicada a 30 fumantes em duas ocasiões distintas num intervalo médio de 15 dias. Resultados: Quanto a reprodutibilidade a escala obteve desempenho adequado. Utilizando-se o Kappa ponderado para investigar o grau de concordância das questões ele foi discreto em uma questão, moderado em 8 questões, substancial em 10 questões e quase perfeito em duas. Para os domínios foi utilizado teste de correlação intra-classes com valores acima de 0,7 em seis dos sete domínios. Conclusão: A versão em português da escala "Razões para Fumar Modificada" é reprodutível e poderá ser um novo instrumento para investigar a influência de aspectos sociais e psicológicos na gênese e manutenção do tabagismo na população brasileira.

Seretide®

xinafoato de salmeterol
propionato de fluticasona

Asma controlada todo dia.⁽¹⁾

**2 Inalações 2x ao dia
(120 doses)**



25/50mcg

25/125mcg

25/250mcg



50/100mcg

50/250mcg

50/500mcg

**1 Inalação
2x ao dia (60 doses)**

Seretide® (xinafoato de salmeterol, propionato de fluticasona). Apresentações: Seretide® é apresentado em dois inaladores distintos: Seretide® DISKUS e Seretide® SPRAY. Seretide® DISKUS é apresentado na forma de pó, acondicionado em um dispositivo plástico em forma de disco, contendo um strip com 60 doses. Possui as seguintes apresentações: 50/100mcg, 50/250mcg, 50/500mcg. Composição: Cada dose contém: Seretide® DISKUS 50/100 xinafoato de salmeterol 72,5mcg (equivalente a 50mcg de salmeterol); propionato de fluticasona 100mcg. Seretide® DISKUS 50/250 xinafoato de salmeterol 72,5mcg (equivalente a 50mcg de salmeterol); propionato de fluticasona 250mcg. Seretide® DISKUS 50/500 xinafoato de salmeterol 72,5mcg (equivalente a 50mcg de salmeterol); propionato de fluticasona 500mcg. Excipiente: Lactose (pp). dose. Seretide® SPRAY é um aerosol para inalação, acondicionado em uma suspensão de salmeterol e propionato de fluticasona no propolente HFA134a (sem CFC). A suspensão está contida em um recipiente de liga de alumínio lacrado com uma válvula medidora, contendo 120 doses. Possui as seguintes apresentações: 25/50mcg, 25/125mcg, 25/250mcg. Composição: Cada dose contém: Seretide® SPRAY 25/50 xinafoato de salmeterol 36,3mcg (equivalente a 25mcg de salmeterol); propionato de fluticasona 50mcg; propolente HFA134a (pp) 75mg. Seretide® SPRAY 25/125 xinafoato de salmeterol 36,3mcg (equivalente a 25mcg de salmeterol); propionato de fluticasona 125mcg; propolente HFA134a (pp) 75mg. Seretide® SPRAY 25/250 xinafoato de salmeterol 36,3mcg (equivalente a 25mcg de salmeterol); propionato de fluticasona 250mcg; propolente HFA134a (pp) 75mg. Indicações: Seretide® está indicado no tratamento das doenças obstrutivas reversíveis do trato respiratório, incluindo asma, em adultos e crianças e no tratamento de manutenção da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), incluindo bronquite crônica e enfisema. Doses recomendadas: Adultos e adolescentes acima de 12 anos: Seretide® DISKUS: Uma inalação de 50/100, 50/250 ou 50/500mcg de salmeterol/propionato de fluticasona, duas vezes ao dia. Seretide® SPRAY: Duas inalações de 25/50, 25/125 ou 25/250mcg de salmeterol/propionato de fluticasona, duas vezes ao dia. Crianças acima de 4 anos: Seretide® DISKUS: Uma inalação de 50/100mcg de salmeterol/propionato de fluticasona, duas vezes ao dia. Seretide® SPRAY: Duas inalações de 25/50mcg de salmeterol/propionato de fluticasona, duas vezes ao dia. Contra-Indicações: O uso de Seretide® é contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente do fármaco. O controle das doenças obstrutivas reversíveis do trato respiratório deve ser acompanhado de um programa contínuo e o sucesso do paciente deve ser monitorado clinicamente pelos testes de função pulmonar. Precauções: Seretide® não deve ser usado na ausência dos sintomas agudos. Neste circunstância deve ser utilizado um broncodilatador de rápida ação (salbutamol, por exemplo). Os pacientes devem ser avisados para manter sua medicação de alívio sempre disponível. Quando a dose usual de Seretide® torna-se ineficaz no controle das doenças obstrutivas reversíveis do trato respiratório, o paciente deve ser reavaliado pelo médico e, caso seja necessário, a administração sistêmica de esteróides e/ou antibióticos, em casos de infecção, deve ser iniciada. O tratamento com Seretide® não deve ser suspenso abruptamente. Como toda e qualquer medicação que controla a hiperatividade, Seretide® deve ser administrada com cautela a pacientes portadores de tuberculose pulmonar ou quistos, e também a pacientes portadores de linfomatose. Efeitos colaterais podem ocorrer com qualquer corticosteroide inalatório, especialmente quando altas doses são prescritas por longos períodos. Estes efeitos são menos prováveis de ocorrer de que com corticosteroides orais. Alguns efeitos colaterais possíveis incluem: agranulocitose, redução no crescimento de crianças e de adolescentes, diminuição na densidade óssea, catarata e glaucoma. A segurança de uso de salmeterol e de propionato de fluticasona durante a gravidez não foi estabelecida. Reações adversas: Tinha no seu médico e o posicionamento da noção de agudização, tais como: inalação no garganta, zumbido ou tontura e no garganta ou palpitações. Superdoses: Não existem relatos de superdoses com o uso de Seretide®. Os sintomas da superdoses para o salmeterol são tremor, ansiedade e taquicardia. A inalação de propionato de fluticasona em doses muito altas pode levar a superdoses por inalação de longo prazo. INFORMAÇÕES: VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg. MS 1.0167.0230. S/S 02/2004.

REFERÊNCIA: 1. BATEMAN, E. D. et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The gaining optimal asthma control study. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 170: 836-844, 2004.

Serviço de Informação Médica
www.sim-gsk.com.br
0800 7012233

Entrada dos Bandeirantes, 8464
Jacarepaguá - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22783-110
CNPJ: 33247743/0001-10

 GlaxoSmithKline

PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DO CIGARRO EM ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DE CAMPO GRANDE – MS

Autores: SILVA, BALDOMERO ANTONIO KATO DA SILVA; SABADOTTO, GEOVANA BIGATON; PEREIRA, DANIEL MARTINS; REIS, FILIPE ABDALLA DOS
Instituição: UNIDERP

Resumo: INTRODUÇÃO: o tabagismo está associado à etiologia e ao prognóstico de uma multicausalidade de doenças. O estudo do consumo de cigarros entre adolescentes torna-se importante porque é nesta fase que ocorre a iniciação ao tabagismo, e vários estudos no Brasil e no mundo mostram idade cada vez mais precoce para o início do vício de fumar e o aumento da prevalência de tabagismo em adolescentes. Apesar do reconhecimento dos malefícios do hábito de consumo do tabaco, este vem se mantendo constante entre os adolescentes, existindo tendência à diminuição somente entre os adultos. OBJETIVO: estimar a prevalência de tabagismo e fatores associados ao consumo de cigarro em adolescentes do ensino médio de Campo Grande/MS. MÉTODO: foi realizado um estudo do tipo corte transversal de caráter exploratório, aplicando-se 2150 questionários a alunos matriculados no ensino médio de quatro escolas da região central de Campo Grande (MS) no ano de 2006. A análise dos dados foi feita de forma descritiva. RESULTADOS: a prevalência de tabagismo encontrada entre os adolescentes foi de 8% em 1890 questionários considerados válidos para o estudo. Dentre os adolescentes investigados, 49% experimentaram o cigarro, 23% apresentaram pais fumantes e 17% mães tabagistas. 81% dos adolescentes afirmaram ter amigos que fumam, e entre os não fumantes, 13% confessaram que aceitariam um cigarro oferecido por um amigo. CONCLUSÕES: a prevalência de tabagismo na amostra de adolescentes selecionada foi de 8%. O tabagismo no domicílio e convivência com indivíduos fumantes podem constituir fatores de influência ao consumo de cigarros na adolescência.

TABAGISMO EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL

Autores: OLIVEIRA, TATIANA; PEREIRA, CARLOS ALBERTO; OLIVEIRA, MARIA VERA; STUDART, FERNANDO; BONFIM, ALEXANDRE; VOSS, LARISSA
Instituição: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Resumo: Introdução: Não é incomum o tabagismo em pacientes internados, sendo escassa a literatura sobre este tema. Objetivo: Determinar a frequência do tabagismo em pacientes internados e caracterizar o perfil dos fumantes. Métodos: Dos 716 leitos disponíveis no HSPE-SP, foi avaliada uma amostra representativa e aleatória de 111 pacientes. Os pacientes foram classificados em não fumantes, ex-fumantes e fumantes atuais. Nos fumantes atuais foi aplicado o teste de Fargeström e obtidas medidas do CO expirado. Valores e" 6 ppm foram considerados significantes (Santos,2001) para tabagismo recente. Resultados: Dos 111 pacientes, 60 (54%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 70 anos, 56 (51%) nunca fumaram, 36 (32%) eram ex-fumantes e 19 (17%) eram fumantes atuais. Os 19 fumantes atuais fumaram em média 43 maços/ano. A média do escore de Fargeström foi de 5,0. Onze dos 19 fumantes (58%) tinham sintomas respiratórios. O CO no ar expirado nos fumantes atuais foi: média=5,0 (de 2 a 53 ppm), 8 dos 19 fumantes (7% do total da amostra) tinham níveis de CO e" 6 ppm. O nível de CO expirado teve correlação direta com o escore de Fargeström (r=0,50, p=0,029). A clínica onde os pacientes estavam internados teve influência na prevalência de tabagismo: 58% dos fumantes atuais estavam internados nas clínicas de DAR (Doenças do Aparelho Respiratório), Vascular e Psiquiatria versus 8% dos não fumantes e ex-fumantes (X²=18,78, p). Conclusões: No HSPE-SP 17% dos pacientes internados são fumantes e destes 7% fumaram recentemente. Os fumantes são mais jovens, do sexo masculino, e estão internados em determinadas clínicas (Vascular, Pneumologia e Psiquiatria).

ANÁLISE DO PPD E EFEITO BOOSTER ENTRE ESTUDANTES DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA SP

Autores: GOMES, MAURO; FIGUEIREDO, GUSTAVO DE OLIVEIRA; FRENKIEL, SERGIO; RUJULA, MARIA JOSEFA PENON; STIRBULOV, ROBERTO
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: INTRODUÇÃO: A Organização Mundial de Saúde preconiza a realização do teste tuberculínico (PPD) nos estudantes de saúde quando há o ingresso à faculdade e depois no início das atividades clínicas. O efeito booster tem a importância de tornar mais sensível o PPD, pois pessoas antes tidas como não infectadas pelo bacilo teriam sua resposta imunológica positiva ao teste. OBJETIVOS: Determinar a frequência e variação da reatividade do PPD em decorrência do efeito booster entre os alunos de Enfermagem, Fonoaudiologia e Medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). MÉTODOS: Estudo retrospectivo de 190 prontuários de alunos (44 de Enfermagem, 30 de Fonoaudiologia e 107 de Medicina) matriculados no ano de 2005. Foram excluídos 42 pois não realizaram teste de PPD. Considerou-se PPD reator valores acima de 10mm (positivo) e não reator abaixo desse valor. Aqueles com PPD não reator foram submetidos a um segundo teste 30 dias após. O efeito booster foi considerado presente quando, após o segundo teste, a variação era de 10 mm em relação ao primeiro teste. RESULTADOS: Do total, o PPD foi positivo em 101 (68,2%), destes, 58 (74,8%) no curso de Medicina, 12 (43,4%) no de Fonoaudiologia e 31 (70,5%) no de Enfermagem. O efeito booster foi observado em 12 alunos (25,6%), sendo: 8 (42,1%) em Medicina, 1 (6,6%) em Fonoaudiologia e 3 (23,1%) em Enfermagem e foi significativo nos cursos de Medicina e Enfermagem (p0,001). CONCLUSÕES: A frequência de PPD reator entre os alunos da FCMSCSP, no momento de sua admissão, é de 76,4%, sendo esta negatividade significativa nos cursos de Enfermagem e Medicina em relação ao de Fonoaudiologia. O efeito booster foi observado em 25,6% dos alunos, sendo significativo em Medicina e Enfermagem.

ASSOCIAÇÃO DE TUBERCULOSE CUTÂNEA (LUPUS VULGARIS) E PULMONAR

Autores: GOMES, MAURO; ETHEL, JORGE; FIGUEIREDO, GUSTAVO DE OLIVEIRA; KIM, KYU DO; MARTINS, VALÉRIA CRISTINA VIGAR
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

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

BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NO ALBERGUE DO BORACÉA – INSTITUTO CIRINEU EM SÃO PAULO

Autores: GUARDIA, VIVIAN CENIZE; OGURO, CLÁUDIA MORI; BRESCIANI, ÉRICA HELOU; CORREIA, FILIPE ALBAREZ SALIBA CÉSAR; SOUZA, NATALIA DE; THURLER, NATHALIE FONSECA; MANTOVANI, PATRIZIA ALTOMANI; MORITZ, RICARDO BERNAL DA COSTA; PARISOTTO, THALITA MANZANO

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Resumo: Introdução: A busca ativa de sintomáticos respiratórios figura como importante meio de promoção de saúde, tanto para o diagnóstico, como para o controle da tuberculose. Objetivo: Determinação dos fatores causais do aumento da prevalência de sintomáticos respiratórios no albergue do Boracéa. Métodos: Busca ativa entre os frequentadores do albergue em março/2007, sendo as crianças excluídas. A coleta de dados incluiu idade, presença de tosse há mais de 15 dias e tipo de permanência no albergue. Os testes estatísticos utilizados foram: χ^2 e t student. Não foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Resultados: Foram realizadas 401 entrevistas, sendo 71% albergados cadastrados fixos. Entre os entrevistados, 78% eram homens e 22% mulheres. A média de idade da população entrevistada foi de 47,07 anos. Quanto aos tipos de permanência, 30% dos entrevistados faziam uso do albergue como pernoite, 20,15% eram cadastrados como 12 horas, 46,02% cadastrados como 24 horas, 2,74% eram funcionários e 1,0% não souberam responder. Do total de entrevistados, 20,0% eram sintomáticos respiratórios: 83,95% eram homens e 16,05% eram mulheres. A idade média encontrada entre os sintomáticos respiratórios foi 48,60 anos. A média de idade dos assintomáticos foi de 46,69 anos. Entre os sintomáticos, 21,67% eram pernoites, 22,22% eram cadastrados como 12 horas e 18,92% cadastrados como 24 horas. Do total de sintomáticos respiratórios, 13,75% tinham antecedentes de tuberculose anterior e da população que não apresentou sintomas respiratórios, 9,09% apenas. Conclusão: Aplicados os testes estatísticos, concluiu-se que sexo, idade e tipo de permanência não são fatores causais para o aumento da prevalência de sintomáticos respiratórios no albergue em relação à população geral, o que nos leva a crer que este aumento de prevalência deve-se às precárias condições de acomodação do albergue.

IDENTIFICAÇÃO LABORATORIAL DE MICOBACTÉRIAS EM AMOSTRAS RESPIRATÓRIAS DE PACIENTES HIV-POSITIVOS NO MUNICÍPIO DE SANTOS

Autores: ZAMARIOLI, LILIANA A.; BÄMMANN, RICARDO HELBERT; COELHO, ANDRÉIA GOBETTI VIEIRA; REIS, CLEMIRA MARTINS PEREIRA VIDAL

Instituição: Instituto Adolfo Lutz - Santos

Resumo: Objetivos: avaliar o diagnóstico bacteriológico da TB e outras micobacterioses em amostras respiratórias de pacientes infectados pelo HIV atendidos no CRAIDS, na cidade de Santos – SP, no período de 2000 a 2004. Material e Métodos: análise retrospectiva de dados disponíveis na requisição médica e nos livros de registros do IAL de Santos, laboratório de referência para a região. Resultados: de um total de 1510 amostras no período, foram selecionadas 1321 encaminhadas com finalidade de diagnóstico, correspondendo a 880 casos suspeitos de tuberculose em 693 pacientes. Em 579 casos (65,87%) houve entrada de uma única amostra. 134 baciloscopias foram positivas e em 188 culturas houve crescimento de micobactérias. O diagnóstico laboratorial de micobacteriose foi confirmado em 161 dos casos suspeitos, sendo 126 (78,3%) por *M. tuberculosis* (Mtb) e 39 (24,2%) por micobactérias não-tuberculosas (MNT). Em quatro ocasiões houve concomitância de Mtb e MNT. O perfil de sensibilidade às drogas revelou 18 casos (14,3%) de tuberculose resistente a pelo menos um medicamento e taxa de 2,4% de multi-resistência. Conclusão: o laboratório de referência regional é uma ferramenta fundamental no Programa Nacional de Combate à Tuberculose visando o diagnóstico adequado da doença, especialmente em pacientes HIV-positivos com suspeita de tuberculose pulmonar. Os altos percentuais de MNT e de resistência neste estudo são argumentos a favor da obrigatoriedade de se proceder à rotina laboratorial completa no contexto TB/HIV: baciloscopia, cultura com identificação e teste de sensibilidade às drogas.

DESTRUIÇÃO PULMONAR POR TUBERCULOSE: ACHADOS CLÍNICOS E RESULTADO CIRÚRGICO

Autores: TERRA, RICARDO M.; MOURA, NABOR B; SANCHO, LUIS M. M.; MINAMOTO, HÉLIO; SUESADA, MILENA M; JATENE, FABIO B.

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Objetivo: Análise de casos de pulmão destruído por tuberculose considerando sua relação com: lado afetado, sexo, presença de estenose brônquica e resultado de tratamento. Método: Estudo retrospectivo baseado em revisão de prontuários de pacientes com pulmão destruído por tuberculose (com confirmação microbiológica ou anátomo-patológica e tratamento adequado). A destruição foi confirmada por tomografia de tórax em todos os pacientes. Os dados levantados foram: idade, sexo, lado acometido, estenose de brônquio principal, tratamento instituído e complicações cirúrgicas. Qui-quadrado e análise multivariada foram utilizados para análise dos dados. Resultados: De Jan. de 2002 até Jan. 2007, 26 (15 F/ 11 M, idade média 39,6 anos (16-60)) pacientes com pulmão destruído por tuberculose foram avaliados em nossa instituição. O lado esquerdo foi mais frequentemente acometido (2,7:1). O lado acometido variou entre os sexos ($p=0,006$), uma vez que em 93% das mulheres o lado acometido foi o esquerdo contra 45% nos homens. Estenose de brônquio principal foi encontrada em 42% dos pacientes, sendo mais frequente do lado esquerdo (10:1, $p=0,093$) e em mulheres (10:1, $p=0,004$). 7,3% dos pacientes foram tratados conservadoramente uma vez que eram oligossintomáticos, o restante foi submetido a pneumonectomia. As complicações encontradas foram: empiema (29,2%), fistula brônquica (25%) e óbito (20,8%). A análise multivariada demonstrou que doença acometendo o lado direito está mais associada a empiema e óbito ($p=0,016$) Conclusão: A tuberculose afeta principalmente o pulmão direito de pacientes do sexo masculino, porém, a destruição pulmonar por tuberculose é mais freqüente do lado esquerdo e em mulheres e parece ter relação com estenose do brônquio fonte esquerdo. Cirurgia (particularmente a pneumonectomia direita) tem significativa taxa de morbi-mortalidade.

MICOBACTERIUM KANSASII EM MULHER JOVEM IMUNOCOMPETENTE

Autores: FIGUEIREDO, RICARDO GASSMANN; WADA, FRED KENJI; KATO, LUCIANA TAMIÉ; ANDRADE, MARCELO JORGE DE SOUZA LEÃO; BOMBARDA, SIDNEY; SEISCENTO, MÁRCIA

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo - USP

Resumo: Caso clínico: mulher de 28 anos, desempregada, natural e ocupacional de Carapicuíba – SP, sem história de exposição ocupacional, consumo freqüente de água de torneira não tratada. Previamente hígida, queixa de tosse produtiva com expectoração amarelada há 02 anos associada a febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal de 18kg no período. Acompanhada com conduta conservadora durante 01 ano em outro serviço após 02 pesquisas de BK no escarro negativas, porém com persistência dos sintomas. TC de tórax demonstrava lesões cavitadas com infiltrado intersticial em LSE. Encaminhada a este serviço sendo indicada broncoscopia + biópsia transbrônquica evidenciando processo inflamatório granulomatoso, cultura de escarro e LBA positivos para *Micobacterium kansasii*. Iniciou tratamento com rifampicina, isoniazida, etambutol e estreptomicina com boa resposta clínica e radiológica, cultura de escarro negativa após 3º mês de tratamento. Discussão: O *M. kansasii* é a segunda micobactéria não tuberculosa respiratória mais freqüente com comprovada associação ao consumo de água proveniente dos reservatórios de grandes cidades. Acomete usualmente pacientes imunocomprometidos ou portadores de pneumopatia estrutural já instalada, sendo infreqüente em indivíduos imunocompetentes. O quadro clínico é semelhante ao *M. Tuberculosis* cursando com febre, tosse, sudorese noturna e hemoptise, geralmente associado a cavitações pulmonares de paredes delgadas. O diagnóstico é definido por cultura positiva em escarro, LBA ou tecido e o tratamento baseia-se em esquema contendo 3 drogas por 12 meses de culturas negativas.

PERFIL NUTRICIONAL DE 30 PACIENTES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE/ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/ CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

Autores: SOUSA, RUTH

Instituição: PROGRAMA DE COMBATE A TUBERCULOSE - CAMPOS-RJ

Resumo: Introdução: A tuberculose é considerada doença reemergente e de forma avassaladora nos últimos anos, atingiu estimativa mundial de 8 milhões de casos novos (OMS). No Brasil, são registrados por ano, c.d. 90 mil novos casos (MS). Segundo a OMS, 2,8 milhões morrem por ano vítimas da TB. A maioria desses pacientes apresentam debilidade física, nutricional e consequentemente imunológica, associadas a comorbidades, entre elas: magreza inicial; febre persistente; inapetência; carências sócio-econômicas; tabagismo; etilismo; drogadição; diabetes mellitus; sorologia positiva para HIV e AIDS. Objetivos: Atender, orientar e recuperar pacientes com comprometimento nutricional e ponderal, em tratamento de TB, com suplementação de fórmula imunomoduladora, normocalórica e normoproteica. Métodos: Seleção de 30 pacientes acompanhados, no Ambulatório de Nutrição em período superior a 2 meses, visando traçar perfil socioeconômico, antropométrico e nutricional. Fatores avaliados: renda familiar; idade; peso; IMC inicial e final. Resultados: 1. Renda mensal familiar: 83% têm renda inferior a 2 salários mínimos. 2. Idade: 60% têm até 50 anos, 33% estão entre 51-80 anos e 7% mais de 81 anos. 3. IMC inicial: 75% apresentam magreza e 25% eutrofia. 4. IMC final (alta do ambulatório): 75% atingiram o índice de eutrofia, 13,5% mantiveram magreza G.I, 13,5% não apresentaram alterações de IMC. Conclusão: A inclusão do acompanhamento nutricional foi fundamental para acelerar o processo de recuperação imunológica e nutricional dos pacientes. A recuperação do peso ideal foi um forte fator detectado entre os pacientes acompanhados no PCT. Concluímos que o paciente com TB deve receber aporte nutricional, contribuindo para que o sistema imunológico restaure sua competência de forma que tenhamos uma evolução prognóstica favorável até atingirmos momento de alta por cura clínica e bacteriológica.

RESPOSTA FAVORÁVEL À INSTITUIÇÃO PRECOZE DE CORTICOTERAPIA SISTÊMICA NO TRATAMENTO DE ESTENOSE TRAQUEOBRÔNQUICA SECUNDÁRIA À TUBERCULOSE

Autores: WU, CRISTIANE; WINTER, DANIEL HUGO; KAWASSAKI, ALEXANDRE DE MELO; BARBOZA, CARLOS EDUARDO GALVÃO; BALDI, BRUNO GUEDES; MENDES, DANIEL DE MELO; FIGUEIREDO, VIVIANE ROSSI; SEISCENTO, MÁRCIA

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Resumo: Relato: mulher de 79 anos, natural da Bahia e procedente de São Paulo, com 2 meses de tosse seca, dispnéia progressiva e emagrecimento de 4 quilos, sem febre. Sem exposições relevantes ou tabagismo. Exame físico: murmúrio vesicular diminuído em hemitórax esquerdo e oximetria de pulso de 89%. RX de tórax com atelectasia de lobo superior esquerdo. TC de tórax confirmou a atelectasia, e mostrou adenomegalias mediastinais e estreitamento luminal de traquéia, brônquio fonte esquerdo e brônquio do lobo superior esquerdo. Broncoscopia mostrou lesão vegeto-infiltrativa em traquéia média e distal, com extensão até carina principal e brônquio fonte esquerdo, com estenose de 50% de sua luz. Biópsia mostrou processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose e numerosos BAAR. Feito diagnóstico de tuberculose endobrônquica e iniciado esquema I e prednisona 40mg/dia. Broncoscopia 2 semanas após mostrou melhora do processo inflamatório e sinais de reparação nas lesões traqueobrônquicas. Discussão: A importância da tuberculose traqueobrônquica é o seu potencial estenosante. A incidência varia de 10 a 36,8% dos pacientes com lesão parenquimatosa ou adenomegalias. Os sintomas são inespecíficos. Na maioria dos casos associam-se alterações parenquimatosas pulmonares. Os locais mais envolvidos são o brônquio principal direito e o brônquio para o lobo superior direito. A patogênese inclui extensão da infecção parenquimatosa para a árvore brônquica, erosão e protusão de linfonodo intratorácico para a luz brônquica, e disseminação hematogênica e linfática. A broncoscopia é importante para diagnóstico e seguimento das lesões. O tratamento precoce pode evitar progressão para estenoses. A corticoterapia parece ser benéfica quando iniciada precocemente.

RECIDIVA DOS PACIENTES RESIDENTES COM TUBERCULOSE NO DISTRITO FEDERAL - 1997 A 2006

Autores: ALVEZ, MARISTELA DOS REIS LUZ; EVANGELISTA, MARIA DO SOCORRO NANTUA

Instituição: Ministério da Saúde

Resumo: A recidiva de tuberculose é um problema de saúde pública que requer avaliação periódica dentro da vigilância epidemiológica. Sendo assim, em função da operacionalização do tratamento para tuberculose ser realizado em regime auto-administrado/supervisionado e intermitente no Distrito Federal, há necessidade de analisar como a recidiva está ocorrendo. A pesquisa objetiva caracterizar os casos de recidiva de tuberculose no Distrito Federal de 1997 a 2006. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 3.786 tuberculosos, sendo 117 casos de "recidiva" e 3.669 pessoas apresentando "todas as formas" em residentes no DF. Os dados foram obtidos no SINAN-TB/SES/DF e avaliaram-se: apresentação clínica, resultado da baciloscopia, cultura em portadores de BK negativo e em BK não realizado, esquema terapêutico, situação no 2), Riscoc9º. mês e abandono. Aplicou-se o teste do qui-quadrado (Absoluto, Risco Relativo e, utilizou-se o programa Epi Info 6.0. A maioria das recidivas era oriunda dos bolsões de pobreza do DF (79,5%) e tinha a forma pulmonar da doença (76,0%). Mais de 45,0% dos pacientes tinham cultura + entre BK negativos e 44,4% deles, a cultura foi positiva entre aqueles sem baciloscopia. Na comparação com "todos os casos" considerando as variáveis acima, não houve diferença estatística ($p < 0,05$). Em relação à quimioterapia, 43,6% dos casos utilizaram Esquema I, 39,3% esquema IR e, os demais outros esquemas. Foram submetidos ao TS, 37,8% dos casos, e; o risco de ter cura não comprovada foi de um RR=1,8 vez maior entre os pacientes sem TS, do que com cura comprovada e TS. A cura comprovada ficou em 32,0%, o abandono de 12,0%, a cura em 58,0%, a recidiva de 3,1% e quase dobrou nos últimos cinco anos. Apesar da baixa incidência de recidiva no Distrito Federal torna-se mister ampliar a vigilância epidemiológica em função das dificuldades levantadas no estudo.

TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA SIMULANDO CÂNCER DE PULMÃO

Autores: MARTINS, ROSA CHRISTIANE KILL LEAL; MENDES, SUZETE; OLIVEIRA, LARISSA DE FREITAS; CODECO, VITOR MARTINS

Instituição: Hospital Regional de Taguatinga

Resumo: Introdução: Doença rara, que afeta principalmente pacientes idosos e do sexo masculino, com tosse em aproximadamente 100% e febre na metade dos casos; em 30% há o diagnóstico equivocado de neoplasia pulmonar. Objetivo: Relatar um caso de tuberculose endobrônquica, simulando câncer de pulmão. Método: Estudo de caso clínico HDA e PP: Paciente de 72 anos, morador de Ceilândia apresentava há 1 ano tosse seca, dispnéia, sibilância, emagrecimento não quantificado, dor torácica, rouquidão e sudorese. Tabagista por 20 anos (cigarro de palha), parou há 39 anos. Portador de DM, HAS, dislipidemia, coronariopatia e doença de Parkinson Exame físico: Paciente em regular estado geral, com tremores de extremidades em repouso, Pressão arterial: 130 x 90 mmHg, ausculta respiratória normal Exames complementares: Hiponatremia Na 121, confirmada hipótese de SIHAD Broncoscopia 16/03/07: Paralisia de corda vocal esquerda; presença de lesão arredondada e brilhante ocluindo parcialmente LSE Citologia do LBA 16/03/07: negativo para células neoplásicas Histopatológico 16/03/07: processo inflamatório crônico com formação de granuloma epitelióide em parede brônquica PPD 27/03/07: 12 mm Iniciado dia 28/03/07 esquema RIP: teste terapêutico Cultura do lavado bronco-alveolar: 09/04/07 positivo para *Micobacterium tuberculosis* +++ Diagnóstico: Tuberculose endobrônquica Evolução: Houve melhora lenta, porém progressiva do estado geral, da tosse e da hiponatremia, e ao final de três meses de tratamento apresentou ganho ponderal de quatro quilogramas. Conclusão: A tuberculose endobrônquica geralmente tem caráter insidioso podendo apresentar-se também de forma aguda simulando asma, aspiração de corpo estranho e pneumonia. A principal complicação é a estenose brônquica de caráter irreversível, que é relativamente comum (ocorre em 60 a 90% dos casos), e ocorre a despeito da terapia adequada.

TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAR SIMULANDO ABDOME AGUDO EM PACIENTE INDÍGENA

Autores: SANTOS, LORENNE; FONSECA, MÁRIO; SOUZA, ROMES; MIRANDA, ARYÁDINE; SANTANA, LUIZ; BARROS, VICTOR HUGO; AZEVEDO, JUNIO

Instituição: Hospital Universitário Getúlio Vargas - UFAM

Resumo: Homem de 24 anos, indígena (tribo Kanamari) iniciou em fevereiro de 2007, quadro de febre alta intermitente diária, associada a calafrios, palidez cutâneo-mucosa, aumento do volume e dor abdominal e perda ponderal importante não mensurada. Evoluiu com piora gradual do quadro acima, sendo que em 22/03/07 procurou Serviço de Urgência para investigação diagnóstica. Ao exame físico o paciente apresentava icterícia leve, palidez cutâneo-mucosa, derrame pleural à direita e um fígado palpável a 12 cm do rebordo costal direito (hepatomegalia homogênea ao USG). Apresentava ainda leucocitose importante de 45.800 com desvio à esquerda, aumento discreto de enzimas hepáticas e escórias nitrogenadas, e um TAP de 20% de atividade. Pesquisa de BAAR e PPD negativos. Iniciado antibioticoterapia de amplo espectro. Após dois dias de internação, o paciente evoluiu com dor abdominal importante, vômitos fecalóides e ruídos hidroaéreos ausentes, sendo avaliado pelo Serviço de Cirurgia e encaminhado a Laparotomia Exploradora de urgência. No inventário da cavidade havia múltiplas aderências (abdome congelado), ascite, espessamento de peritônio parietal com implantes em interalças e no fígado havia lesões esbranquiçadas, nodulares que foram biopsiadas. O exame histopatológico revelou a presença de formações granulomatosas não-caseosas sugestivas de Tuberculose peritoneal e hepática. Foi então iniciado o tratamento com esquema I e o paciente apresentou rápida melhora do quadro clínico, evoluindo com reabsorção do derrame pleural, desaparecimento da febre e da leucocitose e com função intestinal reestabelecida.

TUBERCULOSE GANGLIONAR DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Autores: CANTERLE, ELISÂNGELA MANARA; FONSECA, MÁRIO SERGIO MONTEIRO; FERREIRA, MARCELO DE SOUZA; SANTOS, LORENNE KRAMER DA SILVA; MACEDO, PRICILA WALESKA BARROS

Instituição: Hospital Universitario Getulio Vargas - UFAM

Resumo: Mulher de 40 anos referia em nov/05 epigastralgia em queimação, pirose, regurgitação, plenitude pós-prandial, diarreia pastosa, cólicas abdominais, tosse seca, febre baixa diária e calafrios. HPS: tabagista 10 maços/ano. HFa: pai - TB pulmonar e irmão - TB ganglionar. Maio/06: aumento do volume abdominal e perda ponderal não mensurada, foi internada no Hospital Universitário Getúlio Vargas para investigação diagnóstica. Exames: PPD não reator e pesquisa de BAAR no escarro negativo. HIV (-). USG abdominal: hepatomegalia homogênea e pequena ascite. TC de tórax: derrame pleural bilateral, linfonodos mediastinais < 1cm. Eco TT: derrame pericárdico leve. EDA: hérnia hiatal axial grau I e pangastrite endoscópica enantematosa acentuada. Toracocentese: 400 céls (Linf 95% e Segm 05%), DHL 190, Alb 1,1, Glic 118, Prot 2,6; Cultura para BK negativo. Out/06: febre com calafrios, perda ponderal de +- 10kg, dor torácica ventilatório dependente e dispnéia aos esforços. Ex. físico: REG, emagrecida. AR: MV abolido em base E, diminuído em 1/3 médio E e base D. Abdome: Globoso, doloroso em epigástrico e HD, fígado palpável a +- 12 cm do RCD. Exames: BAAR do escarro negativa. Rx tórax: derrame pleural bilateral. Toracocentese: 320 céls/mm3 (linf 89%, mon 07% e segm 04%), Alb. 2,29, DHL 420, Prot. Totais 5,1; Glic. 92,8; ADA < 36; pesquisa de céls neoplásicas negativa. Biópsia Pleura: Pleurite Crônica Inespecífica. USG e TC de abdome: volumoso derrame pleural bilateral, hepatomegalia homogênea, volumosas linfonodomegalias no hilo hepático, cadeias celiaca, intercavo-aórtica, retro-cava e peri-aórtica. Lap. exploradora c/ biópsias: esteatose hepática e hiperplasia ganglionar reacional. Jan/07: massa ganglionar superficial em região infra-clavicular D onde a biópsia revelou Tuberculose Ganglionar. Recebeu alta em fev/07 com esquema I para Tuberculose, com melhora clínica e ganho de peso.

ÚLCERA CUTÂNEA PÓS EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL BRÔNQUICA (EAB): RELATO DE CASO

Autores: PADUA, ADRIANA IGNACIO; ALVARES, FLÁVIA; ANTUNES, ANDREA DE CASSIA VERNIER; BENEDET, CAMILA MACHADO

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Resumo: A EAB é um tratamento alternativo para o tratamento de pacientes com hemoptise maciça, principalmente quando volumes críticos de hemoptise estão presentes em um paciente com poucas condições cirúrgicas. A complicação mais comum é a dor torácica, chegando a acometer 90% dos pacientes, no entanto, complicações maiores como paraplegia, lesão vascular e isquemia de artérias tributárias da aorta podem ocorrer. Relatamos o caso de um paciente que desenvolveu uma extensa úlcera cutânea pós EAB. STS, 49 anos, casado, natural de Nova Resende- SP, procedente de Ribeirão Preto-SP, lavrador aposentado. Paciente com história de hemoptise volumosa em 1990, quando foi feito diagnóstico de tuberculose pulmonar e realizado tratamento com esquema I por 6 meses, permanecendo assintomático até junho de 2006, quando apresentou sangramento volumoso (aproximadamente 500 ml/24h), necessitando internação. RX de tórax mostrou velamento bi-apical com imagem de cavidade em ápice direito, broncoscopia com desvio traqueal para direita, distorção de todos os segmentos da árvore brônquica direita, sem evidência de sangramento ativo ou residual, CIE para aspergillus 1:16. Nesta ocasião recebeu apenas tratamento conservador. Em outubro de 2006 o paciente apresentou novo sangramento volumoso, a CT de tórax mostrou destruição de parênquima bilateral, área de caverna em ápice direito. A broncoscopia identificou sangramento proveniente do BLSd, a espirometria revelou distúrbio obstrutivo grave sem resposta ao broncodilatador VEF1 1,06 l (20,3%). Em função das condições funcionais do paciente e insucesso do controle do sangramento com medidas clínicas, optou-se pela EAB. Inicialmente apresentou quadro de dor torácica e após 15 dias evoluiu com a formação de lesão cutânea extensa em dorso, progredindo para ulceração, evoluindo satisfatoriamente com medidas tópicas.

ÍNDICE DE AUTORES

A

AB'SABER, A. - 18, 19
ABE, N. S. - 26, 29
ABRÃO, A. - 12
ACENCIO, M. - 23
AFONSO JR., J. E. - 14, 34, 43
AGOSTINHO, G.C.R. - 34
AGUIAR, V.A.N. - 6, 39
ALBINO, R. - 23
ALBUQUERQUE, P.R. - 44
ALGRANTI, E. - 15
ALMEIDA JR, W.I.J. - 8
ALMEIDA, A.R. - 15, 20, 33, 35, 36
ÁLVARES, F. - 18, 53
ALVES, L. R. - 18
ALVEZ, M.R.L. - 52
AMARAL, I. R. - 11
AMATO, M. B. P. - 38
AMIGO, M. H. L. - 47
ANDRADE, B.J. - 43
ANDRADE, D.M.L. - 34, 38, 41, 42
ANDRADE, L.S. - 7
ANDRADE, M. - 36
ANDRADE, M.J.S.L. - 20, 35, 51
ANGELINI, L. - 6
ANTONANGELO, L. - 23
ANTUNES, A.C.V. - 18, 53
ANTUNES, C. M. - 27, 29
ANTUNES, T. - 18, 19
APANAVICIUS, A. - 15, 19, 34, 41
AQUINO, R. T. R. - 17, 43
ARAÚJO, C. A. A. - 11, 14, 32
ARAÚJO, M. D L. M.F.N- 44
ARBEX, M. - 25
AZEVEDO, J. - 53

B

BAGATIN, E. - 17, 23
BAILÃO, L.M.P.C. - 6
BALDI, B.G. - 17, 20, 35, 36, 38, 40, 42, 52
BALLINI, L. - 10
BALTHAZAR, A. B. - 15, 20, 35
BAMMANN, R. H. - 20, 45, 51
BARBAS FILHO, J. V. - 18, 19
BARBAS, C. - 18
BARBAS, C. S. V. - 19, 38
BARBEIRO, A. S. - 33
BARBIERI, M. A. - 48
BARBOZA, C. E. G. - 38, 40, 41, 45, 48, 52
BARROS, J.A. - 19, 33
BARROS, V. H. - 53
BATTAGIN, A. M. - 31
BENEDET, C.M. - 18, 53
BENETI, R. - 24
BERNARDI, F. DEL C. - 8, 15, 43

BETTIOL, H. - 48
BIZON, J.A. - 8
BOMBARDA, S. - 27, 36, 42, 51
BONFIM, A. - 48, 50
BONFIM, D. - 30
BONILHA, A.G. - 25, 32
BORGES, E.R. - 18, 19
BORGES, M.C. - 6, 31, 32
BORGHI-SILVA, A. - 31
BOTTER, M. - 7, 10
BOTURA, C.A. - 27
BRAGA, A. - 25
BRAGAGNOLO JR, L.A. - 15, 20, 33, 35, 36,
BRAILE, D.M. - 6
BRANDÃO, V. - 43
BRAVO, D.M. - 30
BRESCIANI, É.H. - 51
BRICKS, F. - 10
BRUNO, S. L. - 32
BUSSAMRA, M.H. - 39

C

CALDEIRA, R. - 48
CALSAVERINI-LEAL, R.C.A. - 6
CAMACHO, R. - 10
CAMARGO, L.AC. - 24, 25
CAMARINHA, J. - 13
CAMINO, A. M. - 20, 33, 36
CAMPEAS, A.E - 45
CAMPOS, S. - 33, 34, 43
CANTERLE, E. M. - 53
CAPELLAZZO, W. M.S. - 34
CAPELOZZI, VERA - 18, 19
CAPITANI, E.M. - 15, 20, 35, 36
CARAM, L. M. - 24, 25
CARAMORI, M.L. - 14, 33, 34, 43
CARASCOSA, C.R. - 31
CARBONIDE S,R. - 10
CARDOSO, D.G. - 8
CARLOS, A. M.F. - 11, 12
CARNEVALE, F.C - 40
CARNEVALE, G. - 23
CARRARO, E. - 26
CARRARO, R. - 33, 34, 43
CARRASCOSSA, C.R. - 30
CARUSO, P. - 38, 45
CARVALHO, C. - 9, 18, 36
CARVALHO, C.R.R. - 19, 20, 35, 36, 38, 41, 45
CATANEO, A.J.M. - 7, 11
CATANEO, D.C. - 7, 11
CATTEBEKE, T. - 9, 13
CAVALCANTE, J.F. - 11
CENDON, S. - 25

CERQUEIRA, E.M.F.P. - 32, 35
CHALOUHI, V.A.K. - 43
CHI, C. K. - 44, 45
CHIAVEGATTO, L. - 30
CODECO, V.M. - 52
COELHO JR, M.L. - 13
COELHO, A.N. - 18
COELHO, AGV. - 51
COLETA, K.D. - 24, 25
CONCEIÇÃO, G. - 25.
CORREIA, F.A.S.C. - 51
CORRENTE, J.E. - 41
COSTA E SILVA, I. - 12
COSTA JUNIOR, A. - 24
COSTA JUNIOR, J. D. - 23
COSTA, A.N. - 20, 35, 36
COSTA, E.LV. - 38, 45
COSTA, J.F.Y. - 32, 39, 41
COUTO, W. - 10, 12
CRIPPA, J. A.S. - 48
CRISTÓVÃO, H. L. G. - 47
CUKIER, A. - 6, 26
CUNHA, T. M. - 42
CURY, F.A. - 13

D

DAL CORSO, SI. - 30, 31
DALBELLES, L.R. - 15
DALL'OGGIO, F.L. - 24
DEHEIZELIN, D. - 8
DELLA NEGRA, M. - 45
DENTELLO, A.C. - 43
DIAS FILHO, M.F.S. - 13
DIAS JUNIOR, S. A. - 19, 34, 35, 38, 41, 42, 47
DIAS, A.C.Y.R. - 19, 44
DIAS, P. S. - 18
DINIZ, M. - 15, 17
DO KIM, KYU - 18
DO VALE, S. A. - 29
DONADON, F.C. - 19, 44
DORGAN NETO, V. - 7
DOYUN CHA, J. - 7
DRACOU LAKIS, S.S. - 43
DUAILIBE, L. P. - 19, 44
DUARTE, M. A. D. - 30

E

ESCUISSATO, D.L. 19, 33
ETHEL, J. - 8, 13, 15, 50
EVANGELISTA, M.S.N. - 52

F

FAGANELLO, M.M. - 26
FAORO, C. - 19, 26, 33, 35

FARAGE, M. Â. - 23, 43
FARIA, C.M.N.M. - 13
FERNANDES, C.J.C. - 20
FERNANDES, E. T. - 7
FERNANDES, F.L.A. - 15, 26
FERNANDES, P. - 34
FERRÃO, M.S.C. - 45
FERRARI, R. - 26
FERRAZ, E. - 6, 31, 32
FERREIRA, A. L. - 29
FERREIRA, F. M. - 34
FERREIRA, H. P. C. - 11, 14
FERREIRA, M.S. - 53
FERREIRA, R. G. - 33, 39, 43
FIGUEIREDO, C. - 44, 45
FIGUEIREDO, G.O. - 13, 18, 50
FIGUEIREDO, R.G. - 20, 36, 51
FIGUEIREDO, S. D. P. - 47
FIGUEIREDO, S.D.P. - 47
FIGUEIREDO, V.R. - 26, 27, 29, 52
FILIFE, F. M.L.R. - 13
FIORE, J. - 30
FISS, E. - 24, 44
FONSECA, M. S. M. - 53
FONSECA, S. S. M. C. - 47
FORMIGA, C. B. - 36
FORTE, V. - 14, 42
FRARE E SILVA, R. - 19, 26
FRATEZI, A. C. - 40
FREITAS, J. B. - 15
FREITAS, J. V. C. - 11, 14
FREITAS, L. L. - 20
FRENKIEL, S. - 50

G

GAMBERO, N. M. - 40
GARCIA, A. C. M. A. - 11
GAVIOLI, M.A. - 41
GENTA, P. R. - 47
GIMENES, A.C.O. - 30, 31
GODOY, I. - 24, 25, 26
GOMES, M. - 8, 13, 15, 18, 45, 50
GOMES, M. R. A. - 7
GOMES, V. - 9
GONÇALVES, A. L. L. - 17, 43
GONÇALVES, J. R. - 32, 39, 40, 41
GONÇALVES, N. C. - 32, 47
GONÇALVES, R. - 7, 10
GOUVEA, L. C. - 47
GRANDI, L.M. - 39
GRANGEIA, T.A.G. - 20, 35
GRAVA, S. - 27
GROSS, J. L. - 8, 10, 11, 14
GUANABARA, D.M. - 17, 39
GUARDIA, V. C. - 51

GUTIERREZ, M. R. - 48
GUZMAN, E. A. - 47

H

HADDAD, F. J. - 8, 10, 11, 14
HIROTA, A. S. - 38
HOETTE, S. - 15
HOLTZ, JO. V. S. - 39
HOVNANIAN, A. L. D. - 38, 41, 45
HURDANETA, J.G.H. - 39
IGNÁCIO, T. - 10
IMAEDA, C. J. - 14

I

IZBICKI, M. - 40

J

JACOMELLI, M. - 29
JAMINK, S. - 39, 40, 42
JASINOWODOLINSKI, D. - 44, 45
JATENE, F. B. - 9, 13, 14, 33, 34, 43, 51
JORGE, L. B. - 41
JUNIOR, J. E. - 33
JÚNIOR, N. F. P. - 43
JUNIOR, S. D. - 36

K

KAIRALLA, R. A. - 18, 19, 20, 35, 36, 38
KATO, L. T. - 34, 36, 40, 41, 47, 51
KAWASSAKI, A.M. - 19, 40, 48, 52
KIM, K. D. - 15, 20
KITAMURA, S. - 17, 23
KURANISHI, L. T. - 33, 42

L

LACERDA, Á. - 43
LACERDA, D. C. - 19
LATTARO, P.O. - 30, 31
LEÃO, L. E. V. - 14
LEIRO, L. C. F. - 7
LEITE, A. G. - 9, 27
LIDO, A. V. - 17, 23
LIMA-NETTO, J. C. - 11, 12
LIMA, A. G. - 8, 12
LIMA, D. F. - 24, 25
LIMA, I. L. Q. - 11, 12
LIMA, V. P. - 30, 42
LINS P. V., N. - 7
LLARGES, C. M. - 33
LOPES, A. C. - 25
LOPES, E. M. - 38, 40, 45
LORENTZ, G. Z. - 24
LOURENÇO, E. B. - 42
LUCHETA, P. A. - 26
LUZ, K. G. - 14

M

MACEDO NETO, A. C. - 44, 45
MACEDO, P. W. B. - 53
MACEDO, R. F. - 15, 20, 33, 35, 36
MACHADO, E. - 9
MACHADO, M. C. L. - 24, 25
MACIEL, R. - 44, 45
MAGLIARI, M. E. F. - 43
MAGLIARI, M. E. R. - 17
MAGRO, D. O. - 32
MAIA, J. - 30, 31
MAINARDI, J. P. A. J. - 8, 12
MALAGUTI, C. - 30, 31
MANTOVANI, P. A. - 51
MARCACINE, C. L. - 32, 47
MARCHI, E. - 23
MARINHO, F. C. A. - 15, 19, 27, 29, 34, 36, 38, 41, 42, 47
MARIONI, F. - 43
MARQUES, S. R. - 45
MARTINEZ, J.A.B. - 18, 25, 32, 48
MARTINICHEN, M. G. - 26
MARTINS, A. A. C. - 10
MARTINS, R. C. K. L. - 52
MARTINS, V. C. V. - 8, 13, 50
MARZOLA, I. H. T. - 30
MEDA, E. D. S. - 31
MEDEIROS, M. - 23, 43
MEIRELLES, G. - 44, 45
MENDES FILHO, G. - 12
MENDES, D.M. - 19, 34, 35, 36, 38, 40, 42, 47, 52
MENDES, P. - 9
MENDES, S. - 52
MENDONÇA, E. M. C. - 15
MENEZES L.R. - 38
MENEZES, A. - 9, 13
MENEZES, J. J. C. - 47
MENEZES, M. B. - 31
METZE, K. - 20
MINAMOTO, H. - 13, 14, 26, 27, 51
MIRANDA, A. - 53
MIRANDA, G. F. - 7
MIRANDA, R. L. - 44
MONTEIRO, M. M. - 32, 39, 41
MOREIRA, L. F. P. - 9
MORITZ, R.B.C. - 51
MORRONE, L.C. - 15
MOURA, F. A. A. - 14
MOURA, N. B. - 51
MOYSÉS, E. - 25
MURANO, T. G. P. - 19, 44
MUSOLINO, R. S. - 20, 33, 34, 35, 36
MUSSI, R. K. - 8, 12

N

NAGY, A. L. L. - 29
 NAIME, F. - 12
 NAKAGUMA, M. - 23
 NÁPOLIS, L. M. - 30
 NEDER, J. A. - 30, 31
 NEISS, M. A. - 7
 NEIVA, A. C. B. - 15, 17
 NERY, C. - 9, 10
 NERY, L. E. - 12, 30, 31
 NEVES, C. K. - 45
 NEVES, G. S. - 10
 NIETIMAN, H. - 13
 NOGUEIRA, C. R. - 30
 NOVAES, N. - 23
 NUGUE, PEDRO B. - 45

O

OGURO, C. M. - 51
 OLIVEIRA, A. N. - 30, 31
 OLIVEIRA, C. C. - 30, 31
 OLIVEIRA, D. - 9
 OLIVEIRA, E. Q. - 26, 27
 OLIVEIRA, J. B. - 31
 OLIVEIRA, J. I. - 17
 OLIVEIRA, J. S. - 19, 44
 OLIVEIRA, L. F. - 52
 OLIVEIRA, M. V. C. - 24, 25, 48, 50
 OLIVEIRA, R. A. - 41
 OLIVEIRA, T. - 48, 50
 ONOFRE, F. - 25, 32
 OTA, J. S. - 42
 OTSUKA, M. - 39

P

PADUA, A. I. - 53
 PÁDUA, A. I. - 18
 PÁDUA, C. H. S. - 15
 PAES, I. N. - 12
 PAISANI, D. - 30
 PAOLI, R. D. - 47
 PARISOTTO, T. M. - 51
 PASCHOAL, F. - 17
 PASCHOAL, I. A. - 15, 17, 20, 32, 33, 39, 40, 41
 PASIAN, SÔ. R. - 48
 PAVEZI, V. A. L. - 26
 PAZETTI, R. - 9
 PÊGO-FERNANDES, P. M. - 9, 14, 33, 43
 PELEGRINO, N. R. G. - 26
 PEREIRA, CA. A. - 48, 50
 PEREIRA, DA. M. - 31, 50
 PEREIRA, J. R. - 8, 45
 PEREIRA, L. - 25
 PEREIRA, M. A. B. - 7, 11

PEREIRA, M. C. - 20, 32, 33, 39, 40, 41
 PERFEITO, J. A. J. - 14, 42
 PERLINGEIRO, J. G. - 7
 PEROBA, Á. - 23
 PESSOA, A. - 8
 PINTO, R. M. DE C. - 7
 PONTES, E. P. O. - 14
 PONTES, S. M. R. - 31, 32
 PORFÍRIO, D. - 19, 26, 33, 35
 POULSEN, C. F. M. - 47
 PRADO, G. F. - 40, 42, 48
 PRADO, M. Y. A. - 25, 32
 PRADO, P. L. - 6

Q

QUAGLIATO JR., R. - 15, 35
 QUEIROGA JR, F. J. P. - 24, 25
 QUELUZ, T. H. A. T. - 41

R

RABELO, L. M. - 19, 26, 33, 35
 RAMOS, R. P. - 33, 39, 43
 RAMOS, S. G. - 18
 RAMPINELLI, E. A. - 24
 REBOUÇAS, B. M. X. C. - 44
 REIS, C. M. P. V. - 51
 REIS, F. A. - 31, 50
 REZENDE, S. M. - 35
 RIBEIRO, M. - 6, 26
 RIBEIRO, P. R. - 6
 RIBEIRO, S. - 23
 RICARDO, T. - 34
 RISSO, T. - 30
 RIVABEN, J. H. - 7, 10
 RIVETTI, R. - 10
 ROCHA, A. B. A. - 10
 ROCHA, E. R. F. - 8, 12
 ROCHA, J. R. - 13
 RODRIGUES, A. C. D. - 15, 17
 RODRIGUES, A. J. - 26
 RODRIGUES, C. - 23
 RODRIGUES, J. - 32, 47
 ROMALDINI, J. G. B. - 18, 45
 RONDELLI, R. R. - 30
 ROSA, L. S. - 42
 ROSALINO, U. A. C. - 8
 RUIVO, V. T. B. - 26, 27, 29
 RUJULA, MA. J. O. P. - 50
 RUSSO, R. - 23, 43
 RYMKIEWICZ, E. - 14

S

SAAD JR., R. - 7, 10
 SABADOTTO, G. B. - 50
 SACHETTO, Z. - 41

SALDIVA, P. H. N. - 9
 SALES, A. C. - 9
 SALES, R. K. B. - 27, 36
 SALHAB, R. M. - 17, 43
 SALIBE FILHO, W. - 24, 44
 SAMANO, M. - 9, 14, 33, 34, 43
 SANCHEZ, F. F. - 26
 SANCHO, L. M. M. - 51
 SANTANA, A. N. C. - 18, 19
 SANTANA, J. H. - 32, 47
 SANTANA, L. - 53
 SANTANA, T. - 39
 SANTIAGO, S. - 25
 SANTORO, I. L. - 24, 25, 39, 40, 42, 43
 SANTOS, E. - 39
 SANTOS, L. S. - 20, 53
 SANTOS, L. D. N. - 47
 SANTOS, L. O. K. S. - 53
 SANTOS, U. P. - 15, 17, 20, 48
 SARMENTO, P. A. - 14, 42
 SAUERBRONN GE; - 7
 SAYAMA, S. - 44
 SCALCO, R. C. - 36
 SCHMIDT, M. F. - 12
 SCORDAMAGLIO, P. R. - 29
 SCUARCIALUPI, M. E. - 24, 25
 SEABRA, J. C. T. - 8, 12
 SEISCENTO, M. - 27, 36, 42, 51, 52
 SEIXAS, D. M. - 40
 SHIOKAWA, L. - 26
 SILVA FILHO, A. - 9
 SILVA, B. A. K. S. - 31, 50
 SILVA, C. - 23
 SILVA, F. C. P. - 13
 SILVA, M. H. C. - 32, 47
 SILVA, R. A. - 8, 9, 10, 11, 14
 SILVA, T. - 18
 SILVA, T. L. - 13
 SILVA, V. V. - 39, 42
 SILVERIO, L. M. - 8
 SINIMBÚ, C. - 10
 SIQUEIRA, A. C. B. - 31
 SIQUEIRA, G. O. - 30
 SOBRANI, E. - 25, 32
 SOKOLOWSKY, W. - 45
 SOUSA, R. - 52
 SOUZA, E. S. T. - 48
 SOUZA, J. - 9
 SOUZA, L. M. S. - 30
 SOUZA, N. - 51
 SOUZA, R. - 53
 SOUZA, R. - 15
 SQUEFF, F. A. - 26, 27, 29
 STELMACH, R. - 6, 26
 STIEFANO N. S. - 7

STIRBULOV, R. - 45, 50
STUDART, F. - 50
SUESADA, M.M. - 51
SZARF, G. - 44, 45
SZEJNFELD, D. - 40

T

TAIRA, A. M. - 10
TAKAGAKI, T.Y. - 20, 34, 35, 36, 38,
40, 41, 42, 45, 47
TAKAYAMA, D.L.Y. - 47
TANNI, S. E. - 26
TEIXEIRA, C.A. - 25, 32
TEIXEIRA, F.O. - 14
TEIXEIRA, L.R. - 23
TEIXEIRA, R. - 33, 34
TEIXEIRA, R.H.O.B. - 14, 43
TELLES FILHO, F.Q. - 35
TERRA-FILHO, J. - 6
TERRA-FILHO, M. - 15, 40
TERRA, R.M. - 13, 27, 51
THURLER, N. F. - 51
TIBERIO, I. - 9
TORRES, D.M. - 33
TRANCHESI, R.A.M. - 20
TSUKUM, D.M.L. - 40
TUPINAMBÁ, T. - 31

U

UEHARA, C. - 40, 42
URDANETA, J. G. H. - 41

V

VALE, A.C.P.P.S. - 7
VALE, S. A. - 26, 29
VALOIS, F.M. - 42
VARGAS, F. - 23
VAZ, M. - 24
VÁZQUEZ, C.M.P. - 45
VEASEY, J. - 13
VIANNA, E.O. - 6, 31, 32, 48
VICENTE, R.N. - 38, 40, 41, 45
VIEIRA, M.L. - 25, 32
VILLAÇA, D.S. - 30
VILLALBA, WO. - 32, 40
VILLIGER, L.E.O. - 14
VOSS, L. - 50

W

WADA, F. - 24, 42, 44, 51
WAKSMAN, R. - 39
WEREBE, E.C. - 14, 43
WESTPHAL, D.C. - 11, 12
WESTPHAL, F.L. - 11, 12
WINTER, D.H. - 38, 40, 41, 45, 52

WU, C. - 40, 41, 48, 52
WU, R. - 23

X

XAVIER, A. - 42

Y

YONEZAWA, G.N. - 35, 41
YOO, H.H.B. - 41
YOUNES, R.N. - 8, 10, 11, 14

Z

ZAMARIOLI, L.A. - 51
ZAMBON, L. - 33
ZIRN, F.A.N. - 47



SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

PNEUMOLOGIA

Atualização e Reciclagem

Sétima Edição



Mauro Gomes
Sonia Maria Faresin



ROCA

A budesonida
que você confia,
com nova tecnologia.

Modulite®
HFA



Budair® budesonida

Substância
amplamente
pesquisada,
com tecnologia
Modulite®, para
controlar a asma.^{3,6,12,13}

Atua no local certo contra a asma

Budair®: distribuição uniforme do tamanho
das partículas (< 4.7µm)^{1,3,8,10,11}

Eficiência na distribuição das partículas aos pulmões¹⁻¹¹

200
doses

Mais
doses por
tratamento.

Aerossol doseado com bocal para 200 doses
com espaçador JET® e sem espaçador JET®



espaçador
JET®
sem
custo
adicional

Vide lista resumida do produto no corpo desta edição.

Referências: 1. Brambila G et al. Modulation of aerosol clouds produced by pressurized inhalation devices. *Inten Pharmacol* 1989; 188: 53-61 2. Brambila G et al. Plume profiling of beclomethasone dipropionate pMDIs. Presented at ISAM Intake, September 13-21, 2001 3. Gankerton G, Lewis D, Davies R, et al. Modulite: a means of designing the aerosols generated by pressurized metered dose inhalers. *Respir Med* 2002; 96 (Suppl 5): S3-S9 4. Woodcock A, Acosta D, Post G. Modulite technology: pharmacodynamic and pharmacokinetic implications. *Respir Med* 2002; 96 (Suppl 5): S9-S15 5. Grzelowska-Ryzewska I, Maciejczyk J, de Moraes M, Szlachetka K, Zorlow J, Siergiejko Z, Rossetti A, Carlini L, on behalf of the budesonide HFA-134a JET study Group. Equivalent asthma control and systemic safety of inhaled budesonide delivered via HFA-134a or CFC propellant in a broad range of doses. 6. Vestigh E, Kuhn R, Calzavara F, Bugiani M A, Rossetti A, Carlini L, on behalf of the budesonide-HFA MDI study group. Efficacy and safety of inhaled budesonide delivered once or twice daily via HFA-134a in mild to moderate persistent asthma in adult patients. Comparison with budesonide CFC. 7. Choi L, Lisch - The CFC to HFA Transition and Its Impact on Pulmonary Drug Development. *Respiratory care* - September 2005 vol 50 n. 9 8. Gankerton G et al. The formulation and evaluation of a CFC free budesonide pressurized metered dose inhaler. *Respir Med* 2002 Nov;97 (Suppl 5):S4-S 9. Lewis DA et al. Modulite: a simple solution to a difficult problem. *Respiration*, 2006;72 (Suppl 1):S-6. 10. Magnusson H, et al. Budesonide Modulite: Improving the changeover to CFC-free treatments. *Respir Med* 2003 Nov;97 (Suppl 5):S1-S. 11. Bouquet J et al. Inhalation. Modulite: simplifying the changeover. *Respir Med* 2002 Aug;96 (Suppl 5):S-5. 12. Hvidtov KM, Jarvis R. Budesonide Inhalation Suspension: A Review of its Use in Infants, Children and Adults with Inflammatory Respiratory Disorders. *Drug* 2000 Nov; 60(5), 1141-1176. 13. VI Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. *J Bras Pneumol* 2006;32(Supl 7):S 447-S 474.

Chiesi Line
0800-114525

www.chiesibrasil.com.br

Chiesi