



Jornal Brasileiro de **Pneumologia**

[www.jbp.org.br](http://www.jbp.org.br)

**Volume 42, Suplemento 1R**

outubro

2016

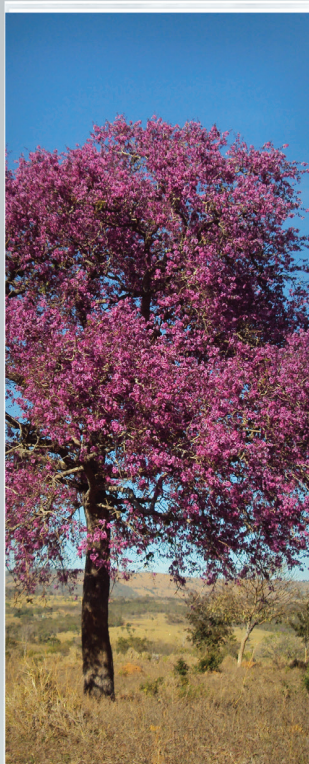
**XXXVIII Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia  
IX Congresso Luso-Brasileiro de Pneumologia  
XIV Congresso Brasileiro de Endoscopia Respiratória**

**11 a 15 de outubro de 2016  
RioCentro – Rio de Janeiro/RJ**

# O ESTADO DE GOIÁS RECEBERÁ UMA ILUSTRE VISITA:

O principal congresso brasileiro de pneumologia e tisiologia.

A SBPT convida você a agregar novos conhecimentos através de uma grade científica cuidadosamente elaborada, que vai abranger a maioria das doenças do sistema respiratório junto com um renomado time de congressistas estrangeiros e nacionais. Será uma oportunidade única para você levar mais conhecimento para dentro do seu consultório e para seus pacientes, e também conhecer as belezas do Estado de Goiás, do dia 8 a 12 de agosto de 2018!



Realização:



SOCIEDADE  
GOIANA DE  
PNEUMOLOGIA  
E TISIOLOGIA

FILIADA A SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA



XXXIX Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia  
e XV Congresso Brasileiro de Endoscopia Respiratória

CENTRO DE CONVENÇÕES DE GOIÂNIA/GO • DE 8 A 12 DE AGOSTO DE 2018.

**PREPARE-SE E  
COMPAREÇA!**



Jornal Brasileiro de **Pneumologia**

**Publicação Bimestral J Bras Pneumol. v.42, Suplmento 1R, p. R1-R318 outubro 2016**

#### EDITOR CHEFE

**Rogério Souza** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP

#### EDITORES EXECUTIVOS

**Bruno Guedes Baldi** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Caio Júlio Cesar dos Santos Fernandes** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Carlos Viana Poyares Jardim** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP

#### EDITORES ASSOCIADOS

**Afrânio Lineu Kritski** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ  
**Álvaro A. Cruz** - Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA  
**André Luis Pereira de Albuquerque** - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP  
**Ascedio Jose Rodrigues** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Bruno Hochhegger** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS  
**Edson Marchiori** - Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ  
**Fernanda Carvalho de Queiroz Mello** - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - RJ  
**Gilberto de Castro Junior** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Giovanni Battista Migliori** - Director WHO Collaborating Centre for TB and Lung Diseases, Fondazione S. Maugeri, Care and Research Institute, Tradate, Italy  
**Irma de Godoy** - Universidade Estadual Paulista, Botucatu - SP  
**Marcelo Alcântara Holanda** - Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - CE  
**Oliver Augusto Nascimento** - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP  
**Pedro Caruso** - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP  
**Pedro Rodrigues Genta** - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP  
**Renato Tetelbom Stein** - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS  
**Ricardo de Amorim Corrêa** - Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - MG  
**Ricardo Mingarini Terra** - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP  
**Simone Dal Corso** - Universidade Nove de Julho - São Paulo - SP  
**Ubiratan de Paula Santos** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Veronica Amado** - Universidade de Brasília, Brasília - DF

#### CONSELHO EDITORIAL

**Alberto Cukier** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Ana C. Krieger** - New York School of Medicine, New York - USA  
**Ana Luiza Godoy Fernandes** - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo - SP  
**Antonio Segorbe Luis** - Universidade de Coimbra, Coimbra - Portugal  
**Brent Winston** - Department of Critical Care Medicine, University of Calgary, Calgary - Canada  
**Carlos Alberto de Assis Viegas** - Universidade de Brasília, Brasília - DF  
**Carlos Alberto de Castro Pereira** - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo - SP  
**Carlos M. Luna** - Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires - Argentina  
**Carmen Sílvia Valente Barbas** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Celso Ricardo Fernandes de Carvalho** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Chris T. Bolliger** - University of Stellenbosch, Stellenbosch - South Africa  
**Dany Jasinowodolinski** - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo - SP  
**Denis Martinez** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS  
**Douglas Bradley** - University of Toronto, Toronto, ON - Canadá  
**Emílio Pizzichini** - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC  
**Fábio Biscegli Jatene** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Frank McCormack** - University of Cincinnati School of Medicine, Cincinnati, OH - USA  
**Geraldo Lorenzi** - Filho - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Gustavo Rodrigo** - Departamento de Emergência, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo - Uruguay  
**Ilma Aparecida Paschoal** - Universidade de Campinas, Campinas - SP  
**Isabela C. Silva** - Vancouver General Hospital, Vancouver, BC - Canadá  
**J. Randall Curtis** - University of Washington, Seattle, Wa - USA  
**John J. Godleski** - Harvard Medical School, Boston, MA - USA  
**José Alberto Neder** - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo - SP  
**José Antonio Baddini Martinez** - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP  
**José Dirceu Ribeiro** - Universidade de Campinas, Campinas - SP  
**José Miguel Chatkin** - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS  
**José Roberto de Brito Jardim** - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo - SP  
**José Roberto Lapa e Silva** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ  
**Kevin Leslie** - Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN - USA  
**Luiz Eduardo Nery** - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo - SP  
**Marc Miravittles** - Hospital Clinic, Barcelona - Espanha  
**Marisa Dolnikoff** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Marli Maria Knorst** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS  
**Mauro Musa Zamboni** - Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro - RJ  
**Nestor Muller** - Vancouver General Hospital, Vancouver, BC - Canadá  
**Noé Zamel** - University of Toronto, Toronto, ON - Canadá  
**Paul Noble** - Duke University, Durham, NC - USA  
**Paulo Francisco Guerreiro Cardoso** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Paulo Pego Fernandes** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP  
**Peter J. Barnes** - National Heart and Lung Institute, Imperial College, London - UK  
**Renato Sotto** - Mayor - Hospital Santa Maria, Lisboa - Portugal  
**Richard W. Light** - Vanderbilt University, Nashville, TN, USA  
**Rik Gosselink** - University Hospitals Leuven - Bélgica  
**Robert Skomro** - University of Saskatoon, Saskatoon - Canadá  
**Rubin Tuder** - University of Colorado, Denver, CO - USA  
**Sérgio Saldanha Menna** - Barreto - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS  
**Sonia Buist** - Oregon Health & Science University, Portland, OR - USA  
**Talmadge King Jr.** - University of California, San Francisco, CA - USA  
**Thais Helena Abrahão Thomaz Queluz** - Universidade Estadual Paulista, Botucatu - SP  
**Vera Luiza Capelozzi** - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP

Associação Brasileira  
de Editores Científicos



**Publicação Indexada em:**  
**Latindex, LILACS, Scielo**  
**Brazil, Scopus, Index**  
**Copernicus, ISI Web of**  
**Knowledge, MEDLINE e**  
**PubMed Central (PMC)**

**Disponível eletronicamente nas**  
**versões português e inglês:**  
**www.jornaldepneumologia.com.br**  
**e www.scielo.br/jbpneu**



ISI Web of Knowledge<sup>SM</sup>

SCOPUS

SciELO  
Brazil

INDEX COPERNICUS  
INTERNATIONAL

latindex



## SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

**Secretaria:** SCS Quadra 01, Bloco K, Asa Sul, salas 203/204. Edifício Denasa, CEP 70398- 900 Brasília - DF, Brasil.

Telefone (55) (61) 3245- 1030/ 0800 616218. Site: [www.sbpt.org.br](http://www.sbpt.org.br).

E- mail: [sbpt@sbpt.org.br](mailto:sbpt@sbpt.org.br)

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

### Diretoria da SBPT (Biênio 2015-2016):

**Presidente:** Renato Maciel - MG

**Secretário-Geral:** Paulo Henrique Ramos Feitosa - DF

**Diretor de Defesa Profissional:** Jose Eduardo Delfini Cançado - SP

**Diretor Financeiro:** Saulo Maia Davila Melo - SE

**Diretor Científico:** Miguel Abidon Aide - RJ

**Diretor de Ensino e Exercício Profissional:** Clystenes Odyr Soares Silva - SP

**Diretor de Comunicação:** Simone Chaves Fagundes - RS

**Presidente do Congresso SBPT 2016:** Marcus Barreto Conde - RJ

**Presidente Eleito (Biênio 2017/2018):** Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren - PE

**Presidente do Conselho Deliberativo:** Jairo Sponholz Araújo - PR

### CONSELHO FISCAL (Biênio 2015-2016)

**Efetivos:** Clóvis Botelho - MT, Benedito Francisco Cabral Júnior - DF, Rafael de Castro Martins - ES

**Membros Suplentes:** Maurício Meireles Góes - MG, Alina Faria França de Oliveira - PE, Paulo Cesar de Oliveira - MG

### COORDENADORES DOS DEPARTAMENTOS DA SBPT:

**Cirurgia Torácica** - Darcy Ribeiro Pinto Filho - RS

**Distúrbios Respiratórios do Sono** - Marcelo Fouad Rabahi - GO

**Fundoscopia Respiratória** - Mauro Musa Zamboni - RJ

**Função Pulmonar** - João Marcos Salge - SP

**Imagem** - Bruno Hochhegger - RS

**Patologia Pulmonar** - Ester Nei Aparecida Martins Coletta - SP

**Pneumologia Pediátrica** - Paulo Cesar Kussek - PR

### COORDENADORES DAS COMISSÕES CIENTÍFICAS DA SBPT:

**Asma** - Emilio Pizzichini - SC

**Câncer Pulmonar** - Teresa Yae Takagaki - SP

**Circulação Pulmonar** - Carlos Viana Poyares Jardim - SP

**Doença Pulmonar Avançada** - Dagoberto Vanoni de Godoy - RS

**Doenças Intersticiais** - José Antônio Baddini Martinez - SP

**Doenças Respiratórias Ambientais e Ocupacionais** - Ana Paula Scalia Carneiro - MG

**DPOC** - Roberto Stirbulov - SP

**Epidemiologia** - Frederico Leon Arrabal Fernandes - SP

**Fibrose Cística** - Marcelo Bicalho de Fuccio - MG

**Infecções Respiratórias e Micoses** - Mauro Gomes - SP

**Pleura** - Roberta Karla Barbosa de Sales - SP

**Relações Internacionais** - José Roberto de Brito Jardim - SP

**Tabagismo** - Luiz Carlos Corrêa da Silva - RS

**Terapia Intensiva** - Marco Antônio Soares Reis - MG

**Tuberculose** - Fernanda Carvalho de Queiroz Mello - RJ

### SECRETARIA ADMINISTRATIVA DO JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA

**Endereço:** SCS Quadra 01, Bloco K, Asa Sul, salas 203/204. Edifício Denasa, CEP 70398-900 - Brasília - DF, Brasil. Telefone (55) (61) 3245-1030/ 0800 616218.

**Assistente Editorial:** Luana Maria Bernardes Campos.

**E-mail:** [jpneumo@jornaldepneumologia.com.br](mailto:jpneumo@jornaldepneumologia.com.br)

**Tiragem:** 2.500 exemplares | **Tamanho:** 18 × 26,5 cm

**Distribuição:** Gratuita para sócios da SBPT e bibliotecas

Impresso em papel livre de ácidos

### APOIO:

Ministério da  
Educação

Ministério da  
Ciência, Tecnologia  
e Inovação

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Expediente

# Estaduais da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

## ASSOCIAÇÃO ALAGOANA DE DOENÇAS DO TÓRAX

Presidente: Tadeu Peixoto Lopes  
 Secretário: Artur Gomes Neto  
 Endereço: Rua Professor José Silveira Camerino, nº 1085 - Sala 501, Pinheiro, 57057-250- Maceió – AL  
 CEP: (82)30321967 (82) | (82)996020949  
 Telefone: sociedadealagoana.dt@gmail.com  
 Email: tadeup@hotmai.com

## ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Márcio Andrade Martins  
 Secretário: Antônio Cesar Cavallazzi  
 Endereço: Rodovia SC, 401 Km 4 – 3854 - Saco Grande 88.032 - 005 - Florianópolis – SC  
 CEP: (48)32310314  
 Telefone: acapti@acapti.org.br | site: www.acapti.org.br  
 E-mail: acapti@acapti.org.br

## ASSOCIAÇÃO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Presidente: Paulo Roberto de Albuquerque  
 Secretária: Suzianne Ruth Hosannah de Lima Pinto  
 Endereço: Av. Campos Sales, 762 - Tirol 59.020-300 - Natal – RN  
 CEP: (84)32010367 – (84)99822853  
 Telefone: paulo213@uol.com.br  
 E-mail: paulo213@uol.com.br

## ASSOCIAÇÃO MARANHENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Maria do Rosário da Silva Ramos Costa  
 Secretária: Denise Maria Costa Haidar  
 Endereço: Travessa do Pimenta, 46 - Olho D'Água 65.065-340 - São Luís – MA  
 CEP: (98)3226-4074 | Fax: (98)3231-1161  
 Telefone: rrcosta2904@gmail.com  
 E-mail: rrcosta2904@gmail.com

## ASSOCIAÇÃO PARAENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Carlos Augusto Abreu Albérico  
 Secretária: Elisângela Davila Aneli  
 Endereço: Passagem Bolonha, 134, Bairro Nazaré 66053-060 - Belém – PA  
 CEP: (91)8115-5048  
 Tel: spapnt@gmail.com  
 E-mail: spapnt@gmail.com

## SOCIEDADE AMAZONENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Evandro de Azevedo Martins  
 Secretária: Cléo da Rocha Monteiro Heidrich  
 Endereço: Av. Joaquim Nabuco, 1359 Centro Hospital Beneficente Portuguesa - Setor Cirurgia Torácica 69020030- Manaus – AM  
 CEP: (92)3234-6334  
 Telefone: aapctmanaus@gmail.com  
 E-mail: aapctmanaus@gmail.com

## SOCIEDADE BRASILENSE DE DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Bianca Rodrigues Silva  
 Secretário: Edgar Santos Maestro  
 Endereço: Setor de Clubes Sul, Trecho 3, Conj. 6 70.200-003 - Brasília – DF  
 CEP: (61) 3245-8001  
 Telefone: sbct@ambr.org.br  
 E-mail: sbct@ambr.org.br

## SOCIEDADE CEARENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Mara Rúbia Fernandes de Figueiredo  
 Secretário: Thiago de Oliveira Mendonça  
 Endereço: Av. Dom Luis, 300, sala 1122, Aldeota 60160-230 - Fortaleza – CE  
 CEP: (85) 3087-6261 - 3092-0401  
 Telefone: assessoria@scpt.org.br | site: www.scpt.org.br  
 E-mail: assessoria@scpt.org.br

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DA BAHIA

Presidente: Guilherme Sóstenes Costa Montal  
 Secretária: Dalva Virginia Oliveira Batista Neves  
 Endereço: ABM - Rua Baependi, 162. Sala 03 - Terreo - Ondina 40170-070 - Salvador – BA  
 CEP: (71) 33326844  
 Telefone: pneumoba@gmail.com | spba@outlook.com.br  
 E-mail: pneumoba@gmail.com

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO

Presidente: Cilea Aparecida Victória Martins  
 Secretária: Karina Tavares Oliveira  
 Endereço: Rua Eurico de Aguiar, 130, Sala 514 –Ed. Blue Chip. Praia do Campo 29.055-280 - Vitória – ES  
 CEP: (27)3345-0564 Fax: (27)3345-1948  
 Telefone: cilea38@hotmail.com  
 E-mail: cilea38@hotmail.com

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DO MATO GROSSO

Presidente: Carlos Fernando Gossn Garcia  
 Secretário: Paulo Cesar da Silva Neves  
 Endereço: Av. Miguel Sutil, n 8000, Ed. Santa Rosa Tower, sala 1207. Bairro: Santa Rosa 78040-400 Cuiaba - MT  
 CEP: (65) 99681445  
 Telefone: cfcgarcia@yahoo.com.br  
 E-mail: cfcgarcia@yahoo.com.br

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO DO SUL

Presidente: Angela Maria Dias de Queiroz  
 Secretária: Lilian Andries  
 Endereço: Rua Dr. Arthur Jorge n° 2117 - 902, Bairro São Francisco 79010-210 - Campo Grande - MS  
 CEP: (67)33252955 | (67)99853782  
 Telefone: diasqueiroz@hotmail.com  
 E-mail: diasqueiroz@hotmail.com

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Presidente: Gilmar Alves Zonzin  
 Secretária: Mônica Flores Rick  
 Endereço: Rua da Lapa, 120 - 3° andar - salas 301/302 - Centro 20.021-180 - Rio de Janeiro – RJ  
 CEP: (21) 3852-3677  
 Telefone: sopterj@sopterj.com.br | site: www.sopterj.com.br  
 E-mail: sopterj@sopterj.com.br

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Paulo Roberto Goldenfum  
 Vice: Adalberto Sperber Rubin  
 Endereço: Av. Ipiranga, 5.311, sala 403 90.610-001 - Porto Alegre – RS  
 CEP: (51)3384-2889 Fax: (51)3339-2998  
 Telefone: sptrs.secretaria@gmail.com | www.sptrs.org.br  
 E-mail: sptrs.secretaria@gmail.com

## SOCIEDADE GOIANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Karla Cristina de Moraes Arantes Curado  
 Secretária: Roseliane de Souza Araújo  
 Endereço: Galeria Pátio 22 - Rua 22, nº 69, Sala 17 – Setor Oeste 74.120-130 - Goiânia – GO  
 CEP: (62)3251-1202 / (62) 3214-1010  
 Telefone: sgpt2007@gmail.com - karlacurado1@hotmail.com  
 E-mail: sgpt2007@gmail.com

## SOCIEDADE MINEIRA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: David Vogel Koza  
 Secretária: Ana Cristina De Carvalho Fernandez Fonseca  
 Endereço: Av. João Pinheiro, 161 - sala 203 - Centro 30.130-180 - Belo Horizonte – MG  
 CEP: (31)3213-3197  
 Telefone: smpct@smcpt.org.br  
 E-mail: www.smpct.org.br  
 Site: www.smpct.org.br

## SOCIEDADE PARAIBANA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: José George Cunha Carneiro Braga  
 Secretário: José Gerson Gadelha  
 Endereço: Rua Maria Caetano Fernandes de Lima, 225 - Tambauzinho 58042-050 – João Pessoa - PB  
 CEP: (83)93020555  
 Telefone: georgecbraga@hotmail.com  
 E-mail: georgecbraga@hotmail.com

## SOCIEDADE PARANAENSE DE TISIOLOGIA E DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Leda Maria Rabelo  
 Secretária Geral: Daniella Porfírio Nunes  
 Endereço: Av. Sete de Setembro, 5402 - Conj. 105, 10º andar Batel 80240-000 - Curitiba – PR  
 CEP: (41)3342-8889  
 Telefone: contato@pneumopr.org.br | www.pneumopr.org.br  
 E-mail: contato@pneumopr.org.br

## SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Regina Maria de Carvalho Pinto  
 Secretária: Sílvia Caria Sousa Rodrigues  
 Endereço: Rua Machado Bittencourt, 205, 8º andar, conj. 83 - Vila Clementino 04.044-000 São Paulo – SP  
 CEP: 0800 17 1618  
 Telefone: sppt@sppt.org.br | www.sppt.org.br  
 E-mail: sppt@sppt.org.br

## SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Adriana Vellozo Gonçalves  
 Secretária: Ana Lúcia Pereira Lima Alves Dias  
 Endereço: Rua João Eugênio de Lima, 235 - Boa Viagem 51030-360 - Recife – PE  
 CEP: (81)3326-7098  
 Telefone: pneumopernambuco@gmail.com  
 E-mail: pneumopernambuco@gmail.com

## SOCIEDADE PIAUIENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Cromwell Barbosa de Carvalho Melo  
 Secretária: Tatiana Santos Malheiros Nunes  
 Endereço: Avenida Jose dos Santos e Silva, 1903 Nucleo de Cirurgia Torácica 64001-300- Teresina – PI  
 CEP: (86)32215068  
 Telefone: cromwellmelo.cirurgiatoracica@gmail.com  
 E-mail: cromwellmelo.cirurgiatoracica@gmail.com

## SOCIEDADE SERGIPANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Anaelze Siqueira Tavares Tojal  
 Secretário: Ostílio Fonseca do Vale  
 Endereço: Av. Gonçalves Prado Rollemberg, 211, Sala 11 Bairro São José 49050-370- Aracaju - SE  
 CEP: (79) 21071412  
 Telefone: anaelze.tojal@gmail.com  
 E-mail: anaelze.tojal@gmail.com

## COMISSÃO CIENTÍFICA E ORGANIZADORA DOS CONGRESSOS

Ana Paula Scalia Carneiro (MG)  
Bruno Hochhegger (RS)  
Carlos Viana Poyares Jardim (SP)  
Dagoberto Vanoni de Godoy (RS)  
Darcy Ribeiro Pinto Filho (RS)  
Emilio Pizzichini (SC)  
Ester Nei Aparecida Martins Coletta (SP)  
Fernanda Carvalho de Queiroz Mello (RJ)  
Frederico Leon Arrabal Fernandes (SP)  
João Marcos Salge (SP)  
José Antônio Baddini Martinez (SP)  
Luiz Carlos Corrêa da Silva (RS)  
Marcelo Bicalho de Fuccio (MG)

Marcelo Fouad Rabahi (GO)  
Marco Antônio Soares Reis (MG)  
Marcus Barreto Conde (RJ)  
Mauro Gomes (SP)  
Mauro Musa Zamboni (RJ)  
Miguel Abidon Aide (RJ)  
Patricia Rieken Macêdo Rocco (RJ)  
Paulo Cesar Kussek (PR)  
Renato Maciel (MG)  
Roberta Karla Barbosa de Sales (SP)  
Roberto Stirbulov (SP)  
Teresa Yae Takagaki (SP)

### DIRETORIA BIÊNIO 2015/2016

| **Renato Maciel (MG)**  
Presidente (biênio 2015/2016)  
| **Paulo Henrique Ramos Feitosa (DF)**  
Secretário-Geral  
| **José Eduardo Delfini Cançado (SP)**  
Diretor de Defesa Profissional  
| **Saulo Maia D'avila Melo (SE)**  
Diretor Financeiro  
| **Miguel Abidon Aide (RJ)**  
Diretor de Assuntos Científicos  
| **Clystenes Odyr Soares Silva (SP)**  
Diretor de Ensino e Exercício Profissional  
| **Simone Chaves Fagondes (RS)**  
Diretora de Comunicação  
| **Marcus Barreto Conde (RJ)**  
Presidente do Congresso SBPT 2016  
| **Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren (PE)**  
Presidente Eleito (biênio 2017/2018)

### COMISSÃO ORGANIZADORA LOCAL

Alexandre Pinto Cardoso  
Antonio Monteiro Chibante  
Bernardo Henrique F. Maranhão  
Carlos Alberto de Barros Franco  
Domenico Capone  
Jose Manoel Jansen  
Luiz Paulo Pinheiro Loivos  
Margareth Maria Pretti Dalcolmo  
Mauro Zamboni  
Miguel Abidon Aidé  
Paulo Cesar de Oliveira  
Thiers Marques Monteiro Filho



## Pôster com Discussão

### DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

#### PD001 AVALIAÇÃO DOS MARCADORES PROGNÓSTICOS DE PACIENTES COM DPOC NO PERÍODO DE NOVE ANOS

ROBSON APARECIDO PRUDENTE; CAROLINA BONFANTI MESQUITA; DUELENE LUDIMILA NOGUEIRA; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO; SIMONE ALVES DO VALE; STEPHANIA SILVA MARGOTTO; IRMA GODOY; SUZANA ERICO TANNI  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

As manifestações locais e sistêmicas da DPOC são bem relatadas na literatura, entretanto, existem poucos estudos que avaliaram a evolução de seus marcadores prognósticos em períodos acima de cinco anos. **Objetivos:** Avaliar os marcadores prognósticos de pacientes com DPOC no período de nove anos. **Métodos:** Foram acompanhados 133 pacientes com DPOC (55% homens e idade de 69,8±8,7 anos) que foram avaliados no momento basal e após nove anos por meio da espirometria, composição corporal (antropometria e impedância bioelétrica), intensidade de dispneia (índice de dispneia basal - BDI), distância percorrida em seis minutos (DP6), Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) e índice de comorbidade de Charlson (ICC). **Resultados:** Ao ser delineado o acompanhamento desses pacientes foram identificadas 64 mortes, 23 perdas de seguimento, 12 recusas de participação do seguimento e uma exclusão decorrente de exacerbações recorrentes; dessa forma, 33 indivíduos foram avaliados no momento basal e final. Após nove anos foram identificadas piora significativa na espirometria (VEF1 64,2±26,6% vs 54,2±22,5%; p < 0,001), na DP6 (457±98,7m vs 409±128m; p = 0,009), no domínio atividade do SGRQ (46,9±21,4 vs 61,48±24; p < 0,001) e no escore total do SGRQ [35 (19-51) vs 42 (28-59); p = 0,01] e no BDI [8 (5-10) vs 6 (3-8); p = 0,01]. Também foi observado aumento na massa magra corporal (41,1±6,4kg vs 47,7±7,9kg; p < 0,001) e ICC [3 (2-4) vs 4 (3-5); p < 0,001]. **Conclusão:** Após nove anos os pacientes com DPOC reavaliados apresentaram piora na grande maioria dos marcadores prognósticos ao contrário do ganho da massa magra corporal.

**Palavras-chave:** Dpoc; prognóstico; 9 anos

#### PD002 COMBINAÇÃO DE TREINAMENTO MUSCULAR INSPIRATÓRIO E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA SOBRE A TOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO EM PACIENTES COM DPOC: ENSAIO CLÍNICO CEGO, RANDOMIZADO E CONTROLADO

PAULO TARSO MULLER; RODRIGO KOCH; GABRIEL VICTOR RAPELLO; ALESSANDRO GOMES RAMOS; GISELE WALTER; LUIS ARMANDO PATUSCO

UFMS/HUMAP/LABORATÓRIO DE FISOPATOLOGIA

RESPIRATÓRIA, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.

Isoladamente, tanto ventilação não invasiva (VNI) quanto treinamento muscular inspiratório (TMI) já se mostraram importantes em aumentar a tolerância máxima ao exercício (Tlim) em pacientes com doença pulmonar obstrutiva

crônica (DPOC), mas a combinação dos dois métodos ainda não foi estudada. **Objetivos:** Neste trabalho, levantamos a hipótese de efeito aditivo do uso da VNI combinado ao TMI de alta intensidade sobre a Tlim (desfecho primário) e maior redução da percepção de esforço (Borg, 0-10) no exercício com a associação dos dois métodos comparado a cada um isoladamente (desfecho secundário). **Métodos:** Neste estudo randomizado e controlado nove pacientes foram submetidos a três fases de procedimentos: 1. Pré-TMI (espirometria, questionário SF-36, pressões respiratórias máximas (PImax), DLco e Teste de Exercício Cardiopulmonar-TECP incremental). Seguiu-se, em dias diferentes, três TECP de carga constante (80% max) com VNI em sequência aleatória (CPAP 4 cm H2O – controle, CPAP 7 cm H2O e PAV – ventilação assistida proporcional) para determinação de Tlim, percepção de esforço (dispneia e pernas), saturação periférica de O2 (SpO2, %) e variáveis hemodinâmicas básicas (pressão arterial e frequência cardíaca); 2. Fase de TMI, ou seja, quatro semanas de treinamento muscular inspiratório de alta intensidade, três vezes por semana, a 80% da PImax basal; 3. Pós-TMI (PImax e TECP carga constante com mesmo protocolo da primeira fase). **Resultados:** Foram convidados 54 pacientes em ambulatório especializado. Nove de treze pacientes com DPOC GOLD II-IV e elegíveis concluíram o estudo, com idade de 62,1±7,6 anos, VEF1= 39,9±15,0 % previsto e DLco =45,6±11,9 % previsto. A PImax aumentou de 55,7±15,0 para 74,0±15,0 (% previsto) pós TMI (p<0. 0001). Houve resposta significativa na Tlim para CPAP 7 cm H2O e PAV pré-TMI comparado ao controle (p<0,05) e resposta significante na interação entre TMI e VNI para CPAP 7 cm H2O e PAV, com aumento de Tlim (p<0,02) e redução da percepção de esforço nas pernas (p<0,04). Não houve modificação significante para variáveis hemodinâmicas e SpO2 na combinação de TMI e VNI (p>0. 05). **Conclusão:** Este estudo confirma o efeito positivo de CPAP e PAV na tolerância ao exercício em pacientes com DPOC e mostrou a que a associação de TMI e VNI é superior a qualquer um isoladamente em aumentar a endurance e em reduzir a percepção de esforço nos membros inferiores. ReBEC: U1111-1172-0785

1. Ambrosino N. The case for inspiratory muscle training in COPD (pro and con editorials). European Respiratory Journal 2011; 37(2): 233-235 DOI: 10. 1183/09031936. 00131210

2. Ambrosino N, Cigni P. Non-Invasive Ventilation as an additional tool for exercise training. Multidisciplinary Respiratory Medicine 2015;10(1): 1-6 DOI: 10. 1186/s40248-015-0008-1

3. Dolmage TE, Goldstein RS. Proportional assist ventilation and exercise tolerance in subjects with COPD. Chest 1997; 111(4): 948-954 DOI: 10. 1378/chest. 111. 4. 948

4. Hawkins P, Johnson LC, Nikletou D, Hamnegard CH, Polkey MI, Moxham J. Proportional assist ventilation as an aid to exercise training in severe chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2002; 57(10): 853-859 DOI: 10.

1136/thorax. 57. 10. 853

**Palavras-chave:** Dpoc; ventilação não invasiva; treinamento muscular inspiratório

**PD003** **RESPOSTA NEURO-HUMORAL E HEMODINÂMICA À REABILITAÇÃO POR OITO SEMANAS EM PACIENTES COM DPOC AVANÇADO**

**PAULO TARSO MULLER\***; FERNANDA VIANA PAULIN; GABRIEL VICTOR RAPELLO; GISELE WALTER

UFMS/HUMAP/LABORATÓRIO DE FISIOPATOLOGIA RESPIRATÓRIA, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.

Apesar de respostas positivas cardiovasculares relacionadas à reabilitação em pacientes com DPOC, como alterações ecocardiográficas, baro-reflexo periférico e pressão arterial (PA), pouco se sabe sobre o comportamento do precursor do peptídeo natriurético tipo B (NT-proBNP) e variáveis hemodinâmicas básicas durante o exercício em pacientes com DPOC avançado. **Objetivos:** Estudar respostas neuro-humorais (NT-proBNP), PA e pulso de oxigênio (V'O2p/FC) em repouso e durante testes de exercício cardiopulmonar (TECP) em carga constante antes e após oito semanas de reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC estágio III/IV de obstrução (GOLD). **Métodos:** Em estudo prospectivo e paralelo, 32 pacientes elegíveis finalizaram o estudo. O grupo 1 recebeu reabilitação 3x/semana por oito semanas (n=16) e o grupo 2 recebeu apenas tratamento regular sem reabilitação (n=16). Antes e após o programa de reabilitação foram coletadas amostras de sangue e variáveis hemodinâmicas básicas em repouso (NT-proBNP, PA, e V'O2p/FC) e as mesmas variáveis isotime no 4º. min durante exercício em carga constante, além de tempo máximo de tolerância ao exercício no ciclo-ergômetro (Tlim). Em uma análise post hoc, foram estudados subgrupos com NT-proBNP basal >40 pg/mL (subgrupo 1, n=11 e subgrupo 2, n=10). **Resultados:** Não houve diferenças estatisticamente significativas para dados antropométricos, de função pulmonar e Tlim basal entre os grupos (p>0,05 para todos). Em repouso, houve diferença significativa para PA sistólica e NT-proBNP somente entre subgrupos, este último com uma redução de 22 pg/mL após a reabilitação (p=0,05). Durante o exercício, houve redução significativa de PA sistólica no grupo 1 (p=0,036) e no subgrupo 1 (p=0,047) após a reabilitação. O NT-proBNP apresentou queda durante o exercício de 12 pg/mL (p=0,049) e 23 pg/mL (p=0,035) para grupo 1 e subgrupo 1 respectivamente após a reabilitação. Pulso de oxigênio não se modificou em qualquer grupo ou subgrupo como efeito da reabilitação. O Tlim modificou-se de 362±270s para 688±472s (p<0,0001) no grupo 1 e não se modificou significativamente no grupo 2. **Conclusão:** Modificações nos níveis pressóricos arteriais periféricos e internos de câmaras cardíacas podem ocorrer manifestamente durante o exercício como efeito da reabilitação e em subgrupos que devem ser melhor estudados. Futuros estudos devem avaliar o impacto destas modificações no prognóstico cardiovascular deste pacientes.

1. Brønstad E, Tjonna AE, Rognmo Ø, Dalen H, Heggli AM, Wisloff U, Ingul CB, Steinshamn S. Aerobic exercise training improves right- and left ventricular systolic function in patients with COPD. COPD 2013;10(3): 300-6. DOI: 10.3109/15412555.2012.745843.

2. Canavan JL, Kalaraju D, Nolan CM, Clark AL, Jones SE, Kon SS, Polkey MI, Man WD. Does pulmonary rehabilitation reduce peripheral blood pressure in patients with chronic obstructive pulmonary disease? Chron Respir Dis. 2015. 12(3): 256-63. DOI: 10.1177/1479972315587515.

3. Linssen GC, Bakker SJ, Voors AA, Gansevoort RT, Hillege HL, de Jong PE, van Veldhuisen DJ, Gans RO, de Zeeuw D. N-terminal pro-B-type natriuretic peptide is an independent predictor of cardiovascular morbidity and mortality in the general population. Eur Heart J. 2010; 31(1): 120-7. DOI: 10.1093/eurheartj/ehp420.

**Palavras-chave:** Dpoc; neuro-hormônio; reabilitação

**PD004** **EXPOSIÇÃO À QUEIMA DA CANA-DE-AÇÚCAR CAUSA ALTERAÇÃO NA FUNÇÃO PULMONAR, PERFIL INFLAMATÓRIO PULMONAR E SISTÊMICO DE DOENTES PULMONARES CRÔNICOS ATIVOS E FÍSICAMENTE INATIVOS.**

**TAMARA DOS SANTOS GOUVEIA\***; ERCY MARA CIPULO RAMOS; IARA BURIOLA TREVISAN; CAROLINE PEREIRA SANTOS; GUILHERME YASSUYUKI TACAO; GABRIEL FAUSTINO SANTA BRÍGIDA; ALINE DUARTE FERREIRA CECCATO; DIONEI RAMOS  
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO - UNESP, INDIANA, SP, BRASIL.

A exposição a poluentes atmosféricos causa efeitos adversos sobre a saúde humana, e a inalação destes pode induzir desde uma inflamação local até alterações sistêmicas em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Objetivo:** Avaliar exposição à cana-de-açúcar queimada sobre a função pulmonar, perfil inflamatório e sistêmico de indivíduos com DPOC ativos e fisicamente inativos. **Métodos:** 35 indivíduos foram divididos em três grupos: DPOC fisicamente inativos (G1; n=10; 71,8±8,5 anos; VEF1/CVF: 52,2±12,4), DPOC ativo (G2; n=15; 68,1±9,1 anos; VEF1/CVF: 52,6±8,7) e grupo controle (G3; n=10; 50,0±6,7 anos; VEF1/CVF: 83,5±5,0). A função pulmonar (espirometria) foi realizada de acordo com as normas da American Thoracic Society e European Respiratory Society, com valores de normalidade relativos à população brasileira. Para avaliar o perfil inflamatório pulmonar foi utilizada a técnica do condensado do ar exalado (EBC), nos quais foram analisadas as citocinas IL-6, IL-10 e TNF-α e para o perfil inflamatório sistêmico foram coletadas amostras de soro sanguíneo, a fim de analisar IL-8 e TNF-α. As coletas foram realizadas em dois períodos: período de não queima (março) e período de queima (setembro). Nestes mesmos períodos também foram coletados poluentes como dióxido de nitrogênio (NO2), material particulado (MP10) e ozônio (O3) além de umidade relativa do ar (UR) e temperatura (T) por meio de uma rede automática (CETESB) na cidade Presidente Prudente/SP. Para comprovação da normalidade foi realizado pelo teste de Shapiro-Wilk. Para comparação dos dados basais entre os grupos foi utilizado o ANOVA One Way com pós-teste de Bonferroni. Para análise intragrupos entre os períodos avaliados foi utilizado o teste t de Student para amostras dependentes ou teste de Wilcoxon dependendo da normalidade dos dados. O nível de significância foi de p<0,05. **Resultados:** Na comparação dos períodos de não queima, o G3 apresentou maiores valores comparados com os grupos G1 e G2 nas variáveis espirométricas (CVF% (p=0,001), VEF1% (p<0,0001), VEF1/CVF (p<0,0001), FEF25-75 (p<0,0001) e PFE (p<0,0001)). Na comparação intragrupos entre os períodos de não queima e queima da cana-de-açúcar tanto o grupo G1 como G2 apresentaram diminuição da relação VEF1/CVF no período de queima comparado ao período de não queima (G1: 48,1±13 vs 52,2±12,4; p=0,007 / G2: 49,7±11,8 vs 52,6±8,7; p=0,021). Em relação ao perfil inflamatório pulmonar, ambos os grupos com DPOC apresentaram aumento nas concentrações de IL-6 no período de queima comparado ao período de não queima (G1: 2,0±1,0 vs 1,6±0,9; p=0,012 / G2: 2,1±1,5 vs 1,5±1,0; p=0,041). Em relação ao perfil inflamatório sistêmico houve diminuição



da IL-8 no G1 no período de queima (13,1±8,6 vs 6,6±3,6; p=0,011). **Conclusões:** Nos períodos de queima os indivíduos com DPOC apresentaram diminuição dos valores espirométricos e aumento das concentrações de IL-6 no condensado do ar exalado em comparação ao período de queima. Já quanto ao perfil sistêmico, apenas o grupo DPOC fisicamente inativo apresentou diminuição da IL-8 no período de queima.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica; poluição; perfil inflamatório

#### **PD005 ASSOCIAÇÃO ENTRE ADIPOCINAS, CITOCINAS E MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS EM PACIENTES COM DPOC**

**CAROLINA BONFANTI MESQUITA\***; ROBSON APARECIDO PRUDENTE; LAURA CARAM; CAROLINE KNAUT; DUELENE LUDIMILA NOGUEIRA; THYEGO MYCHEL MOREIRA SANTOS; IRMA GODOY; SUZANA ERICO TANNI

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

Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam inflamação sistêmica caracterizada por aumento de citocinas. Estudos recentes têm mostrado que o tecido adiposo pode contribuir para aumentar a inflamação sistêmica e que podem estar associados a manifestações sistêmicas. **Objetivo:** Avaliar a associação das adipocinas, citocinas e manifestações sistêmicas em pacientes com DPOC. **Métodos:** Foram avaliados 59 pacientes com DPOC leve a muito grave de acordo com GOLD (54,2% do gênero feminino, idade = 68,9 ± 9,5 anos, VEF1 = 1,2 ± 0,59 L). Foram realizados espirometria, oximetria de pulso, índice de massa corporal (IMC), distância percorrida em 6 minutos (DP6), estado geral de saúde por meio do questionário de qualidade de vida na doença respiratória (SGRQ) e questionário de Ansiedade de Depressão (HAS). Interleucina-6 (IL-6), proteína C-reativa (PCR), adiponectina e leptina foram medidos no plasma. **Resultados:** 13,6% dos pacientes eram DPOC leve, 45,7% moderada, 25,4% grave e 15,3% muito grave. Os pacientes com DPOC moderada [0,27 (0,20-0,29), p = 0,002] e grave [0,27 (0,20-0,29), p = 0,018] mostrou concentrações de leptina maiores do que DPOC leve [0,47 (0,38-0,61)]. Não identificamos diferenças nos marcadores inflamatórios e na adiponectina. Foram identificados correlação negativa de leptina com a idade (r = -0,41, p = 0,001) e associação positiva de leptina com o IMC (r = 0,600, p = <0,001) e PCR (r = 0,322, p = 0,02). DP6 apresentou correlação negativa com o PCR (R = -0,341, p = 0,03) e adiponectina (R = -0,303, p = 0,04). **Conclusão:** O presente estudo mostrou que as adipocinas e citocinas inflamatórias podem apresentar associações com manifestações sistêmicas na DPOC.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica; marcadores inflamatórios; adipocinas

#### **PD006 PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA DE ALFA-1-ANTITRIPSINA (AAT) EM PACIENTES COM DPOC NA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO – UERJ**

**RAFAEL VARGAS DA SILVA\***; THÁIS FERRARI FERRARI DA CRUZ; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; ROSA MARIA FERNAMBEL MARQUES E SILVA; ARNALDO JOSE NORONHA; MARGARETH GOMES PIO; THIAGO PRUDENTE BARTHOLÓ

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

A deficiência de alfa-1-antitripsina (AAT) é um distúrbio genético resultante de mutações no gene SERPINA 1 responsável pela síntese da proteína. A redução dos níveis séricos de AAT pode resultar em acometimento hepático e pulmonar, sendo que este último manifesta-

se principalmente pelo surgimento de enfisema precoce. Estudos indicam que a doença surgiu inicialmente no norte Europeu e, atualmente, estima-se que aproximadamente 3 milhões de pessoas no mundo possam ser portadoras de deficiência de AAT. Dentre todas as variantes relacionadas à doença clínica, a mutação no alelo Z do gene SERPINA 1 é a que cursa com mais sintomas. **Objetivo:** Descrever a prevalência de deficiência de AAT e seus genótipos associados em pacientes com diagnóstico de DPOC e em acompanhamento ambulatorial. **Métodos:** Foram coletadas amostras do sangue periférico e realizada a dosagem de AAT através de imunonefelometria em pacientes com diagnóstico de DPOC em acompanhamento no serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. Posteriormente, o estudo molecular do gene SERPINA 1 foi feito através do método de sequenciamento nos pacientes que apresentaram dosagem baixa de AAT. O nível sérico considerado positivo para deficiência de AAT era <2,64mg/dl. **Resultados:** Foram analisados 494 pacientes, sendo 53% homens. Idade média = 65,2 +14 anos. De todos os pacientes analisados, 93% eram fumantes ou ex-fumantes (carga tabágica média: 41,9 + 38 m-a). Verificou-se que 8% dos pacientes apresentavam deficiência de AAT, dos quais 3% tinham genótipo MS, <1% SS, <1% SZ, 1% MZ, 3% ZZ, e 1 paciente tinha um alelo nulo (M1 Nulo). Juntando os pacientes com alterações Z e nulo, observamos que quase 4% dos pacientes com DPOC apresentavam alterações graves. **Discussão:** A literatura cita que 2 a 6% dos pacientes com DPOC apresentam deficiência de AAT e que a dosagem desta enzima deve ser feita de forma rotineira em pacientes com diagnóstico precoce de DPOC, naqueles sem histórico de tabagismo ou de exposição a fator de risco, ou quando são observadas imagens com predomínio basal na radiografia ou tomografia de tórax. Na nossa análise, a idade dos pacientes com DAAT é inferior e um percentual menor fuma (77%), mesmo assim, apresentam VEF1% pós BD médio de 47,2 +18, inferior aos pacientes sem DAAT (51,7 + 20%). Este percentual está acima do que é descrito na literatura. Devemos levar em conta que esta análise está sendo realizada em um ambulatório de instituição escola, referência no Rio de Janeiro, e que pode não representar a realidade dos pacientes com DPOC em geral, pois há maior concentração de pacientes graves. **Conclusão:** Foi verificada a existência de um alto percentual de pacientes com DPOC que apresentam deficiência de AAT em um ambulatório de referência, sendo que a mutação z homo ou heterozigótica foi a mais frequentemente encontrada. Os dados sugerem que o diagnóstico da deficiência de AAT possa estar subestimada em nosso meio.

**Palavras-chave:** Dpoc; deficiência de alfa 1; tabagismo

#### **PD007 PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA.**

**PAULO ROBERTO TONIDANDEL\***; SILVIA MARIA DA SILVA DORIA; ILMA APARECIDA PASCHOAL; MÔNICA CORSO PEREIRA UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

**Racional:** Determinar os fatores de risco para desenvolvimento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é essencial para a sua prevenção primária e secundária uma vez que sua prevalência vem aumentando e impactando negativamente na sua morbi-mortalidade. Tabagismo permanece o principal fator de risco, porém a doença também se desenvolve em não fumantes. Tal risco se eleva quando os fatores se somam. **Objetivo:** Investigar a presença de um ou mais fatores de risco para DPOC em uma população de pacientes atendidos em um ambulatório

de referência para a doença. **Métodos:** Estudo transversal em uma amostra de conveniência com entrevista sócio-demográfica para identificação de fatores de risco da DPOC em pacientes de ambos os sexos que são seguidos no ambulatório. Para seu diagnóstico foi utilizado o critério espirométrico proposto pelo GOLD. Os fatores de risco investigados foram: tabagismo, exposição à fumaça de combustão de biomassa e de tabaco fumado; diagnóstico prévio de asma, tuberculose e infecções respiratórias; exposição ocupacional à vapores, gases ou fumaça; As identificações dos fatores mencionados foram descritas como presentes ou ausentes. **Resultados:** Foram avaliados 71 pacientes com idade média de 61,8 anos ( $\pm$  8,9), sendo 53% do sexo feminino. A distribuição da gravidade segundo o Gold foi de 4%, 38%, 40% e 18% para as categorias 1, 2, 3 e 4 respectivamente. A frequência de tabagistas (atuais e progressos) foi de 84%. Exposição à fumaça de combustão de biomassa foi identificada 77% da amostra. Asma foi relatada em 27%, tuberculose prévia em 4%, tabagismo passivo em 77%, infecções respiratórias prévias em 15%, exposição ocupacional à pó em 53%. **Conclusão:** Embora permaneça como principal fator de risco, o tabagismo não foi o único fator identificado nessa população. Dentre os pacientes tabagistas, 85% tinham pelo menos outro fator de risco associado. A exposição à fumaça de queima de biomassa é frequente e deve ser sempre investigada; inclusive foi o único fator de risco identificável em 6 pacientes. A frequência de exposição ocupacional também foi elevada, o que indica que a história ocupacional deve ser realizada de rotina para sua identificação. A magnitude das prevalências de fatores de risco além do tabagismo aqui encontradas sugere que, além de intensificar as estratégias de prevenção contra o tabagismo, é importante uma busca ativa de outros fatores de risco para DPOC, a fim de atuar também na sua prevenção.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica; fatores de risco; epidemiologia

#### **PD008 GRELINA DIMINUI A INFLAMAÇÃO E MELHORA A FUNÇÃO CARDIOPULMONAR EM MODELO MURINO DE ENFISEMA**

**NAZARETH N ROCHA\*<sup>1</sup>; MILENA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; CASSIA BRAGA<sup>2</sup>; GISELE DE ARAUJO PADILHA<sup>2</sup>; JOHNTAS D SILVA<sup>2</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>1</sup>; PEDRO LEME SILVA<sup>2</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO<sup>2</sup>**

1. UFF, NITEROI, RJ, BRASIL; 2. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. USP, SÃO PAULO, RJ, BRASIL.

No Brasil, na última década, a DPOC foi a quinta maior causa de internação no SUS entre os maiores de 40 anos com cerca de 200 mil hospitalizações por ano. No entanto, tem-se observado que a DPOC é uma doença associada a múltiplos fatores de comorbidade, que contribuem para uma redução na sobrevida desses pacientes. O hormônio gastrointestinal grelina além de sua ação como estimulante do apetite, vem demonstrando múltiplos atributos tais como ação anti-inflamatória, reversão da caquexia e melhora da função cardíaca. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da grelina em modelo murino de enfisema **Métodos:** Enfisema foi induzido em vinte e cinco camundongos BL6/C57 por meio da administração intratraqueal de elastase porcina 0,2 IU, uma vez por semana durante 4 semanas (grupo E). Vinte camundongos receberam salina no lugar de elastase pelo mesmo período e foram considerados grupo controle (C). Duas semanas após a indução de enfisema, 10 animais do grupo C e 15 animais do grupo E receberam 200  $\mu$ g / kg / dia por via intraperitoneal de grelina, durante 3 semanas, enquanto que a contraparte recebeu solução salina. Todos os

animais foram submetidos a absorvância de raio-X de dupla energia (DEXA) e ecocardiograma antes e após a indução do enfisema e depois da administração intraperitoneal de salina ou grelina para análise da composição corporal e função cardiovascular. Na décima semana, foi avaliada a mecânica pulmonar. Os animais foram, então, sacrificados e os pulmões retirados para análise morfométrica, quantificação de fibras elásticas e colágenas. Interleucina 8 e VEGF foram quantificados por meio de ELISA tecidual pulmonar. Macrófagos M1 (iNOS), M2 (arginase) e F4/80 foram quantificados por imunohistoquímica. **Resultados:** Animais do grupo E evoluíram com perda de massa magra. Além disto, apresentaram menor elastância estática (Est,L) quando comparados ao grupo C ( $p < 0.01$ ). No ecocardiograma, os animais do grupo E demonstraram maior área de ventrículo direito (VD) e menor razão tempo de aceleração pulmonar/ tempo de ejeção pulmonar (TAP/TEP) ( $p < 0.05$ ). A análise morfométrica do pulmão revelou intercepto linear médio, diâmetro alveolar médio, percentagem de conteúdo de neutrófilos e de fibras colágenas no parênquima pulmonar maiores no grupo E quando comparados ao grupo C (59%, 34%, 73%, 95%, respectivamente). A imunohistoquímica revelou um aumento de F4/80 e de subpopulação de macrófago M1 no grupo E em relação ao grupo C (89% e 65%, respectivamente). IL8 tecidual pulmonar foi maior no grupo E ( $p = 0,02$ ). Nenhuma diferença foi observada para VEGF. A análise ultraestrutural do pulmão revelou importante destruição dos septos alveolares com perda de seus capilares no grupo E. Após o tratamento com grelina observou-se no grupo E, melhora da composição corporal e da mecânica pulmonar e regressão da hipertensão pulmonar. Observou-se redução de F4/80 e M1 com concomitante aumento de macrófagos alveolares M2. O conteúdo de fibras colágenas reduziu no septo alveolar (66%) e nos vasos pulmonares (76%). Os danos ultraestruturais foram atenuados. A Est,L no grupo E tratado com grelina foi similar ao grupo C. **Conclusão:** no presente estudo experimental, o tratamento com grelina melhorou a composição corporal e a função cardiopulmonar. Provavelmente a grelina atua reduzindo a atividade inflamatória por meio da polarização dos macrófagos e reparando o dano tecidual. No entanto, outros estudos, especialmente in vitro são necessários para confirmação destes achados.

**Palavras-chave:** Enfisema; função cardiopulmonar; grelina

#### **PD009 ANÁLISE COMPARATIVA DO TRANSCRIPTOMA ENTRE TECIDOS PULMONARES DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) E CÂNCER DE PULMÃO**

**RENATA FERRARI\*<sup>1</sup>; BRUNO EVARISTO DE ALMEIDA FANTINATTI<sup>2</sup>; LAURA CARAM<sup>1</sup>; DUELENE LUDIMILA NOGUEIRA<sup>3</sup>; KARINE CRUZICHI MEMARE<sup>4</sup>; LIA AYUMI UMEZAWA<sup>4</sup>; SUZANA ERICO TANNI<sup>1</sup>; IRMA GODDY<sup>1</sup>**

1. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2. INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS DE BOTUCATU - UNESP - UNIV ESTADUAL PAULISTA, DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP - UNIV ESTADUAL PAULISTA, DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4. INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS DE BOTUCATU - UNESP - UNIV ESTADUAL PAULISTA, BOTUCATU, SP, BRASIL.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e o câncer de pulmão são as principais causas de morte no mundo, ambas associadas à exposição ao tabagismo. A DPOC é fator de risco independente para o câncer de pulmão, particularmente para o carcinoma de células escamosas.

Os mecanismos moleculares que levam os pacientes com DPOC desenvolver câncer de pulmão não estão elucidados. Estudos de expressão gênica disponíveis em dados públicos por transcriptoma podem gerar Resultados de alto rendimento para auxiliar na compreensão dos processos moleculares subjacentes entre essas doenças. **Objetivos:** Avaliar o perfil de expressão gênica e as principais redes e vias alteradas na DPOC e câncer de pulmão. **Indivíduos e Métodos:** Foram analisadas 65 amostras de tecido pulmonar de pacientes com DPOC e 65 de pacientes com câncer de pulmão de células escamosas. As amostras foram baixadas de conjunto de dados públicos (GSE 57148 e GSE 81089) disponíveis no Gene Expression Omnibus (GEO) do National Center for Biotechnology Information (NCBI). Os dados foram extraídos por meio do software SRA-Tool kit (v. 2. 7. 0). Os reads foram processados com base no software Trimmomatic (v. 0. 36) para remoção de regiões com baixa qualidade de leitura, e de adaptadores. Os fragmentos sequenciados foram processados com base no genoma humano (v. UCSC\_hg38), por meio do software RSEM (v. 1. 2. 12). Para análise de expressão gênica diferencial entre as amostras, os read counts foram extraídos por meio do software HTseq (v. 0. 5. 4), e os diferenciais de expressão foram obtidos com base no pacote DESeq (R/Bioconductor). Análises de ontologias foram executadas utilizando o plugin BinGO (v. 3. 0. 3) por meio do software Cytoscape (v. 3. 4. 0). **Resultados:** Um total de 295 genes foram diferencialmente expressos entre os tecidos de pulmão de DPOC e câncer (taxa de detecção falsa corrigida  $p < 0,01$ ). Dos 295, 38 genes estavam com a expressão diminuída e 257 com a expressão aumentada. Foram encontrados sete genes específicos da DPOC e 44 genes do carcinoma de células escamosas. Os processos biológicos relacionados aos genes de expressão aumentada foram, entre outros, a comunicação e diferenciação celular. Funções de atividade molecular estrutural também parecem estar associadas a genes diferencialmente expressos entre as condições analisadas. Os genes com expressão diminuída em câncer apresentaram relação com fatores relacionados com componente de matriz extracelular, entre outros. **Conclusão:** Comunicação e diferenciação celular e atividade estrutural foram as vias que se apresentaram mais desreguladas entre os genes diferencialmente expressos nos tecidos pulmonares de pacientes com DPOC e câncer de pulmão. Os genes envolvidos com controle celular e remodelamento da matriz extracelular encontram-se alterados nas patologias estudadas. O remodelamento leva à transição mesenquimal do epitélio, o qual é um precursor conhecido em formas de câncer epitelial, incluindo o câncer de pulmão. Uma vez que pacientes com DPOC tem risco aumentado para desenvolver câncer de pulmão, a alteração desses genes e de vias relacionadas à sinalização celular podem ter implicações clínicas importantes.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica; câncer de pulmão; expressão gênica

**PD010 ENSAIO CLÍNICO FASE I: INSERÇÃO DE VÁLVULAS ENDOBÔNQUICAS UNIDIRECIONAIS COMBINADA COM TERAPIA COM CÉLULAS MESENQUIMAIS DERIVADAS DE MEDULA ÓSSEA EM PACIENTES COM ENFISEMA PULMONAR: FERNANDA FERREIRA CRUZ\*<sup>1</sup>; HUGO GOULART DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; MARIANA ANTUNES<sup>1</sup>; AMARILIO VIEIRA DE MACEDO NETO<sup>2</sup>; GUILHERME AUGUSTO OLIVEIRA<sup>2</sup>; FABIO MUNHOZ SVARTMAN<sup>2</sup>; JOSÉ ROBERTO LAPA E SILVA<sup>1</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO<sup>1</sup>**  
1. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA), PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

A inserção de válvulas endobrônquicas (EBV) unidirecionais para reduzir o aprisionamento de ar pulmonar tem sido utilizada como terapia para pacientes com DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica). No entanto, pode haver um processo inflamatório local que pode contribuir para a piora do quadro clínico destes pacientes. Nossa hipótese é que a inserção de EBV combinada à administração intrabrônquica de células estromais mesenquimais (MSCs) iria diminuir o processo inflamatório, impedindo assim as complicações mais frequentes da inserção de EBV em pacientes com DPOC grave. **Métodos:** Para testar tal hipótese, este estudo inicial fase I, procurou investigar a segurança desta abordagem, utilizando um desenho prospectivo, randomizado, controlado com placebo, paciente-cego. Pacientes com enfisema heterogêneo avançado (GOLD III ou IV) receberam aleatoriamente tanto MSCs derivadas da medula óssea ( $10^6$  cells, EBV + MSC) ou soro fisiológico (EBV) ( $n = 5 /$  grupo), por broncoscopia, pouco antes da inserção das válvulas unidirecionais endobrônquicas. Os pacientes foram avaliados 1, 7, 30 e 90 dias após a terapia. **Resultados:** Todos os pacientes completaram o protocolo do estudo e 90 dias de acompanhamento. O tratamento com MSC não resultou em toxicidade aguda, eventos adversos graves ou morte. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos no número total de eventos adversos, a frequência das exacerbações da DPOC, ou agravamento da doença. Além disso, não houve diferenças significativas em exames de sangue, função pulmonar, ou Resultados radiológicos. No entanto, os indicadores de qualidade de vida foram maiores no EBV + MSC comparação com EBV. Pacientes com EBV + MSC apresentaram diminuição dos níveis séricos da proteína C-reativa aos 30 e 90 dias, assim como apresentaram redução dos índices BODE e MMRC. **Conclusão:** Assim, o uso combinado de EBV e MSCs parece ser seguro em pacientes com DPOC grave, fornecendo base para estudos posteriores utilizando MSCs como terapia adjuvante.

**Palavras-chave:** Estudo clínico; redução de volume pulmonar; terapia celular

## ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

**PD011 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM VIA AÉREA DE ADULTOS – AVALIAÇÃO DO PAPEL DA BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL EM HOSPITAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**  
TIAGO SPIAZZI BOTTEGA\*<sup>1</sup>; DANIEL DI PIETRO<sup>1</sup>; MARCELO ZANCHET<sup>1</sup>; ANGELO FERREIRA DA SILVA JUNIOR<sup>1</sup>; JÉSSICA ECHEVERRÍA<sup>2</sup>; RAFAELLE DE OLIVEIRA SOUZA<sup>2</sup>; HENRIQUE EDUARDO DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; GABRIEL KOZAKEVICH<sup>1</sup>  
1. HRSJ - SC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL; 2. UNISUL - SC, PALHOÇA, SC, BRASIL.

Aspiração de corpos estranhos em via aérea é um evento mais comum em crianças do que em adultos, e está relacionado a perda do nível de consciência, trauma, idade avançada, entre outros. Embora a broncoscopia rígida seja o método diagnóstico e terapêutico de escolha, a broncoscopia flexível pode ser de grande auxílio em muitas situações clínicas. Neste estudo, revisamos uma série de casos realizados no Hospital regional de São José-SC avaliando a taxa de sucesso do procedimento. **Objetivos:** O objetivo primário foi avaliar a taxa de sucesso da broncoscopia flexível. Os objetivos secundários foram avaliar a o tempo dos sintomas até a procura ao atendimento médico, a frequência de pneumonia pós-obstrutiva, e frequência de pacientes que apresentaram insuficiência respiratória, intubação, hemoptise, dentre outros. **Métodos:**

Trata-se de estudo observacional transversal que apresenta como critérios de inclusão pacientes com diagnóstico confirmado por broncoscopia de corpo estranho em via aérea traqueobrônquica. Foram incluídos 11 pacientes do período de Abril de 2013 a Julho de 2016. Os dados clínicos dos pacientes foram obtidos através de prontuário eletrônico. Os dados demográficos foram avaliados por estatística descritiva e incluíram informações sobre as medianas, frequências e a relação entre as variáveis estudadas. **Resultados:** A taxa de sucesso da broncoscopia na retirada de corpos estranhos em vias aéreas foi de 90,9%, sendo que apenas um paciente necessitou da retirada por broncoscopia rígida (o corpo estranho foi uma pedra alojada em brônquio fonte esquerdo). A taxa de pneumonia pós-obstrutiva foi de 45%, e esteve intimamente relacionada ao tempo do início dos sintomas e a realização da broncoscopia. Dois pacientes necessitaram de intubação orotraqueal (18%), um por atelectasia de pulmão esquerdo e outro por trauma cranioencefálico. Hemoptise ocorreu em 45% dos pacientes (5 pacientes), todos de muito pequeno volume e relacionados a objetos pontiagudos ou a pneumonia pós-obstrutiva. Chama atenção no nosso estudo que 72% dos pacientes encontravam-se lúcidos quando aspiraram o corpo estranho. A tomografia foi realizada em apenas 27% dos pacientes, sendo que a maioria dos pacientes em estudos realizou o exame no dia da chegada ao hospital. Não houve nenhuma complicação ou intercorrência importante em nenhum procedimento. **Conclusão:** Nosso estudo demonstra o importante papel da broncoscopia flexível no diagnóstico e e retirada de corpo estranho em via aérea. É imperativo o preparo adequado da equipe que realizará o procedimento assim como o ambiente adequado. Em adultos, é possível altas taxas de sucesso na retirada de corpo estranho.

**Palavras-chave:** Broncoscopia flexível; corpo estranho; pneumonia pós-obstrutiva

#### **PD012 RENDIMENTO DIAGNÓSTICO DA BRONCOSCOPIA EM PACIENTES COM NEOPLASIA DE PULMÃO E LESÃO ENDOBRÔNQUICA**

**MÁRCIA JACOMELLI\***; SERGIO EDUARDO DEMARZO; NILZA SAYURI ABE; ADDY LDIVINA MEJIA PALOMINO; FELIPE NOMINANDO DINIZ OLIVEIRA; EVELISE LIMA; KAROLINE BENTO RIBEIRO; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO  
*INCOR HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Avaliamos retrospectivamente 221 pacientes com diagnóstico de neoplasia de pulmão no período de 17 meses (dezembro de 2011 a junho de 2013), em um hospital terciário de ensino. Destes 128 eram do sexo masculino (57,9%); com média de idade:  $63,74 \pm 11,99$  anos (17 a 88 anos de idade); o tamanho médio das lesões era de  $6,1 \pm 2,89$  cm; em 20 casos havia comprometimento de pregas vocais (9,0%). Foram avaliados 173 massas (78,3%); com tamanho médio de  $6,72 \pm 2,56$  cm; 26 nódulos (11,8%) com tamanho médio de  $1,96 \pm 0,68$  cm e em 22 casos (10%) não foi anotado o tamanho ou tratava-se de bulky disease. A broncoscopia foi diagnóstica em 84,6% (187/221). Foi diagnosticado lesão endobrônquica em 164 pacientes (74,2% do total) com os seguintes aspectos e respectivos rendimentos diagnósticos: enantema de mucosa em 16 pacientes (com diagnóstico de neoplasia em 12, rendimento diagnóstico de 75,0%); infiltração de mucosa em 74 pacientes (com diagnóstico de neoplasia em 67, rendimento diagnóstico de 90,5%); lesão vegetante em 22 pacientes (com diagnóstico de neoplasia em 20, rendimento diagnóstico de 90,9%); lesão vegeto-infiltrativa em 52 pacientes (com diagnóstico de neoplasia em 50, rendimento diagnóstico de 96,2%).

Nestes 164 casos de lesão endobrônquica a broncoscopia foi diagnóstica em 149 pacientes (rendimento diagnóstico 90,85%). Dos 148 pacientes com aspecto da lesão dos tipos infiltração mucosa, lesão vegetante e lesão vegeto-infiltrativa, a biópsia endobrônquica foi realizada em 145 e foi positiva em 128 (88,27%). A biópsia endobrônquica foi realizada como procedimento único em 113 pacientes e diagnóstica em 103 casos (positividade de 91,1%). A taxa de complicações da biópsia endobrônquica (sangramento) foi significativamente maior nos casos em que o diagnóstico não foi estabelecido (35,3% vs 15,8%), provavelmente pois o sangramento impediu o prosseguimento do exame e coleta de mais fragmentos. **Conclusão:** a broncoscopia é um método com elevado rendimento diagnóstico, principalmente em casos com lesão endobrônquica.

**Palavras-chave:** Broncoscopia; neoplasia de pulmão; diagnóstico

#### **PD013 COMBINAÇÃO DE TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS SUBSIDIÁRIAS NA SUSPEITA DE INFEÇÃO – HÁ VANTAGEM? LÍLIA MAIA SANTOS\*; MARIA ALCIDE TAVARES MARQUES SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA – CHUC, COIMBRA, PORTUGAL.**

A broncofibroscopia e as suas técnicas subsidiárias têm grande utilidade em certos casos de infecção pulmonar, nomeadamente na necessidade de isolamento do agente etiológico. Muitas vezes a combinação da sua análise microbiológica e citológica é efetuada com o objetivo de aumentar a precisão diagnóstica necessária para a adequada abordagem terapêutica. **Objetivo:** Avaliar a rentabilidade diagnóstica da análise microbiológica e/ou citológica do aspirado brônquico, LBA e escovado brônquico em pacientes com suspeita de infecção pulmonar e a vantagem na combinação destas técnicas. **Métodos:** Estudo retrospectivo de uma amostra de indivíduos submetidos a broncofibroscopia no Serviço de Pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, de Março a Maio de 2016. Foram incluídos doentes com suspeita/diagnóstico de infecção pulmonar aos quais foi feita recolha para análise microbiológica e/ou citológica do aspirado brônquico, LBA e/ou escovado brônquico. Foram registados numa base de dados vários parâmetros clínicos e analíticos constantes dos processos clínicos e efetuada análise estatística apropriada. Valores de  $p < 0,05$  foram tidos como significativos. **Resultados:** Incluíram-se 67 doentes, a quem foi efetuada recolha e análise microbiológica do aspirado brônquico, positiva em 40,3% dos casos, com isolamento mais frequente de *Staphylococcus aureus* (37%), citomegalovírus (14,8%), micobactérias (14,8%) e *Klebsiella pneumoniae* (14,8%). Desses doentes, em 61 foi também feita colheita de LBA para análise microbiológica, positiva 36,1% dos casos, com isolamento mais frequente de *Staphylococcus aureus* (31,8%), seguido de *Pneumocystis jirovecii* (18,2%) e de *Klebsiella pneumoniae* (18,2%). Verificou-se que os Resultados destas técnicas concordam em 78,7%, apresentando concordância significativa e substancial ( $\kappa = 0,642$ ,  $p < 0,001$ ). Em 49 dos aspirados brônquicos foi realizada também análise citológica, resultando em inflamação inespecífica (94%), metaplasia epidermóide (2%), infecção por *Candida* (2%) e por *Aspergillus* (2%). A mesma análise efetuada em 39 dos LBAs resultou em inflamação inespecífica (97,4%) e invasão traqueal por carcinoma epidermóide do esófago (2,6%). Não se verificou concordância entre os Resultados destas técnicas ( $p = 0,732$ ). A análise citológica do escovado brônquico, efetuada em 12 doentes, revelou inflamação inespecífica (83,3%), metaplasia (8,3%) e carcinoma (8,

3%). Analisando a concordância entre estes Resultados com os da citologia do aspirado brônquico e do LBA, verificou-se uma concordância significativa e substancial ( $\kappa = 0.636$ ,  $p = 0.002$ ) e significativa quase completa ( $\kappa = 1.0$ ,  $p = 0.014$ ), respectivamente. Calculou-se ainda a sensibilidade da análise microbiológica para o diagnóstico etiológico de infecções, que foi de 84.4% para o aspirado brônquico e 75.9% para o LBA. A sensibilidade da sua análise citológica foi de 12% e 5.6%, respectivamente, e de 33.3% para o escovado brônquico. A especificidade calculada foi de 100% para todas. **Conclusões:** Apesar de muitas vezes se recorrer à combinação da análise microbiológica e citológica das várias técnicas subsidiárias da broncofibroscopia verificamos que, na população estudada, os seus Resultados são muito concordantes, tendo a análise microbiológica do aspirado brônquico mostrado superioridade. Assim, podemos concluir que a análise criteriosa de cada situação é essencial, uma vez que nem sempre a combinação constitui uma mais-valia.

**Palavras-chave:** Aspirado brônquico; lavado bronquico; infecção

#### **PD014 PUNÇÃO ASPIRATIVA TRANSBRÔNQUICA COM AGULHA GUIADA POR ULTRASSOM ENDOBRÔNQUICO (EBUS-TBNA) – EXPERIÊNCIA INICIAL NO INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (IDT-UFRJ)**

**MICHELLE CAILLEAUX CEZAR<sup>\*</sup>; RAFAELA VIEIRA FERREIRA DA SILVA; CAROLINY SAMARY SILVA LOBATO; JOÃO PEDRO STEINHAUSER MOTTA; MARCELO MAGALHÃES PEGADO; AMIR SZKLO**

*INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX /UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A punção aspirativa transbrônquica com agulha guiada por ultrassom endobronquico (EBUS-TBNA) é uma modalidade broncoscópica de grande valia ao diagnóstico de patologias pulmonares e mediastinais. Objetivos. Descrição dos exames realizados no IDT/UFRJ desde a implantação do EBUS-TBNA. Métodos. No IDT/UFRJ o EBUS-TBNA foi implantado no serviço de Broncoscopia em 2014, e é realizado predominantemente em regime ambulatorial sob sedação venosa e sem a presença de anatomopatologista para a análise em tempo real. Uma parte do material punccionado é colocado em solução fixadora para confecção de cell-block e análise citopatológica. Outra parte do material é enviada para pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) ou geneXpert e realização de cultura para micobactérias, dependendo da suspeita clínica. Resultados. Desde o início da experiência já foram realizados 55 exames, com um total de 73 linfonodos punccionados, com 90% de adequação do material analisado. O linfonodo mais abordado foi o paratraqueal direito (cadeia 4R), abordado em 29 exames, enquanto a cadeia infracarinal foi punccionada em 23 exames. Dentre os pacientes submetidos ao procedimento, 70% apresentavam idade maior ou igual a 51 anos e 64% eram do sexo masculino. A principal indicação ao procedimento foi a suspeita de neoplasia de pulmão com acometimento linfonodal, responsável por 49% das indicações. Já o estadiamento linfonodal em pacientes já diagnosticados com neoplasias de pulmão ou esôfago foi motivo de 5 exames (9%). Outras indicações foram suspeita de tuberculose (14%), sarcoidose (9%), massas mediastinais (7%), e acometimento linfonodal por neoplasia não pulmonar (7%). Dentre os linfonodos punccionados, 29 (41%) foram positivos para malignidade, e o material aspirado, na grande maioria das vezes, foi apropriado para realização de imunohistoquímica. Dentre as malignidades

diagnosticadas, o principal tipo foi carcinoma pulmonar não pequenas células, encontrado no material de 17 linfonodos, seguido por carcinoma pulmonar pequenas células, diagnosticado em 9 aspirados, carcinoma indiferenciado foi encontrado em 2, e linfoma em 1. Foram diagnosticados 21 novos casos de neoplasia e comprovado o acometimento linfonodal no estadiamento de 3 neoplasias previamente conhecidas. O EBUS-TBNA foi o método responsável pelo diagnóstico primário em 61% dos casos. Nas doenças benignas, o EBUS-TBNA auxiliou o diagnóstico de 4 casos de tuberculose (presença de granuloma com ou sem necrose ou cultura específica positiva), 1 teratoma, 1 sarcoidose, e 1 cisto de duplicação esofágico. Conclusão. Apesar de ser uma ferramenta utilizada principalmente no estadiamento linfonodal de neoplasia conhecida, nossa experiência com o EBUS-TBNA teve como principal indicação a tentativa diagnóstica de neoplasia pulmonar e não apenas o seu estadiamento. Através do EBUS-TBNA foi muitas vezes alcançado o diagnóstico da malignidade e a comprovação de comprometimento linfonodal em um mesmo momento, dessa maneira mudando a rotina diagnóstica do nosso serviço de broncoscopia.

**Palavras-chave:** Broncofibroscopia; ebus-tbna; diagnóstico

#### **PD015 PERFIL MICROBIOLÓGICO DE BRONCOSCÓPIAS EM PACIENTES TRANSPLANTADOS DE PULMÃO NO INCOR – HCFMUSP.**

**KARLINE BENTO RIBEIRO<sup>\*</sup>; FELIPE NOMINANDO DINIZ OLIVEIRA; DIEGO HENRIQUE RAMOS; SILVIA VIDAL CAMPOS; SERGIO EDUARDO DEMARZO; MÁRCIA JACOMELLI; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO**  
*INCOR FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

O transplante de pulmão é uma alternativa terapêutica para as doenças pulmonares avançadas. Complicações infecciosas contribuem substancialmente para a morbidade e mortalidade após o transplante sendo responsável por aproximadamente 25% dos óbitos. O risco de infecções está presente em todo período do pós-operatório, porém a prevalência dos agentes varia de acordo com o tempo de transplante. Até o primeiro mês, as infecções relacionadas ao procedimento cirúrgico e derivadas do doador ou do próprio receptor são mais comuns. Do primeiro ao sexto mês, a ativação de infecções latentes é mais frequente. Após o sexto mês, aumenta a prevalência de infecções adquiridas na comunidade. No nosso serviço realizamos broncoscópias de vigilância no pós-operatório em 2 semanas, 3 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses, além de investigação de suspeita de infecção pulmonar. **Objetivos:** Avaliar perfil microbiológico das broncoscópias realizadas em pacientes submetidos a transplante pulmonar. **Métodos:** Análise observacional e descritiva de Resultados de culturas de lavados broncoalveolares de broncoscópias realizadas em pacientes transplantados de pulmão no INCOR - HCFMUSP no período de março de 2015 a julho de 2016. Foi considerado cultura positiva naqueles com crescimento de patógeno maior que 10000 UFC/ml. **Resultados:** Foram realizados 151 exames de 66 pacientes no período citado sendo 127 (84%) exames por vigilância e 24 (16%) por investigação de processo infeccioso. O tempo de pós operatório variou de 7 dias a 9 anos. Culturas positivas foram observadas em 41 (27%) exames. Identificado 59 agentes. O agente mais encontrado foi do grupo de pseudomonas sp (46,3%). Os demais em ordem decrescente de prevalência foram: 17% Stenotrophomonas maltophilia, 17% Streptococcus, 9,7% Klebsiella pneumoniae, 7,3% aspergillus, 7,3% Estafilococcus e 4,8% Burkholderia cepacia. Outros agentes totalizaram em 34%. **Conclusão:**

Pacientes submetidos a transplante de pulmão estão sob um maior risco de complicações infecciosas seja pelo alto nível de imunossupressão e pelas alterações de mecanismos de defesa local como o clearance mucociliar. Dessa forma, a broncoscopia com lavado broncoalveolar exerce um papel fundamental no diagnóstico diferencial desses pacientes.

**Palavras-chave:** Transplante pulmonar; broncoscopia; infecção

## CIRURGIA TORÁCICA

### PD016 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ESTENOSE TRAQUEAL TRATADOS COM TRAQUEOSTOMIA VERSUS ÓRTESES TRAQUEAIS

**PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO\***; **MAURO FEDERICO TAMAGNO**; **BENOIT JACQUES BIBAS**; **HELIO MINAMOTO**; **RICARDO MINGARINI TERRA**; **JULIANA MOL TRINDADE**; **PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES**

*DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

Nos pacientes portadores de estenoses traqueais pós-intubação que não são candidatos a tratamento definitivo através de ressecção e anastomose necessitam de traqueostomia e/ou órteses traqueais para manutenção da perviedade da via aérea central. Até o momento não há estudos avaliando a qualidade de vida deste grupo de pacientes. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida (QV) em paciente portadores de estenoses traqueais benignas pós-intubação com foco nas diferenças em QV entre portadores de traqueostomia, órteses de silicone de Dumon e tubo T de Montgomery. **Métodos:** Estudo prospectivo com dados coletados durante 4 meses consecutivos. Critérios de inclusão foram idade entre 18 e 65 anos; portadores de estenoses traqueais benignas tratados com órteses de Dumon, tubo T de Montgomery ou traqueostomia; capacidade de compreender e responder um questionário de QV. Pacientes submetidos a ressecção traqueal prévia ou portadores de outras doenças incapacitantes foram excluídos. Pacientes foram selecionados aleatoriamente. QV foi avaliada através da aplicação de questionário SF-36. Escores foram computados e analisados como medianas. Diferenças entre os grupos foram avaliadas pelo teste de Kruskal-Wallis e corrigidas pelo teste de Dunn. A influência das variáveis na QV foram avaliadas através de regressão linear. Significância estatística foi assumida para valores de  $p \leq 0,05$ . **Resultados:** Noventa e três pacientes (idade média de 38+14 anos; 62 masculinos) foram incluídos. A média de tempo de tratamento foi de 4. 4+3. 5 anos. Os tratamentos utilizados foram tubo T de Montgomery (n=56; 60%) traqueostomia (n=24) e endopróteses de Dumon (n=13). A QV mediana nos pacientes com estenose traqueal foi pobre, sendo os escores mais baixos obtidos nos domínios aspecto físico (12. 5), dor corporal (22) e aspecto emocional (33). Os escores em pacientes com endopróteses de Dumon foram superiores aos dos demais tratamentos, entretanto a diferença foi significativa apenas no aspecto físico ( $p=0. 04$ ), na comparação entre endoprótese de Dumon versus traqueostomia ( $p=0. 001$ ) e endoprótese de Dumon versus tubo T de Montgomery ( $p=0. 01$ ). Na comparação entre os escores normalizados do SF-36, a endoprótese de Dumon obteve QV superior com 6 domínios atingindo os valores médios. Pacientes com traqueostomia apresentaram a pior QV com todos os domínios abaixo de 1 desvio padrão da média. O tempo de tratamento influenciou QV no domínio aspecto físico ( $p=0. 002$ ). **Conclusão:** QV em pacientes

com estenose traqueal é pobre, sendo que há diferenças com o tipo de tratamento instituídos. A traqueostomia determinou a pior QV dentre os tratamentos avaliados.

**Palavras-chave:** Estenose de traqueia; qualidade de vida; prótese traqueal

## CÂNCER

### PD017 ULTRASSONOGRRAFIA ENDOBRÔNQUICA (EBUS) NA VIDA REAL: DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO E ESTADIAMENTO DE CÂNCER DE PULMÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA TORÁCICA

**JOÃO PEDRO STEINHAUSER MOTTA\***; **ALEXANDRE PINTO CARDOSO**; **MARCOS EDUARDO PASCHOAL**; **LUIZ RONIR**; **JOSÉ ROBERTO LAPA E SILVA**

*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

Há pouco mais de 10 anos foram publicados os primeiros artigos descrevendo a técnica de aspiração transbrônquica com agulha fina guiada por ultrassom endobrônquico (EBUS-TBNA). Desde então, diversas publicações conferiram significativa robustez científica à técnica, o que acabou levando à disseminação e incorporação da mesma à rotina médica de serviços de pneumologia e cirurgia torácica.

**Métodos:** Este estudo avaliou pacientes consecutivos que, durante o período de janeiro 2010 a agosto 2012, foram submetidos a ultrassonografia endobrônquica (EBUS) e, posteriormente, a cirurgia torácica. Todos os procedimentos foram realizados na Lungenklinik Hemer, tradicional centro de diagnóstico e tratamento de câncer de pulmão na Alemanha. O período do estudo coincide com o período em que o autor principal trabalhou como médico da equipe de pneumologia do hospital. A coleta de dados, análise estatística e redação do estudo foram realizados na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Amostras obtidas por EBUS-TBNA foram comparadas com as amostras cirúrgicas. O desfecho primário foi a proporção de pacientes com diagnóstico por EBUS-TBNA de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) corretamente subtipados. O desfecho secundário foi o valor preditivo negativo (VPN) de EBUS-TBNA para o estadiamento mediastinal do câncer de pulmão. **Resultados:** Duzentos e oitenta e sete pacientes foram estudados. As amostras de EBUS-TBNA não demonstraram achados patológicos em 188 pacientes (65. 5%), 84 (29. 2%) foram diagnosticados como CPNPC, 8 (2. 7%) como outras doenças malignas e 7 (2%) como achados patológicos benignos. Considerando 84 pacientes com diagnóstico final de CPNPC por EBUS-TBNA, 79% (IC 95% 70. 1-87. 3) foram corretamente subtipados quando comparados com as amostras cirúrgicas. O VPN de EBUS-TBNA para o estadiamento mediastinal, levando em conta um total de 238 pacientes com diagnóstico final de CPNPC após abordagem cirúrgica, foi de 89% (IC 95% 84. 9-92. 7). De um total de 21 casos falsos negativos de estadiamento mediastinal, 16 (76%) não fizeram tomografia com emissão de pósitrons (PET-CT) antes do EBUS e em 15 (71%), a cadeia linfonodal acometida não chegou a ser puncionada por EBUS-TBNA. Dez pacientes (47%) tinham metástases apenas em cadeias linfonodais não diretamente acessíveis por EBUS-TBNA. **Conclusão:** Realizado no ambiente de rotina hospitalar e em pacientes candidatos a cirurgia torácica, EBUS-TBNA demonstrou-se uma boa ferramenta para o diagnóstico patológico detalhado do câncer de pulmão. O VPN de 89% para o estadiamento mediastinal é comparável ao reportado previamente na literatura, mas o número relativamente alto de 21 casos falsos negativos aponta para a necessidade de elaboração

de estratégias de condutas de rotina antes, durante e após a realização do EBUS

**Palavras-chave:** Ebus; câncer de pulmão; estadiamento mediastinal

## DOENÇAS INTERSTICIAIS

### **PD018** BIÓPSIA PULMONAR CIRÚRGICA (BPC) EM PACIENTES COM PADRÃO INCONSISTENTE DE PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL (PIU) À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC) DE TÓRAX

**REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA<sup>1</sup>**; **KARIN MULLER STORRER<sup>1</sup>**; **LILIAN TIEMI KURANISHI<sup>1</sup>**; **MARIA RAQUEL SOARES<sup>1</sup>**; **ISRAEL MISSRIE<sup>1</sup>**; **ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA<sup>2</sup>**; **RIMARCS GOMES FERREIRA<sup>1</sup>**; **CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA<sup>1</sup>**  
1. UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SAO PAULO, SP, BRASIL.

A atual classificação proposta para doenças pulmonares intersticiais (DPI) fibrosantes baseada nos padrões de PIU encontrados na TC tórax divide-se em: padrão definitivo para PIU, padrão possível PIU e padrão inconsistente com PIU. Recentemente, foi sugerido que PIU na histologia é o principal diagnóstico no padrão tomográfico inconsistente com PIU. **Objetivo:** Descrever o diagnóstico clínico e histológico em uma larga série de casos com padrão inconsistente com PIU na TC tórax. **Métodos:** Foi realizada revisão sistemática dos prontuários de pacientes de três centros de referência em DPI de São Paulo. Foram incluídos casos com DPI fibrosante caracterizada pela presença na TC de tórax de reticulado, linhas intralobulares, distorção lobular, bronquiectasias de tração ou bronquioloectasias, associados ou não a faveolamento, e um ou mais achados inconsistentes para o diagnóstico de PIU definitiva na TC de tórax. A avaliação radiológica foi feita por meio de protocolo padronizado aplicado para todos os pacientes, por pneumologistas e radiologistas torácicos experientes. Todas as BPC foram revistas por 2 patologistas especialistas em DPI. O diagnóstico clínico final foi feito após discussão multidisciplinar. **Resultados:** Foram incluídos 132 casos, sendo 55 (42%) casos do sexo masculino. A média e desvio-padrão (DP) de idade foi  $57 \pm 12$  anos. História de tabagismo foi relatada em 60 (45%) casos. O valor médio e DP para CVF em porcentagem do previsto foi de  $63 \pm 17\%$ . Exposição relevante para pneumonite de hipersensibilidade crônica (PHC) foi relatada em 102 (77%) casos. Sintomas de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) estavam presentes em 50 (38%) casos. O diagnóstico clínico mais comumente encontrado foi PHC, descrito em 78 (59%) casos, seguido de fibrose por DRGE em 19 (14%). A presença associada destes diagnósticos ocorreu em 9 pacientes (7%). Os outros diagnósticos finais foram: 6 FPI (4%), 4 indefinido (3%), 3 pneumonia intersticial com achados autoimunes (2%), 3 fibrose pulmonar familiar (FPF=2%), 2 pneumonia intersticial não específica (2%), 2 doença tabaco-relacionada (2%), 1 pneumonia em organização criptogênica fibrosante (1%). PIU na histologia foi diagnosticada em 16 pacientes. Destes, 12 (75%) tinham exposição relevante para PHC. O diagnóstico clínico final neste grupo foi de PHC em 8, FPI em 6 e FPF em 2. Dos pacientes com FPI, 3 não tinham exposição para PHC. Independentemente do diagnóstico clínico final, a sobrevida foi menor nos pacientes com PIU na histologia (log rank = 7.28, p = 0.007). **Conclusão:** Em pacientes com padrão inconsistente com PIU na TC tórax, FPI é incomum. Neste grupo, PHC, DRGE ou ambos devem ser considerados como diagnósticos clínicos finais.

**Palavras-chave:** Tomografia de tórax; piu; pneumonite de hipersensibilidade

## PNEUMOPEDIATRIA

### **PD019** GENES ASSOCIADOS A REPOSTA INFLAMATÓRIA E SUA ATUAÇÃO NA PRESENÇA DA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA GRAVE

**FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON<sup>1</sup>**; **CARMEN SÍLVIA BERTUZZO<sup>1</sup>**; **MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO<sup>1</sup>**; **ALFONSO EDUARDO ALVAREZ<sup>1</sup>**; **JOSÉ DIRCEU RIBEIRO<sup>1</sup>**  
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

A bronquiolite viral aguda grave (BVAG) acomete uma faixa pediátrica de alto risco, com variabilidade entre populações quanto sua frequência. Múltiplos genes foram associados à sua presença. No entanto, determinar seu perfil genético é complexo, e dependemos da categorização de gravidade e tamanho amostral para análise estatística. **Objetivos:** Verificar o perfil genético para o risco e gravidade da BVAG, considerando variantes genéticas relacionados a resposta inflamatória. **Métodos:** Incluídos 186 pacientes com BVAG por diagnóstico clínico, com idade inferior a um ano e 536 controles saudáveis com idade superior a 18 anos sem história de doença pulmonar pessoal e/ou na família por duas gerações. Variáveis populacionais: ventilação mecânica (VM), oxigenoterapia, tempo de internação e permanência em unidade de tratamento intensivo (UTI). Foram avaliados 125 genes, sendo validados e considerados para o estudo de associação 256 variantes informativas. Para a análise genética foi utilizada a plataforma OpenArray™ (LifeTechnologies®). Análise estatística foi realizada no SPSS vs 22.0.  $\alpha=0,05$ . **Resultados:** Houve associação com 65 variantes em 51 genes, em relação a presença de BVAG. Na amostra analisada, o fator proteção [odds ratio (OR) inferior a um] teve amplitude de 0,03 (95%IC=0-0,24; rs790631\*TT, gene *IL23R*) a 0,64 (95%IC=0,43-0,96; rs487202\*GG, gene *IL23R*). Para valores de OR indicando maior risco para a BVAG, houve o menor valor de 1,49 (95%IC=1,02-2,20, rs1898671\*GG, gene *TSLP*) e três superior a dez, indicando alto risco para BVAG [(OR=17,12; 95%IC=7,83-37,44, rs35094768\*AC, gene *TBXA2R*); (OR=10,66; 95%IC=5,46-20,80; rs5743708\*AG; gene *TLR2*); (OR=10,62; 95%IC=4,25-26,53; rs6334\*AG; gene *NTRK1*). Para a necessidade de internação, houve associação com 9 variantes em 6 genes, com o maior OR na variante rs907091\*CC (OR=4,011; 95%IC=1,756-9,16) gene *IRAK3* e menor na rs1538372\*AA (OR=0,064; 95%IC=0,008-0,507), gene *CH13L1*. Para a necessidade de oxigenoterapia, houve associação com 7 variantes em 4 genes, com o maior OR na variante rs7216389\*CC (OR=4,742; 95%IC=1,28-17,56), gene *GSDMB* e menor na rs4704727\*TT (OR=0,056; 95%IC=0,007-0,447), gene *TIMD4*. Para a necessidade de UTI, houve associação com 4 variantes em 4 genes, com o maior OR na variante rs6737848\*CC (OR=3,529; 95%IC=1,616-7,707), gene *SOCS5* e menor na rs4986791\*TT (OR=0,156; 95%IC=0,031-0,784), gene *TLR4*. Para a necessidade de VM, houve associação com 6 variantes em 6 genes, com o maior OR na variante rs6737848\*CC (OR=3,2; 95%IC=1,367-7,489), gene *SOCS5* e menor na rs315952\*CC (OR=0,155; 95%IC=0,046-0,519), gene *IL1RN*. **Conclusão:** Múltiplos genes atuam na presença e gravidade da BVAG, tendo respostas com “peso” diferenciado em relação as variantes analisadas.

**Palavras-chave:** Polimorfismos; bronquiolite; variabilidade

**PD020 GENES RELACIONADOS AO PROCESSO INFLAMATÓRIO E A FREQUÊNCIA COMUM NA ASMA ALÉRGICA, FIBROSE CÍSTICA E BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA GRAVE**

**FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON\***; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO; MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO; ALFONSO EDUARDO ALVAREZ; **JOSÉ DIRCEU RIBEIRO**

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

O processo inflamatório pulmonar apresenta características únicas e outras em comum entre diferentes doenças como a asma alérgica, fibrose cística e bronquiolite viral aguda grave (BVAG). Verificar possíveis fatores comuns é de importância clínica, pois possibilita a implantação de futuras abordagens terapêuticas comuns entre diferentes doenças, barateando os custos do tratamento e promovendo melhor qualidade de vida. **Objetivos:** Verificar a prevalência de variantes em genes relacionados a resposta inflamatória comuns a três doenças pulmonares com expressão inflamatória. **Métodos:** Incluídos 186 pacientes com BVAG por diagnóstico clínico, com idade inferior a um ano, 221 com asma alérgica por diagnóstico clínico e laboratorial, 126 com fibrose cística e duas mutações no gene *CFTR* pertencentes a classe I, II e/ou III, e 536 controles saudáveis com idade superior a 18 anos, sem história de doença pulmonar pessoal e/ou na família por duas gerações. Foram avaliados 125 genes, sendo validados e considerados para o estudo de associação 256 variantes. Para a análise genética foi utilizada a plataforma OpenArray™. Análise estatística realizada pelo SPSS vs 22,0.  $\alpha=0,05$ . **Resultados:** Na comparação das três doenças analisadas com as variantes nos genes incluídos no estudo houve associação com 40 genes para 47 variantes, considerando as três doenças ao mesmo tempo. O fator de risco para a presença de doença apresentou o maior *odds ratio* de 2,17 (95%IC= 1,147 a 4,09; rs2523924\*AA, no gene *MUC22*) e o menor valor de 1,30 para três variantes [(95%IC= 1,003 a 1,692; rs790631\*CT, gene *IL23R*); (95%IC= 1,014 a 1,676; rs3741240\*GG, gene *SCGB1A1*); (95%IC= 1,009 a 1,671; rs597980\*AA, gene *ADAM33*)]. O fator proteção para a presença de doença apresentou o maior *odds ratio* de 0,77 para dois variantes (95%IC= 0,596 a 0,994; rs3087243\*AG, gene *CTL4*; 95%IC= 0,595 a 0,985; rs2233406\*GG, gene *NFKBIA*) e o menor valor de *odds ratio* foi 0,035 (95%IC= 0,122 a 0,995; rs1722842\*CC, gene *ALOX5AP*). **Conclusão:** Mesmo como entidades únicas, a asma alérgica, fibrose cística e BVAG apresentam variantes genéticas distintas da população controle saudável, podendo ser futuros alvos terapêuticos.

**Palavras-chave:** Polimorfismos; variabilidade; prevalência

## ASMA

**PD021 A GENÉTICA NA ASMA ALÉRGICA: UM BIG BANG DE GENES**

**FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON\***; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO; MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

A asma alérgica possui numerosos genes associados à sua prevalência, sendo esses genes muitas vezes comuns a diferentes populações ou específicos a outras. Determinar o perfil genético relacionado a asma alérgica é um trabalho árduo e que possibilita o entendimento da doença e sua variabilidade, favorecendo novas possibilidades de manejo e maior conhecimento de uma doença que acomete

milhões de pessoas no mundo. **Objetivos:** Verificar o perfil genético de pacientes com asma alérgica em uma população brasileira, considerando genes, e suas variantes, relacionados a resposta inflamatória. **Métodos:** Incluídos 221 pacientes com asma alérgica com diagnóstico clínico e laboratorial, com idade entre seis e 18 anos, e 536 controles saudáveis com idade superior a 18 anos, sem história de doença pulmonar pessoal e/ou na família, considerando duas gerações. Foram avaliados 125 genes, sendo validados e considerados para o estudo de associação 256 variantes informativas. A análise genética foi realizada na plataforma OpenArray™ (LifeTechnologies®). A análise estatística foi realizada pelo *software* SPSS versão 22,0. O  $\alpha$  utilizado nas análises foi de 0,05. **Resultados:** Na comparação dos indivíduos com asma alérgica com os controles saudáveis houve diferença significativa para 56 genes, correspondendo a associação com 86 variantes diferentes. Na amostra analisada, 79 genótipos diferentes foram associados ao maior risco para a asma alérgica e 80 outros genótipos como fator proteção para a doença. O *odds ratio*, como fator de risco para a asma alérgica variou de 6,4 (95%IC= 4,01 a 10,2) para a variante rs35094768\*AC no gene *TBXA2R* a 1,43 (95%IC= 1,01 a 2,01) para a variante rs11071559\*CC, no gene *RORA*. Em relação ao fator protetor para a asma alérgica, o *odds ratio* variou de 0,7 (95%IC= 0,05 a 0,099) para a variante rs2228145\*AC no gene *IL6R* a 0,10 (95%IC= 0,01 a 0,71) para a variante rs917998\*TT, no gene *IL18RAP* e 0,10 (95%IC= 0,04 a 0,23) para a variante rs6334\*GG, no gene *NTRK1*. Os demais valores de *odds ratio* variaram entre os anteriormente citados. Na amostra analisada, houve associação de 56 variantes para o genótipo heterozigoto (análise de *over-dominância*) como fator de risco ou proteção para a asma alérgica. A presença de *over-dominância* caracteriza o caráter genético de herança que mantém a asma com elevada prevalência populacional. **Conclusão:** Os Resultados obtidos confirmam a variabilidade genética que condiciona a asma alérgica em nossa população. Múltiplos genes formam uma rede intrínseca de associações que acarretam na presença da doença complexa, que precisa ser estudada, para ser entendida do ponto de vista genético. Possivelmente, tenhamos para cada indivíduo “uma” asma alérgica, com uma base genética única e pessoal, que confere a individualidade a doença.

**Palavras-chave:** Polimorfismos; variabilidade; prevalência

**PD022 MODULAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA ALÉRGICA POR GENES RELACIONADOS A RESPOSTA INFLAMATÓRIA**

**FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON\***; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO; MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

O controle da asma alérgica é complexo e envolve múltiplos fatores. A modulação do tratamento tem despertado interesse sobre a influência genética de múltiplos genes, principalmente os genes associados ao processo inflamatório. **Objetivos:** Verificar o controle da asma alérgica, caracterizada em não controlada, parcialmente controlada ou controlada, em associação com variantes genéticas associadas a resposta inflamatória. **Métodos:** Foram incluídos 205 pacientes com asma alérgica com diagnóstico clínico e laboratorial, com idade entre seis e 18 anos, e 536 controles saudáveis, com idade superior a 18 anos sem história de doença pulmonar pessoal e/ou na família considerando duas gerações. A categorização para o controle da asma foi realizada pelas diretrizes internacionais. No estudo foram avaliados 125 genes, sendo validados e considerados para o estudo de associação



256 variantes informativas. A análise genética foi realizada na plataforma OpenArray™ (LifeTechnologies®). A análise estatística foi realizada pelo software SPSS versão 22,0. O  $\alpha$  adotado nas análises foi de 0,05. **Resultados:** Dos 205 pacientes com asma alérgica incluídos, a asma não estava controlada em 49 (23,9%), parcialmente controlada em 22 (10,7%) e controlada em 132 (65,4%). Foram identificadas 110 variantes, em 68 genes diferentes, associadas com o grau de controle da asma alérgica, na comparação com a população controle saudável. Para o não controle da asma alérgica, houve associação com 38 genes, sendo que cinco genes foram exclusivamente associados a esse grupo de pacientes (genes: *GIPC3*, *IL12B*, *PSMC6*, *RORC* e *TBX21*). O maior valor de *odds ratio* foi de 11,86 (95%IC= 3,609 a 38,96) para o rs35094768\*AC no gene *TBXA2R* e o menor foi de 0,054 (95%IC= 0,007 a 0,395) para o rs4986791\*CT no gene *TLR4*. Considerando os pacientes com asma parcialmente controlada, 23 genes foram associados, e três apresentaram associação exclusiva (genes: *CTNNA1*, *IL12RB1* e *NGF*). O maior valor de *odds ratio* foi de 16,59 (95%IC= 2,609 a 9,626) para o rs6136\*GG no gene *SELP* e o menor de 0,054 (95%IC= 0,007 a 0,395) para o rs4986791\*CT no gene *TLR4*. Finalmente, na comparação com os pacientes com asma controlada, 54 genes foram associados, e dentre eles 22 apresentaram associação exclusiva (genes: *B9D2*, *CHR1*, *IL10*, *IL18R1*, *IL1RL1*, *IL33*, *IL4*, *IRAKM*, *ITGB5*, *JAK1*, *LRRC*, *LTA4H*, *NFKBIB*, *NOD1*, *PDE4D*, *SOD2*, *STAT6*, *TFAP2A-2AS1*, *TIMD4*, *TGFA1*, *TSLP* e *ZBTB*). O maior valor de *odds ratio* foi de 5,559 (95%IC= 3,173 a 9,737) no rs35094768\*AC no gene *TBXA2R* e o menor de 0,095 (OR= 0,013 a 0,699) para o rs4880\*GG no gene *SOD2*. **Conclusão:** O controle da asma alérgica em nossa casuística foi associado as diferentes variantes estudadas. No futuro, o tratamento da asma poderá ser direcionado pelo conhecimento do perfil genético que atua na variabilidade da asma alérgica e propiciar melhor qualidade de vida aos pacientes.

**Palavras-chave:** Polimorfismos; controle da asma; variabilidade

**PD023 A GRAVIDADE DA ASMA ALÉRGICA INTERMITENTE E PERSISTENTE (LEVE, MODERADA E GRAVE) DETERMINADA POR VARIANTES EM GENES ASSOCIADOS A RESPOSTA INFLAMATÓRIA**

**FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON<sup>\*</sup>; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO<sup>\*</sup>; MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO<sup>\*</sup>; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO**

*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

A gravidade da asma alérgica (AA) envolve múltiplos fatores. Possivelmente, sua modulação deve apresentar influência genética, por múltiplos genes. **Objetivos:** Verificar a gravidade da AA, caracterizada em intermitente e persistente (leve, moderada e grave), em associação com variantes genéticas associadas a resposta inflamatória. **Métodos:** Incluídos 212 pacientes com AA - diagnóstico clínico e laboratorial, com idade entre seis e 18 anos, e 536 controles saudáveis com idade superior a 18 anos, sem história de doença pulmonar pessoal e/ou na família considerando duas gerações. A categorização para a gravidade da AA foi realizada pelas diretrizes internacionais. Foram avaliados 125 genes, sendo validados e considerados para o estudo de associação 256 variantes informativas. A análise genética foi realizada na plataforma OpenArray™ (LifeTechnologies®). A análise estatística foi realizada pelo SPSS versão 22,0.  $\alpha=0,05$ . **Resultados:** Os graus de gravidade da AA foram associados com a amostra controle saudável para as variantes analisadas. Incluídos 212

pacientes: 44 (20,8%) com AA intermitente; 34 (10%) com persistente leve; 42 (19,8%) com persistente moderada e 92 (43,4%) com persistente grave. No total, 72 genes foram associados com a gravidade da AA considerando 110 variantes. A AA intermitente foi associada com 35 genes. As variantes nos genes *CHRM2*, *LTC4S*, *SOCS5*, *TLR1* e *WISP* apresentaram associação exclusiva para a AA intermitente. O maior *odds ratio* (OR) foi de 10,11 (95%IC=2,172 a 47,08) para o rs3819025\*GG no gene *IL17A* e o menor de 0,072 (95%IC=0,017 a 0,303) para o rs35094768\*CC no gene *TBXA2R*. Para a AA persistente leve, houve associação com 39 genes, sendo que para cinco a associação foi exclusiva (*NPAS3*, *PKDCC*, *SCGB1A1*, *SELP* e *STAT6*). O maior OR foi de 8,533 (95%IC=1,38 a 52,76) para o rs6136\*GG no gene *SELP* e o menor de 0,0132 (95%IC=0,018 a 0,975) no gene *FCERIA*. Para a AA persistente moderada, houve associação com 44 genes e suas respectivas variantes, e houve associação exclusiva para três genes (*IL17F*, *IRF4* e *TIMP-1*). O maior OR foi de 15,98 (95%IC=3,872 a 65,92) para o rs6334 no gene *NTRK1* e o menor de 0,056 (95%IC=0,008 a 0,409) para o rs35792429\*CC no gene *IKZF3*. Considerando a AA grave, 34 genes e respectivas variantes foram associados com a maior gravidade, sendo oito genes associados exclusivamente (*AGFG1*, *CD13L1*, *CRTH2*, *GSDMB*, *JAK1*, *NOS2*, *TAB1*, *TSLP*). O maior OR foi de 7,672 (95%IC=1,349 a 43,64) para o rs3819025\*AA no gene *IL17A* e o menor de 0,080 (95%IC=0,011 a 0,594) para o rs9636887\*TT no gene *RUNX1*. **Conclusão:** A gravidade da AA foi associada às variantes genéticas avaliadas. Deve-se considerar a gravidade da doença como um perfil genético individualizado e que o tratamento seja direcionado pela variabilidade condicionada a esse panorama. A AA apresenta diferentes graus de gravidade correspondentes a “entidades” genéticas particulares.

**Palavras-chave:** Polimorfismos; gravidade; variabilidade

**PD024 MODULAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR NA ASMA ALÉRGICA DETERMINADA POR VARIANTES GENÉTICAS ASSOCIADAS AO PROCESSO INFLAMATÓRIO**

**FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON<sup>\*</sup>; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO<sup>\*</sup>; MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO<sup>\*</sup>; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO**

*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

A asma alérgica apresenta variabilidade em sua apresentação clínica. A modulação da gravidade parece ser diretamente relacionada ao perfil genético dos pacientes, tendo múltiplos genes e variantes envolvidas.

**Objetivos:** Verificar a associação de variantes em genes relacionados a resposta inflamatória com a gravidade da asma alérgica tendo como parâmetro marcadores da prova de espirometria. **Métodos:** Incluídos 221 pacientes com asma alérgica e com diagnóstico clínico e laboratorial, com idade entre seis e 18 anos. A espirometria foi realizada segundo normas internacionais (*European Respiratory Society/American Thoracic Society*) e foram considerados os parâmetros antes da broncodilatação: CVF (capacidade vital forçada), VEF<sub>1</sub> (volume expiratório forçado no primeiro segundo da CVF), razão entre a VEF<sub>1</sub> e CVF (VEF<sub>1</sub>/CVF) e fluxo expiratório forçado entre 25-75 por cento da CVF (FEF<sub>25-75</sub>%). Os valores da espirometria foram comparados em porcentagem do predito. Foram avaliados 125 genes, sendo validados e considerados para o estudo de associação 256 variantes informativas. A análise genética foi realizada na plataforma Open Array™ (LifeTechnologies®). A análise estatística foi realizada pelo software SPSS versão 22,0.  $\alpha=0,05$ . **Resultados:** Houve associação com diferentes variantes, para cada parâmetro da espirometria. Não foi

realizada comparação com a resposta ao broncodilatador inalatório considerando que todos os pacientes estavam recebendo o tratamento com broncodilatadores, e a resposta ao mesmo, teria o viés do tratamento para a análise estatística. Para a CVF houve associação com 15 variantes em 14 genes [*CDH1*, *FCER1A* (dois variantes), *GIPC3*, *IKZ3*, *IL18RAP*, *IL23R*, *IL33*, *IL5R*, *IRAK3*, *IRF4*, *NR3C1*, *SOCS5*, *TBXA2R* e *TLR4*]; para o VEF<sub>1</sub> houve associação com sete variantes em seis genes [*CDH1* (dois variantes), *IL12B*, *IL33*, *IL5R*, *NR3C1* e *SOCS5*]; para VEF<sub>1</sub>/CVF houve associação com 23 variantes em 13 genes [*CA10*, *HRH4*, *IL12B* (cinco variantes), *IL17F*, *IL18*, *IL33*, *IL4R* (dois variantes), *IRF5*, *ITGB3* (dois variantes), *NPAS3*, *RNASE3* (três variantes), *RUNX1* e *TGFB1*]; e para o FEF<sub>25-75</sub>%, houve associação com 19 variantes em 14 genes [*CA10*, *HRH4*, *IL12B* (quatro variantes), *IL17A*, *IL18*, *IL4R* (dois variantes), *IL5R*, *IRF5*, *ITGB3* (dois variantes), *NFKBIA*, *NPAS3*, *RNASE3* e *RUNX1*]. **Conclusão:** A gravidade da asma alérgica avaliada pela espirometria possui associação com múltiplos genes e respectivas variantes. O padrão genético associado a gravidade é heterogêneo apresentando variação entre os pacientes e entre os diferentes marcadores avaliados na espirometria. Para entender essa complexa variabilidade muitos estudos ainda devem ser realizados.

**Palavras-chave:** Polimorfismos; função pulmonar; variabilidade

**PD025 A BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA GRAVE E A ASMA ALÉRGICA: UMA POSSÍVEL RESPOSTA GENÉTICA COMUM** FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON<sup>1</sup>; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO; MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Asma alérgica é uma doença que acomete milhões de pessoas no mundo. A bronquiolite viral aguda grave (BVAG) é também uma doença respiratória, com causa viral, e tida como risco para a asma alérgica. Ambas doenças têm perfil genético estudado, no entanto, no melhor de nosso conhecimento, o aspecto genético em comum de ambas ainda não foi avaliado para os genes do presente estudo.

**Objetivos:** Verificar o perfil genético para o risco e gravidade para a asma alérgica e BVAG, considerando variantes genéticas relacionados a resposta inflamatória. **Métodos:** Incluídos 186 pacientes com BVAG por diagnóstico clínico, com idade inferior a um ano, 221 com asma alérgica por diagnóstico clínico e laboratorial, e 536 controles saudáveis com idade superior a 18 anos, sem história de doença pulmonar pessoal e/ou na família por duas gerações. Foram avaliados 125 genes, sendo validados e considerados para o estudo de associação 256 variantes. Para a análise genética foi utilizada a plataforma OpenArray™. Análise estatística realizada pelo SPSS vs 22,0.  $\alpha=0,05$ . **Resultados:** Asma alérgica: houve diferença significativa para 56 genes, correspondendo a associação com 86 variantes. BVAG: houve associação com 51 genes em 65 variantes. Ambas ao mesmo tempo: os genes incluídos no estudo e suas variantes foram comparados com a população de pacientes com asma alérgica e BVAG, ao mesmo tempo, em relação aos controles saudáveis. Na comparação, 60 genes, para 86 variantes, foram associados com a presença de ambas as doenças, sem diferenciar qual delas. Como fator de risco, a amplitude do *odds ratio* (OR) foi de 8,82 (95%IC=5,833-13,33; rs35094768\*AG, gene *TBX2A*) e 7,52 (95%IC=4,436-12,74; rs6334\*AG, gene *NTRK1*) a 1,35 para 3 variantes [(95%IC=1,014-1,799; rs597980\*AG, gene *ADAM33*); (95%IC=1,005-1,808; rs4697177\*GG, gene *KCNIP4*); (95%IC=1,009-1,794; rs375947\*AA, gene

*IL12RB1*]. Como fator proteção para ambas as doenças ao mesmo tempo, houve o maior OR de 0,72 (95%IC=0,533-0,972; rs258750\*AG, gene *NR3C1*) e 4 variantes apresentaram o menor valor de OR de 0,10 [(95%IC=0,031-0,332; rs4880\*GG, gene *SOD2*); (95%IC=0,061-0,156; rs5743708\*GG, gene *TLR2*); (95%IC=0,061-0,150; rs35094768\*CC, gene *TBXA2R*); (95%IC=0,049-0,186; rs6334\*GG, gene *NTRK1*)]. **Genes em comum quando avaliadas as doenças individualmente (38):** *ADAM33*, *CTL4*, *FCER1A*, *IKZF3*, *IL10*, *IL12RB1*, *IL13*, *IL17A*, *IL18*, *IL1A*, *IL1B*, *IL23R*, *IL4*, *IRAK3*, *IRF4*, *IRF5*, *KCNIP4*, *LRRC3*, *MMP9*, *NOD1*, *NR3C1*, *NTRK1*, *PRF4D*, *PSMA3*, *RORC*, *RUNX1*, *SELE*, *SELL*, *SIGIRR*, *SOD2*, *TBXA2R*, *TIMD4*, *TIMP-1*, *TLR2*, *TLR4*, *TOP2A*, *TSLP* e *ZBTB*. **Conclusão:** Múltiplos genes ocorrem em comum na modulação da asma alérgica e BVAG e podem ser determinantes da evolução de uma doença na outra, condicionando o fator de risco relatado na literatura. Em contrapartida, outros genes em comum podem e devem estar associados com a variabilidade de ambas doenças.

**Palavras-chave:** Polimorfismos; variabilidade; prevalência

**PD026 ASSOCIAÇÃO ENTRE ASMA E DOR LOMBAR: EFEITOS DE FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS EM DUAS POPULAÇÕES DE GÊMEOS**

GABRIEL FAUSTINO SANTA BRÍGIDA<sup>1</sup>; AMABILE BORGES DARIO<sup>2</sup>; ERYC MARA CIPULO RAMOS<sup>1</sup>; TAMARA DOS SANTOS GOUVEIA<sup>1</sup>; CAROLINE PEREIRA SANTOS<sup>1</sup>; IARA BURIOLA TREVISAN<sup>1</sup>; DIONEI RAMOS<sup>1</sup>; PAULO HENRIQUE FERREIRA<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SYDNEY, SYDNEY, AUSTRÁLIA.

A asma é uma doença pulmonar crônica caracterizada pela hiperresponsividade das vias aéreas inferiores que causa obstrução reversível do fluxo aéreo devido ao estreitamento da luz brônquica. Durante a exacerbação da asma, ocorre aumento da atividade dos músculos respiratórios acessórios e abdominais, o que pode resultar em adaptações musculares e desestabilização da coluna vertebral com consequente relato de dor lombar (DL). A associação entre asma e DL vem sendo reportada em estudos. Contudo, fatores genéticos e ambientais são variáveis de confusão que devem ser consideradas ao analisar esta associação.

**Objetivos:** Investigar a associação entre asma e dor lombar em duas grandes amostras de gêmeos. **Métodos:** Estudo transversal que avaliou a associação entre asma e DL em duas amostras de gêmeos adultos, 2. 660 e 2. 148 provenientes do registro de gêmeos da Austrália (GA) e de Murcia-Espanha (GE), respectivamente. Todos os gêmeos responderam a perguntas sobre prevalência de asma, dor lombar e histórico tabagístico. A análise estatística foi realizada em quatro etapas, sendo elas: 1) análise da amostra total não ajustada; 2) análise da amostra total ajustada; 3) análise de caso-controle nos pares dizigóticos (DZ); 4) análise de caso-controle nos pares monozigóticos (MZ). Odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC) foram calculados. **Resultados:** A prevalência de asma nos gêmeos australianos foi maior (21%) do que a observada nos gêmeos espanhóis (4,3%). Em contrapartida, a prevalência de DL foi similar em ambas as populações (31,5% vs. 32,6%). Adicionalmente, os gêmeos australianos foram levemente mais jovens [média (desvio-padrão) GA: 48,4 (15,0) vs. GE: 53,6 (7,4)], tiveram menor índice de massa corporal [GA: 25,5 (5,4) vs. GE: 27,4 (4,5)], e apresentaram menor prevalência de tabagismo (GA: 29,7% vs. GE: 54,7%). Além disso, uma porcentagem considerável dos gêmeos australianos eram MZ (72,2%) em comparação

aos gêmeos espanhóis (32,9%). Asma foi associada a DL na amostra de gêmeos australianos, mesmo após o ajuste para fatores de confusão, tais como idade, sexo, índice de massa corporal (IMC) e tabagismo (OR 1,50; IC 95%: 1,22-1,86). No entanto, quando ajustado para fatores genéticos e ambientais compartilhados precocemente em gêmeos DZ e MZ, a força da associação diminuiu em magnitude e perdeu a significância estatística. Além disso, a associação entre asma e DL não foi observada na amostra de gêmeos espanhóis, o que pode ser devido à baixa prevalência de asma nessa população (4,3%) em comparação a amostra de gêmeos australianos (21%). **Conclusão:** Asma está associada com DL na amostra de gêmeos australianos, mesmo depois do ajuste para fatores de confusão como idade, sexo, IMC e tabagismo. Contudo, fatores genéticos e ambientais mostraram atenuar a força dessa associação quando são controlados. Adicionalmente, a prevalência da doença e exposições geográficas específicas devem ser levadas em consideração, uma vez que esses fatores também podem influenciar esta associação.

**Palavras-chave:** Asma; dor lombar; gêmeos

#### **PD027 ANÁLISE DE CLÍNICA, INFLAMATÓRIA E FUNCIONAL ANTES, DURANTE E APÓS TRATAMENTO COM OMALIZUMABE EM PACIENTES COM ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE.**

**ISLA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS\***; DAMILLE SANDES MOREIRA; MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO; CLERISTON FARIAS QUEIROZ; NEREIDE PIMENTEL PEREIRA; TATIANA SENA GALVÃO NONATO ALVES; MARTA FERREIRA LEITE DE SÁ; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

O omalizumabe é um anticorpo monoclonal anti-IgE que reduz responsividade dos mastócitos, evitando sua degranulação e liberação de mediadores químicos. Está indicado no tratamento da asma de difícil controle (ADC), quando o paciente não responde ao tratamento da etapa 04 do GINA. Seus efeitos têm sido relacionados à redução de exacerbações e melhora na qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar controle de doença, qualidade de vida, função pulmonar e perfil inflamatório, através da eosinofilia no escarro induzido (EI) e na citologia do muco nasal quantitativa simplificada (CNQS), nos pacientes com ADC antes, durante e após o uso do omalizumabe.

**Métodos:** O estudo foi realizado com uma amostra sequencial de 18 pacientes, todos com ADC, que usaram omalizumabe até agosto de 2014. Todos participavam do ambulatório do Serviço de Pneumologia do C-HUPES/UFBA e preencheram critérios para uso de omalizumabe. Os pacientes foram submetidos a espirometrias - todos os parâmetros funcionais com distribuição normal - coleta do EI, seguindo a técnica descrita por Pizzichini et al, e do CNQS, por Cruz et al, além de questionário de qualidade de vida (AQLQ). Foram analisados os parâmetros antes da medicação, após 12 meses da primeira dose e 20 meses de sua abstinência. Após o primeiro ano de tratamento, houve abstinência de 04 meses seguida de reintrodução da medicação. **Resultados:** Foram 13 mulheres e 05 homens. Mediana e intervalo interquartil de idade de 51 anos (45-58). O percentil dos portadores de rinite alérgica foi de 94,4%. Tempo de asma: 29 anos (15 - 47). Dosagem de IgE prévia: 143,3UI (60 - 234). Tempo de uso da medicação: 48 meses (43 - 57) e tempo de abstinência: 23 meses. Mediana de VEF1 pós BD: 50,5% (37% -75%) antes do omalizumabe, 59% (37%-75%) durante o uso do tratamento e 45% (28% - 68%) após abstinência. Mediana da eosinofilia no EI:

26% (14% - 41%) antes, 05% (0-07%) durante o uso da medicação e 26% (17%-35%) após abstinência. Mediana da eosinofilia no CNQS: 09% (0% - 13%) antes, 0% (0-03%) durante o tratamento e 14% (11%-20%) após abstinência. Mediana do AQLQ: 4,0 (3,0 - 5,0) antes do tratamento, 4,6 (3,2 - 6) durante e 3,0 (2,0 - 4,0) após abstinência. Todos os pacientes estavam não controlados antes do tratamento. Durante o tratamento 80% se mantiveram controlados e 20% parcialmente controlados; após o período de abstinência 6,7% dos pacientes mantiveram-se controlados, 26,7% parcialmente controlados e 66,7% não controlados. Houve correlação inversa entre frequência de eosinófilo no EI e VEF1 pós-BD durante o tratamento ( $p < 0,05$ ). Houve também, entre VEF1 pós-BD durante abstinência e frequência de eosinófilos no EI ( $p < 0,0001$ ). Houve correlação inversa entre frequência de eosinófilo no CNQS e VEF1 pós-BD durante e abstinência do tratamento ( $p < 0,0001$ ). Houve relação entre AQLQ e eosinofilia no escarro induzido pré e após abstinência do tratamento ( $p < 0,0001$ , utilizando teste não paramétrico de Mann-Whitney). Houve relação entre AQLQ e VEF1 pós-BD pré, durante e após abstinência ( $p < 0,0001$ ). **Conclusão:** Durante o uso do omalizumabe, os pacientes obtiveram melhora da qualidade de vida, melhor controle de doença, ganho ou estabilidade de função pulmonar e queda de eosinofilia no EI e no CNQS. Houve correlação inversa de todos os parâmetros durante abstinência. Os dados sugerem que o eosinófilo constitui-se como um biomarcador importante para avaliação de gravidade em pacientes tratados com omalizumabe, podendo funcionar como parâmetro para avaliação de escalonamento de tratamento na ADC.

**Palavras-chave:** Asma de difícil controle; omalizumabe; eosinofilia

#### **PD028 OBESIDADE MÓRBIDA E ASMA - AVALIAÇÃO DE UM PERFIL INFLAMATÓRIO E DE UM FENÓTIPO**

**GILVANDRO ALMEIDA ROSA\*\***; CLERISTON FARIAS QUEIROZ<sup>1</sup>; CARLA VIVIANE DOS SANTOS CERQUEIRA<sup>1</sup>; LAURA RANGEL QUINTELA<sup>1</sup>; KARLA GRAMACHO<sup>1</sup>; LEILA BATISTA ARAUJO<sup>1</sup>; MARGARIDA CELIA LIMA COSTA NEVES<sup>1</sup>; ANA LUISA GODOY FERNANDES<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Asma e obesidade são dois importantes problemas de saúde pública. Trabalhos de autores americanos mostram um aumento dramático de prevalência das duas doenças nos últimos anos. No Brasil dados do IBGE mostram aumento significativo da obesidade tanto em homens quanto em mulheres e com relação à asma, os dados do "Global Initiative for Asthma" (GINA) mostram que estamos entre os países que mostram as maiores taxas de prevalência de asma (aproximadamente 10%). Chamam atenção que a asma, nos pacientes obesos, tem a característica de ser uma doença de início tardio, apresentar pouca resposta ao uso do corticoide e ser geralmente uma asma de difícil controle. **Objetivos:** Avaliar o perfil inflamatório de pacientes obesos asmáticos que apresentam um fenótipo específico.

**Métodos:** Amostra preliminar de um estudo transversal para determinação da prevalência de asma e avaliação de um possível fenótipo específico de asmáticos em um grupo de obesos mórbidos. Foram selecionados e avaliados pacientes do ambulatório de obesidade da do Setor de endocrinologia do Complexo Hospitalar. Universitário Professor. Edgard Santos (C-HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O trabalho está sendo desenvolvido pela Disciplina de Pneumologia da UNIFESP,

sendo a seleção dos pacientes realizada no ambulatório de obesidade do HUPES, os exames de função pulmonar, teste de broncoprovocação, teste alérgico por punctura cutânea (Prick test), citologia do lavado nasal e do escarro induzido realizados nos laboratórios da Disciplina de Pneumologia do HUPES. Os exames hematológicos, parasitológico de fezes, dosagem sérica de IgE e hormônios séricos foram realizados no laboratório central do HUPES - UFBA. Todos os procedimentos são realizados por técnicos treinados e capacitados pelos respectivos laboratórios de Universidade federal da Bahia. Os pacientes selecionados do ambulatório de obesidade do HUPES aceitaram participar do projeto de pesquisa, após assinarem o consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP e do C-HUPES. **Resultados:** Foram avaliados 54 pacientes diagnosticados com asma e obesidade, com os seguintes dados: idade  $41,6 \pm 11,7$ ; peso  $108,21 \pm 25,1$ ; IMC  $41,9 \pm 7,5$ ; IgE  $501,8 \pm 68,2$ . Os dados de função pulmonar seguiram os seguintes parâmetros: CVF pré/ pós  $792 \pm 12,9 / 81.5 \pm 12,3$ ; VEF1 pré/ pós  $75,2 \pm 16,6 / 79,5 \pm 14,9$ ; relação VEF1/CVF pré/ pós  $93,7 \pm 11,6 / 96,7 \pm 10,4$ . Destes pacientes, apresentam um percentil de positivo SKIN PRICK TESTE de 52,7. Houve relação significativa dos seguintes **Resultados:** VEF1 pós broncodilatador com eosinofilia no escarro ( $p < 0,001$ ) e CVF pós broncodilatador com eosinofilia no escarro ( $p < 0,001$ ). Também houve relação significativa entre IgE e eosinofilia nasal ( $p < 0,001$ ). As análises estatísticas foram realizadas utilizando o Student's t-tests para variáveis com distribuição normal com intervalo de confiança de 95%. O parasitológico de fezes foi negativo para todos os pacientes. **Conclusão:** Concluímos que apesar da literatura chamar atenção para um perfil inflamatório não eosinofílico em asmáticos obesos, os nossos dados revelaram um perfil inflamatório com ênfase nos eosinófilos associados com atopia.

**Palavras-chave:** Asma; obesidade; inflamação

**PD029 USO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA AVALIAR OS RESULTADOS DA BRONCOTERMOPLASTIA**  
**BRUNO HOCHHEGGER<sup>1</sup>; MATHEUS ZANON<sup>2</sup>; DÉBORA LUNKES STRIEDER<sup>3</sup>; ADALBERTO SPERB RUBIN<sup>1</sup>; GABRIEL SARTORI PACINI<sup>2</sup>**  
**1. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE UFCSPA PUC/RS; PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. UFCSA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3. PUC/RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**

A broncotermoplastia (BT) é uma intervenção não-farmacológica para reduzir a resposta broncoconstritora na asma persistente grave. No entanto, a principal maneira de avaliar sua efetividade, o Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), é uma ferramenta subjetiva e nos principais estudos sobre a BT, grupos placebos também apresentaram melhora no AQLQ. **Objetivo:** Como a relação entre medidas de espirometria e dados da tomografia computadorizada (TC) é bem estabelecida para outras patologias, o objetivo deste estudo foi avaliar a resposta ao tratamento BT usando dados de imagens de TC. Materiais e **Métodos:** Com a aprovação do comitê de ética institucional e consentimento informado, dados de TC de 26 pacientes com asma persistente grave que fizeram esse exame de imagem antes e depois da BT foram analisados retrospectivamente. Mudanças nos seguintes parâmetros foram avaliados: volume total do pulmão (VPT), densidade pulmonar média (DPM), espessura da parede das vias aéreas (EVA), índice de aprisionamento aéreo (densidade  $< -856$ HU) e índice expiração/inspiração (E/I) da DPM. **Resultados:** A mediana do VPT pré e pós-BT foram 2668 (intervalo, 2226-3096) ml e 2399 (intervalo, 1964-2802;  $p = 0,08$ ) ml, respectivamente. Os pacientes também mostraram um padrão de melhora da

obstrução, em relação aos índices de aprisionamento aéreo [mediana pré-tratamento, 14,25% (intervalo interquartil, 1,83% -16,93%); mediana pós-tratamento, 3,65% (intervalo interquartil, 1,23% -6,20%);  $p < 0,001$ ] e nos valores de DPM (pré-procedimento,  $-702 \pm 72$  HU; pós-procedimento,  $-655 \pm 66$  HU;  $p < 0,01$ ). Como esperado pela análise da DPM, o índice E/I também diminuiu [mediana pré-BT, 0,8485 (intervalo interquartil, 0,808-0,878); pós-BT, 0,7987 (intervalo interquartil, 0,763-0,828);  $p < 0,01$ ]. A mediana da EVA também diminuiu após BT [pré-tratamento, 1,50 (intervalo de 0,53-1,52) mm; pós-tratamento, 1,10 (variação de 0,63-1,62) mm;  $p < 0,05$ ]. **Conclusões:** Nosso estudo mostrou melhora nas medidas na TC após a BT. Assim, o uso de TC pode ser uma nova maneira de avaliação por imagens de pacientes submetidos a este tratamento.

**Palavras-chave:** Broncotermoplastia; asma de difícil controle; tomografia computadorizada

## TABAGISMO

**PD030 USO DO NARGUILÉ ENTRE ESTUDANTES DOS CURSOS DE MEDICINA E DIREITO DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO (UNAERP)**

**MARCUS VINICIUS CARVALHO MAURE<sup>\*1</sup>; ANA CLARA LOPES DE BARROS SOUSA<sup>1</sup>; ANA CARLA SOUSA DE ARAUJO<sup>2</sup>**

**1. UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.**

O narguilé é uma forma de consumo de tabaco usada há séculos e atualmente é um modismo entre os jovens do século XXI. As possíveis razões para a propagação do seu uso são o sucesso de programas para prevenir a iniciação do fumo de cigarro e o incentivo na cessação do tabagismo (cigarro) no Brasil e no mundo, além da falsa crença de que é menos prejudicial. **Objetivos:** avaliar o perfil de uso do narguilé entre os estudantes de medicina e de direito da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) e comparar a prevalência do uso e o conhecimento destes estudantes acerca dos malefícios do narguilé. **Métodos:** No primeiro semestre de 2015, todos os alunos de medicina e direito da UNAERP foram convidados a preencher um questionário sobre os seus hábitos de fumar e conhecimento do narguilé. **Resultados:** 513 estudantes do curso de medicina (65% feminino) e 503 do direito (59% feminino) com idade média de  $22,9 \pm 3,1$  anos e  $22,8 \pm 6,9$  anos, respectivamente, responderam ao questionário. 66% do grupo medicina (59% feminino) e 51,5% do direito (51% feminino) relataram ter usado narguilé ( $p=0,0001$ ) e a primeira vez foi com  $17,8 \pm 2,9$  anos e  $17,9 \pm 3,9$  anos, respectivamente ( $p>0,05$ ). 29% do grupo medicina e 40% do grupo direito usou uma única vez ( $p=0,004$ ), 2% e 6% de cada grupo relatou uso mensal ( $p=0,02$ ) e 63% e 48%, respectivamente, uso esporádico ( $p=0,0003$ ). A associação com bebida alcoólica foi relatada como sempre por 36% da medicina e 23% do direito ( $p=0,0005$ ), e nunca em 15% e 27% de cada grupo ( $p=0,0003$ ), respectivamente. 66% do grupo medicina e 60% do direito fumam narguilé em casa ( $p>0,05$ ), 1,5% e 2,7% de cada grupo com os pais e 95% e 91%, respectivamente, com amigos ( $p>0,05$ ). O uso de cigarro industrializado foi de 12% no grupo medicina e 20% no grupo direito ( $p=0,005$ ), que tinha mais pais fumantes (9% direito e 2% medicina) ( $p=0,0004$ ). 71% dos usuários da medicina e 62% do direito sabiam que o narguilé contém nicotina ( $p=0,02$ ), 78% e 69%, respectivamente, sabiam

que vicia ( $p=0,0002$ ), e 97% e 90% de cada grupo sabiam que faz mal à saúde ( $p=0,02$ ). Os estudantes no último ano de cada curso (8,9% medicina e 15% direito) consomem menos narguilê ( $p=0,01$ ). **Conclusões:** A prevalência do uso do narguilê foi maior entre os estudantes de medicina apesar do seu maior conhecimento sobre os malefícios do narguilê à saúde, que contém nicotina e vicia. O tabagismo convencional e a influência dos pais fumantes foram fatores mais relevantes no grupo direito.

**Palavras-chave:** Narguilê; medicina; direito

### PD031 ADESÃO DE GESTANTES FUMANTES ÀS SESSÕES DE ACONSELHAMENTO INDIVIDUALIZADAS DIRECIONADAS À CESSAÇÃO DO TABAGISMO

**ANDRE LUIS BERTANI\***; RENATA FERRARI; LAURA CARAM; THAIS GARCIA; ANA NATÁLIA RIBEIRO BATISTA; SUZANA ERICO TANNI; IRMA GODOY

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

O tabagismo está relacionado a várias complicações na gestação; entretanto, poucos estudos avaliaram a participação de gestantes fumantes em sessões de aconselhamento e seus efeitos na cessação do tabagismo. O objetivo do presente estudo foi avaliar a adesão de gestantes fumantes à intervenção breve baseada na terapia cognitivo-comportamental, durante a gestação e após o parto. **Métodos:** Foram avaliadas quarenta gestantes fumantes do grupo intervenção de ensaio clínico randomizado e controlado, atendidas durante o pré-natal e após o parto em Unidades Básicas de Saúde e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Estas gestantes foram separadas em três grupos: Baixa Adesão (BA; participaram de 1 a 3 sessões), Média Adesão (MA; 4 e 5 sessões) e Alta Adesão (AA; 6 a 8 sessões). Todas participantes receberam manual impresso e DVD contendo vídeo com material educativo desenvolvido especificamente para gestantes fumantes. Foram avaliadas: história tabágica, dados da gestação atual, situação de fumo passivo, o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), o grau de motivação, a dependência nicotínica, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e a Escala de Estresse Percebido (EEP). As escalas foram avaliadas no momento inicial (V1), final da gestação (V7) e 40 dias após o parto (V8).

**Resultados:** 25% ( $n=10$ ) pertenciam ao grupo BA, 15% ( $n=6$ ) ao grupo MA e 60% ( $n=24$ ) grupo AA. As características gerais (idade, estado civil, nível educacional, CCEB e idade gestacional do início da intervenção) não diferiram entre os grupos. A taxa de abstinência foi de 30% para o BA, 66,7% MA e 70,8% AA, sem diferença estatística entre os grupos. 70,5% do total de gestantes relataram viver em situação de fumo passivo, 65,5% estavam contemplativas em relação à cessação e 44,9% tinham dependência nicotínica elevada, sem diferença entre os grupos. Na V1, as gestantes do grupo BA obtiveram média de escore na EEP significativamente superior à média do grupo MA e à do grupo AA ( $26,1 \pm 4$  vs  $21,1 \pm 4,1$  e vs  $22,1 \pm 4$ ). Na V7, as gestantes do grupo AA ainda apresentaram média de escore na EEP ( $21,5 \pm 5,2$ ) inferior à média do grupo BA ( $26,8 \pm 5,8 - p=0,012$ ). Na V8, o grupo AA apresentou média de escore de depressão (HAD) significativamente menor que os demais grupos ( $9 \pm 4,2$  (AA) vs  $10,7 \pm 3,5$  (BA) e  $15,1 \pm 5,8$  (MA),  $p=0,017$ ). No modelo de regressão utilizado, houve associação positiva entre o uso do material educativo e o número de participações nas sessões ( $p=0,001$ ). **Conclusões:** As gestantes com maior adesão às sessões de aconselhamento utilizaram mais o material educativo e apresentaram menores indicadores de estresse

no momento próximo ao parto e de depressão no momento pós parto. As taxas de cessação podem ser consideradas muito boas em todos os grupos e foram numericamente maiores nas gestantes com melhor adesão ao tratamento.

**Palavras-chave:** Gestantes; tabagismo; intervenção

### PD032 CESSAÇÃO DO TABAGISMO NO PERÍODO GESTACIONAL E APÓS O PARTO: RESULTADOS DE INTERVENÇÃO BREVE

**ANDRE LUIS BERTANI\***; RENATA FERRARI; LAURA CARAM; THAIS GARCIA; ANA NATÁLIA RIBEIRO BATISTA; SUZANA ERICO TANNI; IRMA GODOY

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

O tabagismo aumenta o risco de ocorrência de complicações relacionadas à placenta (placenta prévia e/ou descolamento), distúrbios hipertensivos crônicos, baixo peso ao nascer e morte fetal. Além disso, bebês de mães fumantes têm risco maior de síndrome da morte súbita do lactente. O objetivo primário do presente estudo foi avaliar a taxa de cessação em gestantes fumantes durante a gestação e após o parto utilizando intervenção breve baseada na terapia cognitivo-comportamental. **Métodos:** ensaio clínico controlado, randomizado com 83 gestantes fumantes atendidas durante o pré-natal e após o parto em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. As gestantes do grupo intervenção participaram de até 8 sessões de aconselhamento individualizado e as do grupo controle participaram de uma sessão inicial durante as consultas de pré-natal. Todas as gestantes, intervenção e controle, receberam manual impresso e DVD contendo vídeo com material educativo desenvolvido especificamente para gestantes fumantes. As gestantes foram avaliadas por meio de história tabágica, dados de gestações prévias e atual, comorbidades, situação de fumo passivo e estado tabágico após o parto. O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) foi utilizado.

**Resultados:** Foram incluídas 83 gestantes (40 intervenção e 43 controle) com idade média de  $28,9 \pm 6,6$  anos, 87,9% viviam com companheiro e 63,8% tinham apenas o ensino fundamental, sem diferença entre os dois grupos. De acordo com o CCEB, 8,6% das gestantes pertencem à classe D, 27,2% à classe C2, 37,4% C1, 24,2% B2 e 2,6% B1, sem diferença entre os grupos. Do total de participantes, 80,7% tiveram gestações anteriores, 33,7% tinham histórico de abortos e 22,9% consumiam bebida alcoólica na gestação atual, sem diferença entre os grupos. Além disso, 21,5% tinham diagnóstico de doença pulmonar associada, 38,7% cardiovascular 16,9% câncer e 48% outras doenças como, Diabetes Melitus, Tireoidopatia, Lupus e dependência química de drogas ilícitas sem diferença entre os grupos. As gestantes do grupo intervenção iniciaram participação no estudo com  $16,5 \pm 7,7$  semanas gestacionais e as do grupo controle com  $21,8 \pm 9,8$  ( $p=0,007$ ). As gestantes participantes apresentavam história tabágica de  $13,6 \pm 15$  anos/maço e 69,9% fumaram em suas gestações anteriores, sem diferença entre os grupos. Com relação ao fumo passivo, 72,5% das gestantes do grupo intervenção e 48,8% do controle tinham companheiro e/ou familiar que fumava dentro de sua residência ( $p=0,043$ ). Após o seguimento, isto é, 40 dias após o parto, 60% das gestantes do grupo intervenção e 34,9% do controle cessaram o tabagismo no período gestacional ( $p=0,028$ ). O status tabágico foi confirmado pelo monóxido de carbono exalado (Média de  $1,8 \pm 2,1$  ppm para o grupo intervenção e  $1,8 \pm 2,2$  ppm controle). Todas as gestantes tiveram acesso ao manual e ao vídeo educativo, entretanto, 75% do grupo

intervenção e 37,2% do controle leu e assistiu efetivamente os materiais ( $p=0,001$ ). **Conclusões:** A intervenção breve, mas desenvolvida de forma específica para o público alvo foi efetiva e apresentou bom resultado na taxa de cessação do tabagismo durante o período gestacional. Intervenções mais frequentes apresentaram melhores Resultados.

**Palavras-chave:** Gestantes; tabagismo; cessação

### PD033 CIGARRO ELETRÔNICO: UM NOVO DISFARCE DO VELHO TABACO

**ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO\*<sup>1</sup>; DEBORAH BOTTI<sup>2</sup>; EDUARDO VASCONCELLOS BELGA<sup>3</sup>; SARITA BONETTE<sup>3</sup>; ANA GABRIELA MARIANO DOS SANTOS<sup>3</sup>; CARLA CONCEICAO DOS SANTOS<sup>4</sup>; PATRICIA BATISTA BICIATI<sup>4</sup>**

1. NETT-IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. PSICOLOGIA-HU/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL;
3. F. MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4. TELEMEDICINA-IDT-UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Coube ao farmacêutico chinês Hon Lik, a original invenção do cigarro eletrônico, em 2003, após ver o sofrimento do pai, vítima de câncer de pulmão. A sua intenção era oferecer forma mais segura e limpa para inalar nicotina. Os dispositivos eletrônicos de entrega de nicotina incluem o cigarro eletrônico (e-cigarro), e-canetas, e-hookah e e-charutos, que permitem aos usuários inalar vapor com nicotina e outras substâncias tóxicas do tabaco. Seu consumo vem se expandindo em todo o mundo, de forma preocupante. **Objetivo:** apresentar dados para reflexão sobre os riscos do e-cigarro cuja publicidade vende a ideia de que não oferece risco a saúde. O estudo faz parte de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo, denominado "Tabaco e seus disfarces: mitos & crenças", que visa a realização de campanhas de prevenção sobre uso de derivados de tabaco junto à comunidade universitária e à população em geral; conta com a participação de alunos em iniciação científica dos cursos da área de saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ. **Metodologia:** foi realizada revisão da literatura nas bases PUBMED e MEDLINE na busca de informações em artigos e em sites de instituições científicas sobre os tipos de dispositivos, consumo, dependência, composição, riscos e o controverso uso como medicamento para auxiliar na cessação do tabagismo. **Resultados:** e-cigarros não liberam alcaloides do alcatrão e monóxido de carbono (CO), pois não há combustão do tabaco; tem mais de 8 mil sabores adicionados, o que seduz os jovens a experimentação. O vapor é composto de água ou gelo seco, contudo o vapor não é inofensivo, tem propilenoglicol que forma óxido de propileno (cancerígeno) quando aquecido. Contém glicerol, que forma acroleína, que causa danos ao pulmão e coração, podendo levar à morte, e acetaldeído que causa câncer. A temperatura de vaporização pode alcançar até 350°C, o que leva a formação de acroleína e o formaldeído (formol), ambos em quantidades maiores do que na fumaça do cigarro comum. A absorção em longo prazo do hemiacetato de formaldeído aumenta de 5-15 vezes o risco de câncer. Há ainda o etilenoglicol que causa desde irritação na pele, olhos, nariz, garganta até a perda da coordenação motora, convulsão, lesão renal e cerebral, podendo chegar ao coma. Essa substância pode causar má formação no feto. A maioria dos dispositivos entrega nicotina que causa dependência química ao usuário. No mercado, já há mais de 8 mil sabores o que favorece e atrai a iniciação de jovens ávidos por novas experiências. Não há evidências de que seu uso ajude tabagistas a parar. Pelo contrário, o que se observa é o uso concomitante. **Conclusões:** Nos cigarros eletrônicos foram encontradas as nitrosaminas que são classificadas

como cancerígenas. Também foram encontrados metais pesados como ferro, alumínio e níquel, todos causadores de alterações respiratórias. Os três últimos desencadeiam fibrose pulmonar, e o níquel causa câncer de pulmão e dos seios da face. ANVISA proibiu a comercialização no Brasil, por não haver nível de segurança no consumo de e-cigarros, nem comprovação científica para auxiliar na cessação do tabagismo. As restrições da lei antifumo brasileira se aplicam também aos e-cigarros, pois seu vapor é prejudicial às pessoas expostas em ambientes fechados.

**Palavras-chave:** Cigarro eletrônico; dependência química; controle do tabagismo

### PD034 CACHIMBO: DO CHARME ÀS DOENÇAS NADA SOFISTICADAS

**ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO\*<sup>1</sup>; ANA GABRIELA MARIANO DOS SANTOS<sup>2</sup>; ZAIRA MELO DOS SANTOS<sup>2</sup>; AMANDA CRISTINA GOMES CORRÊA<sup>2</sup>; ISABELA FERREIRA<sup>3</sup>; CARLA CONCEICAO DOS SANTOS<sup>4</sup>**

1. NETT-IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. F. MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. NETT-UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4. TELEMEDICINA-IDT-UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

o consumo de tabaco em cachimbos iniciou-se em rituais indígenas na América pré-colombiana. Sir John Hawkins, usou o cachimbo em 1565, como passatempo para os marinheiros. Sir Walter Raleigh introduziu em 1585 nas cortes europeias, onde o cachimbo teve sua época de ouro, como símbolo de como símbolo de poder, sofisticação e lazer junto a aristocracia. Por serem aromatizados e parecerem inofensivos exercem atração junto aos jovens e por quem abandona os cigarros. **Objetivo:** apresentar dados para reflexão sobre os riscos de fumar cachimbos e discutir aspectos de um produto tradicionalmente aceito, considerado charmoso e menos maléfico comparado aos cigarros. O estudo é parte de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo, denominado "Tabaco e seus disfarces: mitos & crenças", que visa a realização de campanhas de prevenção sobre uso de derivados de tabaco junto à comunidade universitária e à população em geral; com a participação de alunos em iniciação científica dos cursos da área de saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ. **Metodologia:** foi realizada busca nas bases PUBMED e MEDLINE em 28 artigos e sites de instituições científicas sobre origem, consumo, dependência, composição, riscos e tratamento. **Resultados:** a PeTab-IBGE, 2008, revelou que há 0,7% de fumantes de cachimbos e charutos em área urbana, e 1,1% em área rural, predomínio em homens. Nos EUA houve redução de 14,1% (1965) para 2% (1991). Pesquisas com jovens nos EUA (2015) revelam queda no uso do tradicional cachimbo (1,6%), com aumento do cachimbo d'água (9,4%). A cura das folhas de tabaco é ao ar livre, confere pH alcalino, o que favorece absorção pela mucosa oral. O fumo de cachimbo não é inalado, não possui filtro, aspiradas são mais intensas e concentradas. Os cachimbos emitem teores variáveis de nicotina, alcatrão, monóxido de carbono e nitrosaminas, podem ser menores ou similares aos cigarros. Fumar cachimbo também causa tabagismo passivo. Os fumantes de cachimbo comparados aos não fumantes, têm aumentado risco de câncer de laringe, esôfago, colorretal, pâncreas, bexiga; sendo ainda maior para o pulmão (5 x), boca (4x) e laringe (13 x). O risco triplica para DPOC; e é 30% maior para doenças coronarianas e cerebrovasculares. O efeito carcinogênico é comparável ao de fumar cigarros. Além disso, apresentam doenças periodontais, perda dentária. O tratamento para os tabagistas de cachimbo segue as orientações preconizadas para o cigarro. **Conclusões:** o

consumo do tabaco em cachimbos não traz menos riscos quanto culturalmente seus usuários acreditam por não tragarem a fumaça. Fumar cachimbo causa dependência à nicotina. Os riscos relativos de câncer de pulmão estão diretamente associados ao número de cachimbos fumados por dia, anos de tabagismo, e profundidade de inalação e diminuí com os anos que interrompeu o uso de cachimbo. Não há diferenças significativas na ocorrência e mortalidade de doenças relacionadas ao tabaco comparado ao cigarro. Campanhas para conscientizar a população, em particular na área rural, são importantes para advertir quanto a fumar cachimbos ou qualquer forma de tabaco não é seguro para a saúde humana.

**Palavras-chave:** Cachimbo; dependência química; controle do tabagismo

### PD035 PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO

ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO<sup>1</sup>; LARISSA PINHEIRO ALVES<sup>2</sup>; SARITA BONETTE<sup>2</sup>; ANA LUISA ROCHA MALLETT<sup>3</sup>; DEBORAH BOTTI<sup>4</sup>; CAROLINA BARROS FERREIRA DA COSTA<sup>5</sup>; FATIMA MARCIAL CASTRO ORTOLAN<sup>4</sup>

1. NETT-IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. F. MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. CPST-UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4. PSICOLOGIA-HU/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 5. PSIQUIATRIA-HU/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

A prevalência de fumantes na população psiquiátrica é duas a três vezes maior do que na população em geral. Além disso, este grupo de pacientes tende a fumar mais e ter maior dificuldade de cessação tabágica. O Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo (NETT) se localiza dentro de um hospital geral e atende pacientes encaminhados do hospital ou de fora, precisando apenas o paciente possuir a demanda de parar de fumar. Dessa forma, rastrear pacientes com comorbidade psiquiátrica é uma conduta importante por implicar em maior necessidade de tratamento intensivo e ajustes medicamentosos específicos para cada tipo de transtorno mental. **Objetivo:** calcular a prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes matriculados no NETT. **Metodologia:** aplicação de entrevista semiestruturada com o Mini Neuropsychiatric Interview Plus versão brasileira 5. 0. **Resultados:** Foram entrevistados 58 pacientes. Na amostra estudada, o perfil sociodemográfico foi caracterizado por 22 homens (38,9%) e 36 mulheres (62,1%) com 52 anos (DP 10,1) em média. A maior parte era casada ou em união estável (25 pacientes; 43,1%), trabalhava (38; 65,5%) e possuía renda familiar média de 2438 reais (DP 1936). Os transtornos psiquiátricos detectados foram: transtorno de ajustamento (43,1%); fobia específica (32,8%); dependência de álcool ao longo da vida (25,9%); depressão maior atual e no passado (20,7%); abuso de álcool atual (19%); fobia social (19%); transtorno de déficit de atenção atual e no passado (15,5%); transtorno de ansiedade generalizada (13,8%); distímia (10,3%); transtorno de somatização (8,6%); e transtorno de estresse pós-traumático (1,7%). **Conclusões:** Em um serviço de tratamento de tabagismo dentro de um hospital geral, a comorbidade com transtornos psiquiátricos é alta. Os transtornos associados são diversos e podem influenciar no sucesso do tratamento. Dentre esses, o que mais se associou ao tabagismo foi o transtorno de ajustamento. Com isso, técnicas psicoterápicas que desenvolvam habilidades de enfrentamento mais adaptativas podem ajudar na cessação, já que o estresse é importante fator de recaída.

**Palavras-chave:** Transtornos psiquiátricos; dependência química; tabagismo

### PD036 FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE CIGARROS NA GRAVIDEZ

ÂNGELA TAMYE FUJITA<sup>\*</sup>; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ; GERALDO DUARTE

USPRP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

O tabagismo na gravidez cursa com inúmeros riscos como, por exemplo, parto prematuro, placenta prévia, abortos espontâneos e recém-nascidos de baixo peso. Apesar desses riscos, um número substancial de mulheres continua fumando na gravidez. A caracterização de elementos sociais e psicológicos que se associem ao uso de cigarros na gravidez é importante para planejar futuras intervenções nesse grupo de risco. **Objetivos:** Comparar características sociodemográficas, uso de agentes psicotrópicos e aspectos psicológicos entre grávidas fumantes e não fumantes. **Métodos:** Grávidas foram abordadas de maneira sistematizada em unidades básicas de saúde durante consultas rotineiras de pré-natal. Foi considerada fumante a grávida que houvesse consumido pelo menos um cigarro por dia nos últimos seis meses. Um grupo de grávidas não fumantes, pareado por idade foi constituído para comparações. Os instrumentos aplicados foram: classificação econômica Brasil, escala de Fagerström, escala hospitalar de ansiedade e depressão, escala de estresse percebido, marcadores reduzidos da personalidade, escala de apego materno-fetal. Ainda foram feitas perguntas sobre o consumo de maconha e álcool. Os Resultados estão apresentados como média±desvio padrão. Comparações entre os grupos foram realizadas pelo teste t pareado ou teste de Wilcoxon, de acordo com a distribuição dos dados. Teste exato de Fischer foi empregado nas comparações entre proporções. **Resultados:** O grupo de fumantes (F) foi composto por 48 mulheres, com idade média de 27,8±5,9 anos, consumo médio de 11,2±10,3 cigarros/dia e Fagerström de 4,8±2,2. O grupo de não fumantes (NF) tinha idade de 27,6±5,9 anos. Ambos os grupos pertenciam a classes sociais B ou inferiores. Houve uma tendência de F mostrar menor classe social do que NF (F: B=8,3%; C=63%; D/E=27,1%. NF: B=33%; C=50%; D=14,6%). O grupo F mostrou escores de Ansiedade e Estresse Percebido significativamente superiores ao de NF (10,1±4,0 X 6,9±3,8, p=0,0003; 24,1±10 X 17,6±8,4, p=0,0015). Entre os fatores de personalidade, apenas a Conscienciosidade foi significativamente reduzida em F (16,7±3,6 X 17,9 ± 2,3, p=0,0398). Não foram observadas diferenças significativas no tocante a Depressão, Socialização, Neuroticismo, Abertura e Extroversão. O grau de Apego Materno-fetal foi semelhante entre os dois grupos (F=75,6±20,9 X NF=76,5±11,7). No grupo F a proporção de experimentação de maconha e o uso no último mês foram significativamente maiores do que no grupo NF (72,3% X 8,3%, p=0,0001; 17% X 0%, p=0,0026). O grupo F também relatou consumo de álcool no último mês em proporção significativamente maior do que o grupo NF (63% X 22,9%, p=0,002). **Conclusões:** Os Resultados preliminares da nossa investigação indicam que Ansiedade e Estresse são elementos associados ao tabagismo na gravidez. Além disso, o consumo de maconha e álcool entre mulheres grávidas fumantes é substancial.

**Palavras-chave:** Tabagismo; psicologia; gravidez

### PD037 AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO IMEDIATO E TARDIO, APÓS UM ANO DE SEGUIMENTO, DOS PACIENTES QUE PARTICIPARAM DO PROGRAMA DE TABAGISMO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

**MARINA REZENDE DO NASCIMENTO\***; TÚLIO MARTINS VIEIRA;  
YVE CARDOSO DE OLIVEIRA; EDUARDO MORENO DE MELLO  
ARRUDA E SILVA; ANGELA SANTOS FERREIRA; REGINA CELIA  
SIQUEIRA SILVA; VILMA APARECIDA DA SILVA FONSECA; VALÉRIA  
TRONCOSO BALTAR

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL.

Tabagismo é doença crônica e recorrente. Apesar da atual disponibilidade de recursos eficazes para o tratamento, ainda é alto o índice de recaída. É importante realizar uma avaliação prévia do perfil do fumante que procura um centro especializado para que medidas possam ser tomadas antes e durante a abordagem terapêutica com o objetivo de aumentar a taxa de sucesso do tratamento. **Objetivos:** Analisar o perfil dos pacientes tabagistas e os Resultados do tratamento imediato e após um ano de acompanhamento.

**Métodos:** Foram avaliados 197 pacientes que participaram de pelo menos 04 das 06 sessões de grupo do Programa de Tratamento do Tabagismo no Hospital Universitário Antônio Pedro, no período de janeiro de 2011 a junho de 2015. Características sócio-demográficas e história de dependência à nicotina (teste de Fagerström) foram também analisadas. Os dados foram coletados através das fichas das entrevistas iniciais dos participantes. Para a avaliação da taxa de recaída em longo prazo foi utilizado um roteiro de entrevista telefônica. **Resultados:** Dos 197 pacientes avaliados, 129 (65,48%) eram do sexo feminino, sendo a média de idade do grupo de 57,31 ± 9,74 anos. A maioria (58,88%) tinha cursado pelo menos o ensino médio completo. 29 pacientes (14,72%) moravam sozinhos e 158 (79,69%) viviam com companheiro (a). Os pacientes fumavam em média 21,81 ± 10,18 cigarros por dia, a média de idade de início do tabagismo foi de 16,51 ± 5,82 anos e o tempo médio de tabagismo foi de 40,89 ± 9,90 anos. A maioria dos pacientes (69,84%) possuía grau elevado ou muito elevado de dependência à nicotina. 157 (79,69%) pacientes apresentavam histórico familiar de tabagismo e 163 (82,74%) já haviam feito uma ou mais tentativas de parar de fumar prévias à participação no grupo. Ao final das sessões, 177 pacientes haviam parado de fumar (taxa de abstinência imediata de 89,85%). O acompanhamento em longo prazo através de contato telefônico foi realizado, inicialmente, com 103 pacientes. Dentre estes, 51 se mantiveram abstinentes (taxa de abstinência tardia de 49,51%). Dentre as variáveis analisadas, somente o uso de medicação apresentou associação significativa com a cessação imediata do tabagismo ( $p < 0,001$ ), porém não teve influência no sucesso tardio. **Conclusões:** A alta taxa de abstinência imediata possivelmente está relacionada ao maior conhecimento do perfil destes pacientes e à abordagem por equipe multiprofissional. No entanto, uma significativa proporção de fumantes recaí em longo prazo, sendo importante identificar as características individuais e fatores associados ao aumento da recaída.

**Palavras-chave:** Tabagismo; tratamento; recaída

**PD038 CARACTERÍSTICAS BASAIS E DA PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMA PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO ENTRE GESTANTES ABSTINENTES OU NÃO DURANTE AO FINAL DO TRATAMENTO**

ANDRE LUIS BERTANI\*; RENATA FERRARI; LAURA CARAM; THAIS GARCIA; ANA NATÁLIA RIBEIRO BATISTA; SUZANA ERICO TANNI; IRMA GODOY

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

O tabagismo tem consequências para a saúde da mãe e do feto durante a gestação aumentando a importância da cessação neste período. O objetivo do presente estudo

foi comparar as características basais e de participação em tratamento voltado à cessação do tabagismo entre gestantes que cessaram ou não durante a gestação e após o parto. **Métodos:** Ensaio clínico randomizado e controlado com oitenta e três gestantes fumantes atendidas durante o pré-natal e após o parto em Unidades Básicas de Saúde e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Ao final do programa as gestantes foram separadas em: Abstinentes (A) e Fumantes (F), confirmado com a avaliação do CO. Todas as gestantes participaram de pelo menos uma sessão de aconselhamento e receberam manual impresso e DVD contendo vídeo com material educativo desenvolvido especificamente para gestantes fumantes. Foram avaliadas: história tabágica, dados da gestação atual, situação de fumo passivo, o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), o grau de motivação, a dependência nicotínica, a Escala de Estresse Percebido (EEP) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). As escalas foram avaliadas no momento inicial (V1), final da gestação (V7) e 40 dias após o parto (V8).

**Resultados:** 46,9% das gestantes estavam abstinentes e 53,1% fumando após o tratamento. As características gerais não diferiram entre os grupos (idade, estado civil, escolaridade, CCEB, semana gestacional de início no tratamento, consumo de álcool na gestação, comorbidades, anos/maço de tabagismo e fumo passivo). 71,8% do grupo A e 68,2% do F estavam contemplativas em relação à cessação do tabagismo, sem diferença estatística entre os grupos. As gestantes do grupo A apresentaram grau de dependência nicotínica superior ao encontrado no grupo F (7 (5,25 – 10) vs 6 (3 – 7),  $p = 0,010$ ). O grupo A participou mais das sessões de aconselhamentos do que o F (3 (1 – 8) vs 1 (1 – 5),  $p = 0,037$ ). O grupo A (9 (8 – 10),  $p = 0,011$ ) apresentou escore de ansiedade (HAD) significativamente inferior ao escore do F (12 (8,5 – 20)) no momento V8. Entretanto, o grupo F (9 (6 – 12),  $p = 0,009$ ) teve escore de depressão (HAD) inferior ao A (11 (9 – 17,5)) no momento V8. O grupo F apresentou aumento significativo no escore da EEP no momento V8 (26,3 ± 6,4,  $p = 0,028$ ) em relação a V7 (23,3 ± 6,4). Esta situação não foi observada no grupo A. **Conclusões:** A abstinência parece ter exercido papel positivo no nível de ansiedade e de estresse das gestantes após o parto. Independentemente do grau de dependência basal, as gestantes com participação em maior número de sessões de treinamento conseguiram sucesso na tentativa de cessação. As gestantes abstinentes apresentaram aumento do escore de depressão após o parto.

**Palavras-chave:** Tabagismo; gestantes; tratamento

## TUBERCULOSE / MICOBACTERIAS NÃO TB

**PD039 USO DO INTERFERON  $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) E DA PROTEÍNA INDUZIDA POR IFN (IP-10) NO LÍQUIDO PLEURAL COMO ALTERNATIVA À ADENOSINA DEAMINASE (ADA) NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA TUBERCULOSE**

ANA PAULA GOMES DOS SANTOS\*; RAQUEL DA SILVA CORRÊA\*; MARCELO RIBEIRO ALVES\*; ANA CAROLINA OLIVEIRA SOARES\*; GERALDO PEREIRA\*; THIAGO THOMAZ MAFORT\*; LUCIANA SILVA RODRIGUES\*; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES\*

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

A produção de mediadores inflamatórios por linfócitos T após estimulação por antígenos do Mycobacterium tuberculosis (Mtb) é ampliada no sítio da infecção ativa.



Assim, testes imunológicos baseados na resposta Mtb-específica constituem excelentes ferramentas para a busca de biomarcadores em diferentes espécimes clínicos e podem ser úteis para o diagnóstico da tuberculose (TB) em suas diversas formas. **Objetivos:** Determinar os níveis de IFN- $\gamma$  e IP-10 Mtb-específicos no sangue periférico (SP) e no líquido pleural (LP) de pacientes com derrame pleural (DP) utilizando o teste Quantiferon-TB Gold In Tube® (QFT-GIT) como auxílio no diagnóstico diferencial da TB. **Métodos:** Estudo transversal baseado em dados clínicos e laboratoriais de pacientes com DP em investigação, atendidos pelo Serviço de Pneumologia do HUPE/UERJ entre março/2015 e maio/2016. Teste t foi utilizado para comparação dos níveis de IFN- $\gamma$  e IP-10 entre os grupos. Os pontos de corte dos biomarcadores foram calculados a partir da elaboração da curva ROC (Receiver Operating Characteristic) e dos testes de Youden e SpEqualSe. Índice Kappa (K) foi usado em análises de correlação entre os marcadores avaliados. **Resultados:** Foram incluídos 48 pacientes no estudo. Destes, 24 foram diagnosticados com TB Pleural (TBPI) e 24 com outros diagnósticos (NTB). Não foram observadas diferenças significativas na resposta Mtb-específica em SP ou LP entre os grupos TB e NTB com base no teste QFT-GIT. No entanto, de maneira interessante, os níveis basais (tubo Nii) de IFN- $\gamma$  e IP-10 no LP se mostraram significativamente superiores no grupo TB. O ponto de corte para o IFN- $\gamma$  acessado diretamente no LP a partir da curva ROC foi de 1,45 UI/ml, gerando valores de sensibilidade (S), especificidade (E) e valores preditivos positivo (VPP) e negativo (VPN) de 92%, 91%, 92% e 91%, respectivamente. Para IP-10 no LP, o ponto de corte foi de 264,2 pg/ml (S=92%, E=78%, VPP=81,5% e VPN=89,5%). A acurácia da ADA e do IFN- $\gamma$  isoladamente no LP foram comparáveis (91%). Adicionalmente, o uso sequencial dos biomarcadores avaliados aumentou a sensibilidade em relação ao uso apenas de ADA (92% x 87,5%). As medidas de IFN- $\gamma$  e IP-10 no LP apresentaram excelente correlação com a ADA (k=0,83, IC95% 0,66-0,99; e k=0,70, IC95% 0,49-0,90, respectivamente). **Conclusão:** Nesta análise, os níveis basais de IFN- $\gamma$  e IP-10 no LP foram úteis para o diagnóstico da TBPI, com boa correlação com os métodos menos invasivos já estabelecidos, e maior sensibilidade que a dosagem de ADA. Estes dados corroboram o fato de que nos sítios de doença ativa os biomarcadores já são elevados em sua forma basal, não havendo necessidade de sua estimulação com antígenos específicos. Os dados obtidos a partir deste estudo podem impactar, de maneira significativa, a assistência primária aos pacientes com TBPI, ratificando dados da literatura sobre a dosagem de IFN- $\gamma$  e trazendo o também o IP-10 como alternativas à dosagem de ADA.

**Palavras-chave:** Tuberculose; pleura; igra

**PD040 ANÁLISE SEQUENCIAL COMO FERRAMENTA NA DETECÇÃO DE MUDANÇAS DE LIMIARES AUDITIVOS EM PACIENTES TRATADOS DE TUBERCULOSE RESISTENTE**  
**KARLA ANACLETO VASCONCELOS\***; **ANTÔNIO RUFFINO-NETTO\***; **SILVANA MARIA MONTE COELHO FROTA\***; **AFRÂNIO LINEU KRITSKI\***  
1. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

o uso de aminoglicosídeos no tratamento da tuberculose resistente pode causar perdas auditivas permanentes e comprometer a comunicação dos pacientes, afetando sua vida nos aspectos emocionais, sociais e ocupacionais. **Objetivo:** verificar precocemente a ocorrência de ototoxicidade durante os seis meses de uso de aminoglicosídeo no tratamento da tuberculose resistente,

por meio de dois exames audiométricos distintos: audiometria tonal liminar e audiometria de altas frequências.

**Método:** o estudo foi aprovado pelo CEP/HUCFF/UFRJ sob o nº 61594. Foram incluídas pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de tuberculose pulmonar resistente, que necessitaram de aminoglicosídeos como parte do esquema medicamentoso (amicacina ou estreptomicina) e iniciaram tratamento disponibilizado pelo Ministério da Saúde no ambulatório Germano Gerhardt do Centro de Referência Prof. Hélio Fraga/FIOCRUZ/RJ. Os pacientes foram avaliados antes do uso do aminoglicosídeo e seguiram com novas avaliações a cada 30 dias. A análise estatística dos Resultados foi realizada por meio da análise sequencial da razão da probabilidade. Nesse método estatístico o número de observações necessárias para uma decisão está sujeito a variações causais, uma vez que é função das próprias observações. O paciente é controle dele mesmo. As decisões são tomadas de acordo com as informações acumuladas por meio da história passada das medidas realizadas. O experimento terminará com a aceitação ou rejeição da hipótese nula - H0 (probabilidade igual a 1) reduzindo, desta forma, o número de observações necessárias. A H0 nesse estudo foi de que a ototoxicidade não está associado ao uso de aminoglicosídeo. **Resultados:** foram incluídos no estudo 61 pacientes com TB pulmonar. Destes, apenas 12 tiveram seus dados analisados devido ao modelo estatístico que indicou o término do estudo por associação entre o aminoglicosídeo e ototoxicidade na população de TBMR (rejeição de H0). Foi verificado que a audiometria de altas frequências foi o teste mais eficiente na detecção da ototoxicidade nessa população, uma vez que foram verificadas em nove casos (75%) de mudanças de limiares auditivos que caracterizam a ototoxicidade. Já na audiometria tonal liminar foram verificadas mudanças compatíveis com ototoxicidade em apenas dois (16,6%) pacientes. Não houve casos de comorbidades como HIV +, Diabetes Mellitus ou hipertensão arterial. Todos os pacientes (100%) já haviam apresentado TB anteriormente sem necessidade de uso de aminoglicosídeo. A idade média foi 38,2 anos e três (25%) pacientes eram do sexo feminino. O medicamento mais utilizado foi a estreptomicina (10 casos) seguido da amicacina (2 casos). **Conclusão:** houve associação estatística entre as mudanças de limiares auditivos e o uso de aminoglicosídeos na população com TBMR verificado por meio da audiometria de altas frequências.

**Palavras-chave:** Ototoxicidade; aminoglicosídeo; tuberculose

**PD041 DERIVAÇÃO DE REGRA DE PREDIÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL PARA DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM AMBIENTE HOSPITALAR**

**BERENICE DAS DORES GONÇALVES\***; **SÔNIA REGINA LAMBERT PASSOS\***; **MARIANA COUTO MONTEIRO\***; **CLEBER NASCIMENTO DO CARMO\***; **LEVY VILAS BOAS FUKUOKA\***; **FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO\***

1. UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL; 2. INI/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. ENSP/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

A tuberculose (TB) é um problema emergencial de saúde pública no mundo. Em ambiente hospitalar o risco de transmissão do Mycobacterium tuberculosis é produto da inter-relação entre as características da unidade, a incidência da doença na população de referência e a existência de programas efetivos de biossegurança. Pacientes com tuberculose pulmonar (TBP) ativa são a principal fonte de transmissão da doença. O atraso deste diagnóstico

pode resultar em aumento da morbidade do paciente e da transmissão da doença. Assim, a localização, identificação e isolamento de pacientes com TBP ativa são imperativos no controle da doença. Regras de predição clínica são raras para diagnóstico de tuberculose pulmonar (TBP) em ambiente hospitalar nos países de alta prevalência.

**Objetivo:** Derivar e avaliar a acurácia de regra de predição clínico-laboratorial para predição de TBP em pacientes  $\geq 15$  anos internados em hospital geral do Rio de Janeiro-Brasil.

**Método:** Estudo de acurácia diagnóstica com pacientes internados de 2008 a 2013. Padrão de referência: cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis* em espécime respiratório. Calculadas razões de chances ajustadas por regressão logística, curva ROC do valor predito pelo modelo e seus parâmetros de acurácia. **Resultados:** Foram estudados 284 pacientes sendo 52 casos (18,3%). O escore da RPC derivada variou de 0 a 5, sendo 2 pontos para febre e 1 ponto para cada um dos preditores: emagrecimento  $>10\%$ , uso de bebida alcoólica e imagem típica/compatível do tórax. O ponto de corte foi  $\geq 3$  pontos com AUC-ROC 0,70, sensibilidade 72,1%, especificidade 64,5%, valores preditivos positivo 30,1% e negativo 91,6%, razão de verossimilhança positiva 2,0 e negativa 0,4. **Conclusão:** A regra derivada corroborou resultado de recente revisão sistemática de preditores de TBP em pacientes hospitalizados, mas deve ser validada prospectivamente. A alta taxa de falso-positivos justifica o uso combinado de exame molecular específico para TBP.

**Palavras-chave:** Técnicas de apoio para a decisão; diagnóstico/tuberculose pulmonar; hospital geral

#### PD042 DESFECHOS DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR E CONVERSÃO DE CULTURA ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS E/OU TABAGISTAS: UM ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO.

MICHELLE CAILLEAUX CEZAR<sup>\*1</sup>; CARLA CONCEICAO DOS SANTOS<sup>1</sup>; JOSÉ ROBERTO LAPA E SILVA<sup>1</sup>; MARCUS BARRETO CONDE<sup>2</sup>

1. INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL;  
2. INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX UFRJ / FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS - FASE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

O diabetes mellitus (DM) e o tabagismo são ameaças iminentes para o controle da tuberculose pulmonar (TP). Objetivo. O propósito deste estudo foi avaliar a conversão da cultura após dois meses de tratamento e os desfechos do tratamento da TP entre pacientes com doença confirmada por cultura com DM e/ou tabagismo em um local com moderada incidência de TP (Rio de Janeiro, Brasil). Métodos. Estudo do tipo coorte retrospectivo. Os pacientes com TP diagnosticados e tratados no Ambulatório de Tisiologia Newton Bethlem do Instituto de Doenças do Tórax (IDT) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foram avaliados retrospectivamente entre 01 de outubro de 2004 a 31 de dezembro de 2012. Resultados. Entre 298 pacientes diagnosticados com TP, 12 eram ineligiáveis para inclusão devido ao resultado de cultura negativa para *Mycobacterium tuberculosis*. Entre os 286 sujeitos restantes, 112 foram excluídos (08 por sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana, 33 por teste de sensibilidade em amostra de escarro de inclusão demonstrando resistência ao esquema de tratamento padrão e 71 por não receberem o esquema padrão de tratamento). Entre os 174 pacientes com desfechos conhecidos, 17. 2% (30/174) eram diabéticos: 13 não-tabagistas (7,4%;13/174), 10 ex-tabagistas (5,7%;10/174) e 07 tabagistas (4%;7/174). Entre os não diabéticos 21 eram ex-tabagistas (12%;21/174)

e 39 eram tabagistas (22,4%;39/174). Havia 84 pacientes não tabagistas e não diabéticos (48,3%;84/174). Os pacientes diabéticos ex-tabagistas (RR 2. 9; CI 95% 1. 2-6. 9) assim como os diabéticos tabagistas (RR 3. 3; CI 95% 1. 5-7. 7) apresentaram proporção de conversão de cultura no segundo mês menor do que os pacientes não diabéticos e não tabagistas. Entre os pacientes não diabéticos, os tabagistas apresentaram uma proporção maior de desfecho de tratamento não favorável. (RR=7. 33 CI95%: 2. 17-24. 73; p =0. 01) Conclusão. A integração do manejo de DM e tabagismo em programas de tratamento de tuberculose é fortemente recomendada para o controle desta doença.

**Palavras-chave:** Tuberculose; tabagismo; diabetes

#### PD043 O IMPACTO DA SILICOSE SOBRE A EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

DANILO MESSIAS MENDES LIMA<sup>\*1</sup>; LUCAS FABEL CHALUP<sup>2</sup>; BRUNA KELLY CARDOSO DE CARVALHO<sup>3</sup>; ANA PAULA SCALIA CARNEIRO<sup>1</sup>; PALMIRA DE FÁTIMA BONOLO<sup>4</sup>

1. HC-UFGM, CONTAGEM, MG, BRASIL; 2. FCMMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3. SANTA CASA- MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 4. UFOP - MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

A tuberculose figura ainda como um dos problemas de saúde pública mais prevalentes em diversos países, especialmente nos menos desenvolvidos. A silicose, por sua vez, ainda é a pneumoconiose mais frequente no mundo, embora esteja bem controlada em países desenvolvidos, continua com elevadas taxas nos demais. Sabe-se que a exposição à sílica, por si só, pode ser um fator predisponente ao desenvolvimento de tuberculose, mesmo em trabalhadores sem silicose. No Brasil, embora com diferenças regionais, tanto a silicose como a tuberculose apresentam elevados índices e, apesar da conhecida associação sílico- tuberculose, existem poucos estudos que estimam a prevalência desta associação. Menos ainda se sabe sobre a influência da presença de silicose nas taxas de TB na população geral. **Objetivo:** Avaliar o impacto da silicose sobre a epidemiologia da tuberculose na população geral das cidades do estado de Minas Gerais. **Metodologia:** Realizou-se um estudo ecológico, analisando-se as taxas de tuberculose em cidades de MG, no período de 2002-2013, baseado no banco de dados do DATASUS. Foram selecionadas cidades com processos de trabalho de conhecida exposição à sílica, denominadas no estudo como “cidade caso”, em comparação com outras sem evidências de tal exposição, denominadas “cidades-controle”. As cidades selecionadas foram pareadas em relação a possíveis fatores de confusão: taxa de incidência de aids, IDH (longevidade, educação e renda) e porcentagem de ocupação no setor de extrativismo mineral. **Resultados:** A taxa de incidência média de TB em MG no período analisado foi de 23,49/100. 000 habitantes. Demonstrou-se que as taxas foram maiores nas “cidades-caso” comparados às “cidades-controles”, 37,32/100. 000 hab. e 14,40/100. 000 hab., respectivamente (p=0,0002). Observou-se ainda nas “cidades-caso” que a proporção homem/mulher de tuberculose variou de 1. 56/1 a 3. 20/1, relações próximas ao restante do estado que para o ano de 2013, que apresentou uma relação de 2,13/1. **Conclusão:** Este estudo apontou que a exposição à sílica e a silicose podem ter influência na ocorrência de taxas mais altas de tuberculose na população geral de MG. É possível que não se trate do adoecimento por tuberculose apenas entre aqueles ocupacionalmente expostos à sílica, dado a proporção homem/mulher semelhante ao restante do estado. Dado as conhecidas dificuldades de diagnóstico e

tratamento da TB em portadores de silicose, pressupõe-se haver uma maior disseminação da tuberculose entre seus contactantes, o que sinalizaria um impacto da coinfeção por TB. Ressalta-se, que novos estudos devam ser realizados para determinação dos fatores de risco para a tuberculose em nível individual. São necessárias ações preventivas para silicose e tuberculose em populações onde haja risco de exposição à sílica e silicose.

**Palavras-chave:** Tuberculose; silicose; silício tuberculose

**PD044 TUBERCULOSE EM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA REALIDADE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE. RONEY VICENTE DE SOUZA\*<sup>1</sup>; RAQUEL FELISARDO ROSA<sup>1</sup>; ANA LUIZA ARAÚJO DE SOUZA<sup>1</sup>; GUACYARA PRADO DE SOUZA AZEVEDO<sup>1</sup>; TASSIANO VIEIRA SOUZA<sup>2</sup>; SAMUEL RIBEIRO DIAS<sup>1</sup>. 1. SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2. CIÊNCIAS MÉDICAS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.**

determinantes sociais de grandes centros urbanos, como pobreza, baixa escolaridade, situações de confinamento, pessoas vivendo em situação de rua (PSR), abuso de drogas e indivíduos marginalizados, com difícil acesso aos serviços de saúde, formam um grande grupo de indivíduos vulneráveis à Tuberculose. São consideradas em situação de rua as pessoas provenientes, em sua grande maioria, dos segmentos populares, vivendo em situação de extrema exclusão social e vulnerabilidade, que fizeram da rua sua casa ou uma extensão dela, nela desenvolvendo suas relações e provendo de diversas maneiras o seu sustento, e neste grupo o Risco de TB é 67 vezes maior. **Objetivo:** Descrever o comportamento da TB entre PSR em Belo Horizonte-MG. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal que usou a Base de Dados do DATASUS-SINAN-NET referente as notificações de TB entre o período de 2012 a 2015. **Resultados:** No Brasil entre os anos de 2012 a 2015 em média 1.9% dos casos de TB eram relacionados à PSR com uma nítida tendência de ascensão, partindo de 0,7% em 2012 chegando em 3,1% em 2015, em BH foi de 0,4% para 5,8%, relacionado ao mesmo período. Em relação ao desfecho do tratamento apenas 34,5% no Brasil e 21,7% em BH enceram o caso por cura, 34,9% e 55,9% por abandono, 6,4% e 7,6% morrem por tuberculose, na mesma ordem. **Conclusão:** apesar desta população especial representar apenas 1% da população em geral, representou mais de 5% dos casos de TB em BH no ano de 2015. A capital mineira apresenta maior inclinação da linha de incidência de TB nesta população, além de menor encerramento por cura, maior encerramento por abandono e morte diretas em relação a média nacional. Estes dados reforça a necessidade de melhores políticas de saúde pública e ações intersetoriais no âmbito do controle da TB, mas que contemple as situação de populações especiais com a que vive em Situação de Rua.

**Palavras-chave:** Tuberculose; população em situação de rua; belo horizonte

**PD045 DIABETES MELLITUS E TUBERCULOSE: ANÁLISE DE CASOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EUGENIO PATRICIO OLIVEIRA<sup>1</sup>; CONSTANTINO GIOVANNI BRAGA CARTAXO<sup>1</sup>; RAYANE DA SILVA SOUZA<sup>1</sup>; MARÍLIA DENISE SARAIVA BARBOSA<sup>1</sup>; ISABELLE GOMES OLIVEIRA<sup>1</sup>. UFPP, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.**

**Introdução:** A associação entre diabetes mellitus (DM) e tuberculose (TB) tornou-se evidente com a epidemia de diabetes tipo 2 atrelado com a de TB. Atualmente o duplo fardo TB-DM representa um grave problema de saúde pública mundial. Há evidências crescentes

de que o diabetes é um importante fator de risco para o desenvolvimento da tuberculose pulmonar ativa e também é conhecido que o DM pode modificar a apresentação clínica da TB. Contudo, estudos comparativos de apresentação da TB inicial entre diabéticos e não-diabéticos produziram Resultados inconsistentes, algumas publicações associam diabetes a um maior risco de TB multirresistente e outros não demonstram esta associação. **Objetivos:** Avaliar as diferenças demográficas, clínicas e diagnósticas em pacientes com tuberculose, com e sem DM, e a sua associação à comorbidades como HIV, AIDS e uso de álcool. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico, do tipo descritivo analítico, fundamentado em pesquisa com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dos casos de tuberculose e diabetes mellitus diagnosticados e acompanhados no Hospital Clementino Fraga, João Pessoa-PB, no período de 2004 a 2014. A amostra final foi de 3831 pacientes portadores de TB, sendo 314 TB-DM. Para análise de associação foi utilizado o teste de chi-quadrado, adotando nível de significância de 5% ( $p < 0.05$ ), sendo calculado o odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%. **Resultados:** Desde o início do século XX, os médicos observaram uma associação entre diabetes mellitus e tuberculose, embora fossem muitas vezes incapazes de determinar se o DM causava TB ou se TB levava a manifestações clínicas do DM. Nesse estudo observou-se que os indivíduos com TB-DM eram mais velhos que os TB sem DM (média de idade 53.45 vs 38.06 anos); com predomínio da raça parda 76.43% ( $n = 240$ ); 91.7% ( $n = 287$ ) apresentaram a forma pulmonar da TB (OR 2.08 IC 1.378-3.14  $p < 0.001$ ). Entre as formas extrapulmonares, destacou-se a TB pleural com 37% ( $n = 10$ ) no grupo TB-DM. Não houve associação com o resultado dos testes tubercúlicos ( $p = 0.423$ ), radiografia de tórax ( $p = 0.21$ ) e uso de álcool ( $p = 0.377$ ). O HIV não aumentou a chance de DM em pacientes com TB (OR 0.319 IC 0.188-0.542  $p < 0.001$ ). **Conclusão:** O presente estudo destaca a importância do conhecimento do DM em pacientes tuberculosos e que é necessário acrescentar estratégias de rastreio do DM aos programas de controle da tuberculose. Uma vez que há evidência de uma associação entre o DM e a TB. Sem, contudo, se saber quem é a causa ou a consequência.

**Palavras-chave:** Tuberculose; diabetes mellitus; epidemiologia

## EPIDEMIOLOGIA

**PD046 ANÁLISE ESPACIAL DA TUBERCULOSE PULMONAR NO RIO DE JANEIRO, BRASIL: UMA ABORDAGEM BAYESIANA POR MEIO DO INLA PAULO VICTOR DE SOUSA VIANA\*<sup>1</sup>; NATÁLIA SANTANA PAIVA<sup>2</sup>; LEONARDO SOARES BASTOS<sup>3</sup>**

1. CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA, ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE SERGIO AROUCA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. IESC/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. PROGRAMA DE COMPUTAÇÃO CIENTÍFICA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ., RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Apesar dos avanços computacionais dos últimos anos, a inferência bayesiana tem sido pouco utilizada como ferramenta de análise em estudos de saúde, principalmente em estudos voltados para a análise da distribuição espacial dos casos de TB no Brasil. **Objetivos:** Analisar a detecção

de padrões de variação da morbidade por TB pulmonar nos municípios do Estado do Rio de Janeiro nos anos de 2010 a 2013. **Métodos:** Estudo ecológico dos casos novos de TB pulmonar notificados no Sistema Nacional de Notificação de Agravos (Sinan) e explorado as relações com variáveis de contexto sociodemográfico e epidemiológico nos municípios do estado do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2013. Utilizou-se as seguintes variáveis do Censo de 2010 do IBGE: Proporção de homens em cada município; Proporção de saneamento adequado e semi-adequado; taxa de analfabetismo; Proporção de indivíduos residentes com renda até 70 reais; Proporção de indivíduos segundo as classificações de raça/cor (branca, preta, parda e indígena); Proporção de indivíduos residindo em área urbana; Proporção de domicílios com mais de dois ocupantes por cômodo de dormir com exceção da cozinha; E por fim, a incidência de pobreza por município. Além disso, foram incluídas as variáveis densidade populacional e incidência por AIDS por 100.000 hab. Foram propostos 4 modelos de regressão de Poisson, foram eles: Estimativas a posteriori dos efeitos fixos do modelo de regressão de Poisson (Modelo I), com efeitos aleatórios espaciais não-estruturados (Modelo II), com efeitos aleatórios espaciais estruturados (Modelo III), modelo completo (Modelo IV). A inferência utilizada foi uma alternativa computacionalmente eficiente de Cadeias de Markov Monte Carlo (MCMC) chamado INLA. Os modelos ajustados foram comparados usando o DIC. As análises deste trabalho foram implementadas no ambiente livre R 3.1.3. Os mapas foram feitos usando o pacote "spdep" com a malha obtida através do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a inferência feita com o pacote INLA. **Resultados:** No período de estudo, um total de 37513 casos novos de TB pulmonar foram notificados no estado do Rio de Janeiro, correspondendo uma taxa de incidência de 58,0 casos por 100.000 habitantes. Todos os municípios do estado apresentaram caso de TB no período estudado. O mapa das taxas de incidência, segundo município de residência, demonstrou que os municípios da Baixada Fluminense apresentaram as maiores taxas de incidências por 100 mil habitantes no período analisado (151,3 em Paracambi, 82,0 Japeri, 80,2 Duque de Caxias). Ao comparar os 4 modelos propostos via DIC, modelo 1 (DIC = 708,8516), modelo 2 (DIC = 707,0183), modelo 3 (DIC = 707,9250) e o modelo 4 (DIC = 709,0797), foi selecionado o modelo com menor DIC. No Estado do Rio de Janeiro, aproximadamente 10,0% dos municípios tiveram uma razão de morbidade padronizada (RMP) acima de 1. Identificamos áreas que os fatores de riscos estatisticamente significativos para TB foram: incidência de pobreza e taxa de analfabetismo. **Conclusão:** Os Resultados deste estudo descreveram a heterogeneidade espacial da distribuição da TB, com agregação observada em municípios específicos do Estado do Rio de Janeiro e a importância da identificação dos fatores de riscos associados com as notificações dos casos e a correlação espacial. Os Resultados descreveram a heterogeneidade espacial da distribuição da TB e a importância da identificação dos fatores de riscos associados com as notificações dos casos e a correlação espacial.

**Palavras-chave:** Tuberculose; regressão de poisson; inla

**PD047 FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO E ÓBITO EM PACIENTES COM TUBERCULOSE DROGARRESISTENTE, ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA DO RIO DE JANEIRO, BRASIL.**

**PAULO VICTOR DE SOUSA VIANA\***; **CARLOS RUBENS CARDOSO**; **JORGE LUIZ DA ROCHA**

**CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA, ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

O paciente com Tuberculose Drogarresistente (TBDR) é definido como todo indivíduo portador de TB que apresente teste de sensibilidade que revele resistência bacilar a pelo menos Rifampicina e Isoniazida. Diversos fatores podem causar a resistência aos medicamentos de tratamento da TB, por exemplo: sexo, suscetibilidade genética, ocupação, tratamento anterior, situação socioeconômica, coinfeção HIV. **Objetivos:** Analisar os fatores associados ao abandono e óbito em pacientes com TBDR atendidos em um Centro de Referência, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. **Métodos:** Uma análise de coorte retrospectiva de pacientes com TBDR em tratamento entre 2012 e 2013 no Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Rio de Janeiro, Brasil. Os dados foram coletados rotineiramente durante o tratamento e disponibilizados no SITETB. A análise regressão múltipla foi utilizada para modelar os fatores associados ao abandono e óbito, usando apenas variáveis com um P-valor de 0,20 observada na regressão logística simples. Todas as análises foram realizadas utilizando o software estatístico livre R versão 3.2.2. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CAAE: 55986316.7.0000.5240). **Resultados:** Um total de 257 pacientes com TBDR iniciaram o tratamento no período analisado, destes 178 (69,2%) eram TBMR e 13 (5,1%) TBXDR. A relação masculino/feminino foi de 2,3: 1; com idade média de 39,7 anos (intervalo: 15-80). Do total, 180 pacientes (70%) eram casos novos e 27 (10,5%) reingresso após abandono. O sucesso terapêutico foi o desfecho mais frequente 139 (54,1%), seguido do abandono 54 (21%) e óbito 52 (20,2%). O tempo médio de tratamento foi de 14,9 meses (intervalo: 0-36 meses), para o abandono do tratamento foi de 7 meses (intervalo interquartil, 0-21 meses) e o tempo médio para o óbito foi de 9,4 meses (intervalo interquartil, 0-24 meses). A diabetes esteve presente em 27 (10,5%) dos pacientes em tratamento, seguida dos usuários de drogas ilícitas 21 (8,2%) e da Aids em 12 (4,7%) dos pacientes. Após análise de regressão múltipla, os fatores associados ao abandono foram: Mais de 50 anos (OR= 0,13; IC95% 0,03-0,48) e reingresso após abandono (OR= 4,84; IC95% 2,02-11,57). Foram estatisticamente significativos para o óbito: Analfabetismo (OR=13,96; IC95% 1,45-134,6), polirresistência (OR= 21,04; IC95% 1,47-300,31), reingresso após abandono (OR= 4,29; IC95% 1,1-16,7) e recidiva (OR= 6,97; IC95% 1,15-42,04). **Conclusão:** Este estudo demonstrou que a identificação de fatores associados ao abandono do tratamento e óbito em pacientes com tuberculose resistente, tais como: Ter mais de 50 anos (fator de proteção), ser reingresso após abandono, sem escolaridade, ter o padrão de resistência polirresistente e recidiva ao tratamento, servem de alerta aos profissionais de saúde que acompanham os casos de TBDR mantenham uma vigilância mais precisa nestes casos e que evitem desfechos desfavoráveis ao tratamento a estes pacientes em maior risco.

**Palavras-chave:** Tuberculose resistente; abandono; óbito

**CIRCULAÇÃO PULMONAR**

**PD048 AVALIAÇÃO POR ALGORÍTMO COMPOSTO PARA O DIAGNÓSTICO DA HIPERTENSÃO PULMONAR ASSOCIADA À ESCLEROSE SISTÊMICA**

**MARCIO MACRI DIAS<sup>\*</sup>; VERONICA SILVA VILLELA; ANGELO ANTUNES SALGADO; MARCIA BUENO CASTIER; ROGER LEVY; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ESMERALCI DIAS; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES**

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A esclerose sistêmica (ES) é uma doença autoimune que tem a hipertensão pulmonar (HP-ES) como principal causa de mortalidade. O diagnóstico precoce e classificação correta podem melhorar seu prognóstico.

**Objetivo:** Avaliar o diagnóstico da HP-ES através de algoritmo composto confirmado por cateterismo do ventrículo direito (CAT-VD) e correlacionar a pressão da artéria pulmonar (PSAP) e função de ventrículo direito (VD) pelo ecocardiograma transtorácico (ETT) e CAT-VD.

**Métodos:** Estudo prospectivo, aprovado no comitê de ética em pesquisa, com realização de exame clínico, biomarcadores sanguíneos, teste de função pulmonar, capilaroscopia, ETT, cateterismo cardíaco direito e coronariografia. Todos os pacientes tinham o diagnóstico de esclerose sistêmica, conforme o Colégio Americano de Reumatologia (2013). Foi realizado o protocolo DETECT (<http://detect-pah.com/pah-risk-calculator>), que contém seis itens: 1) valor da relação capacidade vital forçada pela capacidade de difusão ao monóxido de carbono (CVF%/DCO%), 2) NTproBNP e 3) ácido úrico, 4) presença do anticorpo anticentrômero, 5) telangiectasias, 6) desvio do eixo elétrico do coração para direita. Caso o valor ficasse superior a 300 pontos, os pacientes eram encaminhados para o ETT. Os pacientes que apresentavam ETT com PSAP estimada  $\geq 35$ mmHg eram indicados para o cateterismo cardíaco direito e coronariografia. No ETT foram realizadas avaliação da função do ventrículo direito (VD) pelo Strain (SVD), o *tricuspid annular plain systolic excursion* (TAPSE), medida do átrio direito (AD) e átrio esquerdo (AE) e função ventricular esquerda. No CAT-VD foram realizadas as medidas da pressão capilar pulmonar (pcap), da pressão sistólica, diastólica e média (PAPm) do tronco da pulmonar, medida da resistência pulmonar e sistêmica e seus índices, medidas da perfusão sistêmica e pulmonar. Esses dados foram correlacionados com os respectivos achados no ETT. Para a estatística foi realizado o teste de correlação de Pearson e a regressão linear multivariável, considerando a significância estatística, quando  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Dos 124 pacientes avaliados, 30 preencheram os critérios DETECT e PSAP  $> 35$ mmHg. Destes, 20 foram encaminhados para o CAT-VD. Dez foram excluídos por terem outras causas de hipertensão pulmonar. O valor médio de PSAP foi de 33 mmHg ( $\pm 10$ ). Em relação às correlações entre os dois métodos os Resultados foram: PSAP no ECO-TT versus CAT-VD,  $r=0,79$ ; Sobrecarga Ventricular Direita no ECO-TT versus a medida do VD no CAT-VD,  $r=0,5$ ; TAPSE no ECO-TT versus PAPm no CAT-VD,  $r=0,11$ . A PAPm pode ser calculada com  $r^2$  de 0,997, quando a pcap  $\leq 15$ mmHg e o paciente tivesse o antiSci70 detectado, sendo a equação: PAPm (em mmHg) =  $50,509 + (CVF\%/DCO\% \times 2,877) - (idade \text{ em anos} \times 0,379) - (PSAP \text{ em mmHg} \times 0,272)$ . Para a pcap o  $r^2$  foi 0,871 e a equação desenvolvida: pcap (em mmHg) =  $3,820 + (volume \text{ diastólico do ventrículo esquerdo em ml} \times 3,306) - (idade \text{ em anos} \times 0,136) - (strain \times 0,103)$ . **Conclusões:** O algoritmo composto por CAT-VD permitiu diagnóstico precoce da HP-ES. A correlação entre PSAP e função de VD medida nos dois métodos é alta. Pode-se estimar a pcap e PAPm com excelente explicação associando múltiplas variáveis. O CAT-VD ainda é necessário, mas, pode-se utilizar essas variáveis (equações) para o acompanhamento dos pacientes.

**Palavras-chave:** Cateterismo cardíaco; esclerose sistêmica; hipertensão pulmonar

**PD049** DIFERENTES EFEITOS DOS INIBIDORES DE FOSFODIESTERASE-5 E DO RECEPTOR 1 DO FATOR DE CRESCIMENTO DE FIBROBLASTO EM MODELO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR INDUZIDO POR MONOCROTALINA

**NATHANE SANTANNA FELIX<sup>\*</sup>; LUCAS DE MENDONÇA; JAQUELINE SOARES DA SILVA; CASSIA BRAGA; GISELE ZAPATA-SUDO; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO; PEDRO LEME SILVA**  
UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma doença progressiva de etiologia variada que resulta na disfunção do ventrículo direito (VD). A fisiopatologia da doença envolve tanto o desequilíbrio de mediadores vasoativos como o remodelamento vascular. Uma das terapias farmacológicas adotadas em pacientes com HAP é o inibidor da fosfodiesterase 5 (sildenafil) que diminui a sobrecarga de VD porém tem questionável ação no remodelamento vascular. **Objetivo:** O presente estudo visa comparar os efeitos terapêuticos do sildenafil, do inibidor do receptor 1 do fator de crescimento de fibroblasto (FGFi), assim como do tratamento combinado na pressão sistólica do ventrículo direito (PSVD), fator de crescimento de fibroblasto (FGFb) e expressão de RNAm de fibroblastos cultivados em modelo de HAP induzido por monocrotalina. **Métodos:** 40 ratos Wistar machos (200-250g) foram divididos em 2 grupos. No grupo HAP, os animais receberam injeção intraperitoneal (i. p.) de monocrotalina (60mg/kg). No grupo controle (CTRL), os animais receberam solução salina i. p. No 14º dia, os animais foram divididos aleatoriamente em grupos que receberam, por via oral, solução salina (SAL), ou sildenafil (SIL) (20 mg/kg/dia), ou FGFi (5mg/kg/dia), ou a combinação dos inibidores (SIL + FGFi) (20mg/kg/dia + 5mg/kg/dia), uma vez ao dia por 14 dias. No 28º dia, a PSVD, o nível plasmático de FGFb e o PCR em tempo real para a expressão de RNAm para colágenos tipo I, tipo III e TGF- $\beta$  de fibroblastos cultivados foram analisados. **Resultados:** PSVD foi maior no grupo HAP-SAL do que nos animais CTRL [ $39 \pm 2$  vs.  $30 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ), respectivamente]. Depois do tratamento com sildenafil, mas não com o FGFi, a PSVD foi menor em comparação ao grupo HAP-SAL [ $26 \pm 2$  vs.  $39 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ), respectivamente]. O nível plasmático de FGFb foi menor, comparado ao HAP-SAL, após o tratamento com FGFi e SIL+FGFi [ $0,6 \pm 0,2$ ,  $0,7 \pm 0,3$  vs.  $1,2 \pm 0,1$  ( $p = 0,0147$ ,  $p = 0,0194$ ), respectivamente], porém não com SIL ( $1,4 \pm 0,6$ ). Na cultura de fibroblastos, comparado ao grupo HAP-SAL, SIL, FGFi e SIL+FGFi, reduziram a expressão de RNAm de pró-colágeno tipos I [ $1,5 \pm 0,1$ ,  $1,3 \pm 0,1$ ,  $1,3 \pm 0,3$  vs.  $3,1 \pm 0,6$  ( $p < 0,0001$  em todos)] e III [ $1,6 \pm 0,1$ ,  $1,4 \pm 0,1$ ,  $0,1 \pm 0,0$  vs.  $5,4 \pm 0,9$ , ( $p < 0,0001$  em todos)]. A expressão de RNAm de TGF- $\beta$  foi menor, comparado ao HAP-SAL após o tratamento com FGFi e SIL+FGFi [ $1,1 \pm 0,1$ ,  $0,7 \pm 0,1$  vs.  $2,6 \pm 0,2$  ( $p < 0,0001$  em ambos)], mas não com SIL ( $2,3 \pm 0,4$ ). **Conclusão:** No presente modelo, sildenafil foi capaz de reduzir a sobrecarga de ventrículo direito, porém apresentou leve ação no remodelamento. Embora o FGFi tenha sido mais eficaz no remodelamento em nível celular, apresentou pouco efeito na redução de sobrecarga de ventrículo direito. Já a combinação parece melhorar tanto os aspectos funcionais como celulares da HAP. Portanto, o inibidor do receptor de FGF, quando combinado à terapia padrão, pode ser uma opção promissora no tratamento da HAP. Apoio: FAPERJ, CNPq, CAPES, MS-DECIT

**Palavras-chave:** Hipertensão pulmonar; remodelamento; circulação

**PD050 ALTERAÇÕES DE VENTILAÇÃO E PERFUSÃO PULMONAR EM PACIENTES COM GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE EM REMISSÃO**

**JULIANA VALÉRIO PINAFFI; ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA; LETICIA KAWANO-DOURADO; MARCOS SOARES TAVARES; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS**  
FMUSP/INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** a granulomatose com poliangeite (GPA) pertence ao grupo das vasculites ANCA associadas. A apresentação anátomo-patológica é de vasculite granulomatosa necrozante sistêmica acometendo principalmente vias aéreas, pulmões e rins. O acometimento pulmonar se caracteriza por nódulos e ou massas com ou sem cavitações, vidro fosco e consolidações. Faltam dados sobre a ventilação /perfusão dos pacientes com com GPA estáveis e em remissão. **Objetivos:** avaliar cintilografias de ventilação /perfusão de pacientes com diagnóstico de GPA estáveis e em remissão acompanhados no ambulatório de vasculites do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Métodos:** Dezesseis pacientes com diagnóstico de GPA estáveis e em fase de remissão da doença, atendidos no ambulatório de vasculites do HC-FMUSP foram submetidos a cintilografia de ventilação /perfusão pulmonar. **Resultados:** Os 16 pacientes avaliados tinham idade de  $48 \pm 15$  anos e  $10 \pm 6$  anos de evolução da doença. Dos 16 pacientes estudados, 5 (32%) apresentaram estudo de ventilação /perfusão normais e 11 pacientes (68%) apresentavam alteração de ventilação e ou perfusão pulmonares. Oito pacientes ( 50%) apresentaram defeitos de ventilação e perfusão concomitantes, enquanto 3 pacientes ( 18%) apresentaram defeitos somente de perfusão. **Conclusões:** a maior parte dos pacientes estudados com GPA em remissão (68%) apresentaram alteração de ventilação /perfusão pulmonar mostrando lesões perfusionais residuais após o controle da doença que necessitam ser melhor estudadas.

**Palavras-chave:** Vasculite pulmonar; cintilografia; perfusão pulmonar

**PD051 USO DOS NOVOS ANTICOAGULANTES EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA**

**FRANCISCA ALEXANDRA GAVILANES OLEAS\*; JOSE LEONIDAS ALVES JUNIOR; CAIO JULIO FERNANDES; LUÍS FELIPE LOPES PRADA; WILLIAM SALIBE-FILHO; MARIO TERRA-FILHO; CARLOS POYARES JARDIM; ROGÉRIO SOUZA**  
INCOR, SAO PAULO, SP, BRASIL.

A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) é umas das formas mais prevalentes de hipertensão pulmonar. Comotal, é uma doença crônica, progressiva e potencialmente fatal. Em uma proporção significativa dos casos, identifica-se a ocorrência de um evento tromboembólico prévio, embora essa não seja uma característica necessária para o diagnóstico. O tratamento de escolha para essa afecção é a realização da tromboendarterectomia pulmonar (TEAP), com possibilidade de cura para esta condição. Além do tratamento cirúrgico, outro pilar no tratamento de HPTEC é anticoagulação plena. A recomendação de consenso é que esta seja mantida indefinidamente. O advento dos novos anticoagulantes (NOACs) para o tratamento da embolia pulmonar aguda trouxe uma alternativa viável e eficaz para a terapêutica desta condição, em curto e longo prazo. No entanto, não se conhece até agora a eficácia e a segurança desta modalidade terapêutica na HPTEC. **Objetivo:** Avaliar a segurança e eficácia dos novos anticoagulantes no tratamento da HPTEC. **Métodos:** Coorte de pacientes com HPTEC que receberam tratamento com

NOACs. **Resultados:** Foram acompanhados 11 pacientes com HPTEC, com idade média de  $52 \pm 16$  anos, em uso de NOACs por  $23 \pm 16$  meses. Nove pacientes usaram rivaroxabana, um apixabana e um dabigatrana. Um paciente se apresentava em classe funcional(CF) IV, 5 em CF III e 5 em CF II. Nenhum paciente apresentou piora clínica enquanto em uso dos NOACs. Quatro pacientes foram submetidos a TEAP, com melhora clínica, hemodinâmica e funcional, continuando com o uso de NOACs após a intervenção cirúrgica. Nenhum dos pacientes apresentou sangramento menor ou maior ou mesmo recorrência de tromboembolismo venoso durante todo o período de observação. **Conclusões:** Nossa série de casos sugere que os novos anticoagulantes sejam uma alternativa segura e eficaz na anticoagulação de pacientes com HPTEC, embora sejam necessários estudos maiores para assegurar o uso rotineiro nesta condição clínica.

**Palavras-chave:** Tromboembolismo pulmonar crônico; novos anticoagulantes; anticoagulação

**PD052 PREVALÊNCIA DE OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA À ESQUISTOSSOMOSE**

**ALINE PAREDES CARDOSO\*; ALEX CARVALHO DIAS; FRANCISCA ALEXANDRA GAVILANES OLEAS; JOSE LEONIDAS ALVES JUNIOR; LUCIANA TAMIÉ KATO; CAIO JULIO FERNANDES; CARLOS POYARES JARDIM; ROGÉRIO SOUZA**  
INCOR, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos no território arterial pulmonar, resultante do processo de remodelação vascular pulmonar progressiva que leva ao aumento da resistência ao fluxo sanguíneo. Esse processo possui componentes inflamatórios bem estabelecidos que podem estar ainda mais evidentes a depender da condição clínica associada ao desenvolvimento da HAP. A esquistossomose, terceira parasitose mais prevalente no mundo, é uma das principais doenças associadas ao desenvolvimento de HAP. A exposição aos ovos e ao próprio parasita desencadeia reações inflamatórias que estão associadas não apenas à doença vascular pulmonar mas também ao acometimento das vias aéreas. O quanto tal componente inflamatório determina de obstrução de vias aéreas em pacientes com HAP associada a esquistossomose(HAP-Sch) nunca foi determinado. O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de distúrbio ventilatório obstrutivo em pacientes com HAP-Sch, comparando com a forma idiopática da doença (HAPI).

**Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, que incluiu pacientes com HAP-Sch e HAPI que realizaram provas de função pulmonar no Instituto do Coração do HCFMUSP entre 2008 e 2015. A presença de componente obstrutivo de vias aéreas foi determinada de acordo com as diretrizes da SBPT e a prevalência do mesmo foi comparada nos dois grupos de estudo. **Resultados:** Foram incluídos 66 pacientes (38 pacientes com HAPI e 28 com HAP-Sch). Pacientes com HAP-Sch eram significativamente mais velhos que os pacientes com HAPI (idade média de  $51 \pm 11$  e  $36 \pm 13$ , respectivamente,  $p < 0,05$ ). O tabagismo ou antecedente tabágico auto referido foi observado em 7,1% dos pacientes com HAPI e em 30,4% dos pacientes com HAP-Sch ( $p = 0,03$ ). Não houve diferença significativa na presença de componente obstrutivo de vias aéreas nos dois grupos, tendo sido observado em 39,5% dos pacientes com HAPI e 28,6% dos pacientes com HAP-Sch. Os valores médios encontrados na prova de função pulmonar dos pacientes com HAPI, em relação aos valores previstos,

foram: CVF  $82,33\% \pm 14,61$ ; VEF1  $75,60\% \pm 15,8$ ; VEF1/CVF  $91,75\% \pm 10,98$ ; CPT  $93,70\% \pm 14,51$ ; VR  $124,20\% \pm 34,38$  e DLCO  $77,59\% \pm 31,68$ , enquanto que na HAP-Sch foram CVF  $78,18\% \pm 19,77$ ; VEF1  $71,25\% \pm 19,97$ ; VEF1/CVF  $91,43\% \pm 11,55$ ; CPT  $93,95\% \pm 17,78$ ; VR  $133,69\% \pm 51,63$  e DLCO  $71,72\% \pm 25,20$ , sem diferença estatística entre os dois grupos. A exclusão de pacientes tabagistas ou com antecedente tabágico não alterou a proporção de casos com componente obstrutivo. **Conclusão:** O estudo demonstrou que não há diferença entre a HAP-Sch e a forma idiopática quanto à presença de componente obstrutivo das vias aéreas, independente do antecedente de exposição ao tabaco, sugerindo que os processos inflamatórios relacionados à exposição ao Schistosoma não determinam maior acometimento das vias aéreas dos pacientes com hipertensão pulmonar.

**Palavras-chave:** Hipertensão pulmonar; esquistossomose; função pulmonar

### PD053 SHUNT INTRAPULMONAR COMO CAUSA DE HIPOXEMIA EM PACIENTE COM HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA

**AMANDA SIRTOLI SILVA\***; LYGIA SAMPAIO; KEYDSON SOUSA SANTOS; ANA CAROLINA TERRA CRUZ; WILLIAN JOSE MENDONÇA SERPA RODRIGUES; TATHIANE NOTTOLI NOTTOLI FLORIO; JAQUELINA SONOE OTA; ROBERTA PULCHERI RAMOS UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) é caracterizada por obstrução das artérias pulmonares, sendo uma das suas complicações a hipoxemia. O objetivo do relato abaixo é identificar o shunt intrapulmonar como causa alternativa de refratariedade ao oxigênio suplementar.

**Caso clínico:** Paciente masculino, 54 anos, tabagista 126 maços/ano e com história de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo há 20 anos, relatava dispneia progressiva há cerca de dois anos, atualmente mMRC 4. Recebeu diagnóstico de hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) há 8 meses e, desde então, está em uso irregular de Varfarina. Em retorno ambulatorial apresentava-se taquipneico (f26 irpm) e com saturação de pulso da oxihemoglobina (SpO2) de 59% em ar ambiente, com pouca melhora com a oferta de O2 por cateter nasal a 3L/min (SpO2 83%). Apresentava também hiperfonesse de P2 e cianose central e periférica. Gasometria arterial evidenciava pH 7,423; pCO2 28,8 mmHg; pO2 35,8 mmHg; HCO3 18,5mmol/L; BE -3,6 mmol/L; SaO2 62,3%. Adicionalmente, apresentava Hb 20,7 g/dL; Ht 63,2% e BNP 4098 pg/mL. Função pulmonar mostrava distúrbio ventilatório inespecífico, sem resposta ao broncodilatador. Tomografia de tórax protocolo TEP evidenciava trombo em tronco de artéria pulmonar com sinais de cronicidade, além de trombos subsegmentares bilaterais e importante dilatação de artérias brônquicas. Ecocardiograma mostrava átrio direito aumentado e ventrículo direito dilatado em grau importante (46 mm); septo ventricular com movimentação paradoxal; contratilidade ventricular direita diminuída em grau importante, VRT: 4,4 m/s, PSAP 81 mmHg e TAPSE: 13 mm. Ecocardiograma transesofágico com microbolhas demonstrou aparecimento tardio do contraste salino em câmaras esquerdas (4 ou mais ciclos após surgimento no AD), sugestivo de shunt em circulação pulmonar, sem sinais de shunt intracardiaco. Realizada coleta de gasometria arterial após oferta de O2a 100% por meio de saco de Douglas que confirmou o shunt intrapulmonar de 42% como uma das causas da hipoxemia no paciente. **Discussão:** A hipoxemia é um achado frequente em pacientes com HPTEC, geralmente decorrente de distúrbio V/Q, redução da

pressão venosa mista de oxigênio ou shunt intracardiaco por forame oval patente. Os mecanismos acima são justificados pela presença de trombos na circulação pulmonar e pela disfunção hemodinâmica consequente ao aumento da pós-carga do ventrículo direito. O shunt intrapulmonar é um fenômeno pouco descrito na literatura em pacientes com hipertensão pulmonar, mas pode ser justificado pela circulação colateral exuberante apresentada pelo paciente.

**Palavras-chave:** Hipoxemia; shunt; tromboembolia

## IMAGEM

### PD054 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NA INVESTIGAÇÃO DE EMBOLIA PULMONAR: ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SEM CONTRASTE E INFLUÊNCIA NAS TAXAS DE MORTALIDADE

**BRUNO HOCHHEGGER<sup>1</sup>**; **LILIAN RECH PASIN<sup>2</sup>**; **MATHEUS ZANON<sup>3</sup>**; **ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA<sup>2</sup>**; **JOSÉ DA SILVA MOREIRA<sup>2</sup>**; **EDSON MARCHIORI<sup>4</sup>**

1. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE UFCSPA PUC/RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Atualmente, para avaliação e diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP), a angiotomografia computadorizada de tórax (Angio-TC) é o padrão-ouro, mas traz desvantagens pelo uso de contraste intravenoso e radiação ionizante. **Objetivos:** avaliar o valor diagnóstico para TEP da ressonância magnética (RM) utilizando a sequência True fast imaging with steady-state precession (TrueFISP), um método que permite a visualização da vasculatura pulmonar, sem necessidade de apneia nem de contraste intravenoso. **Métodos:** Este é um estudo prospectivo, incluindo 93 pacientes com suspeita de TEP. Todos os pacientes foram investigados com RM TrueFISP depois de terem realizado a Angio-TC. Dois radiologistas independentes avaliaram cada estudo de RM, sendo obtido consenso. Os Resultados da Angio-TC foram analisados por um terceiro radiologista independente e estes Resultados serviram como padrão de referência. Sensibilidade, especificidade, valores preditivos foram calculados. Evidência para a morte por TEP em um follow-up de um ano também foi avaliada.

**Resultados:** Dois pacientes não puderam realizar a RM e foram excluídos do estudo. Qualidade diagnóstica foi obtida para todos os exames dos restantes 91 indivíduos. A prevalência de TEP foi de 22%. Durante o período de acompanhamento de um ano, sete pacientes morreram e não houve diferenças entre a detecção de embolia nos exames de RM e TC nestes indivíduos. A RM teve uma sensibilidade de 95%, especificidade de 94,4% e acurácia de 94,5%. Concordância entre observadores foi alta ( $\kappa = 0,87$ ). **Conclusões:** Comparado com a TC com contraste, as sequências de RM não contrastadas demonstram boa acurácia e nenhuma diferença nas taxas de mortalidade em um ano foram detectadas.

**Palavras-chave:** Tromboembolismo pulmonar; ressonância magnética; angiotomografia computadorizada

## PATOLOGIA

### PD055 REMODELAMENTO VASCULAR NA HIPERTENSÃO PULMONAR EXPERIMENTAL PROMOVE PRODUÇÃO DE COLÁGENO V PELOS MIOFIBROBLASTOS RELACIONADO A RESPOSTA TH17

**TABATHA GUTIERREZ PRIETO<sup>1</sup>; PATRICIA DOS SANTOS LEÃO<sup>2</sup>; AMANDA LUIZA DOS SANTOS<sup>3</sup>; JULIANA RODRIGUES MACHADO<sup>3</sup>; ANA PAULA PEREIRA VELOSA<sup>1</sup>; WALCY ROSOLIA TEODORO<sup>1</sup>; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO<sup>2</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>1</sup>**  
1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. FMRP/USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 3. HCFMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

**Introdução:** A hipertensão pulmonar é uma doença complexa, caracterizada por remodelação da camada adventícia dos vasos arteriais pulmonares (PA). **Objetivo:** O nosso objetivo foi examinar a hipótese de que alterações inflamatórias e fibroproliferativas da adventícia dos PA estão relacionados com a presença de ativação miofibroblástica que promove a expressão de colágeno V em uma maneira IL-17 dependente. **Métodos:** Ratos machos Wister foram sacrificados 21d após o tratamento com monocrotalina (MCT;n=5) em comparação com os controles (CTR;n=5).

Foram avaliados a pressão do ventrículo direito; HE e coloração de Picrossírius, imunohistoquímica para marcadores relacionados a resposta IL17, "in situ" de imunofluorescência para a actina de músculo liso (SMA) e colágeno dos tipos I e V, microscopia eletrônica com morfometria do fibronexus. **Resultados:** A pressão do ventrículo direito e índice de hipertrofia cardíaca direita foi maior no MCT de grupo CTR ( $p < 0,05$ ). Um aumento significativo da espessura adventícia PA (9 vezes vs CTR), colágeno total (20% vs CTR), colágeno I (3 vezes x CTR), colágeno V (4 vezes vs CTR), fibroblastos + expressão SMA (2 vezes vs CTR), a membrana plasmática de miofibroblastos (4 vezes mais fibronexus vs CTR), IL17, IL6 e TNF $\alpha$  foram observados. **Conclusão:** A expressão do colágeno V pelo miofibroblasto e as vias de sinalização do IL-17 pode apresentar valor terapêutico para o tratamento de PH.

**Palavras-chave:** Hipertensão pulmonar; colágeno v; resposta th17





## Pôster

### TUBERCULOSE / MICOBACTERIAS NÃO TB

#### **PO001** ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AOS PACIENTES COM TUBERCULOSE RESISTENTE ATENDIDOS PELO CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA, RIO DE JANEIRO, BRASIL.

ERICA FERNANDES DA SILVA<sup>1</sup>; ALINE GERHARDT DE OLIVEIRA FERREIRA<sup>2</sup>; FABIANO CASEIRA MACEDO DA SILVA<sup>3</sup>; RODRIGO MARQUES SATTAM RODRIGUES<sup>4</sup>; PAULO VICTOR DE SOUSA VIANA<sup>5</sup>  
CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA - ENSP/ FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu uma nova estratégia para o controle, prevenção e cuidados da tuberculose (TB) - a Estratégia End TB - que tem entre suas metas reduzir a taxa de incidência da doença em 90% nos próximos 20 anos (2015-2035). Entretanto, o abandono do tratamento e o surgimento de cepas resistentes ao medicamento ameaçam os sucessos terapêuticos recentes, que são construídos mediante a utilização de regimes de tratamentos padronizados. **Objetivos:** Descrever a rotina de atendimento da equipe do serviço de farmácia no Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF). **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, constituindo relato de experiência sobre as ações de assistência farmacêutica prestada aos pacientes com tuberculose resistente atendidos no CRPHF, Rio de Janeiro, Brasil no ano de 2015. **Resultados:** O Serviço de farmácia do CRPHF destaca-se por ser referência ao gerenciar e realizar a logística de distribuição dos medicamentos de segunda linha aos 250 Centros de Referência do país, de acordo com os casos notificados e pedidos realizados no sistema SITETB (Sistema de Tratamentos Especiais da TB), em vigor desde o ano de 2011. Além disso, realiza o atendimento de todos os casos com resistências aos medicamentos, casos de TB com complicações e micobacteriose não tuberculosa (MNT) do ambulatório de Pesquisa Germano Gerhardt (APGG), localizado no CRPHF. Os atendimentos mensais dos casos em tratamento na farmácia do APGG variam de 150 a 200 pacientes e de 60 a 110 o número de Unidades de saúde atendidas no Brasil. Dentre os atendimentos realizados, temos a consulta farmacêutica que consiste em orientar os pacientes de primeira vez quanto aos cuidados com os medicamentos, condições de armazenagem para os casos que farão o tratamento autoadministrado e os casos em Tratamento Diretamente Observado (TDO) que realizam autoadministração nos finais de semana, a tomada dos medicamentos, uso concomitante com as refeições, interações medicamentosas, ocorrência de reações adversas esperadas, importância da adesão e principais orientações (canal de contato em caso de dúvidas). Os atendimentos de orientação farmacêutica aos pacientes de primeira vez variam de 5 a 15 pacientes por mês. **Conclusão:** O farmacêutico tem o papel imprescindível na equipe multidisciplinar no acompanhamento dos casos de TB resistente e MNT, evitando usos incorretos e, ainda, educando a população e informando aos demais profissionais das Equipes de Saúde sobre o uso racional de medicamentos através de

ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso. Todas essas ações contribuem evitando o abandono do tratamento e ainda interrompem a cadeia de transmissão, principalmente as formas resistentes. Por fim, acreditamos que deve ser estimulado continuamente o desenvolvimento de novas drogas para se criar opções terapêuticas futuras para enfrentar a inevitável resistência e assim garantir o cumprimento das metas preconizadas pela OMS.

**Palavras-chave:** Tuberculose; resistência às drogas; assistência farmacêutica

#### **PO002** IMPACTO DO TRATAMENTO COM DOSE FIXA COMBINADA, APRESENTAÇÃO 4 EM 1, EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO RIO DE JANEIRO

VANGIE DIAS DA SILVA<sup>1</sup>\*; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO<sup>2</sup>; SONIA CATARINA DE ABREU FIGUEIREDO<sup>3</sup>  
UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Objetivo:** Descrever o impacto do tratamento com dose fixa combinada (DFC), apresentação 4 em 1, na tuberculose (TB) pulmonar, analisando a taxa de recidiva e seus possíveis fatores de risco. **Métodos:** Estudo observacional quasi-experimental em 208 pacientes com TB pulmonar, confirmada bacteriologicamente, registrados no Programa de Controle da Tuberculose Hospitalar (PCTH) do Instituto de Doenças do Tórax/UFRJ, tratados com esquema Rifampicina-Isoniazida-Pirazinamida (RHZ) de janeiro/2007 a outubro/2010 e Rifampicina-Isoniazida-Pirazinamida-Etambutol (RHZE) de outubro/2010 a junho/2013. O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN/MS) foi consultado em busca de recidivas e o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) em busca de óbitos como desfecho de tratamento. **Resultados:** Foram encontrados 7 casos de recidivas durante todo o período de acompanhamento. A mudança do tratamento para RHZE/DFC cursou com redução nas taxas de recidiva (RHZ n=6 pacientes/85, 7% versus RHZE n=1 paciente/14, 3%, p=0, 13). O estudo identificou o baixo índice de massa corporal (75% versus 24, 7%, p=0, 079) e a presença de colagenose (28, 6% versus 7, 9%, p=0, 12) como fatores de risco para recidiva. Não houve diferenças quanto à eficácia e segurança entre DFC e RHZ. O grupo tratado com RHZ apresentou mais efeitos cutâneos (acne/prurido) e artralgia (25, 2% versus 16, 3%, p=0, 089; 27, 6% versus 18, 8%, p=0, 099, respectivamente). **Conclusão:** A mudança do tratamento para DFC (RHZE) apresentou uma redução nas taxas de recidiva, além da garantia da eficácia e segurança.

**Palavras-chave:** Tuberculose pulmonar; dose fixa combinada; recidiva

#### **PO003** AVALIAÇÃO DA CAUSA DOS ÓBITOS DE PACIENTES EM TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE (TB)

ALEXANDRE CIMINELLI MALIZIA<sup>1</sup>\*; DENISE DUPRAT NEVES HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A TB é considerada uma das doenças mais antigas que acometem os humanos, e apesar de ser há tanto tempo conhecida, e da efetiva quimioterapia antituberculose

atualmente disponível, foi, e ainda é, uma importante causa de mortalidade em todo o planeta, principalmente em países subdesenvolvidos com reduzidas condições higiênico-sanitárias. **Objetivo:** Avaliar as causas de morte em pacientes durante o tratamento para a TB, no intervalo de 2009 a 2013, em um Hospital Universitário. **Método:** Estudo transversal realizado depois de estabelecido o desfecho do caso de pacientes que foram notificados como tuberculose no serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, no período entre janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Foi considerado caso de TB todo paciente em que foi iniciado tratamento específico para a doença conforme classificação da OMS. Foi considerada como causa da morte aquela descrita no atestado de óbito conforme descrita no livro de registro de óbitos. **Resultados:** Foram avaliados 436 pacientes no período, sendo que 87 foram a óbito (20%, IC95% 16, 4%-23, 4%). A forma pleuro-pulmonar foi a localização mais frequente, responsável por quase 75% dos casos e a co-infecção pelo HIV foi identificada em 185 pacientes (43%). Em relação à causa do óbito chama a atenção que menos de 7% dos óbitos ocorreram devido a tuberculose de modo isolado. Em 16 casos (18%) não se pode estabelecer, pois estas não ocorreram no hospital e não foram relacionadas. Dentre as causas de óbito descritas estão: tuberculose, tuberculose disseminada, choque séptico, insuficiência respiratória, choque cardiogênico, choque hemorrágico, insuficiência hepática, peneumonia, SARA, arritmia cardíaca, AVE, caquexia, meningite criptocócica. **Conclusões:** A mortalidade verificada no nosso estudo foi elevada (de 20%), mas compatível com os trabalhos nacionais e internacionais em populações com alta incidência de HIV. A TB isolada foi descrita como a causa principal do óbito em apenas 7% dos casos, porém podemos considerar que ela pode estar associada ao choque séptico que foi atribuído a 49, 4% dos óbitos

**Palavras-chave:** Tuberculose; mortalidade; causas

#### PO004 NEFROPATIA POR TUBERCULOSE

ELIZABETH CLARA BARROSO\*<sup>1</sup>; BÁRBARA MARIA LEMOS SILVA<sup>1</sup>; MARYANA MARAMALDO GAMA<sup>1</sup>; LUIZ ANTONIO ALVES CAVALCANTE<sup>1</sup>; CASSYA MAYRES MAGALHÃES HOLANDA<sup>1</sup>; BRENDIA ANDRADE LEITE<sup>1</sup>; REGINA CLEIDE MARQUES XIMENES<sup>2</sup>; MARIA EDNA MOURA<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE DE DE FORTALEZA- UNIFOR, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** Glomerulonefrite aguda pós-infecciosa é incomum em adultos e sua incidência continua a diminuir devido a terapias precoces e mais eficazes para infecções. Pontos importantes ao fazer um diagnóstico de glomerulonefrite aguda pós-infecciosa são: evidência de infecção anterior a glomerulonefrite, mudança glomerular consistente com glomerulonefrite pós-infecciosa e a ausência de doença sistêmica que pode corroborar com as alterações glomerulares. A resposta à terapia anti-infecção também suporta o diagnóstico de glomerulonefrite pós-infecciosa. Tuberculose (TB) pode causar doença renal de várias maneiras. A forma mais comum é a tuberculose genito-urinária via invasão intersticial crônica direta pelo bacilo. Têm sido relatados vários casos de TB associada à glomerulonefrite. **Caso clínico:** Paciente masculino, 38 anos, pardo, sapateiro, casado, foi internado em 17/06/14 no Hospital de Maracanaú-CE, referência estadual para interações em TB. Começara a ter soluços há seis meses. Cinco dias antes ele tivera vômitos em borra de café e pirose epigástrica intensa e fora para outra emergência

onde em 15/06/14 fora detectado creatinina de 4, 18mg/dl, ureia de 100mg/dl e pancitopenia com hemoglobina de 4, 7g/dl sendo administrados três concentrados de hemácias. A baciloscopia do escarro revelou BAAR +++ e a radiografia de tórax (14/06/2014) evidenciou condensações em todo o lobo superior direito, com cavidades, além de discretas bronquiectasias em terço médio esquerdo. O sumário de urina revelou urina levemente turva, traços de proteínas e raros cilindros hialinos. A ultrassonografia abdominal revelou hepatoesplenomegalia e rins de dimensões normais. De antecedentes ele negava uso de álcool, fumo ou drogas ilícitas, diabetes mellitus, asma, psicopatias ou hipertensão arterial sistêmica. Referia contato extradomiciliar com parente em tratamento irregular para TB pulmonar. Iniciou esquema básico (EB) para TB pulmonar (Rifampicina-R+Isoniazida-H+Etambutol-E+Pirazinamida-Z) em 17/06/2014 adaptado à função renal (Clearance da creatinina= 15, 22 ml/minuto). Houve melhora lenta, mas progressiva da função renal e normalização dos índices hematimétricos e na alta ambulatorial do tratamento para TB a creatinina sérica era 1, 81mg/dl. **Discussão:** Revisão da literatura encontrou 14 casos de TB associada à glomerulonefrite e 06 deles (43%) tratava-se de nefropatia por IgA, no nosso paciente não foi feito estudo histopatológico pela melhora da função renal. A hemorragia digestiva alta foi atribuída às alterações digestivas da insuficiência renal (IR) e a pancitopenia poderiam ser explicadas pelo mesmo quadro imunopatológico que atacou os rins poderia ter lesado a medula óssea. Os autores chamam atenção para esse caso raro de IR associada à TB pulmonar com melhora significativa com o tratamento padronizado para TB.

**Palavras-chave:** Tuberculose; nefropatia; tuberculose renal

#### PO005 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DOS CASOS DE MYCOBACTERIUM KANSASII EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO PERÍODO DE 2006-2014

TELMA GOLDENBERG\*<sup>1</sup>; JESUS PAIS RAMOS<sup>1</sup>; ROBERTO MOGAMI<sup>2</sup>; PATRÍCIA GOMES CITRANGULO DE MARCA<sup>2</sup>; MARIA CRISTINA SILVA LOURENÇO<sup>3</sup>; LUCIANA DISTASIO<sup>1</sup>; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO<sup>4</sup>

1. CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HELIO FRAGA-ENSP/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. INI/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O gênero Mycobacterium é composto pelo complexo Mycobacterium tuberculosis e as Micobactérias Não Tuberculosas (MNT) com mais de 168 espécies. No Brasil a prevalência das infecções pulmonares por MNT era desconhecida: até a implantação do SITETB em 2013 (Sistema de Notificação e Vigilância de Tuberculose Droga Resistente e Outras Micobactérias). Hoje, no Brasil, temos 645 casos notificados, sendo 99 em tratamento, no Rio de Janeiro. **Objetivos:** Avaliar as características clínicas, tomográficas e microbiológicas dos pacientes com doença pulmonar causada pela M. kansasii, atendidos no CRPHF, a micobactéria de maior prevalência nesse ambulatório. Traçar o perfil de sensibilidade de M. kansasii, com a determinação da Concentração Mínima Inibitória (CMI) através da metodologia da MCI, frente aos antimicrobianos preconizados pelo CLSI, 2011 (Clinical and Laboratory Standards Institute). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo. Foram analisados prontuários de pacientes com diagnóstico de doença pulmonar causada por M. kansasii, com identificação microbiológica. Os dados clínicos, microbiológicos e de imagem (TC de tórax) foram analisados. As culturas foram enviadas ao laboratório do

INI para realização do perfil de sensibilidade. **Resultados:** Foram coletados dados de 20 pacientes (13 homens e 7 mulheres). Predominaram pacientes acima de 50 anos. Desses, 50% eram tabagistas. Sete usaram rifampicina, isoniazida, etambutol e claritromicina, como terapêutica. Oito utilizaram rifampicina, isoniazida e etambutol e cinco usaram outros esquemas. Em relação aos tratamentos anteriores, 13 relataram tratamentos para tuberculose pulmonar. Dentre estes, cinco estavam em tratamento de suposta TB pulmonar, quando diagnosticados com M. Kansasii. A presença de comorbidade foi frequente, sendo presente em dezoito pacientes, destacando-se aquelas que causam doença pulmonar estrutural. Com relação ao desfecho de tratamento, um paciente abandonou o tratamento e outro teve recidiva. Foram analisadas 19 tomografias de tórax. A prevalência de alterações foi a seguinte: 89% apresentaram distorção arquitetural (17 exames), 89% bronquiectasia (17 exames), 79% opacidade reticulares (15 exames), 74% nódulos (14 exames) 68% consolidação (13 exames), apresentaram cavidades (12 exames), 47% atelectasia e grandes opacidades (9 exames). Quanto ao perfil de sensibilidade, todos apresentaram-se sensíveis à Rifampicina e à Claritromicina. Contudo, dezenove apresentaram resistência ao Etambutol. **Conclusões:** É necessário considerar o diagnóstico de MNT, particularmente em pacientes com doença pulmonar estrutural. A TC de tórax demonstrou diferentes padrões que se sobrepuseram à doença estrutural e apresentaram similaridades com a tuberculose. A resistência ao Etambutol, apontou a relevância do teste de sensibilidade para melhor definição do tratamento.

**Palavras-chave:** Micobactéria não tuberculosa; micobacterium kansasii; bronquiectasia

#### **PO006 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA À TUBERCULOSE PULMONAR**

**ELIZABETH CLARA BARROSO\***; DIEGO SARAIVA FELIPE<sup>1</sup>; JÉSSICA GURGEL SANTOS<sup>1</sup>; CRISTIANE SARAIVA MAIA<sup>1</sup>; BEATRIZ PARENTE VIANA<sup>1</sup>; FLORICE MATOS THEMÓTHEO<sup>1</sup>; MÔNICA MARIA COSTA DO RÊGO ÁLVARES<sup>1</sup>; BÁBARA LEITE OLIVEIRA<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE DE FORTALEZ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A síndrome hemofagocítica é caracterizada por uma proliferação não maligna de histiócitos que possuem alta atividade hemofagocítica. Pode ser primária, de base genética ou adquirida, secundária a infecções por vírus, bactérias, fungos outros agentes. Tem como principais manifestações destruição tecidual, principalmente de células da medula óssea. O caso aqui relatado foi secundário à infecção por Mycobacterium tuberculosis. **Caso clínico:** Paciente masculino, 23 anos, garí, solteiro e procedente de Maracanaú-CE, foi encaminhado para o Hospital de Maracanaú-CE para internação em 23/04/15 por ter iniciado esquema básico (EB)- (Rifampicina-R+Isoniazida-H+Etambutol-E+Pirazinamida-Z) para tuberculose (TB) pulmonar em 22/04/15 e ter pancitopenia desde 18/04/2015. O paciente queixava-se de distensão abdominal, adnãmia e tosse há 15 dias. Em 18/04/2015 foi realizado radiografia de tórax que mostrou um infiltrado retículo-nodular difuso, poupando os ápices. Dois dias depois a pesquisa de BAAR no escarro foi positiva (++) . Ele tinha temperatura= 39, 2°C e transaminases aumentadas. De antecedentes ele negava asma, diabetes, outras patologias e TB na família. Tinha 01 cão em casa, aparentemente sadio. Ficou no presídio por 18 meses (de 2013 até 2014). Fora drogado por 05 anos até 08 meses atrás, era etilista leve e negava tabagismo.

Vivia com a mãe, padrasto e 04 irmãos. Ao exame físico estava orientado, eupnéico em repouso, cooperativo, T= 38o, hidratado, anictérico, P= 54 kg. Ausculta pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído nas bases e sibilos difusos, abdome bastante abaulado, indolor, piparote (+), fígado aumentado, Traube livre e exame cardíaco e membros inferiores sem alterações. Foi mantido o EB e tratamento de suporte. Sorologia para sífilis, HIV, hepatite B e C e leishmaniose foram negativas. US abdominal- 18/04/15= ascite e hepatomegalia. TC abdominal= 27/04/15- Hepatomegalia, ascite e volumoso derrame pleural direito. US abdominal= 28/05/15= Hepatoesplenomegalia. Mielograma- 03/06/15- Medula óssea com hiperplasia das séries eritróide e megacariocítica com atividade macrofágica aumentada. Não visualizado células não hematológicas ou parasitas na amostra. Hipoplasia absoluta de segmentados, sendo feito o diagnóstico de Síndrome Hemofagocítica Secundária (SHS). Associado Dexametasona 10mg/m<sup>2</sup> como recomendado nesse caso seguido de melhora clínica, radiológica, negatificação da baciloscopia do escarro e normalização do quadro hematológico. **Discussão:** O diagnóstico de SHS requer pelo menos três dos quatro achados clínicos a seguir: febre, esplenomegalia, citopenias e hepatite mais um dos quatro marcadores imunológicos: hemofagocitose, aumento da ferritina, hipofibrinogenemia, alteração da função das células NK. No presente caso estavam presentes os quatro achados clínicos e um marcador imunológico (hemofagocitose). Os autores chamam atenção para essa complicação rara da infecção pelo M. tuberculosis.

**Palavras-chave:** Tuberculose; síndrome hemofagocítica; pancitopenia

#### **PO007 PREDITORES DE ABANDONO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM PACIENTES NOTIFICADOS POR UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO**

**AIRLA DIAS BARBOSA\***; TALINE NASCIMENTO RODRIGUES; ESTHER BOTELHO SOARES DA SILVA; VICTOR PEREIRA CHAVES; FELIPE AUGUSTO CAMPOS CAVALCANTI; RENATA MULLER COUTO; DENISE DUPRAT NEVES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O abandono do tratamento da tuberculose se correlaciona ao aumento da resistência bacteriana, perpetuação da doença, gastos públicos, riscos de infecção persistente e morte. Dentre os fatores associados ao abandono incluem-se os efeitos adversos, a duração do tratamento, o grau de escolaridade, sexo masculino, alcoolismo, tabagismo e uso de drogas, história prévia de abandono do tratamento, menor acesso aos cuidados médicos, imigração e ausência de ambiente familiar saudável. **Objetivo:** Identificar os fatores de risco que contribuem para o abandono de tratamento nos pacientes de um hospital universitário. **Metodologia:** Estudo transversal de todos os casos atendidos nos anos de 2009 a 2013 no Serviço de Pneumologia e Tisiologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle –UNIRIO, que receberam alta ou que abandonaram (interrupção por > 30 dias consecutivos) o tratamento. Avaliamos as variáveis: sexo, idade, renda, escolaridade e forma de apresentação da tuberculose. As diferenças foram avaliadas pelo teste qui-quadrado e pela odds ratios (OR) e posteriormente testados pela regressão logística. **Resultados:** Foram selecionados 377 prontuários, dos quais 44 eram de abandono. A maior taxa de abandono foi em 2011 (22, 3%) havendo um decréscimo nos anos subsequentes com 17% em 2012 e 17, 5% em 2013, porém sem significado

estatístico (NS). Os homens corresponderam a 61% da amostra total e 81, 8% no grupo de abandono (OR: 3, 1066; IC: 1, 4006-6, 8908;  $p=0, 0037$ ). Apesar da mediana de idade ser menor no grupo de abandono (35, 5 x 38 anos), a diferença NS ( $p=0, 5592$ ). A mediana da renda familiar foi significativamente ( $p=0, 0077$ ) menor (1000, 00 X 650, 00 reais) nos pacientes que abandonaram. O baixo nível de instrução –até primeiro grau– também esta associado a não aderência ao tratamento (OR: 3, 6396; IC: 1, 6910-7, 8334;  $p=0, 0103$ ). Houve predominância clínica da forma pulmonar tanto no grupo de abandono quanto no grupo controle e esta não influenciou no tipo de desfecho ( $p=0, 1657$ ). As principais formas extrapulmonares foram a ganglionar e a pleural (ambas como 31% cada) seguidas pelas formas cutâneas (7%), óssea e pericárdica (ambas com 5, 7% cada). Cabe destacar que na análise multivariada, incluindo todas as variáveis, apenas a escolaridade permaneceu significativa como protetora contra o abandono (OR 0, 2924, IC: 0, 0923-0, 9264,  $p=0, 0366$ ). **Conclusão:** Neste estudo observou-se associação do abandono do tratamento de tuberculose com fatores não modificáveis (como sexo masculino) e com fatores que podem ser melhorados (ex. baixa renda, menor instrução escolar). Embora neste trabalho, a faixa etária não tenha se mostrado significativa, a idade avançada tem sido apontada como fator de risco por alguns autores. Os resultados deste estudo devem ser interpretados considerando as suas limitações: os dados foram coletados de forma retrospectiva com base em busca ativa em prontuários e a amostra se limita à população atendida em um único hospital universitário, com um numero maior de casos extrapulmonar e de co-infecção pelo HIV.

**Palavras-chave:** Tuberculose; abandono; tratamento

**PO008 PREDITORES DE SOBREVIDA EM PACIENTES COM CO-INFECÇÃO TUBERCULOSE E HIV NOTIFICADOS POR UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO**

**TALINE NASCIMENTO RODRIGUES; VICTOR PEREIRA CHAVES; FELIPE AUGUSTO CAMPOS CAVALCANTI; RENATA MULLER COUTO; ESTHER BOTELHO SOARES DA SILVA; AIRLA DIAS BARBOSA; DENISE DUPRAT NEVES**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose (TB) ainda é um grande desafio para a saúde pública, apesar dos avanços e programas de controle. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma das principais razões do aumento da sua incidência, morbidade e mortalidade. Segundo a OMS, 95% dos casos de TB encontram-se em países em desenvolvimento, onde ocorrem 98% das mortes pela doença. No Brasil, cerca de 8% dos pacientes com TB estão co-infectados com HIV, sendo a TB a principal doença relacionada ao óbito, especialmente na fase AIDS. **Objetivo:** Identificar fatores que impactem a sobrevida, incluindo pacientes de 3 diferentes momentos temporais. **Metodologia:** Estudo de coorte com dados obtidos pela coleta em prontuários do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) - UNIRIO, nos anos de 1989-1990, 1999-2000 e 2009-2010. Foram considerados os casos de alta e óbito, excluindo-se as quimioprofilaxias e as micobacterioses atípicas. Fatores avaliados: sexo, idade, duração até o desfecho, forma clínica de TB, status HIV. A curva de sobrevida foi obtida pelo método de Kaplan-Meier, considerando significante quando valor de  $p<0, 05$  e apresentada com a Odds Ratio (OR) com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Foram selecionados 805 prontuários de pacientes com diagnóstico de TB, sendo que 158 (19, 6%) pacientes foram a óbitos. Os anos de

89/90 concentraram o maior número de casos (55, 2%) e observou-se a maior frequência relativa de óbitos (28, 3%), porém não sendo estatisticamente diferente dos outros 2 momentos analisados ( $p=0, 2953$ ). Há predominância do sexo masculino (61%; $p<0, 0001$ ) e a maioria dos pacientes não tinham informação a respeito da infecção pelo HIV (55, 40%), porém dentre os documentalmente testados, cerca de 70% são HIV positivos. A forma pulmonar foi a mais frequente (63, 10%), seguida pela forma extrapulmonar (EP) (30, 90%) e ambas (6%). Para a idade, o valor mediano foi crescente nos momentos estudados: 35-38-41 anos. A mediana de tempo para o desfecho, foi de 184 dias, bastante semelhante nos 3 momentos avaliados. Por meio de curvas de sobrevida, identificamos diferenças significativas com relação a algumas variáveis, notando-se maior sobrevida nos pacientes do sexo feminino (teste *logrank*: 12, 5733;  $p<0, 0004$ , OR: 0, 53; IC: 0, 38-0, 73) e menor naqueles com forma clínica pulmonar e EP (teste *logrank*: 15, 7304;  $p<0, 0004$ ). Ter o teste para HIV feito já foi um risco, pois os testes desconhecidos tem maior sobrevida (teste *logrank*: 162, 2062;  $p<0, 0001$ ), quando comparados com testes negativos (OR: 2, 486; IC: 1, 52-4, 07) e positivos (OR: 9, 153; IC: 6, 45-12, 99). Não se observou diferença estatística da sobrevida entre os 3 momentos avaliados. **Conclusão:** Neste estudo, pôde-se observar que a porcentagem de óbitos foi maior do que a esperada para a população em geral, assim como a frequência relativa elevada das formas EP e ambas. Isto pode ser devido ao fato de o HUGG ser um hospital e associado com maior número de casos de HIV.

**Palavras-chave:** Infecções por hiv; tuberculose; análise de sobrevida

**PO009 DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE GANGLIONAR DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDA APÓS USO DE INFLIXIMAB: RELATO DE CASO**

**JULIA BARBOSA FARIA\*; RAPHAEL ZENATTI**  
HOSPITAL PASTEUR, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose (TB) extrapulmonar ainda é um desafio diagnóstico. Entre os 2. 894 casos de TB extrapulmonar diagnosticados no Brasil entre 2013 a 2016, 71 casos (2, 5%) eram na forma ganglionar periférica. Embora a esta seja a segunda forma mais comum de TB extrapulmonar, parece ser a mais comum entre os pacientes imunocomprometidos. **Relato de caso:** Paciente, R. S. M., 68 anos, aposentada, submetida há 20 dias a tratamento com inibidor de TNF alfa (infiximab) para tratamento de doença reumatoide, foi internada no Hospital Pasteur por orientação do otorrinolaringologista (ORL), após ter sido submetida a videolaringoscopia que evidenciou processo inflamatório em laringe. Apresentava odinofagia, tosse seca e febre referida não aferida. Ao exame apresentava massa em pescoço (de consistência elástica, sem flutuação, móvel e dolorosa). Tomografia computadorizada de (TC) de pescoço com contraste evidenciou linfadenomegalias cervicais (não aderidas, pequenas, sem sinais de necrose central, bilaterais, de cadeia única?). Solicitadas sorologias para sífilis, leishmaniose, blastomicose, histoplasmose e actinomicose pelo médico assistente, que foram negativas. Submetida a biópsia de laringe, sendo o material enviado para análise patológica e pesquisa direta para bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) e fungos, além de culturas para micobactérias e fungos, que também foram negativos. Submetida em seguida à biópsia de linfonodo cervical, cuja pesquisa de BAAR e as culturas para micobactérias e fungos foram negativas. Anatomia patológica revelou processo inflamatório crônico granulomatoso (sem

especificar presença de necrose de caseificação). A análise de ácidos nucleicos (técnica de PCR qualitativo) para M. tuberculosis em bloco de parafina detectou banda específica altamente específica na M. tuberculosis. A paciente nega TB ativa no passado ou contato. Relata ter realizado teste tuberculínico (com PPD) antes do início do uso do infliximab que foi não reator. **Conclusão:** A disseminação do uso de imunobiológicos aumentou o número de infecções, incluindo a TB. Especificamente os anti-TNF alfa tem grande potencial para reativação de doença ativa em sujeitos com TB infecção latente (TBIL), mesmo que infectados há mais de dois anos, período em que habitualmente a reativação é mais comum. O teste tuberculínico cutâneo (TTC), que vem entrando em desuso em função do desabastecimento mundial de PPD, proteína utilizada para sua realização, não tem se mostrado um preditor ideal para estes pacientes. A alternativa ao TTC, os Ensaios de Liberação de Interferon-Gama ou IGRAs, avaliam indiretamente a resposta celular a determinados agentes por meio da detecção de interferon-gama em amostras de sangue incubadas com antígenos específicos. Embora venham sendo crescentemente empregados no diagnóstico da TBIL, não tem ainda trabalhos demonstrando adequadamente sua sensibilidade e especificidade para este grupo de pacientes. Portanto, pacientes em uso inibidor de TNF alfa devem ser monitorados atentamente em função do elevado risco de TB

**Palavras-chave:** Tuberculose; extrapulmonar; interferon

#### **PO010 TUBERCULOSE DE SACO ESCROTAL PRIMÁRIA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE**

**ELIZABETH CLARA BARROSO<sup>1</sup>; BEATRIZ PARENTE VIANA<sup>1</sup>; BRENDIA ANDRADE LEITE<sup>1</sup>; MARYANA MARAMALDO GAMA<sup>1</sup>; CASSYA MAYRES MAGALHÃES HOLANDA<sup>1</sup>; BÁRBARA MARIA LEMOS SILVA<sup>1</sup>; LUIZ ANTONIO ALVES CAVALCANTE<sup>1</sup>; MARIA EDNA MOURA<sup>2</sup>**

**1. UNIVERSIDADE DE DE FORTALEZA- UNIFOR, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, BA, BRASIL.**

**Introdução:** A infecção por Mycobacterium tuberculosis acomete aproximadamente 30% da população, dos que adoece 2-20% apresentam manifestação extrapulmonar, sendo a forma mais frequente a tuberculose (TB) pleural, seguida da ganglionar e, depois, da urogenital, podendo haver variações dessa ordem nas diferentes literaturas. A TB urogenital acomete com maior frequência homens, na proporção aproximada de 2: 1. A TB genital masculina é uma das mais raras, acometendo epidídimo, próstata, testículos e pênis, podendo levar à fistulização. Devido às dificuldades do seu diagnóstico, muitas vezes tardio, pode levar a sequelas importantes, como infertilidade e insuficiência renal. **Caso Clínico:** Paciente do sexo masculino, 61 anos, agricultor aposentado, deu entrada no ambulatório de tisiologia em 29/07/15 por ter dor, supuração no testículo esquerdo e edema e nódulo no testículo direito há um ano. Tinha 07 uroculturas para BK realizadas no período de 19/05 à 03/06/15, sendo seis delas positivas com uma a cinco colônias por amostra (antibiograma não realizado pelo pequeno número de colônias), teste tuberculínico= 27mm (26/03/15), Anti-HIV negativo e radiografia do tórax normal (20/08/15). Hemograma completo com pancitopenia leve e creatinina=0, 7mg/dl de 27/07/14. Ultrassonografia escrotal de 20/08/14 com hidrocele e epididimite à esquerda. De antecedentes negava quaisquer patologias ou maus hábitos. Um avô tivera tuberculose pulmonar, sem contato. Ao exame físico havia discreta fistula no testículo esquerdo e nódulo de 1x1cm, com sinais flogísticos e leve ulceração no testículo direito. Foi iniciado Esquema Básico

(EB) para TB (Rifampicina-R+Isoniazida-H+Etambutol-E+Pirazinamida-Z). Um mês após retornou com anorexia, tontura, esquecimento e piora da pancitopenia. Função renal e hepática continuavam normais, marcadores para hepatite B, C, artrite reumatoide, sífilis e LES foram negativos. Ultrassonografia abdominal normal em 02/09/15. Foi suspenso EB e ele tolerou bem esquema com estreptomicina, R e E. Mielograma de 01/10/15 revelou-se hipocelular diluído em sangue periférico, não visualizados megacariócitos ou parasitas na amostra. Demais séries sem alterações morfológicas, correlacionar com dados clínicos. Ele melhorou lentamente do quadro hematológico e das lesões testiculares, tendo essas normalizado totalmente. Cinco uroculturas para BK foram negativas no decorrer do oitavo mês de tratamento e ele teve alta com 12 meses. **Discussão:** Diante de um quadro clínico insidioso, progressivo e inespecífico é preciso descartar os demais diagnósticos diferenciais, como infecções por outros patógenos, cistos e tumores, estando indicado o estudo histopatológico, mas no presente caso o diagnóstico foi confirmado pela urocultura para BK. O quadro hematológico foi explicado pela agressão imune da própria TB. Os autores chamam atenção para a raridade dessa apresentação de TB urogenital primária com complicações hematológicas em paciente sem imunodepressão evidente.

**Palavras-chave:** Tuberculose; saco escrotal; urogenital

#### **PO011 PERFIL DOS CASOS DE TUBERCULOSE DROGA RESISTENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE REFERÊNCIA NO RJ**

**ANA PAULA GOMES DOS SANTOS<sup>1</sup>; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG<sup>1</sup>; ANNA CRISTINA CALÇADA CARVALHO<sup>1</sup>; SORAIA RIVA GOUDINHO SOUZA<sup>1</sup>; MARIA ARMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA<sup>1</sup>; AFRÂNIO LINEU KRITSKI<sup>1</sup>; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO<sup>1</sup>**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** A tuberculose droga-resistente (TBDR) contabiliza cerca de 3, 5% do total de casos de TB no mundo. O advento dos testes moleculares (TRM) para diagnóstico de casos resistentes à rifampicina (R) veio somar na condução desses casos. No Brasil, o XPert MTB Rif® foi incorporado na rotina de diagnóstico de casos suspeitos de TB em 2012, permitindo a identificação precoce dos casos resistentes e um conhecimento maior sobre a população doente. **Objetivos:** Descrever características sócio-demográficas, clínicas e microbiológicas dos pacientes com TBDR atendidos em hospital universitário de referência no Rio de Janeiro, Brasil. **Métodos:** Análise descritiva baseada em dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais de pacientes com TBDR atendidos pelo Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar – IDT/UFRJ entre 2012 e 2016. **Resultados:** Entre os 428 casos de TB ativa atendidos no período, 26 (6%) foram de TBDR. Desses, 53, 8% eram homens com idade média de 40 anos (DP±13). 50% vieram encaminhados de unidades básicas de saúde e os outros 50% eram provenientes do próprio hospital universitário. 61, 5% tinham história prévia de TB. 21 casos foram considerados novos de TBDR, 3 pacientes eram retorno após abandono, 1 falência ao tratamento e 1 recidiva. A resistência foi considerada primária em 57, 7% dos casos e adquirida em 38, 5%. A taxa de co-infecção TB-HIV foi de 33%. As formas de apresentação clínica foram pulmonar (76, 9%), extrapulmonar (3, 8%) e disseminada (19, 2%). 65% tiveram baciloscopia positiva e 88, 5% cultura positiva no diagnóstico. O TRM foi positivo em 15/26 casos (57, 6%), e identificou resistência à R em 14, sendo 11 casos

confirmados pelos testes de sensibilidade e 3 aguardando resultado. Os padrões de resistência encontrados foram: monorresistência à isoniazida-H (7 – 31, 8%) e à R (2 – 9%); polirresistência à H + estreptomina-S (1 – 4, 5%), R + S (3 – 13, 6%), H + etambutol-E (1 – 4, 5%); e multirresistência-MR (4 - 18%), MR + E (2 – 9%), MR + S (1 – 4, 5%) e MR+ E + ofloxacino (1 – 4, 5%). As taxas de resistência isoladas aos medicamentos foram de 77% para isoniazida, seguidos de rifampicina (59%), estreptomina (23%), etambutol (18%) e 9% ofloxacino (9%). 14 pacientes permanecem em tratamento. Os desfechos completos foram cura (58, 3%), óbito (16, 6%), abandono (16, 6%) e falência (8, 3%). **Conclusão:** Em nosso meio, encontramos a maior prevalência de resistência primária entre os casos TBDR, com elevada taxa da coinfeção TB-HIV, e que se manifestam preferencialmente na forma pulmonar. Houve alta taxa de resistência à rifampicina confirmada por cultura e pelos TRM, sendo este último ratificado posteriormente pelos TSA. No entanto, o achado de elevada taxa de resistência à isoniazida reforça a necessidade de implementação do uso rotineiro de testes rápidos que também identifiquem resistência à esta droga a fim de tornar o diagnóstico da tuberculose droga resistente mais amplo e eficaz.

**Palavras-chave:** Tuberculose; resistência; epidemiologia

**PO012 PERFIL CLÍNICO DA TUBERCULOSE PLEURAL E CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO UTILIZADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE REFERÊNCIA NO RIO DE JANEIRO**

**ANA PAULA GOMES DOS SANTOS\*<sup>1</sup>; MARIANA ALMEIDA SILVA<sup>1</sup>; MARCELO RIBEIRO ALVES<sup>2</sup>; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG<sup>1</sup>; RAQUEL DA SILVA CORRÊA<sup>1</sup>; THIAGO THOMAZ MAFORT<sup>1</sup>; LUCIANA SILVA RODRIGUES<sup>1</sup>; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES<sup>1</sup>**  
*1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** O diagnóstico da tuberculose pleural (TBPI) é considerado um desafio em virtude da sua natureza paucibacilar e necessidade de procedimentos invasivos para coleta de material biológico e diferenciação de outras causas de derrame pleural prevalentes em nosso meio.

**Objetivos:** Descrever o perfil clínico e laboratorial de pacientes com TBPI, comparar as características conforme o critério de diagnóstico utilizado e identificar possíveis dificuldades na investigação e conclusão diagnóstica.

**Métodos:** Coletados dados sócio-demográficos, clínicos, laboratoriais, radiológicos e de tratamento de pacientes com TBPI acompanhados no Núcleo de Tisiologia do HUPE entre 2010 e 2015. As características foram comparadas entre grupos conforme o critério de diagnóstico: definitivo (comprovado por cultura), histopatológico, por adenosina deaminase [(ADA) >40 U/dl] e empírico. Utilizados testes de Qui-quadrado e ANOVA para análise estatística. O nível de significância (p) utilizado foi <0, 05. **Resultados:** Identificados 167 casos de TBPI entre os 994 casos de TB ativa (17%) no período analisado. A idade média foi de 40 anos (DP±17 anos). 56, 3% eram homens. A taxa de coinfeção TB-HIV foi de 7, 8%. O tempo médio entre início dos sintomas e o diagnóstico foi 77 dias (DP±96 dias). O rendimento microbiológico do líquido e do fragmento pleural foi menor que das amostras respiratórias (0% e 6, 8%; 1, 6% e 8, 1%; e 9, 2% e 24, 6%, respectivamente). A dosagem média da ADA foi de 81 U/dl (DP±46 U/dl). Em 38, 9% dos casos o diagnóstico da TBPI foi empírico, seguido pelos critérios ADA (26, 9%), definitivo (18%) e histopatológico (16, 2%). Não houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação ao sexo, idade, comorbidades,

infecção pelo HIV ou desfecho do tratamento. Entre os casos definitivos, a maioria apresentava a forma pleuropulmonar (63, 3% x 25, 5%, p< 0, 0001), com coleta de material respiratório (66, 7% x 32, 8%, p = 0, 001) e cultura positiva nesta amostra (50% x 0, 7%, p<0, 0001). Um considerável percentual de pacientes foi submetido à procedimento para diagnóstico nos casos empíricos (41, 5% x 88, 2%, p<0, 0001), porém não preencheu outros critérios. A dosagem de ADA foi obtida em 70 casos (59, 8% dos que fizeram toracocentese) e em 6 (8, 5%) situações este marcador foi negativo mesmo com elevada suspeita clínica e radiológica.

**Conclusão:** Nesta análise, um elevado percentual de casos teve diagnóstico empírico da TBPI, justificados por contraindicação à realização de procedimentos invasivos ou pelo não rendimento ou indisponibilidade de determinados exames. As formas pleuropulmonares permitiram um maior número de confirmações do diagnóstico em virtude da facilidade de coleta de material respiratório e maior rendimento de exames microbiológicos. Nossos resultados reforçam a necessidade de pesquisas para a aquisição de novos métodos para o diagnóstico de TBPI a fim de ampliar opções possíveis para a conclusão dos casos.

**Palavras-chave:** Tuberculose; pleura; epidemiologia

**PO013 MICOBACTERIOSE PULMONAR POR MYCOBACTERIUM LENTIFLAVUM EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE**

**ELIZABETH CLARA BARROSO<sup>1</sup>; CRISTIANE SARAIVA MAIA<sup>1</sup>; DIEGO SARAIVA FELIPE<sup>1</sup>; MARYANA MARAMALDO GAMA<sup>1</sup>; LUIZ ANTONIO ALVES CAVALCANTE<sup>1</sup>; BÁRBARA MARIA LEMOS SILVA<sup>1</sup>; VANESSA HELLEN GOMES ROCHA MATOS<sup>1</sup>; DAVI LACERDA NICACIO OLIVEIRA**  
*UNIVERSIDADE DE DE FORTALEZA- UNIFOR, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Introdução:** O Mycobacterium lentiflavum foi inicialmente isolado e descrito em 1996 como uma nova espécie de micobactéria não tuberculosa causadora de infecções em humanos. Acomete principalmente linfonodos cervicais, mas já foi descrito infecção disseminada fatal, ascite, abscesso hepático e de tecidos moles e doença pulmonar, na maioria das vezes em imunodeprimidos. Poucos casos pulmonares em imunocompetentes foram descritos, mesmo em portadores de fibrose cística são relatados vários casos de colonização e muito poucos de doença ativa. **Caso clínico:** Paciente feminina, 46 anos, oriunda de Itaíçaba-Ce, foi encaminhada para o ambulatório de tisiologia do Hospital de Messejana, com história de tratamento para tuberculose (TB) pulmonar iniciado em 01/05/14 com alta curada em 01/11/14. Dois meses após a alta voltou a ser sintomática respiratória e foram realizadas quatro culturas para BK (23/02, 10/03, 30/03 e 31/03, todos em 2015) crescendo micobactéria não tuberculosa (MNT). Admitida em 16/06/15 apresentando condensação em área para cardíaca esquerda à radiografia de tórax de 16/06/15. Nesse mesmo dia foi realizado o teste para HIV, que retornou negativo, bem como um hemograma completo, com diferenciais normais, além das análises de transaminases (pirúvica e oxalacética), bilirrubinas, ureia e creatinina. Os exames (hemograma e bioquímicos) apresentaram valores dentro da normalidade durante todo o período de seguimento aqui relatado. Inicialmente a paciente foi tratada com esquema para MNT (Claritromicina 500 12/12h, Rifampicina 600 24/24h e Etambutol 1. 200mg 24/24h) enquanto aguardava-se a identificação da MNT das referidas culturas. Em 24/06/15 recebeu-se o resultado, que demonstrou ser M. lentiflavum após testes bioquímicos e pela tecnologia do PRA. Após o resultado associou-se Levofloxacino 750mg 24/24h ao esquema já estabelecido.

Após duas semanas de evolução (sendo uma semana após a associação do levofloxacino) foi observada diminuição da secreção, tendência que se manteve nas consultas seguintes até a cessação total da tosse e da expectoração aos dois meses da admissão no serviço. Está há 11 meses sem expectoração e com importante melhora clínica e radiológica com previsão de alta da quimioterapia dentro de dois meses. **Discussão:** Existe clara associação entre sequelas de TB e Micobacteriose pulmonar daí relevância das MNT's no seguimento clínico dos pacientes previamente tratados para TB. Dentro desse contexto o M. lentiflavum surge como um novo patógeno capaz de infectar humanos imunocompetentes, daí a importância de relatos como este, que, de acordo com revisão recente da literatura é o oitavo caso de micobacteriose pulmonar por M. lentiflavum em pacientes imunocompetentes, aí se incluindo três casos em pacientes com fibrose cística.

**Palavras-chave:** Micobactéria não tuberculosa; imunocompetente; mycobacterium lentiflavum

#### **PO014 CONCORDÂNCIA ENTRE GENEXPERT® E CULTURA PARA MICOBACTÉRIAS DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO MOLECULAR (TRM) EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**BRUNA MACEDO PINTO\*;** JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG;  
**ANA PAULA GOMES DOS SANTOS;** HELIO RIBEIRO SIQUEIRA;  
**WALTER COSTA**

*UERJ/HUPE, NITEROI, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A tuberculose (TB) permanece como uma das principais causas de morte por doença infecciosa no mundo. O diagnóstico rápido e preciso das formas pulmonar e extrapulmonar ainda é um grande desafio. A cultura para micobactérias é o padrão-ouro, mas pode levar de 2-8 semanas para ser concluída; a baciloscopia (BAAR) é rápida e barata, porém possui baixa sensibilidade. O advento do TRM oferece avanços contra essas limitações, em virtude da agilidade do resultado, além da possibilidade de detecção de resistência à rifampicina. **Objetivos:** Analisar a concordância entre os resultados do GeneXpert® e da cultura para micobactérias para o diagnóstico de TB, durante a implementação do TRM no HUPE. **Métodos:** Foram avaliados os resultados de TRM e cultura para micobactérias de 65 amostras de material biológico (escarro espontâneo e induzido, lavado broncoalveolar, linfonodo, líquido pleural e sinovial, e aspirado de medula óssea), obtidos entre novembro/2015 e fevereiro/2016. Realizadas análises descritivas e utilizado o teste de Kappa (K) para análise de concordância entre os métodos. O nível de significância estatística (p) utilizado foi de 0, 05. **Resultados:** Das 65 amostras, 49 (75, 4%) eram de origem respiratória. O BAAR foi positivo em 6 amostras (9, 2%), a cultura em 10 (15, 3%) e o TRM em 11 (16, 9%). Não foi identificada resistência à rifampicina em nenhuma delas. A concordância positiva entre os métodos foi observada em 8 amostras (13, 5%) e a negativa em 51 (86, 5%), com  $k=0,81$  ( $p < 0,0001$ ). As discordâncias ocorreram em 3 casos (4, 6%), dos quais 2 apresentaram TRM de material respiratório positivo e cultura negativa. Essas duas amostras pertenciam a um mesmo paciente, em tratamento atual de tuberculose pulmonar, com conversão negativa da cultura, mantendo positividade do teste molecular. Esta ainda é uma limitação do GeneXpert®, pois não sabemos por quanto tempo ele pode permanecer positivo após o tratamento. O outro caso discordante identificou cultura positiva e TRM negativo em material respiratório de paciente portador de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, com imagem radiológica sugestiva de TB e manifestação linfonodal confirmada de

tuberculose. Este resultado falso negativo pode ser atribuído a problemas técnicos como, por exemplo, quantidade inadequada de material biológico fornecido para realização do exame. Houve uma amostra de material respiratório com TRM negativo e crescimento de micobactéria não tuberculosa na cultura, o que reforça a alta especificidade do método.

**Palavras-chave:** Tuberculose; genexpert; cultura

#### **PO015 TUBERCULOSE X SARCOIDOSE: RELATO DE SÉRIE DE CASOS**

**BRUNA MACEDO PINTO\*;** ANA PAULA GOMES DOS SANTOS;  
**THIAGO THOMAZ MAFORT;** WALTER COSTA; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA

*UERJ/HUPE, NITEROI, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A alta prevalência de tuberculose (TB) no Brasil justifica sua presença entre as principais hipóteses nos sintomáticos respiratórios. Contudo, achados radiológicos similares e sintomas sistêmicos podem ocorrer em outras doenças, como a sarcoidose. Tais semelhanças, associadas à identificação de granuloma nos exames histopatológicos, podem tornar o diagnóstico diferencial entre elas um desafio. **Relato de casos:** 3 mulheres jovens, hígidas, com suspeita clínica e/ou radiológica de TB ou sarcoidose. Caso 1: Febre, tosse seca, sudorese noturna, poliartralgia, astenia e eritema nodoso há 7 meses. Tomografia computadorizada (TC) tórax com opacidades em vidro fosco difusas, focos de consolidação e linfonodomegalia mediastinal. O lavado broncoalveolar (LBA) teve análise microbiológica negativa e relação CD4/CD8 2, 72. Biópsia de linfonodo via mediastinoscopia evidenciou processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose central e células gigantes tipo Langhans, sugerindo TB. Caso 2: Episódio de hemoptise, dor torácica e tosse. TC tórax com consolidação em lobo médio, broncograma aéreo e opacidades nodulares difusas. Interferon Gamma Release Assay reagente. Análise microbiológica de LBA negativa e relação CD4/CD8 2, 35. Biópsia transbrônquica com granulomas epitelióides sem necrose e de aparência sarcóide. Caso 3: Perda ponderal de 13Kg em 2 meses. TC tórax com linfonodomegalia mediastinal e hilar bilateral. Análise microbiológica de LBA negativa. Laudo histopatológico de linfonodo via mediastinoscopia com processo inflamatório granulomatoso crônico com necrose, compatível com TB. Todos os casos foram tratados conforme o diagnóstico histopatológico. No entanto, o caso 1 evoluiu de forma desfavorável, sendo revista a investigação diagnóstica e considerada a possibilidade da associação de TB e sarcoidose. **Discussão:** TB e sarcoidose podem ter apresentação clínico-radiológica semelhante, com sintomas respiratórios e sistêmicos, como febre, sudorese noturna e perda ponderal. O padrão ouro para diagnóstico de TB é a cultura. Para sarcoidose, hipercalcemia, hipercalcúria, aumento dos níveis séricos da enzima conversora de angiotensina e da relação CD4/CD8 no LBA, favorecem o diagnóstico. No caso 1, a sarcoidose foi a primeira hipótese, porém o laudo histopatológico foi de TB. O segundo caso, teve diagnóstico de sarcoidose, embora hemoptise seja mais relacionada à TB cavitária. Em geral, a sarcoidose tem como manifestação radiológica mais comum a linfadenopatia hilar assintomática, mas, no caso 3, o diagnóstico final foi de TB. A confirmação histopatológica auxilia no diagnóstico final através da identificação de granuloma caseoso, compatível com TB, ou não caseoso, sugestivo de sarcoidose. A diferenciação entre as duas entidades é fundamental do ponto de vista terapêutico, uma vez que os medicamentos envolvidos associam-se a inúmeros efeitos colaterais e a instituição de

imunossupressão equivocada a um portador de TB pode ter desfecho catastrófico.

**Palavras-chave:** Tuberculose; sarcoidose; biópsia

**PO016 FREQUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE NOS PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE PULMÃO ACOMPANHADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**ANA PAULA DA GAMA NÓBREGA REBELLO\*<sup>1</sup>; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO<sup>2</sup>; NATHALIA RAMOS GAMBATI<sup>2</sup>; MARCOS EDUARDO PASCHOAL<sup>2</sup>**

**1. HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. HUCFF/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** O câncer de pulmão, excetuando-se o câncer de pele, é o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando alta letalidade e sobrevida cumulativa total em cinco anos variando entre 13 e 21% em países desenvolvidos e entre 7 e 10% em países em desenvolvimento. A tuberculose é uma antiga conhecida, incluindo-se o Brasil no grupo dos 22 países que concentram cerca de 80% dos casos da doença no mundo, com registros de coeficientes de incidência de 30, 9/100. 000 habitantes em nível nacional e 66, 8 /100. 000 habitantes na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2015. A coexistência destas duas enfermidades vem sendo avaliada de longa data, com a maioria das pesquisas porém, tendo como base, populações de outros países e suas características locais. **Objetivo:** Com a finalidade de obtenção de dados referentes a nosso meio, onde são bastante prevalentes, foi realizado este estudo, cujo objetivo principal foi avaliar a frequência do diagnóstico de tuberculose nos pacientes portadores de câncer de pulmão acompanhados em um hospital universitário. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo de uma coorte a partir da revisão de prontuários de pacientes acompanhados pelo Ambulatório de Oncopneumologia do Instituto de Doenças do Tórax ( IDT) – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) /UFRJ. Foram considerados os casos de diagnóstico de tuberculose realizado no período de 3 anos antes a 3 anos após o diagnóstico do câncer de pulmão, fundamentados na existência de evidência laboratorial microbiológica e/ou anatomopatológica, compatível com a doença. **Resultados:** Na amostra de 586 pacientes com câncer de pulmão detectado entre janeiro de 2000 e dezembro de 2010, foram identificados 23 pacientes (3, 9%) com diagnóstico de tuberculose. Os pacientes deste subgrupo, apresentaram percentuais mais altos de carcinoma escamoso ( 43, 5 x 27, 5%), história de tabagismo (100 x 89, 1%) e história de alcoolismo ( 34, 8 x 22, 2%) em relação à amostra total, interrogando-se a contribuição destes fatores, junto à influência da própria malignidade, na manifestação clínica da infecção. Vinte e dois deles (3, 75%), apresentaram diagnóstico final de tuberculose e um paciente (0, 15%), de doença pulmonar por micobactéria não tuberculosa. **Conclusão:** A frequência de tuberculose encontrada nos pacientes portadores de câncer de pulmão avaliados (3, 75%), muito superior à reportada em nossa população geral, sugere uma possível associação entre as duas enfermidades.

**Palavras-chave:** Tuberculose; neoplasias pulmonares; estudo retrospectivo

**PO017 ASSOCIAÇÃO ENTRE TUBERCULOSE E CÂNCER ELIZABETH CLARA BARROSO\*<sup>1</sup>; GUSTAVO CAVALCANTE MACEDO<sup>1</sup>; DAVI LACERDA NICACIO OLIVEIRA<sup>1</sup>; CRISTIANE SARAIVA MAIA<sup>1</sup>; JÉSSICA GURGEL SANTOS<sup>1</sup>; WENCESLAU KENNEDY PAIVA SILVEIRA NETO<sup>1</sup>; JOSE AURILLO ROCHA<sup>2</sup>; MARIA BARBOSA LIMA<sup>2</sup>**

**1. UNIVERSIDADE DE DE FORTALEZA- UNIFOR, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.**

**Introdução:** O câncer (CA) é uma patologia associada a elevados índices de morbimortalidade, em especial o câncer de pulmão (CP) é a principal causa de morte por câncer no Brasil e no mundo, tem 1, 3 milhões de óbitos ao ano. A tuberculose (TB) é outra doença de alta morbimortalidade, especialmente em países com baixas condições sociais. Por se tratarem de patologias que envolvem inflamação, por vezes crônica, e comprometimento da imunidade do indivíduo, tem sido investigado, há várias décadas, a associação simultânea ou não entre a TB ativa ou até latente e CA. **Objetivos:** O objetivo do presente estudo foi descrever as características clínicas de pacientes com TB pulmonar e neoplasias. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado através da revisão de prontuários no período de Junho de 2008 à Junho de 2016. O diagnóstico de TB pulmonar foi baseado no III BRASILIAN THORACIC ASSOCIATION GUIDELINE ON TUBERCULOSIS e o de neoplasia em resultados de exames anatomopatológicos. **Resultados:** Foram incluídos na pesquisa 17 pacientes, sendo oito masculinos (47%), com média de idade de 62 anos, 13 (76%) eram tabagistas com carga tabágica média de 31 anos maço, 10 (59%) tinham hipertensão arterial sistêmica, quatro (24%) diabetes mellitus, quatro (24%) câncer na família, dois (12%) asma, um (6%) doença pulmonar obstrutiva crônica e um (6%) lupus eritematoso sistêmico. Entre os pesquisados apenas três (18%) tiveram contato com indivíduo portador de TB ativa e dois (12%) referiram 1 e 4 episódios tuberculose anterior. O tratamento da TB foi realizado com esquema básico (EB) para TB pulmonar (Rifampicina-R+Isoniazida-H+Etambutol-E+Pirazinamida-Z) em nove pacientes (53%), os outros usaram esquemas especiais por intolerância ou interação entre drogas obtendo-se cura em 13 (76%) deles, dois (12%) estão em tratamento, um paciente abandonou o tratamento (6%) e um evoluiu para óbito (6%). Dos 17 pacientes incluídos no estudo, nove (53%) tiveram o diagnóstico concomitante de TB e CA, um (6%) teve TB anteriormente, um (6%) teve antes e depois e sete (41%) tiveram o diagnóstico de neoplasia anterior ao de tuberculose. Desses 71% (5/7) fizeram tratamento quimioterápico associado ou não à radioterapia e cirurgia. No estudo foram identificadas diversos tipos de CA, sendo os mais evidentes: os de mama em quatro pacientes (24%); os de pulmão em quatro (24%) e o linfoma não Hodgkin em dois (12%). **Conclusão:** A maioria dos pacientes era tabagista (76%), o que é fator de risco tanto para TB como para CA, embora já se tenha demonstrado que a TB influencia no desenvolvimento de CA independentemente do tabagismo. O processo inflamatório crônico da TB ativa e mesmo latente pode predispor ao CA. A imunidade patológica do portador de câncer juntamente com tratamento oncológico imunossupressor certamente predispõem à TB. Demostramos que 94% (16/17) dos pacientes do presente estudo tiveram TB concomitante ou posterior ao diagnóstico de CA, sugerindo um maior risco do portador de CA desenvolver TB do que o portador de TB desenvolver CA.

**Palavras-chave:** Tuberculose; câncer; associação tuberculose e câncer

**PO018 ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E PATOLOGIAS POR MICOBACTÉRIAS ELIZABETH CLARA BARROSO\*<sup>1</sup>; GUSTAVO CAVALCANTE MACEDO<sup>1</sup>; BRENDA ANDRADE LEITE<sup>1</sup>; CRISTIANE SARAIVA MAIA<sup>1</sup>; CASSYA MAYRES MAGALHÃES HOLANDA<sup>1</sup>; WENCESLAU KENNEDY PAIVA**



SILVEIRA NETO<sup>1</sup>; ANA ANGÉLICA FARIAS<sup>2</sup>; LÚCIA MARIA OLIVEIRA SILVA<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE DE DE FORTALEZA- UNIFOR, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose (TB) continua um sério problema de saúde pública em países subdesenvolvidos e as micobactérias não tuberculosas (MNT) são cada vez mais reportadas mundialmente. Em algumas condições especiais como AIDS, alcoolismo, malignidades e estados de imunossupressão, insuficiência renal, uso de anti-TNF, idade avançada, transplantes (Tx) de órgãos, há um risco aumentado para o desenvolvimento de micobacterioses e TB. **Objetivos:** Descrever as características clínicas de quatro casos de doença por micobactérias em transplantados no período de 2011 a 2014. **Métodos:** Foi feito estudo retrospectivo através da revisão de prontuários em serviço de referência para TB no estado do Ceará. O diagnóstico de TB foi confirmado com cultura para BK de espécimes clínicos seguidos de testes bioquímicos e nos casos de MNT seguiu-se os critérios da American Thoracic Society de 2007. **Resultados:** Os quatro pacientes tinham média de idade de 47 anos e três deles eram masculinos, nenhum deles tinha diabetes mellitus ou sorologia positiva para HIV, um era etilista grave, um era tabagista com carga tabágica de 7, 5 anos maço e todos tiveram teste tuberculínico (TT) zero mm antes do Tx não tendo sido indicado, portanto, tratamento para TB latente (TBL). Dois sofriam de hipertensão arterial sistêmica, apenas um tinha história de contato com TB, todos negaram TB anterior. O tempo médio entre o Tx e o início dos sintomas foi 17, 25 meses e do início dos sintomas ao início do tratamento foi 2, 75 meses. Os dois transplantados cardíacos sofriam de miocardiopatia dilatada previamente e pós Tx um teve MNT pulmonar e o outro na ferida cirúrgica do tórax, não foi feita a identificação por dificuldades técnicas. O caso de Tx renal era portador de nefropatia hipertensiva e pós Tx teve TB pulmonar monorresistente à isoniazida e o de Tx pulmonar sofria de fibrose pulmonar idiopática e pós Tx desenvolveu TB pulmonar monorresistente à rifampicina. Apenas o paciente com MNT cutânea fez o tratamento instituído sem problemas, os outros precisaram mudar o esquema várias vezes, pela doença de base, intolerância gástrica, leucopenia, plaquetopenia, formigamento no corpo e desmaios, mas todos tiveram alta curados com 12 meses de tratamento. **Conclusão:** O estado de imunossupressão pós Tx de órgãos é fator de risco importante para o desenvolvimento de doença por micobactérias associado ao déficit de imunidade inerente ao candidato a Tx pela própria doença de base. Pesquisas sobre o assunto relataram que quase 100% dos que se submeteram ao tratamento para TBL não desenvolveram TB pós Tx. Pacientes previamente imunossuprimidos podem ter TT falso negativo, portanto, na ausência de testes de liberação de interferon- $\gamma$  que possam detectar melhor a TBL, em casos de alto risco de aquisição de TB primária deve-se fazer a quimioprofilaxia para TB independente do resultado do TT. Em caso de Tx hepático a quimioprofilaxia deveria ser adequada à função hepática. Ressaltamos ainda a dificuldade de tratar esses pacientes com bacilos resistentes, múltiplas comorbidades e uso de vários medicamentos.

**Palavras-chave:** Tuberculose; transplante; órgão

#### PO019 TUBERCULOSE MAMÁRIA - RELATO DE CASO

TADEU PEIXOTO LOPES<sup>\*</sup>; JADER CORREIA CAVALCANTE; MORGANA BARBOSA DUARTE; FERNANDO ANTÔNIO MENDONÇA GUIMARÃES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA, MACEIO, AL, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose mamária é uma condição rara, apresentando uma incidência menor que 0, 1% nas lesões mamárias analisadas histologicamente. É chamada de forma primária quando não há outro sítio de infecção pelo bacilo de Koch, sendo causada por inoculação direta no tecido mamário através de fissuras ou abrasões. Clinicamente, ela se apresenta de forma insidiosa e inespecífica, ocasionando nódulos, abscessos e lesões esclerosantes, sendo frequentemente confundida com neoplasias e abscessos piogênicos. A identificação do *Mycobacterium tuberculosis*, por microscopia óptica ou cultura, fornece o diagnóstico, entretanto, na maioria dos casos, estes estudos são negativos e o diagnóstico só poderá ser estabelecido por histologia, através da identificação de lesões granulomatosas com necrose caseosa típica. **Relato de caso:** Mulher, 21 anos, parda, residente em Maceió, Alagoas, relata nódulo mamário à direita, em quadrante súpero medial, levemente doloroso, associado a edema e fistulização com eliminação de secreção. Realizada USG de mamas, que evidenciou área de maior ecogenicidade, de contornos imprecisos, medindo 6, 6 x 2, 4 cm em quadrante súpero-medial, direito. O exame microscópico do material colhido pela PAAF revelou esfregaços hiperclulares representados por fundo eosinofílico granular, com a presença de células gigantes multinucleadas, fragmentos de estroma fibroconjuntivo e pequenos grupamentos de células ductais com alterações reativas, negativo para malignidade, concluindo-se processo inflamatório crônico granulomatoso agudizado. À bacterioscopia não houve evidência de micro-organismos na amostra; cultura sem desenvolvimento de bactérias, e a pesquisa de BAAR (Ziehl-Neelsen) da amostra foi negativa. A biópsia da lesão exibiu fragmentos de mama revelando em meio a material necrótico, tecido adiposo e glândulas mamárias típicas, presença da reação inflamatória, constituída por linfócitos, neutrófilos, plasmáticos e presença de células gigantes multinucleadas, além de ausência de malignidade histológica no material examinado, concluindo-se Processo inflamatório abecedado, com reação inflamatória granulomatosa. As sorologias para HIV tipos 1 e 2, hepatites B e C foram negativas. Iniciado tratamento com esquema RHZE para tuberculose mamária por 9 meses, com cicatrização total das lesões. **Conclusão:** O diagnóstico diferencial da tuberculose mamária deve ser feito principalmente com o carcinoma de mama, que a princípio foi a principal hipótese diagnóstica para o caso apresentado. A ausência de outro sítio de infecção pelo bacilo de Koch nos remete ao diagnóstico de tuberculose primária mamária. Os exames de imagem como mamografia e US não possibilitam uma distinção precisa entre a tuberculose mamária e o carcinoma de mama. No caso descrito, o diagnóstico definitivo foi firmado por meio da histologia, visto que a bacterioscopia e cultura foram negativas e a USG de mamas não foi esclarecedora. O tratamento empregado foi o esquema RHZE 4cp durante 9 meses, com cicatrização total das ulcerações.

**Palavras-chave:** Tuberculose; mamária; caseosa

#### PO020 INCIDÊNCIA DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DO CEARÁ-1996 A 2015

ELIZABETH CLARA BARROSO<sup>01</sup>; JÉSSICA GURTEL SANTOS<sup>01</sup>; WENCESLAU KENNEDY PAIVA SILVEIRA NETO<sup>01</sup>; BEATRIZ PARENTE VIANA<sup>01</sup>; VANESSA HELLEN GOMES ROCHA MATOS<sup>01</sup>; DAVI LACERDA

**NICACIO OLIVEIRA<sup>1</sup>; ANA ANGÉLICA FARIAS<sup>2</sup>; TANIA REGINA BRIGIDO DE OLIVEIRA<sup>2</sup>**

1. UNIVERSIDADE DE DE FORTALEZA- UNIFOR, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** Infecções por micobactérias não tuberculosas (MNT) são cada vez mais reportadas mundialmente. Patologias por MNT são difíceis de curar e infecções recorrentes por novas cepas ou recaída pelo organismo original são frequentes aumentando a incidência e a prevalência dessas infecções. **Objetivos:** Avaliar a incidência de doenças por MNT em hospital de referência para tuberculose multirresistente (TBMR) no estado do Ceará. **Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo, descritivo tendo-se como base o livro de registro de MNT e TBMR. Foram analisados prontuários, no período de 1996 a 2015. O diagnóstico de MNT foi feito pelo quadro clínico e radiológico associado a pelo menos duas culturas de escarro positivas para BK. Foram utilizadas técnicas moleculares para identificação das espécies pelo método do PRA– Análise de restrição de produto de PCR.

**Resultados:** No serviço foram registrados 117 casos de MNT, 948 TBMR e no Ceará foram notificados 72. 707 casos novos de TB nesse período de 20 anos. Na primeira metade do período houve 30, 376 e 37. 045 casos de MNT, TBMR e TB respectivamente e na segunda metade 86, 572 e 35. 516, tendo havido um aumento significativo dos casos de MNT em relação à TBMR ( $p=0,01$ ) e em relação à TB ( $p=0,0001$ ). Por dificuldades técnicas, apenas 44, 4% (52/117) das cepas foram identificadas: 30, 8% (16/52) eram *M. abscessus*, 15, 4% (8/52) eram *M. fortuitum*, 13, 5% (7/52) eram *M. intracellulare*, 9, 6% (5/52) eram *M. chelonae*, *M. szulgai*, e *M. avium*, cada uma dessas MNT, 7, 7% (4/52) eram *M. kansasii* e 13, 5% (7/52) outras MNT. Sete pacientes tinham coinfeção com mais de uma MNT e/ou MTB. 53% (62/117) eram do gênero feminino e a média de idade foi 57 anos. Nenhum dos pacientes conviviam com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou usava drogas ilícitas. Apenas 3% (3/102) deles não tinham comorbidades. As comorbidades foram distribuídas assim: 83, 3% (85/102) tinham TB residual com uma média de 1, 6 tratamentos anteriores, 34, 3% (35/102) eram tabagistas, 12, 7% (13/102) tinham DPOC, 7, 8% (8/102) asma, 8, 8% (9/102) doença autoimune, 3, 9% (4/102) bronquiectasias e 3, 9% (4/102) diabetes. O tempo médio entre o primeiro tratamento de TB e o diagnóstico de MNT foi 10, 2 anos. Quanto ao quadro radiológico, 44, 4% (44/99) eram bilateral cavitário, 20, 2% (20/99) unilateral cavitário, 17, 7% (17/99) bilateral não cavitário, 12, 1% (12/99) unilateral não cavitário e 5, 1% (5/99). O tratamento foi feito segundo recomendações nacionais e internacionais: 45, 7% (32/70) curaram, 18, 6% (13/70) tiveram falência, 10% (7/70) abandonaram desses 71, 4% (5/7), 4, 3% (3/70) tiveram intolerância incontrolável seguida de abandono, falência ou óbito e 4, 3% (3/70) evoluíram para óbito. Lançou-se mão de cirurgia torácica adjuvante em 5, 7% (4/70) com sucesso de 50% (2/4), dois que não curaram, um cronicou e o outro evoluiu para óbito. **Conclusão:** Do primeiro para o segundo período do estudo houve aumento significativo na incidência de MNT tanto em relação à TB em geral como em relação à TBMR em população soronegativa para o HIV. Utilizando-se todos os recursos disponíveis, drogas orais, injetáveis e cirurgia torácica o percentual de cura foi apenas 45, 7%. A tendência crescente, a acentuada morbimortalidade e o fraco resultado do tratamento atual exigem a necessidade da pesquisa de drogas efetivas contra MNT.

**Palavras-chave:** Micobactérias não tuberculosas; tuberculose; incidência

**PO021 ANÁLISE DAS CEPAS DE MICOBACTÉRIAS ATÍPICAS E TUBERCULOSE MULTIDROGA RESISTENTES EM PACIENTES ATENDIDOS PELO CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DE MATO GROSSO**

**MARINA DE LA CRUZ MOTA<sup>1</sup>; ANNA KAROLYNA ROSA MACHADO<sup>1</sup>; FERNANDO ROSSATO SALVI<sup>1</sup>; CAROLLINA DALL'ASTA MIOTTO<sup>1</sup>; VITOR HIROSHI NUNES MOTIZUKI<sup>1</sup>; GEOVANNA ESTHER PASSARINI<sup>1</sup>; CLEIDE LÚCIA MEIRA JESUS<sup>1</sup>; CARLOS FERNANDO GOSSN GARCIA<sup>2</sup>**  
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL; 2. CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose (TB) apresenta incidência de 1. 329 casos por ano em Mato Grosso. Segundo a Organização Mundial de Saúde, no mundo, 3, 6% dos novos casos e 20% dos já tratados anteriormente são Tuberculose resistentes a pelo menos Rifampicina e Isoniazida, caracterizado como Tuberculose Multidroga Resistente (TB-MDR). Na família das micobactérias, há também as micobactérias atípicas, bacilos que não eram considerados transmissíveis, nem sempre respondem ao tratamento quimioterápico e são comumente confundidos com os da TB, por terem manifestações clínicas semelhantes. Por esse motivo, a distinção entre elas se torna muito relevante. **Objetivo:** Determinar a resistência aos medicamentos das cepas de TB-MDR e as características das micobactérias atípicas em pacientes atendidos em um centro de referência.

**Métodos:** Trata-se de estudo retrospectivo e comparativo de culturas positivas para cepas de micobactérias atípicas e de TB-MDR, encontradas em mais de uma amostra respiratória de 67 pacientes atendidos pelo Centro de Referência Estadual em Média e Alta Complexidade de Mato Grosso – CERMAC MT, no período de 2000 a 2016. Os dados coletados a partir dos prontuários médicos foram tabulados, analisados e apresentados na forma de gráficos e tabelas através do excel 2013. **Resultados:** Com relação às bactérias multidroga resistentes, foram analisadas 55 cepas, sendo observado uma predominância da resistência à estreptomomicina (40%), seguido da pirazinamida (20%) e etambutol (20%), e depois da etionamida (9, 09%). Além disso, 30, 9% das cepas eram resistentes a duas drogas, já 43, 63% apresentaram resistência a apenas três drogas, sendo que o esquema mais prevalente foi rifampicina, isoniazida e estreptomomicina (50, 02%). E, também, 16, 36% dos microrganismos foram resistentes a quatro drogas, dos quais 44, 44% não eram sensíveis a rifampicina, isoniazida, etambutol e etionamida. Foram analisadas 12 culturas com isolamento de micobactérias atípicas, das quais o *Mycobacterium avium-intracellulare* foi o mais prevalente, estando presente em 41, 6% das amostras. Seguido pelo *Mycobacterium abscessus* subspécie *bolletii* e o *Mycobacterium fortuitum*, existente em 25% e 16, 67% das análises, respectivamente. **Conclusão:** A partir desses dados, observa-se que a resistência à estreptomomicina é mais comum. Esse fato pode estar relacionado não só ao potencial de resistência dessa droga, mas também por ela ser usada como primeira linha nos tratamentos TB-MDR. Com relação às micobactérias atípicas, constatou-se que a *m. intracellulare* foi o mais prevalente. Tal relação pode ser atribuída aos sintomas mais semelhantes aos da tuberculose que essa micobactéria causa, levando ao maior atendimento no serviço. Por isso, é importante o diagnóstico

diferencial entre tuberculose e as micobacterioses, evitando o tratamento equivocado.

**Palavras-chave:** Tuberculose multidroga resistente; micobacterias atípicas; análise

**PO022 TUBERCULOSE MAMÁRIA: RELATO DE CASO**  
**RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE\***; **JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO**; **RAFAEL SARTORI TARTAGLIA**; **ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA**; **FELIPE MARQUES DA COSTA**; **ANDRÉ NATHAN COSTA**; **ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES**  
**DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A Tuberculose (TB) é uma enfermidade de abrangência global, sendo sua principal forma a pulmonar, porém podendo acometer diversos órgãos e sistemas. A doença mamária pelo *Mycobacterium tuberculosis* é uma condição rara mesmo nos países com elevada incidência de TB, tendo importância pelo diagnóstico diferencial com outras patologias deste órgão, como as doenças neoplásicas e outras doenças granulomatosas. Os principais fatores de risco incluem multiparidade, lactação, trauma, mastite prévia e AIDS. Acomete mais frequentemente mulheres na menacme, sendo a gestação e a lactação os períodos de maior risco de infecção. O diagnóstico de tuberculose extrapulmonar é feito pelas evidências clínicas, achados laboratoriais sugestivos das formas ativas em pacientes com pelo menos uma cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis* de material extrapulmonar. Não há diretrizes específicas para tratamento, sendo geralmente utilizadas as mesmas diretrizes do tratamento da forma pulmonar da doença, havendo boa resposta em 95% dos casos. As intervenções cirúrgicas são necessárias em até 14% dos pacientes, devido à falha da quimioterapia ou à grande extensão da lesão. **Objetivos:** Relatar caso de paciente portadora de Tuberculose Mamária (TM), atendida em ambulatório especializado em hospital terciário. **Métodos:** Revisão de prontuário e registros médicos de paciente em hospital terciário. **Relato:** Paciente, 37 anos, técnica de enfermagem, encaminhada para atendimento por Pneumologia em virtude de que há 10 anos apresentara derrame pleural de causa indeterminada, com tratamento antibiótico bem sucedido. Negou história de TB ou contato prévio, como também outras comorbidades. Em consulta, afirmou lesão nodular na mama, de crescimento contínuo, quando então há 1 ano buscou atendimento para elucidação. Realizou biópsia de material em outro serviço, dito "benigno". Solicitadas então nova mamografia, que apresentou densidades fibroglandulares esparsas, raras calcificações de aspecto benigno e tecido mamário no prolongamento axilar direito com linfonodomegalias axilares à direita, BIRADS 4. Procedeu-se então com biópsia de linfonodo axilar em entremeio mamário, com achado de linfadenite crônica granulomatosa com necrose caseosa. Com rastreamento sorológico negativo e exames laboratoriais normais, iniciado tratamento com esquema RIPE, com resolução de aumentos linfonodais. **Conclusão:** A TM, apesar de rara, é um diagnóstico a ser considerado em pacientes com lesão mamária de evolução subaguda ou crônica. O diagnóstico baseia-se na clínica e em achados histopatológicos, sendo o isolamento do agente etiológico devesa difícil. A terapia tuberculostática convencional apresenta excelentes resultados, devendo ser sempre considerada como primeira escolha.

**Palavras-chave:** Tuberculose; tuberculose mamária; diagnóstico diferencial

**PO023 ANÁLISE DO TEMPO DE CONVERSÃO BACTERIOLÓGICA NA TUBERCULOSE PULMONAR ATIVA EM UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE 2004 A 2012**  
**MONICKE SANTOS CUNHA DO NASCIMENTO\***; **ANETE TRAJMAN**; **JOANA BEATRIZ MOUTINHO DE OLIVEIRA**; **DANIEL CAIADO FRAGA LAVAGNOLI**; **GABRIEL SA REIS E SILVA PINTO**; **RAFAEL DUARTE SILVA**; **FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

A redução da transmissão da tuberculose (TB) é atividade prioritária para controle da doença. O monitoramento bacteriológico é recomendado pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a resposta à terapia. O objetivo desta pesquisa foi estimar o tempo de conversão bacteriológica e descrever os fatores associados em pacientes com tuberculose pulmonar ativa em uso do regime RHZE em um hospital de referência na cidade do Rio de Janeiro. Foi feito um estudo de coorte retrospectivo. Foram analisados os prontuários de pacientes com tuberculose pulmonar atendidos no ambulatório de tuberculose do Instituto de Doenças do Tórax no período de outubro de 2004 a novembro de 2012. A curva de Kaplan-Meier e a hazard ratio (HR) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%) ajustados em um modelo multivariado foram utilizados para analisar os fatores associados com o tempo de conversão da baciloscopia e da cultura. Foram incluídos 112 pacientes. O tempo mediano de conversão da baciloscopia foi de 4 semanas, os fatores de risco independentes para o maior tempo até a conversão da baciloscopia foram diabetes [HR: 2, 03 IC95% (1, 12 – 3, 65) e carga bacilar [HR: 1, 88 IC95% (1, 25 – 2, 84)]. O tempo mediano de conversão de cultura foi de 6 semanas e a variável carga bacilar associou-se independentemente com o maior tempo até a conversão da cultura [HR: 1, 63 IC95% (1, 08 – 2, 45)]. **Conclusão:** O tempo de conversão bacteriológica foi elevado quando comparado a outros países, sobretudo em pacientes com diabetes e carga bacilar inicial elevada, implicando em maior período de contágiosidade.

**Palavras-chave:** *Mycobacterium tuberculosis*. ; tuberculose pulmonar; período de transmissibilidade

**PO024 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO AUDIOMÉTRICA NA SUSPENSÃO DO AMINOGlicosídeo DURANTE O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE RESISTENTE**  
**KARLA ANACLETO VASCONCELOS\***; **AFRÂNIO LINEU KRITSKI\***; **SILVANA MARIA MONTE COELHO FROTA\***; **ANTÔNIO RUFFINO-NETTO\***  
**1. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** a perda auditiva que decorre do uso dos aminoglicosídeos é permanente e compromete a comunicação do sujeito. Abordar a sintomatologia auditiva/ vestibular nos pacientes é essencial para o diagnóstico precoce da perda auditiva, já que muitas vezes pode passar despercebida pelo paciente. Desta forma, é possível direcionar a avaliação adequada e embasar a suspensão do aminoglicosídeo. **Objetivo:** verificar os relatos sobre sintomas auditivos ou vestibulares e a conduta médica a partir dessas queixas em prontuários de pacientes tratados de tuberculose resistente em um centro de referência na cidade do Rio de Janeiro. **Método:** o estudo foi aprovado pelo CEP/HUCFF/UFRJ sob o nº 61594. Foi realizado um levantamento de registros médicos em prontuários de pacientes tratados de tuberculose resistente no estado do Rio de Janeiro, entre 2006 e 2010. Buscou-se registros sobre queixas auditivas/vestibulares, tais como diminuição

da audição, zumbido e tontura. Dados sobre a interrupção do aminoglicosídeo devido à queixa auditiva/ vestibular também foi observada, assim como dados referentes à avaliação audiométrica. **Resultado:** foram analisados 599 prontuários, sendo 360 (60, 1%) de homens, com idade média de 40, 9 anos e 239 (39, 9%) de mulheres com idade média de 37, 6 anos. Desse total, 484 utilizaram amicacina no esquema terapêutico, 105 usaram estreptomicina e 10 não utilizaram aminoglicosídeo no tratamento. Dentre os 599 prontuários analisados, 417 foram excluídos da análise devido à inexistência de informações sobre queixas auditivas/ vestibulares e 10 devido a não utilização de aminoglicosídeo. Nos 172 (28, 7%) prontuários onde havia relatos sobre queixas auditivas, apenas 8 (4, 7%) tinham registro da negação desses sintomas. Em 164 (95, 3%) prontuários foi encontrado o relato de uma ou mais queixas auditivas/ vestibulares, sendo que 145 (88, 4%) tinham utilizado amicacina no esquema medicamentoso e 19 (11, 6%) utilizaram estreptomicina. Em 109 (66, 5%) não foram encontrados registros sobre qualquer conduta a partir dessas queixas. Tiveram o medicamento suspenso no dia da consulta em que foi referida a queixa auditiva/ vestibular 55 (33, 5%) pacientes. Destes, 15 (27, 3%) foram encaminhados à avaliação auditiva, 12 (21, 8%) realizaram audiometria tonal liminar e em 11 (91, 6%) deles houve a confirmação de perda auditiva. Analisando o período de tempo entre o início do tratamento com aminoglicosídeos e o relato da queixa auditiva, foi verificado que tanto o zumbido quanto a hipoacusia tiveram seu relato vinculado ao tempo de uso, ou seja, quanto maior o tempo de uso de aminoglicosídeo mais frequentes eram os relatos de queixas auditivas. No entanto, esse padrão não foi verificado com o relato de queixa vestibular (tontura) que teve sua maior frequência no início do tratamento. Entre as queixas auditivas/ vestibulares, observou-se associação significativa ( $p=0,04$ ) entre relato de zumbido e uso tanto da estreptomicina quanto da amicacina. **Conclusão:** a falta de informações sobre queixas auditivas e vestibulares em pacientes tratados com aminoglicosídeos afeta a observação da real condição auditiva desta população tratada de tuberculose resistente no Estado do Rio de Janeiro. O uso de estreptomicina e a amicacina esteve associado ao relato de zumbido. No entanto, o médico assistente deveria basear a suspensão do aminoglicosídeo na confirmação do dano auditivo (ototoxicidade) que só é verificada por meio de avaliação audiométrica específica, e não apenas no relato do sintoma.

**Palavras-chave:** Perda auditiva; ototoxicidade; tuberculose

#### **PO025 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE ATENDIDOS EM UNIDADE DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA NO AMAZONAS.**

**MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO\*<sup>1</sup>; IVNA GIRARD CUNHA VIEIRA LIMA<sup>2</sup>; FLAVIA MATOS SALAME<sup>2</sup>**

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

**Introdução:** De acordo com a OMS, em 2015, 9, 6 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose no mundo e cerca de 1, 5 milhões morreram. O estado do Amazonas tem apresentado um aumento crescente da incidência nos últimos anos, sendo que em 2015 apresentou a maior incidência do país (70, 1 casos/100 mil habitantes). A busca por dados epidemiológicos em regiões de alta incidência é fundamental para elaborar medidas de controle e diminuir o número de casos. **Objetivo:** Descrever os dados epidemiológicos de pacientes atendidos com tuberculose no

Ambulatório Araújo Lima em Manaus, centro de referência secundária em tuberculose no Estado do Amazonas.

**Métodos:** Estudo transversal descritivo e retrospectivo, com levantamento de dados clínicos e epidemiológicos a partir da revisão de prontuários médicos de todos os pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar ou extrapulmonar, no período de 2000 a 2015. Nesse resumo são apresentados os resultados dos dados obtidos até o ano de 2010. Foram excluídos da pesquisa aqueles que tiveram o diagnóstico modificado em consultas posteriores.

**Resultados:** De um total de 710 prontuários analisados, foram excluídos 6 por preenchimento inadequado. Foi observada uma maior prevalência de casos no sexo masculino (58%) e a maioria era de residentes da cidade de Manaus (96%). A forma de apresentação mais comum foi a pulmonar, com 57% dos casos. Dentre os 352 pacientes com formas extrapulmonares, a localização foi pleural em 50% dos casos, seguido da forma ganglionar periférica com 18% dos casos e óssea, com 13%. Foram encontradas ainda, em menor prevalência as formas anal, ocular, miliar, pericárdica, meníngea, cutânea e geniturinária, em ordem decrescente de frequência. Os sintomas mais frequentes foram tosse (55, 1%), perda ponderal (35, 8%) e expectoração (29, 2%). Ao todo, 34% apresentavam alguma comorbidade. As mais frequentes foram: diabetes mellitus (7%), seguida de insuficiência renal crônica (6%), hipertensão arterial sistêmica (4%), colagenoses (3%) e HIV/AIDS (0, 4%). Dentre os pacientes investigados, 1% vieram a óbito. Os maiores índices de mortalidade foram observados entre os pacientes que vivem com HIV/AIDS (33, 3%) e renais crônicos (19, 5%). O percentual de altas por abandono no serviço foi de 4, 6%, sendo maior entre os renais crônicos, onde 7, 3% abandonaram o tratamento. Não constam nos prontuários informações a respeito da proporção de contatos de tuberculose que foram examinados. **Conclusão:** A proporção de abandono do tratamento no serviço é inferior a observada no Brasil e em acordo com o preconizado pelo Organização Mundial de Saúde (menor que 5%). Os renais crônicos são uma população de risco maior para óbito e abandono de tratamento. A elaboração de estratégias para otimizar a adesão e minimizar complicações relacionadas ao tratamento e à própria infecção devem ser ações prioritárias no manejo desse grupo de doentes.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; tuberculose; tratamento

#### **PO026 LINFADENITE PÓS VACINA BACILO CALMETTE-GUÉRIN (BCGITE): RELATO DE CASO**

**CARMEN LÍVIA FÁRIA DA SILVA MARTINS\*; TATIANE MARTINS BARCELOS; KILYANA DOURADO PEREIRA; FERNANDA CAROLINA MOREIRA ROCHA; PAULO HENRIQUE PACHECO MONTEIRO; RAFAEL PIMENTEL SALDANHA; LOUISE NUNES ASSIS DAAMACHE; BRUNA MATHIAS SILVA**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

**Introdução:** A linfadenite pós BCG, doença de notificação compulsória, não é uma complicação incomum após administração da vacina, principalmente em pacientes com algum grau de imunossupressão e crianças menores de 1 ano (0, 73% dos vacinados). Fatores importantes para tal agravo são a técnica de aplicação, o tipo de cepa e a dose de vacina utilizada. BCGite pode ser dividida entre reações locoregionais (úlceras com diâmetro >1cm, abscessos, linfadenopatia regional supurada ou não, cicatriz quelóide e reação lupóide) e sistêmicas (linfonodos profundos, osteoarticulares, órgãos) podendo, surgir até 6 meses após contato vacinal. **Descrição do caso:** Paciente E. B. T. G., 5 meses de idade sem comorbidades prévias e com esquema vacinal adequado segundo Calendário Nacional

de imunizações (CNI), foi atendido no ambulatório de Tuberculose do Hospital Universitário de Brasília (HUB) para acompanhamento pós exérese de nódulo infraclavicular de 0,8 cm à direita, consistência fibroelástica, indolor, móvel e sem sinais flogísticos. Em ecografia prévia, o mesmo apresentava discreta vascularização, e crescimento de 0,2 cm em duas semanas de evolução sem flogismo ou supuração, sendo optado pela exérese da lesão, cuja histopatologia apresentou necrose caseosa central por provável linfadenite pós-BCG. Paciente após investigação negativa para imunossupressão (linfócitos B CD19, Linfócitos T CD3, Linfócitos T CD4, Linfócitos T CD8, IgA, IgE, IL12, IFN $\gamma$  e DHR) e com sorologias todos normais (Epstein-Barr, CMV, Rubeola, Toxoplasmose) foi tratado com Isoniazida 10mg/kg/dia durante 3 meses. **Comentários:** Em geral, o tratamento da BCGite é conservador consistindo em observação no caso de linfadenite não supurativa, e nos demais iniciando-se Isoniazida como droga de escolha até regressão completa da lesão ou por 4 meses. Dessa forma, no entanto, no paciente em questão não foi possível realizar a classificação adequada devido a remoção do linfonodo acometido, sendo optado pelo tratamento correspondente ao da linfadenopatia supurativa com uso de Isoniazida 10mg/kg/dia. Paciente evoluiu com bom controle e regressão da cicatriz do procedimento.

**Palavras-chave:** Bcgite; linfadenite.; vacina bcg.

#### **PO027 ASPECTOS DA COMORBIDADE TUBERCULOSE E DIABETES**

**HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA\*<sup>1</sup>; MARCELA LOPES BHERING<sup>1</sup>; AMANDA CÔRTEZ BRANDÃO DOS SANTOS<sup>2</sup>; LAYRA SOUZA ROCHA<sup>2</sup>; CELY CAROLYNE PONTES MORCERF<sup>2</sup>; TAÍS MUNIZ DO CARMO MORAES<sup>2</sup>**

1. HOSPITAL ESTADUAL SANTA MARIA - SES - RJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Há séculos é reconhecida a associação entre Tuberculose (TB) e Diabetes mellitus (DM). Nas últimas décadas tem se observado, sobretudo nos países em desenvolvimento um aumento dos casos de TB, particularmente nos co-infectados pelo HIV e nos portadores de DM não insulino dependente. Fatores que podem estar contribuindo são o aumento da obesidade, a ausência de prática regular de atividade física e o aumento da expectativa de vida da população. Alguns estudos demonstraram que o risco de um diabético ter TB varia de 2,44 a 8,33, comparado com um não diabético. Os insulino-dependentes têm um maior risco de apresentar TB. Quanto a resistência tem sido observado que os diabéticos apresentam mais frequentemente resistência aos tuberculostáticos. Embora ainda não haja política de saúde pública que faça uma integração entre essas duas doenças, o Programa Nacional de Controle a Tuberculose no Brasil (PNCT) já tem apontado como uma das prioridades a necessidade de pesquisas nessa área. **Objetivo:** Investigar as características dos pacientes com TB que tinham como comorbidade o DM, avaliar o tempo médio de permanência (TMP) e o desfecho dos casos. **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo através de revisão de prontuários de pacientes que estiveram internados com TB e DM de janeiro/2011 a dezembro/2015 em hospital de referência para tratamento de TB. **Resultados:** Dos pacientes analisados 70,53% eram do gênero masculino, 13,68% tinham de 20-39 anos, 55,79% de 40-59, 28,42% de 60-79 e 2,11% tinham mais de 80 anos. Tinham a forma pulmonar 100% dos pacientes e apenas três também tinham a forma extrapulmonar, sendo 1 pleural e ganglionar periférica, 1

miliar e 1 ganglionar periférica, sendo este último portador de SIDA. Tinha diagnóstico de DM prévio a internação 92,63% pacientes e 5,26% tinham registro no prontuário de ter DM insulino-dependente. Usaram Insulina Regular 90,53% e Insulina NPH 41,05% dos pacientes. Apresentaram resistência aos tuberculostáticos 29 (30,53%) pacientes. Tinham co-infecção TB/HIV 4,21% dos pacientes. Eram alcoolistas 37,89% e usuários de drogas ilícitas 18,95%. Tiveram o TMP de 0-30 dias 26,32% pacientes, 31-60 dias 16,84%, 61-90 dias 15,79%, 91-120 dias 14,74%, 121-180 dias 13,68% e mais de 180 dias 12,63% pacientes. Foram a óbito 26,32% dos pacientes, tiveram alta hospitalar para continuidade do tratamento a nível ambulatorial 57,89%, 9,48% alta a pedido/a revelia, 5,26% foram transferidos para outras unidades hospitalares e teve alta curado apenas um paciente. **Conclusão:** Ao analisar o perfil dos pacientes com TB/DM, houve predomínio do gênero masculino, 55,79% tinham de 40-59 anos, resultado também encontrado em outros estudos, o que coincide com a faixa etária de adoecimento do DM. Ao analisar o impacto da DM em doentes hospitalizados por TB vimos que a maioria (92,63%) tinha diagnóstico de DM prévio a admissão. Realizavam tratamento com Insulina NPH 41,05% dos pacientes. Dos que apresentaram resistência eram multirresistentes 18,95%, polirresistentes 8,42% e 3,16% monorresistentes (2 a Pirazinamida e 1 a Isoniazida). Ao analisar o desfecho verificou-se que 26,32% foram a óbito e ao analisar os 25 óbitos, observou-se que 76% ocorreram nos pacientes com TMP de 0-30 dias, sendo 60% com até 15 dias de internação e dos 5 pacientes com diagnóstico de DM insulino-dependentes, 60% foram a óbito. Concluímos então, que é imprescindível o conhecimento dos aspectos da comorbidade TB/DM com o objetivo de alcançar as metas mundiais de controle de ambas patologias.

**Palavras-chave:** Tuberculose; diabetes mellitus; epidemiologia

#### **PO028 EMPIEMA NECESSITATIS POR TUBERCULOSE.**

**DIEGO ANDRÉS GUARANGO JARAMILLO\*<sup>1</sup>; ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES<sup>1</sup>; ROBERTO ONISHI<sup>1</sup>; THAIS ROMANO DI GIOIA<sup>2</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>3</sup>; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA<sup>1</sup>**

1. DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. DIVISÃO LABORATORIO CENTRAL HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3. DISCIPLINA DE CIRURGIA TORACICA, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Segundo a OMS, em 2014 no Brasil tivemos 9.479 casos relatados de tuberculose extrapulmonar. Descreveremos a seguir uma forma rara de tuberculose extrapulmonar com acometimento do espaço pleural e partes moles. **Relato do caso:** Paciente, 27 anos, sexo feminino, com história de duas pneumonias nos últimos 6 meses em investigação em Unidade Básica de Saúde, procurou o pronto-socorro do HCFMUSP, com queixa de febre não aferida e dor em hemitórax direito há 2 meses. A radiografia de tórax evidenciou derrame pleural à direita, e análise do líquido pleural obtido através da toracocentese diagnóstica, mostrou tratar-se de um exsudato (pH 7,20, glicose 17mg/dL, DHL 1246mg/dL, e proteínas totais de 4,96 mg/dL, ADA 66 U/L, citológico com 2745 células, com 68% de leucócitos dos quais 70% eram polimorfonucleares e 25% linfócitos). Tratada com ceftriaxone e claritromicina por 7 dias e drenagem pleural com cateter. Evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar com seguimento ambulatorial. Após 6 meses apresentou quadro de dor pleurítica em hemitórax direito, febre aferida de 4000C,

sudorese noturna. A tomografia de tórax (TCT) demonstrou micronódulos centrolobulares e espessamento pleural à direita. As pesquisas e culturas gerais e para micobactérias obtidas através do LBA foram negativas. Devido à melhora clínica espontânea a paciente ficou em acompanhamento clínico. Quatro meses após esse evento, surgiu um quadro de febre vespertina, sudorese e astenia, ao exame clínico notou-se abaulamento flutuante e não doloroso à palpação em região dorsal superior à direita de 5 cm de extensão, a TCT demonstrou uma coleção heterogênea localizada entre o tecido subcutâneo e a camada muscular. A secreção drenada tinha aspecto purulento, com glicose de 47 mg/dL, ADA 172, 4 U/L, celularidade total de 169000/mm<sup>3</sup>, 96% de leucócitos (99% neutrófilos e 1% linfócitos), pesquisa de células neoplásicas negativas, pesquisa e cultura para micobactérias negativas, a análise histológica e microbiológica do material obtido após abordagem cirúrgica apresentou cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Optado por introdução do esquema para TB com melhora do quadro. **Conclusão:** O “Empiema Necessitatis por tuberculose” é uma complicação rara da tuberculose pleural, ocorrendo quando esta é tratada em estágios tardios ou de forma inadequada. Trata-se de extensão de uma coleção purulenta da cavidade pleural que forma abscesso na parede torácica, podendo a fistulizar para a pele. As manifestações clínicas desta entidade são: abscesso “frio”, isto é, não apresenta sinais flogísticos; dor pleurítica, tosse e dispnéia. É importante fazer diagnóstico diferencial de neoplasia, para excluir o carcinoma broncogênico e o mesotelioma. O diagnóstico é dado pela demonstração da continuidade da coleção entre a parede torácica e o espaço pleural. Antes da era dos antibióticos, o empiema necessitatis por Tuberculose apresentava uma mortalidade de 66%.

**Palavras-chave:** Empiema; necessitatis; tuberculose

#### **PO029** NÓDULOS PULMONARES INDEFINIDOS EM PACIENTE DE 72 ANOS

**GILMAR ALVES ZONZIN\***; **GUILHERME HENRIQUE NOVAES DE SOUZA**; **GABRIELA GUIMARÃES PIMENTEL**  
*ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Nódulos pulmonares não calcificados quase sempre são um desafio diagnóstico. Em certas situações as características dos nódulos, progressão dos mesmos e resultados dos exames complementares podem ser suficientes para o diagnóstico. Na ausência de definição há uma necessidade de se chegar ao diagnóstico, podendo ser necessários procedimentos invasivos em especial se a malignidade estiver em pauta. Deve se levar em consideração fatores de risco como idade (sobretudo > 65 anos), radiografias prévias sem alterações, ausência de calcificação, tabagismo entre outros. **Caso Clínico:** MMMC, 72 anos, sexo feminino, procedente de Volta Redonda-RJ/BR. Iniciou quadro de tosse seca, intensa, persistente e vespertina. Negava febre, dispnéia, sudorese, hemoptise, perda ponderal ou outras manifestações. Procurou atendimento médico e foi solicitada radiografia de tórax que apresentou nódulo não calcificado com características de partes moles em lobo inferior direito. Tratamento foi com antitussígeno. Não havia radiografias anteriores. Após um mês, a paciente foi reavaliada e solicitado nova radiografia que sugeriu aumento do tamanho do nódulo. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de tórax que exibiu três nódulos com consistência de partes moles em pulmão direito, sendo um à nível subpleural, outro na pequena cissura, e o terceiro em segmento medial

do lobo médio com discreta consolidação adjacente. A paciente foi referenciada nesse momento ao ambulatório de pneumologia. Questionada, negou viagem prévias, visitas à cavernas, contato prévio com pássaros ou com pessoas supostamente portadoras de tuberculose pulmonar. Nega histórico de neoplasia, etilismo, tabagismo, DM e hipertensão arterial. Solicitados exames adicionais: hemograma completo normal, ligeira elevação do VHS (17 mm/h), marcadores tumorais negativos, teste tuberculínico (PPD) e anticorpos anti-HIV negativos. Pesquisa de BAAR no escarro negativo, sorologia para fungos negativas. Foi solicitado broncofibroscopia com pesquisa direta do LBA negativa para BAAR, fungos e citologia oncológica. Após dois meses, foi realizada nova TC que evidenciou aumento adicional da maior lesão. Em virtude do aspecto inconclusivo dos exames, da idade avançada da paciente, assintomática no momento com bom estado geral e por conta das características imagiológicas dos nódulos em especial do crescimento de um dos mesmos, optou-se por realizar o PET-CT, cujo resultado evidenciou tecido com razoável captação de glicose marcada por FDG-[F-18] mostrando atividade metabólica presente mas não muito acentuada (SUV 10). Optou-se nesse contexto pela abordagem cirúrgica por videotoroscopia em especial pela progressão da lesão principal. O histopatológico do nódulo evidenciou presença de granulomas compatíveis com tuberculose latente. A paciente foi encaminhada para tratamento específico com total resolução radiológica das lesões adicionais após o tratamento. **Conclusão:** Paciente de idade avançada oligossintomática com achados radiológicos inespecíficos de lesões nodulares multifocais não calcificadas com presença crescimento e algum grau de atividade metabólica em conjunto, determinou indefinição onde, a abordagem cirúrgica para diagnóstico foi considerada a melhor opção. Sendo a tuberculose pulmonar extremamente prevalente em nosso meio essa sempre é uma possibilidade a ser considerada independentemente de outros dados como PPD não reator ou ausência de contactantes conhecidos.

**Palavras-chave:** Nódulos indefinidos; tuberculose; tomografia de tórax

#### **PO030** RELATO DE CASO: LESÃO GRANULOMATOSA DE LARINGE EM PACIENTE COM TUBERCULOSE PULMONAR

**ALINE SILVA FERRAZ LOPES\***; **CÁSSIA DE JESUS SILVA LAMBERTI**; **DÉBORA DE PAULA MENDES DE OLIVEIRA**; **FREDERICO CASTRO COSTA PÓVOA**; **FERNANDA SANTOS SILVA**; **CÉLIO DE BARROS BARBOSA**; **JULIO CESAR ABREU DE OLIVEIRA**; **LÍGIA MENEZES DO AMARAL**  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.*

**Introdução:** A tuberculose da laringe foi um evento terminal angustiante em até 84% dos casos de tuberculose pulmonar no início do século XX. Com o advento de medicamentos para o tratamento da tuberculose, melhoria das condições socioeconômicas e sanitárias no século XX, houve redução da sua incidência, porém continua a ser um problema para a saúde pública nos países em desenvolvimento. O envolvimento isolado da laringe pela tuberculose é raro, contudo a sua associação com a forma pulmonar da doença ocorre em 15 a 37 % dos casos. O objetivo desse trabalho é chamar a atenção para o diagnóstico concomitante da tuberculose laríngea na presença de envolvimento pulmonar pela doença. **Desenvolvimento:** M. A. S. sexo feminino, 38 anos, parda, cabeleireira; há dois anos apresentando tosse seca eventual, predominantemente noturna e dispnéia mMRC 1. Evoluiu há cerca de dois meses com piora da tosse, que se tornou intensa e constante, além de dor

em região supraescapular direita, ventilatório dependente e de moderada intensidade. A este quadro se associava progressiva disфония, o que motivou o encaminhamento ao serviço de otorrinolaringologia. Foi submetida à videolaringoscopia que evidenciou lesão granulomatosa em região vestibular irradiando para prega vocal esquerda. Realizada biópsia, cujo resultado histológico mostrou mucosa escamosa ulcerada com material fibrinoleucocitário exibindo hiperplasia pseudoepiteliomatosa, associada a espongiose e a infiltrado inflamatório misto e formação de granuloma com células gigantes do tipo Langhans, sem evidências de neoplasia. A imunodifusão radial para paracoccidiodomicose foi negativa. Foi hospitalizada para investigação diagnóstica, apresentando ao exame físico comprometimento do estado geral, com IMC: 20, FR: 21rpm, SpO<sub>2</sub>: 97% em ar ambiente, com crepitações finas à ausculta nos 2/3 superiores do tórax. A radiografia de tórax apresentava opacidades alveolares heterogêneas predominantes em 2/3 superiores bilateralmente. Foram solicitadas amostras de escarro espontâneo com pesquisa de BAAR que foi positiva na primeira amostra (+/4+). Iniciado o tratamento para tuberculose, com boa tolerância. Recebeu alta hospitalar dia 14/07/2016 em uso do esquema básico, e segue em acompanhamento pelo serviço de otorrinolaringologia para controle da lesão laringea. **Conclusão:** A tuberculose laringea tem por característica se tratar de forma altamente contagiosa da doença, em que é imprescindível o diagnóstico diferencial com carcinoma de laringe e doenças fúngicas. A disфония é o sintoma mais comum e nos faz atentar para o envolvimento laringeo em pacientes com diagnóstico de tuberculose, dessa forma, minimizando os riscos de complicações. Os achados laringoscópicos na tuberculose laringea podem ser variados, sendo mais comuns as lesões ulcerativas esbranquiçadas (40, 9%). A resposta ao tratamento é um critério importante para o diagnóstico da tuberculose laringea. Se a resposta ao tratamento não for completa, deve-se avaliar a possibilidade de diagnósticos alternativos.

**Palavras-chave:** Tuberculose; laringe; granuloma

#### **PO031 IMPACTO DO DIABETES MELLITUS NA FORMA DE APRESENTAÇÃO RADIOLOGICA DA TUBERCULOSE**

**HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA\*<sup>1</sup>; MARCELA LOPES BHERING<sup>1</sup>; GUNTHER KISSMANN<sup>1</sup>; LAYRA SOUZA ROCHA<sup>2</sup>; AMANDA CÔRTEZ BRANDÃO DOS SANTOS<sup>2</sup>; CELY CAROLYNE PONTES MORCERF<sup>2</sup>**

1. HOSPITAL ESTADUAL SANTA MARIA - SES - RJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A Tuberculose (TB) é uma doença de alta incidência e prevalência no Brasil. O número de pessoas com Diabetes mellitus (DM) tem aumentado em todo o mundo, o que pode ser considerado mais um fator para dificultar o controle da TB. Sinais sugestivos de atividade ou seqüela de TB, apesar de novos métodos diagnósticos existentes, podem ser obtidos através dos métodos de imagem que permanecem tendo um papel de destaque na avaliação dessa patologia, sobretudo da forma pulmonar. Pacientes com algum grau de acometimento imunológico, como os portadores de DM, podem vir a apresentar imagens radiológicas diversas daqueles imunocompetentes, pois sabiamente a apresentação da TB depende de muitos fatores, incluindo a duração da doença e do grau de imunossupressão. Os estudos mostram que os diabéticos apresentam em grande proporção, alterações no lobo inferior com ou sem cavitação, tendo importância clinica, pois pode ser diagnostico diferencial com Pneumonia

e Neoplasia pulmonar, podendo atrasar e dificultar o diagnostico da TB. Neste estudo buscou-se identificar os padrões radiológicos entre diabéticos com TB pulmonar.

**Objetivo:** Identificar os padrões radiológicos encontrados nas radiografias de tórax de pacientes com TB pulmonar e DM internados num hospital de referência. **Métodos:** Através de estudo descritivo e retrospectivo foi realizada a revisão das radiografias simples de tórax da data da internação ou até 15 dias após a mesma, de pacientes que estiveram internados com TB Pulmonar e DM entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015, para identificar o padrão das alterações radiológicas, tendo sido utilizadas as seguintes categorias Típico [presença de infiltrado no(s) lobo(s) superior(es) com ou sem cavitação], Atípico [presença de infiltrado no lobo(s) inferior(es) com ou sem cavitação], Multilobar [presença de infiltrado no(s) lobo(s) superior(es) com ou sem cavitação e presença de infiltrado no lobo(s) inferior(es) com ou sem cavitação], Compatível [presença de adenomegalia hilar e/ou mediastinal, padrão miliar e/ou derrame pleural, uni ou bilateral], Não-compatível (qualquer outro achado radiológico, inclusive imagens de seqüela) e Normal. **Resultados:** Dos 95 pacientes internados no período e que tiveram confirmação bacteriológica de TB pulmonar e já tinham diagnostico anterior ou tiveram seu diagnostico de DM confirmado durante a internação 67 foram incluídos no estudo (em 28 prontuários não foram encontradas radiografias para análise dentro dos critérios de inclusão). Eram do gênero masculino 74, 62%, 56, 71% na faixa etária de 40-59 anos e 29, 86% com mais de 60 anos. As alterações radiológicas foram consideradas como tendo padrão Típico em 16, 42% dos casos, Atípico em 5, 97%, sendo Multilobar em 58, 21%, Compatível em 5, 97%, Não-compatível em 8, 96%, e Normal em 4, 48% casos. **Conclusão:** Nesse estudo vimos que as imagens radiológicas dos pacientes com TB/DM em sua maioria (58, 21%) era multilobar. Apesar de muitos relatos sobre alterações em lobos inferiores, em uma serie de estudos, a doença multilobar foi mais comum em pacientes diabéticos. Conclui-se então, que os resultados variam substancialmente entre os estudos, e que os relatos de achados radiológicos incomuns em pacientes diabéticos provavelmente seja superestimada. São necessários estudos para verificar se a faixa etária dos pacientes tem influencia nas alterações radiológicas.

**Palavras-chave:** Tuberculose; diabetes mellitus; achados radiológicos

#### **PO032 TUBERCULOSE ÓSSEA EM ÚMERO DE PACIENTE JOVEM IMUNOCOMPETENTE**

**BRUNA CREMONA MARINHO CARLINI\*<sup>1</sup>; JOSÉ GUSTAVO BARIAN ROMALDINI<sup>1</sup>; THAIZE FREITAS LINS RIBEIRO<sup>1</sup>; DANIELA PRADO CASADEI<sup>1</sup>**

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

**Introdução:** A tuberculose extrapulmonar é uma manifestação de doença sistêmica podendo atingir vários órgãos e sistemas. Está mais associada a pacientes imunodeprimidos, principalmente HIV. Seu diagnóstico pode ser dificultado por algumas razões, como a pobreza de bacilos nestes quadros, e a possibilidade de não existir granulomas em tecidos de biópsias no diagnóstico histopatológico. A doença osteoarticular constitui 10 a 20% das tuberculoses extrapulmonares, e menos de 5% de todas as formas de tuberculose. O ombro raramente é acometido. Relata-se o caso de um paciente jovem, imunocompetente, com quadro de Tuberculose Óssea em úmero direito. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 26 anos, natural e residente de São Paulo/SP. Relatava quadro

arrastado de adinamia, sudorese noturna, inapetência há 40 dias. Posteriormente, dor progressiva em ombro direito. Em acompanhamento com algumas especialidades devido alterações detectadas em Ressonância Magnética que evidenciou lesão medular óssea metadiafisária proximal do úmero de limites imprecisos e extensão de 8, 5cm com realce ao contraste, delimitando coleção líquida intramedular (6, 2 x 1, 1cm), concluindo que tais achados sugeriam lesão localmente agressiva (primeira hipótese seria osteomielite, não se podendo descartar neoplasia com necrose central). Realizou Tomografia de Tórax, na qual se visualizava opacidade consolidativa peri-hilar e paracardiaca esquerda, margeada por tênue espessamento septal e opacidade em vidro fosco, opacidade nodular alongada subpleural em segmento anterior do lobo superior esquerdo de aspecto inespecífico e múltiplos linfonodos aumentados em número e dimensões com sinais de liquefação em sítios paratraqueal inferior esquerdo, sub aórtico, hilares e traqueobrônquicos à esquerda medindo até 2, 0 x 1, 8cm. Realizou biópsia da lesão óssea de úmero, levando o resultado parcial desta: fragmento de tecido osteoide trabecular com infiltração por pequenas células atípicas e focos de necrose. Frente ao bom estado geral do paciente, foram solicitados outros exames e optado por aguardar imunohistoquímica da biópsia por acreditar se tratar de Tuberculose óssea. O resultado final da biópsia concluiu processo inflamatório granulomatoso necrosante em tecido ósseo, com pesquisa de BAAR negativa. Realizado PPD, resultando 15mm - forte reator. Diante do resultado da biópsia, iniciamos o tratamento com Etambutol + Pirazinamida + Isoniazida + Rifampicina. Após 3 semanas, já apresentou melhora dos sintomas gerais. **Discussão:** A tuberculose extrapulmonar é mais comum em pacientes imunodeprimidos. Em indivíduos imunocompetentes, corresponde a 15 a 20% de todas as formas de tuberculose. A ausência de doença pulmonar e sintomas respiratórios dificultam ainda mais o diagnóstico. O diagnóstico definitivo deve ser baseado em achados bacteriológicos e/ou histológicos, ou seja, cultura do bacilo e biópsia óssea. Entretanto, a baciloscopia é positiva em aproximadamente 40% dos casos. A resposta satisfatória à prova terapêutica também colabora com a confirmação da etiologia. O tratamento é essencialmente clínico. Nosso relato objetiva alertar os profissionais quanto a existência da tuberculose óssea/osteoarticular, mesmo em indivíduos imunocompetentes, e enfatizar que diante de sua alta prevalência no Brasil, a tuberculose deve sempre ser considerada no diagnóstico diferencial. O manejo é, geralmente, clínico e, quanto mais precocemente instituído, mais seqüelas são evitadas.

**Palavras-chave:** Tuberculose; tuberculose óssea; mycobacterium tuberculosis

### **P0033** INFECÇÃO POR MYCOBACTERIUM SMEGMATIS EM PACIENTE COM SILICOSE E ARTRITE REUMATOIDE- RELATO DE CASO

**DIANA ARRAIS DE SOUZA RANGEL<sup>1</sup>; RENATO PIUCCO MATOS<sup>1</sup>; RAFAEL FUTOSHI MIZUTANI<sup>1</sup>; ELLEN TOLEDO NASCIMENTO<sup>2</sup>; ERICA CHIMARA<sup>3</sup>; ANDRE NATHAN COSTA<sup>1</sup>; UBIRATAN DE PAULA SANTOS<sup>1</sup>; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES<sup>1</sup>**

1. INSTITUTO DO CORAÇÃO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. INSTITUTO ADOLFO LUTZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** As micobactérias não tuberculosas (MNT) são microorganismos ubíquos no ambiente. Até a primeira

metade do século XX, acreditava-se serem apenas colonizadoras nos humanos. Atualmente, há mais de 160 diferentes espécies de MNT, sendo cerca de 1/3 associadas com doença em humanos. No mundo e no Brasil tem sido documentado um aumento do número de enfermidade por MNT, afetando pele, partes moles, linfonodos, pulmões, ossos e articulações. **Relato de caso:** A. G. S., masculino, 67 anos, ex-tabagista 30 anos/maço, com antecedente ocupacional de trabalho em fundição, com fabricação de moldes de areia e rebarbação dos metais fundidos, apresentava dispneia progressiva há 1 ano e tosse seca eventual. Função pulmonar com distúrbio ventilatório obstrutivo leve, sem resposta a broncodilatador. Tomografia computadorizada (TC) de tórax com formação expansiva irregular de 7, 6 x 5, 2 x 4, 1cm com aumento progressivo associado a linfonodos mediastinais aumentados em número e nódulos menores de distribuição randômica. A histologia da biópsia transbrônquica mostrou processo inflamatório crônico granulomatoso, com partículas irregulares birrefringentes, delimitando área necrótica em tecido pulmonar, com pesquisas infecciosas negativas e diagnóstico final de silicose. Após 18 meses apresentou perda ponderal, febre vespertina e artrite de pequenas e médias articulações, aditiva e simétrica, com fator reumatoide elevado (64 UI), FAN > 1/640 nuclear homogêneo, teste tuberculínico não reator, anti-Ro e anti-La positivos e radiografia simples de mãos com erosões marginais em metacarpos. Confirmado diagnóstico de artrite reumatoide (sendo o quadro uma provável pneumoconiose reumatoide), iniciado uso de prednisona oral e metotrexate, com melhora clínica. Cerca de 1 ano após, apresentou perda funcional pulmonar, tosse, dispneia mMRC 1, febre esporádica, sudorese noturna. A nova TC de tórax mostrou múltiplos micronódulos com distribuição assimétrica, predominando em lobo superior direito. Nas culturas de escarros cresceu *Mycobacterium smegmatis* (3 amostras). Iniciado tratamento com levofloxacino, amicacina e claritromicina. Desde então paciente apresentou melhora clínica e radiológica progressiva, sem toxicidade importante, com negatificação de escarros subseqüentes. **Conclusão:** A silicose está associada a risco aumentado (até 39 vezes maior) de infecção micobacteriana, inclusive não tuberculosa, além de menor taxa de cura dessas infecções. Tanto a silicose quanto a artrite reumatoide e as micobacterioses podem ocorrer com padrão radiológico pulmonar de nódulos e micronódulos, inclusive com cavitação, e, histopatologicamente, as 3 doenças são granulomatosas, tornando o diagnóstico diferencial das 3 condições particularmente desafiador, sendo necessário associar resultados microbiológicos e dados clínico-laboratoriais. Salienta-se também a associação de doenças autoimunes com silicose, outro achado cada vez mais identificado e estudado, chamando atenção para o risco duplamente aumentado de infecção pulmonar secundária devido à presença de doença estrutural pulmonar e imunossupressão relacionada ao tratamento. Esse relato traz o primeiro caso na literatura de infecção pulmonar por *M. smegmatis* em paciente com silicose e artrite reumatoide, evidenciando a identificação cada vez maior desse microorganismo como patógeno humano, especialmente no pulmão.

**Palavras-chave:** Micobacteria; silicose; artrite reumatoide

### **P0034** TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTE COM MYCOBACTERIUM ABSCESSUS: UM RELATO DE CASO

**RENATO PIUCCO MATOS<sup>2</sup>; DIANA ARRAIS DE SOUZA RANGEL<sup>1</sup>; BRUNA MAMPRIM PILOTO<sup>1</sup>; ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; ALESSANDRO**



**WASUM MARIANI; ANDRE NATHAN COSTA; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES**  
INSTITUTO DO CORAÇÃO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O gênero *Mycobacterium* é constituído por espécies do complexo *M. tuberculosis*, *M. leprae* e outras denominadas de micobactérias não tuberculosas (MNT). As MNT estão presentes no meio ambiente podendo colonizar um hospedeiro e determinar ou não o aparecimento de doença. A distinção entre colonização e doença por MNT ainda é difícil na prática clínica. Aproximadamente 80% das doenças pulmonares por MNT de crescimento rápido são causadas por *M. abscessus* e ocorrem habitualmente em indivíduos com mais de 50 anos, mulheres e não fumantes.

**Relato de caso:** Paciente J. L. B., 54 anos, sexo masculino, natural e procedente de São Paulo. Apresentou-se como sintomático respiratório (tosse há mais de 3 semanas), associada à sudorese noturna, astenia e perda ponderal. A baciloscopia de escarro foi positiva (++) e a radiografia de tórax evidenciou opacidades em LSD. Efetuado diagnóstico de tuberculose pulmonar e iniciado esquema específico, devido persistência de escarro positivo o tratamento foi prolongado por 9 meses, com negatificação da baciloscopia e melhora dos sintomas. Após 6 meses, apresentou quadro similar ao anterior e as culturas identificaram *Mycobacterium abscessus*, sendo instituído tratamento com amicacina e claritromicina. Após 10 meses de tratamento, devido persistência da positividade das culturas foi elaborada a hipótese de resistência a claritromicina (confirmada no teste de sensibilidade) e novo esquema terapêutico foi proposto com levofloxacina 1g/dia e imipenem 2g/dia. Ocorreu melhora do quadro clínico, todavia devido a persistência da positividade das culturas foi optado por tratamento cirúrgico complementar.

Na análise tomográfica evidenciava-se comprometimento extenso do pulmão direito, com lesões cavitárias, bronquiectasias e desestruturação arquitetural importante, que, associada à cintilografia, confirmava exclusão funcional do pulmão D. Foi submetido a pneumonectomia à direita, que transcorreu sem intercorrências. Evoluiu com culturas negativas e manteve o tratamento por um ano. Permaneceu estável, sem exacerbações, uso de antibióticos ou necessidade de internações hospitalares nos seis meses seguintes ao procedimento. **Conclusão:** A doença pulmonar por MNT geralmente ocorre em pacientes com doenças pulmonares crônicas pré-existentes. Na maioria das vezes, a sintomatologia clínica se assemelha à tuberculose. Os pacientes podem apresentar tosse crônica com expectoração e, menos frequentemente, fadiga, febre, hemoptise e perda de peso. A doença pulmonar por *Mycobacterium abscessus* é de difícil tratamento e geralmente apresenta piora clínica, radiológica e persistência de culturas positivas. A combinação terapêutica de amicacina parenteral com cefoxitina ou imipenem e macrolídeos tem sido recomendada. Todos os pacientes com doença pulmonar por *M. abscessus* devem ser considerados candidatos à ressecção se houver doença focal, tendo em vista que os desfechos são melhores na abordagem clínico-cirúrgica.

**Palavras-chave:** Micobactérias não tuberculosas; *Mycobacterium abscessus*; pneumonectomia

**PO035 TUBERCULOSE ÓSSEA EM CLAVÍCULA: RELATO DE CASO.**

INGRID MEALLA SAUCEDO<sup>1</sup>; MARTA HELENA MORAIS<sup>1</sup>; MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO<sup>2</sup>; FLAVIA MATOS SALAME<sup>1</sup>

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

**Introdução:** A tuberculose da clavícula é uma forma rara de apresentação, correspondendo a cerca de 1% dos casos de tuberculose osteoarticular. A área acometida pode apresentar formas variadas de sinais e sintomas, que vão desde dor local leve até edema local com surgimento de sinais flogísticos e formação de fístula para a pele. Em decorrência da inespecificidade dos sintomas e a sua semelhança com outras condições, como cistos ósseos, doenças metabólicas e tumores, pode gerar dificuldades no diagnóstico. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 49 anos, pardo, natural e procedente de Manaus, Amazonas. Relatou que há 3 meses havia iniciado quadro de febre diária vespertina associada ao surgimento de um abaulamento indolor em topografia clavicular esquerda. Dois meses após início dos sintomas houve aumento significativo do abaulamento, intensificação dos episódios febris em intensidade e frequência, além de hiporexia, adinamia e perda ponderal de aproximadamente 3 quilos. Quanto a antecedentes mórbidos, relatou hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, com complicações crônicas importantes (retinopatia diabética, insuficiência renal crônica em hemodiálise, insuficiência venosa crônica e neuropatia periférica). Relatava ainda fratura femoral há 10 meses, por queda da própria altura. Ao exame físico observava-se área de abaulamento em região paraesternal esquerda, medindo aproximadamente 4 x 7 cm de diâmetro, com consistência endurecida, imóvel e aderida a planos profundos. Tomografia computadorizada de tórax mostrou lesão lítica expansiva em bordo proximal da clavícula esquerda. Sorologias negativas para HIV 1 e 2 e hepatites B e C. Foi realizada biópsia óssea e a análise histopatológica do fragmento evidenciou processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose caseosa. Dessa forma, foi iniciado o esquema básico para tuberculose, ajustado de acordo com o clearance de creatinina. Manteve drenagem de secreção purulenta em ferida operatória por cerca de 4 semanas e a febre persistiu por 6 semanas após início do tratamento, todavia, em menor intensidade e frequência. A área de abaulamento começou a diminuir de volume após cerca de 12 semanas, sendo mantida a medicação por um período de 9 meses, com boa resposta clínica. **Conclusão:** A tuberculose clavicular pode mimetizar outras doenças, particularmente metástases, tumores ósseos, pseudoartrose congênita, osteíte e hiperostose esternoclavicular. Em áreas de alta prevalência de tuberculose, é necessário ter um alto índice de suspeição para proceder com adequada investigação e obter acurácia diagnóstica.

**Palavras-chave:** Tuberculose; tuberculose óssea; osteomielite tuberculosa

**PO036 AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE LATÊNCIA EM UM PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE**

LUCIANA NÚBIA ALVIM DE OLIVEIRA<sup>\*</sup>; RAYSSA DAIANA SILVEIRA OKORO; SARAH EMANUELLE VIANA CAMPOS; JULIETH FERREIRA SOUZA; DAYANNE NOBRE PEREIRA; JOSIEL GUEDES DA SILVA; POLLIANA CAROLINA DA SILVA SOUZA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA  
UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

**Introdução:** A infecção latente de tuberculose (ILTb) representa o período em que os pacientes estão assintomáticos, porém em risco de desenvolver tuberculose ativa. **Objetivos:** Este estudo visa descrever o perfil epidemiológico, a indicação e a adesão ao tratamento

de pacientes com ILTB de uma Unidade de Saúde de São Luís, no Maranhão. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo do tipo descritivo, composto por pacientes com ILTB acompanhados pelo Programa de Controle da Tuberculose na Unidade Mista do Bequimão, em São Luís (MA), no período de janeiro de 2014 a abril de 2016. A população foi composta por 21 pacientes diagnosticados com ILTB de acordo com padrão definido pelo Ministério da Saúde. As indicações para tratamento de ILTB foram o contato com indivíduos com tuberculose doença (76, 1%), o uso de drogas imunossupressoras e coinfeção pelo vírus HIV. **Resultados:** Houve predomínio do sexo masculino (57, 14%), com média de idade de 33, 7 anos. A faixa etária mais prevalente foi 36-51 (42, 85%) anos. A maioria dos pacientes (66, 6%) apresentou resultado  $\geq 10$  mm. A droga utilizada em todos os casos foi a Isoniazida (300 mg/dia) durante 6 meses. **Conclusão:** Embora somente 39, 3% do total de contatos tenham sido avaliados quanto à presença de ILTB, estes representaram 76, 1% das indicações para o tratamento, com taxa de adesão de 100% dos casos.

**Palavras-chave:** Tuberculose latente; quimioprofilaxia; tratamento

#### **PO037 CARACTERÍSTICAS DA TUBERCULOSE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE 2000 A 2014.**

**BERENICE DAS DORES GONÇALVES; CRISTOVAO CLEMENTE RODRIGUES; EVANDRO GARCEZ BELMAR; CAROLINA BATISTA FERNANDES; ILANA RANGEL MESSIAS; THÁIS MENDES PERES; LARISSA FIDALGO PEREIRA DE BARROS; RAFAEL PRUDÊNCIO LEMOS**

*UFF, NITEROI, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A tuberculose (TB) desde 1993 é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma das doenças emergentes de maior impacto mundial, sendo a principal causa de morte por doença infecciosa curável. No Brasil são cerca de 70 mil casos novos por ano e 4. 600 mortes decorrentes da doença. O Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) – UFF, de nível quaternário, dispõe de cerca de 220 leitos e é referência de alta complexidade para a realização de diagnósticos, procedimentos e tratamento especializados para a região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Conta com o Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar (PCTH) que busca reduzir a transmissão intra-hospitalar da TB por meio de busca ativa dos sintomáticos respiratórios, promovendo diagnósticos e tratamentos precoces, com isolamento aéreo e notificação dos casos. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico da TB em hospital universitário, no período de 2000 a 2014. **Métodos:** Estudo longitudinal, retrospectivo dos casos diagnosticados com TB em um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro. Foram incluídos pacientes diagnosticados nos setores de emergência, ambulatórios e enfermarias no período de 2000 a 2014 e analisadas as variáveis: sexo, faixa etária e forma clínica de apresentação. Utilizou-se o banco de dados digitalizado do Programa de Controle da TB Hospitalar (PCTH) do hospital, e a análise dos dados foi feita utilizando o programa BrOffice 2007.

**Resultados:** Foram encontrados 1335 casos de TB no período do estudo, com média de 89 casos/ano. Distribuição por sexo: masculino em 63, 97% e feminino em 36, 03%. A idade média nos <15 anos foi 6, 9 anos e nos pacientes >15 anos foi 43, 9 anos. A faixa etária de 30 a 44 anos concentrou o maior número de casos, representando 26, 1% dos pacientes, concordando com a distribuição etária da doença no Brasil. As faixas etárias com <15 anos e os maiores de 70 anos apresentaram menor número de casos,

com 5, 16% e 5, 91% respectivamente. Quanto à forma clínica de apresentação: 57, 53% eram pulmonar exclusiva; 32, 80% extrapulmonar exclusiva; 9, 66% extrapulmonar associada à pulmonar. O total de casos com presença da forma extrapulmonar, associada ou não a comprometimento pulmonar, foi de 42, 47%. Quanto ao sítio extrapulmonar diagnosticado foram encontrados: 36, 6% pleural; 19, 1% ganglionar; 5, 2% miliar, 3, 6% meníngea e 35, 5% nas demais formas (óssea, pericárdica, etc. ). Os pacientes com comorbidades corresponderam a 39, 2% dos casos, sem comorbidades 47, 0% e ignorados 13, 8%, sendo a infecção pelo HIV/AIDS a mais encontrada. **Conclusão:** A alta incidência de TB em hospital de alta complexidade alerta para a necessidade da implantação de medidas de biossegurança adequadas, especialmente o isolamento respiratório dos pacientes suspeitos de TB pulmonar, a forma responsável pela transmissão da doença. O alto percentual de formas extrapulmonares é justificado por ser este hospital referência para realização de procedimentos de maior complexidade.

**Palavras-chave:** Tuberculose hospitalar; epidemiologia da tuberculose; hospital geral

#### **PO038 TUBERCULOSE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO PERÍODO DE 2000 A 2014.**

**BERENICE DAS DORES GONÇALVES; CRISTOVAO CLEMENTE RODRIGUES; EVANDRO GARCEZ BELMAR; CAROLINA BATISTA FERNANDES; ILANA RANGEL MESSIAS; THÁIS MENDES PERES; LARISSA FIDALGO PEREIRA DE BARROS; CAMILA MEDEIROS ALMEIDA**

*UFF, NITEROI, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A tuberculose (TB) é importante causa de morbi-mortalidade no mundo e no Brasil, onde é esperado que apenas 5% de todos os casos ocorram entre 0 e 14 anos. A forma mais comum nessa faixa etária é a pulmonar, que corresponde a 75% dos casos, sendo a de maior relevância no que diz respeito ao controle da doença, pois é a responsável pela sua transmissão. O diagnóstico deve ser feito a partir da história, valorizando os contatos no ambiente familiar, associada a exame físico detalhado, incluindo a avaliação do crescimento. Além disso, ressalta-se a influência do teste tuberculínico, radiografia de tórax e a busca da confirmação bacteriológica do *Mycobacterium tuberculosis*. **Objetivo:** Avaliar os dados epidemiológicos sobre a TB diagnosticada em crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos (<15 anos) em hospital universitário da UFF.

**Métodos:** Estudo longitudinal, retrospectivo e descritivo dos casos de TB em crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos, diagnosticados no Hospital Universitário Antônio Pedro-UFF. **Resultados:** Foram 69 casos entre 0 e 14 anos, com predominância do grupo entre 5 e 14 anos (64%). Apenas 6% apresentaram sorologia positiva para o HIV. A forma extrapulmonar foi encontrada em 30 casos (44%); 27 (39%) foram exclusivamente pulmonares e em 12 (17%) forma pulmonar associada à extrapulmonar. Os sítios mais comuns foram o ganglionar (22%), o pleural (10%) e meníngea (8%). Houve 21 (30%) casos de TB disseminada. Em 35 (50%) casos houve confirmação por exame bacteriológico; em 11 por histopatológico; 1 caso bacteriológico+histopatológico; em 13 foi realizada prova terapêutica e nos 9 restantes não houve confirmação do diagnóstico (transferência ou óbito). Necessitaram iniciar tratamento no HUAP 68% dos casos, e os demais foram encaminhados para a atenção básica. Ocorreu apenas um óbito. **Conclusão:** O diagnóstico da TB na infância e adolescência requer maior complexidade diagnóstica. Como o quantitativo de TB nessa idade

está associado à alta incidência em adultos, e o contato intradomiciliar ser a forma mais importante de contágio dessa faixa etária, é essencial o controle da doença nos adultos, de forma a diminuir a incidência em crianças e adolescentes.

**Palavras-chave:** Tuberculose em hospitais; tuberculose em crianças; tuberculose adolescentes

#### **PO039 COINFECÇÃO DE TUBERCULOSE E CRIPTOCOCCOSE PULMONAR EM UM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE. RELATO DE CASO.**

**WILLIAM ALVES SCHWARTZ<sup>1</sup>; THAIS FERNANDES BORGES<sup>1</sup>; JEFFERSON FONTINELE SILVA<sup>1</sup>; ANDRESSA NARRARA PINHEIRO COSTA<sup>2</sup>; MELÂNIO DE PAULA BARBOSA<sup>1</sup>; FERNANDA ALVES DE SOUSA COSTA<sup>2</sup>**

1. HBDF, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2. HRS, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

**Introdução:** As infecções fúngicas do pulmão são menos frequentes do que as bacterianas, igualmente importantes. A incidência de infecções isoladas de Tuberculose ou Criptococose em indivíduos imunocomprometidos tem aumentado nos últimos anos, sendo poucos os relatos acometimento simultaneamente estas duas entidades num mesmo indivíduo. Saliente-se que a coinfeção pulmonar seja muito rara em imunocompetentes<sup>4</sup>. Descrevemos um caso de coinfeção pulmonar com *Mycobacterium tuberculosis* e *Cryptococcus neoformans* em uma paciente com sistema imunológico normal. **Relato do caso:** Mulher de 44 anos, há 4 meses com tosse produtiva, perda ponderal importante, inapetência, febre vespertina e dispneia progressiva. Realizou tomografia de tórax que evidenciou infiltrado nodular em lobo superior direito com três nódulos, um com cavidade central. Realizou investigação para diagnóstico de Tuberculose. O lavado brônquico evidenciou de imediato *Cryptococcus neoformans*, que resultou a internação hospitalar da paciente com finalidade terapêutica e descartar acometimento neurológico pela Criptococose. Posteriori o resultado de cultura para BK apresentou positivo para complexo *Mycobacterium tuberculosis*, imposto tratamento para Tuberculose. **Conclusão:** Casos de coinfeção pulmonar de Criptococose e Tuberculose são raros, mesmo quando manifestados em pacientes imunocomprometidos. Nossa paciente era imunocompetente sendo diagnosticada inicialmente com Criptococose e durante a internação foi constatado a coinfeção com Tuberculose. O presente relato visa chamar a atenção dos profissionais de saúde para aspectos fundamentais das micoses pulmonares e ilustra a dificuldade inerente ao diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares.

**Palavras-chave:** Tuberculose; criptococose; coinfeção

#### **PO040 INSTILAÇÃO TRANSBRÔNQUICA DE ANFOTERICINA B NO ASPERGILOMA PULMONAR.**

**THAIZE FREITAS LINS RIBEIRO<sup>\*</sup>; JORGE ETHEL FILHO; IGOR BASTOS POLONIO; DANIELA PRADO CASADEI; BRUNA CREMONA MARINHO CARLINI**

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

**Introdução:** A aspergilose pulmonar é uma condição infecciosa, não contagiosa, de etiologia fúngica, determinada por espécies do gênero *Aspergillus*. A infecção resulta da aspiração de conídios presentes no ar, encontrados prioritariamente no domicílio, em alimentos, solos e piscinas, dentre outros locais. A forma pulmonar da aspergilose é a mais frequente e pode manifestar-se como infecção focal, designada por aspergiloma, bola fúngica ou micetoma. Aspergilomas pulmonares ocorrem geralmente em cavidades pulmonares pré-existentes que apresentem deficiência imune localizada, tais como aquelas causadas

por tuberculose, bronquiectasia, enfisema, pneumoconiose, sarcoidose, e câncer pulmonar com cavitação. A instilação intracavitária de antifúngicos tem sido relatada como sendo útil no tratamento de aspergilomas pulmonares. **Relato do caso:** MCM, 57 anos, feminino, faxineira, com antecedente pessoal de asma há dois anos e tuberculose pulmonar tratada em 1972; em uso de silymarin 12/400mcg de 12/12h, nega tabagismo. Há dois anos iniciou tosse produtiva intercalando secreção amarelada e hemoptóicos associado a dispnéia aos médios esforços. Há três meses apresenta piora da dispnéia e aumento da frequência do escarro hemoptóicos associado a emagrecimento de 3kg; procurou o ambulatório de Pneumologia da Santa Casa de SP onde optamos por internação para investigação. Realizou prova de função pulmonar onde apresentou um distúrbio ventilatório obstrutivo moderado sem resposta ao broncodilatador; radiografia de tórax onde identificou-se algumas formações cavitárias com suspeita de aspergiloma; tomografia de tórax onde evidenciamos "extenso processo fibroatelectásico nos lobos superiores, com bronquiectasias principalmente à esquerda. Comprometimento semelhante no segmento superior dos lobos inferiores, onde à esquerda destacam-se cavidades contendo material amorfo no seu interior, com calcificações de perimeio, compatíveis com aspergiloma." Discutimos o caso e optamos por realizar broncoscopia com instilação de Anfotericina B intracavitária. **Discussão:** A formação do aspergiloma resulta da colonização localizada de um espaço aéreo pré-formado ou natural. O diagnóstico inicial é definido pela radiografia convencional e pela a tomografia computadorizada, embora o sinal em "crescente" também possa ser observado em outras situações. A maioria dos pacientes com aspergiloma tem tosse, expectoração, perda de peso, febre e hemoptise. O tratamento do aspergiloma sintomático é difícil. A cirurgia tem sido a primeira opção de tratamento para aspergiloma, entretanto, muitos pacientes têm a função pulmonar prejudicada associada com a doença subjacente e não são adequados para ressecção cirúrgica. Os aspergilomas pulmonares raramente entram em contato com a corrente sanguínea, o que é a principal razão por que a administração sistêmica de agentes antifúngicos não é eficaz. Desta forma, o tratamento tópico com antifúngicos devem ser considerados. Duas abordagens que podem ser empregadas: a transbrônquica e abordagens percutâneas. Essas técnicas permitem a distribuição do tratamento antifúngico diretamente para dentro da cavidade contendo o aspergiloma. No caso descrito, o procedimento foi tolerado, sem complicação. **Conclusão:** Este resultado sugere que a instilação transbrônquica da anfotericina B é uma método eficaz, bem tolerado e sugerimos que deva ser considerado em qualquer paciente com sintomas atribuíveis a um aspergiloma pulmonar.

**Palavras-chave:** Instilação transbrônquica; anfotericina b; aspergiloma

#### **PO041 CONFIABILIDADE DA HISTÓRIA E SINTOMAS CLÍNICOS PARA O DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM HOSPITAL GERAL.**

**BERENICE DAS DORES GONÇALVES<sup>1</sup>; SÔNIA REGINA LAMBERT PASSOS<sup>2</sup>; CLEBER NASCIMENTO DO CARMO<sup>3</sup>; MARIANA COUTO MONTEIRO<sup>1</sup>; LUIZ FELIPE DA SILVA MAGALHÃES<sup>1</sup>; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO<sup>4</sup>**

1. UFF, NITEROI, RJ, BRASIL; 2. INI/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. ENSP/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose (TB) é um importante problema de saúde pública mundial. Em 2012 o Brasil ocupava a

16a posição entre países com maior carga da doença e a 22a posição em relação aos coeficientes de incidência, prevalência e mortalidade. Em hospitais, o risco da transmissibilidade institucional da tuberculose pulmonar (TBP) parece estar mais relacionado aos indicadores gerais de assistência ao paciente, tais como atrasos no diagnóstico e no tratamento, do que com o número de casos de TBP. Regras de predição clínica (RPC) fornecem algoritmos para a estratificação com pontos de corte indicativos de risco da doença e podem ajudar na tomada de decisões. RPC devem ser de fácil aplicação pelos profissionais de saúde e seu uso pode guiar a solicitação de exames de imagem do tórax ou testes de biologia molecular, de forma a otimizar o uso dos recursos hospitalares e a ocupação de quartos para isolamento respiratório. Porém, o uso de regras de predição depende diretamente da validade e precisão dos sinais e sintomas clínicos nela incluídos, devendo ser também de fácil aplicação. **Objetivo:** Avaliar a confiabilidade interobservador da aferição de dados clínico-epidemiológicos considerados preditores para tuberculose pulmonar (TBP) em ambiente hospitalar. **Método:** Foram realizadas duas entrevistas empregando questionário semi-estruturado (1 médico e 1 acadêmico de medicina) de forma independente e mascarada (2013-2014) com adultos (>15anos) internados em hospital do Rio de Janeiro - Brasil. Foram calculados os coeficientes kappa simples e kappa ajustado pela prevalência (PABAK) para as variáveis da história epidemiológica, patologias pregressas e presença de sintomas clínicos, avaliados segundo a classificação de Landis & Koch. **Resultados:** Foram entrevistados 209 indivíduos. Todas as variáveis apresentaram kappa e PABAK acima de 0,81 variando de 0,78 a 1,00. Nas relativas ao tempo de duração o limite inferior do intervalo de confiança atingiu valor de 0,56. As concordâncias positivas, negativas e totais estavam acima de 0,82 para todas as variáveis. **Conclusão:** Os preditores que compõem a maioria das regras clínicas apresentaram boa precisão sugerindo que seu uso é exequível e confiável na coleta de dados para investigação de doenças infecciosas, como a TBP, em ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** Diagnóstico/tuberculose pulmonar; pacientes internados/hospital geral; pesquisa clínica

**PO042 PERFIL DE PACIENTES COM FALÊNCIA AO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE**  
**ELIZABETH CLARA BARROSO<sup>1</sup>; GUSTAVO CAVALCANTE MACEDO<sup>1</sup>; WENCESLAU KENNEDY PAIVA SILVEIRA NETO<sup>1</sup>; JÉSSICA GURGEL SANTOS<sup>1</sup>; DIEGO SARAIVA FELIPE<sup>1</sup>; VANESSA HELLEN GOMES ROCHA MATOS<sup>1</sup>; ANA ANGÉLICA FARIAS<sup>2</sup>; DELMAR BEZERRA MORAIS<sup>2</sup>**

1. UNIVERSIDADE DE DE FORTALEZA- UNIFOR, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose multirresistente (TBMR) é um desafio crescente aos programas de tuberculose (TB) em todo o mundo. O tratamento é muito mais demorado, é menos efetivo e mais tóxico. Em serviço de referência para TBMR no Estado do Ceará a falência ao tratamento chega a 19% ocasionando o problema do aumento da prevalência de pacientes com TB ativa com baixa qualidade de vida e transmissores de bacilos resistentes. **Objetivos:** Traçar o perfil clínico desses pacientes com falência ao tratamento para TBMR. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo com análise dos dados dos pacientes cadastrados no Sistema de Vigilância Epidemiológica para TBMR e residentes no Ceará, no período de janeiro de 2013 a junho de 2016. Considerou-se TBMR o portador de bacilo

resistente a pelo menos rifampicina + isoniazida (R+H) ou paciente com monorresistência necessitando de esquema para TBMR por intolerância e TB extensivamente resistente (TBXDR) o portador de bacilo resistente a R+H + uma quinolona e + uma droga injetável de segunda linha.

**Resultados:** Foram avaliados 32 pacientes com média de idade de 39,8 anos sendo 68,8% (22/32) do gênero feminino. 65,6% (21/32) não tinham renda, por serem domésticos em 47,6% (10/21), desempregados em 42,9% (9/21) ou estarem em situação de rua em 9,5% (2/12). 45,2% (14/31) deles praticavam alcoolismo de risco, 34,5% (11/31) eram tabagistas, 9,7% (3/31) usavam drogas ilícitas e 9,7% (3/31) faziam tratamento antirretroviral. 58,1% (18/31) tinham história anterior de abandono de tratamento. Como esses pacientes estavam bacilíferos e com piora clínica e radiológica eles foram progressivamente incluídos no tratamento padronizado para TBXDR (Capreomicina, Moxifloxacino, Ácido para-aminossalicílico, Clofazimina e Linezolida). Radiologicamente 81,3% (26/32) deles tinham padrão bilateral cavitário, 15,6% (5/32) unilateral cavitário e 3,1% (1/32) bilateral não cavitário. 15,6% (5/31) se enquadravam na definição para TBXDR sendo 6,3% (2/32), 3,7% (1/31) e 6,3% (2/32) portadores de bacilos resistentes a oito, sete e cinco drogas respectivamente. 46,9% (15/32) albergavam bacilos resistentes a quatro drogas de primeira linha e 3,7% (1/32), 28,1% (9/32) e 6,3% (2/32) resistentes a três, duas e uma droga respectivamente. 83,9% (26/31) tiveram efeitos colaterais pelo tratamento com necessidade de troca de medicamento: 77,4% (24/31) fortes queixas gastrointestinais, 22,6% (7/31) aumento de transaminases e 12,9% (4/31) trombocitopenia. Apenas 43,8% (14/32) tiveram boa evolução: 42,9% (6/14) já tiveram alta e 57,1% (8/14) estão em tratamento com cultura para BK negativa. 40,6% (13/32) já apresentaram falência tendo 38,5% (5/13) evoluído para óbito. Óbito e abandono tiveram 6,3% (2/32) para cada desfecho e um está em início de tratamento.

**Conclusão:** Trata-se de um grupo de pacientes em idade produtiva precocemente incapacitados para o trabalho pelas extensas lesões pulmonares. O relato de alcoolismo e abandono de tratamento foi marcante entre eles. Chama-se atenção para o alto percentual de mulheres (68,8%) nesse grupo de pacientes que ao se comparar com o percentual entre pacientes com TB sensível (40%) encontrou-se significante diferença ( $p=0,001$ ). O tratamento oferecido é pouco tolerado com alto índice de troca de medicamentos e também tem pouca relação com o perfil de sensibilidade dos bacilos, relação essa já comprovadamente importante.

**Palavras-chave:** Tuberculose; tuberculose resistente; teste de sensibilidade

**PO043 TUBERCULOSE PULMONAR PSEUDOTUMORAL: RELATO DE CASO**  
**CAMILA MELO COELHO LOUREIRO<sup>1</sup>; LAÍS CIBELE SOUSA MELO<sup>1</sup>; JULIANE PENALVA COSTA SERRA<sup>2</sup>; JOSE ALVES ROCHA FILHO<sup>2</sup>; DALVA VIRGINIA OLIVEIRA BATISTA NEVES<sup>1</sup>; JAMOCYR MOURA MARINHO<sup>1</sup>**

1. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL SANTA IZABEL- SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL SANTA IZABEL- SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 3. SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL SANTA IZABEL- SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose é a principal causa de morte por doença infecciosa no mundo. A forma primária é mais comum em jovens, usualmente assintomática, e radiologicamente costuma a se apresentar com áreas de consolidação com ou

sem linfadenopatia, atelectasia, derrame pleural ou padrão miliar. Na tuberculose pós-primária, tosse prolongada, dor torácica e sintomas constitucionais proeminentes habitualmente estão presentes. Exames de imagem podem evidenciar consolidação irregular ou opacidades reticulonodulares mal definidas predominantes nos segmentos posteriores dos lobos superiores e superiores dos lobos inferiores, podendo ter áreas de cavitação e disseminação endobrônquica. **Relato do caso:** Paciente MCS, masculino, 57 anos, negro, natural e procedente de Mutuípe- BA, tabagista (42 anos/maço), ex-etilista, diabético, com quadro de dor torácica à esquerda há cerca de três anos, em face anterior e posterior de todo o hemitórax, sem irradiação, que piorava com tosse, espirro e esforço físico, sem associação com a respiração. Referiu ainda tosse seca esporádica e dispneia aos moderados esforços. Exame radiológico pré-operatório de hernioplastia inguinal, realizado no mês anterior à internação, apresentou imagem suspeita em pulmão esquerdo (Figura 1). Foi admitido na emergência devido à piora da intensidade da dor torácica. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, sinais vitais normais, presença de baquetamento digital, aparelho respiratório sem alterações. A tomografia computadorizada (TC) de tórax demonstrou formação expansiva com densidade de partes moles, contorno irregular, medindo 3, 2 x 1, 9cm, na cortical do lobo inferior do pulmão esquerdo, com componente subpleural numa extensão de 2, 1cm, de par com duas imagens nodulares, ambas subpleurais, medindo 0, 6 e 1, 4cm, neste mesmo lobo (Figura 2). Material obtido por biópsia transtorácica guiada por TC revelou-se predominantemente necrótico na imuno-histoquímica. Diante da impossibilidade de afastar neoplasia, o paciente foi encaminhado para lobectomia pulmonar esquerda. Entretanto, macroscopicamente, a lesão pulmonar tinha aspecto granulomatoso e a biópsia por congelamento de duas unidades linfonodais identificou ausência de neoplasia, sendo optado por segmentectomia pulmonar esquerda e encaminhamento do material para anatomia patológica. Estudo histopatológico dos fragmentos dos linfonodos subcarinal 7 e mediastinal 4D revelou antracose e do segmento pulmonar foi compatível com processo inflamatório crônico com necrose caseosa central. Conclusão Este caso é representativo da forma pseudotumoral da tuberculose pulmonar, a qual consiste num conglomerado de nódulos ou massa parenquimatosa granulomatosa. Se não houver drenagem de material caseoso com descompressão brônquica, as áreas necróticas em crescimento podem formar grandes massas. Pode simular carcinoma broncogênico na broncoscopia e o exame microscópico do escarro é geralmente negativo mesmo se lesões escavadas. A histologia revela granuloma epitelióide de células gigantes com necrose caseosa. Seu diagnóstico, portanto, costuma ser mais difícil, podendo levar até 4 a 10 semanas, dada a natureza paucibacilar, clínica ausente ou inespecífica com tosse não produtiva e sintomas constitucionais, e dependência de alto índice de suspeição com uso de múltiplas modalidades diagnósticas. Devido à alta prevalência no Brasil, a tuberculose deve sempre fazer parte do diagnóstico diferencial de massas pulmonares.

**Palavras-chave:** Tuberculose pulmonar; granuloma de células plasmáticas pulmonar; diagnóstico

**P0044** PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE EM TRABALHADORES INDÍGENAS E NÃO INDÍGENAS DAS TERRAS TOLDO CHIMBANGUE E ALDEIA CONDAR – SANTA CATARINA  
**LIDISMAR PEREIRA DA SILVA\***; GENESIO VICENTIN

FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A situação demográfica dos povos originalmente habitantes das atuais terras brasileiras saltou da cifra estimada de alguns milhões, quando da chegada dos portugueses ao Brasil em 1500, para cerca 890 mil índios na atualidade, representando 0, 4% da formação da atual população brasileira. Vários fatores ligados ao processo de desenvolvimento socioeconômico contribuíram para que se constituísse a condição atual da população indígena, entre eles destacando-se o despreparo para esse contato interétnico, propiciou o agravamento de problemas sociais e epidemiológicos. Especialmente preocupante é a situação epidemiológica da AIDS e da tuberculose, ambas, quase inteiramente dependentes de seu contato com a população dominante, sendo essa última objeto desse estudo. **Objetivos:** conhecer a prevalência da infecção latente por tuberculose (ILT) nos trabalhadores indígenas e não indígenas que trabalham nas instituições públicas de educação e saúde localizadas nas terras Toldo Chimbangue e Aldeia Condar no Município de Chapecó no Estado de Santa Catarina, Brasil e verificar a existência de informação sobre a doença, seu diagnóstico e tratamento entre esses trabalhadores. **Métodos:** o modelo utilizado foi um estudo transversal não amostral, e para coleta de dados foram utilizados um questionário com perguntas fechadas e abertas sobre tuberculose, a aplicação e leitura da prova tuberculínica (PPD RT 23) e a identificação da cicatriz do BCG aos que voluntariamente aceitaram participar do estudo. **Resultados:** Todos os 81 trabalhadores assinaram o termo de aceitação livre e esclarecido e participaram da pesquisa. Nove participantes não retornaram para leitura e não foram encontrados, constituindo-se em perdas. Constatou-se a prevalência de ILTB prova tuberculínica  $\geq$  5 mm em 71% dos pesquisados. Encontraram-se associações estatisticamente significativas das maiores prevalências encontradas: entre participantes indígenas comparados aos não indígenas, sexo feminino aos do masculino, educação aos da saúde e faixa etária acima de 25 anos aos de menos de 25. **Conclusões:** a prevalência da infecção latente na população estudada foi elevada, oposta a esperada pelo estudo; todas as diferenças entre as variáveis acima foram significativas, mas sempre com resultado oposto ao esperado, os profissionais que atuam na reserva constituem uma possível via de acesso do bacilo da tuberculose à população da reserva. O estudo aponta para a necessidade fazer levantamento epidemiológico da reação ao PPD RT 23 em amostra da população da reserva e estudo qualitativo dirigido aos profissionais para identificar suas possíveis vias de contaminação.

**Palavras-chave:** Tuberculose; indígena; trabalhador

**P0045** AMINOGLICOSÍDEO VIA INALATÓRIA NO TRATAMENTO DE MYCOBACTERIUM ABSCESSUS - RELATO DE CASO

**RAFAEL RODRIGUES DE MIRANDA\***; ANDREIA PADILHA DE TOLEDO; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SAMIA ZAHY RACHED; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES  
**FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A incidência de infecção por micobactérias não tuberculosas (MNT) em pacientes com bronquiectasias têm aumentado nos últimos anos. Isto ocorre devido a um melhor manejo das bronquiectasias, com maior sobrevida dos pacientes e aos melhores métodos diagnósticos, como o aprimoramento dos meios de cultura e da identificação das MNT. Duas espécies de MNT, o Mycobacterium avium complex (MAC) e o Mycobacterium abscessus complex

(MABSC) são responsáveis por aproximadamente 95% das infecções em pacientes portadores desta patologia.

**Caso Clínico:** Paciente do sexo feminino, 72 anos, natural e procedente de São Paulo/SP, sem exposições relevantes, portadora de bronquiectasias de etiologia não definida, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus não insulino-dependente, dislipidemia e fibrilação atrial persistente, não tabagista. Apresentou quadro de tosse, febre e sudorese noturna com diagnóstico de infecção por MAC e tratamento por 18 meses com melhora clínica e culturas negativas ao final do tratamento. Após seis anos, durante investigação de piora clínica (tosse e astenia) apresentou nova infecção por MNT, evidenciando crescimento de MABSC em várias culturas de escarros. A tomografia de tórax de alta resolução evidenciou presença de bronquiectasias cilíndricas e algumas varicosas, associadas a micronódulos centrolobulares e imagens em árvore em brotamento e impactação mucóide. Devido aos efeitos colaterais do aminoglicosídeo, optamos pelo tratamento com gentamicina inalatória e o uso de claritromicina e levofloxacino. Paciente evoluiu com melhora do quadro clínico e tomográfico com culturas de escarro negativas no 3º mês de tratamento.

**Conclusão:** O tratamento das infecções por MNT exigem o uso de antibióticos por longo período, com múltiplos efeitos colaterais e sem garantias de sucesso, principalmente nos casos de micobactérias de crescimento rápido como a MABSC. A adição de gentamicina inalatória aos regimes de tratamento com drogas-padrão pode levar a uma boa taxa de sucesso com menor incidência de efeitos colaterais como nefrotoxicidade e ototoxicidade.

**Palavras-chave:** Mycobacterium abscessus; micobacteriose; aminoglicosídeos

#### **PO046 RELATO DE CASO - HEPATOTOXICIDADE SEVERA ASSINTOMÁTICA ASSOCIADA AO TRATAMENTO QUÁDRUPLO PARA TUBERCULOSE**

**CELSON JOSÉ CARNEIRO JUNIOR\***; LUIZ FERNANDO CORREIA E SILVA; NAIARA DUARTE SANTIAGO; MORGANA FERREIRA IDÁLIO SILVA; CAROLINA ASSIS CARVALHO; FRANCINE MOREIRA BORGES ASSUNÇÃO; JOÃO GUILHERME MARTINS LUSVARGHI UFTM, UBERABA, MG, BRASIL.

**Introdução:** a terapia antituberculosa com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol é muito efetiva, porém as 3 primeiras drogas são hepatotóxicas<sup>1</sup>. O aumento de AST/ALT pode ocorrer em 0, 9% a mais de 20% dos pacientes<sup>3, 4, 5</sup>. Necessidade de transplante hepática foi descrito<sup>6</sup>. O tratamento deve ser suspenso se houver aumento de ALT/AST > 3 vezes o limite superior da normalidade (LSN), com sintomas, ou aumento > 5 vezes ou presença de icterícia ou aumento de FA2. Ainda pode-se classificar a hepatotoxicidade em graus, considerando-se elevação da ALT acima do LSN: grau I (mínima) - < 2, 5 vezes, II (mínima) - 2, 5 a 5 vezes, III (moderada) - 5 a 10 vezes e IV (severa) - > 10 vezes<sup>5</sup>. A reintrodução deve ser feita quando o nível de AST/ALT for menor do que 2 vezes o LSN. Os medicamentos devem ser reintroduzidos um a um, iniciando-se pela rifampicina com intervalo de 3 a 7 dias entre cada um. Se sintomas ou sinais de hepatite reaparecerem, suspender o último medicamento adicionado<sup>2</sup>. **Relato de caso:** Homem, 63 anos, casado, natural e procedente de Uberaba-MG, pedreiro, previamente hipertenso e ex-tabagista, com história de tosse seca, astenia, perda de 20 Kg e febre baixa diária, com início há 3 meses. Após pesquisa de BAAR no escarro negativa ele foi internado o diagnóstico feito por pesquisa de BAAR no lavado broncoalveolar. Iniciou-se, então o tratamento com o esquema RIPE. Após 10 dias de tratamento, com o paciente

assintomático, os exames mostraram grande aumento das aminotransferases, com AST - 556, 3 U/L e ALT - 840, 6 U/L (internação: AST - 17, 4 U/L e ALT - 28, 7 U/L) e da gama GT - 192, 80 U/L (anterior: 23, 9 U/L), sem alteração nas bilirrubinas e fosfatase alcalina. O tratamento foi, então, suspenso conforme protocolo<sup>3, 10</sup>. Cinco dias após, houve considerável queda do nível das enzimas (AST - 51, 3 U/L e ALT - 421, 2 U/L), e a Rifampicina foi reintroduzida isoladamente. Passados mais 4 dias, mantendo-se a queda, acrescentou-se Isoniazida ao tratamento. Já com 4 dias de terapia dupla, e quase total normalização das enzimas o tratamento quádruplo foi novamente introduzido. Foi dada a alta hospitalar e após 4 dias foi atendido no ambulatório, com os marcadores de lesão hepática já nos níveis normais, AST - 22, 3 U/L e ALT - 49, 5 U/L. Resolvido o quadro e já retomada a terapia padrão, o paciente foi encaminhado para a unidade de saúde responsável pelo acompanhamento dos pacientes em tratamento para tuberculose na cidade de Uberaba. **Conclusão:** o tratamento da tuberculose no Brasil é feito em regime ambulatorial, sendo indicada a internação, assim como os exames laboratoriais apenas em casos específicos<sup>7</sup>. Com um cuidado maior para com os pacientes tenta-se evitar o abandono do tratamento e principalmente iatrogenias que podem ser catastróficas.

**Palavras-chave:** Tuberculose; tratamento; hepatotoxicidade

#### **PO047 SILICOTUBERCULOSE EM PACIENTE COM SUSPEITA DE NEOPLASIA PULMONAR - RELATO DE CASO** **RENATO MIRANDA LIMA\***; ANDRE NATHAN COSTA; ELLEN TOLEDO NASCIMENTO; THAIS ROMANO DI GIOIA; FLÁVIO POLA DOS REIS; LETÍCIA LEONE LAURICELLA; ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A silicose é uma pneumoconiose causada pela inalação de poeira contendo cristais de sílica. Aumenta o risco de tuberculose e sua forma pseudotumoral é uma entidade rara. As profissões de destaque para sua ocorrência são escavadores, pedreiros e mineiros, havendo em média tempo de exposição de 23 anos. O principal sintoma é a dispnéia em 96% dos casos, com achados de opacidades macronodulares confluentes em radiografias de tórax (semelhantes a tumores), podendo haver opacidades micronodulares difusas de perimeio, havendo importante comprometimento funcional pulmonar na maior parte das vezes. O objetivo do presente estudo é relatar um caso que após exaustiva investigação de lesões pulmonares chegou ao diagnóstico de silicotuberculose. **Relato de caso:** Paciente masculino, 41 anos, previamente hígido com histórico ocupacional de perfuração de pedras em garimpo (1994-2006), com carga tabágica menor que 1 ano/maço na adolescência, avaliado por suspeita de neoplasia pulmonar em virtude de presença de múltiplos nódulos pulmonares e massa em lobo superior direito (LSD). Submetido a ampla investigação, com biópsias através de broncoscopia e guiada por tomografia com resultados negativos para neoplasia na amostra estudada. Submetido a uma biópsia cirúrgica a céu aberto com retirada de nódulo do LSD e múltiplos fragmentos no lobo inferior esquerdo com histologia relevante, parênquima pulmonar com processo inflamatório crônico granulomatoso com extensas áreas de necrose caseosa e nódulos silicóticos. O Gene Xpert foi positivo no fragmento para Mycobacterium tuberculosis, sensível a rifampicina. Após a confirmação diagnóstica, iniciou-se o tratamento com quatro drogas. **Conclusão:** A tuberculose é uma complicação comum e grave da silicose, ganhando importância o seu rastreio em pacientes com esta doença ocupacional. Apesar de rara, a apresentação pseudotumoral

deve ser lembrada em contexto clínico e epidemiológico compatíveis no leque de diagnósticos diferenciais.

**Palavras-chave:** Tuberculose; silicose; pseudotumoral

#### **PO048 INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE PROVOCADA POR DROGAS ANTITUBERCULOSE: RELATO DE CASO**

**BRUNA MAMPRIM PILOTO\***; RAFAEL SARTORI TARTAGLIA; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; LILIANA ELIZABETH PAEZ VARGAS; ANDRÉ NATHAN COSTA; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES  
HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose ainda é uma doença altamente prevalente no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento. O esquema terapêutico de primeira linha utilizado é geralmente bem tolerado, contudo o potencial hepatotóxico destas medicações é bem documentado. A lesão hepática pode variar desde a elevação assintomática das enzimas hepáticas até a falência funcional com necessidade de transplante de fígado, sendo esta normalmente relacionada a fatores de risco como a idade avançada, a doença hepática pré-existente, o consumo de álcool e o uso concomitante de drogas hepatotóxicas. Possivelmente, o fator de maior importância clínica para o desenvolvimento da insuficiência hepática grave é a continuação do tratamento na vigência de sinais de lesão do órgão. **Relato do caso:** DALMS, 41 anos, natural e procedente de SP, secretária em consultório médico. Relatava tosse produtiva com duração de 2 meses, associada a sudorese noturna e perda ponderal de 3 Kg. A radiografia de tórax evidenciou lesão escavada em lobo superior direito. As pesquisas de escarro foram positivas para bacilo álcool-ácido resistente e as culturas identificaram o *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciado tratamento padrão para tuberculose com 4 drogas. Na 3ª semana de medicações, em exames laboratoriais de rotina, apresentou elevação de enzimas hepáticas (4 vezes o valor da normalidade) sem quadro clínico associado. A paciente não tinha história de uso concomitante de outras drogas, uso abusivo de álcool ou drogas ilícitas, doença hepática crônica e as sorologias de hepatites virais eram negativas. Apesar da suspensão das medicações o quadro progrediu com evolução para hepatite fulminante. Foi, então, submetida a transplante ortotópico do fígado cerca de duas semanas após admissão hospitalar. Evoluiu no pós-operatório com infecção de corrente sanguínea e com necrose de 2º e 3º pododáctilos de membro inferior esquerdo, após passagem de cateter de pressão arterial invasiva em artéria femoral, além de lesão renal aguda com necessidade de hemodiálise. O tratamento da tuberculose foi realizado com linezolida, levofloxacina e etambutol. No momento segue em melhor clínica progressiva, já com recuperação da função renal, sem sinais de atividade de doença pulmonar e sem sinais de disfunção do enxerto.

**Conclusão:** A terapêutica antituberculosa tem grande potencial hepatotóxico, inclusive para as formas mais graves como a hepatite fulminante. Uma vez instalada a disfunção hepática grave, a taxa de mortalidade permanece acima de 90%, se impossibilidade de transplante. Fatores associados à alta mortalidade incluem: encefalopatia hepática, ascite, icterícia, abuso de álcool e elevados níveis de bilirrubina direta. O fator de maior importância clínica no tratamento da hepatotoxicidade é o reconhecimento precoce de disfunção hepática, com controles periódicos e orientação do paciente sobre a sintomatologia.

**Palavras-chave:** Tuberculose; hepatite medicamentosa; transplante hepático

#### **PO049 A TUBERCULOSE ADORMECIDA**

**CLAUDIA SOFIA LUIS TEIXEIRA\***; MARTA FILIPA CALDEIRA; TERESA PATRÍCIA PEREIRA; ISABEL CANHA  
SESARAM, EPE, FUNCHAL, PORTUGAL.

**Introdução:** A identificação precoce e o tratamento adequado dos casos de tuberculose (TB) é a estratégia certa para prevenir a transmissão da doença na comunidade. Em países de incidência baixa e intermédia, como é o caso de Portugal, onde a doença tem vindo a diminuir de forma consistente, é importante haver uma estratégia eficaz na deteção das pessoas recentemente expostas ao *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), por estarem em maior risco de desenvolver doença. Perante a identificação de um caso de TB, deve ser dado início ao rastreio dos seus contactos e, tratamento preventivo ou vigilância dos mesmos, quando indicado. **Relato do caso:** Sexo feminino, 33 anos, raça caucasiana, casada. Hábitos tabágicos e étlicos marcados. Em janeiro de 2007 recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de tosse produtiva com expectoração purulenta, anorexia, vômitos alimentares e perda de peso com 3 semanas de evolução. Ao exame objetivo, de realçar o estado de caquexia e febre (39. 3°C). Analiticamente, marcadores inflamatórios positivos e radiografia de tórax com imagem cavitada no nível do 1/3 superior do hemitórax direito. Exame microbiológico da expectoração: exame direto (Ziehl-Neelsen) e cultural (Lowestein-Jensen e Bactalert) positivos. Hemoculturas negativas. Sorologias HIV 1, 2 e hepatites virais negativas. Iniciou terapêutica antibacilar com Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E), tendo completado 9 meses de tratamento. Melhoria clínica progressiva, boa evolução imagiológica, com lesões fibrosas sequelares. A cultura de expectoração negativou em julho do mesmo ano. Foi feito rastreio a todos os conviventes, incluindo os contactos próximos (marido e filho de 11 anos), excluída doença ativa, avaliação de sintomatologia e realização da radiografia de tórax. Como preconizado nessa altura, o filho cumpriu 6 meses de quimioprofilaxia com H. O marido, cuja reação ao teste tuberculínico (TST) foi de 10 mm, manteve rastreio/vigilância durante 1 ano, sem sinais ou sintomas de doença ativa. Em maio de 2015, oito anos depois, iniciou quadro de tosse produtiva, expectoração amarelada e sudação noturna com 2 meses de evolução e dor torácica tipo pleurítica intensa que o fez recorrer ao SU. A radiografia de tórax apresentava lesões bilaterais extensas, essencialmente nodulares e, lesão cavitada à direita. Confirmou-se o diagnóstico de TB e iniciou tratamento antibacilar (H+R+E+Z), não restando dúvidas de "contágio" em meio familiar. **Discussão:** A TB mantém-se como um problema de saúde pública a nível mundial, atingindo todos os grupos etários. O diagnóstico precoce, tratamento adequado, rastreio e isolamento dos conviventes, são essenciais para evitar que se perpétue o ciclo de transmissão. Este caso mostra a importância do rastreio em conviventes ou contactos próximos de doentes diagnosticados com TB, em especial se bacilíferos e que, atualmente é feito por: 1) exclusão de sintomatologia de doença ativa; 2) realização da radiografia pulmonar; 3) TST e Interferon-Gamma release assay, para avaliar a existência de resposta imunológica adaptativa ao Mt.

**Palavras-chave:** Tuberculose; rastreio; profilaxia

#### **PO050 MAL DE POTT – UMA DOENÇA ANTIGA NA ATUALIDADE**

**CLAUDIA SOFIA LUIS TEIXEIRA\***; TERESA PATRÍCIA PEREIRA; ISABEL CANHA  
SESARAM, EPE, FUNCHAL, PORTUGAL.

**Introdução:** A Tuberculose (TB) extrapulmonar é desencadeada pela disseminação hematogênica ou por contiguidade, devido à proximidade de gânglios linfáticos e pleura. Os sítios de implantação óssea podem ser: a coluna vertebral (principalmente a torácica), as articulações e as diáfises ósseas. Atualmente, esse acometimento ocorre em menos de 1% dos casos de TB. A espondilodiscite de etiologia tuberculosa é também conhecida por Mal de Pott e foi descrita pela primeira vez em 1779. É rara nos países desenvolvidos, apesar de se tratar da forma mais frequente de infecção osteoarticular pelo bacilo de Koch. Caracteriza-se por ser uma doença de desenvolvimento lento, surgindo dor, deformidade e em determinadas ocasiões paralisia.

**Relato do caso:** 55 anos, sexo masculino, não fumador, paraplegia traumática desde os 15 anos. Internado no serviço de pneumologia por coleção pleural bilateral e abscesso paravertebral. Foi feita toracocentese com saída de 20 cm<sup>3</sup> de líquido hemático. As hemoculturas e o exame bacteriológico do líquido pleural foram negativos. Cumpriu 14 dias de antibioterapia com clindamicina e levofloxacina com melhoria clínica. Teve alta e 13 dias depois é reinternado por quadro de febre vespertina (máx. 38°C) e tosse seca. A radiografia de tórax mantinha aspeto sobreponível às do internamento anterior, com hipotransparência paracardíaca direita, correspondendo a derrame pleural loculado. Analiticamente: marcadores inflamatórios positivos e anemia normocítica. TAC torácica: "Coleções pleurais bilaterais com conteúdo líquido, uma delas com focos gasosos no seu interior, compatíveis com empiema. Vértebras lombares inferiores e espaços intervertebrais com conteúdo líquido nos tecidos moles. Espondilodiscite com abcessação". RM coluna dorsal: "múltiplas alterações com espondilodiscite de D11-D12. Extensão do processo infeccioso aos tecidos moles adjacentes, ao espaço pleural e ao canal vertebral". Exames bacteriológico e micobacteriológico do líquido pleural: negativos. Exame micobacteriológico de conteúdo de abscesso paravertebral: negativo. Interferon-Gamma release assay: negativo. Cumpriu, empiricamente, 2 semanas de antibioterapia com meropenem. Fez controlo por RM não se verificando qualquer resposta. Embora as alterações fossem compatíveis com espondilodiscite, a presença de extenso processo infeccioso paravertebral com volumosas coleções/oculação com calcificações associadas levantou a hipótese de espondilodiscite tuberculosa. Decidiu-se iniciar prova terapêutica antibacilar com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol com melhoria clínica e imagiológica progressivas.

**Discussão:** Cerca de 62-90% dos doentes com Mal de Pott não têm evidência de tuberculose extravertebral. Este caso clínico demonstra a importância dos exames de imagem no diagnóstico desta patologia. A espondilodiscite tuberculosa deve ser investigada na existência de forte suspeita clínica, mesmo na ausência de história de TB pulmonar e de exames laboratoriais que o comprovem.

**Palavras-chave:** Tuberculose extrapulmonar; mal de pott; tuberculose vertebral

#### PO051 EFETIVIDADE DE DOIS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS DISTINTOS PARA TUBERCULOSE

THIAGO VINÍCIUS MARREIROS<sup>1</sup>; JOÃO PAULO TOMÉ<sup>1</sup>; PRISCILLA DOS SANTOS DECEMBRE MONTALVÃO<sup>1</sup>; VÍCTOR HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS<sup>1</sup>; MARCELO FOUAD RABAH<sup>2</sup>  
1. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO, BRASIL; 2. UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose (TB) é ainda nos dias atuais uma das principais causas de morte por doenças infecciosas em todo o mundo. O tratamento com o uso de medicamentos

em dose fixa combinados (DFC) é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma medida capaz de aumentar a adesão no tratamento da doença, no entanto, as questões sobre a sua efetividade ainda não foram resolvidas. **Objetivo:** Avaliar a efetividade entre dois esquemas distintos para tratamento de TB pulmonar em Goiás, de 2005 a 20014. **Métodos:** Estudo de caráter quantitativo com delineamento transversal de base populacional no qual foram avaliados as associações entre os desfechos do tratamento de TB pulmonar em Goiás e os esquemas terapêuticos entre 2005 e 2009: Rifampicina e Isoniazida em dose combinada e Pirazinamida, e entre 2010 e 2014: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol todos em DFC. Os dados foram obtidos através da Secretaria Estadual de Saúde (SES-GO) que disponibilizou os dados notificados pelo Sistema de Notificação de Agravos (SINAN-TB). A análise de dados ocorreu por meio de estatística básica em forma de média, frequência simples e frequência relativa além do teste qui-quadrado. **Resultados:** Foram avaliadas 8371 notificações que se enquadraram nos critérios de inclusão, destas, 4004 foram anteriores a 2010, com o esquema em doses separadas, e 4367 foram a partir de 2010, com a apresentação farmacológica em DFC. Dos casos analisados, 30, 1% (n=2560) das notificações eram pacientes do sexo feminino, com idade média de 43, 69 anos e DP=17, 03; 69, 9% (n=5942) eram do sexo masculino, com idade média de 44, 03 anos e um DP=15, 69. A taxa de cura foi de 67% (n=2681) com o esquema antigo e de 66, 7% (n =2912) com o novo esquema. Em relação às taxas de abandono, 14, 9% (n=595) dos pacientes tratados antes de 2010 e depois abandonaram o tratamento, contra 16, 9% (n=736) dos pacientes tratados entre 2010 a 2014. Dentre os pacientes tratados com dose separada, 5, 5% (n=222) evoluíram com óbito em decorrência da TB e entre os pacientes que utilizaram DFC, essa taxa foi de 5, 4% (n=238). O teste qui-quadrado desta correlação entre cura, abandono e óbito e os esquemas foi  $\chi^2 = 40, 11$  com  $p=0, 001$ . **Conclusão:** Pelos resultados obtidos das taxas de cura, abandono e óbito do tratamento antigo em comparação ao novo esquema, pode-se concluir uma não superioridade da atual estratégia de tratamento em detrimento ao esquema anterior nos pacientes com TB pulmonar tratados em Goiás.

**Palavras-chave:** Dose fixa combinada; tratamento; tuberculose pulmonar

#### PO052 SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE SALVADOR-BA

TATIANA SENA GALVÃO NONATO ALVES<sup>1</sup>; GABRIEL FERREIRA LIMA<sup>2</sup>; ANA VICTÓRIA MARTINEZ OITAVEN SUAREZ SOLLA<sup>2</sup>; ANNELISE LISBOA PEIXOTO<sup>2</sup>; AMANDA FREITAS COELHO<sup>2</sup>; LAIS LIMA BOMFIM DE OLIVEIRA<sup>2</sup>

1. UFBA/HEOM, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. UNIFACS, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** Atualmente, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose faz a programação de suas ações baseado em parâmetros da prevalência de sintomáticos respiratórios (SR) na população, sendo SR aquele indivíduo com tosse há pelo menos três semanas com ou sem expectoração. Entretanto, não há evidência acurada sobre qual a prevalência de SR na população brasileira. Também é esperado que estas prevalências tenham níveis diferentes de acordo com as situações de alta e baixa incidência de tuberculose (TB). Este estudo visa contribuir para o melhor conhecimento da prevalência de SR, sua relação com a prevalência da TB e fornecer parâmetros mais adequados, seguros e específicos para o planejamento, avaliação dos programas e para a vigilância da TB. **Objetivo:** Conhecer a prevalência de



TB pulmonar bacilífera entre os SR atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Salvador, BA. **Métodos:** Está sendo realizado um inquérito, baseado na produção de consultas nas UBS, com indivíduos a partir de 10 anos de idade, atendidos em primeira consulta da queixa que motivou a procura das unidades de saúde públicas, situadas em Salvador. O modelo usado é por amostragem de conglomerado ponderado, muito eficiente em casos onde é difícil cobrir uma área inteira, sendo usado para evitar que a seleção da amostra não considere os grandes centros e que seleciona os centros de diagnóstico de modo aleatório. O cálculo da amostra prevista foi de 756 entrevistados. **Resultados:** O percentual de SR encontrado nas UBS foi de aproximadamente 7%. Do total de homens avaliados, cerca de 26% tossiam e do total de mulheres avaliadas, cerca de 15% tossiam. Praticamente 34% dos SR são tabagistas ativos. A maioria dos SR apresentaram infecção bacteriana após a avaliação com Rx de tórax, análise do escarro com GeneXpert não detectado e cultura para *Mycobacterium tuberculosis* negativa. Dos SR com TB pulmonar, houve uma concordância da positividade do resultado do GeneXpert com a cultura e o teste de sensibilidade, propiciando a introdução do tuberculostático 2 horas após a coleta do exame e, conseqüentemente, menor transmissão da doença e melhor prognóstico para este grupo de pacientes. **Conclusão:** Os nossos resultados corroboram com os dados encontrados na literatura nacional, que preveem uma prevalência de 5 a 10% de sintomáticos respiratórios nas unidades de saúde. A utilização do GeneXpert promoveu a introdução precoce dos tuberculostáticos, impactando na diminuição da cadeia de transmissão da tuberculose na comunidade. A prevalência do tabagismo encontrada nas UBS foi de aproximadamente 10%. Assim, propomos a implementação, nas UBS de Salvador, de programas específicos de assistência ao tabagismo para pacientes com tuberculose.

**Palavras-chave:** Sintomático respiratório; tuberculose; teste rápido molecular

#### **P0053 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA RELAÇÃO TUBERCULOSE E VÍRUS HIV EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO**

**ISADORA BARBOSA MOTA\***; YURI CARDOSO RODRIGUES BECKENDORFF BITTENCOURT; ERIK FRIEDRICH ALEX DE SOUZA; JULIANA RODRIGUES CORREA; ESTHER BOTELHO SOARES DA SILVA; VICTOR PEREIRA CHAVES; JULIO CESAR TOLENTINO JUNIOR; DENISE DUPRAT NEVES  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A tuberculose (TB) é importante causa de morte no mundo, principalmente em regiões com reduzidas condições higiênico-sanitárias. Sua incidência, mortalidade e morbidade foram alteradas no cenário mundial pela co-infecção com o vírus HIV. Sendo o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) responsável pelo atendimento de boa parte dos pacientes com SIDA no estado do Rio de Janeiro, é importante o conhecimento do perfil de seus pacientes com co-infecção TB e HIV para melhor promoção de saúde. **Objetivos:** Descrever características epidemiológicas dos pacientes tratados para tuberculose e calcular a frequência das formas clínicas da tuberculose nos pacientes com e sem co-infecção pelo vírus HIV. **Métodos:** Estudo transversal de pacientes que iniciaram o tratamento para tuberculose no serviço de Pneumologia do HUGG, no período entre janeiro de 2004 a dezembro de 2013. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis nominais e as medidas centrais, de dispersão e amplitude das

variáveis contínuas, para a apresentação das características da amostra e das variáveis por grupos selecionados. As diferenças entre grupos foram calculadas por testes não paramétricos e foi considerado o nível de significância de 5%. **Resultados:** Dos 976 casos de tuberculose notificados, 581 (59, 52%) foram diagnosticados com a forma pulmonar, 310 (31, 76%) com a forma extrapulmonar (EP) e 85 (8, 7%) com ambas as formas clínicas. Dentre as formas extrapulmonares, destacam-se a localização ganglionar com 119 casos (30, 12%) e a pleural com 106 (26, 83%) como as mais frequentes. Em relação ao gênero, 593 (60, 75%) pacientes eram masculinos. As medidas centrais da idade mantiveram-se na faixa entre 30 e 40 anos ao longo do período avaliado. A maior frequência relativa nos homens foi entre 41 e 50 anos e nas mulheres de 31 a 40, sem significância estatística ( $p=0,1428$ ). O número total de pacientes HIV positivos na amostra analisada foi 427 (43, 75%), para 235 (24, 08%) HIV negativos e 314 (32, 17%) sobre os quais não havia informações. A distribuição relativa de frequência pela faixa etária nos HIV positivo se concentra na faixa de 31 a 50, sem diferença significativa entre os dois primeiros grupos ( $p=0,076$ ). Nas formas EP ganglionar, osteoarticular e graves (disseminada, miliar e meníngea) há predomínio de pacientes soropositivos. Tanto a forma pulmonar quanto as demais formas de TB se mostraram mais prevalentes nos homens, sendo a forma pulmonar extremamente significativa nesse gênero ( $p=0,0034$ ), principalmente quando se compara apenas forma pulmonar com forma EP isolada ( $p=0,0103$  e OR: 1,53 com IC 95%: 1,16-2,03). **Conclusão** O estudo demonstrou um predomínio de tuberculose na forma pulmonar, acometendo predominantemente adultos jovens do sexo masculino, como descrito na literatura. Porém, ao contrário do que é descrito, encontrou-se porcentagem significativa de formas extrapulmonares de TB, principalmente nos pacientes HIV positivos. Entre estes, considerando a TB extrapulmonar, a mais frequente foi a forma miliar. Já no grupo HIV negativo houve predomínio da forma ganglionar, diferindo da literatura, em que se espera maior predomínio da forma pleural, no entanto, uma das razões para tal poderia ser o grande número de pacientes HIV positivos no HUGG.

**Palavras-chave:** Tuberculose; epidemiologia; hiv

#### **P0054 FATORES ASSOCIADOS COM A PRESENÇA DE SEQUELAS PARENQUIMATOSAS DO PULMÃO EM PACIENTES COM ANTECEDENTE DE TUBERCULOSE PULMONAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTANDER**

**SILVIA KATHERINE ROMERO RONDON\***; KELLY JOHANA SANCHEZ ROBAYO; YEISON SANTAMARÍA ALZA; MONICA PATRICIA ROMERO MARIN  
*UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLÔMBIA.*

**Introdução:** a seqüela de tuberculose é a presença de alterações observadas posteriormente à cura dum episódio de tuberculose, sempre e quando se encontre uma relação causal entre a mesma e a referencia de uma infecção previa pelo bacilo. Menon y cols, em uma pesquisa feita na Índia, encontraram sequelas no pulmão no 40, 36% dos pacientes, predominaram as parenquimatosas, sobre as pleurais y mediastinais. Não existem pesquisas locais que possam determinar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de sequelas parenquimatosas, porém a literatura descreve a presença de multirresistência, o antecedente de tabagismo e o não tratamento ou o tratamento incompleto para a infecção de tuberculose. **Objetivo:** determinar as variáveis relacionadas com o desenvolvimento de sequelas parenquimatosas do pulmão

nos pacientes com antecedente de tuberculose pulmonar em Santander. **Métodos:** coorte retrospectiva de 141 pacientes com critérios de cura de tuberculose, captados mediante mostra não probabilística de casos consecutivos no ambulatório de pneumologia no Hospital Universitário de Santander. Foi feita uma análise descritiva e bivariada. **Resultados:** pertencem ao sexo masculino o 68, 7% dos pacientes, com uma idade média de 53. 5+/-1, 66 anos, se calculou o tempo médio desde o contágio hasta o momento da captação de 77, 1 meses e antecedente de tabagismo do 48, 2%. Os sintomas mais prevalentes foram tosse (72, 3%) e dispnéia (67, 8%) Foi feita a fibrobroncoscopia ao 47, 3% e tiveram exacerbações no 32, 14%. As variáveis estatisticamente significativas associadas a alguma sequelas parenquimatosas foram: idade do paciente (P: 0, 012 OR: 3, 6, tempo maior a 17 meses desde o diagnóstico de tuberculose ( P: 0, 0114 OR: 3. 49 ), confirmação diagnóstica de tuberculose por fibrobroncoscopia (P: 0, 002 OR: 4, 31), dispnéia (P<0, 001 OR: 6. 63), tosse (P: 0, 0383 OR: 2, 43), presença de exacerbações (P: 0, 0025 OR: 6, 39). Requerimento de antibiótico durante exacerbação (P: 0, 0073 OR: 5, 4) **Conclusão:** a presente pesquisa estabeleceu a prevalência das sequelas parenquimatosas do pulmão do 88% dos sujeitos com tuberculose curada em Bucaramanga, Colômbia. É a primeira pesquisa na região onde se mostraram as associações para desenvolver sequelas parenquimatosas de tuberculose, encontrando-se como fator importante o uso de fibrobroncoscopia como método diagnóstico.

**Palavras-chave:** tuberculose pulmonar; estatísticas de sequelas e incapacidade; complicações.

#### **PO055 TUBERCULOSE PULMONAR COM MANIFESTAÇÃO ENDOBRONQUICA - RELATO DE CASO**

**ALÍPIO BARBOSA BALTHAZAR\***; ALBA BRAGA SALLES BALTHAZAR; JULIANA MANZANO; MÚRILLO MOREIRA; ELZA MARIA FIGUEIRAS PEDREIRA CERQUEIRA; ANGELA VON NOWAKONSKI  
CENTRO MEDICO DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose endobrônquica é incomum na população adulta, estando mais frequentemente relacionada à forma pulmonar primária observada na infância. A tuberculose endobrônquica pode ser um achado isolado em 10 a 20% dos casos, mas em geral está associada à forma pulmonar. Sua incidência em pacientes com tuberculose pulmonar (TP) é observada em cerca de 15% daqueles submetidos a broncoscopia, alcançando até 40% quando consideramos os casos levados à necropsia Não sendo uma entidade rara, a tuberculose traqueobrônquica coloca sérios problemas de diagnóstico, pois frequentemente a clínica é mascarada pelos sintomas da TP, a que muitas vezes está associada. **Relato de caso:** Paciente de 27 anos, do sexo masculino, engenheiro agrônomo, natural de Campinas, sem co-morbidades associadas, queixava-se há 3 meses de tosse produtiva com secreção purulenta, perda ponderal de 3 Kg no período, dispnéia e sibilos. Procurou outros serviços de saúde na região e por ter história de asma na infância foi tratado com antibióticos, corticóide orais e inalatório com melhora parcial. Negava tabagismo. Por persistir com tosse e sibilância procurou nosso serviço. Encontrava-se em bom estado geral, afebril, mas referia sudorese noturna. Radiografia de tórax demonstrava presença de opacidade apical á direita com discreta perda de volume, porém a pesquisa de BAAR no escarro foi negativa. A tomografia de tórax evidenciou espessamento e irregularidade da parede traqueal, do brônquio principal e lobar superior direito com áreas de aparente ulceração. Bronquiectasias e redução volumétrica do lobo superior direito nódulos e

opacidades ramificadas centrolobulares (padrão de árvore em brotamento-compatível com impactação mucóide bronquiolar) com distribuição multifocal difusa e bilateral. Pequenos focos de consolidação e nódulos pulmonares de contornos irregulares no lobos médios e superior direito e superior esquerdo com predileção pelos campos posteriores, ausência de linfonodomegalias. Broncoscopia evidenciou presença de infiltrado extenso elevado que se estendia do terço proximal da traquéia até sua porção distal invadindo o brônquio principal direito, brônquio intermediário e o brônquio do lobo superior direito, com oclusão total desse último. O histopatológico da lesão traqueal e brônquica evidenciou processo inflamatório crônico granulomatoso com presença na coloração Ziehl-Neelsen de bacilo álcool-ácido resistente bem como tbm no lavado brônquico. Foi iniciado tratamento com Coxcip IV e repetido a broncoscopia após 15 dias de terapêutica evidenciando diminuição significativa das lesões endobrônquicas bem como dos sintomas de tosse, febre, dispnéia e sibilos. **Conclusão:** É importante um grande grau de suspeição da tuberculose endobrônquica porque muitas vezes os sintomas da doença pulmonar mascaram as manifestações clínicas endobrônquicas. A presença de perda volumétrica, com ou sem escarro positivo, presença de dispnéia, sibilos ou manifestações radiológicas que sugiram a manifestação endobrônquica devem levar a realização da broncoscopia para definição diagnóstica porque seu atraso pode levar a estenose traqueobrônquica grave que comprometem a evolução do paciente. A estenose é uma complicação que pode ocorrer nesses pacientes desde 2 a 6 meses após o início da agressão da mucosa, até tardiamente, mesmo após o término do tratamento específico. Assim seu seguimento endoscópico é indicado no decorrer do tratamento e até mesmo após a cura bacteriológica.

**Palavras-chave:** Tuberculose; lesão endobronquica; broncoscopia

#### **PO056 FATORES ASSOCIADOS AO USO DA TERAPIA INALATÓRIA EM PACIENTES QUE ASSISTEM A UM HOSPITAL DO TERCEIRO NÍVEL DE SANTANDER.**

**MONICA PATRICIA ROMERO MARIN\***; KELLY JOHANA SANCHEZ ROBAYO; SILVIA KATHERINE ROMERO RONDON; YEISON SANTAMARÍA ALZA  
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLÔMBIA.

**Introdução:** A presença de sequelas fibrocavitárias se estimou na Índia em 40% dos pacientes com antecedente de tuberculose. Na Colômbia a presença das mesmas foi calculada em 89% dos pacientes com tuberculose pulmonar tratada e curada. As sequelas de tuberculose são uma das principais causas do diagnóstico diferencial na doença pulmonar obstrutiva crônica, pelo que vai a requerer tratamento com terapia inalatória. Não obstante, não tem sido determinado qual é a proporção dos pacientes com sequelas de tuberculose, no curso da doença que requerem tratamento com terapia inalatória. **Objetivos:** determinar os fatores que influem no desenvolvimento de sequelas de tuberculose pulmonar e precisam o uso de terapia inalatória de maneira permanente **Métodos:** Pesquisa de tipo coorte retrospectiva. Tamanho da mostra para um poder de 80% e uma significância de 95% de um total de 120 pacientes. Foram pegos 125 sujeitos e foi feita análise descritivo e bivariado. **Resultados:** De um total de 125 pacientes com sequelas de tuberculose pulmonar, o 29, 6% dos pacientes precisaram uso crônico da terapia inalatória. Os fatores que influenciaram nesse requerimento foram exposição à biomassa (OR 7, 77), presença de exacerbações (OR 3,

44), sim essa exacerbação precisou corticoides e precisou antibiótico com (OR 4, 22) e (OR 2, 65) respectivamente, e no quanto à sintomatologia à presença de dispneia (OR 3, 92). Conclusão Tendo conta da alta prevalência das sequelas fibrocavitárias na região, nossa pesquisa conclui que é possível determinar fatores clínicos e farmacológicos predisponentes para o requerimento da terapia inalatória crônica nos pacientes, como a idade dos pacientes, a exposição à biomassa, o tempo de ter adquirido a infecção pela tuberculose, sintomas como a dispneia, a presença de exacerbações posteriores a esta e o uso de corticoides ou de antibiótico no tratamento das exacerbações, dados com significância estatística é importante devido a que a relação entre as sequelas e a terapia inalatória não tem sido estudadas antes ao nível local.

**Palavras-chave:** Tuberculose pulmonar; complicações; nebulizadores e vaporizadores.

#### **PO057 ANÁLISE DO CUSTO-EFETIVIDADE DOS MEIOS DIAGNÓSTICOS DA TUBERCULOSE NO BRASIL**

**EUGENIO PATRICIO OLIVEIRA\***; CONSTANTINO GIOVANNI BRAGA CARTAXO; RAYANE DA SILVA SOUZA; MARÍLIA DENISE SARAIVA BARBOSA; ISABELLE GOMES OLIVEIRA  
UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

**Introdução:** O Brasil está entre os maiores países do mundo com casos de Tuberculose (TB). Atualmente para se efetivar o diagnóstico de TB pelas recomendações do Ministério da Saúde (MS) é necessário possuir duas baciloscopias positivas para o *Mycoplasma Tuberculosis*, uma cultura positiva ou possuir TRM-TB positivo para o microrganismo. Diante dessas formas de diagnóstico, gerou-se questionamento quanto ao custo-efetividade dessas medidas e a estratégia para a implementação do TRM-TB no Brasil. **Objetivos:** Analisar como a literatura nacional tem descrito os meios de diagnóstico da TB a partir do TRM-TB e qual o seu custo-efetivo quando comparado à baciloscopia e à cultura. **Metodologia:** Trata-se de um estudo bibliográfico no qual foi levantado dados da literatura nacional fazendo buscas no PubMed e na base de dados do Ministério da Saúde sobre o custo-efetividade dos métodos diagnósticos da TB. **Resultados:** O diagnóstico de TB é feito através das manifestações clínicas atrelado a exames laboratoriais. Quanto a baciloscopia verificou-se que ela é uma técnica examinador dependente e possui a variante da eficácia da qualidade da coleta do escarro e a sua sensibilidade varia entre 60-80%. Estudo realizado no Brasil mostra que o valor de cada exame variou entre R\$ 9, 77 e R\$ 21, 33 na rede privada e pela tabela de procedimentos do SUS o custo é de R\$ 4, 20. O método de cultura é indicado em pacientes que possuem manifestações clínicas sugestivas, porém com baciloscopias repetidamente negativa. Ela possui especificidade de 98% e sensibilidade de 80%, com custo pelo SUS de R\$ 5, 63, além de ser capaz de revelar à resistência do bacilo à Rifampicina. No entanto, é um método que pode precisar de até 42 dias para se ter o laudo. A mais recente forma de diagnóstico é com o TRM-TB que possui um custo unitário de R\$ 35, 57 pelo SUS com sensibilidade de 88%. No entanto o valor do equipamento ainda é elevado na ordem de US\$ 17 mil, o que dificulta a sua difusão nas redes de atenção a saúde. Todavia, quando comparado ao valor unitário de duas baciloscopias o resultado chega a 80% do custo de um exame pelo TRM-TB. **Conclusão:** Apesar do valor de aquisição do TRM-TB ser elevado, os estudos têm mostrado que ele possui melhor custo-efetividade, pois apenas com um único exame se diagnostica no mesmo dia a TB e a possível resistência do bacilo à Rifampicina. Dessa forma, com mais

rapidez e eficácia do exame se pode introduzir o melhor esquema de antimicrobianos para o tratamento e melhorar o prognóstico e evolução da doença, além de diminuir o surgimento de novos casos. Por fim, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS recomendou desde 2012 o gene XPERT MTB/RIF como teste para diagnóstico de tuberculose e para indicação de resistência à rifampicina.

**Palavras-chave:** Tuberculose; diagnóstico; custo-efetividade

#### **PO058 COMPARAÇÃO DO DESFECHO DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM GOIÁS ENTRE PACIENTES INFECTADOS PELO HIV E NÃO INFECTADOS**

**THIAGO VINÍCIUS MARREIROS\***; JOÃO PAULO TOMÉ; PRISCILLA DOS SANTOS DECEMBRE MONTALVÃO; VICTOR HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS; MARCELO FOUAD RABAH  
UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO, BRASIL.

**Introdução:** Desde a década de 1980, o HIV tem sido um dos principais fatores que contribuíram para o ressurgimento da tuberculose tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. A infecção pelo HIV aumenta muito o risco de adoecimento por TB, e mesmo pacientes sob terapia antiretroviral tem elevada incidência de TB. Além disso, TB é a principal causa de morte em indivíduos infectados com HIV. Em 2014, estima-se que houve cerca de 9, 6 milhões de novos casos de TB no mundo, sendo 1, 2 milhão de casos em pacientes com HIV, e próximo de 1, 5 milhões de mortes, sendo que 400 mil desses óbitos eram de pessoas HIV positivos. **Objetivo:** Avaliar o desfecho do tratamento de TB pulmonar em Goiás, de 2005 a 2014 comparando pacientes com sorologia positiva para HIV e os pacientes com sorologia negativa. **Métodos:** Estudo de caráter quantitativo com delineamento transversal de base populacional no qual foram avaliados as associações entre os desfechos do tratamento de TB pulmonar em Goiás e os resultados da sorologia HIV entre 2005 e 2014. Os dados foram obtidos através da Secretaria Estadual de Saúde (SESGO) que disponibilizou os dados notificados ao Sistema de Notificação de Agravos (SINAN-TB). A análise de dados ocorreu por meio de estatística básica em forma de média, frequência simples e frequência relativa além do teste qui-quadrado. **Resultados:** Foram avaliadas 8371, destes, 601 tiveram sorologia positiva para o vírus HIV e 4084 realizaram sorologia cujo resultado foi não reagente, e 3686 pacientes não realizaram o teste para HIV ou foi notificado como "em andamento". A taxa de cura entre os pacientes com HIV foi de 42, 4% (n=255), enquanto a dos pacientes não portadores de HIV foi de 73, 7% (n=3011). Em relação ao abandono da terapia, 27, 7% (n=168) dos pacientes HIV-positivos não concluíram o tratamento, sendo essa taxa de 13, 5% (n=550) nos pacientes HIV-negativos. Outro parâmetro de desfecho é o número de óbito devido à TB, cuja taxa foi de 20, 5% (n=123) em pacientes infectados pelo HIV, e de 3, 5% (n=142). O teste qui-quadrado desta relação foi de  $X^2 = 571, 9$  (p=0, 001). **Conclusão:** Os dados encontrados no estado de Goiás corroboram com dados encontrados na literatura sobre a coinfeção TB/HIV. Um dado importante é grande o número de pacientes com TB que não apresentam pesquisa para HIV. Nota-se também um grande número relativo de pacientes com HIV que abandonam o tratamento, sendo 2 vezes maior do que entre pacientes não portadores desse vírus, sendo necessárias ações e estratégias focadas nesse grupo de pacientes para melhor adesão ao tratamento. A taxa de óbitos por tuberculose chegou a ser quase 6 vezes maior, proporcionalmente, entre os pacientes com o HIV do que entre os pacientes com sorologia negativa, alertando para a letalidade dessa coinfeção.

**Palavras-chave:** Tuberculose; hiv; tratamento

**PO059 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL DO ESTADO DO CEARÁ**

**CHRISTIANA MARIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA\***; SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES; VALDERINA RAMOS FREIRE; PATRICIA FLORENÇO SILVA; MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA; NADJA MARIA PEREIRA DE DEUS SILVA  
*SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Introdução:** O problema da TB reflete o estágio de desenvolvimento social do país, e da distribuição dos fatores determinantes do estado de pobreza, desnutrição, más condições sanitárias, alta densidade populacional, fraquezas de organização do sistema de saúde e deficiência de gestão. O sistema prisional brasileiro tem 28 vezes mais incidência de casos de TB que a população em geral, devido à superlotação, ventilação e luz solar precária, além do acesso restrito a áreas abertas, facilitam a disseminação da doença. A TB é altamente endêmica nas prisões brasileiras e não apresenta um quadro diferente nas prisões do Estado do Ceará, apontando a necessidade de ações de controle, uma vez que possui uma maior prevalência devido inclusive as suas condições de vida antes do encarceramento, tais como: baixa escolaridade, origem de comunidades desfavorecidas, maior frequência de tratamento anterior, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, uso de drogas ilícitas. **Objetivos:** Avaliar a atuação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais no Ceará. **Métodos:** A avaliação se deu em unidades prisionais de portes diferenciados: presídio, casa de privação e hospital penal no período de junho a dezembro /2015. Os participantes foram aqueles envolvidos no Programa de Controle da TB – presos, agentes penitenciários e profissionais de saúde através de uma entrevista com perguntas abertas, avaliação do SINAN e revisão de prontuários. **Resultados:** Obtivemos o seguinte resultado: diagnóstico tardio, tratamentos irregulares; baixo percentual da realização da busca de sintomáticos respiratórios; baixo percentual de exames realizados nos contatos; baixo percentual de exames de controle realizados nos pacientes durante o tratamento; elevado número de casos transferidos de uma unidade prisional para outra, facilitando o abandono ao tratamento e podendo levar ao surgimento de formas resistentes além da transmissão da doença; saída do interno por meio de alvará de soltura sem o repasse da informação para a equipe de saúde; falta de prioridade frente ao problema da tuberculose dentro das unidades prisionais dificultando o controle da doença nas prisões, muitas vezes pelo próprio interno, desconhecimento por parte dos funcionários sobre a transmissão da doença. **Conclusão:** No que concerne aos obstáculos para o controle da TB observei que existem peculiaridades sociais e psicológicas relacionadas à organização e funcionamento, ressaltando a subvalorização dos sintomas da doença, a inadequação do controle da TB e as dificuldades de acesso à assistência de saúde, decorrentes da priorização da segurança, pelas autoridades penitenciárias, em detrimento da saúde. Melhorar o controle da tuberculose nas prisões beneficia a comunidade em geral, visto que as prisões podem contribuir para o aumento ou manutenção da doença no território onde se encontram, através dos profissionais que nela atuam, dos visitantes e dos detentos inadequadamente tratados.

**Palavras-chave:** Tuberculose; presídio; avaliação

**PO060 INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS CLÍNICAS POR SEXO E PROPORÇÃO POR FAIXA ETÁRIA - CEARÁ 2010 A 2015**

**CHRISTIANA MARIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA\***; SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES; MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA; VALDERINA RAMOS FREIRE; PATRICIA FLORENÇO SILVA; NADJA MARIA PEREIRA DE DEUS SILVA  
*SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Introdução:** O Brasil encontra-se na 18ª posição entre os 22 países no Mundo. A concentração dos casos de tuberculose está entre a faixa etária de 20 a 49 anos de idade, portanto, na faixa de maior produtividade social. O Estado do Ceará possui uma população de 8. 904. 459 hab. (2015) e 3. 447 casos novos no SINAN, incidência de 38, 7% (média nacional de 30, 9%). O Ceará ocupa o 2º lugar em incidência da Região Nordeste em 2015, persistindo como importante problema de saúde pública para Min. da Saúde. O Programa Estadual de Controle da Tuberculose está implantado em todas Unidades Básicas de Saúde e os pacientes acompanhados pelas Equipes Saúde da Família, com 79, 6% de cobertura populacional. Diante do exposto foi realizada análise das taxas de incidência por sexo e a proporção por faixa etária. **Objetivos:** Identificar e avaliar as taxas de incidência da tuberculose de todas as formas clínicas por sexo e a proporção na faixa etária de 20 a 49 anos, notificados no SINAN do Estado. **Métodos:** Os dados foram coletados no SINAN/Ce por residência, ano de diagnóstico, sexo e faixa etária, no período de 2010 a 2015. As taxas de incidência foram calculadas a partir do número de casos novos por ano de estudo e a proporção calculadas do total de casos por faixa etária de 20 a 49 e sexo. **Resultados:** Observou-se um número maior de casos novos de tuberculose de todas as formas clínicas na faixa etária de 20 a 49 anos no período de 2010 a 2015 por residência. Foram notificados 6. 771 (sexo masculino) casos por faixa etária de 20 a 49 anos e 13. 432 casos novos no período de 2010 a 2015, resultando uma proporção de 50, 4% com uma média 2. 238 casos/ano. Do sexo feminino, 3. 587 casos por faixa etária de 20 a 49 anos e 7. 499 casos novos no período de 2010 a 2015, resultando uma proporção de 47, 8%, com uma média de 1. 249 casos/ano. As taxas de incidência nos anos de estudo foram: sexo masculino 54, 7%, 55, 7%, 52%, 52%, 52%, 55, 2%, com média de 53, 6% e do sexo feminino foram 30, 2%, 30, 6%, 28, 3%, 29, 3%, 26, 8%(2014), 25, 6%, com média de 28, 4%. **Conclusão:** Observamos que na faixa etária de 20 a 49 anos do sexo masculino a proporção (50, 4%) é superior a do sexo feminino (47, 8%) e a média do sexo masculino (2. 238) casos/ano é maior do que a do sexo feminino (1. 249). A incidência, a do sexo masculino (53, 6%) é mais elevada do que a do sexo feminino (28, 4%) com uma diferença significativa de 25, 2%. Detectamos uma maior incidência de tuberculose de todas formas clínicas do sexo masculino sendo necessário facilitar e ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde para planejar ações de controle. A vulnerabilidade provavelmente ocorre devido a organização das unidades de saúde (horário), se sentir invulnerável, dificuldade em reconhecer suas necessidades e as próprias campanhas de saúde pública não se voltarem para este segmento.

**Palavras-chave:** Tuberculose; epidemiologia; sinan

**PO061 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: UMA FERRAMENTA PARA A GESTÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE/TB DO ESTADO DO CEARÁ.**

**SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES\***; **CHRISTIANA MARIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA**; **MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA**; **VALDERINA RAMOS FREIRE**; **PATRICIA FLORENÇO SILVA**; **NADJA MARIA PEREIRA DE DEUS SILVA**  
**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.**

**Introdução:** A TB foi decretada pela Organização Mundial de Saúde como reemergente desde 1993. A incidência e a carga da doença ainda são consideradas elevadas, tornando um problema de saúde pública. A TB é uma doença grave, de difícil controle e que recebe influência de diversos fatores, merecendo especial atenção por parte das autoridades políticas, serviços de saúde e de toda população. No Ceará apresenta uma tendência de declínio na taxa de incidência, mas apesar dessa diminuição, observa-se segundo dados laboratoriais, que não estamos buscando os sintomáticos respiratórios em nossa população. Dada a importância da tuberculose no Estado do Ceará, este estudo visa conhecer a epidemiologia da tuberculose com vistas a subsidiar intervenções para a melhoria do controle da doença. **Objetivos:** Analisar aspectos epidemiológicos e operacionais do controle da TB no Ceará, no período de 2005 a 2015. **Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo da série histórica. Utilizou-se o banco de dados do SINAN do Estado no período de 2005 a 2015. Foram analisadas as variáveis: incidência de TB de todas as formas, teste HIV, coinfeção TB/HIV, cultura para os casos de retratamento, cura, abandono e mortalidade. **Resultados:** A tendência de declínio nas taxas de incidência de 49/100000hab de TB todas as formas (2005) para 38, 4/100000hab (2010). Considerando os casos notificados em 2015 a faixa etária mais acometida é a de 20 a 49 anos. O teste HIV no ano de 2005 era 16, 8% e 53, 9% em 2015, 8, 2% coinfectado. O percentual de realização de cultura nos casos de retratamento passou de 19, 5% (2005) para 27, 7% (2015). Em relação ao abandono, era de 8, 3% (2005) e de 8, 7% (2015). O percentual de cura era 77% (2005) e 20, 5% (2015). A taxa de mortalidade diminuiu no período de 2005 a 2014, passando de 2, 9/100mil hab (2005) para 2, 3/100mil hab. (2015), embora no período estudado tenha-se observado taxa de 3, 2 óbitos por 100 mil habitantes. **Conclusão:** A transmissão da tuberculose está ativa e os pacientes estão sendo diagnosticados e tratados tardiamente dificultando assim a quebra da cadeia de transmissão. Espera-se que a expansão da Saúde de Família, onde as ações de busca de sintomáticos respiratórios, o controle e tratamento da tuberculose sejam prioritários, aliada a melhoria na rede laboratorial e a implantação de métodos diagnósticos rápidos, seja possível visualizar um cenário favorável para a melhoria da atual situação epidemiológica. O objetivo do controle da tuberculose é, principalmente, reduzir as fontes de infecção, identificando os casos, examinando-os através de exames bacteriológicos e submetendo-os ao pronto tratamento adequado, levando à redução da incidência, prevalência e mortalidade da doença. Se faz necessário monitorar os indicadores epidemiológicos de Tb registrados no SINAN, direta e indiretamente objetivando programar ações eficazes e efetivas para o controle desse agravo e portanto, uma boa gestão do programa.

**Palavras-chave:** Tuberculose; gestão; epidemiologia

**PO062** **COMITÊ DA TUBERCULOSE/TB DO ESTADO DO CEARÁ: AVALIANDO SUA CAPACIDADE TÉCNICA GERENCIAL**  
**SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES\***; **CHRISTIANA MARIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA**; **NADJA MARIA PEREIRA DE DEUS SILVA**; **VALDERINA RAMOS FREIRE**; **PATRICIA FLORENÇO SILVA**; **MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA**

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.**

**Introdução:** Indicadores epidemiológicos da TB reforça-se o que diz Ruffino-Netto (2002, p. 51) "A TB no Brasil não é considerada "um problema emergente e nem mesmo reemergente e sim um problema presente e ficante há longo tempo". Ao longo dos anos o Programa de Tuberculose do Estado do Ceará vem trabalhando priorizando o fortalecimento da intersetorialidade envolvendo OG, ONG sociedade civil, órgão privado para juntos melhorar o enfrentamento desse agravo. O início efetivo da sociedade civil ocorreu em 2008 com a criação do então comitê metropolitano. Atualmente o comitê é de âmbito estadual e institucionalizado através da Portaria 181/2015, com missão de: "Ser um articulador entre governo e sociedade civil, buscando integração e contribuição para as políticas públicas do controle da tuberculose no Ceará". **Objetivo:** Avaliar a capacidade técnica gerencial do Comitê Estadual de Controle da TB. **Metodologia:** Em 2015 os membros sugeriram a avaliação. Foi adaptado instrumento de auto-avaliação oriundo do PNCT/MS ficando dividido em 03 níveis: gestão, habilidades e organização. Conta com 13 perguntas fechadas e para cada nível há um item e peso. A classificação dos itens após somatória ficou: sustentabilidade fraca: 01 a 07 pontos; sustentabilidade média: 07 a 15 pontos; sustentabilidade forte: 15 a 23 pontos. **Resultados:** Responderam 75% dos membros titulares do comitê. Sobre à gestão: 100% afirmam participar de reuniões com data definida; 100% afirmam que há registros das atas das reuniões; 90% afirmam que existe articulação entre comitê e órgãos da administração direta e indireta, instituições privadas e sociedade civil; 100% afirmam que o plano de trabalho anual é monitorado mensalmente; 82% se consideram bem informados sobre seu funcionamento. Sobre às habilidades: 95% afirmam que membros do comitê têm habilidades para executar tarefas de planejamento; 63, 5% afirmam que o comitê não interage com outros comitês. Sobre à organização: 95% dos membros afirmam que representam o comitê em diferentes espaços e instâncias; 77% afirmam que participa da elaboração e execução do plano de trabalho anual; 59% afirmam que a secretaria executiva não descentraliza decisões e responsabilidades; 90% afirmam que a atual organização do comitê tem se mostrado suficiente para promover os objetivos. O comitê foi considerado com forte sustentabilidade com 21 pontos. **Conclusão:** A resposta da sociedade civil no controle da TB no Estado do Ceará é ainda muito incipiente devido ao trabalho voluntariado. No entanto, a gestão compreende que, fomentando essa mobilização, haverá o fortalecimento por meio da corresponsabilidade instituída no processo participativo, ganhando legitimidade e transparência no controle da TB. Analisando o desempenho do comitê durante o período de sete anos, verifica-se que as estratégias utilizadas são experiências bem-sucedidas e esse resultado foi atingido por ser um comitê articulado.

**Palavras-chave:** Tuberculose; comitê; sociedade civil

## EPIDEMIOLOGIA

**PO063** **DERRAME PLEURAL PARAPNEUMÔNICO NA CRIANÇA – ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA**  
**RODRIGO MATTOS DOS SANTOS\***; **FABIO ALMEIDA MORAIS**  
**UNESC - CRICIÚMA, ARARANGUA, SC, BRASIL.**

**Introdução:** Derrame pleural parapneumônico é a efusão decorrente de um processo infeccioso intrínseco ao pulmão,

apresentando-se normalmente nos quadros mais graves de pneumonias, com sintomatologia mais acentuada, como taquipneia e batimento de asas do nariz. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico de pacientes internados por pneumonia e que complicaram com derrame pleural em um Hospital Infantil do Sul de Santa Catarina no período de março de 2012 a setembro de 2014. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM StatisticalPackage for the Social Sciencies (SPSS) versão 22. 0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão quando apresentaram distribuição Normal e por mediana e amplitude (mínimo e máximo) quando não atenderam a essa característica. A análise inferencial foi realizada com um nível de significância  $\alpha = 0, 05$  e confiança de 95%. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense sob o parecer 746. 236/2014. **Resultados:** Foram internadas 708 crianças com diagnóstico de pneumonia, dentre elas, 72 complicaram com Derrame pleural, o que corresponde a uma prevalência de 10, 16%. Na amostra estudada (n=72), 45 deles eram meninos e 27 meninas. Entre todos os meninos internados por pneumonia (n=351), a frequência de derrame pleural foi de 12, 82%. Já entre as 357 meninas internadas por pneumonia, apenas 27 delas apresentaram efusão pleural, frequência no sexo feminino, então, de 7, 56%. A mediana de idade foi 3, 93 anos, com mínimo de 0, 24 e máximo de 12, 84 anos. Entre as meninas (n=27) a mediana da idade foi de 3, 82 anos, variando entre 0, 75 e 12, 84 anos. Já entre os meninos (n=45) a mediana da idade foi de 2, 41 anos variando entre 0, 24 – 10, 26 anos ( $p = 0, 077$ ). Dividimos os pacientes em três grupos: até 2 anos de idade completos (n=24) que correspondiam a 33, 3% dos pacientes com derrame pleural parapneumônico; acima de 2 anos e até 6 anos (n=31) que eram 43, 1% destes pacientes com efusão pleural; maiores de 6 anos e até 14 anos (n=17) correspondiam a 23, 6% do total da amostra. O tempo mediano de internação dos pacientes até 2 anos (n=24) foi de 14, 5 dias sendo que o mínimo por 4 e o máximo por 28 dias. Já para pacientes de 2 até 6 anos (n=31) a mediana ficou em 12 dias, oscilando entre 3 e 30. Para pacientes acima de 6 anos (n=17) encontrou-se a mediana de nove dias com mínimo e máximo variando em 4 e 57 dias ( $p=0, 062$ ). **Conclusão:** A prevalência em nosso estudo foi de em torno de 10%, sendo mais frequente em crianças do sexo masculino; e que não há diferença estatística quando se compara idade e tempo de internação da criança por derrame pleural parapneumônico. A prevalência entre crianças internadas por pneumonia e que complicam com derrame pleural é muito variável na literatura, estudos realizados na Espanha, Portugal e Brasil mostram prevalências que variam de 3 a 91%. (4, 5, 6, 7) Amantea e colaboradores<sup>3</sup> relatam esta complicação em 40% dos casos de pneumonia tratadas em ambiente hospitalar. Embora vários estudos encontrem prevalências bem diferenciadas, encontramos uma prevalência, mesmo dentro da literatura, abaixo da média<sup>3</sup>, um fator para essa discordância, pode estar na utilização de diferentes protocolos de internação.

**Palavras-chave:** Derrame pleural parapneumônico; criança; epidemiologia

**PO064** FREQUÊNCIA DE DOENÇAS DE IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUDOESTE DE SÃO PAULO

CAROLINE PEREIRA SANTOS<sup>1</sup>; ERCY MARA CIPULO RAMOS<sup>1</sup>; ANA CARLA DE SOUZA SANTOS<sup>2</sup>; ALINE DUARTE FERREIRA

CECCATO<sup>1</sup>; TAMARA DOS SANTOS GOUVEIA<sup>1</sup>; GUILHERME YASSUYUKI TACAO<sup>1</sup>; IARA BURIOLA TREVISAN<sup>1</sup>; DIONEI RAMOS<sup>1</sup>  
1. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

**Introdução:** A atenção básica a saúde é um conjunto de ações de saúde, que abrange a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos e a redução de danos. Em 1994 o Programa de Saúde de Família (PSF) foi adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), visando uma melhor prevenção nas doenças e agravos nas comunidades mais carentes do país. Aos poucos, o programa se transformou na maior estratégia do governo para reestruturação da Atenção Básica, passando então a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta conta com equipes de saúde da família, que obedecem a uma delimitação de abrangência com adstrição de clientela. No Brasil, apesar da criação da Política Nacional do Idoso (1994) e do Estatuto do Idoso (2003), só a partir de 2006, por intermédio do Pacto pela Saúde, é que o SUS passou a considerar o paciente idoso como prioridade. A partir de então, o objetivo principal passou a ser a manutenção da capacidade funcional do idoso. Sendo assim, o Ministério da Saúde, como parte da Política Nacional de Promoção da Saúde, segue as recomendações do OMS de incentivar projetos de políticas públicas para a promoção da saúde nos municípios brasileiros por meio da Atenção Básica. **Objetivos:** investigar a frequência de tipos de hipóteses diagnósticas (HD) de idosos atendidos em unidades de ESF. **Métodos:** Este foi um estudo transversal, onde foi realizado um levantamento dos prontuários de idosos atendidos em três unidades de ESF da cidade de Presidente Prudente/SP entre os meses de fevereiro e junho de 2016. Os idosos voluntários foram previamente informados sobre a pesquisa, e autorizaram o acesso aos seus prontuários por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram coletados dados como idade, gênero e hipótese diagnóstica (HD), segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética (CAAE: 51132615. 3. 0000. 5402). A análise estatística foi testada por meio do software SPSS 15. 0. Para análise da frequência entre as hipóteses diagnósticas e entre os gêneros foi utilizado o teste qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de  $p < 0, 05$ . **Resultados:** Foram analisados um total de 1288 prontuários, 524 homens e 764 mulheres ( $p < 0, 0001$ ) com média de idade de 71, 2±8, 2 anos. Foi encontrado um total de 35, 21% (681) HD de doenças cardiovasculares, 16, 28% (315) de doenças metabólicas, 8, 84% (171) de doenças osteomusculares, 7, 08% (137) de doenças neurológicas, 3, 87% (75) de doenças respiratórias, 2, 94% (57) de doenças oncológicas, 2, 79% (54) de doenças renais, 2, 11% (41) de doenças gastrointestinais, 0, 77% (15) de doenças oftalmológicas, 0, 62% (12) de doenças ginecológicas e 19, 44% (376) idosos sem HD  $p < 0, 0001$ . Pode ser observado um número maior de doenças cardiovasculares e metabólicas, no gênero feminino, 36, 5 % (442) e 17, 52 (212) respectivamente, quando comparado ao gênero masculino, 33, 01% (239) e 14, 22% (103) ( $p < 0, 0001$ ). **Conclusão:** Idosos atendidos em ESF apresentaram alta frequência de HD de doenças cardiovasculares e metabólicas, além das mulheres apresentarem alta frequência de HD de doenças cardiovasculares e metabólicas quando comparado aos homens e foi observado surpreendentemente alta frequência de prontuários sem HD.

**Palavras-chave:** Atenção primária; idoso; saúde pública

**PO065 PREDITORES DA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO DE REPOUSO EM ADULTOS SEM DOENÇA RESPIRATÓRIA.**

JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR<sup>1</sup>; ALESSO DA SILVA REGO<sup>2</sup>; DEON VINÍCIUS MOREIRA PIMENTEL<sup>1</sup>; NATHÁLIA TAVARES DA SILVA<sup>1</sup>; VANESSA SILVA TELES<sup>1</sup>; SHEILA ALVES PEREIRA<sup>2</sup>; MARCELO FOUAD RABAH<sup>2</sup>

1. UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO, BRASIL; 2. UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A oximetria de pulso é uma ferramenta amplamente utilizada na avaliação e monitoramento de doenças pulmonares, mas o conhecimento sobre os preditores da saturação de oxigênio na população geral sem doença pulmonar é limitado. 1 Dois estudos verificaram que aumento do IMC, da idade, o sexo masculino, o tabagismo e a limitação do fluxo aéreo eram preditores da saturação de oxigênio na população geral, mas não excluíram indivíduos portadores de doença respiratória em sua avaliação. 1, 2 **Objetivos:** Determinar os preditores da saturação de oxigênio de repouso em uma amostra de indivíduos sem doença respiratória. **Métodos:** Um estudo transversal foi conduzido nos Centros Integrados de Assistência Médica e Social Novo Horizonte e no Programa de Saúde da Família Caravelas e Santa Rita em Goiânia-GO. Quatrocentos e cinquenta e três pacientes consecutivamente avaliados, assintomáticos do ponto de vista respiratório e que negavam diagnóstico prévio de doença pulmonar, e que forma especificamente questionados sobre diagnóstico prévio de asma, bronquite ou enfisema realizaram avaliação clínica, medida da saturação de oxigênio e espirometria completa com broncodilatador. As variáveis foram descritas utilizando-se proporção, média e desvio padrão. Análise de correlação foi realizada entre a saturação de oxigênio e as variáveis clínicas e funcionais e regressão logística foi realizada utilizando-se a variável binária saturação de oxigênio  $\geq 95\%$  e  $< 95\%$ . Este estudo foi realizado de acordo com as boas práticas clínicas e foi aprovado pelo Comitê do Hospital Geral de Goiânia Ética sob o número 195/2011. **Resultados:** Ao longo de um período de 17 meses, 453 indivíduos sem doença respiratória foram avaliados para elegibilidade. Destes, 58 indivíduos (12, 8%) não foram incluídos devido a espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo. A amostra de 395 indivíduos avaliada apresentava predominância do sexo feminino (76, 5%), idade avançada (62,  $7 \pm 9$ , 7anos), sobrepeso ( $29 \pm 5$ , 4Kg/m<sup>2</sup>), autodenominados brancos (46, 8%), 264 (66, 8%) nunca fumantes, 112 (28, 4%) ex-tabagistas e 19 (4, 8%) fumantes ativos, e dentre os indivíduos avaliados 38 (9, 6%) apresentavam saturação  $< 95\%$ . A análise de correlação mostrou correlação negativa entre a saturação de oxigênio e o IMC (coeficiente -0, 20;  $p=0, 0001$ ) e a idade (coeficiente -0, 21;  $p<0, 0001$ ), e correlação positiva com a CVF pré-BD em porcentagem (coeficiente 0, 11;  $p=0, 03$ ). O IMC (OR 1, 12; IC 95%: 1, 06-1, 19;  $p=0, 0001$ ) e a idade (OR 1, 05; IC 95%: 1, 01-1, 09;  $p=0, 02$ ), foram significativamente associados com saturação  $< 95\%$ . Nenhuma variável espirométrica foi significativamente associada a saturação de oxigênio  $< 95\%$  na amostra sem doença respiratória. **Conclusão:** O peso e a idade estão inversamente associados com a saturação de oxigênio, e a função pulmonar não é preditora da saturação de oxigênio em indivíduos sem doença respiratória.

**Palavras-chave:** Saturação de oxigênio; epidemiologia; população geral

**PO066 EFEITOS DA POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA E FATORES METEOROLÓGICOS NAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NA CIDADE DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP NO ANO DE 2014 E 2015**

DANIELA BONFIM CORTÊS\*; IRIS CRISTINA CORIPIO; IARA BURIOLA TREVISAN; ALINE DUARTE FERREIRA CECCATO; ERCY MARA CIPULO RAMOS; DIONEI RAMOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA (FCT/UNESP), PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

**Introdução:** A poluição atmosférica está associada com o aumento crescente da morbimortalidade de indivíduos expostos em grandes centros urbanos. Entretanto, cidades do interior de São Paulo, como Presidente Prudente, vem apresentando um aumento da frota e do fluxo de veículos automotores, além de possuir usinas sucroalcooleiras adjacentes como importantes fontes de emissão de poluentes, o que pode levar a um aumento da concentração de poluentes atmosféricos e do número de internações hospitalares. Contudo, ainda existem poucos estudos na literatura que avaliem a relação entre poluição atmosférica e internações hospitalares por doenças cardiovasculares em cidades interioranas. **Objetivos:** Investigar os efeitos da poluição atmosférica e dos fatores meteorológicos nas internações por doenças cardiovasculares. **Métodos:** Dados diários de internações hospitalares de adultos, com idade entre 45 e 79 anos, residentes da cidade de Presidente Prudente/SP, serão adquiridos através do banco de dados do SUS (DATA-SUS), relacionados às doenças cardiovasculares (CID10 – I00 a I99). Os níveis médios diários dos poluentes atmosféricos (MP10, NO<sub>2</sub>) e os dados de temperatura (T) e umidade relativa do ar (UR) serão obtidos junto a CETESB (Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental). **Resultado:** Pode-se observar que entre os anos de 2014 e 2015 houve diferença significativa no número de internações por doenças cardiovasculares ( $p<0, 0001$ ). No ano de 2015 a média anual de internações foi superior ao ano de 2014 ( $298, 6 \pm 23, 2$  vs  $140, 8 \pm 15, 5$ ). Além disso, houve correlação entre este aumento de número de internações em 2015 com temperatura ( $r= -0, 704$ ;  $p=0, 011$ ) e NO<sub>2</sub> ( $r=0, 657$ ;  $p=0, 020$ ), ou seja, quanto menor era a temperatura e maior a concentração de NO<sub>2</sub>, maior era o número de internações por doenças cardiovasculares. **Conclusão:** Concluímos que houve correlação entre a diminuição da temperatura, e maior a concentração de NO<sub>2</sub> com o aumento do número de internação por doenças cardiovasculares na cidade de Presidente Prudente/SP durante o período do estudo.

**Palavras-chave:** Poluição atmosférica; doenças cardiovasculares; internações hospitalares

**PO067 AVALIAÇÃO DO USO DE DISPOSITIVOS INALATÓRIOS EM PACIENTES ACOMPANHADOS EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO PULMONAR**

MAYARA OCHIKUBO\*; EDILENE TRISTÃO; JULIANNA DA HORA RIBEIRO; ANA CAROLINA C ANDRADE; OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO; JOSÉ ROBERTO JARDIM

EPM - UNIV. FEDERAL DE SÃO PAULO / HSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O uso incorreto do dispositivo inalatório (DI) leva à ineficácia do tratamento. O uso correto de DI depende do grau de compreensão do paciente, tempo que o profissional da saúde dispõe para ensinar-lhe a técnica e a qual ele se adapta. **Objetivo:** Observar como os pacientes utilizam o seu DI e identificar a incidência de erros mais relevantes nas etapas do seu uso. **Métodos:** Estudo descritivo com pacientes consecutivos, regularmente seguidos em um Centro de Reabilitação Pulmonar na cidade de São Paulo. Após preencher um formulário de identificação, o paciente era observado durante as etapas do uso de seu(s) dispositivo(s) inalatório(s). Cada etapa era avaliada e um questionário era preenchido de acordo com: "Sim", para o

uso correto e “Não”, para o uso incorreto. Questionou-se se o paciente havia recebido orientação do seu médico: “Sim”, para orientado e “Não”, para não orientado. **Resultados:** Foram avaliados 138 pacientes, sendo 15 excluídos do estudo, 12 por não usarem DI e três por dados incompletos. Dos 123 pacientes avaliados, 56, 1% eram homens e a média da idade 64, 2 ( $\pm$  9, 9) anos. Pacientes analfabetos eram 11, 4%, 1º grau completo 59, 3%, 2º grau completo 20, 3%, curso técnico 1, 6% e nível superior 7, 3% (n=9). Entre os de uso de DI de gás (n=56), 7, 1% não inspiravam lenta e profundamente e 8, 9% não mantinham a respiração por 10 segundos. Com DI de pó com cápsula (n=92), 4, 3% não inspiravam lenta e profundamente e 10, 9% não mantinham a respiração por 10 segundos. No dispositivo Diskus (n=30), 6, 7% não inspiravam lenta e profundamente e 10% não mantinham a respiração por 10 segundos. Apenas 78, 3% relataram terem sido orientados pelo seu médico. **Conclusão:** Erros no uso dos dispositivos inalatórios existem, porém o seguimento do paciente com orientação frequente faz com que os erros sejam baixos. Nem todos os pacientes são orientados quanto ao seu uso e isto pode estar relacionado com os erros cometidos no uso do dispositivo. Profissionais de saúde devem ser capacitados a educar o seu paciente e a educação contínua dos mesmos devem ser priorizadas quando fazem uso de medicamentos por via inalatória.

**Palavras-chave:** Inaladores dosimetrados; nebulizadores e vaporizadores; técnica inalatória

#### **PO068 AUMENTO DA PREVALÊNCIA DE ASMA EM ADULTOS DURANTE 2003-2013 NO BRASIL**

**FELICE MORAES DOS SANTOS\*<sup>1</sup>; KARYNNA PIMENTEL VIANNA<sup>2</sup>; LUCIANA TARDES SATURNINO<sup>2</sup>; EVELYN LAZARIDIS<sup>2</sup>; CLAUDIA SOARES<sup>2</sup>**

1. SHIFT, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. GSK, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Enquanto que a asma é uma doença crônica que afeta todas as faixas etárias, a maioria dos estudos locais tem focado em crianças. Nessa faixa etária, evidências locais apontam para um aumento da prevalência de asma em crianças. Entretanto, não há estudos que avaliem se o mesmo perfil também é identificado na população adulta. **Objetivos:** Determinar a tendência na prevalência autorreferida de diagnóstico de asma no Brasil de 2003-2013 em adultos segundo sexo, posse de plano de saúde, zona de residência e regiões geográficas do Brasil.

**Métodos:** Bancos de dados de três diferentes pesquisas nacionais domiciliares foram analisados: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2003, PNAD 2008 e Pesquisa Nacional de Saúde 2013. A população de análise foi composta por todos os adultos com idade entre 18 e 45 anos e a prevalência de asma foi calculada como a proporção de indivíduos que autorreferiram ter diagnóstico médico de asma. A análise de tendência foi conduzida por meio de modelo linear generalizado logístico com matriz de correlação identidade com o Teste de Wald aplicado para analisar a significância estatística ( $p < 0, 05$ ). A variação anual (VA) foi calculada como a média geométrica entre 2003 e 2013. **Resultados:** A prevalência de asma no Brasil em 2003, 2008 e 2013 foi de 3, 6%, 3, 7% e 4, 5%, respectivamente, apresentando uma tendência positiva com variação anual de +2, 26% ( $\beta = 0, 025$ ;  $p < 0, 001$ ). Um aumento estatisticamente significativo foi observado na prevalência de asma para a região Norte (3, 1%, 3, 0%, 4, 9%; VA = +4, 68%;  $\beta = 0, 058$ ;  $p < 0, 001$ ), Nordeste (2, 2%, 2, 3%, 3, 3%; VA = +4, 14%;  $\beta = 0, 046$ ;  $p < 0, 001$ ) e Sudeste (4, 0%, 4, 3%, 4, 8%; VA = +1, 84%;  $\beta = 0, 021$ ;  $p = 0, 025$ ),

mas não para a região Sul (5, 0%, 4, 8%, 5, 8%; VA = +1, 50%;  $\beta = 0, 017$ ;  $p = 0, 121$ ) e Centro-Oeste (3, 9%, 3, 5%, 4, 2%; VA = +0, 74%;  $\beta = 0, 006$ ;  $p = 0, 588$ ). Essa tendência de aumento foi observada tanto em homens (2, 9%, 2, 9%, 3, 7%; VA = +2, 47%;  $\beta = 0, 025$ ;  $p = 0, 003$ ) quanto em mulheres (4, 2%, 4, 4%, 5, 2%; VA = +2, 16%;  $\beta = 0, 025$ ;  $p < 0, 001$ ), naqueles sem (3, 3%, 3, 4%, 4, 1%; VA = +2, 19%;  $\beta = 0, 025$ ;  $p < 0, 001$ ) e com plano de saúde (4, 5%, 4, 4%, 5, 4%; VA = +1, 84%;  $\beta = 0, 022$ ;  $p = 0, 014$ ). Indivíduos moradores da zona urbana (3, 8%, 3, 8%, 4, 7%; VA = +2, 15%;  $\beta = 0, 025$ ;  $p < 0, 001$ ) demonstraram uma tendência positiva para um aumento da prevalência de asma, enquanto que não se observou qualquer tendência significativa para residentes da zona rural (2, 3%, 2, 9%, 3, 0%; VA = +2, 69%;  $\beta = 0, 027$ ;  $p = 0, 072$ ). **Conclusão:** Um aumento na prevalência de asma em adultos na última década foi observada, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, corroborando com outros estudos que apresentam aumento da prevalência na América Latina. Atualmente, a população adulta representa cerca de 44, 5% da população brasileira, indicando uma necessidade de maior atenção a programas de manejo da asma nessa parcela da população. De maneira similar, maior capacitação dos profissionais de saúde na atenção primária e conscientização do paciente sobre a doença também deve ser considerada. Esse estudo (PRJ2417) foi financiado pela GSK. FMS, KVP, LTS, EL, CS trabalham na GSK.

**Palavras-chave:** Asma; prevalência; tendência

#### **PO069 AVALIAÇÃO PULMONAR PRÉ OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UMA CLÍNICA PRIVADA DO DF**

**BENEDITO FRANCISCO CABRAL JR\*<sup>1</sup>; KEYDSON SOUSA SANTOS<sup>2</sup>; EDGARD SANTOS MAESTRO<sup>3</sup>; RODRIGO DE CASTRO SOUSA<sup>1</sup>; RAMIRO DOURADO MARANHÃO<sup>3</sup>**

1. PNEUMHO, BRASILIA, DF, BRASIL; 2. UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. HRG, BRASILIA, DF, BRASIL.

**Introdução:** As cirurgias de grande porte e com anestesia geral como a cirurgia bariátrica geralmente são precedidas de avaliação Cardiológica e Pneumológica independente de doenças pulmonares pré existente. Objetivo do nosso trabalho é avaliar a rotina de um serviço privado bem como a incidência de distúrbio ventilatório inespecífico em função pulmonar em pacientes com IMC elevado por obesidade mórbida e a incidência de apnéia do sono nessa coorte específica. **Método:** Análise retrospectivas através do software Biostat 5. 0 de uma coorte de 200 pacientes submetidos a avaliação pulmonar pré operatórias com critérios de inclusão: cirurgia bariátrica / redução de estômago, maiores de 18 anos, exames pré- operatórios realizadas pelo mesmo profissional médico bem como as provas de função pulmonar no mesmo aparelho e com o mesmo técnico seguindo as normas e diretrizes da SBPT nos últimos dois anos. Resultados e **Conclusão:** os dados quanto a idade- faixa etária, gênero, tabagismo e exames complementares são compatíveis com os achados na literatura. métodos clínicos e complementares são necessários para o diagnóstico de doenças obstrutivas bem como SAOS / SHA para minimizar os riscos de complicações no pré e pós operatório

**Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica; pré operatório; apneia e função pulmonar

#### **PO070 PARECER HOSPITALAR EM PNEUMOLOGIA CRISTOVAO CLEMENTE RODRIGUES\*<sup>1</sup>; CARLOS LEONARDO CARVALHO PESSÔA<sup>1</sup>; BERENICE DAS DORES GONÇALVES<sup>1</sup>; EVANDRO GARCEZ BELMAR<sup>1</sup>; CAROLINA BATISTA FERNANDES<sup>1</sup>; ILANA**



**RANGEL MESSIAS; LARISSA FIDALGO PEREIRA DE BARROS; THAÍS MENDES PERES**

UNIVER. FEDERAL FLUMIN, NITEROI, RJ, BRASIL.

PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE HOSPITALAR – PCTH E SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-HUAP – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE-UFF

**Introdução:** A Pneumologia é especialidade relativamente nova, originada no Brasil por Clementino Fraga que, em 1914, em Salvador, criou o primeiro Curso de Tisiologia e, em 1926, no Rio de Janeiro. Nos anos 70, consolidaram-se as disciplinas de Pneumologia, os Programas de Residência e a fusão das antigas Sociedades. Passada a expansão até século XXI, convive com a redução na procura dos programas de residência e o desafio em estabelecer seu território, principalmente no ambiente hospitalar, frente a especialidades correlatas e Comissões de Infecção Hospitalar. **Objetivo:** Assim tornou-se oportuno, em trabalho piloto, conhecer os motivos e para quais pacientes internados são solicitadas interconsultas à Pneumologia em hospital geral. Em revisão dos principais bancos de dados, apenas em Psicologia e Psiquiatria encontramos trabalhos semelhantes. Metodologia Em estudo observacional retrospectivo analisamos 31 pareceres em 16 meses. As variáveis: gênero, faixa etária, tabagismo, etilismo, pneumopatia prévia, especialidade solicitante, tempo de internação, período no ano da solicitação, diagnóstico, conduta da pneumologia e seu resultado, diagnóstico final e desfecho da evolução. Resultados Foram 31 pareceres e 22 pacientes: 12 mulheres e 10 homens; 8 tabagistas ou ex-tabagistas, 6 não e 8 sem informação; 12 (54, %) etilistas ou ex-etilistas, 3 não e 7 (31,8%) sem informação. Pneumopatias prévias: 14 (63, 3%). Solicitações: clínica 18 e 4 da cirurgia. Tempo de internação: 2 a 100 dias (média: 57). Período do parecer: Outono/inverno 19 (61, 3%), verão/primavera 13. Motivo: Infecção e pré-operatório 3, DPOC, asma e TB, 2 cada; biópsia pulmonar, broncoscopia, de derrame pleural, função pulmonar, tromboembolismo, aumento de IgE, 1 cada. Condutas: manuseio de broncodilatador 8; indicação/troca de antibióticos 5; tratamento ou investigação de TB 3 ou asma grave 2; indicação de broncoscopia 3. Resultado da conduta não obtido pela impossibilidade de monitoramento retrospectivo da resposta. Diagnósticos finais compatíveis com as suspeitas clínicas. Óbitos: 5 (22, 7%). Conclusão Trabalho piloto avaliando as interfaces da Pneumologia no ambiente hospitalar. O registro coincidiu com a drástica redução dos leitos o que pode explicar a redução das interconsultas. Emergem dos números pacientes graves, comorbidades, idosos, de longa internação(57) em relação à média de 10 dias (HUAP), predomínio no outono/inverno, etilismo/tabagismo, 22, 7% de óbitos comparados aos 6% (HUAP). O quadro clínico e os motivos das consultas criam espectro que exige expertise do pneumologista. As interconsultas não devem ser respondidas por médico em treinamento, a não ser sob estrita supervisão que endossará o laudo. Essa análise avalizou subsídios para mudanças na ficha de pareceres da instituição.

**Palavras-chave:** Parecer; interconsulta; pneumologia

#### **PO071 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO ESTADO DO CEARÁ EM 2015 E SUA CORRELAÇÃO COM DADOS DE ANOS ANTERIORES.**

**HELEN MELO OLIVEIRA\*<sup>1</sup>; FRANCISCO HÉLIO OLIVEIRA JÚNIOR<sup>2</sup>; MATEUS DIAS AMÉRICO<sup>3</sup>; LUCAS ANDRADE SALES<sup>1</sup>; MARCOS VINÍCIUS CHAGAS SOUSA<sup>4</sup>; CAIO MARQUES FERNANDES<sup>1</sup>; FELIPE DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>1</sup>; EDUARDO DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>5</sup>**

1. HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA, CE, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL; 4. UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 5. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose (TB) é uma doença de preocupação mundial, particularmente no Brasil, visto suas altas prevalência e incidência, especialmente em imunossuprimidos. Além disso, o tratamento prolongado suscita preocupação quanto ao seguimento desses pacientes. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose no estado do Ceará, no ano de 2015, e comparar com os dados divulgados de anos anteriores. **Métodos:** Trata-se de um trabalho de cunho descritivo, com delineamento transversal. O mesmo foi baseado em dados do Boletim Epidemiológico liberado em 22 de março de 2016, pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Resultados:** Houve uma incidência de tuberculose de 38, 4 casos por 100 mil habitantes no ano de 2015 (3.417 notificações), significando uma discreta diminuição em relação a 2001, cuja incidência foi de 46, 1 casos por 100 mil habitantes. A taxa de cura de 2015 foi de 20, 5%, porém esses são dados parciais, sujeitos à revisão. Analisando-se, destarte, os percentuais de 2004 e 2014, estes foram de 78, 6% e 59, 2%, respectivamente. O abandono do tratamento representou 8, 7% dos indivíduos em 2015; 10, 4% e 12, 7% em 2004 e 2014, respectivamente. A taxa de mortalidade por tuberculose vem se reduzindo de 2000 a 2015, com uma taxa de óbito de 2, 3 em 100 mil habitantes no ano de 2015. Já a coinfeção entre HIV e TB aumentou ao longo dos anos de 2000 a 2015, haja vista o aumento na realização de exame para diagnóstico de HIV nos pacientes com diagnóstico de tuberculose. Em 2015, 8, 18% foram diagnosticados com coinfeção, tendo sido 53, 9% dos pacientes com TB testados para HIV. **Conclusão:** Ocorreu uma leve diminuição da incidência da infecção nos últimos 14 anos no estado do Ceará. Essa redução talvez fosse maior, não fossem as quedas nas taxas de cura, uma vez que estas tiveram uma queda significativa no período de 2004 a 2014. Isto não pode ser explicado pelo abandono à quimioterapia, visto a relativa estabilidade deste descritivo. Como a OMS/OPAS preconiza que a cura seja de 85%, a situação se demonstra preocupante. A mortalidade, entretanto, diminuiu nos últimos 15 anos, refletindo uma potencial melhora na assistência à saúde. Vale ressaltar, que alguns municípios mantêm baixas taxas de infecção (0 a 16, 2 por 100 mil habitantes) mesmo quando circundados por outros com incidência mais alta (34, 4 a 100 por 100 mil habitantes). Além disso, é fundamental a correlação entre HIV e tuberculose, esta podendo ser uma das primeiras manifestações daquela. Assim, constata-se que, com o aumento do número de pacientes diagnosticados com tuberculose testados para HIV, houve igual aumento (apesar de não proporcional, mas ainda expressivo) do número de sorologias positivas. Desse modo, é necessária maior atenção na assistência em relação aos pacientes com tosse por duas ou mais semanas, além de maior ênfase quanto à importância do seguimento da aderência ao tratamento. Ademais, é fundamental que estes enfermos sejam rastreados para infecção por HIV.

**Palavras-chave:** Tuberculose; ceará; epidemiologia

#### **PO072 AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE USO DOS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS EM PACIENTES ATENDIDOS NO**

## AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO (HRS)

**JOSÉ CLAUDIO SILVA OLIVEIRA JÚNIOR\***; EDGARD SANTOS MAESTRO<sup>1</sup>; HÉRICA BRITO DE OLIVEIRA DOS SANTOS<sup>2</sup>

1. SES/DF, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

**Introdução:** O uso de dispositivos inalatórios como base terapêutica de tratamento para distúrbios ventilatórios foi consagrado na prática clínica, desde o início do século XX. É notável a eficácia da via inalatória para uso de medicamentos com objetivo de broncodilatação, pois a ação é direta sobre a mucosa respiratória e pequenas concentrações obtêm-se efeito ideal da droga e baixa incidência de efeitos colaterais. O sucesso terapêutico é baseado na correta compreensão da técnica de cada dispositivo prescrito, portanto, todo médico deve abordar e revisar as técnicas específicas junto a seu paciente. **Objetivo:** Avaliar a técnica de uso dos dispositivos inalatórios dos pacientes atendidos em ambulatório de Pneumologia do Hospital Regional de Sobradinho / Distrito Federal (HRS/DF). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com análise descritiva de dados primários colhidos pela técnica de entrevista estruturada, observacional. Foram realizados no período de abril de 2016 a maio de 2016. A avaliação se deteve em indivíduos com diagnóstico estabelecido de algum grau de pneumopatia, beneficiados pelo uso de: aerossol dosimetrado (AD), RespiMat®, Aerolizer®, Turbuhaler®, Diskus®; por recomendação médica prévia. O trabalho foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP/FEPCS-DF). **Resultados:** Durante o período de estudo, foram realizadas 80 consultas no ambulatório especializado em pneumologia do HRS/DF, dentro os quais, 64 pacientes utilizavam algum dispositivo inalatório, sendo realizadas 48 entrevistas, com fim de avaliação da técnica de uso de dispositivos inalatórios. O dispositivo usado, preferencialmente, foi o Aerolizer® (24), sendo constatado, também, aerossol dosimetrado (18), combinado ou não, com RespiMat® (6), Turbuhaler® (3) e Diskus® (6), nota-se que todos os entrevistados declararam-se capacitados para o uso correto do dispositivo prescrito. Para melhor avaliação da técnica, a análise foi dividida em etapa: específica e geral. A etapa, classificada como, específica que envolveu o manejo do dispositivo, conforme sua particularidade; o erro mais incidente (61%) foi de não agitar o inalador (aerossol dosimetrado - AD), observou-se, ainda, a não adoção do uso do espaçador durante a administração da medicação, portanto, os avaliados que se utilizaram de tal dispositivo (100%) não respeitaram a distância correta dos lábios. Com relação às etapas gerais, caracterizado pela qualidade da ventilação ideal para a administração da medicação, observou-se que a expiração adequada antes da inalação do medicamento não foi realizada em 69% (33) dos avaliados, assim como, a ausência da pausa inspiratória de 5 a 10 segundos após a inalação da droga 50% (24), configuraram-se como principais desvios de técnica dos dispositivos inalatórios. **Conclusão:** Na amostra avaliada, houve facilidade maior do uso do Aerolizer®, com menor incidência de erros, maior compreensão das etapas específicas. Nota-se, ainda, uma dificuldade no uso do AD, tendo em vista, a não adoção de etapas particulares ao seu uso (não agitar o inalador). Com relação às condutas gerais, há uma precária expiração inicial, assim como, incipiente capacidade de realizar a pausa inspiratória de 5 a 10 segundos. Apesar da difusão dos dispositivos inalatórios, ainda há um déficit no comportamento dos usuários. Medidas educativas, como treinamento periódico, ainda precisa ser reforçado durante a assistência desses pacientes.

**Palavras-chave:** Dispositivo inalatórios; técnica; avaliação

## PO073 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NA PARAÍBA NO EM 10 ANOS DE RASTREIO

**RAYANE DA SILVA SOUZA\***; EUGENIO PATRICIO OLIVEIRA; **CONSTANTINO GIOVANNI BRAGA CARTAXO**; **MARÍLIA DENISE SARAIVA BARBOSA**

UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose (TB) faz parte do cenário da saúde pública e permanece como enorme desafio para a mesma. Dentre os desafios envolvendo a TB está o desenvolvimento de resistência às drogas de primeira linha. A maioria dos casos de multirresistência no mundo é adquirida por tratamentos irregulares e abandono. Outro modo de adquirir resistência às drogas antituberculose pode ser resultado do uso impróprio dos antibióticos empregados. A multirresistência dificulta a prevenção e tratamento da doença, e contribuindo para o aumento da mortalidade. **Objetivos:** Analisar o perfil da população com tuberculose multirresistente em serviço de referência na Paraíba no período de 2003 a 2013, à partir dos casos notificados e, assim, melhorar a realização da programação assistencial e do combate à doença. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo, descritivo e transversal, usando o banco de dados do Complexo Hospitalar Clementino Fraga na cidade de João Pessoa, Paraíba. A referida instituição é referência no estado da Paraíba para o tratamento de doenças infectocontagiosas. A população do estudo foi constituída por pacientes notificados, tratados e acompanhados no respectivo hospital com tuberculose multirresistente no período de 2003 a 2013. **Resultados:** Para o período considerado foram registrados no Brasil 8.785 casos de TB multirresistente, sendo que 84 destes correspondem ao estado da Paraíba. A faixa etária mais acometida se encontra entre os 45-54 anos; predominou-se o sexo masculino com 61 (72, 62%) e a forma clínica pulmonar compreendeu os 84 (100%) casos. Quanto ao perfil de resistência dos pacientes tratados, a maioria foi classificado como multirresistente, correspondendo a 69% dos casos. Entre as comorbidades, estão a AIDS e alcoolismo, cada uma com 9 pessoas; seguido do diabetes com 7 pessoas. **Conclusão:** Foi constatado um número considerável de abandono do tratamento, o que acarreta um aumento no risco do paciente desenvolver resistência as drogas, após sucessivos abandonos. Conclui-se que, um melhor combate à doença perpassa por um conhecimento do perfil dos pacientes envolvidos.

**Palavras-chave:** Tuberculose; multirresistência; antibiótico

## PO074 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS.

**LILIANE NETO GENEROSO\***; MUNIRA MARTINS DE OLIVEIRA; EDNEI PEREIRA GUIMARAES; DEBORAH DOS REIS ESTRELLA; GUILHERME MARQUES FARIA; MARILUCY DE OLIVEIRA SANTOS HOSPITAL JULIA KUBISTCHEK, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Introdução:** O Hospital Julia Kubitschek (HJK), em Belo Horizonte/MG, é referência estadual no tratamento de tuberculose multirresistente (TB MR) e possui 173 casos registrados da doença. **Material e método:** Registro atualizado do SITETB, banco de dados nacional para seguimento dos casos de tuberculose em regimes especiais de tratamento. **Objetivo:** Apresentar o perfil epidemiológico dos casos de TB MR atendidos no HJK

divididos por sexo, faixa etária, história de infecção pelo vírus HIV, perfil do paciente ao início do tratamento, extensão do acometimento pulmonar da doença e taxa de sucesso terapêutico. **Resultados:** Dos 173 casos notificados, 116 (67, 1%) são do sexo masculino e 57 (32, 9%) do sexo feminino, sendo 78, 6% pertencentes à faixa etária dos 25 aos 54 anos de idade. Apenas 8 pacientes são portadores da coinfeção pelo vírus HIV. Em nossa casuística, 144 pacientes (83, 2%), enquadram-se na definição de caso novo de tuberculose multirresistente, ou seja, recebem ou receberam o primeiro tratamento para o bacilo resistente. O restante divide-se em: 20 casos de retratamento após abandono de esquema para multirresistência prévio; 5 casos de retratamento após falência do regime de multirresistência anterior e 2 pacientes que completaram o tratamento, com critérios para a cura, mas apresentaram recidiva da doença. A extensão de acometimento da doença pulmonar é variada, a apresentação com lesões cavitárias bilaterais é a de ocorrência mais comum (65, 9%), seguida pela lesão cavitária unilateral (22, 5%) e lesões não cavitárias bilaterais ou unilaterais, 6, 4% e 4, 6% respectivamente. A taxa de sucesso terapêutico no HJK foi de 63, 87%. **Conclusão:** Apesar do acompanhamento regular de todos os casos por equipe composta por médicos e assistente social do serviço e do extenuante esforço para trabalho em conjunto com as UBS de referência visando o tratamento domiciliar supervisionado, o nosso sucesso terapêutico ainda é baixo. Apesar disso, encontra-se ainda acima do índice nacional, que tem taxas de 59, 14% de sucesso. O abandono do tratamento é alto (19, 4%) e, sem dúvida, o principal preditor de tais valores. A falência foi detectada em 4, 5% dos pacientes e o óbito ocorreu em 12, 3% dos casos. A TB MR é uma doença potencialmente evitável, sendo os múltiplos abandonos do tratamento com o esquema básico (RHZE) o principal responsável pela resistência às drogas deste regime. Temos alguns casos de resistência primária, em contactantes diretos de portadores de TB MR, entretanto a incidência é consideravelmente mais baixa.

**Palavras-chave:** Tuberculose multirresistente; perfil epidemiológico; resistência ao esquema básico de tuberculose

**PO075 TUBERCULOSE INFECÇÃO LATENTE EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA: ASPECTOS CLÍNICOS-EPIDEMIOLÓGICOS**  
**EUGENIO PATRÍCIO OLIVEIRA\***; CONSTANTINO GIOVANNI BRAGA CARTAXO; RAYANE DA SILVA SOUZA; MARÍLIA DENISE SARAIVA BARBOSA; ISABELLE GOMES OLIVEIRA  
UFPB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.

**Introdução:** A tuberculose (TB) infecção latente é um quadro dentro da nosologia da tuberculose em que os sujeitos acometidos têm contato com paciente tuberculoso e por causa disso apresentam cicatriz imunológica, contudo sem sinais de doença clínica. Todavia, quando não tratados adequadamente são importantes reservatórios do bacilo da tuberculose, mantendo, assim, ciclo de adoecimento em idade adulta ou quando há comprometimento da resposta imunológica. Aproximadamente 30% dos que possuem contato com o paciente com TB pulmonar se infectam. Desses, 5% desenvolvem tuberculose ativa em dois anos e outros 5% a desenvolvem após dois anos de infecção pelo bacilo. Devem ser rastreados para TB latente todos os pacientes com risco elevado de desenvolver a doença, que possuam imunodeficiência ou com comorbidades através de radiografia simples de tórax e teste tuberculínico. **Objetivos:** Identificar as variáveis clínico epidemiológicas dos pacientes portadores de tuberculose infecção latente, atendidos no Hospital Clementino Fraga – João Pessoa – PB no período

de 2013 à 2015. Método: Foi realizado estudo retrospectivo, descritivo analítico, transversal, fundamentado em pesquisa com dados secundários (SINAM) dos casos de tuberculose infecção latente, diagnosticados e acompanhados no Hospital Clementino Fraga, no período de 2013 a 2015.

**Resultados:** 512 pacientes foram registrados nesse estudo, com predomínio no sexo masculino (50, 8%), idade média de 27, 2 anos, tendo 75, 6% dos casos com epidemiologia positiva para TB infecção latente e 10, 5% HIV associado. As comorbidades estiveram presentes em 27, 3% dos pacientes com destaque para HIV (40, 70%), reação alérgica a BCG (20, 70%) e doenças inflamatórias reumatológicas (25, 70%), como a Espondilite Anquilosante, Psoríase e Artrite Reumatóide. Em relação ao PPD, 387 (75, 6%) o realizaram e 125 (24, 4%) não o realizaram, sendo que 29 (5, 6%) não o fizeram por apresentar reação vacinal a BCG. Ficou evidenciado uma taxa elevada de abandono, com 277 (54, 10%) pacientes que não concluíram o esquema preconizado pelo Ministério da Saúde. **Conclusão:** O estudo revela que a maioria dos casos de TB latente são homens, jovens, com associação com o HIV ou outros quadros imunocomprometedores e com alta taxa de abandono do tratamento. Com isso, mostra-se a necessidade de fornecer melhor orientação aos pacientes, principalmente aos com comorbidades, o que pode diminuir a ativação da doença em indivíduos susceptíveis e também a disseminação da TB. Essa realidade foi compatível com outros estudos sobre esse tema.

**Palavras-chave:** Tuberculose; epidemiologia; infecção latente

## CIRCULAÇÃO PULMONAR

**PO076 ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO E MORTALIDADE DE PACIENTES SUBMETIDOS A TERAPIA TROMBOLÍTICA NO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM HOSPITAL GERAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS-SC**

**TIAGO SPIAZZI BOTTEGA\***; AMANDA TERRA DE SÁ; GABRIEL SICALCO; DAVID CAVALCANTI FERREIRA; LUIZA GABRIEL BARBIERO HRSJ - SC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

**Introdução:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma doença comum que possui uma ampla variedade de apresentações clínicas e alta taxa de mortalidade, variando de 7 a 11% considerando-se somente a fase aguda da doença. Os critérios que definem a gravidade desta doença são o status hemodinâmico, a presença de disfunção do ventrículo direito e a injúria miocárdica. Os pacientes de alto risco / TEP maciço são definidos por hipotensão sustentada com disfunção ventricular direita. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com TEP de Alto Risco/Maciço e submetidos ao procedimento de trombólise no Hospital Regional de São José (HRSJ) tendo como desfecho primário avaliar a taxa de mortalidade e a incidência de sangramento associado a terapia trombolítica. Como objetivo secundário, avaliou-se a presença dos fatores de risco associado ao TEP. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional transversal que apresenta como critérios de inclusão pacientes com diagnóstico de TEP de Alto Risco/Maciço e que foram submetidos a terapia trombolítica com Alteplase na dose de 100 mg durante o período de janeiro de 2014 a maio de 2016. Foram incluídos 11 pacientes no período estudado, que realizaram angiotomografia para confirmação diagnóstica. Os dados clínicos dos paciente foram obtidos através de prontuário eletrônico. Os dados demográficos foram avaliados por estatística descritiva e

incluíram informações sobre as medianas, frequências e a relação entre as variáveis estudadas. **Resultados:** Todos os pacientes (100%) apresentaram instabilidade hemodinâmica sustentada. A idade ao diagnóstico variou entre 23 e 73 anos, com média de idade de 56 anos. A maioria dos pacientes (81, 8%) foi do gênero feminino. O fator de risco mais prevalente foi imobilização, o qual foi identificado em 4 pacientes, correspondendo a 36, 3% dos pacientes estudados. Dispneia súbita foi o sintoma mais prevalente, correspondendo a 81, 8%. Em relação a alterações eletrocardiográficas, a mais comum foi a taquicardia sinusal, que ocorreu em 72, 7% dos pacientes, e a mais específica foi a presença de S1Q3T3, ocorrida em 2 pacientes (18, 1%). Todos os pacientes (100%) necessitaram do uso de drogas vasoativas (noradrenalina) e a maioria (72, 7%) de ventilação mecânica como medidas de suporte clínico intensivo. A taxa de mortalidade foi de 45, 4%. A incidência de sangramento associada a terapia trombolítica nesses pacientes foi de 18, 1%, correspondendo somente a 2 pacientes, sendo um deles um hematoma retroperitoneal e outro hematoma associado ao local de punção de cateter venoso central, entretanto ambos os pacientes sobreviveram. **Conclusão:** A terapia com alteplase já está bem sedimentada como terapia padrão em pacientes com diagnóstico de TEP Alto Risco/Maciço. Nosso trabalho demonstrou uma mortalidade relacionada a doença pouco maior quando comparada a literatura vigente. Este dado muito possivelmente deve estar associado ao grave perfil clínico epidemiológico de pacientes referenciados ao Hospital Regional de São José assim como nos últimos 2 anos definimos como protocolo de trombólise apenas pacientes com instabilidade hemodinâmica. Entretanto, não tivemos nenhum caso de óbito por sangramento pós trombólise o que nos estimula a não protelar a realização deste procedimento capaz de reverter graves quadros clínicos.

**Palavras-chave:** Trombólise; tromboembolismo pulmonar; alteplase

**P0077 MIXOMA DE ÁTRIO DIREITO: UM TUMOR RARO COMO CAUSA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**

**JAMILE DA COSTA RIECHI\***; FATIMA MITSIE CHIBANA SOARES; FABIO ROSTON; RENATO RICCI KAUFFMANN; ALCINDO CERCI NETO; MARCOS RIBEIRO; RENATA MACIULIS DIP; FLAVIO HENRIQUE VALICELLI  
UEL, LONDRINA, PR, BRASIL.

**Introdução:** Tumores cardíacos representam cerca de 0, 2% dos tumores encontrados em humanos. Tumores metastáticos são os mais frequentes. Tumores intracardíacos primários são raros, destes 75% são benignos, dos quais 50% são mixomas. Tumores cardíacos crescem na luz da câmara e obstruem o fluxo sanguíneo, mas além da obstrução, fragmentos de tumores podem percorrer em direção à circulação, sistêmica ou pulmonar, causando embolias. **Relato de caso:** EAAS, feminina, 35anos, parda, técnica em saúde bucal, procedente de Londrina/PR. Encaminhada ao serviço em Fevereiro de 2016, após avaliação de hematologista por quadro de TEP (tromboembolismo pulmonar) com investigação negativa para trombofilias. História de TEP estável em outubro de 2015 com diagnóstico através da angiogramografia e tratamento com rivaroxabana desde então. Antecedentes pessoais sem história de doença pulmonar ou tabagismo, em uso de anticoncepcional oral. Negava história familiar para tromboembolismo venoso (TEV). Devido persistência da dispnéia realizou novos exames. Espirometria com padrão restritivo leve sem variação pós BD. Nova angiogramografia de tórax em Abril evidenciou seqüela de

infarto; ultrassom Doppler de membros inferiores negativo para trombose e ecocardiograma transtorácico (20/04/16) com visualização de imagem ovalada em átrio direito, de 2x2cm, móvel, aderida ao septo interatrial, sugestiva de trombo. Ecocardiograma transesofágico confirmou a presença do tumor em átrio direito, compatível com mixoma. Foi encaminhada à cirurgia cardíaca com retirada completa do tumor. Em resultado anatomopatológico confirmado mixoma. Paciente segue bem, em uso de anticoagulante oral até o momento. **Discussão:** A incidência de TEP vem aumentando em todo o mundo. Nos EUA é responsável por cerca de 100 mil mortes ao ano, e responde a cerca de 300 mil mortes ao ano na Europa. (uptodate). Tumores cardíacos são uma causa infrequente de TEP. Cerca de 50% dos tumores cardíacos primários são mixomas, com uma incidência de 0, 0017% na população geral. Mais de 80% dos mixomas são oriundos do átrio esquerdo; sendo que a apresentação em átrio direito é incomum. Cerca de 30% dos pacientes com tumores cardíacos em átrio direito apresentam quadro de TEP. Apenas 4% de pacientes com TEP têm diagnóstico de um tumor de átrio direito, mas a incidência de TEP entre pacientes com tumores de átrio direito pode chegar 35%. Mixomas costumam ser solitários e esporádicos, mais comuns em pacientes com média de 50 anos e uma predominância para o sexo feminino. Manifestações clínicas podem variar e sintomas inespecíficos podem atrasar o diagnóstico. O tratamento é sempre cirúrgico. Nossa paciente abriu quadro com manifestação de embolia pulmonar e durante investigação complementar foi feito diagnóstico do tumor e submetida à cirurgia. Sua apresentação em átrio direito é rara. A boa evolução pós-operatória é concordante com a literatura. Apesar de causa incomum de TEP, mixomas devem ser lembrados durante seguimento principalmente nos casos crônicos, por se tratar de causa tratável curativa.

**Referencias:** 1 - Vinicius JS Nina. Atypical size and location of a right atrial myxoma: a case report. Journal of Medical Case Reports 2012. 2- Martins S Belle, Right Atrial Myxoma. Circulation 1959

**Palavras-chave:** Tep; mixoma; tumor cardiaco

**P0078 VASCULITES SISTÊMICAS ANCA-ASSOCIADAS COM ENVOLVIMENTO PULMONAR – O DIFÍCIL MANEJO DAS FORMAS GRAVES**

**MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO\***; DAMILLE SANDES MOREIRA; ISLA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS; SÓRIA RAMOS BARBOSA; MARCEL LIMA ALBUQUERQUE; JOÃO CARLOS COELHO FILHO; CÉSAR AUGUSTO DE ARAÚJO NETO; **JORGE LUIZ PEREIRA E SILVA**  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** Vasculites referem-se a um grupo heterogêneo de doenças que têm em comum a presença de inflamação vascular e necrose tecidual. Em 1994, no Consenso de Chapel Hill, as vasculites foram classificadas conforme o calibre dos vasos preferentemente acometidos. Anos depois, foram adicionadas outras vasculites não contempladas na nomenclatura original. Mais tarde, com a identificação do ANCA (anticorpos anticitoplasma de neutrófilos), destacou-se um subgrupo com tropismo por vasos de pequeno e médio calibre, na ausência ou escassez de complexos imunes em sua patogenia (pauciimunes), denominado Vasculites Sistêmicas ANCA-Associadas, Na revisão atualizada da Nomenclatura de Chapel Hill publicada em 2013, três entidades compõem esse subgrupo: Granulomatose com Poliangiite (GPA), Granulomatose com Poliangiite Eosinofílica (GPAE) e Poliangiite Microscópica (PAM). Enquanto na GPA predomina o ANCA-c (anti-PR3),

na GPAE e PAM prevalece o ANCA-p (anti-MPO). Podem apresentar-se de forma insidiosa ou rapidamente evolutiva e fatal. Quando identificadas e abordadas precocemente a terapêutica específica e as medidas de suporte costumam produzir resultados consistentes. A análise de suas formas de apresentação pode ser útil na tomada de decisão.

**Objetivo:** Analisar as formas de apresentação clínica e tomográfica, peculiaridades diagnósticas e terapêuticas, em uma série de pacientes com Vasculites Sistêmicas ANCA-associadas com Envolvimento Pulmonar (VSAaEP).

**Método:** Análise retrospectiva de uma série de casos de VSAaEP, para sua caracterização e distinção clínico-radiológico-patológica, destacando as peculiaridades diagnósticas e terapêuticas individuais. **Resultados:** A GPAE é doença trifásica. Inicia-se com um quadro não característico de asma e a rinosinusite. Anos depois surge eosinofilia periférica e tecidual. Por fim, manifesta-se a vasculite eosinofílica extravascular, acompanhada de granulomas e necrose. Além da asma e eosinofilia periférica (>10%), os pacientes apresentam polineuropatia multiplex, envolvimento das vias aéreas superiores e opacidades pulmonares transitórias com distribuição periférica. A GPA tem formas de apresentação variadas. Nódulos e/ou massas pulmonares, solitárias ou múltiplos, frequentemente com escavações e opacidades pulmonares fixas são os achados mais comuns. É frequente o envolvimento de vias aéreas superiores, cutâneo e renal. A PAM assemelha-se à GPA, exceto pela ausência de granulomas. Hemorragia alveolar aguda, que pode ser um quadro emergencial dramático - caracteriza-se por opacidades pulmonares difusas, queda da hemoglobina e hemoptises - ao lado da glomerulonefrite rapidamente progressiva, são as formas de maior gravidade exigindo terapêutica específica e de suporte imediatas. Reserva-se para esses a pulsoterapia com metilprednisolona e ciclofosfamida. **Conclusão:** O manejo das VSAaEP é multiprofissional. Exige alto índice de suspeição diagnóstica e início imediato da terapêutica específica.

**Palavras-chave:** Vasculite; anca; pulmonar

#### **PO079 HIPOPLASIA DA ARTÉRIA PULMONAR ASSOCIADA A FÍSTULA CORONARIANA: RELATO DE CASO**

**MÁRIA BERNARDO TONOLLI\*;** ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS; BARBARA CRISTINA GRIZZO; CAMILA FRANÇA REDIVO; THIAGO GONZALES MARQUES; REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; MARIA INÉS DE ANDRÉ VALERY  
IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

A interrupção proximal da artéria pulmonar é um achado raro. A interrupção ocorre no hilo e o suprimento sanguíneo ao pulmão é feito por uma rede vascular colateral constituída por artérias brônquicas, mamária, intercostais, subclávia e inominada. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 46 anos, previamente hígida, apresentando dispnéia há 4 meses, atualmente progressivo (mMRC 2). Nega tabagismo e outras comorbidades. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, com SpO<sub>2</sub> 96% em ar ambiente e sem alterações. Radiografia de tórax evidenciou elevação de hemicúpula direita. Prova de função pulmonar com distúrbio ventilatório inespecífico. Ao ecocardiograma transtorácico evidenciou-se FEVE 0, 6, ausência de sinais de hipertensão pulmonar e presença de hipocinesia apical em ventrículo esquerdo, sem comprometer a função sistólica global. Após 20 dias da avaliação inicial, apresentou precordialgia aos esforços (CF II) iniciada há 1 semana. Procurou pronto-atendimento, quando realizou angio-TC pulmonar e coronária: Interrupção proximal abrupta da APD com retardo na perfusão do parênquima, tronco pulmonar

com 24x22 mm, APE com 22x21 mm e APD com 8x7 mm; extensa circulação colateral sistêmico-pulmonar emergindo do arco aórtico, aorta descendente, ramos intercostais e subdiafragmático proveniente do tronco celiaco; artéria coronária circunflexa (CX) emite ramo calibroso do nó sinoatrial, ausência de calcificação e redução luminal coronariana com fístula de grande de importância de ramo da CX para APD. Fístula de pequena importância de ramo da artéria coronária descendente anterior para APD. **Discussão:** As anomalias congênitas da artéria pulmonar são eventos raros, na maioria das vezes achados incidentais de exames. Na interrupção proximal unilateral, a ocorrência a direita é mais comum e frequentemente não se associa a outras anomalias. A interrupção a esquerda está associada ao arco aórtico direito e tetralogia de fallot. O suprimento sanguíneo é garantido através da circulação brônquica e transpleural. Os sintomas mais frequentes são infecção, dispnéia, hemoptise (10%). Hipertensão pulmonar ocorre em 19 a 25% dos casos. A fístula de artéria coronária comunicando com cavidades cardíacas, artéria pulmonar ou seio coronário é muito rara, porém, reveste-se de importância quando o fluxo sanguíneo é de grande magnitude. **Conclusão:** a interrupção proximal da artéria pulmonar é rara e quando presente pode associar-se com outras malformações congênitas. Como diagnóstico diferencial deve-se lembrar de tromboembolia pulmonar, arterite de Takayasu e fibrose mediastinal.

**Palavras-chave:** Hipoplasia; artéria; pulmonar

#### **PO080 ARTERITE DE TAKAYASU E HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA: COINCIDÊNCIA OU ASSOCIAÇÃO?**

**LYGIA SAMPAIO\*;** ANA CAROLINA TERRA CRUZ; ANDREYA PEREIRA FURRIEL; JAQUELINA SONOE OTA; ROBERTA PULCHERI RAMOS; RIMARCS GOMES FERREIRA  
UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A arterite de Takayasu é uma doença inflamatória crônica que afeta os grandes vasos principalmente aorta e seus ramos como a artéria pulmonar. É um diagnóstico diferencial importante em pacientes com hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC). **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 41 anos, solteira, dona de casa e residente de São Paulo (SP). Referida ao ambulatório de circulação pulmonar quando em pós-parto apresentou dispnéia aos mínimos esforços e hemoptise, sendo evidenciado após dois anos sinais de HPTEC, confirmada com cintilografia, tomografia e cateterismo cardíaco direito. Submetida a tromboendarterectomia pulmonar sem intercorrências. No 20º pós operatório evoluiu com derrame pericárdico com necessidade de drenagem cardíaca. Após 8 meses apresentou novo quadro clínico de derrame pericárdico, porém em ocasião não foi possível palpar pulsos periféricos com início a investigação para vasculite de grandes vasos. Constatado estenose em região aórtica e em carótidas com novo exames de angiotomografia e doppler de carótidas. Iniciado tratamento com corticoterapia e imunossupressor. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica foi compatível com lesão trombótica crônica, sem sinais de inflamação. Conclusão HPTEC deve ser afastada em todos os casos de hipertensão pulmonar, visto que é uma causa frequente e com potencial de cura. A arterite de Takayasu é um diagnóstico diferencial importante em pacientes com lesões em ramos proximais, pois pode apresentar características tomográficas ou angiográficas semelhantes às obstruções tromboembólicas. Em nosso caso, o diagnóstico da vasculite parece ser coincidente, pois não houve evidências do acometimento da circulação

pulmonar pela doença. Há poucos relatos na literatura sobre risco tromboembólico em pacientes com vasculites de grandes vasos e seus mecanismos ainda são pouco estudados.

**Palavras-chave:** Takayasu; hipertensão pulmonar; tromboembolismo pulmonar crônico

**PO081 DIAGNÓSTICO TARDIO DE SÍNDROME DA CIMITARRA EM IDOSA ASSINTOMÁTICA: RELATO DE CASO**

**LETÍCIA SANTOS DE CARVALHO\***; RONALDO DE OLIVEIRA LIMA; ALBERTO CEZAR SANTOS ALMEIDA FILHO; FELIPE FERREIRA RIBEIRO DE SOUZA; LAÍS DA CUNHA SANTANA; MARCOS VINÍCIUS MIRANDA DOS SANTOS; EDVAL GOMES DOS SANTOS JUNIOR; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL.

**Introdução:** A síndrome da Cimitarra (SC) é uma malformação congênita rara que faz parte das anomalias do retorno venoso pulmonar, destacando-se como sua principal característica a drenagem de parcial ou total da circulação venosa pulmonar direita para a veia cava inferior em seu trajeto torácico ou infradiafragmático. Sua primeira descrição data de 1836 por Cooper, sendo denominada mais tarde, em 1960, SC por Neill devido à imagem curva correspondente a veia pulmonar anômala no exame radiográfico, semelhante a famosa espada turca. O sinal da Cimitarra está entre os 100 sinais clássicos da radiologia. **Relato do caso:** M. B, sexo feminino, 67 anos, hipertensa, não apresentou história prévia de sintomatologia respiratória, foi encaminhada a serviço de pneumologia por quadro de tosse produtiva e febre há 20 dias associada a suspeita radiológica de abscesso pulmonar. Após tratamento com antimicrobianos, houve resolução dos sintomas, porém com persistência de opacidade arredondada em campo inferior direito ao radiograma de tórax. Investigação adicional com tomografia computadorizada de tórax demonstrou drenagem anômala da veia pulmonar para veia cava inferior (VCI), sem outras alterações parenquimatosas, compatível com síndrome da Cimitarra. Durante seguimento, não apresentou outros sintomas respiratórios e cardiovasculares, com leve repercussão hemodinâmica, sem alterações gasométrica ou ecocardiográfica significativas. Conclusão Apresenta-se como uma condição rara, com uma prevalência estimada em 0, 013% ou aproximadamente 1/10. 000 na população geral adulta, sendo esta entidade rara até mesmo quando se trata de populações com cardiopatias congênitas, estimada em 0, 057% desses indivíduos. Os indivíduos do sexo feminino são mais acometidos do que os do sexo masculino, chegando a mais de 60% em alguns estudos. É possível concomitância com outras malformações cardíacas e pulmonares, principalmente a associação com hipoplasia pulmonar e de artéria pulmonar, dextrocardia e sequestro pulmonar oriundo de artéria sistêmica. O sinal da Cimitarra é uma opacidade tubular e curva, a direita do coração, que se estende do hilo pulmonar até o diafragma. É descrito como um achado radiológico patognomônico quando caracterizado por hipoplasia pulmonar, veia pulmonar anômala, dextroposição cardíaca, entre outros achados não necessariamente presentes em todos os pacientes. A SC pode ser assintomática e se apresentar desde a fase neonatal ou até a vida adulta, com um amplo espectro de manifestações. A gravidade da apresentação clínica em conjunto com níveis pressóricos em câmaras cardíacas, grau de hipertensão arterial pulmonar e hipoplasia do pulmão devem guiar a necessidade de correção anatômica cirúrgica. A lobectomia ou a pneumectomia podem ser uma opção viável quando se trata de paciente com história de infecções

recorrentes, hipoplasia pulmonar e, principalmente, em casos de insucesso.

**Palavras-chave:** Cimitarra; atresia pulmonar; malformação congênita

**PO082 AVALIAÇÃO DA PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO DURANTE INTERNAÇÃO NA ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**JOSE EDUARDO GREGORIO RODRIGUES\***; **FERNANDA DA COSTA GOLFERI**; CAMILA CAMPOS SILVEIRA; NARA MASSARO; ANNA CLARA RABELLO TUCCI; GABRIEL ANDREGHETTO RIBEIRO; ANA PAULA DE ALMEIDA RIGHI; FERNANDA RIOS VALVANO CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSÍADA (UNILUS), SANTOS, SP, BRASIL.

**Introdução:** O Tromboembolismo venoso (TEV) representa um espectro de doenças que inclui trombose venosa profunda (TVP), trombose associada a cateteres centrais e a complicação mais grave, o tromboembolismo pulmonar (TEP). O TEV é mais prevalente em pacientes internados (60 a 70% dos casos). Mais da metade dos eventos hospitalares tromboembólicos fatais (50 a 75%) ocorrem em pacientes clínicos, uma vez que seu número é muito superior ao de pacientes cirúrgicos. **Objetivos:** Avaliar a realização da profilaxia farmacológica e/ou não farmacológica e a presença de fatores de risco do tromboembolismo venoso na admissão de pacientes na enfermaria de Clínica Médica de um hospital terciário. **Métodos:** Estudo observacional de corte transversal realizado na admissão de pacientes na enfermaria de Clínica Médica de um hospital terciário, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Utilizou-se a técnica de análise de prontuários além de entrevistas com os pacientes para o preenchimento do questionário elaborado para a pesquisa, que continha o algoritmo da Diretriz Brasileira de Profilaxia do TEV para pacientes clínicos, de autoria da Associação Médica Brasileira (Projeto Diretrizes), baseada em fatores de risco, como orientado pela 9ª Diretriz de Terapia Antitrombótica e Prevenção de Trombose do *American College of Chest Physicians*, a qual inclui métodos profiláticos farmacológicos e não farmacológicos. Os resultados obtidos no estudo foram expressos por frequências e percentuais. **Resultados:** A amostragem obtida foi de 164 pacientes, dos quais 123 (75%) possuíam indicação de profilaxia farmacológica e/ou não farmacológica do TEV e 41 (25%) não possuíam indicação. Todos os pacientes com indicação possuíam algum fator de risco para TEV, sendo que 92% apresentava pelo menos 2 fatores concomitantes. Entre eles os mais prevalentes foram câncer (42, 2%), infecção (37, 4%), doença respiratória grave (27, 6%), insuficiência venosa crônica (26, 8%). A profilaxia foi realizada em 46% dos casos. Apenas 11% do total tinham contra-indicação formal ao uso de anticoagulantes. O tratamento profilático adequado não foi instituído em 54% dos pacientes admitidos, ficando desprotegidos. Dos pacientes sem indicação profilática, 11 (26%) receberam a profilaxia, mesmo sem indicação. **Conclusão:** Este estudo demonstrou dissonância entre as recomendações baseadas em evidências de profilaxia e a atual prática clínica. Estes achados demonstram que os fatores de risco ainda não são rastreados de maneira objetiva e os serviços hospitalares falham na profilaxia. A adoção de um protocolo pela instituição poderia aumentar a realização da profilaxia do TEV.

**Palavras-chave:** Tromboembolismo venoso; tromboembolismo pulmonar; profilaxia

**PO083 METAHEMOGLOBINEMIA: CAUSA DE DISPNEIA E CIANOSE EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA - RELATO DE CASO**

**ABEL DE BARROS ARAÚJO FILHO\***; HENRIQUE NOGUEIRA BORDUCCHI; RAFAEL GERMANO  
FMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A metahemoglobina é uma forma de hemoglobina caracterizada pela presença do ferro no estado férrico, incapaz de se ligar ao oxigênio. Quando a sua concentração ultrapassa os valores normais, podem surgir sintomas decorrentes de uma entrega inadequada de oxigênio aos tecidos. Doentes jovens e sem anemia são geralmente assintomáticos com níveis a inferiores a 15%. Níveis de 20-30% causam sintomas como cefaleia, alteração do estado de consciência, tontura ou síncope e níveis superiores a 50% podem ser fatais. Há 2 tipos de metahemoglobinemia: congênita e adquirida. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 16 anos, previamente hígida, com relato de que há 2 dias foi acordada por cefaleia bitemporal de forte intensidade, inédita, associada a 1 episódio de vômito. Evoluiu nas últimas 24h com mal-estar geral, tontura e fraqueza. Familiares perceberam coloração arroxeada de lábios e extremidades e a levaram para unidade de saúde, onde passou a apresentar dispneia. Após administração de oxigênio, houve melhora parcial dos sintomas. Foi encaminhada à unidade de emergência. Negava precordialgia, palpitações, síncope, dispneia paroxística noturna ou ortopneia. Sem outras queixas. Negava tabagismo ou etilismo. Há 1 semana da internação, apresentara odinofagia e otalgia, com melhora após uso de nimesulida (1 única dose). Refere no mesmo período ter usado roupa pintada pela mãe, sem informação da composição da tinta ou sobre presença de anilina. Contato com esmalte há 3 dias da admissão. Desconhece histórico familiar de quadros semelhantes ou de hemólise. À admissão estava em bom estado geral, eupneica, consciente, orientada, com SpO<sub>2</sub> de 88-90% à oximetria de pulso (gasometria arterial evidenciou SaO<sub>2</sub> de 97%). FR 16 irpm, FC 87 bpm, PA 120x70mmHg. Apresentando cianose em lábios e extremidades. Sem qualquer outra queixa ou achado. Restante do exame físico sem alterações. Durante a coleta e realização de exames laboratoriais, observada coloração azulada do sangue. Suspeitado de metahemoglobinemia e solicitada dosagem de metahemoglobina (meta-Hb). Paciente apresentava meta-Hb de 23, 7% (valor normal: até 3%). Como paciente sintomática, foi prescrito azul de metileno na dose de 1mg/kg da solução a 1%, com queda da meta-Hb para 9, 6% no mesmo dia da administração, com melhora completa dos sintomas. Após 48h, os níveis mantiveram-se em 10, 1% e após 96h caíram para 2, 8%. Recebeu alta hospitalar com encaminhamento à Hematologia para investigação de hemoglobinopatia ou deficiência enzimática (deficiência de G6PD?). Em retorno ambulatorial após 2 semanas, o nível de meta-Hb foi de 0, 8%. Solicitados exames para investigação adicional, porém paciente perdeu seguimento. Conclusão A presença de cianose apesar de uma pressão parcial de oxigênio normal na gasometria ou a disparidade entre a saturação arterial de oxigênio medida por oximetria de pulso e por gasometria arterial são pistas importantes para o diagnóstico. O tratamento vai depender sobretudo dos níveis de meta-Hb e da sintomatologia apresentada. Nos casos leves, a suspensão do agente oxidante e a administração de oxigênio suplementar são suficientes, mas na presença de sintomas moderados/graves deve-se considerar a utilização de azul de metileno e o suporte transfusional. Nem sempre o agente oxidante é identificado. No caso relatado, foram considerados suspeitos a tinta utilizada para pintar a camisa

e o esmalte. Não encontrada associação do quadro com uso de nimesulida.

**Palavras-chave:** Metahemoglobina; hemoglobina; cianose

**PO084 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM PACIENTE COM TELEANGECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA: DIFICULDADES DO MANEJO TERAPÊUTICO.**

**BRUNA MARABITA\***; ENRICO FORTUNATO; JOÃO CARLOS CARLOS DE JESUS; ILMA APARECIDA PASCHOAL; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME; MÔNICA CORSO PEREIRA  
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

**Introdução:** A Teleangectasia Hemorrágica Hereditária (THH), doença autossômica dominante, se apresenta com epistaxes, teleangectasias cutâneas e más formações arteriovenosas (MAV) em diversos órgãos. Pacientes com THH tem maior predisposição a Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e vários fatores parecem estar envolvidos em sua gênese: a própria alteração vascular, o aumento da atividade do fator VIII pela anemia ferropriva, a poliglobulia secundária à hipoxemia, o uso de medicações pró-trombóticas utilizadas para minimizar os sangramentos. A dificuldade de anticoagular um paciente com alto risco de sangramento é uma situação cada vez mais frequente. **Relato do caso:** Paciente masculino, 69 anos, tem diagnóstico de THH desde a infância (teleangectasias, antecedente de embolização de MAV esplênica, história familiar). Ex-tabagista 40 anos/maço, há seis anos com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Fazia uso regular de noripurum e ácido tranexâmico. Em maio de 2016 apresentou queda de níveis de hemoglobina sérica (de 12, 0 para 6, 0g/dL) por intensificação de epistaxes, além de piora da dispneia. Foi internado para compensação, com medidas para DPOC exacerbada, porém, após quatro dias de tratamento mantinha SpO<sub>2</sub> 88%, e à gasometria, PaO<sub>2</sub> de 48 mmHg e PaCO<sub>2</sub> de 23 mmHg. Realizada angio-tomografia de tórax que evidenciou TEP bilateral, segmentar e subsegmentar. Ecocardiograma revelou PSAP de 110 mmHg e ventrículo direito dilatado (33mm), sem sinais de shunts. Exame prévio, de abril de 2016, mostrava PSAP de 74mmHg. Após diagnóstico de TEP, suspenso ácido tranexâmico e otimizada terapêutica para anemia a fim de manter níveis de hemoglobina acima de 10g/dL, para tentativa de anticoagulação. Como Doppler de membros inferiores não mostrou trombose venosa profunda, não foi indicado filtro de veia cava. Iniciada enoxaparina plena, com manutenção dos epistaxes que cessavam espontaneamente, sem repercussão hemodinâmica. Após administração de warfarina por dois dias, evoluiu com hematêmese, com queda de dois pontos de hemoglobina, o que levou à suspensão da droga. Após estabilização do quadro, ainda com hipoxemia, optado por alta hospitalar com enoxaparina, oxigenoterapia domiciliar e seguimento ambulatorial. Após 45 dias, paciente apresentava melhora dos sintomas, com dispneia classe funcional II e SpO<sub>2</sub> 96% em ar ambiente. **Conclusão:** O manejo dos pacientes com THH e TEP é bastante complexo. É colocada, na literatura, a possibilidade de anticoagulação dos casos em que o sangramento está controlado, sem, no entanto, protocolos bem instituídos. A hipertensão pulmonar pode ser atribuída à própria THH por mecanismos vasculares ainda não totalmente esclarecidos e a possíveis eventos trombóticos prévios, assintomáticos. A condução dessa complicação nestes doentes deve ser individualizada, pesando o risco-benefício do tratamento proposto, levando em consideração o eventual aumento do sangramento versus o risco de novos eventos tromboembólicos.

**Palavras-chave:** Teleangectasia hemorrágica hereditária; tromboembolismo pulmonar; anticoagulação

**PO085 MANEJO DA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

**MARIANA FERREIRA COLARES\***; FREDERICO THADEU ASSIS FIGUEIREDO CAMPOS; MARCO ANTÔNIO SOARES REIS; VIRGINIA PACHECO GUIMARAES; BRUNA MAIA RODRIGUES; RODRIGO DE CASTRO BERNARDES; CLAUDIA JULIANA DE REZENDE HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) pertence ao grupo 4 (classificação de Nice, 2013), representa cerca de 20% dos casos, e é potencialmente curável. Sua incidência chega a 4% dos eventos tromboembólicos agudos, o que equivale a 600 novos casos de HPTEC em Minas Gerais a cada ano. O diagnóstico se dá pela persistência da hipertensão pulmonar (HP) após 3 meses de efetiva anticoagulação. Seu manejo exige equipe multidisciplinar em um centro de referência qualificado. O tratamento de escolha é cirúrgico e consiste na tromboendarterectomia pulmonar, cuja execução depende da condição clínica do paciente e da experiência da equipe. O resultado é satisfatório, de baixa mortalidade, melhora a qualidade de vida e a dispnéia do paciente. Como complicação, pode haver injúria de reperfusão ou HP residual. Quando a tromboendarterectomia é contraindicada, há como alternativa o uso de medicamentos, a angioplastia pulmonar, ou mesmo o transplante pulmonar. Trata-se de R. N. A., sexo masculino, 44 anos de idade, ex-tabagista, 15 anos/maço, cessou há 15 anos. Previamente hígido, tem exames médicos rotineiros sem alteração. Em agosto de 2014, evoluiu com dispnéia e hipoxemia, realizou cintilografia miocárdica e angiografia coronariana, detectada ponte miocárdica, iniciou uso de betabloqueador. No mês seguinte, foi admitido em pronto atendimento médico em insuficiência respiratória aguda. Realizou angiotomografia do tórax, que evidenciou embolia maciça nas artérias pulmonares direita e esquerda, e, ao ecocardiograma transtorácico, sinais de HP e aumento e disfunção de câmaras direitas. Foi então iniciado anticoagulação plena e encaminhado ao Hospital Madre Teresa, centro de referência em HPTEC, em outubro de 2014. Queixava-se de dispnéia, em classe funcional II da OMS. Após 5 meses, evoluiu com piora da dispnéia (classe III OMS), realizou propedêutica e foi constatado HPTEC. Paciente foi submetido à tromboendarterectomia em junho de 2015 e evoluiu sem complicações no pós-operatório. Desde então, segue em melhora clínica e classe funcional, e faz exames regulares que demonstram melhora dos parâmetros ecocardiográficos e laboratoriais. No entanto, o déficit perfusional pulmonar à cintilografia de ventilação/perfusão é ainda extenso, também há falhas de enchimento à angioTC e à angiografia. No teste de exercício cardiopulmonar, há limitação cardiocirculatória expressiva, capacidade aeróbia reduzida e dessaturação ao esforço. Realizado cateterismo de câmaras cardíacas direitas em julho de 2016, com melhora dos parâmetros. Paciente nega dispnéia (grau 0 OMS) e tem boa qualidade de vida, segue em acompanhamento médico, para avaliar a necessidade de terapêutica complementar no momento oportuno. A formação médica deve atentar-se à capacitação dos profissionais na identificação e manejo da HPTEC, desde a suspeição clínica até o encaminhamento para centro de referência, passo fundamental para o sucesso do tratamento. A presença de um centro de referência em HPTEC em Minas Gerais é essencial, haja vista a população de abrangência, a prevalência da doença, e sua morbi-mortalidade. Sempre

que o paciente não for apto à tromboendarterectomia, é preciso solicitar a opinião de outro centro de referência, que poderá ter melhores condições de ofertar o tratamento cirúrgico. Após a realização da tromboendarterectomia, são necessárias visitas médicas regulares e realização de exames complementares, para determinar se há HP residual, e oferecer a condução adequada.

**Palavras-chave:** Hipertensão pulmonar; tromboembolismo pulmonar; tromboendarterectomia pulmonar

**PO086 SEQUENCIAMENTO DE NOVA GERAÇÃO DE AMOSTRAS DE PLASMA DETECTA LIVRES MICRORNAS CIRCULANTES NA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA (BIÓPSIA LÍQUIDA)**

TABATHA GUTIERREZ PRIETO<sup>1</sup>; HELOÍSA RESENDE CRUVINEL<sup>2</sup>; JULIANA RODRIGUES MACHADO<sup>2</sup>; ADRIANA IGNÁCIO DE PÁDUA<sup>3</sup>; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ<sup>2</sup>; HUGO HYUNG BOK YOO<sup>2</sup>; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO<sup>3</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>1</sup>

1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. HCFMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3. FMRP/USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (CTEPH) é caracterizada por trombo em organização, remodelamento pulmonar e aumento da resistência vascular pulmonar. **Objetivo:** Determinar o perfil de microRNAs circulantes como biomarcador prognóstico e preditivo da CTEPH. Método 12 pacientes com CTEPH, 10 com hipertensão pulmonar de outras etiologias e 10 voluntários saudáveis foram sequencialmente estudados em 2016. Os dados clínicos relevantes dos prontuários, cintilografia e/ou tomografia, cateterismos cardíaco direito foram todos analisados. Um protocolo otimizado para extração de RNA do plasma pelo Qiagen Mireasy kiy em combinação com Vac-Man® Vacuum Manifold foi utilizado. O Illumina TruSeq Small RNA-Seq Sample Prep Kit gerou a biblioteca de pequenos RNAs pelo RNA total extraído. Clusterização e sequenciamento foi realizado pelo Illumina NextSeq500. Os dados gerados foram analisados por métodos de bioinformática pelo software Diana. Resultados A classe funcional da New York Heart Association modificada e os níveis de peptídeo natriurético tipo N-terminal-pro-brain não diferiram entre os grupos de hipertensão pulmonar. RNA de alta qualidade foi extraído. MicroRNAs circulantes foram diferenciadamente expressos e associado com prognóstico da evolução clínica (p<0, 05) Conclusão O perfil de MicroRNAs pode refletir a patogênese da CTEPH mais intrinsecamente permitindo alguns padrões para busca de biomarcadores, entretanto é necessário mais estudos para melhor validação para prática clínica.

**Palavras-chave:** Hipertensão pulmonar; sequenciamento de nova geração; microrna

**PO087 FADIGA PERSISTENTE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE POLIANGEÍTE COM GRANULOMATOSE**

RICARDO DOMINGOS DELDUQUE\*; LUIS LASARO AYUSSO; ANA CAROLINA MONEZI ALVARES DE ABREU E SILVA; ALINE YURI TOMA; MARINA PEROZIM DE FAVERI; MAIRA TIEMI CAVAZZANA SONODA; NATALIA FIGUEIRA MEDINA GOMIDE; MILLENE ABO ARRAGE

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA, SP, BRASIL.

**Introdução:** A Poliangeíte com Granulomatose, até janeiro de 2011 conhecida como Granulomatose de Wegener, é uma vasculite granulomatosa necrosante de pequenos e médios vasos, que acomete preferencialmente os tratos respiratórios superior e inferior e os rins. O diagnóstico é realizado



por dados clínicos, radiológicos, anátomo-patológicos e dosagem de ANCA. O tratamento depende da gravidade, sendo utilizados corticoides e imunossuppressores, além de plasmaférese nos muito graves. **Relato de caso:** A. F., 70 anos, refere fadiga, boca amarga e emagrecimento de 5 Kg nos últimos 2 meses; na ocasião, feitos exames de hemograma, eletrólitos, função renal, urina I, Rx de tórax sem anormalidades. Há 15 dias, iniciou com disfagia, imobilidade e lesões ulceradas em cavidade oral. Negou dispneia, epistaxe, hemoptise e hematúria. Negou tabagismo, etilismo e uso de medicamentos regulares. Ao exame - descorado, desidratado, AR e AC sem anormalidades. Feita endoscopia digestiva alta com gastrite crônica em AP, biópsia de boca não realizada por sangramento intenso no procedimento. Os novos exames mostraram: anemia normo/normo, ureia 160mg/dl, creatinina 8mg/dl, potássio 7, 9 mEq/l, urina I com hematúria e cilindros hialinos, antimembrana basal glomerular negativo, PCR 110mg/l e c-ANCA positivo 1/160. Foi internado e iniciada hemodiálise urgente devido hiperpotassemia; broncoscopia e TC de tórax sem lesões de vias aéreas inferiores e pulmões. Feita biópsia renal que revelou padrão compatível com glomerulonefrite pauci-imune com fibrose intersticial, decorrente de Poliangeíte com Granulomatose. Iniciada pulsoterapia com metilprednisolona 1g ao dia, seguido por prednisona 80 mg ao dia além de ciclofosfamida 2mg/Kg/dia. Após 30 dias de imunossupressão, obteve melhora da fadiga e da hematúria microscópica, porém persiste com dificuldade de deambulação e necessidade de hemodiálise. **Discussão:** A Poliangeíte com Granulomatose é uma doença, que pode ser de leve até extremamente grave, com hemorragia pulmonar ou insuficiência renal dialítica; a glomerulonefrite, quando presente, costuma ser pauci-imune, ou seja, com poucos depósitos de imunocomplexos. Os sintomas constitucionais como fadiga, emagrecimento e anorexia podem preceder por semanas a meses os sintomas pulmonares ou renais. No caso apresentado, o paciente permaneceu 60 dias com fadiga e emagrecimento e depois, apresentou Insuficiência renal dialítica; tais sintomas são inespecíficos e quando isolados, dificultam e atrasam o diagnóstico correto. Os pacientes dialíticos podem ter alta da diálise em 55 a 90% dos casos tratados adequada e precocemente. Pobre evolução renal está associada a: função renal inicial muito comprometida, idade maior que 65 anos, falta de resposta inicial, recaídas renais e alterações fibróticas proeminentes. **Referências:** 1-Falk RJ, Gross WL, Guillevin L, et al. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's): an alternative name for Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum* 2011; 63: 863. 2-Slot MC, Tervaert JW, Franssen CF, Stegeman CA. Renal survival and prognostic factors in patients with PR3-ANCA associated vasculitis with renal involvement. *Kidney Int* 2003; 63: 670. 3-McGregor JG, Hogan SL, Hu Y, et al. Glucocorticoids and relapse and infection rates in anti-neutrophil cytoplasmic antibody disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7: 240.

**Palavras-chave:** Poliangeíte e granulomatose; glomerulonefrite pauci-imune; vasculite e rim

**PO088 POLIANGEÍTE GRANULOMATOSA EOSINOFÍLICA DE DIFÍCIL CONTROLE: SÉRIE DE CASOS.**

**ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; JULIANA VALÉRIO PINAFFI<sup>2</sup>; LETICIA KAWANO-DOURADO<sup>3</sup>; MARCOS SOARES TAVARES<sup>4</sup>; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS<sup>5</sup>**  
*HC-FMUSP/INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Síndrome de Churg-Strauss recentemente renomeada como poliangeíte granulomatosa eosinofílica (EGPA), é uma vasculite granulomatosa necrozante

eosinofílica sistêmica que afeta os vasos de pequeno e médio calibre. A EGPA pertence ao espectro de vasculites associadas ao anticorpo anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) e se caracteriza por quadro de asma e eosinofilia sérica e tecidual. EGPA é geralmente responsiva a corticosteróides, sendo que casos mais graves necessitam da associação com drogas imunossupressoras para controle da doença. **Objetivo:** Caracterizar as manifestações clínicas e tratamento de portadores de EGPA atendidos no ambulatório de vasculites do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários de 16 pacientes com critérios diagnósticos de poliangeíte granulomatosa eosinofílica quanto a apresentação clínica da doença e o tratamento utilizado para controle da doença. **Resultados:** Dos 16 pacientes analisados, 10 eram mulheres (62, 5%), idade média de 56 ± 13 anos. Todos os pacientes tinham asma (confirmada por testes da função pulmonar) e eosinofilia. 11/16 pacientes (69%) tinham níveis elevados de IgE. Nove pacientes (56%) tinham infiltrados pulmonares transitórios. Treze doentes (81%) tiveram neuropatia periférica. Apenas três pacientes atingiram o controle da doença com o uso de corticosteróides. Em treze pacientes (81%) foi necessário o uso de imunossuppressores além do uso de corticosteróides orais para controle de atividade da doença. Os fármacos imunossuppressores utilizados foram azatioprina, ciclofosfamida e rituximab. Oito pacientes tiveram manifestações graves com necessidade de utilização de ciclofosfamida: dois pacientes apresentaram trombose venosa profunda, um dos quais apresentou dois acidentes vasculares cerebrais isquêmico; dois tiveram miocardite; um apresentou derrame pericárdico; um com apresentação de infiltrado eosinofílico hepático e com derrame pericárdico; um com infiltração de eosinófilos no trato gastrointestinal e um com infiltrados pulmonares que não resolveram com o uso de corticosteróides. Três pacientes receberam azatioprina devido a: neuropatia periférica, derrame pleural eosinofílico e nódulos ulcerados em pele. Um paciente apresentou deficiência de IgG4 e foi tratado com imunoglobulina endovenosa. Uma paciente recebeu rituximab devido à doença refratária. Oito, dos treze pacientes (61, 5%) com neuropatia periférica necessitaram de imunoglobulina para controle dos sintomas. **Conclusão:** Os glucocorticóides são a pedra angular da terapia para EGPA. No entanto, a maioria dos nossos pacientes EPGA (81%) necessitaram de associação com imunossuppressores e imunoglobulina para atingir o controle da doença.

**Palavras-chave:** Vasculite pulmonar; egpa; tratamento

**PO089 NOVOS ANTICOAGULANTES ORAIS NA PRÁTICA AMBULATORIAL**

**CAMILA FRANÇA REDIVO<sup>\*</sup>; PATRICIA KITTLER VITORIO; MARIA BERNARDO TONOLLI; MAURI MONTEIRO RODRIGUES; THIAGO GONZALES MARQUES; VANESSA DA PENHA RIBEIRO; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS; BARBARA CRISTINA GRIZZO HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Objetivo:** descrever a experiência de um serviço terciário no uso da rivaroxabana na pratica ambulatorial. **Materiais e Métodos:** análise retrospectiva de 123 prontuários de pacientes inscritos no ambulatório de circulação pulmonar do HSPE, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2015. Foram excluídos aqueles com fator de risco bem definido para TEV que receberam anticoagulação oral por até 12 meses. Um total de 89 casos foram selecionados. Os pacientes foram divididos em 2 grupos, os recebendo varfarina com controle semanal, quinzenal ou mensal para manter INR em faixa terapêutica (INR=2-3) e aqueles recebendo rivaroxabana com dose ajustada pela função renal (clearance de

creatinina=50, usavam 20 mg ao dia, CICr= 15 à 49, usavam 15 mg ao dia), com controle trimestral. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, neoplasias associadas, estados protromboticos, TEV de repetição, falha na ACO, HPTE. Para variáveis contínuas foi utilizado o teste t Student e para variáveis categóricas o teste exato de Fisher ( $p < 0, 05$ ). **Resultados:** 48% dos pacientes possuíam idade 70 anos e 63% eram mulheres. Não encontramos diferença estatisticamente significativa nas variáveis analisadas entre os grupos. Neoplasia associada foi encontrada em 13% dos casos e estados protromboticos em 7%. Sangramento maior não ocorreu. Falha pelo anticoagulante ocorreu em 6 pacientes recebendo varfarina e em 2 recebendo rivaroxabana ( $p=0, 26$ ). Um paciente com HPTEC estava em uso de rivaroxabana e 13% possuíam historia de TEV de repetição. Síndrome metabólica ocorreu em 52% dos casos, 19% relatavam tabagismo atual ou no passado, 8% doença pulmonar grave e 8% insuficiência cardíaca CF III ou IV. Em 7% havia historia de reposição hormonal ou uso de anticoncepcional oral. **Conclusão:** o uso da rivaroxabana como anticoagulante de escolha no seguimento ambulatorial de pacientes com indicação de anticoagulação perene ou estendida, mostrou-se efetivo e seguro, incluindo pacientes frágeis, com a vantagem das consultas serem mais distantes, sem necessidade do controle laboratorial, sem restrição alimentar e com restrição medicamentosa mínima. Sendo assim, há a tendência em mantermos a anticoagulação oral por mais tempo após o evento agudo de TEV nos pacientes com doença cardio-pulmonar significativa e aqueles com fatores de risco não definidos portadores de síndrome metabólica e tabagistas, sobrepondo os fatores de risco para aterosclerose.

**Palavras-chave:** Rivaroxabana; tromboembolismo; anticoagulação

#### **PO090 ANGIOPLASTIA PULMONAR EM HIPERTENSÃO PULMONAR ASSOCIADA À MEDIASTINITE FIBROSANTE – RELATO DE CASO**

**FERNANDA MARIA PINHEIRO MACHADO NOGUEIRA\***; **ANDREI AUGUSTO ASSIS DE CAMPOS CORDEIRO**; **JOSÉ ELMADAN ALBUQUERQUE BARROS JÚNIOR**; **CELIA CAMELO SILVA**; **CARLOS GUSTAVO YUJI VERRASTRO**; **ROBERTA PULCHERI RAMOS**; **ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA**; **JAQUELINA SONEO OTA**

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A Mediastinite Fibrosante (MF) é uma doença rara, de alta morbidade, caracterizada pela proliferação anormal de tecido fibroso na região mediastinal. Quando associada à hipertensão pulmonar (HP), apresenta um pior prognóstico com poucas opções terapêuticas. Relatamos paciente com diagnóstico de MF com HP submetido à angioplastia pulmonar. **Relato de caso:** Paciente masculino de 27 anos referia história de 4 anos de dispnéia progressiva aos esforços associada a síncope. Há 2 anos, iniciou edema e hiperemia de face ao se deitar. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, com pletora facial e turgência jugular, além de circulação colateral em tórax. Apresentava PA 120x80mmHg, FC 80 bpm, f 20 irpm e SpO<sub>2</sub> 97% em ar ambiente. Ausculta pulmonar normal e ausculta cardíaca com sopro sistólico em foco tricúspide (+/6+) e desdobramento fixo de P2. Abdome e extremidades sem alterações. Radiografia tórax evidenciava tronco da artéria pulmonar retificado e ecocardiograma apresentava aumento de ventrículo direito em grau importante e pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 54mmHg (VRT 3, 1 m/s). TC tórax evidenciou opacidade com atenuação de partes

moles na região mediastinal, envolvendo as estruturas vasculares mediastinais, a traquéia e o esôfago, com focos de calcificação de perimeio, promovendo afilamento dos ramos principais da artéria pulmonar e das veias pulmonares superiores bilaterais. TC de abdome excluiu sinais de fibrose retroperitoneal. Além disso, realizou sorologia para histoplasmose e PPD negativos; IgA, IgG e IgG4: normais. Devido à gravidade da doença e presença de sintomas compatíveis com síndrome da veia cava superior e baixo débito, paciente foi submetido a angioplastia pulmonar e colocação de stent em artéria pulmonar esquerda, evoluindo com melhora clínica importante. **Discussão:** A MF é uma doença rara cuja etiologia pode ser granulomatosa (ex: histoplasmose, tuberculose) e não granulomatosa, como radioterapia, doença de Behçet, secundária a drogas ou idiopática (podendo ser associada à doença relacionada a IgG4). O diagnóstico é dado por meio de quadro clínico sugestivo e alterações tomográficas compatíveis. Pacientes com MF associada a IgG4 podem se beneficiar do uso de corticóides. Alguns estudos verificaram a presença de acúmulo de linfócitos B CD20 em amostras de tecido da MF, com redução da lesão com rituximabe, mas ainda com poucas evidências na literatura. A HP é uma complicação grave causada por compressão extrínseca das artérias e/ou veias pulmonares e não há evidências de benefício de terapia específica para circulação pulmonar. O tratamento geralmente é paliativo, podendo ser cirúrgico, endoscópico ou intravascular. Há poucos relatos de angioplastia com balão ou prótese endovascular nesta entidade. **Conclusão:** A angioplastia pulmonar é uma opção terapêutica paliativa em pacientes com HP e mediastinite fibrosante, com boa resposta clínica em pacientes bem selecionados. **Referência:** Pulmonary Hypertension Complicating Fibrosing Mediastinitis. Volume 94, Number 44, November 2015. Gorospe L, Ayala-Carbonero AM, Fernández-Méndez MÁ, Arrieta P, Muñoz-Molina GM, Cabañero-Sánchez A, Mañas-Baena E. Idiopathic fibrosing mediastinitis: spectrum of imaging findings with emphasis on its association with IgG4-related disease. Clinical Imaging. 2015 Nov-Dec;39(6): 993-9. doi: 10. 1016/j. clinimag. 2015. 07. 008. Epub 2015 Jul 16.

**Palavras-chave:** Mediastinite fibrosante; hipertensão pulmonar; angioplastia pulmonar

#### **PO091 RELAÇÃO ENTRE A REGIÃO HLA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NA GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE**

**MARCOS SOARES TAVARES\***; **LETICIA KAWANO-DOURADO**; **JULIANA VALÉRIO PINAFFI**; **CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS**  
HOSPITAL DAS CLINICAS, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Granulomatose com Poliangeíte (GPA) é uma doença que possui um fundo genético complexo por apresentar alterações em múltiplos genes simultaneamente. Estas diversas combinações genéticas são em parte responsáveis pelos diferentes tipos de apresentação clínica da doença. O completo entendimento da base genética da GPA é dificultado pela complexidade genética, somada a baixa incidência, raridade entre familiares e a diversidade fenotípica da doença. Atualmente a melhor ferramenta utilizada para desvendar esta base genética complexa em doenças raras, é o estudo de ampliação de genoma (GWAS), o qual utiliza a técnica de microarray, com capacidade de avaliar milhares de genes ao mesmo tempo. Com o uso desta tecnologia, um estudo realizado na população chinesa relacionou a região HLA-DP e HLA-DR com a presença de insuficiência renal (IRA) e baixa resposta aos medicamentos, respectivamente. Objetivos Descrever a população brasileira

com GPA em relação aos acometimentos sistêmicos e os resultados do estudo da região HLA. Métodos Estudo de ampliação de genoma, transversal para comparação dos Alelos da região HLA classes I e II com as diferentes apresentações clínicas em pacientes com GPA na cidade de São Paulo. Prontuários de 52 indivíduos foram analisados e estratificados de acordo com as manifestações sistêmicas mais prevalentes, que foram: nódulos e massas cavitadas ou não, hemorragia alveolar, lesão em vias aéreas superiores e insuficiência renal aguda (IRA). Estas manifestações clínicas foram comparadas com o perfil da região HLA de cada paciente. A tipificação do HLA foi realizada pela metodologia de PCR-SSO e PCR-SSP. Resultados Os nossos resultados demonstraram significância estatística apenas entre a presença do alelo DPB1\*04 e o subgrupo GPA com IRA versus grupo GPA sem IRA ( $p = 0, 01037$ ). Em nosso estudo todos os 17 pacientes que apresentaram IRA (100%) possuíam o alelo DPB1\*04, enquanto dos 35 indivíduos que não desenvolveram alterações renais 25 (69%) apresentaram este alelo. As demais manifestações clínicas avaliadas não apresentaram significância estatística em relação aos alelos estudados. Conclusão Dentre as manifestações clínicas estudadas a única associação encontrada foi uma maior prevalência de insuficiência renal aguda nos portadores do alelo DPB1\*04. Assim, como no estudo realizado na população chinesa a IRA demonstrou envolvimento com a região DPB1\*04. Estes dados demonstram, que mais estudos são necessários para desvendar as múltiplas combinações alélicas responsáveis pelos diversos tipos diferentes de apresentações clínicas na GPA.

**Palavras-chave:** Gpa; wegenger; hla

#### **PO092 CARACTERÍSTICAS DE UMA COORTE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO PULMONAR EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

**RAFAEL VARGAS DA SILVA\***; **ALINE CAMIN PASSOS**; **ANA PAULA VIANA SOARES**; **LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS**; **LUANA FORTES FÁRIA**; **BRUNA MACEDO PINTO**; **ROGERIO LOPES RUFINO ALVES**; **CLAUDIA HENRIQUE COSTA**  
*UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma doença rara de difícil confirmação diagnóstica e manejo, já que necessita da realização de cateterismo cardíaco para o diagnóstico, além do acompanhamento por uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos). O tratamento preconizado tem demonstrado que modifica a qualidade de vida e o tempo de sobrevida dos pacientes. **Objetivo:** Apresentar o perfil clínico e o tratamento de uma corte de 50 pacientes com hipertensão pulmonar (HP) confirmados com cateterismo cardíaco em um centro de referência.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, de revisão de prontuários médicos, do período de janeiro a julho de 2015, de pacientes com diagnóstico hemodinâmico de HP, acompanhados em um serviço de referência em pneumologia (hipertensão pulmonar). O diagnóstico de hipertensão pulmonar foi estabelecido após a realização do cateterismo cardíaco e com pressão média da artéria pulmonar  $> 25\text{mmHg}$ . Nos pacientes com pressão capilar pulmonar  $< 15\text{mmHg}$ , considerou-se pré-capilar, e  $> 16\text{mmHg}$  pós-capilar. Foram coletados dados demográficos e clínicos. **Resultados:** Analisados 50 pacientes que vieram as consecutivamente as consultas. A média de idade foi 50, 22 (+12, 31) anos, sendo 41 pacientes do sexo feminino (82%). A etnia identificada foi afro-brasileira (34 pacientes – 68%). As manifestações clínicas iniciais da HP foram dispneia (86%), fadiga (55%),

tosse (44%), dor torácica (20%), lipotímia (12%) e síndrome edemigêmica (30%). 26% dos pacientes estão em uso de oxigênio domiciliar. A pressão da artéria pulmonar média pelo ecocardiograma foi de 70, 07 (+23, 09) mmHg, com média do teste da caminhada de 6 minutos foi de 346, 10 (+123, 50) m. A saturação média de oxigênio antes e após o TC6M e o BORG foram, respectivamente, de 94, 37 (+4, 3)% e 85, 53 (+9, 56)% e 0, 94 (+1, 83). O tempo para o diagnóstico de HAP foi de 1, 04 (+1, 65) ano e a apresentação funcional com classe III foi de 13 pacientes (26%). As causas mais frequentes foram, HAP idiopática (26%), tromboembolismo pulmonar (18%), esclerose sistêmica (16%), comunicação interatrial (12%), e outras causas (28%). Os medicamentos utilizados na monoterapia: os antagonistas de endotelina (30% do total) e os inibidores da fosfodiesterase-5 (14% do total). Como duo-tratamento: os antagonistas de endotelina e inibidores da fosfodiesterase-5 foram 26 %. **Conclusão:** A doença ainda tem o diagnóstico tardio, e na sua maioria em classe funcional II. 72% das causas de HP em um ambulatório de HP são de 4 causas, porém essas são de diferentes patogenias, o que fortalece o apoio de centros de formação específica com abordagem para o diagnóstico etiológico, hemodinâmico e tratamento referenciado. O tratamento com dois medicamentos já se constitui uma necessidade em  $\frac{1}{4}$  dos pacientes.

**Palavras-chave:** Hipertensão pulmonar; cateterismo cardíaco; psap

#### **PO093 ASSOCIAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR DINÂMICA AO EXERCÍCIO, O DRIVE RESPIRATÓRIO E A PERCEPÇÃO DE DISPNEIA EM PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR: RESULTADOS PRELIMINARES**

**MARCELO BASSO GAZZANA\***; **RUI GUSTAVO PAULUS NENÉ DORNELES**; **FRANCIELE PLACHI**; **RICARDO GASS**; **PIETRO KRAUSPENHAR MEROLA**; **IGOR GORSKI BENEDETTO**; **DANILO CORTOZI BERTON**

*HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

**Introdução:** A dispneia e a intolerância ao exercício são queixas frequentes dos pacientes com hipertensão arterial pulmonar (HAP) e tem impacto na qualidade de vida. Classicamente, o mecanismo fisiopatológico principal é a limitação cardiocirculatória. Recentemente foi observado que um subgrupo de pacientes apresenta hiperinsuflação pulmonar dinâmica (HD), semelhante aos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. É desconhecido se a presença de HD resulta em dissociação neuromecânica e contribui para dispneia em pacientes com HAP.

**Objetivos:** Avaliar a presença de HD em pacientes com HAP e sua associação com drive respiratório, percepção de dispneia e volumes pulmonares operantes durante o exercício. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo. Onze pacientes com diagnóstico de HAP (idiopática ou associada), confirmado por cateterismo cardíaco direito com terapêutica estável nos últimos três meses, realizaram avaliação de pressão inspiratória estática máxima (Plm<sub>máx</sub>) por manovacuometria seguida de teste de exercício cardiopulmonar (TECP) incremental máximo. Ao longo do exercício, foram avaliados, de maneira seriada, o drive respiratório através da pressão de oclusão ao nível da boca nos primeiros 100 milissegundos da inspiração (P<sub>0</sub>, 1) corrigida pela Plm<sub>máx</sub>, a capacidade inspiratória (CI) e a percepção de dispneia pela escala de Borg. A HD foi definida como redução de CI em 150mL e 5% em relação ao valor basal. **Resultados:** Sete pacientes (64%) apresentaram HD durante o TECP ( $\Delta\text{CI}$  (mL):  $-313 \pm 145$  vs  $48 \pm 223$ ;  $p=0$ ,

009). Idade (HD vs não-HD (anos): 43, 7 ± 9, 8 vs 34, 0 ± 8, 2; p=0, 13), classe funcional New York Heart Association (CF NYHA) (HD vs não-HD - CF NYHA I: 3 (43%) e CF NYHA II: 4 (57%) vs CF NYHA I: 4 (100%); p=0, 06), VEF<sub>1</sub> previsto (HD vs não-HD (%): 83 ± 9 vs 92 ± 12; p=0, 19), VEF<sub>1</sub>/CVF (HD vs não-HD (%): 76 ± 5 vs 79 ± 6; p=0, 37) e carga de pico (HD vs não-HD (watts - W): 52 ± 19 vs 65 ± 30; p=0, 40) não diferiram entre os grupos. O grupo HD teve maior percepção de dispneia em cargas submáximas ( $\Delta$ Borg HD vs não-HD - 10W: 0, 8 ± 0, 3 vs 0, 0 ± 0, 0; p=0, 009; 20W: 1, 5 ± 0, 6 vs 0, 3 ± 0, 1; p=0, 04; 30W: 2, 4 ± 0, 9 vs 0, 4 ± 0, 2; p=0, 04; 40W: 2, 0 ± 0, 5 vs 1, 1 ± 0, 4; p=0, 19; pico do exercício: 6, 3 ± 1, 1 vs 5, 8 ± 1, 2; p=0, 74). Apesar de maior percepção de dispneia no grupo HD, o drive respiratório não diferiu entre os grupos, exceto na carga de 10W (P<sub>0</sub>, 1/Plmáx (%) HD vs não-HD - repouso: 4, 1 ± 0, 3 vs 3, 7 ± 0, 9; p=0, 72; 10W: 7, 2 ± 0, 8 vs 5, 1 ± 0, 5; p=0, 03; 20W: 7, 1 ± 0, 7 vs 6, 6 ± 1, 7; p=0, 75; 30W: 9, 1 ± 1, 2 vs 7, 2 ± 1, 7; p=0, 37; 40W: 9, 8 ± 1, 2 vs 14, 1 ± 5, 0; p=0, 40; pico do exercício: 13, 1 ± 1, 8 vs 16, 4 ± 4, 3; p=0, 48). **Conclusão:** A presença de HD é frequente em pacientes com HAP, e está associada a percepção de dispneia mais intensa em cargas submáximas, mas não houve associação com as medidas de drive respiratório. O término da inclusão de pacientes até a amostra calculada poderá fornecer resultados definitivos sobre estes mecanismos de limitação ao exercício em pacientes com HAP.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial pulmonar; dispneia; fisiopatologia

**PO094 TAXA DE MORTALIDADE EM PACIENTES COM TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA TRATADOS COM TROMBOLÍTICOS SISTÊMICOS NA PRÁTICA DIÁRIA**  
**MARCELO BASSO GAZZANA\***; CHEYENNE ZARA; PAULO SPILIMBERGO; RODRIGO MEIRELLES BORBA  
HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A tromboembolia pulmonar (TEP) aguda é uma doença potencialmente fatal. A terapia trombolítica é indicada nos casos com maior comprometimento hemodinâmico; entretanto é associada a elevada taxa de sangramento grave. Embora nos ensaios clínicos e metanálises os trombolíticos apresentem resultados favoráveis, as informações sobre a efetividade deste tratamento na prática assistencial diária é menos conhecida.

**Objetivo:** Avaliar a taxa de mortalidade em pacientes com TEP aguda tratados com trombolíticos sistêmicos, e fatores associados a este desfecho. **Métodos:** Série de casos, retrospectiva. Foram revisados os prontuários de todos os pacientes com diagnóstico de TEP aguda que realizaram tratamento com trombolítico sistêmico no período de Janeiro de 2011 a Junho de 2016 no Hospital Moinhos de Vento. O diagnóstico de TEP foi estabelecido pelos critérios clássicos nos métodos de imagem (angiotomografia, cintilografia, arteriografia) ou por achados ecocardiográficos indiretos (sinais de disfunção ventricular direita) sem outra causa explicável para os mesmos, em pacientes muito graves a ponto de não puderem ser transportados para realização de exames diagnósticos. **Resultados:** Foram incluídos 18 pacientes, cuja média de idade foi de 62, 6 (±21, 7) anos, havendo discreto predomínio do gênero masculino (n=10; 55, 5%). O diagnóstico de TEP foi estabelecido por angiotomografia computadorizada das artérias pulmonares em 13 casos (72, 2%) e por ecocardiograma em 5 casos (27, 8%). Em 4 pacientes (22, 2%), houve o diagnóstico de trombose venosa profunda (TVP) concomitante. Em 16 pacientes (88, 9%) observou-se aumento dos níveis séricos de troponina e/ou peptídeo natriurético cerebral.

Em 11 pacientes foi possível estimar a pressão sistólica da artéria pulmonar pelo ecocardiograma, cuja média foi de 54, 5 (±12, 8) mmHg. Em 5 pacientes com sinais de disfunção de VD no ecocardiograma não se observou sinais desta disfunção na angioTC. Por outro lado, nos 6 pacientes que foi identificada disfunção de VD na angioTC houve confirmação desta disfunção pelo ecocardiograma. O trombolítico utilizado foi alteplase em todos os casos, sendo que em 14 casos (77, 7%) a dose total foi de 100 mg e em 4 (22, 3%) foi de 50 mg. A medicação foi administrada no serviço de emergência em 7 casos (38, 9%) e no centro de tratamento intensivo em 11 casos (61, 1%). A indicação para o uso do trombolítico foi instabilidade hemodinâmica em 11 casos (61, 1%) e disfunção ventricular direita significativa em 7 casos (38, 9%). Um paciente (5, 5%) apresentou sangramento grave, cuja origem foi intra-abdominal. A média do tempo de internação foi de 20, 3 (±29, 5) dias. Houve 5 óbitos, revelando uma letalidade de 27, 8%, a qual foi significativamente associada a idade maior que 80 anos, gênero feminino, ausência de TVP concomitante e presença de instabilidade hemodinâmica (p < 0, 05). **Conclusões:** Pacientes com TEP aguda que necessitam utilizar terapia trombolítica sistêmica apresentam mortalidade elevada, sobretudo quando associadas a algumas características clínico-demográficas.

**Palavras-chave:** Tromboembolia pulmonar; mortalidade; trombolítico

**PO095 HIPERTENSÃO PULMONAR ASSOCIADA À SARCOIDOSE: RELATO DE CASO**

**CAMILA MELO COELHO LOUREIRO\***; LAÍS CIBELE SOUSA MELO<sup>1</sup>; JOSE ALVES ROCHA FILHO<sup>2</sup>; DALVA VIRGINIA OLIVEIRA BATISTA NEVES<sup>1</sup>; ROSALVO ABREU SILVA<sup>1</sup>; JAMOCYR MOURA MARINHO<sup>1</sup>  
1. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL SANTA IZABEL - SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL SANTA IZABEL - SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** A Hipertensão pulmonar associada à sarcoidose pode ocorrer em qualquer estágio da doença, sendo causa rara e eventualmente reversível, com altas taxas de morbidade e mortalidade. **Relato do caso:** Paciente masculino, 16 anos, branco, estudante, natural e procedente de Vitória da Conquista - BA, com quadro de hipertensão arterial sistêmica, disfunção renal, perda ponderal de 10 kg, e relato de síncope durante atividade física, dispneia aos moderados esforços, sonolência e episódios de dor torácica em pontada de forte intensidade, principalmente à direita. Após um ano e meio realizando exames complementares, foi internado para melhor investigação. Ao exame físico, apresentava pequenos linfonodos cervicais palpáveis bilateralmente, diminuição discreta de murmúrios vesiculares em base direita, hiperfonesse de segunda bulha e hepatoesplenomegalia. Ecocardiograma transesofágico evidenciou fração de ejeção de 62% comprometimento difuso do ventrículo direito de grau moderado, insuficiência tricúspide moderada e hipertensão arterial pulmonar grave (PSAP 135 mmHg). Não foi possível realizar angiotomografia de tórax devido à disfunção renal. A TC de tórax com contraste realizada em outro serviço, no mês anterior, foi avaliada por radiologista que não identificou sinais de TEP, porém linfonodos mediastinais aumentados, além de imagens nodulares em vidro fosco e espessamento septal sugestivos de doença veno-oclusiva (Figura 1). A cintilografia de perfusão pulmonar mostrou múltiplos defeitos perfusionais bilaterais, mais proeminentes à direita (Figura 2). O cateterismo

cardíaco direito confirmou o diagnóstico de hipertensão pulmonar (Tabela 1). Submetido à linfadenectomia cervical esquerda, cujo anatomopatológico revelou granulomas não caseosos (Figura 3). As investigações para doenças do tecido conectivo, AIDS e hipertensão portal tiveram resultados negativos. Foi aventado iniciar tratamento com corticoide sistêmico visto forte probabilidade diagnóstica de sarcoidose provocando doença veno-oclusiva. Entretanto, o paciente foi encaminhado para avaliação em serviço especializado em Hipertensão Pulmonar em São Paulo- SP, onde foi instituído tratamento com prednisona 60 mg/dia, com redução inicial da PSAP para 45 mmHg. Orientado acompanhamento ambulatorial em Salvador- BA e revisão após 6 meses para avaliar redução da dose. Após 3 meses de tratamento, foi reinternado com piora clínica importante, apresentando síndrome de Cushing, disfunção hepática, piora radiológica (Figura 4) e da hipertensão pulmonar (PSAP 117 mmHg), com discreto derrame pericárdico ao ecocardiograma. Reduzida a dose do corticoide e foi transferido para unidade de terapia intensiva com quadro de sepse, sem resposta clínica eficaz à antibioticoterapia e medidas de suporte, tendo-se seguido o óbito em poucos dias. Conclusão A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de causa desconhecida que afeta adultos de qualquer idade e ambos os sexos, com sintomas heterogêneos e gravidade variável. Frequentemente se apresenta com linfadenopatia hilar, infiltração pulmonar, lesões de pele e linfadenopatia periférica. Dentre os vários mecanismos fisiopatológicos descritos para a hipertensão pulmonar associada, encontra-se a doença veno-oclusiva, a qual pode ser resultante da obstrução de veias septais interlobulares por granulomas intramurais ou fibrose perivasculares. Se ausência de fibrose pulmonar, a resposta ao uso de corticoide nesses casos é variável.

**Palavras-chave:** Hipertensão pulmonar; sarcoidose pulmonar; pneumopatia veno-oclusiva

#### **PO096 TROMBOFILIA E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO- SUBDIAGNÓSTICO**

**ANA LUIZA ARAÚJO DE SOUZA<sup>\*</sup>; RAQUEL FELISARDO ROSA; SAMUEL RIBEIRO DIAS; BRUNA KELLY CARDOSO DE CARVALHO; VALQUIRIA FERNANDES MIRANDA; LEONARDO LUCIANO TEZA; RAPHAEL DE MELO FRANCISCON**  
*SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Introdução:** Trombofilia, ou estado de hipercoagulabilidade, é uma condição relacionada com o aumento da tendência de coagulação do sangue (trombose). Podem herdá-la ou adquiri-la por causa de outra doença (uma desordem adquirida). Causas hereditárias envolvem mutações em determinados genes. A mutação do fator V Leiden é uma das mais comuns. Outras seriam mutação da protrombina, hiper-homocisteinemia, aumentando a atividade do fator VIII. Hiperhomocisteinemia quer dizer que não há muito do aminoácido homocisteína no sangue, o que está relacionado a não ter o suficiente de determinadas vitaminas. Outras doenças hereditárias raras incluem deficiência (não ter suficiente) da proteína C, proteína S e antitrombina III (proteína relacionada à coagulação do sangue). Estes distúrbios estão frequentemente relacionados a complicações na gravidez. Síndrome do anticorpo é a causa mais comum de trombofilia adquirida. O predomínio do Anticorpo Antifosfolípide e do fator V de Leiden ( FVL ) como condições trombofílicas sobre as deficiências de inibidores da coagulação já foi devidamente comprovados na literatura. A prevalência do FVL é de ate 7% na população de origem branca e anticorpos antifosfolípeios pode chegar a mais de 20% em paciente com TVP, sendo a

presença do anticorpo cardioliipina cinco vezes mais comum do que a do anticoagulante lúpico. **Relato de caso:** MFS, 65 anos, feminina, HAS, TEP crônica, Usuária de O2 domiciliar, anlodipina 5mg, enalapril 20mg, furosemida 40mg, marevam 5mg (segunda a sábado), fluoxetina 20mg, admitida na SCBH em 2010 com quadro de tosse seca, dispneia em repouso, dessaturação, BEG, MVdiminuído difusamente, Sat 85% aa, Cintilografia pulmonar 12/07/2010: cintilografia pulmonar de inalação e perfusão de muita alta probabilidade para TEP bilateral e extensa, acometendo mais acentuadamente o pulmão direito. Iniciado tratamento adequado, alta para acompanhamento ambulatorial, sendo suspenso anticoagulação em janeiro 2012, paciente evoluindo com o mesmo sintomas iniciado anticoagulação sem segmento adequado e de imagem. Paciente retorna ao ambulatório para controle somente em outubro de 2015, solicitado nova cintilografia e exames de rastreio para trombofilia. Cintilografia pulmonar de inalação e perfusão 19/12/2015 de muita alta probabilidade para TEP bilateral principalmente para pulmão direito, onde envolve quase a totalidade de seu lobo superior. Exames 11/01/2016 anti cardioliipina IgG 7, 7 ( VR < 15), anti cardioliipina IgM 2, 1 ( VR < 12, 5), anticoagulante lupico resultados: ausência anticoagulante lupico, resultado 2-presença de anticoagulante lupico; proteína C 59% (VR 70 a 140%), proteína s 44% ( VR 50 a 120% ), antitrombina III 96, 4 % (VR 80 a 120%), fibrinogênio 513, 7 ( VR 220 a 496). **Conclusão:** A importância de pesquisar a presença de Trombofilia em pacientes com TEP sem causa determinada a fim de diminuir complicações e aumentar sobrevida. O subdiagnostico vem por aumentar a taxa de TEP Crônico e suas consequências.

**Palavras-chave:** Tep crônico; trombofilia; subdiagnostico

#### **PO097 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SIMULANDO ASMA**

**CAROLINA ROSSETTI SEVERO<sup>\*</sup>; MURILO RICARDO VERCKA; ANDRÉS MELLO LÓPEZ; MARIANE GONÇALVES MARTYNYCHEN CANAN; VITOR LOUREIRO DIAS**  
*HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.*

**Introdução:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a terceira doença cardiovascular aguda com maior letalidade, atrás apenas do infarto agudo do miocárdio e do acidente vascular encefálico, tendo sido estimado como responsável por 92. 999 mortes no Brasil entre 1989 e 2010. Os dados epidemiológicos existentes nos Estados Unidos variam entre estudos clínicos e autópsias, sendo que a incidência aproximada é de 1 caso para cada 1. 000 pessoas por ano. Existem evidências que apoiam que a asma representa um fator de risco para o desenvolvimento de TEP, com um aumento estimado de 3, 24 no risco relativo, podendo ser ainda maior, de acordo com o número de exacerbações e de hospitalizações, com a gravidade da doença e com a utilização de corticoides. Apresentamos aqui um caso de uma paciente asmática com quadro compatível com agudização da doença de base que acabou por ser diagnosticada com TEP. **Relato de caso:** Mulher de 57 anos, com diagnóstico prévio de asma, internada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná por agudização do quadro respiratório. Paciente tinha como comorbidades hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, hipotireoidismo e obesidade. Já havia sido internada diversas vezes por quadros semelhantes, sendo sempre aventadas as hipóteses de crise de asma ou de insuficiência cardíaca descompensada. Queixava-se de dispneia e ortopneia e apresentava desconforto respiratório e sibilância importante. O caso foi abordado

como uma crise de asma, com formoterol/budesonida 12/400 mcg e salbutamol 100 mcg 3 vezes ao dia. Não houve resposta, e a paciente necessitou de intubação orotraqueal e ventilação mecânica por 4 dias. Foi prescrito antibioticoterapia com ceftriaxona e claritromicina em esquema de 8 dias, sendo observada melhora do estado geral, porém, persistência da dispneia e dependência de oxigênio suplementar para manutenção de saturação adequada. Com o prosseguimento da investigação, por meio de angiotomografia computadorizada de tórax, evidenciou-se TEP agudo com sinais de hipertensão pulmonar. Após a instituição de anticoagulação, observou-se melhora da dispneia. **Conclusão:** O TEP possui diferentes formas de apresentação, e a tríade clássica, com dispneia, dor no peito e hemoptise, é rara. A entidade pode mimetizar outras doenças, e esse relato vem para alertar para pesquisarmos TEP em quadros compatíveis com crise de asma que não apresentem resposta adequada à terapia. Tal possibilidade está em conformidade com diferentes estudos vistos na literatura, como o de Stuijver et al., o de Majoor et al., e o de Johannesdottir et al. Todos mostram aumento no número de casos de tromboembolismo pulmonar entre pacientes que fazem uso de glicocorticoides, como a paciente relatada.

**Palavras-chave:** Dispneia; asma; tromboembolismo

**PO098 HIPERTENSÃO PULMONAR: SOBREVIDA DE 54 PACIENTES ACOMPANHADOS EM HOSPITAL TERCEÁRIO, NO PERÍODO DE 2009 A 2016**

**LUCIANA ZANI\*<sup>1</sup>; DANIELA CAVALET BLANCO<sup>2</sup>; NÓRIS COIMBRA SCAGLIA<sup>3</sup>; SABRINA MACHADO**

**PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.** Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes e avaliar as taxas de sobrevivência durante o seguimento no CIDT (Centro Integrado de Diagnóstico e Tratamento) - HSL / PUCRS. Métodos: Este é um estudo retrospectivo que incluiu dados de todos os pacientes cadastrados na CIDT - HSL / PUCRS. Desde a sua fundação, o CIDR- HSL / PUCRS tem um banco de dados que é alimentado em tempo real com dados demográficos, diagnóstico, tratamento e peculiaridades dos pacientes cadastrados. A partir deste banco de dados, foi realizado um levantamento telefônico, onde todos os pacientes ou parentes foram questionados para verificar o estado vital atual. Resultados: Atualmente, existem 54 pacientes registrados com diagnóstico de HAP na CIDT- HSL / PUCRS. Destes, 10 pacientes não conseguimos contatado por telefone. Eles foram considerados perdidos. O estado vital dos pacientes foi verificado, estando 31 pacientes vivos, e 13 morreram durante seguimento. Foi possível avaliar a sobrevivência cumulativa desde a data de diagnóstico, que atualmente, tem uma taxa de 68, 2% em 5 anos. Conclusão: As taxas de sobrevivência encontradas através deste estudo foram semelhantes às taxas de sobrevivência atuais estabelecidas globalmente em centros especializados. A expectativa do CIDR- HSL / PUCRS é continuar a entregar serviços baseados em diretrizes atuais, a fim de contribuir para o aumento continuado nas taxas de sobrevivência da doença e melhorar a qualidade de vida da comunidade.

**Palavras-chave:** Hipertensão; sobrevida; pulmonar

**PO099 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA E PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR EM RELAÇÃO A PRESENÇA DE HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR DINÂMICA AO EXERCÍCIO E PERCEPÇÃO DE DISPNEIA**

**MARCELO BASSO GAZZANA<sup>1</sup>; RUI GUSTAVO PAULUS NENÉ DORNELES<sup>2</sup>; FRANCIELE PLACHI<sup>3</sup>; RICARDO GASS<sup>4</sup>; PIETRO KRAUSPENHAR MEROLA<sup>5</sup>; IGOR GORSKI BENEDETTO<sup>6</sup>; DANILO CORTOZI BERTON**

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

**Introdução:** Sabe-se que existem diferenças entre pacientes com hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) e pacientes com hipertensão arterial pulmonar (HAP) em relação a ineficiência ventilatória. Observações recentes mostraram que um subgrupo de pacientes com HAP apresenta hiperinsuflação pulmonar dinâmica (HD). É desconhecido se pacientes com HPTEC também apresentam HD e se a presença de HD contribui para dispneia e intolerância ao exercício nesse grupo de pacientes. **Objetivos:** Comparar a presença de HD entre pacientes com HPTEC e pacientes com HAP, e sua associação com a percepção de dispneia durante o exercício. **Métodos:** Estudo transversal com coleta prospectiva dos dados. Foram incluídos pacientes com HPTEC e HAP, ambos confirmados por cateterismo cardíaco direito, com terapêutica estável nos últimos três meses. Realizaram avaliação de pressão inspiratória estática máxima (P<sub>Imáx</sub>) por manovacuometria seguida de teste de exercício cardiopulmonar (TECP) incremental máximo. Ao longo do exercício, foram avaliados, de maneira seriada, o drive respiratório através da pressão de oclusão ao nível da boca nos primeiros 100 milissegundos da inspiração (P<sub>0</sub>, 1) corrigida pela P<sub>Imáx</sub>, a capacidade inspiratória (CI) e a percepção de dispneia pela escala de Borg. HD foi definida como redução de CI em 150ml e 5% em relação ao valor basal. **Resultados:** Foram avaliados 16 pacientes, 11 (69%) com HAP e 5 (31%) com HPTEC. Os grupos foram semelhantes quanto a idade (HAP vs HPTEC: 40 ± 10 vs 48 ± 12; p=0, 20), classe funcional New York Heart Association (CF NYHA) (HAP vs HPTEC - CF NYHA I: 7 (64%) e CF NYHA II: 4 (36%) vs CF NYHA I: 1 (20%), CF NYHA II: 2 (40%) e CF NYHA III: 3 (40%); p=0, 06), VEF1 previsto (%) (HAP vs HPTEC: 86 ± 10 vs 79 ± 6; p=0, 17), VEF1/CVF (HAP vs HPTEC (%): 77 ± 5 vs 72 ± 5; p=0, 12), capacidade aeróbia (VO<sub>2</sub>pico) (HAP vs HPTEC (ml/kg. min): 17, 0 ± 4, 3 vs 14, 5 ± 2, 2; p=0, 25) e ineficiência ventilatória (ΔVE/ΔVCO<sub>2</sub>) (HAP vs HPTEC (l/l): 42, 8 ± 14, 9 vs 44, 7 ± 7, 2; p=0, 79). Foi observada HD em 7 (64%) pacientes do grupo HAP e 2 (40%) pacientes do grupo HPTEC (p=0, 38). Percepção de dispneia (ΔBorg pico HAP vs HPTEC: 6, 2 ± 2, 8 vs 8, 4 ± 2, 5; p=0, 12) e drive respiratório (P<sub>0</sub>, 1/P<sub>Imáx</sub> (%) pico HAP vs HPTEC: 14, 3 ± 7, 0 vs 16, 4 ± 4, 3; p=0, 54) foram semelhantes nos dois grupos. **Conclusão:** Foi observada HD em uma parcela significativa dos pacientes com HPTEC, a exemplo do que ocorre com pacientes com HAP. Os grupos se comportaram de maneira semelhante quanto à capacidade aeróbia, ineficiência ventilatória, percepção de dispneia e drive respiratório. O aumento do tamanho amostral, ampliando o poder estatístico, é necessário para confirmar estas conclusões.

**Palavras-chave:** Hipertensão pulmonar; tromboembolismo pulmonar; dispneia

**PO100 HEMORRAGIA ALVEOLAR APÓS INJEÇÃO DE SILICONE INDUSTRIAL**

**LARISSA CAMELO ABRAHÃO\*<sup>1</sup>; MILLENE DE REZENDE NAVES<sup>1</sup>; MARILIA NEVES CIPRIANO<sup>1</sup>; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO<sup>1</sup>; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA<sup>1</sup>; RONAN WILK GUIMARÃES<sup>2</sup>; JUSA JÚNIO DE REZENDE NAVES<sup>2</sup>**

**1. HOSPITAL GERAL DE GOIANIA, GOIANIA, GO, BRASIL; 2. UNICEUB, BRASÍLIA, DF, BRASIL.**

**Introdução:** O uso do silicone líquido industrial com fins estéticos é uma prática realizada de forma clandestina há cerca de 60 anos e as vítimas são principalmente mulheres e transexuais. É realizada, no nosso país, por pessoas não

habilidades, utilizando-se volumes excessivos do produto, na sua apresentação industrial, ou seja, com resíduos e não estéril. **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, transexual, homem-mulher, 20 anos, previamente hígida, foi submetida a aplicação de silicone industrial em região glútea, para fins estéticos. Após 4 dias do procedimento apresentou quadro de dispnéia em repouso, com início súbito, associada a hemoptoicos em pequeno volume. Durante internação apresentou hipoxemia (PO<sub>2</sub>= 56), fez uso de O<sub>2</sub> sob cateter nasal, sem necessidade de ventilação mecânica. A TC de tórax mostrou extensas áreas de atenuação vidro fosco com consolidações confluentes e espessamento septal liso, acometendo a periferia subpleural nas bases pulmonares, com conformação de padrão de "pavimentação em mosaico". Não ficaram caracterizados sinais de tromboembolismo ( figura 1). Raio X de tórax com velamento da base do tórax bilateralmente ( figura 2). A paciente recebeu diagnóstico hemorragia alveolar por silicone industrial e foi tratada com terapia antimicrobiana empírica com Moxifloxacino por 10 dias juntamente com hidrocortisona por 5 dias. A evolução foi favorável, com melhora clínica. **Conclusão:** O químic F. S. Kipping utilizou o termo silicone para descrever polímeros por ele sintetizados a partir do elemento sílica. Reações químicas utilizando silicone elementar resultam numa classe de compostos denominados siloxanes (mistura de sílica, oxigênio e metano). No Brasil não há liberação para o uso do silicone líquido injetável com finalidade estética. No entanto, observamos um grande número de "leigos" utilizando silicone líquido isoladamente ou associado a outros produtos (óleos minerais, líquidos, etc. ), além de técnicas e indicações inadequadas o que leva ao grande índice de complicações locais e sistêmicas, devido ao potencial elevado da migração do material. No presente caso, a evolução clínica foi muito típica da forma aguda da pneumonite (com dispnéia, tosse e sinais de hipoxemia), e foram vistas alterações pronunciadas nas radiografias e na TC de tórax. As imagens eram muito sugestivas de preenchimento alveolar. A biópsia pulmonar não foi necessária devido ao histórico de injeção de silicone, e os aspectos clínicos e radiológicos eram altamente sugestivos de hemorragia alveolar.

**Palavras-chave:** Hemorragia; alveolar; silicone

## FIBROSE CÍSTICA

**PO101 MODULAÇÃO DA INFECÇÃO/COLONIZAÇÃO PULMONAR CRÔNICA NA FIBROSE CÍSTICA POR VARIANTES GENÉTICAS ASSOCIADAS A RESPOSTA INFLAMATÓRIA**  
**FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON<sup>1</sup>; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO<sup>2</sup>; MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO<sup>3</sup>; CARLOS EMILIO LEVY<sup>4</sup>; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO<sup>5</sup>; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO<sup>6</sup>**  
**UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Bactérias oportunistas na fibrose cística (FC) têm papel primordial na variabilidade clínica e possuem influência de múltiplas variantes em genes modificadores e de mutações no gene *CFTR*. **Objetivos:** Verificar a associação da *Pseudomonas aeruginosa* [mucoide (PAM), não mucoide (PANM) e tempo para o primeiro isolamento da PA (1PA) - maior gravidade para o tempo ≤ 29 meses e menor gravidade para o tempo > 29 meses], *Achromobacter xylosoxidans* (AX), *Burkholderia cepacia* (BC) e *Staphylococcus aureus* (SA) em pacientes com FC com duas mutações no gene *CFTR* pertencentes às classes I, II e/ou III com variantes em genes associados a resposta inflamatória. **Métodos:** Incluídos 126 pacientes

com FC e duas mutações de classe I a III no gene *CFTR*. Foram analisadas 251 variantes em 125 genes relacionados a resposta inflamatória pela plataforma *OpenArray*. Testes estatísticos realizados pelo software SPSS versão 22.0,  $\alpha=0,05$ . **Resultados:** Houve a identificação, respectivamente de 76, 64%; 57%; 35, 51%; 14, 02% e 8, 41% para SA, PANM, PAM, BC e AX. Houve associação da 1PA com dez variantes em oito genes, sendo observado o maior valor de *odds ratio* (OR) para a variante rs2247570\*CC, no gene *LTA4H* (OR=8, 55; 95%CI=1, 21-206, 7) e o menor para o rs2280091\*AA, no gene *ADAM33* (OR=0, 087; 95%CI=0, 010-0, 742). Em relação a presença de PAM houve associação com oito variantes em seis genes diferentes, sendo observado o maior valor de OR para a variante rs949969\*GG, no gene *RORC* (OR=4, 435; 95%CI=1, 51-13, 03) e menor para o rs9859392\*GG, no gene *CTNBB1* (OR=0, 188; 95%CI=0, 045-0, 798). Para a PANM houve associação com 11 variantes em 11 genes, sendo observado o maior OR para a variante rs11947661\*CC (OR=5; 95%CI=1, 526-16, 38) no gene *KCNIP4* e menor para o rs949969\*AA (OR=0, 102; 95%CI=0, 012-0, 884) no gene *RORC*. Na comparação com a presença de AX, houve a associação com nove variantes em nove genes, sendo o maior OR observado para a variante rs1544791\*CC, no gene *PDE4D* (OR=12, 80; 95%CI=1, 524-107, 5) e menor para o rs740044\*AA, no gene *ILIR2* (OR=0, 10; 95%CI=0, 018-0, 563). Em relação à BC houve associação com nove variantes em oito genes, sendo observado maior OR para a variante rs1544791\*CC, no gene *PDE4D* (OR=10, 85; 95%CI=2, 253-52, 22) e menor para o rs4704727\*GG, no gene *TIMD4* (OR=0, 098; 95%CI=0, 012-0, 792). Considerando o SA, houve associação com cinco variantes em cinco genes, sendo o maior OR para a variante rs1800872\*GG (OR=3, 686; 95%CI=1, 324-10, 26) no gene *IL10* e menor OR para o rs3087243\*AA, no gene *CTL4* (OR=0, 167; 95%CI=0, 042-0, 666). **Conclusões:** Para cada bactéria nas vias aeríferas dos pacientes com FC múltiplos genes atuam na sua presença e, dessa forma, podemos ter múltiplos fenótipos, oriundos da interação, genes modificadores, genótipo *CFTR*, ambiente e bactérias.

**Palavras-chave:** Polimorfismos; bactéria; variabilidade

**PO102 6. ASSOCIAÇÃO DE VARIANTES EM GENES ASSOCIADOS A RESPOSTA INFLAMATÓRIA COM ESCORES DE GRAVIDADE DA FIBROSE CÍSTICA (BHALLA, KANGA E SHWACHMAN-KULCZYCKI)**

**FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON<sup>1</sup>; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO<sup>2</sup>; MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO<sup>3</sup>; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO<sup>4</sup>; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO<sup>5</sup>**  
**UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A variabilidade da fibrose cística (FC) é um marco na história da medicina. Escores de gravidade apresentam dados referentes a gravidade e diferenciam a variabilidade clínica e laboratorial entre os pacientes. Estudos avaliando os aspectos genéticos associados a variabilidade, e consequentemente com a gravidade pelos escores são importantes, juntamente com a abordagem das mutações no gene *CFTR* e análise de genes modificadores. **Objetivos:** Verificar a gravidade da FC por três escores [Bhalla (doença pulmonar pela tomografia computadorizada de alta resolução), Kanga (exacerbação pulmonar) e Shwachman-Kulczycki (quadro clínico geral do paciente considerando diferentes aspectos da doença)] e comparar com a variabilidade em genes modificadores associados a resposta inflamatória e com expressão pulmonar. **Métodos:** Incluídos 126 pacientes com FC e duas mutações no gene *CFTR* de classe I, II e/ou III identificadas. Foram analisadas 251 variantes em 125

genes relacionados a resposta inflamatória pela plataforma Open Array™ (Life Technologies®). A análise estatística foi realizada pelo *software* SPSS vs 22, 0.  $\alpha=0,05$ . A obtenção dos escores clínicos foi realizada mediante os pressupostos publicados para cada escore (Bhalla, Kanga e Shwachman-Kulczycki). A pontuação dos escores foi realizada por dois profissionais médicos de maneira duplo cega. No estudo foi considerada a média entre os avaliadores e em caso de discrepância os dados foram avaliados por outro avaliador.

**Resultados:** Para os diferentes escores, foi observada a seguinte distribuição: (i) escore de Bhalla: 8, 81±5, 69; mediana= 8 (amplitude= 0 a 25); (ii) escore de kanga: 18, 85±5, 86; mediana= 17 (amplitude= 10 a 40); (iii) escore de Shwachman-Kulczycki: 66, 24±16, 86; mediana= 65 (amplitude= 20 a 95). Em relação a associação com as variantes genéticas, temos: (i) escore de Bhalla: associado com 11 variantes em dez genes [*BIRC5*, *CD14*, *CYSLTR1*, *IL17A*, *IL1A*, *IL21*, *KCNIP4* (dois variantes), *NR3C1*, *SELE* e *SELL*]; (ii) escore de Kanga: associado com 16 variantes em 15 genes [*C86*, *IKZ3*, *IL12B*, *IL1R1*, *IL21* (dois variantes), *IL3*, *IRAK3*, *KCNIP4*, *MMP9*, *NPY*, *ORMDL3*, *PKDCCC*, *RUNX1*, *SELL* e *SMAD3*]; (iii) escore de Shwachman-Kulczycki: associado com 18 variantes em 17 genes [*ADCYAP1R1*, *BIRC5*, *CD14*, *CH13L1*, *CTLA4*, *GDSMA*, *IL1RN*, *IL3*, *IL33*, *KCNIP4* (dois variantes), *LRR43*, *MMP9*, *RORC*, *RUNX1*, *SELE*, *SIGIRR* e *TBXA2R*]. **Conclusão:** Múltiplos genes estão envolvidos na variabilidade clínica dos pacientes com FC, sendo a gravidade descrita pelos escores, marcada por múltiplos genes e suas variantes. A FC é monogênica, com forte influência de múltiplos genes.

**Palavras-chave:** Polimorfismos; escores de gravidade; variabilidade

#### **PO103 ASSOCIAÇÃO ENTRE ALTERAÇÕES POSTURAIS E FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA**

**INÁE ANGÉLICA CHEROBIN\*<sup>1</sup>; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN<sup>2</sup>; BRUNA ZIEGLER<sup>2</sup>**

1. UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. UFRGS/HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A fibrose cística (FC) é uma doença multissistêmica, caracterizada principalmente por infecção pulmonar crônica, insuficiência pancreática exócrina e elevada concentração de eletrólitos no suor. A doença pulmonar crônica associada a fatores de má nutrição e inatividade podem levar à alterações posturais frequentes.

**Objetivo:** Verificar a relação existente entre alterações posturais e a gravidade funcional pulmonar em pacientes adultos com FC. **Métodos:** Para a avaliação da postura foi utilizado o *Software* para Avaliação Postural (SAPO) e para a verificação dos parâmetros de função pulmonar foi utilizado o exame de espirometria. Para fins de análise estatística os pacientes foram classificados de acordo com a gravidade funcional pulmonar em três grupos: distúrbio ventilatório obstrutivo leve, moderado e grave. Foi utilizada a análise de variância para um fator (ANOVA) para a comparação dos dados com distribuição normal e o teste de Kruskal-Wallis para os dados sem distribuição normal.

**Resultados:** participaram do estudo 24 pacientes, sendo 14 do sexo feminino, média de idade 25±5, 2 anos, VEF1 47, 9±22, 4 e IMC 20, 7±3, 2 Kg/m<sup>2</sup>. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para as variáveis alinhamento vertical da cabeça, lordose cervical e lordose lombar ( $p>0,05$ ). Houve diferença estatisticamente significativa para as variáveis de alinhamento horizontal da cabeça ( $p=0,043$ ) e cifose torácica ( $p=0,036$ ). **Conclusão:** Os pacientes com doença distúrbio ventilatório obstrutivo

grave possuem angulações de cifose torácica maiores em relação aos grupos com DVO leve e moderado. O avanço da doença pulmonar e o conseqüente alçapamento aéreo podem estar associados com as alterações posturais.

**Palavras-chave:** Fibrose cística; alterações posturais; função pulmonar

#### **PO104 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE FIBROSE CÍSTICA**

**MARJANE SILVEIRA CARDOSO\*<sup>1</sup>; GABRIELA MOTTER<sup>1</sup>; CAROLINA TAFFAREL<sup>1</sup>; ANA PAULA KASTEN<sup>1</sup>; ANA LAURA GERMANO<sup>1</sup>; CAROLINE SCHMIDT<sup>1</sup>; PAULO JOSE CAUDURO MARÓSTICA<sup>2</sup>; PAULA MARIA EIDT ROVEDDER<sup>1</sup>**

1. UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A fibrose cística (FC) é uma doença genética, com padrão de hereditariedade autossômica recessiva, mais comum na população branca. Pacientes com FC apresentam progressiva limitação ao exercício físico e redução de suas atividades de vida diária. As causas principais da intolerância ao exercício estão associadas à redução na capacidade e reserva ventilatória, perda da massa muscular periférica e diminuição da função cardiovascular. A atividade física regular e o exercício são fatores que contribuem para a qualidade de vida do paciente com FC, porém a diminuição progressiva ao exercício pode refletir em diminuição da atividade física diária em crianças com diagnóstico de FC. A literatura tem demonstrado formas de avaliar a atividade física em crianças saudáveis com o uso de dispositivos específicos (pedômetros) de fácil manuseio e baixo custo, com adequada segurança e confiabilidade. **Objetivo:** Determinar o nível de atividade física diária correlacionando-o com variáveis clínicas, de função pulmonar, da capacidade funcional em crianças com diagnóstico de fibrose cística. **Metodologia:** Estudo de caráter transversal realizado no ambulatório de Pneumologia Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em pacientes com diagnóstico de FC, segundo critérios de consenso. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade  $\geq 6$  até 18 anos e estabilidade da clínica. Os critérios de exclusão foram pacientes com anormalidades ortopédicas que impediam o uso do pedômetro e a realização dos testes propostos. Os pacientes que aceitaram participar do estudo e preencheram os critérios de inclusão foram submetidos a avaliação funcional com a realização do teste de caminhada de seis minutos (TC6M), do shuttle walk test (SWT), das medidas espirométricas e avaliação nutricional; todas as avaliações aconteceram no prazo máximo de uma semana, após a consulta no ambulatório. Os pacientes levaram para casa o dispositivo que quantifica a atividade diária através da contagem dos passos (pedômetro SW 700); os pacientes permaneceram 7 dias com esse dispositivo acoplado na cintura e o registro de passos foi documentado diariamente, a partir disso foi calculado a média de passos dados ao dia.

**Resultados:** Foram incluídos no estudo 17 pacientes com FC, 8 (47%) eram do sexo feminino, com média de idade de 11, 5 ± 5, 5 anos e VEF1 de 106, 55 ± 34, 45 em % do previsto e IMC de 18, 86 ± 4, 27 todos de etnia caucasiana. A média de passos diária quantificada pelo pedômetro foi de 9483 ± 4389 passos. Não houve correlação significativa entre o número de passos diário e as variáveis clínicas, de função pulmonar, da capacidade funcional e da qualidade de vida em crianças com diagnóstico de FC. Nas análises de correlação secundárias a distância percorrida no SWT correlacionou-se com a capacidade vital forçada em litros (CVF) ( $r=0,533$  e  $p=0,04$ ). A idade correlacionou-se



significativamente com a distância percorrida no TC6M ( $r=0,485$  e  $p=0,04$ ) e com a distância percorrida no SWT ( $r=0,523$  e  $p=0,04$ ). **Conclusão:** Crianças com diagnóstico de FC apresentam nível de atividade física diária menor quando comparados com dados existentes na literatura em crianças saudáveis. Não observamos associação entre o número de passos diário e as variáveis clínicas, de função pulmonar, da capacidade funcional e da qualidade de vida em crianças com diagnóstico de FC. A idade associou-se com melhor desempenho nos testes de capacidade funcional.

**Palavras-chave:** Fibrose cística; pediatria; exercício

### **PO105 ADESÃO À TERAPIA INALATÓRIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA**

**TAJANE DOS SANTOS FEITEN\***; **JOSANI FLORES<sup>1</sup>**; **PAULO DE TARSO ROTH DALCIN<sup>2</sup>**; **BRUNA ZIEGLER<sup>2</sup>**

1. UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A Fibrose Cística tem como uma de suas principais características a infecção pulmonar crônica. Os agentes mucolíticos inalatórios utilizados associados à fisioterapia respiratória são componentes fundamentais no manejo e prevenção de complicações pulmonares associadas à doença. **Objetivo:** Verificar o grau de adesão auto-relatada às recomendações de terapia inalatória em pacientes pediátricos com FC, atendidos pela Equipe de Pneumologia Pediátrica do HCPA, o nível de concordância entre o recomendado e o realizado pelo paciente, e associações com parâmetros de função pulmonar, escore clínico, aspectos nutricionais, bacteriologia do escarro e qualidade de vida. **Metodologia:** É um estudo transversal, realizado com pacientes com diagnóstico de FC, com idades entre 6 e 17 anos, atendidos no ambulatório de Pneumologia Pediátrica do HCPA. Foi pontuado o escore clínico de Shwachman-Kulczycki e preenchida uma ficha de coleta de dados gerais (função pulmonar, bacteriologia e índice de massa corporal). Os pacientes responderam um questionário de adesão à terapia inalatória e medicamentos inalatórios utilizados, outro de qualidade de vida, ambos aplicados por uma fisioterapeuta não vinculada a equipe assistencial. Uma fisioterapeuta ambulatorial respondeu outro questionário preenchendo o que a equipe médica recomendava de medicamentos inalatórios para o paciente. Os pacientes foram classificados de acordo com a adesão auto-relatada à terapia inalatória em alta ou baixa adesão. A comparação entre os grupos foi feita através do qui-quadrado e pelo teste t para amostras independentes. A análise de concordância foi realizada pelo teste Kappa. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 66 pacientes com FC (31 sexo masculino), com média de idade de 12,3 anos, VEF1 2,1 L (89,4%), CVF 2,7 L (94,7%). Os pacientes foram classificados como: alta adesão 46 pacientes (69,7%) e baixa adesão 20 pacientes (30,3%). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os grupos para as variáveis de função pulmonar, escore clínico, índice de massa corporal e bacteriologia do escarro. O grupo baixa adesão apresentou menor pontuação no questionário de qualidade de vida para os domínios: emoção ( $p=0,006$ ), alimentação ( $p=0,041$ ), dificuldade no tratamento ( $p<0,001$ ) e social ( $p=0,046$ ). Tivemos boa concordância para tobramicina ( $k=0,72$ ,  $p<0,001$ ), colistin ( $k=0,79$ ,  $p<0,001$ ) e beta 2 agonista de curta duração ( $k=0,66$ ,  $p<0,001$ ), regular para alfa-dornase ( $k=0,48$ ,  $p<0,001$ ), e ruim para soluções hipertônicas ( $k=0,32$ ,  $p<0,001$ ). **Conclusão:** Em torno de 70% dos pacientes foram classificados no grupo alta adesão auto-relatada à terapia inalatória. Houve boa concordância para antibióticos inalatórios e beta 2 agonista

de curta duração. Não houve associações entre os grupos para as variáveis de função pulmonar, escore clínico, índice de massa corporal e bacteriologia do escarro. A baixa adesão à terapia inalatória foi associada a uma pior qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Adesão; terapia inalatória; fibrose cística

## **PATOLOGIA**

### **PO106 SÍNDROME DE HAMMAN: RELATO DE CASO**

**GABRIEL SANTI CALABRIA ESTEVES\***; **RAFAEL FERNANDES;** **BRUNA CRISTINA MOTTA CASALECCHI;** **ANDERSON BRITO DE AZEVEDO SILVA;** **LARISSA GARCIA GUERINO;** **PRISCILA MACIEL TEIXEIRA;** **LARISSA DURANS AMORIM SILVA;** **CAROLINA NEIVA GUEDES DA SILVA**

HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O pneumomediastino caracteriza-se pela presença de ar livre no mediastino. Ele pode ser dividido em: Espontâneo (Síndrome de Hamman) ou secundário. Essa patologia é mais comum em pacientes jovens, do sexo masculino, tabagistas ou portadores de doenças pulmonares crônicas. No adulto está relacionada com a exacerbação da asma em pacientes com doenças graves e/ou mal controladas. O diagnóstico pode ser feito através do exame físico e exames de imagem. Em geral é uma doença autolimitada com bom prognóstico e de tratamento conservador. **Relato de caso:** J. L. B. D. S., sexo masculino, 16 anos, portador de rinite alérgica e asma crônica em tratamento irregular. Foi admitido na emergência do Hospital com quadro de dispnéia, dor torácica intensa, ventilatório dependente, taquicardia e sibilos. Apresentava ao exame físico murmúrio vesicular universalmente audível, presença de sibilos difusos, enfisema subcutâneo em tórax, pescoço e face. Foi realizada analgesia com Dipirona e nebulização com Brometo de ipatrópio e fenoterol. Os exames laboratoriais e eletrocardiograma não demonstraram alterações. A radiografia de tórax evidenciou pneumomediastino. O paciente foi internado para investigação a qual não evidenciou causa secundária; logo foi atribuída a asma. Realizado controle com Salmeterol e Fluticasona uma vez ao dia. Além disso, foi avaliado pela equipe de cirurgia torácica, sendo orientado tratamento conservador. Após 3 dias de evolução foi realizada nova Tomografia de tórax com resolução de 80% do quadro. No quarto dia de internação o paciente recebeu alta com orientações para acompanhamento em ambulatório de pneumologia. **Discussão:** O pneumomediastino espontâneo (PME) é uma condição clínica rara, que na maioria das vezes tem um curso benigno. Sua patogênese foi descrita por Macklin, que sugeriu que as rupturas alveolares promovidas pela diferença de pressão levariam a dissecação do ar ao longo das bainhas broncoalveolares e a disseminação do enfisema intersticial para o mediastino. Os fatores de risco que podem predispor a PME incluem: Tabagismo, Doença pulmonar obstrutiva crônica, doença intersticial pulmonar, história recente de infecção respiratória. Os principais sintomas são: Dor torácica, dispnéia, disfagia, disфонia, dor cervical e enfisema subcutâneo. O Sinal de Hamman, que é patognomônico da doença, consiste na presença de crepitações subcutâneas grosseiras sincronizadas com os batimentos cardíacos. O diagnóstico diferencial inclui doenças pulmonares, cardíacas, musculoesqueléticas e esofageanas. O diagnóstico definitivo é feito através do exame de imagem do tórax. Em 90% dos casos o pneumomediastino é identificado na radiografia de tórax, contudo, em algumas situações, é

necessário complementar a investigação com Tomografia computadorizada, principalmente para avaliar a extensão da doença. Devido ao bom prognóstico, o tratamento na maioria das vezes é conservador, com repouso, analgésicos, broncodilatadores e antibióticos em caso de infecção associada. Após a alta hospitalar, o paciente deverá ser acompanhado com exames de imagem seriados, até a resolução completa do quadro. Embora as complicações sejam raras, o diagnóstico e tratamento rápidos previnem a progressão da doença. **Referências:** 1. Talmadge E King, JR, MD Acute Interstitial pneumonia ( Hamman-Rich syndrome); Uptodate 2016. 2. Giordano, RTA; Spontaneous pneumomediastinum (Hamman's Syndrome), Current Issue: 2012 – Volume 38 –Number 3

**Palavras-chave:** Hamman; pneumomediastino; asma

### **PO107** ALTERAÇÕES MOLECULARES E PROTEICAS NAS VIAS DE TRANSIÇÃO EPITÉLIO-MESENQUIMAL DO CÂNCER DE PULMÃO: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS CARCINOMA DE NÃO PEQUENA CÉLULAS

TABATHA GUTIERREZ PRIETO<sup>1\*</sup>; JULIANA RODRIGUES MACHADO<sup>2</sup>; DANIEL ASCHERI<sup>1</sup>; EDWIN ROGER PARRA CUENTAS<sup>3</sup>; ALEXANDRE MUXFELDT AB´SABER<sup>1</sup>; MARIA APARECIDA NAGAI<sup>1</sup>; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO<sup>4</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>1</sup>

1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. DGAA-HCFMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3. MD ANDERSON, HOUSTON, ESTADOS UNIDOS; 4. FMRP/USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O seqüenciamento de nova geração (NGS) pode contribuir muito para identificar as variantes de um único nucleotídeo (SNVs), pequenas inserções e deleções (Indels), e variações estruturais maiores incluindo rearranjo cromossômicos. Muitas alterações moleculares tem associação em nível protéico que pode ser investigado usando imunohistoquímica (IHC). **Objetivo:** Nosso objetivo foi investigar o padrão molecular de biomarcadores preditivos e novos genes com potencial para terapia alvo, enfatizando a expressão protéica por IHC e seu potencial translacional. Métodos Foram estudados 212 pacientes com seus respectivos blocos de parafina: 8 de alto grau e 20 de baixo grau carcinomas neuroendócrinos (NEs), 102 adenocarcinoma (ADC), 65 carcinomas escamosos (SCC) e 17 carcinomas de grande células (LCC). Os casos foram multiplexados em microarranjos teciduais (TMA). EGFR, P53, KRAS, ALK, ERBB2, PTEN, BRAF, VEGF, CD24 e CD44 foram imunocorados por IHC e avaliados pelo sistema Aperio. DNA foi extraído de um subgrupo para análise de variantes como EGFR, ERBB2, PIK3CA, MMP2, SNAI, VGFA, VIM, ZEB1, AXL, CD44, CD276, e CDH1, usando o kit TruSeq Custom Amplicon para seqüenciamento no Illumina MiSeq. O resultado de 80 cânceres de pulmão foram analisados pelo Variant-Studio software e correlacionado com seus dados clínico-patológicos. Resultados A mediana da idade dos pacientes foi 64 anos (Min-Max, 24-88anos) com 98 mulheres (44, 5%), 32 não fumantes (14, 5%), 100 ex-tabagistas (45, 5%) e somente 2 de origem asiática (1%). A análise de imagem mostrou que a mediana de expressão protéica por IHC foi similar entre os NECs de alto e baixo grau, mas eles diferem comparado com os outros (p<0, 05). EGFR, EBB2, P53 e BRAF foi significativamente menor nos NEs comparados aos outros. LCC tem menor expressão protéica do que ADC e SCC, em destaque p53 e VEGF. Várias variantes foram detectadas incluindo EGFR 22%(19/80), ERBB2 2%(5/80), e genes relacionados a imunidade como CD276 6. 8%(17/80) and CTLA 15. 4%(39/80). Foram observadas mutações em genes relacionados a transição

epitelial-mesenquimal (EMT) como CD44 30. 7%(78/80), MMP2 2. 8%(7/80), VGFA 2%(5/80), CDH1 2. 4%(6/80), SNAI 2. 8%(7/80), VIM 1. 2%(3/80), e ZEB1 4%(12/80). Assim, interessantemente, maior expressão protéica de AXL e CD44 foram encontradas em ADC e SCC comparada a NEC (p=0, 001 e p=0, 04, respectivamente). Conclusão Diferentes padrões de alterações protéicas e gênicas são detectadas no câncer de pulmão com predominante baixa expressão nos NECs. A alta expressão de gene da EMT como AXL e CD44 são observados nos ADC e SCC, o que pode evidenciar que esses genes poderiam ser distintivos nas RTK nesses tmores em relação aos NEC, sugerindo que esses genes alvos seriam benéficos como terapia anti-câncer.

**Palavras-chave:** Câncer de pulmão; sequenciamento de nova geração; imunohistoquímica

### **PO108** RELEVÂNCIA CLÍNICA DOS ONCOGENES NO AVANÇADO ADENOCARCINOMA DE PULMÃO DESENHA NOVOS ALVOS TERAPÊUTICOS NOS PACIENTES ALK/EGFR/ KRAS

TABATHA GUTIERREZ PRIETO<sup>1\*</sup>; JULIANA RODRIGUES MACHADO<sup>2</sup>; PRISCILA FALANGO MILSONI<sup>1</sup>; CECILIA APARECIDA VAIANO FARHAT<sup>1</sup>; VANESSA KAREN DE SÁ<sup>3</sup>; CLAUDIA APARECIDA RAINHO<sup>4</sup>; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO<sup>5</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>1</sup>

1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. DGAA-HCFMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3. AC CAMARGO CANCER CENTER, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4. IBB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 5. FMRP/USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O perfil mutacional da população brasileira nos adenocarcinoma de pulmão (AdenoCa) permanece amplamente não explorado, além da relação com muitos outros genes. O seqüenciamento de nova geração (NGS) permite maior sensibilidade e multiplexagem de vários genes para a pesquisa translacional. **Objetivo:** Identificar novas mutações com potencial terapia gênica alvo nos adenocarcinomas de pumão em estágio avançado. Métodos 80 pacientes com AdenoCa foram coletados. A concentração e qualidade do DNA foram determinadas por Qubit e Bioanalyser, respectivamente. As bibliotecas foram construídas usando o TruSeq@Custom Amplicon v1. 5 para 764 amplicons de 38 genes, seqüenciadas no Illumina-MiSeq. Resultados As 7362 mutações genéticas foram observadas, sendo 78% delas de variantes de um único nucleotídeo (SNVs) e 22% de inserções e deleções. A maioria dos SNVs estão localizadas nos íntrons ou regiões inter-gênicas. EGFR foi mutado em 21 pacientes (6%). A mais freqüente mutação do EGFR foram deleções no exon 19, seguindo pela substituição do aminoácido na posição L858R no exon 21. KRAS está mutado em 26 pacientes (4%). Rearranjo ALK foi detectado em 6 pacientes (4, 8%). Mutações tipo stop estão presentes os genes PIK3CA, TP53, AXL, EGFR, RAB25, CDH1, CD276 e TGFB1. O gene AXL mostrou 11 mutações missense, das quais 7 são consideradas possivelmente danosas (Polyphen/SIFT). CD44 mostrou 50 variantes, entretanto a maioria delas de significado ainda indeterminado. A análise de clusterização demonstrou um seletivo grupo de alterações gênicas relacionadas ao AXL gene. Conclusão Os resultados sugerem que variants genômicas nos AdenoCa são complexas e que o NGS é um efetivo método para detectar novas mutações no cancer de pulmão. 58% dos pacientes do tipo selvagem pelo teste padrão de EGFR/ ALK/KRAS tem alterações genômicas identificáveis por CGP, o que sugere benefício da terapia alvo. Os genes AXL e CD44 permanecem sendo alvos não explorados, porem aqui nós demonstramos dados do seu verdadeiro potencial

translacional para uma futura terapia alvo focada em AXL e CD44 no câncer de pulmão.

**Palavras-chave:** Câncer de pulmão; sequenciamento de nova geração; mutação

**PO109 SARCOIDOSE: A REALIDADE NUM PEQUENO HOSPITAL NO CENTRO DE PORTUGAL**

**EUNICE MARIA FERREIRA DA EIRA MARQUES DIAS<sup>1\*</sup>; LÍLIA MAIA SANTOS<sup>2</sup>; MARIA FÁTIMA LOPES TEIXEIRA<sup>1</sup>**

**1. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - PÓLO HOSPITALAR GERAL, SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, COIMBRA, PORTUGAL; 2. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - PÓLO HUC, SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, COIMBRA, PORTUGAL.**

**Introdução:** A Sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica, de etiologia desconhecida, em que o desenvolvimento e acumulação de granulomas epitelióides sem caseificação constitui a anormalidade fundamental.

**Objetivos:** Caracterizar a apresentação clínica, bioquímica, radiológica, histopatológica e função pulmonar no momento do diagnóstico de Sarcoidose e evolução clínica. **Método:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos de doentes seguidos em Consulta de Patologia Profissional Respiratória e do Interstício do CHUC, Pólo Hospital Geral, entre 2014 e 20 de Julho de 2016, com diagnóstico de Sarcoidose. Avaliados dados clínicos, bioquímicos, radiológicos, anatomo-patológicos, função pulmonar e terapêutica na altura do diagnóstico, assim como evolução clínica. **Resultados:** Seguidos 55 doentes em consulta, 40% do sexo feminino, com idade média na altura do diagnóstico de 39.9 (+/- 9.1) anos, 40.9% com idade entre 31 e 40 anos. Idade média atual de 51.5 (+/- 9.2) anos. No momento do diagnóstico, 12.7% dos doentes encontravam-se assintomáticos, apresentando apenas alterações radiológicas. Dos doentes sintomáticos, 29.1% tinham apenas sintomatologia torácica, 14.5% apresentavam exclusivamente manifestações extratorácicas e 43.6% associação de sintomas torácicos e extratorácicos. Dos sintomas torácicos, a dispneia (49%) e a tosse (47.3%) foram os mais frequentes, seguidos pela dor torácica (18.2%), expectoração (16.4%) e pieira (14.5%). As manifestações extratorácicas mais frequentes foram: astenia (16.4%), emagrecimento (14.5%), lesões cutâneas maculopapulares (10.9%) e artralhas (10.9%). Noventa e oito por cento dos doentes realizaram provas respiratórias no momento do diagnóstico, não se tendo observado alterações em 43.6%. Verificou-se alteração ventilatória obstrutiva em 38.9%, restritiva em 5.6% e mista em 7.3%. A capacidade de difusão do monóxido de carbono encontrava-se diminuída em 20.4%. Verificou-se aumento da enzima conversora da angiotensina sérica em 70.9%, com valor médio de 93.8 U/L. Dos doentes que realizaram lavado broncoalveolar, 27.3% apresentava alveolite linfocítica e relação linfócitos CDA/CD8 superior a 3.5. Obtida confirmação anatomo-patológica em 52.7%, dos quais 32.7% por biópsia pulmonar transbrônquica, 10.9% por biópsia cirúrgica por mediastinoscopia, 5.5% por biópsia de lesão cutânea, 1.8% por biópsia de gânglio axilar e 1.8% por biópsia de gânglio cervical. Quanto à classificação radiológica, 34.5% dos doentes apresentava sarcoidose estadio I, 45.5% estadio II, 10.9% estadio III e 9.1% estadio IV. Foi iniciada corticoterapia em 38.2% dos doentes, tendo sido associado imunossupressor em apenas 9%. De salientar que 1 doente está a fazer a associação de corticoterapia com infliximab e 1 doente está a fazer apenas hidroxilcloroquina. Ocorreu evolução para a cronicidade em 63.6% dos doentes, na maioria com manifestações torácicas e extratorácicas. **Conclusão:** A maioria dos

doentes, adultos jovens, apresentava sintomatologia respiratória à data do diagnóstico. A imagiologia revelou-se um exame fundamental no diagnóstico, assim como os marcadores laboratoriais e funcionais de atividade. Foi obtida confirmação histológica na maioria dos doentes. A corticoterapia sistêmica foi a terapêutica mais utilizada. A sarcoidose é uma doença com vários fenótipos e gravidade, conseqüentemente com distintas abordagens. No entanto, há exames sistemáticos e essenciais no algoritmo de diagnóstico e seguimento.

**Palavras-chave:** Sarcoidose; granulomas não caseosos; doença multissistêmica

## IMAGEM

**PO110 ASSOCIAÇÃO DA VOLUMETRIA DE VIAS AÉREAS ATRAVÉS DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM NÍVEIS DE HORMÔNIOS DE CRESCIMENTO E PARÂMETROS DA FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM ACROMEGALIA**

**GUSTAVO BITTENCOURT CAMILO<sup>1</sup>; RAFAEL VARGAS DA SILVA<sup>2</sup>; ROBERTO MOGAMI<sup>3</sup>; PEDRO LOPES DE MELO<sup>4</sup>; AGNALDO JOSÉ LOPES<sup>5</sup>**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** A acromegalia é uma condição endócrina rara, com prevalência de 36-60 casos/1.000.000. Em pacientes acromegálicos, a taxa de mortalidade específica por causa pulmonar é cerca de 2-3 vezes superior do que aquela observada em indivíduos normais. Muitas anormalidades anatômicas e funcionais no sistema respiratório têm sido descritas. As alterações da função pulmonar só recentemente têm sido avaliadas. Entretanto, a traqueia e as vias aéreas centrais ainda não têm sido avaliadas de forma mais detalhada nesses pacientes, apesar de serem consideradas uma "zona" com potencial para eventos obstrutivos. Em relação à volumetria de vias aéreas avaliadas através da tomografia computadorizada, os estudos ainda são limitados à poucas doenças pulmonares, apesar de alguns trabalhos recentes mostrarem resultados animadores. **Objetivos:** Identificar e quantificar as alterações morfológicas nas grandes vias aéreas de pacientes com acromegalia por meio da tomografia computadorizada e, secundariamente, correlacionar estes achados com os parâmetros dos testes de função pulmonar. **Métodos:** Este foi um estudo transversal em que 28 pacientes com acromegalia não fumantes e 15 sujeitos controles submeteram à volumetria das vias aéreas através da TC. Posteriormente foram feitas a segmentação e a esqueletonização das imagens, sendo que esta última consistiu em transformar um componente de imagem digital em um subconjunto do componente original. O índice de sinuosidade foi calculado a partir do somatório da distância euclidiana de cada segmento da traqueia, com distância equivalente à espessura de cada corte transversal da imagem original da tomografia computadorizada, dividido pela distância euclidiana dos pontos extremos da traqueia. Além do mais, todos os participantes realizaram os testes de função pulmonar, incluindo espirometria, pletismografia de corpo inteiro, capacidade de difusão com o CO, força muscular respiratória e técnica das oscilações forçadas (TOF). **Resultados:** Quando comparados aos controles, os pacientes acromegálicos apresentaram maiores valores de área, perímetro, diâmetro equivalente, maior diâmetro, menor diâmetro e  $\Delta$  dos diâmetros nas três estruturas avaliadas: traqueia, brônquio principal direito e brônquio principal esquerdo. Quando comparados aos controles, os pacientes acromegálicos apresentaram um maior índice de

sinuosidade na traqueia [1, 03 (1, 02–1, 04) vs. 1, 05 (1, 02–1, 09),  $P = 0, 04$ ] e, em 25% deles, foi observada a presença de estenose traqueal. A área traqueal foi positivamente correlacionada com os níveis de hormônio de crescimento (GH) ( $r = 0, 45$ ,  $P = 0, 01$ ) e fator de crescimento semelhante à insulina tipo I (IGF-I) ( $r = 0, 38$ ,  $P = 0, 04$ ). A razão  $FEF_{50\%}/FIF_{50\%}$  foi positivamente correlacionada com a área traqueal ( $r = 0, 36$ ,  $P = 0, 02$ ) e o  $\Delta$  dos diâmetros traqueais ( $r = 0, 58$ ,  $P < 0, 0001$ ). A resistência média medida pela TOF correlacionou negativamente com o diâmetro equivalente das três estruturas avaliadas: traqueia ( $r = -0, 43$ ,  $P = 0, 02$ ), brônquio principal direito ( $r = -0, 45$ ,  $P = 0, 02$ ) e brônquio principal esquerdo ( $r = -0, 53$ ,  $P = 0, 004$ ). **Conclusão:** Este estudo mostra que pacientes com acromegalia apresentam traqueobroncomegalia, com presença tanto de sinuosidade como de estenose traqueal. Além do mais, há relações entre os achados da volumetria de vias aéreas, os níveis séricos de GH-IGF-I e os parâmetros funcionais de obstrução de grandes vias aéreas, medidos tanto pela espirometria como pela técnica das oscilações forçadas.

**Palavras-chave:** Acromegalia; testes de função respiratória; tomografia computadorizada

#### **P0111 ANEURISMA GIGANTE DE AORTA TORÁCICA: RELATO DE CASO**

**VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN<sup>1</sup>; MATEUS FELIPE DOS SANTOS<sup>2</sup>; MARCELO RODRIGO FURLANETTI<sup>2</sup>; OLANTINO FRANCISCO MARTINS NETO<sup>2</sup>; RENAN MOZZATO JULIANI<sup>2</sup>; BRUNO EDUARDO DOS SANTOS<sup>2</sup>; MATEUS MAZIERO DE CARVALHO<sup>2</sup>; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN<sup>2</sup>**

**1. FAMEMA E UNIMAR, MARILIA, SP, BRASIL; 2. UNIMAR, MARÍLIA, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Aneurisma de Artéria Aorta é uma dilatação anormal localizada, de tamanho variável, levando à alteração da parede arterial, que se torna fragilizada, podendo romper-se, causando o óbito do paciente. As causas mais freqüentes são a aterosclerose vascular, doenças do tecido conjuntivo, valvopatias, infecções anteriores mal tratadas tais como sífilis e salmonelose, e lesões traumáticas de tórax. Os fatores de risco englobam a idade do paciente, tabagismo crônico, Hipertensão Arterial Sistêmica e histórico familiar. Os sintomas incluem dor torácica anterior e posterior, inclusive com irradiação para pescoço e membro superior esquerdo, tosse e dispnéia. O tratamento indicado é a colocação de fixadores endovasculares na artéria, também chamados Stents. **Relato de caso:** os autores relatam o caso de um paciente de 82 anos, não tabagista, portador de Hipertensão Arterial Sistêmica em tratamento, com histórico de "dilatação de Aorta torácica" havia 10 anos, em seguimento clínico, que iniciou quadro de tosse com secreção hemoptoica em pouca quantidade, tendo sido avaliado em pronto atendimento, com o diagnóstico de Pneumonia, fazendo uso de terapêutica específica com êxito. Imagem radiológica acusava opacidade extensa (coração + aorta) comprometendo todo o hemitórax esquerdo, com exceção do ápice e desvio mediastinal para a direita. Exame tomográfico de tórax evidenciava volumoso aneurisma de segmento descendente da Aorta Torácica com sinais sugestivos de ruptura do mesmo, com conteúdo hiperdenso no HTE (conteúdo hemático), medindo 10 cm x 9, 7cm em seus maiores diâmetros transversos, com extensão longitudinal de cerca de 33 cm, desde a emergência. Frente ao grave comprometimento vascular e à faixa etária do paciente, optou-se por conduta expectante. Cerca de 4 meses após a última avaliação, paciente evoluiu para óbito, durante o sono. **Discussão:** Este relato mostra-se interessante devido à extensão do Aneurisma de Aorta

Torácica apresentado pelo paciente, durante um período tão longo de 10 anos, mantendo-se estável, com poucos sintomas. Neste caso, provavelmente os fatores causadores do processo foram a idade do paciente, a HAS e tendência individual de formar a alteração vascular. A conduta cirúrgica que é decisiva não pôde ser realizada devido às condições do paciente. O óbito súbito seria então uma situação previsível como realmente ocorreu.

**Palavras-chave:** Aorta torácica; aneurisma; gigante

#### **P0112 AGENESIA DE VEIA CAVA INFERIOR INFRA-HEPÁTICA EM PACIENTE COM METRORRAGIA - RELATO DE CASO.**

**JOSÉ RODRIGUES PEREIRA<sup>1</sup>\*; FABIANA HIGASHI<sup>2</sup>; JULIANA SOBREIRA DE ALMEIDA<sup>2</sup>; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA<sup>1</sup>; MILENA TENÓRIO CEREZOLI<sup>3</sup>; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA<sup>2</sup>; JOSÉ GUSTAVO BARIAN ROMALDINI<sup>3</sup>**

**1. SERVIÇO DE ONCOLOGIA HOSPITAL SÃO CAMILO - IPIRANGA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. SERVIÇO DE HEMATOLOGIA HOSPITAL SÃO CAMILO - IPIRANGA, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA HOSPITAL SÃO CAMILO - IPIRANGA, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A veia cava inferior (VCI) é a principal via de retorno venoso dos membros inferiores, parede abdominal, diafragma, gônadas e algumas vísceras abdominais (fígado, rins e adrenais) para o átrio direito. É formada por quatro segmentos: hepático, suprarrenal, renal e infrarrenal, diferenciando-se entre a 6ª e 8ª semana de gestação. Transformações complexas caracterizadas por desenvolvimento, anastomose e/ou atrofia de veias embrionárias (vitelínica, cardinal posterior, subcardinal e supracardinal direitas) predispõem ao desenvolvimento de múltiplas anomalias. São descritos 15 diferentes tipos de malformação embrionária da VCI com incidência entre 0, 07 – 8, 7%, conforme o tipo de malformação. São mais frequentes: VCI esquerda, duplicidade de VCI, continuidade anômala através da veia ázigos, hipoplasia dos segmentos pré-renal, renal ou pós-renal e agenesia completa da VCI ou de sua porção infra-hepática. Apresentamos paciente com metrorragia na presença de malformação congênita de VCI.

**Relato de caso:** Mulher, 37 anos, asiática, não-fumante referiu dispneia aos esforços desde há quinze dias, dores em membros inferiores e metrorragia com duração de 30 dias, até duas semanas atrás. Descorada, acianótica, eupneica, afebril e sem edemas. FC = 78 bpm; PA = 110/70 mmHg. MVN. Ausência de ruídos adventícios. Bulhas rítmicas. Abdômen flácido, sem visceromegalias. Dímero D = 0, 25 ug/L; Hb = 9, 8 g/dL; leucócitos = 12040/mm<sup>3</sup>; neutrófilos = 8067/mm<sup>3</sup>; plaquetas = 573000/mm<sup>3</sup>; Fe sérico = 37 mcg/dL (40-160). Ecocardiograma normal. Doppler venoso de membros inferiores sem sinais de trombose. Foi realizado exame tomográfico do tórax e abdômen total que identificou agenesia de VCI intra e infra-hepática e permanência do segmento supra-hepático drenando as veias hepáticas para o átrio direito; presença de VCI à esquerda da aorta abdominal em continuidade com veia hemiázigos e, na sequência, com drenagem para veia ázigos e veia cava superior; sistema ázigos-hemiázigos extremamente ingurgitado e; presença de varizes pélvicas. O diagnóstico final foi de anemia ferropriva secundária a metrorragia e malformação de VCI. **Discussão:** Anomalias congênicas da VCI costumam ser assintomáticas, mas proeminente circulação venosa colateral e insuficiência venosa dos membros inferiores podem ocorrer. Trombose venosa profunda (TVP) idiopática em pacientes jovens com anomalias de VCI tem elevada incidência ( $\leq 9, 5\%$ ) e malformações de VCI devem sempre ser consideradas como fator de risco nessa faixa etária.

O maior aporte de sangue venoso para o sistema ázigo-hemiázigos promove aumento do calibre desses vasos e alargamento do mediastino, equivocadamente interpretado como secundário à presença de tumores mediastinais. Obstáculos à drenagem do sistema cava inferior também podem provocar aumento de pressão e dilatação do sistema venoso da região pélvica. Síndrome de congestão pélvica é denominação clinicamente caracterizada pela presença de algia crônica, dispareunia, metrorragia e infecções urinárias de repetição. Varicosidades pélvicas são identificadas em até 91% dos casos e podem atuar como coadjuvante nos sangramentos genitais externos excessivos. Pacientes portadores de malformações de VCI devem sempre ser informados quanto à presença dessa anomalia congênita e orientados quanto a situações que obriguem imobilização prolongada, uso de anticoncepcionais e intervenções cirúrgicas das regiões abdominal e pélvica.

**Palavras-chave:** Veia cava inferior; malformação congênita; metrorragia

### **PO113 IDENTIFICAÇÃO INCIDENTAL DE HÉRNIA DE BOCHDALEK E RIM ECTÓPICO INTRATORÁCICO EM NOBAGENÁRIA – RELATO DE CASO**

**JOSÉ RODRIGUES PEREIRA<sup>1</sup>; MILENA TENÓRIO CEREZOLI<sup>2</sup>; LICIA CALDAS FIGUEIREDO<sup>3</sup>; CESAR YOSHITO FUKUDA<sup>4</sup>; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA<sup>5</sup>**

*SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** O desenvolvimento embrionário do diafragma ocorre entre a 6ª e 10ª semana de gestação pela fusão do septo transversal, membranas pleuroperitoneais, mesentério dorsal do esôfago e porções musculares da parede lateral do corpo do embrião. Hérnias de Morgagni, de Bochdalek e do hiato esofágico são exemplos de hérnias diafragmáticas congênicas (HDC) e resultado da fusão incompleta das estruturas acima. HDC responde por 8% das manifestações congênicas maiores. Sua incidência durante o pré-natal é de 1: 2000 conceptos e no período neonatal de 1: 3000 a 1: 5000 recém-nascidos. Na população adulta seu diagnóstico é considerado raro e realizado fortuitamente. Hérnias de Bochdalek (HB) representam de 85% a 90% de todas as HDC. Podem ser unilaterais - 90% delas sinistropostas - ou bilaterais. Rim ectópico intratorácico (REIT) é achado infrequente e, na maioria das vezes, também diagnosticado de forma incidental. Sua ocorrência é inferior a 1: 10000 e envolve preferencialmente o rim esquerdo. De todas as formas de ectopia renal, REIT tem a menor frequência, cerca de 5% do total. Apenas um em cada 10 casos tem sua presença precocemente reconhecida. Pela raridade, apresentamos caso de nossa casuística onde essas duas infrequentes entidades clínicas estão manifestas. **Relato de caso:** Mulher branca, 95 anos, procurou assistência por dispneia em repouso e dor torácica esquerda. Não fumante, hipertensa e portadora de tromboembolismo pulmonar crônico. Negou sintomas digestivos. Murmúrio vesicular diminuído em base direita, estertores subcrepitantes basais e atrito pleural à esquerda. Bulhas rítmicas. Sopro sistólico foco mitroaórtico. Abdômen globoso. Massas tumorais e visceromegalias ausentes. TC do Tórax: hérnia diafragmática posterolateral direita com saco herniário parcialmente ocupado pelo rim direito. Cintilografia pulmonar ventilação-perfusão sugeriu TEP agudo à direita. Ecodoppler bidimensional: FE = 68%, ausência de disfunção de ventrículo direito e PSVD estimada em 46 mmHg. Admitida para tratamento de doença tromboembólica. **Discussão:** Estão relatados de 100 a 173 casos de HB em população adulta. Hérnia à direita está presente em 20-69% deles.

Radiologicamente a cúpula frênica pode estar elevada parcialmente ou na sua totalidade. Na maioria das ocasiões são visualizadas lesões heterogêneas com conteúdo gasoso. Rim ectópico intratorácico (REIT) na presença de HB não atinge 0, 25% dos casos descritos. Concomitância de HB à direita e REIT ipsilateral é ainda mais incomum. Ascensão renal transdiafragmática é a etiopatogenia mais provável para REIT, por conta da constante pressão negativa intratorácica. A migração através do forame de Bochdalek é lenta e gradativa permitindo a adaptação das estruturas torácicas ao volume herniado. São raríssimos os relatos de HB em população idosa. Que seja de nosso conhecimento, o caso aqui descrito corresponde ao indivíduo mais idoso portador de REIT à direita e HB ipsilateral reportado pela literatura.

**Palavras-chave:** Hérnia diafragmática congênita; hérnia de bochdalek; rim ectópico intratorácico

### **PO114 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-TOMOGRÁFICA DA CRIPTOCOCOSE PULMONAR ISOLADA EM HOSPEDEIROS IMUNOCOMPETENTES, DIAGNOSTICADA POR BIÓPSIA TRANSCUTÂNEA COM AGULHA.**

**DAMILLE SANDES MOREIRA<sup>1</sup>; ISLA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS<sup>2</sup>; MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO<sup>3</sup>; RAPHAEL REIS PEREIRA E SILVA<sup>4</sup>; THAMINE LESSA ESPÍRITO SANTO ANDRADE<sup>5</sup>; JOÃO CARLOS COELHO FILHO<sup>6</sup>; CÉSAR AUGUSTO DE ARAÚJO NETO<sup>7</sup>; JORGE LUIZ PEREIRA E SILVA<sup>8</sup>**  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS EDGAR SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.*

**Introdução:** Criptococose é uma micose sistêmica causada por duas espécies de basidiomiceto encapsulado: *Cryptococcus neoformans* e *C. gattii* que, respectivamente, causam infecção em indivíduos imunocomprometidos e, menos frequentemente, em hospedeiros fenotipicamente imunocompetentes. Estima-se uma incidência global de 1 milhão de casos e 625 mil óbitos anuais. O fungo é encontrado em meio a matéria orgânica em decomposição, em vários tipos de solos, sobretudo quando enriquecidos por excrementos de animais e aves. A doença é mais comum naqueles com deficiências em células-T. A infecção inicia-se por lesões pulmonares habitualmente assintomáticas, adquiridas por via inalatória, podendo disseminar-se, com tropismo pelo sistema nervoso central. A importância médica da criptococose aumentou significativamente nas últimas décadas, como consequência da expansão da AIDS, das doenças hematológicas, dos transplantes de órgãos e do uso de agentes imunossupressores, tais como corticóides, citostáticos, inibidores de TNF-alfa e de outros agentes modificadores da doença. Em 12 a 17% dos casos acomete hospedeiros imunocompetentes, que tendem a apresentar a forma pulmonar isolada. **Objetivos:** Avaliar os achados clínicos e tomográficos da criptococose pulmonar isolada em indivíduos fenotipicamente imunocompetentes. **Métodos:** Análise retrospectiva de seis casos consecutivos de criptococose pulmonar isolada, cujo diagnóstico foi firmado por biópsia transcutânea com agulha. As imagens foram descritas de forma independente por dois radiologistas especialistas em tórax, e as dúvidas foram dirimidas consensualmente. **Resultados:** Três homens e três mulheres. Idades: 30-79 anos (M=54±18, 5). O principal sintoma foi dor torácica (80%) com duração de 4 a 16 semanas. Achado radiológico de rotina (n=1). O diâmetro das lesões variou de 1, 9 a 12cm. A TC revelou massas (n=2) ou nódulos isolados (n=2), massa e nódulo homolaterais (n=1), massa e nódulo bilaterais (n=1). Broncogramas aéreos (n=1) e o sinal do halo (n=2) também foram identificados nessas lesões. Todas tinham distribuição periférica. As

massas mostravam contornos bem definidos, enquanto os nódulos eram bocelados. Em um dos nódulos bocelados a PET-CT demonstrou atividade hipermetabólica (SUVmax 6, 1). Não foram encontradas escavações, calcificações, linfonodomegalias, derrames pleurais ou pericárdicos. Não houve complicações relacionadas à biópsia com agulha. Todos foram tratados com fluconazol, por 6 a 12 meses. **Conclusão:** Massa(s) e/ou nódulo(s) pulmonar(es), solitários ou múltiplos, uni ou bilaterais, de contornos regulares ou bocelados, com distribuição periférica foram os principais achados tomográficos. Broncogramas aéreos e o sinal do halo podem estar presentes. A caracterização clínico-tomográfica é útil ao manejo dos casos de criptococose pulmonar isolada. Considerando-se sua distribuição periférica, a biópsia pulmonar com agulha é um recurso pouco invasivo, bem tolerado e de alto rendimento diagnóstico.

**Palavras-chave:** Criptococose; imunocompetentes; massa pulmonar

#### **PO115** A CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-RADIOLÓGICA PERMITE DISTINGUIR A PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA IDIOPÁTICA DE OUTRAS ENTIDADES.

**DAMILLE SANDES MOREIRA\***; ISLA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS; MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO; SÓRIA RAMOS BARBOSA; MARCEL LIMA ALBUQUERQUE; JOÃO CARLOS COELHO FILHO; CÉSAR AUGUSTO DE ARAÚJO NETO; JORGE LUIZ PEREIRA E SILVA

HOSPITAL DAS CLINICAS EDGAR SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** Pneumonia Eosinofílica Aguda é doença inflamatória não-infecciosa febril aguda (<7 dias de evolução), acompanhada de dispneia, hipoxemia e mialgia, cujo LBA mostra >25% de eosinófilos e as radiografias revelam “opacidades pulmonares interstício-alveolares difusas”. Nos casos submetidos a biópsia, invariavelmente são identificados infiltrados eosinofílicos no interstício e espaços aéreos. Em até 40% dos casos pode não haver eosinofilia sanguínea, fato que dificulta o diagnóstico. Observa-se resposta rápida e completa ao uso de corticoides e não costuma haver recidivas. Na ausência de etiologias identificáveis (atopia, tabagismo, uso de fármacos ou de drogas ilícitas, exposição ambiental) é considerada idiopática. Sua abordagem exige que outras entidades mimetizadoras sejam descartadas. São descritos dois casos reversíveis de Pneumonia Eosinofílica Aguda Idiopática, em que a caracterização pormenorizada do quadro clínico-radiológico foi de grande auxílio diagnóstico.

**Relato dos casos:** 1º) Mulher, 20 anos, previamente hígida. Não fumante, sem história de atopia, de uso de fármacos ou de drogas ilícitas. Exposição ambiental inconsistente. Há 4 dias passou a cursar com tosse seca, febre (38°C), cefaleia, mialgia e astenia. Evoluiu nos 2 dias seguintes com dispneia progressiva e hipoxemia. Crepitações no 1/3 inferior de ambos os pulmões. Leucograma: 13.700 com 15% de eosinófilos. PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>: 286. LBA: 32% de eosinófilos. TCAR: focos consolidativos coalescentes com distribuição multilobular, distribuídos difusamente em ambos os pulmões, predominando nos lobos inferiores, associados a pequeno derrame pleural bilateral. Além do tratamento de suporte, instituiu-se prednisona (0, 75mg/Kg/dia). Houve rápida resposta clínica e radiológica com resolução plena das alterações pulmonares. Sem recidiva nos 3 meses subsequentes. 2º) Mulher, 30 anos. Sem relato de atopia, tabagismo, uso de fármacos e drogas ilícitas. História de exposição ambiental inconsistente. Admitida com tosse seca, febre, mialgia, cefaleia, astenia e dispneia progressiva

havia 4 dias. Crepitações esparsas. Leucograma: 19.900 com 19% de eosinófilos. LBA: 36% de eosinófilos. PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>: 290. TCAR: áreas consolidativas e de atenuação em vidro fosco acometendo difusamente ambos os pulmões, com predomínio periférico, associadas a espessamento de septos interlobulares. Tratamento de suporte e prednisona (0, 75mg/Kg/dia). Rápida melhora clínica, Resolução tomográfica plena em 10 dias. Sem recidiva nos 12 meses subsequentes. **Conclusão:** Pneumonia eosinofílica aguda idiopática é entidade rara e, por vezes, de difícil diagnóstico, sobretudo na ausência de eosinofilia sanguínea, que pode levar à insuficiência respiratória aguda e óbito se não reconhecida e tratada precocemente. A caracterização pormenorizada dos padrões de acometimento pulmonar, quando correlacionados aos dados clínicos, possibilita a instituição precoce da terapêutica específica e rápida resolução do quadro.

**Palavras-chave:** Pneumonia eosinofílica aguda; eosinofilia; doença febril aguda

#### **PO116** APLICAÇÃO DA PUNÇÃO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA DE LESÕES PULMONARES SÓLIDAS ADJACENTES À PAREDE TORÁCICA

**BRUNA MACEDO PINTO\***; **THIAGO THOMAZ MAFORT\***; **LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS\***; **LUANA FORTES FARIA\***; **RAFAEL VARGAS DA SILVA**

UERJ/HUPE, NITEROI, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A Ultrassonografia é um método de diagnóstico por imagem extremamente versátil, de aplicação relativamente simples, não invasivo e isento de riscos, que também pode ser utilizada para guiar procedimentos invasivos. Em nosso serviço, realizamos o exame como rotina para avaliação de derrames pleurais e para auxiliar toracocenteses. **Objetivos:** Ampliar a utilização do método para avaliar lesões sólidas pulmonares adjacentes à parede torácica e guiar procedimentos invasivos para o seu diagnóstico. **Métodos:** Realizada ultrassonografia de 3 pacientes com lesões pulmonares sólidas suspeitas de malignidade, localizadas adjacentes à parede torácica. Os pacientes encontravam-se em regime de internação hospitalar para elucidação diagnóstica dessas massas. O método permitiu delimitação precisa das lesões e foi utilizado como guia para realização de punção aspirativa por agulha fina (PAAF). O material obtido foi encaminhado para análise citológica e confecção de bloco celular. Os procedimentos foram realizados sob efeito de anestesia local e não houve complicações documentadas durante e após a abordagem. **Resultados:** Dois pacientes eram do sexo masculino, com idades de 59 e 63 anos, e lesão pulmonar localizada na região paraesternal direita e paravertebral direita, respectivamente; A outra paciente era do sexo feminino, com 68 anos de idade e lesão no terço superior do hemitórax direito, próxima à escápula. Os sintomas relatados foram dor torácica e emagrecimento, comuns aos 3 casos. Apenas um dos homens queixava-se também de dispneia. Todos tinham história de tabagismo importante. A PAAF guiada por ultrassonografia de ambos os pacientes masculinos evidenciou positividade para carcinoma de células escamosas, na citologia e no bloco celular. O resultado da outra paciente foi compatível com quadro citomorfológico de adenocarcinoma. O tempo entre a realização do procedimento e a liberação do resultado foi de aproximadamente 5 dias. **Conclusão:** A Ultrassonografia é um excelente método para avaliação de doenças da pleura e estruturas adjacentes, permitindo diagnóstico e orientando procedimentos invasivos com segurança. Neste estudo, registramos sua grande utilidade como guia de

procedimento invasivo, realizado por clínico (pneumologista) para abordagem de lesões pulmonares adjacentes à parede torácica, possibilitando maior agilidade no diagnóstico de malignidade.

**Palavras-chave:** Ultrassonografia; punção; lesão sólida

**PO117 ACHADO INCIDENTAL DE SEQUESTRO PULMONAR EM PACIENTE COM SÍNDROME CONSUMPTIVA**

**BARBARA CRISTINA GRIZZO\***; FLÁVIO GNECCO LASTEBASSE; MARIA INÊS DE ANDRÉ VALERY; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS; CAMILA FRANÇA REDIVO; THIAGO GONZALES MARQUES; MARIA BERNARDO TONOLLI; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO  
HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Sequestro pulmonar é uma malformação congênita rara, caracterizada por tecido pulmonar não funcional separado da árvore traqueobrônquica normal e vascularizada por uma artéria anômala, geralmente derivada da aorta torácica, do tronco celíaco ou das artérias intercostais. Apresenta-se de duas formas: intralobar ou extralobar, conforme a localização na pleura visceral. A mais comum é a apresentação intralobar.

**Relato de caso:** feminino, 59 anos, hipertensa, admitida por emagrecimento de 16 kg, dispnéia e febre há 20 dias. EF: REG, hipocorada +4/+4, taquicárdica. AR: sem alterações. Iniciada investigação síndrome consumptiva e bicitopenia (anemia e plaquetopenia). Durante investigação encontrada na TCAR Tórax: imagem heterogênea de contorno irregular em LIE de aproximadamente 4 cm. Broncoscopia: sem lesões endobrônquicas. AngioTC Tórax: opacidades parenquimatosa pulmonar de contornos lobulados, associada a área de aprisionamento aéreo adjacente, localizada no segmento basal posterior do LIE, apresentando artéria nutridora originando-se da aorta torácica, compatível com sequestro pulmonar intralobar(SPI). A investigação da síndrome consumptiva confirmou diagnóstico de LES.

**Conclusão:** O SPI pode ser um achado radiológico ou manifestar sintomas clínicos como: infecções de repetição, cardiopatia, hemoptise, dispnéia, cianose ou dor torácica. O segmento pósterio-basal do LIE é local comum. O diagnóstico costuma ser feito na infância ou adolescência sendo menos freqüente na idade adulta. O diagnóstico é sugerido pela Angio-TC ou Angio-RM, e a confirmação é feita pelo estudo anatomopatológico. A caracterização do vaso é importante para o diagnóstico e tratamento, sendo este preferencialmente lobectomia. O diagnóstico precoce é importante para prevenção de complicações. Relatamos um caso de SPI em paciente adulta durante investigação de síndrome consumptiva.

**Palavras-chave:** Sequestro; lupus; consumptiva

**PO118 VÉRTEBRAS EM BOCA DE PEIXE EM PORTADORA DE ANEMIA FALCIFORME COM HISTÓRIA DE SÍNDROME TORÁCICA AGUDA: RELATO DE CASO**

**LETÍCIA SANTOS DE CARVALHO\***; LAÍS DA CUNHA SANTANA; LEONARDO ALMEIDA SANTOS; EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA; FELIPE FERREIRA RIBEIRO DE SOUZA; MARCOS VINÍCIUS MIRANDA DOS SANTOS; EDVAL GOMES DOS SANTOS JUNIOR; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL.

**Introdução:** A anemia falciforme é a doença hematológica de maior prevalência no país e representa um grave problema de saúde pública. Fenômenos vasoclusivos na microcirculação decorrentes de alterações morfológicas das hemácias são frequentes, podendo resultar em necrose dolorosa. O acometimento isquêmico dos corpos vertebrais provoca depressão da porção central do corpo vertebral

e biconvexidade do espaço intervertebral, denominado vértebra em boca de peixe. Os termos em inglês "fish vertebrae" ou "cod fish vertebrae" têm origem obscura, mas surgiram provavelmente devido à semelhança da deformidade com a coluna vertebral de peixes ósseos, prática de piscicultura e dieta local dos radiologistas. O termo inglês "fish-mouth vertebrae" é uma analogia ao formato do espaço intervertebral, inicialmente descrito na osteoporose. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 29 anos, portadora de anemia falciforme diagnosticada na infância, história prévia de crises algícas frequentes e síndrome torácica aguda há 2 anos, procurou serviço de pneumologia para investigação de dispneia. Não havia sinais ecocardiográficos de hipertensão pulmonar, porém apresentava distúrbio ventilatório restritivo leve e difusão reduzida (CPT = 3, 24 / 68%; DLCO = 16, 46 / 63%). Radiografia torácica realizada há 4 anos demonstrava presença de vértebras torácicas em boca de peixe, imagem esta acentuada no exame radiológico atual sugerindo novos fenômenos vasoclusivos no período. Orientações terapêuticas conjuntas com hematologia envolveram medidas para evitar hemoconcentração e hipoxemia, hidroxureia, ácido fólico e imunização pneumocócica com estabilização dos sintomas respiratórios no último ano. Conclusão A expansão medular reativa devido à anemia associada a microinfartos vasoclusivos resultando em esclerose óssea determinam um achatamento da camada cortical vertebral, com reposição de trabéculas normais por hiperplasia de tecido hematopoiético. Os corpos vertebrais frágeis e com tendência ao colapso assumem um aspecto bicôncavo, acentuado pela pressão dos discos intervertebrais sobre as superfícies superiores e inferiores. Essas alterações morfológicas esboçam imagem característica em boca de peixe. As regiões vertebrais externas são supridas por artérias perfurantes superficiais enquanto a porção central é irrigada por ramos de artéria única que percorre a medula óssea. Devido à anatomia dos corpos vertebrais e do fluxo sanguíneo alterado pela falcemia, é mais provável que a região central seja mais afetada. O grau da deformidade depende do tempo e intensidade da doença. O diagnóstico diferencial deve ser feitos com homociteinúria, hiperparatireoidismo, osteoporose e doença de Gaucher.

**Palavras-chave:** Vértebras em boca de peixe; anemia falciforme; síndrome torácica aguda

**PO119 TOXICIDADE PULMONAR INDUZIDA POR RITUXIMABE**

**JOSÉ RODRIGUES PEREIRA\***; MILENA TENÓRIO CEREZOLI; LÍCIA CALDAS FIGUEIREDO; CESAR YOSHITO FUKUDA; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA  
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Rituximabe é um anticorpo monoclonal com afinidade por antígenos CD20 expressos na superfície celular de linfócitos humanos normais pré-B e B. Aprovado para tratamento de leucemia linfocítica crônica e linfomas não-Hodgkin de baixo grau, é empregado em casos selecionados de púrpura trombocitopênica idiopática (PTI). Reações adversas são relatadas por 9-15% dos pacientes expostos à medicação, 30% das quais de natureza respiratória. Casos de SARA são raros e podem ser fatais (0, 04-0, 07%). Descritos quatro tipos de hipersensibilidade: Tipo I: reação aguda do tipo anafilática mediada por IgE, com ativação de mastócitos; Tipo II: reação citotóxica mediada por IgG e IgM, envolvendo fagócitos e sistema complemento; Tipo III: mediada por IgG e IgM, envolve complexos imunes e

fagócitos (antígenos solúveis); Tipo IV: reação celular com manifestação tardia mediada por linfócitos T (TCD4H1, TCD4H2 ou TCD8). Depleção periférica de linfócitos B é observada por até 6-9 meses porque a eliminação do rituximabe pode ser lenta. **Relato de caso:** Mulher branca, 52 anos, admitida para tratamento de PTI refratária ao uso de rituximabe e prednisona em altas doses (80 mg/dia/30 dias com redução de dose para 40 mg/dia). Referiu dispneia aos pequenos esforços há 35 dias com início 24 horas após infusão do anticorpo. o desconforto respiratório foi mais acentuado de início apresentando pequena melhora, após alguns dias. Desde então a dispneia se manteve na mesma intensidade restringindo esforços moderados. Na admissão, angiotomografia do tórax afastou tromboembolismo pulmonar, mas revelou infiltrado alveolar em vidro fosco difuso e assimétrico com espessamento de septos interlobulares. Broncofibroscopia com LBA excluiu agentes oportunistas. Durante a internação manteve prednisona 40 mg/dia havendo lenta melhora da dispneia. **Discussão:** A ligação anticorpo monoclonal/CD 20 induz lise tumoral, apoptose e aumento da sensibilidade das células tumorais aos agentes citotóxicos. Conforme a época do início dos sintomas, a toxicidade pulmonar induzida por rituximabe tem três formas de apresentação: a) precoce e potencialmente fatal - a forma menos frequente; b) dentro de até duas semanas após a última exposição ao anticorpo CD20 evoluindo com pneumonia em organização (PO) de caráter agudo ou subagudo - o tipo mais comum; c) manifestação tardia evoluindo para forma macronodular crônica de PO. Processos inflamatórios agudos, subagudos ou crônicos secundários a agentes diversos (infecções pulmonares, drogas, radiação ionizante e doenças do conectivo) são causas de PO e refletem um padrão de injúria pulmonar. No presente caso, a evolução para PO é um provável reflexo de reação imunogênica por hipersensibilidade ao anticorpo quimérico monoclonal anti-CD20 (Tipo 3/Tipo 4). Remissão espontânea pode ser observada só com a eliminação do agente causal, mas o uso de corticoides é o tratamento de eleição, devendo ser mantido por períodos de seis a doze meses. Os sintomas subjetivos costumam ser rapidamente aliviados, mas a melhora radiológica pode levar meses. Recaídas são frequentes quando suas doses são reduzidas ou seu emprego é interrompido. Nossa paciente apresentou desconforto respiratório logo após receber rituximabe e, mesmo em uso de doses adequadas de prednisona, os sintomas persistiram, só desaparecendo tardiamente. A grande quantidade de imunocomplexo formada como resultado da ligação antígeno-anticorpo nem sempre é adequadamente eliminada pelo sistema reticuloendotelial.

**Palavras-chave:** Rituximabe; toxicidade pulmonar; púrpura trombocitopênica idiopática

#### **PO120 SÍNDROME DE MOUNIER KUHN: UM RELATO DE CASO**

**JOÃO CARLOS CARLOS DE JESUS\***; PABLO ANDRADE VALE; MARIANA BALDINI CAMPOS; RENAN SCANTAMBURLO; BRUNA MARABITA; ENRICO FORTUNATO; ILMA APARECIDA PASCHOAL; MÔNICA CORSO PEREIRA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

**Introdução:** A traqueobroncomegalia congênita ou Síndrome de Mounier Kuhn é uma condição clínica rara, com acometimento crônico das vias aéreas, diagnosticada pela mensuração do diâmetro traqueal. **Relato de caso:** Mulher, 58 anos, encaminhada para ambulatório de Insuficiência Respiratória Crônica da disciplina de Pneumologia do Hospital de Clínicas da UNICAMP, por formações císticas

parenquimatosas pulmonares confluentes bilaterais e nódulos calcificados em tomografia computadorizada (TC) e distúrbio ventilatório misto leve a espirometria. Referia dispneia e fadiga aos grandes/moderados esforços de início há 32 anos, com piora nos últimos 3 anos, além de tosse produtiva frequente. Relatava asma na infância, negava tabagismo e outras comorbidades. Ao exame físico não apresentava alteração a ausculta pulmonar, porém, apresentava dessaturação ao ar ambiente (SpO<sub>2</sub> 90-92% em ar ambiente). Espirometria com VEF1 73% do previsto e CVF 76% do previsto. Em nova TC observou-se dilatação traqueal com diâmetro de 3 cm no terço proximal, divertículo traqueal evidente em parede posterior, bronquectasias císticas e sem espessamento de parede difusas, com aparente redução do número de ramificações brônquicas. Não são visíveis sinais de envolvimento de pequenas vias aéreas. Atestado a hipótese de Síndrome de Mounier Kuhn pelos achados radiológicos. Paciente continua em seguimento ambulatorial, em uso de broncodilatadores, estável clínica e funcionalmente. **Discussão:** A síndrome de Mounier Kuhn caracteriza-se por dilatação traqueal e dos brônquios principais, com transição abrupta para o calibre normal por volta da quarta ou quinta ordem de divisão brônquica. Trata-se de uma síndrome congênita decorrente do afinamento da camada muscular da mucosa brônquica e atrofia da musculatura longitudinal e das fibras elásticas, levando à formação de numerosos divertículos saculares entre os anéis cartilagosos e bronquiectasias. A síndrome tem um variado espectro clínico, podendo ser um achado ocasional em exames de imagem em indivíduos assintomáticos. Em pacientes sintomáticos, as queixas são inespecíficas e geralmente associadas a infecções de repetição: comumente apresentam tosse seca ou produtiva com escarro purulento, dispneia progressiva e hemoptise. Os critérios diagnósticos são radiológicos (tomográficos) e incluem diâmetro da traqueia maior que 3,0 cm, (medido a 2 cm da croça da aorta) e/ou do brônquio principal direito e esquerdo maiores que 2,4 cm e 2,3 cm, respectivamente. A prova de função pulmonar mostra aumento da capacidade pulmonar total as custas do volume residual, e pode não condizer com os achados tomográficos, usualmente impactantes. Não existe tratamento específico para essa condição. São indicadas medidas para prevenção e tratamento de infecções recorrentes, fisioterapia respiratória para auxiliar na eliminação de secreções e broncodilatadores. Havendo traqueomalácia, pode-se considerar a utilização de próteses ou mesmo a traqueobrotoplastia.

**Palavras-chave:** Mounier kuhn; traqueomegalia; divertículo traqueal

#### **PO121 AVALIAÇÃO FUNCIONAL E TOMOGRÁFICA DE PACIENTES COM DOPC COM E SEM DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA**

**DEQUITIER CARVALHO MACHADO\***; CLAUDIA HENRIQUE COSTA<sup>1</sup>; GUSTAVO BITTENCOURT CAMILO<sup>1</sup>; LUCIA ANTUNES CHAGAS<sup>1</sup>; ARNALDO JOSE NORONHA<sup>1</sup>; AGNALDO JOSÉ LOPES<sup>1</sup>; ALYSSON RONCALLY CARVALHO<sup>2</sup>; DOMENICO CAPONE<sup>1</sup>

1. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

O desenvolvimento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) depende de fatores diversos. O tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento da DPOC, associando-se a cerca de 90% dos casos. Já a deficiência de alfa-1 antitripsina (DA1AT) é o principal fator genético associado à patogênese do enfisema. Avaliamos 37 pacientes com diagnóstico prévio de DPOC, sendo 16 destes com DA1AT e 21 sem DA1AT. Todos os pacientes



foram submetidos à tomografia computadorizada (TC) de tórax, em tomógrafo multislice de 64 canais e ao teste de função pulmonar, através das técnicas de espirometria, pletismografia de corpo inteiro e capacidade de difusão ao monóxido de carbono (DLco). As imagens tomográficas foram analisadas por dois radiologistas independentes que desconheciam a condição clínica do paciente e os diagnósticos finais. O objetivo do presente estudo foi identificar os achados da TC e as alterações nos testes de função pulmonar nos pacientes com e sem DA1AT, buscando correlacionar os principais achados tomográficos com o fenótipo apresentado pelos pacientes com DA1AT. Observamos que pacientes com DA1AT desenvolvem DPOC mais precoce e apresentam como principal achado de imagem enfisema panlobular com predomínio nas bases pulmonares, o que foi mais evidente nos pacientes com fenótipo PiZZ. Houve maior incidência de bronquiectasia neste grupo. Notou-se ainda que quanto maior for o grau de aprisionamento aéreo menor será a capacidade de exercer trocas gasosas, ou seja, quanto menor for a variação de volume entre as áreas hiperaeradas na inspiração e na expiração, menor será a capacidade de difusão do monóxido de carbono.

**Palavras-chave:** Deficiência alfa 1antitripsina; dpo; tc de tórax

#### **PO122 TROMBOEMBOLIA PULMONAR: QUAL A IMPORTÂNCIA DIAGNÓSTICA DA CINTIGRAFIA PULMONAR VENTILAÇÃO/PERFUSÃO VS ANGIOTC TORÁCICA?**

**EUNICE MARIA FERREIRA DA EIRA MARQUES DIAS\*<sup>1</sup>; JOHN FERNANDO RODRÍGUEZ ALBAN<sup>2</sup>; MARIA FÁTIMA LOPES TEIXEIRA<sup>1</sup>**

**1. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSIDADE DE COIMBRA - PÓLO HOSPITAL GERAL, SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, COIMBRA, PORTUGAL; 2. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - PÓLO HUC, SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR, COIMBRA, PORTUGAL.**

**Introdução:** A Tromboembolia Pulmonar (TEP) aguda é uma importante causa de mortalidade e morbidade, nomeadamente de hipertensão pulmonar de causa tromboembólica (HTPT). O diagnóstico de TEP é maioritariamente feito recorrendo a técnicas de imagem - Cintigrafia Ventilação/Perfusão (V/P Scan) ou Tomografia Computadorizada das artérias pulmonares (AngioTC). O princípio básico para o diagnóstico de TEP com base na Cintigrafia V/P é reconhecer os segmentos e subsegmentos do pulmão sem perfusão, com características desta etiologia, mas com ventilação conservada, isto é, mismatch. A Cintigrafia V/P pode ser realizada de duas formas: planar e SPECT (tomografia por emissão de fóton único). No SPECT pulmonar, são obtidas imagens tomográficas dos estudos de ventilação (V) e de perfusão (P), que são posteriormente normalizadas e comparadas corte a corte, podendo ser obtidas imagens do quociente V/P. É assim facilitado o diagnóstico e a quantificação da extensão da TEP. A Cintigrafia (SPECT) V/P é um exame de grande utilidade no diagnóstico e seguimento de TEP aguda e de HTPT.

**Relato de casos:** Descrevem-se três casos clínicos em que o SPECT V/P demonstrou ser o exame complementar de diagnóstico (ECD) de eleição no diagnóstico de TEP. Doente do sexo feminino, 76 anos, enviada ao serviço de urgência (SU) por astenia e dispneia. Eupneica com O<sub>2</sub> 1L/min. Auscultação pulmonar (AP): murmúrio vesicular diminuído na base esquerda. SpO<sub>2</sub>: 90% (O<sub>2</sub> 1L/min). Elevação da proteína C reactiva, D-Dímeros negativos. Internada por Traqueobronquite Aguda e Insuficiência Respiratória Hipoxémica. Iniciou antibioterapia. Por ausência de melhoria, realizou SPECT V/P: "TEP bilateral de grande

extensão, comprometendo a perfusão pulmonar global em aproximadamente 50%". Iniciou anticoagulação. Evolução favorável. Alta e orientação para consulta. Doente do sexo feminino, 52 anos, recorreu ao SU por dispneia, astenia e aperto torácico. Traz informação de TEP e Síndrome Antifosfolípídica de internista particular. Hipocoagulada com Varfarina. Polipneica, SpO<sub>2</sub> em ar ambiente: 90%. AP com murmúrio vesicular diminuído à direita. GSA com hipoxémia e hipocapnia. SPECT V/P: "TEP extensa bilateral, com compromisso funcional pulmonar global no estudo de perfusão de cerca de 60%, podendo tratar-se de sequelas do episódio prévio, a integrar clinicamente." Iniciou O<sub>2</sub> 2 L/min durante 10 horas/dia. Melhoria clínica e analítica progressivas. Atualmente é seguida em Consulta de HTP. Tem limitação severa Classe IV, com O<sub>2</sub> permanente (4 L/min). Doente do sexo masculino, 86 anos, seguido em Pneumologia: Paquipleurite bilateral (Tuberculose Pulmonar em 2009), HTP, VNI e OLD 1 L/min 16 horas/dia, ex-fumador 55 UMA. Ecocardiograma: "HTP severa (78 mmHg). Boa função sistólica global." Fez AngioTC para avaliar sinais de TEP: Ingurgitamento da artéria pulmonar e dos seus ramos, com calibre aumentado. Imagem de subtração periférica, no ramo arterial do segmento posterior do LIE, aspectos compatíveis com tromboembolia crónica. Pedido SPECT V/P para melhor esclarecimento: "TEP bilateral de moderada extensão (compromisso de cerca de 22% da perfusão pulmonar global), em possível relação com sequelas de episódio(s) prévio(s), a integrar clinicamente." **Conclusão:** Em três casos clínicos diferentes, a Cintigrafia (SPECT) de V/P foi um ECD de valor inquestionável (associado a baixa dose de radiação). A AngioTC torácica apenas teria utilidade se fosse o único ECD disponível.

**Palavras-chave:** Tromboembolia pulmonar; cintigrafia (spect) ventilação/perfusão; angiotc torácica

#### **PO123 GRAVIDADE DA DISFAGIA E INTENSIDADE DA ASPIRAÇÃO LARINGO-TRAQUEAL OBSERVADOS NA VIDEOFLUOROSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS**

**MARCELO BASSO GAZZANA<sup>1</sup>; CARINE DIAS DE FREITAS<sup>1</sup>; ALINE GASPARI RABAIOLI<sup>1</sup>; TATIANE MACHADO LIMA<sup>1</sup>; LUCIANO FOLADOR<sup>1</sup>; ANTONIO CARLOS MACIEL<sup>1</sup>**

**HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**

**Introdução:** A presença de disfagia é comum em pacientes com doenças respiratórias crônicas. Por outro lado, as alterações no padrão ventilatório podem influenciar os mecanismos da deglutição, sobretudo àqueles relacionados a alterações pressóricas da via aérea, aumentando o risco de aspiração pulmonar. A presença de disfagia, isolada ou em combinação a outras incapacidades funcionais, está associada a maiores taxas de letalidade e a um pior prognóstico de recuperação e reabilitação. O método videofluoroscópico é considerado o exame complementar padrão ouro para o estudo das fases da deglutição.

**Objetivos:** Caracterizar a população de pacientes encaminhados pelo Serviço de Pneumologia para avaliação da deglutição por meio do exame de videofluoroscopia da deglutição (VFD) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

**Métodos:** Estudo transversal retrospectivo. Avaliaram-se 486 prontuários de pacientes que realizaram a VFD no período entre Abril de 2013 e Julho de 2016. Destes, 55 foram encaminhados pelo Serviço de Pneumologia. Um paciente foi excluído, pois a sua VFD foi incompleta. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, doença respiratória principal, gravidade da disfagia (conforme classificação de O'Neil et al., 1999) e intensidade de penetração/aspiração

laringo-traqueal (conforme classificação de Rosenbek et al., 1996). **Resultados:** Nos 54 pacientes, a média de idade dos indivíduos foi de 63, 6 anos, com idade mínima de 13 e máxima de 90 anos de idade, havendo discreto predomínio do gênero masculino (n=29; 53, 7%). A pneumopatia principal mais frequente foi a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (24, 07%), seguida de doença pulmonar intersticial (18, 51%), bronquiectasias (9, 25%), síndrome da apneia e hipoapneia obstrutiva do sono (SAHOS) (7, 40%), e investigação de tosse crônica. Dos pacientes com DPOC, 30, 76% apresentaram disfagia entre leve a moderada, necessitando de restrição de consistência ou estratégias durante a alimentação e 38, 46% graduaram entre moderada a grave com indicação de nutrição enteral exclusiva. Destes indivíduos, 15, 38% apresentaram penetração laríngea e 38, 46% aspiração traqueal. Em relação aos pacientes com SAHOS, 25% apresentaram disfagia de grau moderado, sendo que destes todos apresentaram aspiração traqueal. Nos pacientes com doença pulmonar intersticial, 60% apresentaram grau de disfagia de leve a moderada, dentre os quais 40% apresentaram penetração laríngea. Já os pacientes com bronquiectasias, 80% apresentaram disfagia entre leve a moderada, dentre os quais 60% apresentaram penetração laríngea e 20% aspiração traqueal. **Conclusão:** A presença de disfagia é muito frequente em pacientes com doenças respiratórias crônicas encaminhadas para realizar VFD. Um subgrupo de pacientes, sobretudo portadores de DPOC, apresenta disfagia grave e penetração laringotraqueal do alimento, indicando a necessidade de nutrição enteral exclusiva. O impacto destes achados em desfechos clínicos necessita ser estudado.

**Palavras-chave:** Deglutição; radiologia; aspiração pulmonar

#### **PO124 PNEUMONIA LIPOÍDICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMOPATIA INTERSTICIAL**

**RUANA SOUSA GIRARDI<sup>1</sup>; NAYARA SINELLI SIMÕES DA SILVEIRA<sup>2</sup>; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA<sup>3</sup>; LÍCIA CALDAS FIGUEIREDO<sup>4</sup>; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA<sup>5</sup>; PABLO RYDZ PINHEIRO SANTANA<sup>6</sup>; AUGUSTO KRELING MEDEIROS<sup>7</sup>; ANTONIO CARLOS PORTUGAL GOMES<sup>8</sup>**  
*HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** A pneumonia lipóidica (PL) é uma afecção pulmonar pouco frequente, causada pela aspiração ou inalação de substâncias oleosas (medicamentos, alimentos, contraste radiográficos). Em adultos, a principal causa é a broncoaspiração de laxantes a base de óleo para tratamento de constipação intestinal. Fatores de risco associados são: extremos de idade, anormalidade anatômica da faringe e esôfago, DRGE, hérnia de hiato, alterações neuromusculares, transtornos psiquiátricos e rebaixamento do nível de consciência. Em 25% dos casos ocorre sem fator identificado. As alterações parenquimatosas e quadro clínico dependem do tipo de substância aspirada/inhalada, quantidade e frequência, podendo ser aguda ou crônica. Sua apresentação pode ser assintomática, o que dificulta e atrasa o diagnóstico. Os sintomas mais frequentes são: tosse crônica produtiva e dispneia, podendo ainda apresentar dor torácica, febre, hemoptise e perda de peso. Seu diagnóstico é feito através da história clínica, exame físico e radiológico e, se possível, biópsia. A TC tórax é o melhor método de imagem para diagnóstico. As alterações mais frequentes são consolidação, opacidade em vidro fosco, pavimentação maluca, espessamento dos septos interlobulares e nódulos centrolobulares, porém nenhuma dessas alterações são específicas para PL. No AP podemos evidenciar macrófagos repletos de lipídios em tecido pulmonar, caracterizando reação crônica de

corpo estranho à gordura. Atualmente não existe nenhum tratamento específico, mas as principais medidas são retirar o fator causal, prevenir exposição, terapia de suporte com O<sub>2</sub> quando necessário e uso de corticóide sistêmico para diminuição da resposta inflamatória. **Relato do caso:** Mulher, 90 anos, com tosse seca acompanhada de dispneia e febre há 1 dias. Antecedentes patológicos fibrilação atrial, Parkinson, ACV prévio e constipação intestinal crônica em uso de óleo mineral há 3 anos. Apresentava-se em investigação de pneumonite por uso crônico de amiodarona por opacidades em vidro fosco e pavimentação maluca em exame de imagem prévio. TC tórax evidenciando opacidades bilaterais em Lobos inferiores com densidade de gordura, associada a atelectasia pulmonar passiva e discreto derrame pleural. Realizado videodeglutograma com acúmulo patológico de alimento em valécula, sem sinal de aspiração. Devido aos fatores de risco, relatos de engasgos recorrentes e alterações tomográficas sugestivas, diagnosticada pneumonia lipóidica por aspiração crônica de óleo mineral. **Discussão:** A PL é uma patologia pouco frequente, muitas vezes subdiagnosticada, devido sua apresentação clínica e radiológica heterogênea e inespecífica, devendo ser suspeitada em pacientes com condições favoráveis à aspiração ou inalação de substâncias exógenas e uso crônico de medicamentos oleosos. Um quarto dos pacientes diagnosticados com PL não apresentam nenhuma alteração estrutural ou condições predisponentes. O diagnóstico é feito através de história clínica, exame físico e análise de TC tórax.

**Palavras-chave:** Pneumonia lipóidica; pneumopatia intersticial; broncoaspiração

#### **PO125 SEQUESTRO PULMONAR - RELATO DE CASO FLAVIANO NAZARENO ASSUNÇÃO DO CARMO JÚNIOR<sup>1</sup>; ANA CECÍLIA CARDOSO DE SOUSA<sup>2</sup>; ANTÔNIO PAULO COSTA PENIDO<sup>3</sup>** *HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Introdução:** O seqüestro pulmonar é uma anomalia congênita rara de ocorrência em vias aéreas inferiores, constituída de massa com tecido pulmonar não funcional, irrigada por circulação sistêmica, principalmente ramos da aorta abdominal e torácica não comunicante com a árvore brônquica. Sua incidência é de 0, 15 - 6, 40% de todas as malformações pulmonares congênitas. Essa anomalia envolve o parênquima e a vascularização pulmonar, sendo classificado como intralobar ou extralobar. A maioria dos pacientes são assintomáticos convivendo por anos com a anomalia. Metade dos pacientes são diagnosticados após os 20 anos de idade com história de pneumonia de repetição na infância. **Relato de caso:** Paciente A. L. A. O., 22 anos, sexo masculino, previamente hígido, admitido no Hospital Felício Rocho (HFR) em Belo Horizonte- MG em 07/08/2015 com quadro de prostração, febre não termometrada e tosse seca que se tornou produtiva há poucos dias com secreção escura, dor em região escapular esquerda e dispnéia aos médios esforços. Paciente sem comorbidades, sem doenças dentárias, nega tabagismo, sem relato de uso de drogas e álcool. Internação há 6 anos por pneumonia. Nega cirurgias prévias. Ao exame físico após internação o paciente encontrava-se em bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em base pulmonar esquerda com crepitações finas, frequência respiratória de 32 irpm e saturação de O<sub>2</sub> 92% em ar ambiente. Ausculta cardíaca normal, frequência cardíaca de 129 bpm, pressão arterial de 141 x 85 mmhg. Abdomen livre, indolor a palpação. Membros inferiores com panturrilhas livres, sem edemas. Realizados exames complementares que evidenciaram leucocitose

importante de 19170, PCR: 24, Rx de tórax com escavação pulmonar em LIE com nível hidroaéreo e Tomografia de tórax com cavitação extensa em LIE, nível hidroaéreo e discreta adenomegalia mediastinal. Demais exames laboratoriais solicitados sem alterações significativas. Optado por iniciar tratamento com ciprofloxacino e clindamicina devido a suspeita de abscesso pulmonar. Paciente manteve o quadro com picos febris diários e piora gradativa, levantada então a hipótese diagnóstica de endocardite. Solicitado ecocardiograma que evidenciou FEVE: 38%; função sistólica global do ventrículo esquerdo comprometida em grau moderado devido à hipocinesia difusa; paredes da aorta com espessamento difuso sugerindo processo degenerativo. Solicitada ressonância cardíaca e angio-ressonância de aorta que demonstraram hipocinesia difusa discreta, disfunção sistólica leve com FEVE de 49% e vaso anômalo que irriga seguimento inferior do pulmão esquerdo, sendo confirmada a hipótese diagnóstica de sequestro pulmonar. Programada a abordagem cirúrgica com lobectomia inferior esquerda por videotoracoscópica. Paciente se manteve em bom estado geral no pós-operatório, com melhora da leucocitose, sem novos picos febris e bom padrão respiratório. Recebendo alta hospitalar em 27/08/15. Retorno ambulatorial no dia 13/10/15 com boa evolução, sem intercorrências no período. Conclusão O sequestro pulmonar é uma anomalia congênita rara de diagnóstico complexo e na sua maioria das vezes descoberta somente na vida adulta. Desse modo, o diagnóstico precoce é essencial e deve ser investigado em todos os pacientes com pneumonias de repetição.

**Palavras-chave:** Sequestro; pulmonar; pneumonia

#### **PO126 DETECÇÃO PRECOZE DE CÂNCER DE PULMÃO USANDO A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ULTRA BAIXA DOSE ASSOCIADA À ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA EM PACIENTES COM SUSPEITA DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA**

**BRUNO HOCHHEGGER\*<sup>1</sup>; GABRIEL SARTORI PACINI<sup>2</sup>; MATHEUS ZANON<sup>2</sup>; FELIPE SOARES TORRES<sup>1</sup>; VINÍCIUS VALÉRIO SILVEIRA DE SOUZA<sup>1</sup>; GUSTAVO MEIRELLES<sup>1</sup>; GUILHERME WATTE<sup>1</sup>**

**1. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE UFCSPA PUC/RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**

**Introdução:** A tomografia computadorizada (TC) de tórax aumenta a detecção de câncer de pulmão em estágios iniciais em populações de alto risco. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi verificar o desempenho diagnóstico da TC de Ultra Baixa Dose (TCUBD) no rastreamento de câncer do pulmão entre pacientes com suspeita de doença cardíaca avaliados com angiotomografia coronariana (ATCC). **Métodos:** 175 pacientes com suspeita de doença cardíaca, com idades entre 40 e 80 anos, foram incluídos. Eles foram submetidos à ATCC para a avaliação de doenças cardíacas, adicionalmente sendo examinados com a TCUBD para o diagnóstico precoce do câncer de pulmão. **Resultados:** O rastreamento com TC detectou câncer de pulmão em seis dos 175 pacientes da amostra (rendimento diagnóstico: 3%). Entre estes, não era possível detectar a neoplasia em quatro casos (66%) utilizando somente o campo de visão ("Field of View" - FOV) cardíaco. A maioria dos pacientes estava em estágios iniciais da doença (três no estágio IA e um no estágio IB). Dois pacientes diagnosticados em estágios avançados da doença morreram devido a complicações do câncer de pulmão. Vinte e oito (16%) pacientes apresentaram nódulos pulmonares não específicos maiores que 6 mm no exame inicial da TC de tórax. Em 79% dos casos, estes eram resultados falso-positivos. A associação da TCUBD significou um aumento da dose de radiação

utilizada no exame de 1, 22% ± 0, 53. **Conclusões:** A TC de tórax pode detectar câncer de pulmão em estágios iniciais da doença se associando a tomografia computadorizada de ultra baixa dose aos exames de angiotomografia coronariana em pacientes com suspeita de doença cardíaca.

**Palavras-chave:** Tomografia computadorizada de ultra baixa dose; câncer de pulmão; angiotomografia coronariana

#### **PO127 PAPEL DA ULTRASSONOGRAFIA PULMONAR COMO MÉTODO PROPEDEÚTICO E DIAGNÓSTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**FELIPE DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>1</sup>; CAIO MARQUES FERNANDES<sup>1</sup>; EDUARDO DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>2</sup>; HELEN MELO OLIVEIRA<sup>1</sup>; FRANCISCO HÉLIO OLIVEIRA JÚNIOR<sup>3</sup>**

**1. HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR DE ALCÂNTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA, CE, BRASIL.**

**Introdução:** A ultrassonografia pulmonar, antes considerada método diagnóstico ineficaz na avaliação das patologias pulmonares, tem sido cada vez mais utilizado a beira-leito para avaliação de diversas condições clínicas devido a facilidade de seu uso e possibilidade de rapidez na tomada de decisão, sendo atualmente considerada o "terceiro olho" dos profissionais de cuidado com o paciente crítico.

**Objetivo:** Almeja-se realizar revisão de literatura do papel da ultrassonografia pulmonar e suas diversas aplicações como exame diagnóstico. **Metodologia:** Realizou-se revisão narrativa de artigos publicados nos últimos 03 anos sobre o uso da ultrassonografia pulmonar, por meio das plataformas Scielo, Lilacs, Pubmed, com o uso dos descritores "ultrasound" "pulmonary" "thoracic". **Resultados:** o ultrassom apresenta muitas vantagens em relação aos outros métodos de imagem do tórax para sua utilização em serviços de emergência/ Centros de Terapia Intensiva (CTI), como facilidade de uso (mediante treinamento apropriado), não uso de radiação ionizante, mostrar imagens em tempo real com resultado imediato, ser portátil, não necessitando da transferência do paciente para outro setor para realizar o exame, evitando atrasos referentes a marcação, realização e análise do exame, além de o exame poder ser repetido para observar e monitorizar a eficiência da terapêutica realizada e evolução da doença, possibilitando ao médico assistente uma tomada de decisão mais rápida e precisa. Uma grande variedade de entidades clínicas podem ter seu diagnóstico facilitado pelo método, desde pneumotórax, efusões pleurais, pneumonias, atelectasias e até mesmo avaliação de edema pulmonar, além de possibilitar a realização de exames guiados, como a toracocentese, evitando a realização do procedimento "às cegas", diminuindo risco de complicações e iatrogenias. Dentre aplicações mais recentes, destaca-se possibilidade de realizar acompanhamento de resposta de recrutamento alveolar em pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) e avaliação diagnóstica de tromboembolismo pulmonar (com sensibilidade de 87% e especificidade de 81, 8%, aproximando-se da Angiotomografia para esse fim), possuindo potencial para reduzir a quantidade de exames radiográficos/tomográficos em ambiente de CTI, conforme demonstra Peres em seu estudo. **Conclusão:** A ultrassonografia pulmonar demonstra ser exame versátil e com grande potencial diagnóstico a beira-leito, podendo contribuir de forma positiva na conduta de pacientes de emergência ou CTI.

**Palavras-chave:** Ultrassonografia pulmonar; propedêutica; ultrassom point-of-care

**PO128 VALIDAÇÃO DO ÍNDICE DE DISTENSIBILIDADE DA VEIA CAVA PARA A AVALIAÇÃO DA RESPOSTA A FLUIDOS EM MODELO DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO**

**DANIELA GUERRA DA CRUZ\***; RENATA MENDES; MILENA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA; GISELE DE ARAUJO PADILHA; NAZARETH N ROCHA; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO; PEDRO LEME SILVA

UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), o índice de distensibilidade da veia cava inferior (IDVci) tem sido usado com sucesso como um indicador não-invasivo de responsividade a fluidos. Todavia, esse índice não foi validado para pequenos animais e, para que se entendam os mecanismos biológicos relativos à reposição de fluidos, o IDVci deve ser validado nesses animais. **Objetivo:** Determinar a acurácia do IDVci em modelo experimental de SDRA de acordo com o volume sistólico. **Métodos:** O estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira etapa, 10 ratos Wistar (399 ± 94g) receberam lipopolissacarídeo de E. coli por via intratraqueal. Após 24 horas, os animais foram anestesiados, paralisados e ventilados mecanicamente em ventilação com volume controlado (VT=8mL/kg, PEEP=3cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub>=0.4). Imagens ecocardiográficas para quantificação de volume sistólico e IDVci (20 imagens/animal) foram coletadas após hipovolemia (remoção de 2 mL/kg de sangue) e após expansão de volume (Albumina 20%, 10mL/kg via veia da cauda). Uma curva ROC foi representada graficamente para determinar o limiar de IDVci. Na segunda etapa, mais dez ratos Wistar (304 ± 20g) foram submetidos ao mesmo protocolo acima para validar se o limiar para IDVci estava associado à responsividade de fluidos. As medidas foram separadas em dois grupos dependendo da mudança no volume sistólico após expansão de volume: responsivos, cujo volume sistólico (VS) aumentou 5% ou mais, e não-responsivos, cujo aumento foi menor que 5%. Essa análise forneceu a predição positiva (VPP) e negativa (VPN) da resposta à expansão de volume assim como as respectivas sensibilidade e especificidade. **Resultados:** Na primeira etapa, o valor limite de IDVci foi determinado escolhido como 25%, com uma sensibilidade e especificidade de 75% e 52%, respectivamente. Depois da segunda etapa, observou-se que animais com SDRA apresentaram tinham 2, 5 vezes mais chance (risco relativo) de ter baixo IDVci (<25%) associado à responsividade à expansão de volume (aumento de VS ≥ 5%). A sensibilidade, especificidade, e VPP e VPN foram 74%, 62%, 59% e 76%, respectivamente. **Conclusão:** O IDVci foi um bom preditor da resposta à expansão de volume em pequenos animais. O valor do limiar observado foi diferente daquele obtido em humanos e pode ajudar a titulação de fluidos em animais com SDRA, como um primeiro passo para o estudo dos mecanismos biológicos relacionados à reposição de fluidos. APOIO: FAPERJ, CNPq, CAPES, MS-DECIT

**Palavras-chave:** Síndrome do desconforto respiratório agudo; resposta a fluidos; índice de distensibilidade da veia cava

## DOENÇAS INTERSTICIAIS

**PO129 ESCORE DE ENFISEMA E FIBROSE NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COMO PREDITORES DE PRGNÓSTICO EM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA**

**BRUNO HOCHHEGGER\***; ADALBERTO SPERB RUBIN; MANOELA BEATRIZ MARTINS; BIANCA FURIAN; LILIAN LONZETTI; DOUGLAS ZAIONE NASCIMENTO

SANTA CASA DE PORTO ALEGRE UFCSPA PUC/RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL. **Objetivo:** Investigar o valor prognóstico para fibrose pulmonar idiopática de escores quantitativos da tomografia computadorizada (TC) para fibrose e enfisema no contexto de um modelo clínico, que inclui o sexo, a idade, e a fisiologia (modelo GAP) do paciente. **Materiais e Métodos:** Este foi um estudo de coorte retrospectivo, que incluiu 78 pacientes (54 homens, 24 mulheres, idade, 59 ± 9 anos), com fibrose pulmonar idiopática de uma instituição. Escores visuais de fibrose e enfisema foram independentemente determinados por dois radiologistas. Os modelos foram baseados em regressão riscos de morte e melhoria na reclassificação. **Resultados:** O modelo de GAP-TC (uma modificação do modelo original de GAP que substitui a capacidade de difusão de monóxido de carbono com um escore de fibrose na TC) e modelo de GAP-TCE (um escore que mescla o GAP-TC com o escore de enfisema na TC) teve uma acurácia comparável à do modelo GAP original com um índice de C de 73, 1 (intervalo de confiança de 95%: 63, 4 - 71, 0). A correlação entre a mortalidade e o escore GAP foi 0, 28 (p < 0, 05); escore GAP TC, 0, 76 (p < 0, 05); escore GAP TCE, 0, 84 (p < 0, 05). **Conclusão:** escores de TC podem substituir resultados do teste de capacidade de difusão de monóxido de carbono em um modelo GAP modificado (o modelo GAP-TC) com um desempenho comparável. O uso do escore de enfisema demonstra melhores correlações com a mortalidade. Este pode ser um modelo alternativo útil em situações nas quais os testes de capacidade de difusão do monóxido de carbono não estão disponíveis.

**Palavras-chave:** Fibrose pulmonar idiopática; enfisema; prognóstico

**PO130 RITUXIMABE: EFICAZ NA ESTABILIZAÇÃO DA PNEUMOPATIA INTERSTICIAL DIFUSA ASSOCIADA À ESCLEROSE SISTÊMICA**

**VERONICA SILVA VILLELA\***; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; ROGER LEVY; CLAUDIA HENRIQUE COSTA  
UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Embora a ciclofosfamida seja eficaz, há demanda para novos tratamentos para a pneumopatia associada à esclerose sistêmica (PID-ES). O rituximabe (RTX) mostrou bons resultados em ensaios abertos. **Objetivo:** O presente estudo tem o objetivo de avaliar os resultados do tratamento da PID-ES com RTX após 6 e 12 meses em nosso centro de referência. **Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente pacientes que fizeram uso de RTX para tratamento de acometimento cutâneo e PID-ES refratários a imunossupressores. Foram realizados ciclos de duas doses de 1g com intervalo de 15 dias uma vez a cada seis meses. Dados de função pulmonar (capacidade vital forçada - CVF) foram realizados no momento do primeiro e do segundo ciclo (6 meses) e após 12 meses. A tomografia computadorizada de tórax de alta resolução (TCAR) foi realizada no início do tratamento em todos os pacientes e após um ano em 7 pacientes. Para análise estatística de dados quantitativos foi utilizado o teste t-Student. **Resultados:** Dez pacientes com ES difusa foram incluídos; 9 mulheres e 1 homem; 7 brancos e 3 negros; tempo médio de doença 6, 1 anos (SD 4, 3). Antes da primeira infusão, na TCAR, uma paciente apresentava vidro fosco e bronquiectasias; 4, pacientes vidro fosco e bronchiolectasias; 5 pacientes, faveolamento ou fibrose. Os valores médios de CVF no momento do primeiro ciclo e após 6 meses foram respectivamente de 66, 4; 72, 1 (p=0, 38). Após 12 meses, 6 pacientes tiveram CVF média

de 67, 5 (p=0, 38). Entre os pacientes que realizaram TCAR após um ano; 2 com quadro inicial de vidro fosco e bronchiolectasia aparentaram redução nas áreas de vidro fosco. Não houve redução de faveolamento. Entre 6 e 12 meses, 3 pacientes apresentaram infecções respiratórias.

**Conclusões:** O tratamento da PID-ES com RTX resultou em estabilização de função pulmonar. O RTX pode ser uma opção terapêutica em casos de PID-ES refratários à imunossupressores. O resultado parece melhor em pacientes ainda sem faveolamento ou fibrose.

**Palavras-chave:** Rituximabe; esclerose sistêmica; função pulmonar

#### **PO131 DOENÇA DO PARÊNQUIMA PULMONAR CAUSADA PELO CITOMEGALOVÍRUS – RELATO DE CASO**

**JOÃO ROBERTO RESENDE FERNANDES\***; IVY MENEZES MONTEIRO; DANIEL ALMEIDA DA COSTA; GABRIEL FERREIRA LIMA; THYAGO BACELAR VIEIRA; PEDRO KOZLOWSKY DE ALENCAR; LUIZ FELIPE HISSE DE CASTRO MORAES; CAMILA DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO FUNDAÇÃO DOM ANDRÉ ARCOVERDE, VALENCA, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O termo doença intersticial pulmonar (DIP), designa um grupo heterogêneo e numeroso de doenças caracterizadas pela deposição de matriz extracelular e/ou pelo desenvolvimento de infiltrados celulares em estruturas distais aos bronquíolos terminais, os espaços aéreos. São agrupadas de acordo com achados radiológicos, funcionais e clínicos. O citomegalovírus (CMV) é um vírus do grupo herpes e suas vias de transmissão são diversas. O diagnóstico diferencial entre as DIPs pode ser dado a partir da interpretação de exames de tomografia computadorizada (TC), na qual pode se avaliar diferentes padrões de doenças intersticiais crônicas. Entre elas, encontramos a pneumonia por CMV. **Relato do caso:** E. S, negro, 49 anos, Valença RJ, há 15 dias história de tosse seca, sibilância, dispneia, mialgia e artralgia, sem febre associada. História prévia de Asma, Hipertensão Arterial Sistêmica e Doença do Refluxo Gastroesofágico. Sem histórico de tabagismo, etilismo e uso de drogas. Prática de atividade física regular. À consulta, exame físico sem alterações. Realizado Raio-X de tórax, sem alterações. HIV negativo, Hemograma e PCR normais. A hipótese diagnóstica proposta foi uma crise de Asma. Medicado para tal, e, após 15 dias, retornou com piora do quadro. Apresentava: taquipneia, taquicardia e Saturação de Oxigênio em ar ambiente de 88%. Solicitada internação, com hipótese diagnóstica de Pneumonia Comunitária. Realizado novo Raio-X de tórax, que mostrou opacidade alveolar bilateral. Iniciado Antibioticoterapia de amplo espectro, Oseltamivir, Pulsoterapia com Metilprednisolona®, esquema RIPE (Rifampicina®, Isoniazida®, Pirazinamida® e Etambutol®). Optou-se empiricamente por um esquema completo, devido à impossibilidade de se realizar a biópsia pulmonar pelo município. Realizado TC, na qual foi evidenciado áreas de consolidação com broncogramas aéreos em lobos inferiores com extensão para o segmento lingular inferior. Após 48h de internação, evoluiu com Insuficiência Respiratória Aguda associada a necessidade de ventilação mecânica, como diagnóstico uma doença difusa do parênquima pulmonar. Foi transferido para a cidade de Volta Redonda- RJ, onde foi solicitada biópsia pulmonar, que apresentou quadro histológico compatível com infecção por vírus de inclusão citomegálica. O paciente também apresentou anticorpo IgG reativo para CMV no exame de sangue. O paciente apresentou remissão completa do quadro após tratamento específico. **Discussão:** Existe uma grande dificuldade de diagnóstico e tratamento das DIPs visto o grande número de causas, sendo muitas delas raras e pouco conhecidas. Além

disso, é necessário um conhecimento clínico, radiológico e patológico destas enfermidades. A literatura se mostra limitada e com poucos relatos de casos semelhantes. Febre, tosse seca e dispneia, que evolui para hipóxia são comuns em casos graves por CMV. Como não há achado clínico patognomônico na pneumonia por citomegalovírus, exame BAL (lavado bronco alveolar) ou biópsia transbrônquica são geralmente necessários para o diagnóstico. **Conclusão:** Observa-se a necessidade de um maior estudo quanto à correlação dos métodos diagnósticos, manifestações clínicas e fatores de risco envolvendo a infecção e a doença intersticial pulmonar para abranger um diagnóstico precoce e uma terapêutica efetiva.

**Palavras-chave:** Pneumonia; citomegalovírus; valença

#### **PO132 EFEITO DA LAVAGEM PULMONAR TOTAL SOBRE A DENSITOMETRIA PULMONAR EM UM PACIENTE COM PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR**

**IVAN GUERRA DE ARAUJO FREITAS\*<sup>1</sup>**; MARCELO ALCANTARA HOLANDA<sup>2</sup>; GABRIELA DE ANDRADE MEIRELES BEZERRA<sup>1</sup>; KENNEDY CAVALCANTE PINHEIRO<sup>1</sup>; NATANNY MOREIRA ARAUJO<sup>1</sup>; ALEXANDRE MARCELO RODRIGUES LIMA<sup>1</sup>; PAULO JORGE PETROLA BEZERRA<sup>1</sup>

1. HOSPITAL GERAL CESAR CALS, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A proteinose alveolar (PAP) caracteriza-se pelo preenchimento alveolar por material lipoprotéico derivado do surfactante. O quadro clínico é marcado principalmente por dispneia e tosse, por alteração na troca de gases e distúrbios da relação ventilação/perfusão. A apresentação é variável, havendo desde pacientes assintomáticos, até pacientes com progressiva insuficiência respiratória, evoluindo para óbito. O tratamento mais aceito é a lavagem pulmonar. O objetivo do atual estudo é de relatar um caso de PAP secundária à inalação de poeira de sílica que foi submetido à lavagem pulmonar total, sendo avaliado antes e após o tratamento por tomografia computadorizada de alta resolução do tórax (TCAR) e densitometria pulmonar. **Relato de caso:** Homem de 35 anos com queixas de dispneia progressiva e tosse seca. Relatava consumo de crack e tabagismo expressivo, não o sabendo quantificar, por cerca de 20 anos. História ocupacional de exposição a fuligem por trabalho com limpeza de fornos em fábrica de telhas e limpeza de poços artesanais no último ano. Foi durante esse trabalho que começou a manifestar os sintomas. Foi encaminhado pra investigação em serviço terciário especializado. Apresentava-se taquipneico, com crepitações audíveis em bases pulmonares. A radiografia de tórax mostrava infiltrado intersticial difuso. A espirometria demonstrava distúrbio ventilatório restritivo de grau moderado. A TCAR de tórax evidenciava extensas áreas de pavimentação em mosaico bilateralmente. A broncoscopia foi morfológicamente normal, mas o lavado broncoalveolar mostrou a presença de macrófagos microvacuolados com PAS positivo. Foi considerado o diagnóstico de proteinose alveolar e optado por realizar lavagem pulmonar. A TCAR realizada após procedimento mostrou importante regressão do infiltrado. A densitometria pulmonar realizada quantificou essa melhora. Clinicamente, houve melhora da dispneia. **Discussão:** O caso exposto mostra um paciente com PAP secundária à exposição à poeira de sílica e tratado com lavagem pulmonar. Foi usada como terapêutica única a lavagem pulmonar total, que é o tratamento mais aceito atualmente. A TCAR foi o ponto de partida para o diagnóstico. O padrão de "pavimentação em mosaico" é bastante característico, já tendo sido considerado anteriormente patognomônico de

PAP. A densitometria consiste em calcular a porcentagem de pixels no parênquima pulmonar que tem valores de atenuação dentro de uma faixa com limiares pré-definidos. Foi desenvolvida inicialmente para quantificar a presença de enfisema em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica sendo mais recentemente utilizada também para quantificação e melhor avaliação de doenças intersticiais pulmonares. No presente caso, a densitometria demonstrou substancial melhora da doença parenquimatosa em quatro níveis de corte no sentido crânio-caudal, o que pode servir de base para possíveis estudos de intervenções terapêuticas na proteinose alveolar pulmonar no futuro.

**Palavras-chave:** Proteinose alveolar pulmonar; densitometria pulmonar; lavagem pulmonar

**PO133 HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS COM RESOLUÇÃO COMPLETA DE IMAGEM RADIOLÓGICA APÓS CESSAR TABAGISMO RELATO DE CASO**

**DEBORAH DOS REIS ESTRELLA\***; MARILUCY DE OLIVEIRA SANTOS; LILIANE NETO GENEROSO; GUILHERME MARQUES FARIA; TARCIANA ALINE PRATA

HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE - FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Introdução:** Histiocitose de células de Langerhans (HCL) é uma doença pulmonar intersticial infrequente, que afeta adultos entre 20 e 40 anos e apresenta forte associação com tabagismo. Em adultos, a HCL costuma afetar de maneira isolada os pulmões, com formação de granulomas que infiltram e destroem os bronquíolos distais. A doença apresenta curso variável, sendo descritos episódios de resolução espontânea e casos que evoluem para hipertensão pulmonar com necessidade de transplante. Neste contexto, a cessação do tabagismo parece ter papel de impacto na estabilização e involução clínica e radiológica. Esse estudo é um relato de caso de uma paciente com diagnóstico estabelecido após biópsia pulmonar, que apresentou resolução completa das lesões após parar de fumar. **Relato de caso:** Trata-se de A. C. N, sexo feminino, 48 anos, encaminhada ao nosso serviço para avaliação de dispnéia, tosse produtiva e infecções pulmonares de repetição. Tabagista 30 anos/maço. Negava outras comorbidades e exposições relevantes. Imagem radiológica com infiltrado intersticial e, à tomografia computadorizada (TC) 20/01/2006, foram vistos múltiplos cistos, de aspecto bizarro. Por apresentar função pulmonar permissiva, foi realizada biópsia pulmonar. Revisão de lâmina mostrou "infiltrado inflamatório peribronquiolar e intersticial constituído por células histiocitoides com ocasionais células gigantes multinucleadas", confirmando a hipótese de HCL. Dosagem de alfa 1 anti tripsina normal. Paciente cessou tabagismo em 2009, e apresentou em imagens posteriores (TC e Raio X de tórax) redução significativa dos cistos até resolução completa dos cistos em TC de controle realizada em 2015. **Conclusão:** A paciente descrita apresentou involução completa das lesões após ter sido confirmada ausência de exposição ao tabaco, com relação temporal presente. HCL apresenta clínica vaga e deve ser considerada em pacientes com imagem suspeita à radiografia de tórax, sendo indicada nesses casos a realização de TC de tórax. A biópsia nem sempre é necessária já que a imagem à tomografia é bastante sugestiva. O principal tratamento é a cessação do tabagismo. A maioria dos estudos mostra resolução gradual das lesões após suspensão do uso do tabaco. Apesar disso, a doença tem curso variável, podendo evoluir de forma grave e morte em até 20 a 30%, o que destaca a importância do acompanhamento clínico e da função pulmonar. Existem relatos, semelhantes ao nosso,

também mostrando regressão completa das lesões após o fim o tabagismo, com forte relação temporal. Os detalhes de como o tabaco desencadeia a doença permanecem incertos, mas acredita-se que tem papel agindo no aumento da produção de citocinas pelas células neuroendócrinas associado à deflagração de resposta imune. Pacientes com HCL devem ser acompanhados, após resolução da doença devido ao risco de poderem recorrer ou evoluir com outras comorbidades tabaco-relacionadas.

**Palavras-chave:** Histiocitose; tabagismo; doença pulmonar intersticial

**PO134 HEMORRAGIA ALVEOLAR (HA) EM USUÁRIO DE COCAÍNA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

**MELIANE DE OLIVEIRA DAUD\***; FLAVIA MORENO FERREIRA DE SOUZA<sup>2</sup>; LAIZE GUERREIRO DE JESUS<sup>2</sup>; THALINE EMANUELE SGUAREZI<sup>2</sup>; LUIS ARMANDO PATUSCO<sup>2</sup>; ANDRESSA MATEUS CUNHA<sup>2</sup>; LIANA PERES DUAILIBE<sup>2</sup>

1. UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.

**Introdução:** Hemorragia alveolar é o termo utilizado para designar sangramentos que se originam da microvasculatura pulmonar, muitas vezes decorrentes de lesão envolvendo a membrana alvéolo-capilar. Clinicamente, o paciente com HA apresenta-se com dispneia, tosse, hipoxemia, aumento do gradiente alvéolo arterial, hemoptise, febre, dor torácica, anemia e com padrão misto (interstício-alveolar) à radiologia torácica, sendo geralmente bilateral. Após o diagnóstico da HA e a avaliação da sua gravidade, o tratamento específico deve ser imediatamente iniciado devido à alta morbimortalidade desta síndrome. **Objetivo:** Relatar um caso de HA em usuário de cocaína atendido em hospital de grande porte em Campo Grande- MS (HRMS).

**Relato do caso:** Paciente masculino, 24 anos, com quadro de febre, tosse produtiva e dispneia progressiva 7 dias antes da admissão, sem melhora ao uso de ibuprofeno. Admitido pelo Serviço de Pneumologia do HRMS, com hipoxemia, esforço respiratório e tomografia computadorizada de tórax evidenciando consolidação pulmonar bilateral. Questionado sobre hábitos de vida, o mesmo referiu apenas tabagismo, negando uso de drogas ilícitas. Iniciada antibioticoterapia com moxifloxacino, apresentou piora do quadro clínico-radiológico após terceiro dia de tratamento. No quinto dia, paciente apresentou hemoptise. Abordado novamente sobre uso de substâncias ilícitas e sintomas sugestivos de doenças do colágeno, admitiu ser usuário de cocaína. Feito diagnóstico de HA, sendo o paciente submetido a corticoterapia com metilprednisolona. Evoluiu com melhora clínica, laboratorial e radiológica progressiva até total resolução do caso. Investigado para outras vasculites, doenças do colágeno e imunossupressão, sendo os resultados todos negativos. **Discussão:** Cocaína é uma substância psicoativa, ilícita, potencialmente capaz de levar a efeitos agudos nocivos ao sistema cardiovascular, neurológico e respiratório. Dentre os principais efeitos, destacam-se: infarto agudo do miocárdio, arritmias ventriculares malignas, crises convulsivas e hemorragia cerebral. Os pulmões são suscetíveis ao dano causado pelo uso de drogas ilícitas tanto por via intravenosa quanto inalatória. Hemorragia alveolar tem sido descrita nos últimos anos como uma das complicações pulmonares causada pelo uso de cocaína. O diagnóstico da doença pulmonar induzida pelo uso de drogas ilícitas pode ser difícil quando não se obtém uma história acurada de uso de drogas. O diagnóstico diferencial inclui outras causas de HA, como vasculites, doenças do colágeno, distúrbios de coagulação,

doenças imunossupressoras ou idiopáticas. Também deve ser considerado o tromboembolismo pulmonar e o infarto pulmonar induzido por cocaína. O manejo destes pacientes é suportivo, com avaliação broncoscópica, oxigênio suplementar e suporte ventilatório caso necessário. O tratamento com corticosteroides é controverso. Não há evidências que seu uso altere a evolução da doença. No entanto, com a sua utilização são relatados benefícios aos pacientes. **Conclusão:** É importante que o médico assistente considere a hipótese diagnóstica de HA no momento do atendimento de pacientes com história de dependência química e uso de substâncias psicoativas. Estabelecer o diagnóstico de doença pulmonar induzida pelo uso de drogas é muito importante pois o tratamento apropriado pode incluir aconselhamento e reabilitação.

**Palavras-chave:** Hemorragia alveolar; cocaína; hemoptise

### **PO135 PNEUMONIA ORGANIZANTE FIBRINOIDE AGUDA ASSOCIADA A TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO – RELATO DE CASO**

**VANESSA MENDES DE RESENDE<sup>1</sup>; CLAUDIO LUIZ WIXAK PROCÓPIO FERRAZ<sup>2</sup>; FERNANDA MARIA PINHEIRO MACHADO NOGUEIRA<sup>3</sup>; AMANDA SIRTOLI SILVA<sup>4</sup>; CAMILA NESSO<sup>5</sup>; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA<sup>6</sup>**  
*UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Pneumonia organizante fibrinoide aguda, é uma doença pulmonar intersticial rara, caracterizada histologicamente pelo depósito de fibrina intralveolar na forma de “bolas de fibrina”, associado a pneumonia em organização. Relataremos o caso de uma paciente com diagnóstico confirmado da doença, após realização de quimioterapia para tratamento de câncer de mama. **Relato de caso:** Feminina, 38 anos, história de câncer de mama em quimioterapia neoadjuvante (2 ciclos de doxorrubicina e ciclofosfamida) há 2 meses. Dispneia progressiva há 5 semanas associada à fadiga e febre. Exame físico: Frequência respiratória 26 irpm, saturação de pulso de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) 91% em ar ambiente. Temperatura 36,6 °C, pulso de 101 bpm e pressão arterial 126/85 mmHg. Ausculta respiratória com crepitações na base direita e sons respiratórios reduzidos em ambas as bases. Sem outras anormalidades no restante. Exames laboratoriais: hemoglobina 9,5 g/dl, leucócitos 6.990/mcl, plaquetas 250.000/mcl. VHS 109 mm/h, PCR 17 mg/l. Gasometria arterial em ar ambiente pH: 7,51, PaO<sub>2</sub>: 67 mm Hg, PaCO<sub>2</sub>: 28,1 mm Hg, SaO<sub>2</sub>: 92%. Paciente internada com suspeita de pneumonia, recebendo antibioticoterapia de amplo espectro. TCAR: Opacidades em vidro fosco difusas e consolidações periféricas nos lobos inferiores, com predomínio à direita. Ausência de adenomegalias hilares ou mediastinais. **Broncoscopia:** Ausência de lesões endobrônquicas ou secreção anormal. Realizados lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica no lobo inferior direito. Anátomo-patológico revelou áreas extensas de hiperplasia epitelial reativa, “plugs” fibromixoides de tecido conjuntivo e depósito de fibrina nos alvéolos em forma de “bolas de fibrina”. Adicionalmente, foi observado leve espessamento irregular dos septos alveolares, infiltrado inflamatório linfocitário e ausência de membrana hialina. Achados consistentes com pneumonia organizante fibrinoide aguda. A paciente recebeu prednisona 1 mg/kg/dia com grande melhora clínica e da capacidade de exercício. Complementou o tratamento da neoplasia com quadrantectomia direita e sessões de radioterapia. **Discussão:** A pneumonia organizante fibrinoide aguda é uma doença intersticial idiopática rara descrita pela primeira vez em 2002 por Beasley *et al.* O achado histológico principal é a deposição alveolar de fibrina formando “bolas de fibrina”

que ocupam em média 50% dos espaços alveolares, sem evidência de membrana hialina; o que a diferencia do dano alveolar difuso. Pode estar associada com diversas condições, como infecções, doenças do tecido conectivo, doenças hematológicas e reações a drogas. No presente caso, a causa mais provável é reação aos quimioterápicos pela exclusão das demais causas. A apresentação, clínica e radiológica, geralmente é similar à pneumonia adquirida na comunidade; porém, sem resposta à antibioticoterapia. O método padrão-ouro para o diagnóstico é a biópsia pulmonar aberta, embora biópsia transbrônquica (amostra adequada) tenha confirmado o diagnóstico neste caso. O tratamento geralmente é uso de corticosteroides ou agentes imunossupressores. No presente caso, a paciente se manifestou com a forma subaguda da doença com recuperação após a suspensão da quimioterapia e uso de prednisona 1 mg/kg/dia. **Referências:** 1. Beasley MB *et al.* Arch Pathol Lab Med 2002;126(9): 1064e70. 2. Feinstein MB *et al.* J Clin Pathol 2015; 68(6): 441–447. 3. Gomes R *et al.* Medicine J; 2016;

**Palavras-chave:** Doença pulmonar intersticial; boop; toxicidade pulmonar por drogas

### **PO136 PNEUMONIA LIPOÍDICA EXÓGENA EM ESCLEROSE MÚLTIPLA. RELATO DE CASO**

**MARILIA FLAVIANE DACIA<sup>1</sup>\*; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO; ADRIANA IGNÁCIO DE PÁDUA; MARCELO BEZERRA DE MENEZES; LUIS RENATO ALVES; LETHICIA DOMINGOS PAULO; LARYSSA FERNANDES BIAZIM**  
*USP/RP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** A pneumonia lipóidica exógena é uma condição incomum, resultante da inalação ou aspiração de óleos para dentro dos pulmões. Embora a história de ingestão ou inalação de óleo seja um dado de extrema importância, raramente é fornecido espontaneamente pelo paciente, dificultando o diagnóstico. Por sua apresentação clínica e radiológica inespecífica, a pneumonia lipóidica pode mimetizar outras doenças pulmonares. É relatado aqui o caso de uma paciente com esclerose múltipla que desenvolveu pneumonia lipóidica exógena devido ao uso de óleo mineral para tratamento de obstipação intestinal. **Relato de caso:** Mulher, 48 anos, com diagnóstico de EM há 20 anos. Em 2011 teve quadro de suboclusão intestinal precisando ser hospitalizada e durante a internação evoluiu com dispneia, tosse seca e dessaturação de 95% para 88% em ar ambiente. Não teve febre e sibilância. RX tórax (23/09/10): opacidades alveolares difusas à direita. Na CTAR (30/09/10): opacificações pulmonares mais proeminentes à direita, de aspecto inespecífico, provável processo inflamatório. Foi levantada hipótese de pneumonia aspirativa e assim tratada. Após a alta, evoluiu com dispneia aos mínimos esforços e SaO<sub>2</sub>: 88% ar ambiente persistente. Nova hipótese: lesão secundária à interferon (tratamento este feito de 1997 a 2010). Gasometria arterial ar ambiente (16/03/11): pH: 7,41, PaO<sub>2</sub>: 64, 2 mmHg, PaCO<sub>2</sub>: 40, 3 mmHg. As espirometrias mostravam (05/12/12): CVF: 89%; VEF1: 76%; VEF1/CVF: 128%. (14/05/2013): CVF: 67%; VEF1: 73%; VEF1/CVF: 105%; DLCO: 56%. (20/05/2014): CVF: 60%; VEF1: 66%; VEF1/CVF: 111%; DLCO: 47%. Devido a piora da dispneia e função pulmonar foi indicada e realizada biópsia cirúrgica. A biópsia revelou: agregados linfóides de distribuição peribronquiolar, com numerosos macrófagos xantomatosos e “fat-drops” de tamanhos variados, com áreas de fibrose e processo inflamatório crônico sugestivo de broncoaspiração crônica. A paciente foi questionada e nos revelou que durante 6 meses fez uso de óleo mineral por obstipação, coincidindo com o período da internação e da piora da

dispneia. **Discussão:** A aspiração consiste na passagem de conteúdo gástrico para laringe ou trato respiratório inferior e se relaciona a diversas doenças respiratórias. É mais provável de ocorrer em indivíduos com uma diminuição do nível de consciência, mecanismos de defesa das vias aéreas comprometidas, disfagia, refluxo gastroesofágico e vômito recorrente. A forma mais frequente de pneumonia lipóidica é causada por aspiração de óleo mineral, usado como laxativo oral. O sinal mais característico da pneumonia lipóidica na CTAR é a presença de consolidações pulmonares com atenuação de gordura, ou seja, valores de atenuação negativos. O diagnóstico é baseado na história de exposição, exame radiológico compatível e na presença de macrófagos com corpos de gordura no escarro ou no LBA. Se o diagnóstico permanece incerto, a biópsia pode ser necessária. O presente caso ilustra a necessidade de pesquisar essa possibilidade rotineiramente na história clínica de pacientes com infiltrados pulmonares difusos.

**Palavras-chave:** Pneumonia; lipóidica; esclerose múltipla

**PO137 TOXICIDADE PULMONAR POR AMIODARONA – PADRÕES CLÍNICOS E MORFOLÓGICOS DISTINTOS DE UMA ENTIDADE MULTIFACETADA**

ISLA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS\*; DAMILLE SANDES MOREIRA; MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO; SÓRIA RAMOS BARBOSA; MARCEL LIMA ALBUQUERQUE; JOÃO CARLOS COELHO FILHO; CÉSAR AUGUSTO DE ARAÚJO NETO; JORGE LUIZ PEREIRA E SILVA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** Amiodarona é um potente agente antiarrítmico, comumente usado no tratamento de arritmias ventriculares e supraventriculares. Suas propriedades bioquímicas, em que o iodo é um dos principais componentes; a lipossolubilidade e a meia-vida de eliminação longa favorecem o acúmulo da droga em vários tecidos e sistemas orgânicos, inclusive nos pulmões. Diversos efeitos adversos têm sido relatados, quando ministrada por via oral ou sistêmica. A toxicidade pulmonar por amiodarona (TPA) acomete 0, 1 a 0, 5% dos indivíduos em uso de 200mg/dia, 5 a 15% com 400mg/dia, e 50% com 1.200mg/dia. Embora a TPA seja dose e tempo dependentes, usualmente como pneumonia intersticial subaguda ou crônica, pode ser deflagrada de forma abrupta e até mesmo fulminante, sobretudo quando ministrada no perioperatório de cirurgia torácica ou cardiovascular. Além de uma possível predisposição genética, alguns fatores intrínsecos e extrínsecos predis põem a maior risco: idade avançada, doença pulmonar preexistente, pobre reserva funcional pulmonar, cirurgia torácica ou cardiovascular, dose diária e tempo de tratamento. Nos últimos anos, a correlação clínico-radiológico-patológica tem permitido ampliar o conhecimento sobre a TPA, ao definir os principais fatores de risco, formas de apresentação, padrões tomográficos e anatomopatológicos distintos e variados, opções terapêuticas e fatores prognósticos. Dada à sua frequência, é importante familiarizar-se com a diversidade de apresentações, capazes de definir precocemente a conduta com impacto no prognóstico. **Objetivo:** Caracterizar as diversas formas de apresentação em pacientes com TPA. **Método:** Analisar retrospectivamente os achados clínicos, tomográficos e anatomopatológicos em uma série de 7 pacientes com TPA, cujo tratamento foi bem sucedido. **Resultados:** Foram 5 mulheres e 2 homens. Média de idade: 68, 6 anos (DP±7, 9). Em 4 casos (57%) identificou-se o padrão de pneumonia em organização (BOOP). Extensa fibrose reversível foi vista em 1 caso. Alterações pulmonares e hepáticas de alta densidade

(n=1), e edema pulmonar não-cardiogênico (n=1) também foram registrados. Em um dos casos, a TPA manifestou-se poucos dias depois de ministrada terapia de impregnação em pós-operatório imediato de colecistectomia em paciente cardiopata grave. **Conclusão:** A TPA apresenta-se de forma distinta e multifacetada. Quando diagnosticada precocemente, a descontinuidade da droga e o emprego de corticoides costumam reverter os sintomas e resolver as alterações pulmonares, mesmo nos casos em que o padrão de fibrose - caracterizado por opacidades em vidro-fosco em meio a bronquiectasias e bronquioloectasias de tração - esteja presente. O padrão de pneumonia em organização (BOOP) é frequente. Edema pulmonar não-cardiogênico - com septos interlobulares lisos espessados e opacidades em vidro-fosco - é raro. Massas pulmonares e/ou nódulos densos, e o fígado com a densidade aumentada constituem importantes pistas diagnósticas.

**Palavras-chave:** Amiodarona; toxicidade pulmonar; pneumonia em organização

**PO138 FOSFOLIPIDOSE PULMONAR ASSOCIADA A FÁRMACOS – TOXICIDADE OU DOENÇA DE DEPÓSITO ADQUIRIDA?**

MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO\*; DAMILLE SANDES MOREIRA; ISLA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS; RAPHAEL REIS PEREIRA E SILVA; ANA PAULA BARRETO ANDRADE; JOÃO CARLOS COELHO FILHO; CÉSAR AUGUSTO DE ARAÚJO NETO; JORGE LUIZ PEREIRA E SILVA  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** Desde a descoberta do lisossomo por Duke em 1955, cerca de 50 distúrbios genéticos causados por disfunções atribuídas a um único gene lisossômico foram descritos. Recentemente, a partir da identificação de que drogas anfífilas catiônicas, constituídas por anéis hidrofílicos e regiões hidrofóbicas, ao inibirem fosfolipases poderiam estimular o acúmulo intracelular exagerado de fosfolípidas, um componente essencial da membrana celular, despertou-se o interesse pelos distúrbios lisossômicos adquiridos. Fosfolipidose é um distúrbio metabólico caracterizado por acúmulo exagerado intracelular de fosfolípidas. Pode manifestar-se nos rins, fígado, cérebro e pulmões. Sua principal característica morfológica resulta de depósitos de fosfolípidas no interior de lisossomos denominados corpos lamelares, visíveis à microscopia eletrônica. Embora possam acumular-se no interior de neutrófilos e pneumócitos tipo 2, à microscopia ótica, destacam-se os macrófagos espumosos nos espaços aéreos. Resulta de disfunções em distintas rotas metabólicas, sobretudo por deficiência funcional da fosfolipase lisossômica A2 (fosfolipase A2 grupo XV). Cerca de 50 drogas estão associadas à fosfolipidose, dentre elas, antibióticos, antidepressivos, antipsicóticos, antimaláricos, antiarrítmicos e redutores de colesterol. É apresentado um caso de fosfolipidose pulmonar associada ao padrão de pneumonia em organização (BOOP) em meio a áreas de fibrose pulmonar intersticial, cuja histologia despertou a possibilidade de reação pulmonar ao uso de sinvastatina. **Relato do caso:** Mulher, 67 anos. Não fumante. Em uso regular de nifedipino, AAS e sinvastatina desde 2008. Portadora de pseudoaneurisma da artéria pulmonar. Internada em 10/11/2012 com tosse seca e dispneia progressiva há 3 meses. Dispneia. SpO2 86% (ar ambiente). Estertores crepitantes finos nas bases. Hb 12, 5g/dL. Ht 42%. Plaquetas 388mil/mm3. Leuco 6.100 (90-0-0-0-8-2). VHS 39mm. Função renal e perfil hepático normais. Perfil reumatológico negativo. Enzimas cardíacas normais. Gasometria pH 7,40; PaO2 62mmHg;



PaCO<sub>2</sub> 30mmHg; HCO<sub>3</sub> 22mEq/L; Sat 93, 4%. Realizada biópsia cirúrgica no lobo inferior do pulmão esquerdo, compatível com fosfolipidose, em meio a áreas com o padrão de pneumonia em organização e fibrose intersticial. Interrompido o uso da sinvastatina e introduzida prednisona. Melhora clínica progressiva. O controle tomográfico em 11/01/2013 mostrou acentuada redução das lesões pulmonares. **Conclusão:** Fosfolipidose é um distúrbio adquirido do metabolismo de fosfolípidos que pode resultar da exposição, de forma curta ou prolongada, a diversas classes de drogas, dentre elas as redutoras de colesterol. A presença de macrófagos espumosos ocupando espaços aéreos em meio a pneumonias intersticiais fibrosantes aponta para essenexo causal. Não se sabe se a coexistência com outras doenças pulmonares intersticiais resulta de um mecanismo patogênico comum, sequencial, ou se ocorre ao acaso.

**Palavras-chave:** Fosfolipidose; farmacos; toxicidade

### **PO139 TERAPIA INALATÓRIA COM GM-CSF EM PACIENTE COM PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR**

**KAROLINY SCHMITZ SCHMITZ NUNES\***; ELAINE CRISTINA CAON DE SOUZA; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; DANIEL DI PIETRO; MARCIA MARGARET MENEZES PIZZICHINI; EMILIO PIZZICHINI; DANIELLA SERAFIN COUTO VIEIRA; LUIZ FELIPE DE SOUZA NOBRE HU UFSC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.

**Introdução:** A Proteinose Alveolar Pulmonar (PAP) é uma doença rara, com baixa incidência e prevalência, resultante do acúmulo de material lipoproteínico no interior dos alvéolos, por alteração da fagocitose do surfactante pelos macrófagos. Há 3 formas distintas de apresentação: a congênita, a secundária e a adquirida (autoimune), responsável pela maioria dos casos. Recentemente, identificou-se a presença de auto-anticorpos neutralizantes do GM-CSF (fator estimulador do crescimento de colônias de granulócitos e macrófagos), responsáveis pela deficiência dos macrófagos. **Relato do caso:** L. F. S, 48 anos, masculino, técnico de computação, não tabagista. Início do quadro em 2004 com dispneia aos moderados esforços e tosse seca. Recebeu vários antibióticos, sem melhora. Piora clínica desde 2009. Previamente hipertenso e dislipidêmico, em uso de Losartan e Sinvastatina. Relata também sinusopatia crônica. Fazia uso de travesseiro de penas, e apresentou exposição a pó de cimento em 2009, após reforma de sua casa. Ao exame físico, apresentava uma saturação de O<sub>2</sub> de 91%, e estertores finos, bibasais. Gasometria arterial com hipoxemia, PO<sub>2</sub>= 69mmHg. A função pulmonar sugeria um distúrbio ventilatório restritivo moderado, com CVF de 2, 91/61%. A capacidade de difusão moderadamente reduzida (DLCO) de 58%. A TC tórax na ocasião (Mar/09), evidenciou opacidades em vidro fosco difusas, focos de consolidações, e aspecto de pavimentação em mosaico com espessamento interlobular. Realizada broncoscopia, com presença de lavado broncoalveolar de aspecto leitoso. A análise do LBA evidenciou macrófagos espumosos, material amorfo acelular, debris celulares, PAS positivo e culturas negativas. Submetido à biópsia transbrônquica que confirmou o diagnóstico de PAP. Causas secundárias de PAP foram descartadas. Paciente foi submetido a 10 sessões de lavagem pulmonar total (LPT) (em média 20 litros) no período de 2009 a 2011, sem melhora significativa da dispneia e da tosse. A TC de abril de 2011 revelou os mesmos achados de 2009, com discreta melhora. Da mesma forma, a prova de função pulmonar permanecia com a mesma restrição e redução da DLCO. Em 2011, realizou-se a dosagem do auto-anticorpo GM-CSF com o auxílio da Universidade de Essen -Alemanha, que foi positivo. Dessa

forma, optou-se pelo uso inalatório da terapia de GM-CSF, o Sargramostim 250mcg 2x ao dia a cada 48 horas. Nova TC realizada em julho/12 evidencia importante melhora da lesão pulmonar, quando comparada aos exames de 2009 e 2011. Desde 2012, o paciente vem recebendo este tratamento com significativa melhora clínica (ausência de tosse e saturação de O<sub>2</sub> de 97%), funcional (distúrbio ventilatório restritivo leve - CVF 3, 35/71%, e DLCO de 68%) e radiológica (redução significativa das imagens). Atualmente faz uso da medicação duas vezes por semana, com boa tolerância. Este relato ilustra a evolução de um paciente com PAP autoimune sem melhora clínica significativa mesmo após 10 sessões de LPT. A administração exógena do GM-CSF ou ainda anticorpos anti-GM-CSF (Rituximab) têm surgido como novas propostas para pacientes sintomáticos com piora funcional apesar da LPT. O GM-CSF pode ser utilizado por via subcutânea ou inalatória. No presente caso, a detecção dos auto-anticorpos anti-GMCSF auxiliou na decisão do início da terapia, há três anos. Houve boa tolerância inalatória, melhora clínica, funcional e radiológica. **Conclusão:** A instituição de terapia alternativa à LPT deve ser considerada para pacientes com PAP sem melhora clínica.

**Palavras-chave:** Proteinose alveolar pulmonar; lavagem pulmonar; fator estimulador do crescimento de colônias de granulócitos e macrófagos

### **PO140 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE FAMILIAR: RELATO DE TRÊS CASOS**

**KAROLINY SCHMITZ SCHMITZ NUNES\***; DANIELA HELENA HELENA MACHADO DE FREITAS; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; LUIZ FELIPE DE SOUZA NOBRE; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI HU UFSC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.

**Introdução:** Pneumonite de hipersensibilidade (PH) são doenças intersticiais causadas por uma reação imunológica exagerada à inalação de diversos antígenos ambientais. O diagnóstico deve ser precoce e requer uma correlação entre achados clínicos, de exposição, radiológicos e patológicos. PH familiar ocorre em 25% dos casos. **Relato dos casos:** Paciente SM, 42 anos, feminina, asmática, não tabagista, há seis anos com dispneia, sibilância e tosse seca. Sua atividade laboral consistia na remoção de pães/biscoitos/bolos, com prazo de validade vencido, em supermercados. Ao exame apresentava sibilos difusos e saturação de O<sub>2</sub> de 91%. Radiografia de tórax: infiltrado intersticial; espirometria: padrão restritivo moderado (CVF 1, 96/58%) e pletismografia com CVF 1, 63 (49%) e DLCO 14, 5 (58%). Tomografia de tórax (TC): atenuação em mosaico com extensas áreas em vidro fosco, opacidades irregulares discretas nos ápices e bronquiolectasias de tração nos terços pulmonares superiores. Broncoscopia com lavado broncoalveolar (LBA) que evidenciou linfocitose acentuada (58, 7%) com macrófagos xantomatosos. A biópsia a céu aberto confirmou o diagnóstico de PH com inflamação intersticial homogênea com acentuação ao redor dos feixes broncovasculares, pequenos granulomas mal circunscritos de células epitelióides e gigantes multinucleadas e focos de calcificação contendo histiócitos xantomatosos. A paciente foi afastada de suas atividades e iniciou tratamento com 40 mg de prednisona. Apresenta melhora clínica parcial com períodos de piora, função pulmonar estável e tomografia com maior extensão das bronquiectasias de tração. Recentemente, sua irmã, 45 anos, com mesma atividade laboral, procura atendimento com dispneia aos médios esforços há dois anos. Foi evidenciado baquetamento digital e sibilos com gransnido à ausculta pulmonar. A TC mostrou áreas de atenuação em mosaico e opacidades

centro-lobulares em vidro fosco. A espirometria apresentava distúrbio restritivo leve com CVF = 2,39 (76%). Realizou LBA que mostrou predomínio de linfócitos (60, 7%) e relação CD4/CD8=0,30, compatível com PH e cultura positiva para *Aspergillus Niger*. A paciente foi desligada de sua função e iniciado prednisona oral com melhora clínica. Neste período o pai, 70 anos, aposentado, chega ao ambulatório, com dispneia aos mínimos esforços, emagrecido, com hipoxemia (PaO<sub>2</sub> = 59mmHg), estertores finos em “velcro” nos terços inferiores e TC de predomínio bronquiocêntrico, com áreas de faveolamento sugestivas de PH crônica. O paciente não apresentava condições clínicas de broncoscopia ou de biópsia. Iniciado 40mg de prednisona. **Conclusão:** Os relatos de caso ilustram: um caso de PH subagudo por exposição ocupacional pouco comum confirmada por biópsia pulmonar; a asma dificultando o diagnóstico devido à confusão com a bronquiolite encontrada na PH; um inquérito dirigido à PH familiar deve ser lembrado; *Aspergillus Niger*, identificados no LBA da irmã são antígenos típicos de alimentos em decomposição, relacionados à ocupação das irmãs. Dentro de um contexto clínico/radiológico/citológico, quando possível, o diagnóstico pode ser feito sem a necessidade de biópsia, como ocorreu com a irmã e com o pai. A doença familiar pode ser associada a alguns tipos de HLA de “alto risco”, como o HLA B7, relatados na literatura, porém de difícil identificação em nosso meio. O afastamento do antígeno é fundamental.

**Palavras-chave:** Pneumonite de hipersensibilidade; doença intersticial; pneumonia de hipersensibilidade familiar

**PO141** **QUESTIONÁRIO SF-36 EM PACIENTES COM DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR**  
**BRUNA MACEDO PINTO<sup>1</sup>; ROSA MARIA FERNAMBEL MARQUES E SILVA<sup>2</sup>; BRUNA VIAL JORDAIM<sup>3</sup>; CLAUDIA HENRIQUE COSTA<sup>4</sup>; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES<sup>5</sup>**  
**UERJ/HUPE, NITEROI, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** O questionário “Short Form Health Survey” (SF-36) é um instrumento para avaliação subjetiva da qualidade de vida composto por 36 itens. Ele mensura a “saúde” em oito domínios e, segundo a literatura, leva em média 5 minutos para ser preenchido. Uma pontuação de zero equivale ao pior estado subjetivo de saúde, enquanto uma pontuação de 100 corresponde ao melhor. Apesar de muito utilizado no mundo, há poucos estudos sobre SF-36 na doença intersticial pulmonar na literatura, pelo PUBMED (42 artigos). **Objetivos:** Utilizar o questionário SF-36 em pacientes com diagnóstico de doença intersticial pulmonar, a fim de analisar e comparar os diferentes domínios em portadores de Fibrose Pulmonar Idiopática, Doenças do Colágeno e Sarcoidose. **Métodos:** O questionário foi aplicado em pacientes do ambulatório de doenças intersticiais do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ. Foram analisados os questionários de pacientes com doença intersticial pulmonar devido à collagenose, FPI e sarcoidose. A amostragem foi realizada de forma randômica. Os valores obtidos em cada domínio foram transferidos para planilha de Excel e, posteriormente, analisados utilizando o pacote estatístico Graphpad Prism 6. 05. **Resultados:** 281 pacientes completaram o questionário. Foram excluídos 34 formulários que tiveram erros de anotação ou falha no preenchimento. A idade média global foi de 60 anos (DP 13, 50). O tempo estimado para o preenchimento foi 11, 86 min (DP 14, 59). O gênero feminino predomina no grupo de doenças do colágeno (87%) e de sarcoidose (66%). Já dentre os pacientes com FPI, apenas 40% são mulheres e a média de idade também é superior (p <0, 0002). Não houve diferença entre os grupos em 6 domínios. Foi observado

diferença estatística significativa apenas nos quesitos de dor e limitação por aspectos emocionais. Os pacientes com FPI tiveram maior pontuação em dor do que os portadores de doença do colágeno e sarcoidose. Em relação ao limite emocional, os pacientes com FPI tiveram valores maiores do que aqueles com doenças do colágeno, mas não se distinguiram em relação aos portadores de sarcoidose.

**Conclusão:** O questionário SF-36 teve um tempo médio de preenchimento duas vezes superior ao que é relatado na literatura, possivelmente decorrente de um maior tempo para leitura e compreensão pelos participantes. Os portadores de sarcoidose e doenças do colágeno apresentam mais queixas de dor e limitação por aspectos emocionais do que aqueles com FPI. Isto pode se relacionar ao maior comprometimento psicológico dos pacientes jovens e ao menor tempo de doença da FPI.

**Palavras-chave:** Sf36; fpi; sarcoidose

**PO142** **POLIANGEITE MICROSCÓPICA**  
**RONALDO DE SOUZA<sup>1</sup>; MARCIA ARANTES MARQUES<sup>1</sup>; MARILIA QUEIROZ SOUZA<sup>1</sup>; ALANA KANEDA GARCIA<sup>1</sup>; JONATHAN TAMBORINI<sup>1</sup>; PRISCILA COGO OLIVEIRA<sup>1</sup>; THIAGO FLORENCIO SILVA<sup>2</sup>**  
**1. INSTITUTO PNEUMOLOGIA E GERIATRIA / RESIDENCIA DE CLINICA HOSPITAL CEMIL, UMUARAMA, PR, BRASIL; 2. INSTITUTO PNEUMOLOGIA E GERIATRIA / RESIDENCIA DE CLINICA MEDICA HOSPITAL CEMIL, UMUARAMA, PR, BRASIL.**

**Introdução:** A Poliangeite Microscópica trata de uma vasculite necrosante pauci-imune associada ao ANCA, afetando arteríolas, capilares e vênulas, embora também afete pequenas e médias artérias. Relatamos um caso de um paciente com PM, ANCA negativo avaliado no Instituto de Pneumologia e Geriatria (IPG) de Umuarama, Paraná. **Caso clínico:** Paciente 43 anos, sexo masculino, trabalhador de aviário, apresenta dispneia, febre, tosse com expectoração amarelada. EF: estertores crepitantes bilaterais. Restante do exame físico normal. Rx de Torax: redução da transparência das bases pulmonares. TC de Torax - lesões com padrão em “vidro fosco”. Laboratório: Leucocitose com desvio à esquerda. Suspeita diagnóstica: Infecção Pulmonar. Tratamento: Amoxicilina-clavulanato. Paciente retorna em 1 mês com tosse seca e dispneia aos grandes esforços. Exame físico: estertores finos em ambas bases pulmonares. Restante do exame físico normal. Espirometria: DV restritivo leve. Teste de Caminhada de 6 minutos: Dessaturação significativa. BAAR: negativo. TC de Tórax - lesões com padrão em “vidro fosco” em ambos pulmões. Hipótese diagnóstica: Doença Pulmonar Intersticial - Pneumonia por Hipersensibilidade. Iniciado Formoterol/Budesonida e Prednisona 40mg. Paciente continua sem melhora clínica e radiológica em uso de corticoterapia por 1 ano. Realizado biópsia pulmonar aberta, laudo: Pneumonite Intersticial, padrão usual. É solicitado revisão da lâmina histopatológica, com o seguinte achado: Poliangeite Microscópica (PM). Recebido primeiro resultado de ANCA: negativo. Repetido exame ANCA: negativo. É iniciado após avaliação com o serviço de Reumatologia Ciclofosfamida e mantido a Prednisona. Apesar do uso das medicações apresenta recidivas frequentes de tosse seca e dispneia. Passado 1 ano de tratamento decide-se por nova terapêutica com Azatioprina e dose baixa de corticosteróides, obtendo um melhor controle da sintomatologia. **Discussão:** A PM caracteriza por uma vasculite necrosante pauci-imune, sem granulomas associada ao ANCA. Principais manifestações clínicas são: cansaço, perda ponderal, febre, mialgias. A nível renal: Glomerulite focal e segmentar necrosante e crescentes. Pulmonar: capilarite pulmonar, hemorragia alveolar, síndrome pulmão-rim. Apresenta lesões cutâneas

como púrpuras, úlceras, nódulos subcutâneos, podendo em algumas situações desenvolver mononeurite múltipla. Faz diagnósticos diferenciais com Granulomatose de Wegener e Síndrome de Churg-Strauss. Os exames laboratoriais são inespecíficos, como elevação do VHS, da proteína C reativa e anemia. O FR é mais encontrado que o FAN. Na urina 1 temos cilindros hemáticos, hemáceas dismórficas. Em relação ao ANCA, possui uma positividade em mais de 90%. Tratamento preconizado é prednisona e ciclofosfamida. Geralmente existe boa resposta terapêutica, porém alguns pacientes necessitam de corticosteroides indefinidamente, nesses casos recomenda o emprego de azatioprina, juntamente com doses mais baixas de corticoides.

**Palavras-chave:** Poliangeite; microscópica; ph

#### **PO143 TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA OU SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER**

**RONALDO DE SOUZA<sup>1</sup>; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA<sup>2</sup>; MARILIA QUEIROZ SOUZA<sup>3</sup>; ALANA KANEDA GARCIA<sup>3</sup>; JONATHAN TAMBORINI<sup>3</sup>; PRISCILA COGO OLIVEIRA<sup>3</sup>; THIAGO FLORENCIO SILVA<sup>4</sup>**

1. *IPG, UMUARAMA, PR, BRASIL;* 2. *UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL;* 3. *INSTITUTO PNEUMOLOGIA E GERIATRIA / RESIDENCIA DE CLINICA HOSPITAL CEMIL, UMUARAMA, PR, BRASIL;* 4. *INSTITUTO PNEUMOLOGIA E GERIATRIA / RESIDENCIA DE CLINICA MEDICA HOSPITAL CEMIL, UMUARAMA, PR, BRASIL.*

**Introdução:** A Síndrome de Rendu-Osler-Weber ou Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) é uma rara displasia fibrovascular sistêmica, que tem como defeito básico uma alteração da lâmina elástica e camada muscular da parede dos vasos sanguíneos, o que os torna mais vulneráveis a traumatismos e rupturas espontâneas. As manifestações clínicas são secundárias a sangramentos, podendo afetar qualquer parte do organismo. **Relato de caso:** Paciente procura o serviço de pneumologia em 2009 devido história de roncos e apneia, história prévia de acidente vascular cerebral isquêmico, sangrias frequentes e saturação de O<sub>2</sub> de 98% em ar ambiente, ex-tabagista 47 anos-maço, espirometria normal, tomografia de tórax com áreas de enfisema pulmonar. Retorna em 2012 quando repetiu a TC de tórax, que apresentava pneumopatia intersticial difusa, espirometria normal e teste de caminhada de 6 minutos com saturação inicial 90% e final 80%. Polissonografia com índice de apnéia e hipopnéia de 95, 1/ hora. Foi iniciada ventilação não invasiva (CPAP) e prednisona por um ano, sem melhora. Em 2014 ao exame físico foram observadas telangiectasias em cavidade oral e região dorsal, com hipótese de THH e iniciado cloridrato de minociclina. Ecocardiograma com pressão na arterial pulmonar de 78 mmHg, sendo feito cateterismo de artéria pulmonar e iniciado tratamento para hipertensão pulmonar com sildenafil. No momento em uso CPAP, oxigenioterapia, minociclina, sildenafil, indacaterol e tiotrópio, mantendo estabilidade clínica com as medicações atuais. **Conclusão:** A THH é uma doença autossômica dominante com incidência de 1 a 2 casos por 100. 000 habitantes e a doença tende a ser subdiagnosticada. Manifestações pulmonares da THH incluem hemoptise, hemotórax, shunting direita-esquerda e embolia paradoxal. Decorrem de MAV e fistulas, presentes em 5 a 23% dos pacientes. A embolia paradoxal pode causar acidentes isquêmicos transitórios e vasculares cerebrais. Em 8% dos pacientes pode ocorrer hemorragia pulmonar maciça. Outros sintomas incluem hipoxemia, dispnéia, cianose, policitemia e baqueteamento da falange distal. O diagnóstico é realizado com tomografia computadorizada helicoidal de alta resolução e angiografia. Os critérios

diagnósticos incluem a tríade clássica de epistaxe, teleangiectasia e história familiar, no entanto essa tríade não ocorre na maioria dos casos. Apesar de ser uma doença hereditária com transmissão autossômica dominante, cerca de 20% dos casos não apresentam histórico familiar, podendo tratar-se de mutações esporádicas. O tratamento inclui ressecção cirúrgica, ligadura arterial e embolização. O objetivo do tratamento é promover o controle da doença o maior tempo possível, com o mínimo de intervenções, tentando evitar sequelas. O prognóstico é bom nos casos em que se consegue o controle dos sangramentos, sendo a mortalidade por complicações decorrentes da doença reportada em menos de 10% dos casos.

**Palavras-chave:** Telangiectasia; hemorrágica; hereditária

#### **PO144 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR: REGRESSÃO COMPLETA APÓS UMA LAVAGEM PULMONAR TOTAL**

**KAROLINY SCHMITZ SCHMITZ NUNES<sup>\*</sup>; DANIELA HELENA HELENA MACHADO DE FREITAS; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; LUIZ FELIPE DE SOUZA NOBRE; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; PABLO MORITZ**

*HU UFSC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.*

**Introdução:** A Proteínose Alveolar Pulmonar (PAP) é caracterizada pelo acúmulo de material lipoproteico nos alvéolos associado à falha de fagocitose do surfactante. A forma clínica adquirida é mais frequente e está associada a alta prevalência de anticorpos anti-fator estimulador de colônia de macrófagos (GM-CSF). O diagnóstico pode ser feito através do Lavado Broncoalveolar (LBA) ou através da biópsia pulmonar. A Lavagem Pulmonar Total (LPT) é o tratamento inicial de escolha. **Relato do caso:** Mulher, 41 anos, branca, faxineira, ex-tabagista (30 anos/maço), foi encaminhada da UBS por pneumonia bilateral. Queixava-se de dispnéia aos médios esforços e tosse seca há aproximadamente um mês, dor em hemitórax esquerdo e febre não aferida. Ao exame físico apresentava taquipneia, PaO<sub>2</sub>= 66mmHg, e ausculta pulmonar com estertores finos bibasais. Função pulmonar normal. Radiografia do tórax apresentava infiltrado intersticial bibasal. A tomografia de tórax revelou espessamento septal difuso e vidro fosco disposto de forma geográfica. A biópsia pulmonar a céu aberto demonstrou material hialino extracelular que se cora com ácido periódico Schiff (PAS), espessamento do septo alveolar, hiperplasia de pneumócitos II e arquitetura geralmente preservada. Devido à piora dos sintomas, a paciente foi então submetida a uma LPT à direita com a infusão de 25 litros de solução salina isotônica. Após um ano de acompanhamento, a paciente apresentou regressão completa das lesões, sem dispnéia ou hipoxemia.

**Discussão:** PAP é doença intersticial rara, mais frequente no sexo masculino e de ocorrência na terceira e quarta década de vida. Dispnéia e tosse são os sintomas mais relatados. A ausculta pulmonar pode ser normal, ou com estertores finos. Embora não-patognomônico, a tomografia com pavimentação em mosaico peri-hilar ou basal (infiltrado alveolar difuso e bilateral de aspecto heterogêneo, com espessamento septal interlobular e vidro fosco) é sugestivo de PAP. O diagnóstico pode ser confirmado em até 75 % dos casos através da clínica e radiologia associada à realização de broncoscopia com LBA de aspecto leitoso, com deposição de material eosinófilo amorfo e presença de macrófagos "espumosos" repletos da deposição intra-celular de inclusões que se coram pelo PAS. A biópsia pulmonar a céu aberto ou transbrônquica, revela o preenchimento dos espaços alveolares e bronquíolos terminais por um material lipoproteínico que se cora pela técnica do PAS, associado a

um infiltrado linfocítico, com preservação da histoarquitetura do parênquima pulmonar. A detecção dos auto-anticorpos anti-GMCSF são promissores na identificação de autoimunidade. A LPT é considerada como a terapia de escolha mais efetiva, baseada em relatos de série de casos. Não existem estudos randomizados que demonstrem o real impacto da LPT. A terapia está indicada para pacientes com piora dos sintomas, da função pulmonar e da qualidade de vida. A resposta à lavagem pulmonar ocorre na maioria dos pacientes (84%), entretanto, mesmo estes respondedores, na maioria das vezes, necessitaram de repetição da lavagem pulmonar (uma média de 2 procedimentos/paciente) com discreta tendência de resposta desfavorável apenas entre os pacientes mais jovens. Cerca de 25 a 50% dos pacientes podem apresentar regressão completa da PAP após uma única LPT. **Conclusão:** O relato do caso em questão torna-se significativo devido à raridade da doença e ao registro de completa regressão dos sintomas e das imagens após uma única LPT em segmento de 12 meses.

**Palavras-chave:** Proteinose alveolar pulmonar; lavagem pulmonar total; macrófagos espumosos

#### **PO145** USO DO NINTEDANIBE NO TRATAMENTO DA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

**CAROLINE DE ALMEIDA DE ALMEIDA RODRIGUES\***; **EVANDRO MONTEIRO DE SA MAGALHAES**; **CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA**; **LETÍCIA VIVIAN DE SOUZA FRANCO**; **MURILO CAMPOS SILVA**; **JOÃO AMORIM DE SOUZA JÚNIOR**; **LUIZ ALBERTO NUNES RIBEIRO**; **LAYS WERKHAIZER FERRAZ UNIFENAS, ALFENAS, MG, BRASIL.**

**Introdução:** A fibrose pulmonar idiopática é uma doença de causa desconhecida, crônica, progressiva e restrita aos pulmões. É uma das doenças pulmonares intersticiais mais comuns, acometendo adultos a partir da meia idade com predomínio no sexo masculino<sup>1</sup>. O diagnóstico baseia-se em achados na tomografia computadorizada de alta resolução e, em alguns casos, há necessidade de confirmação histológica. Exacerbações agudas associam-se a alta morbimortalidade<sup>2</sup>. **Relato de caso:** Paciente C. C. da S., sexo masculino, 61 anos, técnico administrativo aposentado, com queixa de dispneia progressiva aos esforços físicos acompanhada de tosse improdutiva com evolução de 24 meses. Hipertenso controlado e ex-tabagista. Ao exame físico apresentou bom estado geral, normocorado, taquipneia, perfusão periférica diminuída com cianose de extremidades e baqueteamento digital. Saturação periférica de oxigênio de 82% em ar ambiente. Expansibilidade pulmonar global diminuída. Crepitações teleinspiratórias, do tipo velcro, em bases pulmonares. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou sinais de intersticiopatia com fibrose pulmonar caracterizado por reticulado pulmonar subpleural, distorção arquitetural, discretas opacidades em vidro fosco, extensas áreas de faveolamento e bronquiectasias de tração com gradiente ápico-basal pronunciado, aspecto relacionado com pneumonia intersticial usual. O ecocardiograma doppler revelou câmaras direitas com aumento de dimensões, exibindo sinais indiretos de hipertensão pulmonar. A gasometria arterial revelou hipocapnia e hipoxemia. O diagnóstico foi de Fibrose Pulmonar Idiopática. Iniciou-se terapêutica com nintedanibe com seguimento clínico-funcional regular. Orientando-se manutenção da reabilitação cardiopulmonar, oxigenoterapia domiciliar contínua a baixos fluxos e imunização contra vírus influenza e pneumococo.

**Discussão:** O caso relatado expõe padrão avançado da doença, em que sinais de hipertensão pulmonar podem ser visualizados. A presença de baqueteamento digital,

que acomete 30-40% dos pacientes, em geral, indica pior prognóstico. Estertores do tipo velcro nas bases pulmonares são observados em até 90% dos pacientes ao exame físico<sup>2</sup>. Dentre os achados tomográficos, às extensas áreas de faveolamento têm maior capacidade de prever o padrão histológico de pneumonia intersticial usual<sup>1</sup>. Por ser um inibidor intracelular que atinge múltiplas tirosina-quinases, incluindo receptores VEGF, FGF e PDGF<sup>3</sup>, o nintedanibe, em terapia de 52 semanas com doses de 150mg, mostra-se seguro e eficaz no tratamento da fibrose pulmonar idiopática por conter a proliferação celular, promovendo a redução do declínio da capacidade vital forçada<sup>2</sup>. No seguimento terapêutico em curto prazo, o paciente relatado apresenta estabilidade da sua capacidade vital e refere melhora clínica subjetiva. Alterações hepáticas, infarto do miocárdio e diarreia são eventos adversos possíveis relatados em estudos após uso do medicamento<sup>3</sup>, necessitando regime de dosagem e acompanhamento regular. **Referências:** 1. KAWANO-DOURADO, Letícia; et al. Fibrose Pulmonar Idiopática: Uma Atualização. Pulmão RJ 2013;22(1): 33-37. 2. RICHELDI, Luca, M. D. et al. Efficacy and Safety of Nintedanib in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. N Engl J Med 2014; 370: 2071-2082. 3. WOLLIN L et al. Anti-fibrotic and anti-inflammatory activity of the tyrosine kinase inhibitor nintedanib in experimental models of lung fibrosis. J Pharmacol Exp Ther 2014;349: 209-20.

**Palavras-chave:** Nintedanibe; fibrose idiopática pulmonar; tratamento

#### **PO146** PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE EM TRABALHADOR DE QUEIJO

**JÉSSICA FERNANDA GOMES SILVA\***; **EVANDRO MONTEIRO DE SA MAGALHAES**; **AMANDA RIBEIRO DA FONSECA**; **FLÁVIA MONTOVANI COLI**; **IVAN CARLOS ANTONIALLI MARINO**; **JÉSSICA MAYARA AKECHI**; **POLYANA MARTINS COSTA**; **PRISCILA DE JESUS DE JESUS COSTA UNIFENAS, ALFENAS, MG, BRASIL.**

**Introdução:** A pneumonite de hipersensibilidade (PH) ou alveolite alérgica extrínseca (AAE) é uma doença granulomatosa intersticial pulmonar, de natureza imunológica. Caracteriza-se por infiltrados celulares e deposição de matriz extracelular no interstício devido a inalação repetida de variados antígenos, como substâncias químicas de baixo peso molecular, bactérias, vírus e fungos<sup>1</sup>. O fungo *Penicillium casei*, que se origina em queijos mofados, é descrito como uma das causas de PH em trabalhadores de queijo. **Relato de caso:** W. M, 52 anos, sexo feminino, leucoderma, não tabagista e sem antecedentes prévios relevantes. Relata dispneia progressiva nos últimos 12 meses aliado a episódios de tosse produtiva e chieira torácica. Procurou atendimento médico durante as exacerbações sendo sempre medicada com broncodilatadores inalatórios e antimicrobianos com melhora parcial. Trabalha há muitos anos em fábrica de queijos e outros laticínios tendo contato diário com locais úmidos com provável proliferação de fungos. Ao exame clínico apresentou BEG, eupneica, hidratada, ausência de baqueteamento digital, acianótica, boa perfusão periférica, sem linfonodos palpáveis. Dados vitais preservados. Tórax atípico, expansibilidade preservada, presença de crepitações teleinspiratórias em bases pulmonares, roncocal e sibilos difusos. Exames complementares: 1)TC de tórax: infiltrado intersticial bilateral em vidro fosco com presença de discretas reticulações periféricas e focos de aprisionamento aéreo com aspecto em mosaico. 2) PPD: não reator e baciloscopia direta do escarro negativa. 3)Broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia

transbrônquica: pesquisa de BAAR e fungos negativos, ausência de malignidade na amostra analisada. 4) Espirometria: distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta imediata ao broncodilatador. Suspeitando-se de PH induzida por fungos devido a manipulação de queijo, foi orientado o afastamento do ambiente ocupacional e introduzido corticoide sistêmico. A paciente encontra-se em acompanhamento clínico com melhora parcial. **Discussão:** No presente relato, mostra-se a dificuldade de realizar um diagnóstico precoce de PH, uma vez que se baseia na associação de diversos achados: identificação da exposição ocupacional, manifestações clínicas, alterações radiológicas e funcionais. A tomografia computadorizada e biópsia são de grande utilidade para o diagnóstico, pois os achados clínicos se confundem com outras doenças pulmonares. Em geral, a exposição intermitente ao antígeno se associa a um prognóstico melhor, porém, a maioria dos pacientes são diagnosticados em fase avançada, com fibrose pulmonar e anormalidades funcionais irreversíveis após cessada a exposição, não previamente reconhecida. Nesta fase, a taxa de mortalidade está em torno de 30% em cinco anos<sup>2</sup>. Dessa maneira, o tratamento começa no reconhecimento do atígeno e no afastamento das fontes de infecção, além do uso de corticoides sistêmicos, que melhora as manifestações clínicas e funcionais da PH. **Referências:** 1. Pereira CA de C. Pneumonia por Hipersensibilidade. Conduas em Pneumologia. In Silva LCC da, ed Conduas em Pneumologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. v (1) p. 518-521 2. Sociedade Brasileira de Pneumonia e Tisiologia. Diretrizes de Doenças Pulmonares Intersticiais da Sociedade Brasileira de Pneumonia e Tisiologia. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 38, supl. 2. Brasília. Jun. 2012

**Palavras-chave:** Pneumonite de hipersensibilidade; trabalhador de queijo; imagem em vidro fosco

#### **PO147 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR INDUZIDA PELO USO DE NITROFURANTOÍNA**

**MATHEUS HATTGE DE OLIVEIRA<sup>\*</sup>; EVANDRO MONTEIRO DE SA MAGALHAES; CLARA MONTEIRO REIS; CIRO BERNARDES PEREIRA JÚNIOR; GABRIELA DE FARIA BIZARRIA; LUIZA BARBOSA BRITO; TÚLIO COSTA MARQUES; VENÂNCIO LEAL PEREIRA UNIFENAS, ALFENAS, MG, BRASIL.**

**Introdução:** A nitrofurantoína é um fármaco de primeira linha para o tratamento e de cistite aguda não complicada. Esta droga, no entanto, pode estar associada a reações adversas pulmonares em uma incidência de 1: 5000 na sua primeira administração e aproximadamente 1: 750 em pacientes com múltiplas prescrições em um período de 2 anos, que podem surgir de forma aguda, subaguda ou crônica<sup>1</sup>. Dentre as manifestações clínicas e radiológicas causadas destacam-se febre, dispneia, tosse, dor torácica, infiltrado periférico eosinofílico, infiltrado intersticial pulmonar e fibrose pulmonar<sup>3</sup>. **Relato de caso:** Paciente M. T. A., 85 anos, sexo feminino, leucoderma, não tabagista, professora aposentada, com história de perda ponderal (2 kg/6 meses) e dispneia durante atividades habituais. Relata tosse produtiva com expectoração mucóide clara, apresentando piora do estado geral nas últimas 4 semanas. Há aproximadamente 6 meses, está em uso contínuo de nitrofurantoína como profilaxia para infecções de repetição do trato urinário. Refere apresentar esta sintomatologia desde o início do uso desta medicação, porém não houve suspeita de associação com a utilização deste medicamento inicialmente. Ao exame clínico: REG, levemente taquipneica, hidratada, acianótica, baqueateamento digital ausente, boa perfusão periférica, linfonodos não palpáveis. Dados vitais preservados. Tórax atípico com expansibilidade reduzida globalmente, presença

de crepitações teleinspiratórias em bases pulmonares e ronos difusos. Exames complementares: 1) TC de tórax: opacidades intersticiais heterogêneas com predomínio em campos inferiores e regiões subpleurais. Presença de áreas em vidro fosco. 2) PPD: não reator; 3) Baciloscopia direta do escarro: negativa. Suspeitando-se de pneumopatia induzida por nitrofurantoína, foi orientada interrupção imediata da droga e seguimento clínico-radiológico, apresentando expressiva melhora da sintomatologia clínica. **Discussão:** A doença intersticial induzida pela nitrofurantoína assemelha-se a diversas doenças pulmonares e extra-pulmonares devido a sua inespecificidade clínica sendo, assim, um diagnóstico desafiador. A maioria dos pacientes são inicialmente tratados para pneumonia, infarto cardíaco e outros diagnósticos diferenciais que podem acrescentar a morbi-mortalidade do paciente. Apesar de elevada incidência, essa reação adversa apresenta taxa de mortalidade geral de apenas 0, 5%<sup>2</sup>. Possuindo como base outros 15 casos relatados dessa reação adversa na literatura<sup>3</sup>, os autores tiveram a oportunidade de descrever e reafirmar a ocorrência de toxicidade pulmonar induzida pelo uso de nitrofurantoína enfatizando a importância da investigação e diagnóstico precoce, com imediata interrupção de seu uso, evitando assim a manifestações pulmonares e suas complicações, como a fibrose pulmonar irreversível. Neste caso a medicação foi suspensa cursando com a melhora clínica demonstrando, assim, clara relação entre a nitrofurantoína e sua toxicidade pulmonar. **Referências:** 1. Macrobid (nitrofurantoin) package insert. Cincinnati, OH: Proctor and Gamble Pharmaceuticals; 2004. 2. Liesching T, O'Brien A. Dyspnea, chest pain, and cough: the lurking culprit, nitrofurantoin-induced pulmonary toxicity. Postgrad Med 2002; 112: 19-20, 24. 3. Kabbara WK, Kordahi MC. Nitrofurantoin-induced pulmonary toxicity: A case report and review of the literature. J Infect Public Health 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2015.01.007>

**Palavras-chave:** Nitrofurantoína; doença intersticial; reação adversa

#### **PO148 COMBINAÇÃO DE FIBROSE PULMONAR E ENFISEMA ASSOCIADA À ESCLEROSE SISTÊMICA - RELATO DE CASO**

**CLAUDIO LUIZ WIXAK PROCOPIO FERRAZ<sup>\*</sup>; VANESSA MENDES DE RESENDE; AMANDA SIRTOLI SILVA; FERNANDA MARIA PINHEIRO MACHADO NOGUEIRA; FELIPE VELLASCO SOUZA; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A combinação de fibrose pulmonar e enfiseма (CFPE) é uma síndrome que pertence ao grupo de doenças tabaco-relacionadas. Caracteriza-se por dispneia geralmente intensa, volumes pulmonares preservados, grave alteração de trocas gasosas e aumento do risco de hipertensão pulmonar. A CFPE pode estar presente no contexto de doenças do tecido conectivo (DTC), especialmente na artrite reumatoide e na esclerose sistêmica (ES). **Relato de caso:** Feminino, 35 anos, não tabagista. Dispneia há 7 anos, com piora progressiva há 2 anos, aos pequenos esforços. Tosse seca associada e perda de 10kg em 1 ano. Foi diagnosticada com ES na forma difusa há 7 anos, com microcisticidades em polpas digitais, úlceras em superfícies extensoras, dismotilidade esofágica, capilaroscopia periungueal com padrão SD, FAN nuclear pontilhado fino 1/640 e 1/160 nucleolar, e anti-Scl-70 negativo. Exame físico: espessamento cutâneo em mãos, antebraços e face, com esclerodactilia. Roncos esparsos e estertores finos bibasais à ausculta pulmonar. f: 22 irpm. SpO2: 95%. Espirometria: VEF1/CVF: 97(112%), VEF1: 1, 35L(43%), CVF: 1,

40L(38%), CVL: 1, 50(41%). Ecocardiograma sem sinais de hipertensão pulmonar. TCAR: Intersticiopatia caracterizada por áreas em vidro fosco, espessamento peribroncovascular e septal irregular, com predomínio periférico e basal. Enfisema pulmonar, com predomínio nas regiões basais posteriores. Bolhas subpleurais basais posteriores e junto à cissura horizontal. Os achados permitiram o diagnóstico de CFPE. A paciente completou dois cursos de pulsoterapia com ciclofosfamida, seguidos de micofenolato, com associação posterior de rituximab. Evoluiu com piora clínica e radiológica a despeito do tratamento. **Discussão:** Cerca de 98% dos pacientes com CFPE têm história de tabagismo. Em série de 34 pacientes com CFPE e DTC, os indivíduos eram mais jovens que os sem DTC, e com menor predomínio do sexo masculino. Dos pacientes estudados, 4 eram não tabagistas e 10(29%) tinham ES, assim como a nossa paciente. O diagnóstico é favorecido pela presença na TCAR de enfisema pulmonar (mais comum em lobos superiores) associada à fibrose pulmonar (mais comum nos lobos inferiores), com biópsia pulmonar raramente realizada. Corticoides e imunossuppressores podem ser usados em casos selecionados, sem evidências concretas até o momento de eficácia. **Referências:** Cottin V et al. Combined pulmonary fibrosis and emphysema syndrome in connective tissue disease. *Arthritis & Rheumatism*. Vol 63, ed 1, pp 295–304, 2011. Cottin V et al. Combined pulmonary fibrosis and emphysema in connective tissue disease. *Curr Opin Pulm Med*. 2012; 18(5): 418-27.

**Palavras-chave:** Fibrose pulmonar; enfisema; esclerose sistêmica

#### **PO149** DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR POR POLICLORETO DE VINILA (PVC) DE LONGA EVOLUÇÃO

**LEANDRO RESENDE YAMAMOTO\***; ADRIANA IGNÁCIO DE PÁDUA; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO; AMANDA CARLA TOSTA VIEIRA; LUIS RENATO ALVES; MAIRA AZEVEDO BERNARDES SANTOS; MARCEL KOENIGKAM SANTOS; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ HC RP USP, RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO, BRASIL, SP, BRASIL.

**Introdução:** Exposições ocupacionais podem causar doenças intersticiais pulmonares (DIP). Embora a silicose e a asbestose sejam as mais conhecidas, a exposição a pó de PVC pode levar a doença pulmonar. Casos de acometimento pulmonar por PVC foram descritos nas décadas de 60 e 70, tornando-se menos comuns devido higiene ambiental nas fábricas e uso de dispositivos de proteção individual. Relatamos aqui um caso de DIP por PVC inicialmente interpretado como fibrose pulmonar idiopática (FPI). **Relato de caso:** J. N., 59 anos, masculino, natural de Elisiário-SP, procedente de São Carlos-SP, vigilante. Procurou o serviço em 2004 devido tosse seca há 3 anos, negava dispneia. Ex-tabagista, 10 anos-maço. Trabalhou como agricultor e por três anos como operador de máquinas em uma fábrica de tubos de PVC. Exame físico: estertores crepitantes em bases e campos médios pulmonares bilateralmente e baqueteamento digital. A tomografia computadorizada de tórax de alta resolução (CTAR) inicial mostrava um padrão inconsistente com Pneumonia IntersticialUsual (PIU). Lavado broncoaveolar: Macrófagos=74, 1%; Linfócitos=6, 1% Neutrófilos=10, 6%; Eosinófilos=8, 3%. **Espirometria:** CVF= 64%; VEF1=71%; VEF1/CVF=111%; Difusão=68%. O paciente foi submetido a biópsia cirúrgica cujo laudo foi PIU, estabelecendo-se diagnóstico de FPI e o paciente tratado, por longos períodos, com prednisona e ciclofosfamida (trocada posteriormente por aziatioprina) e Nacetilcisteína. Apesar do tratamento, ao longo de 14 anos, instalou-se dispneia progressiva, agora aos moderados esforços, com

deterioração da função pulmonar. As CTAR evidenciaram redução progressiva de volumes e estabelecimento de faveolamento difuso, a atual mostra aspecto compatível com PIU avançada. Devido aspectos atípicos para FPI (idade de instalação precoce e evolução arrastada), antecedentes de exposição a PVC foram valorizados e uma revisão da biópsia foi solicitada, a qual revelou alterações histológicas mistas, semelhantes a Pneumonia Intersticial Não Específica, Pneumonia Intersticial Descamativa e Bronquiolite Folicular. Também foram detectadas fendas em macrófagos e em meio ao tecido, simulando faveolamento. Tais espaços foram interpretados como preenchidos por PVC. A comparação dos padrões histológicos encontrados nesse paciente com relatos de caso da literatura aponta fortemente para o diagnóstico de fibrose pulmonar devido ao PVC. No momento paciente em uso de 10mg de prednisona + broncodilatadores, mantendo dispneia aos moderados esforços, tosse e sibilância esporádicas. **Discussão:** Casos de toxicidade por poeira de PVC são incomuns. A doença nesse caso decorreu possivelmente da falta de higiene ambiental adequada. Mensagens relevantes: (i) a importância da história clínica ocupacional e da revisão da literatura quando não há certeza acerca de possíveis associações causais; (ii) que diagnósticos de DIP não devem ser encarados como definitivos; (iii) e que faveolamento extenso e padrão tomográfico de PIU podem esconder outros diagnósticos além de FPI.

**Palavras-chave:** Doenças intersticiais pulmonares; pvc; fibrose pulmonar idiopática

#### **PO150** SÍNDROME DE LÖFGREN EM MÉDICA VETERINÁRIA COM EXPOSIÇÃO A ANTÍGENOS ORGÂNICOS E PESTICIDAS: RELATO DE CASO

**LETÍCIA SANTOS DE CARVALHO\***; FELIPE FERREIRA RIBEIRO DE SOUZA; JOÃO VICTOR MORAES DE MELO; ALBERTO CEZAR SANTOS ALMEIDA FILHO; LEONARDO ALMEIDA SANTOS; LAÍS DA CUNHA SANTANA; EDVAL GOMES DOS SANTOS JUNIOR; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL.

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença autoimune de complexo entendimento fisiopatogênico e acometimento clínico multissistêmico. A Síndrome de Löfgren (SLF), inicialmente descrita em 1953 pelo pneumologista sueco Sven Löfgren, destaca-se como uma variante aguda da sarcoidose, presente em 5-10% dos casos. Envolve a agressão a diversos tecidos, incluindo pele, pulmões, olhos e articulações. Sua tríade clássica é composta por eritema nodoso, artralgia migratória e adenopatia pulmonar hilar. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 30 anos, médica veterinária, exposição direta a equinos e indireta a pesticidas, previamente hígida, há 20 dias apresentou artralgia assimétrica migratória, episódio febril isolado e hiperemia conjuntival direta seguida por nódulos eritematosos em membro superior direito e membros inferiores compatíveis com eritema nodoso. Encaminhada ao serviço de pneumologia por aumento do volume hilar esquerdo na radiografia de tórax para investigação de linfoma. Não houve relato de perda ponderal, prurido, expectoração ou persistência da febre; pesquisa de BAAR no escarro negativa, PPD não reator, fundo de olho descartou uveíte. Realizada tomografia computadorizada de tórax que confirmou linfonodomegalia hilar esquerda sem comprometimento de outras cadeias mediastinais. Optou-se por tratamento sintomático com naproxeno por 10 dias com resolução do quadro articular e cutâneo, associada a redução do volume da adenopatia hilar e redução dos marcadores

inflamatórios. **Conclusão:** A etiologia e fisiopatologia da SLF ainda não são totalmente compreendidas. Exposição a antígenos orgânicos e pesticidas são relatados na literatura como potenciais gatilhos no desenvolvimento da doença. Ocorre a deposição de imunocomplexos, agressão inflamatória e lesão tecidual multissistêmica de resposta provavelmente imunomediada a agentes infecciosos ou fator ambiental. A doença é mais prevalente em mulheres jovens e caucasianas, atingindo especificidade de 95% para SLF na apresentação de sua tríade clássica. Outros achados como febre, conjuntivite e tosse podem estar associados. É uma doença geralmente autolimitada de bom prognóstico e boa resposta sintomática a ciclos curtos de AINEs ou corticoterapia. Um importante diagnóstico diferencial é a artrite reativa, por seu acometimento articular semelhante, conjuntivite e eritema nodoso, sem, entretanto, comprometimento pulmonar hilar. A presença de achados extrapulmonares associados a linfonodomegalia hilar merece atenção especial, pois é possível estreitar o diagnóstico diferencial, podendo inclusive embasar conduta observacional em um quadro de evolução benigna sem necessidade imediata de biópsia.

**Palavras-chave:** Síndrome de Löfgren; sarcoidose; antígenos equinos

#### **PO151 USO DA CHITOTRIOSIDASE COMO INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE ATIVIDADE DA SARCOIDOSE**

**MARIANA CARNEIRO LOPES\*<sup>1</sup>; RAQUEL FRANCO DE LIMA<sup>1</sup>; LUCIANA SILVA RODRIGUES<sup>1</sup>; EDUARDO PAMPLONA BETHLEM<sup>2</sup>; AGNALDO JOSÉ LOPES<sup>1</sup>; CLAUDIA HENRIQUE COSTA<sup>2</sup>; THAIS PORTO AMADEU<sup>2</sup>; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES<sup>2</sup>**

1. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Estudos internacionais têm sugerido que a enzima chitotriosidase é um bom marcador, podendo ser incorporada nos exames de estratificação da doença.

**Objetivos:** Avaliar atividade da chitotriosidase como método de identificação de atividade da sarcoidose comparando com outros marcadores já usados, como a enzima conversora de angiotensina (ECA), a proteína C reativa (PCR) e subpopulações de linfócitos (CD4+/CD8+). **Métodos:** Estudo longitudinal com pacientes com sarcoidose pulmonar no período de agosto/2015 a maio/2016. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: sarcoidose em atividade (poliartralgia, poliartrite, eritema nodoso, nódulo ou pápulas cutâneas, sintomas cardiológicos, neurológicos, oftalmológicos associados à sarcoidose, respiratórios, piora das alterações nos exames de imagem ou nos parâmetros de função pulmonar e em uso de corticosteroides) e com sarcoidose em remissão (sem sintomatologia respiratória, cardíaca, osteomuscular e neurológica, sem tratamento com corticosteroides), e os dados foram comparados com os indivíduos saudáveis. Aqueles que apresentavam doenças pulmonares como asma, bronquiectasias idiopáticas e doença pulmonar obstrutiva crônica relacionada ao tabagismo, doenças fúngicas ou bacterianas entre outras já documentadas com alteração da chitotriosidase foram excluídos do estudo. Os pacientes realizaram testes de função pulmonar (Spiro), e tiveram o sangue periférico coletado para: i) determinar a atividade da chitotriosidase pelo método de fluorimetria; ii) detectar os níveis da ECA e PCR, respectivamente, pelos métodos de ELISA e turbidimetria; e iii) determinar a razão de células CD4+/CD8+ no sangue total por citometria de fluxo. **Resultados:** Foram incluídos 45 indivíduos. Destes, 16 eram controles saudáveis com idade média de 49 anos ( $\pm 12$ ), com 50% de mulheres; 12 foram classificados como

pacientes do grupo de sarcoidose em atividade, com idade média de 49 anos ( $\pm 10$ ); e 17 pacientes foram incluídos no grupo com a doença em remissão, com idade média de 58 anos ( $\pm 14$ ), com 76% de mulheres. Os dados da função pulmonar se mostraram dentro da normalidade, porém observamos valores mais reduzidos no grupo de sarcoidose em atividade (CVF 85, 16%  $\pm 17$ , 51, VEF1/CVF 77, 00%  $\pm 6$ , 55, VEF1 75, 66%  $\pm 20$ , 23, DLCO 86, 00%  $\pm 24$ , 66) ao compararmos com a sarcoidose em remissão (CVF 91, 17%  $\pm 13$ , 27, VEF1/CVF 79, 00%  $\pm 5$ , 62, VEF1 88, 58%  $\pm 12$ , 12, DLCO 89, 25%  $\pm 19$ , 70). A dosagem média da PCR sérica foi de 0, 33 mg/dL ( $\pm 0$ , 36) nos controles, 1, 36 mg/dL ( $\pm 2$ , 43) e 0, 53 mg/dL ( $\pm 0$ , 43), respectivamente, nos grupos sarcoidose em atividade e remissão, no entanto, sem diferença estatística. A detecção da ECA no soro também não se diferenciou entre os grupos estudados (345  $\pm 157$  ng/mL – controles, 337  $\pm 119$  ng/mL – doença em atividade; 373  $\pm 156$  ng/mL – doença em remissão). A relação de células CD4+/CD8+ no sangue foi, respectivamente, de 1, 75 ( $\pm 0$ , 33), 1, 85 ( $\pm 2$ , 35) e 2, 04 ( $\pm 1$ , 13) nos grupos controle, sarcoidose em atividade e sarcoidose em remissão, mas sem diferença estatística. No entanto, a atividade média da chitotriosidase se apresentou maior no grupo sarcoidose em atividade (147  $\pm 108$  U/mL) quando comparamos com os demais grupos estudados (38, 01  $\pm 25$ , 56 U/mL e 6, 50  $\pm 3$ , 89 U/mL, respectivamente, na sarcoidose em remissão e nos controles) com  $p < 0, 001$ .

**Conclusão:** O aumento da atividade da chitotriosidase nos pacientes com sarcoidose demonstrou ser um potencial biomarcador da atividade desta doença auxiliando no diagnóstico e na detecção precoce das recaídas.

**Palavras-chave:** Chitotriosidase; sarcoidose; marcadores de atividade

#### **PO152 HISTIOCILOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS COM COMPROMETIMENTO DE MUCOSA ORAL**

**PALOMA FERREIRA MEIRELES VAHIA\*<sup>1</sup>; ANGELA SANTOS FERREIRA; MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO; ALESSANDRO SEVERO ALVES DE MELO; VALERIA BARBOSA MOREIRA; DANIEL DE OLIVEIRA CAETANO; ELIANE PEDRA DIAS; BRUNA MICHALSKI UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** A Histiocitose de células de Langerhans (HCL) é uma doença rara de etiologia desconhecida. Os pulmões podem ser afetados isoladamente ou de forma concomitante com outros órgãos. O objetivo desse trabalho foi relatar um caso de HPCL com comprometimento pulmonar e de mucosa oral. **Relato de caso:** Paciente masculino, 34 anos, tabagista, encaminhado para investigação em 2015 com quadro de dispneia e dor torácica. Apresentava na história pregressa (2013) quadro de pneumotórax espontâneo. Durante a anamnese, houve o relato de sintomas relacionados à cavidade oral, como dor e sangramento gengival. Ao exame o paciente se encontrava taquidispneico, com murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. A tomografia computadorizada (TC) do tórax demonstrou diversos nódulos centrolobulares e cistos de configuração bizarra, predominando nos lobos superiores. A dosagem da face mostrou formações hipodensas periapicais nos dentes molares superiores, com erosão da raiz medial de dente molar esquerdo, além de espessamento da mucosa dos seios maxilares. O estudo funcional demonstrou um distúrbio ventilatório restritivo leve e difusão para o monóxido de carbono levemente reduzida. O exame citopatológico do LBA revelou esfregaço constituído por numerosos macrófagos por vezes multinucleados em meio a alguns linfócitos, além

de neutrófilos e eosinófilos. O exame imunocitoquímico demonstrou imunorreatividade com CD1a em menos de 5 % das células e imunonegatividade com S100. O exame estomatológico identificou edema, hiperemia, amolecimento dos dentes e perda óssea vertical em molares superiores e incisivos e lesão extensa em gengiva inferior anterior que foi biopsiada. O exame histopatológico revelou infiltrado inflamatório misto, predominando os histiócitos e eosinófilos. O exame imuno-histoquímico revelou CD1a positivo e Proteína S100 positiva, confirmando o diagnóstico de HPCL **Discussão:** A HPCL é usualmente restrita aos pulmões, com acometimento extrapulmonar em até 15% dos casos Afeta pacientes fumantes (>90%), entre 20-40 anos de idade. Os sintomas podem ser discretos e até ausentes. O pneumotórax espontâneo pode ocorrer em até 20% dos casos. A radiografia e a TC do tórax revelam nódulos centrolobulares e cistos, com distribuição simétrica em ambos os pulmões, predominando nos campos médios e superiores, poupando os ângulos costofrênicos, achados semelhantes ao do caso relatado. O diagnóstico é baseado em achados clínicos, radiológicos, histopatológico e citopatológico do LBA. O acometimento gengival se associa ao envolvimento do osso alveolar e afrouxamento dos dentes. Neste caso, o exame histopatológico e imuno-histoquímico da biópsia de gengiva foram suficientes para a definição diagnóstica, sem a necessidade da biópsia pulmonar. Destaca-se a necessidade de investigação minuciosa de outros locais de acometimento da doença, diante de casos de suspeita de Histiocitose Pulmonar de células de Langerhans.

**Palavras-chave:** Histiocitose de células de langerhans; doença pulmonar intersticial; diagnóstico oral

#### **PO153** PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR: SÉRIE DE CASOS

**RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE\***; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; RAFAEL SARTORI TARTAGLIA; FABIO EJI ARIMURA; GLAUCIA ITAMARO HEIDEN; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO; BRUNO GUEDES BALDI

*DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Proteinose Alveolar Pulmonar (PAP) é uma doença rara, caracterizada pelo acúmulo de material lipoproteico no interior dos alvéolos, o que interfere na troca gasosa pulmonar. Dados epidemiológicos apontam que sua prevalência mundial é estimada em 0. 37/100. 000 habitantes, sendo, na maioria da vezes, de provável etiologia autoimune (cerca de 90%). A idade média ao diagnóstico é de 39 anos, com predomínio no sexo masculino e associada ao tabagismo. Os principais sintomas são dispneia e tosse, e o exame físico muitas vezes é normal. O tratamento de escolha para PAP inclui lavagens pulmonares parciais ou totais. Outras possibilidades de tratamento são reposição de GMCSF (granulocyte-macrophage colony-stimulating factor) e rituximabe. **Objetivos:** Apresentar, por meio de série de casos, a experiência de um centro de referência brasileiro em Proteinose Alveolar Pulmonar. **Métodos:** Este é um estudo retrospectivo em que foram analisados, por meio de revisão de prontuário, as características clínicas e o tratamento de pacientes com diagnóstico de PAP no Ambulatório de Doenças Intersticiais Pulmonares da Pneumologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Resultados:** Foram encontrados 9 pacientes, sendo 55% do sexo feminino e apenas um com mais de 60 anos (Média= 40, 33 anos, DP= 11, 21 anos). 33% foram diagnosticados com biópsia

a céu aberto e 67% por meio de broncoscopia e achados clínicos / radiológicos sugestivos. Durante o seguimento, o número de lavagens necessárias foi bastante heterogêneo, (Média = 2, 44, DP=2, 65, Número de lavagens: 0-7. Indivíduos não submetidos a lavagem= 4 (44%)). O maior intervalo entre lavagens foi de 6 anos, com média de 2, 75 anos entre os procedimentos. Dois pacientes eram tabagistas e um foi diagnosticado com Adenocarcinoma Lepídico (ACL) Três pacientes (33%) utilizaram tratamentos alternativos - um paciente GMCSF e dois pacientes Rituximabe - infelizmente, por um curto período de tempo por não serem disponíveis para PAP no sistema público de saúde (SUS), afetando seus possíveis benefícios. Quatro pacientes (44, 5%) apresentaram infecções pulmonares: uma Tuberculose, uma Nocardiose e duas Criptococoses. Houve dois óbitos: um causado pela progressão do ACL, e outro por complicações durante a lavagem pulmonar. **Conclusões:** PAP é uma condição rara, mesmo em um centro de referência. Na nossa população, um número considerável de infecções micobacterianas e fúngicas foram constatadas, de acordo com a literatura, provavelmente devido ao desequilíbrio dos mecanismos que regulam a homeostasia do surfactante, macrófagos alveolares e pneumócitos do tipo II. Eventualmente, PAP pode ocorrer antes ou coincidentemente a câncer de pulmão ou outras neoplasias, como em um caso relatado em nosso estudo. O tratamento preferido no nosso centro é a lavagem pulmonar, mas alguns pacientes apresentaram estabilidade da doença, sem necessidade de intervenções.

**Palavras-chave:** Proteinose alveolar pulmonar; lavagem pulmonar; série de casos

#### **PO154** TRATAMENTO DE PROTEINOSE ALVEOLAR COM FATOR ESTIMULADOR DE COLÔNIAS E MACRÓFAGOS: RELATO DE CASO.

**MARTA HELENA MORAIS\*<sup>1</sup>**; YURI GONÇALVES MADURO<sup>1</sup>; JOSÉ CORRÊA LIMA NETO<sup>1</sup>; FLAVIA MATOS SALAME<sup>2</sup>

*1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - UFAM, MANAUS, AM, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.*

**Introdução:** A proteinose alveolar pulmonar é uma síndrome rara que pode ter origem congênita, adquirida ou autoimune. A doença tem caráter insidioso marcado por dispneia progressiva, tosse e graus variados de insuficiência respiratória. O achado de imagem tipo pavimentação em mosaico à tomografia de tórax é sugestivo da doença e a sua confirmação é realizada através de biópsia pulmonar. O tratamento atualmente estabelecido é a lavagem pulmonar total. O uso de Fator Estimulador de Colônias de Granulócitos e Macrófagos (GM-CSF), plasmáfereze e imunossuppressores tem sido estudados como alternativas promissoras para casos refratários. **Relato de caso:** Paciente de 39 anos, do sexo masculino, pardo, natural e procedente de Manaus, Amazonas. Relata que há 5 anos iniciou quadro de astenia, tosse seca recorrente, dispneia aos moderados esforços e hemoptoicos. Foi tratado empiricamente para Pneumonia Adquirida na Comunidade e Tuberculose Pulmonar, evoluindo com piora progressiva. Foi encaminhado ao nosso serviço em regular estado geral, com dispneia aos mínimos esforços, saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) em torno de 86% em ar ambiente e ao repouso. O exame físico evidenciava murmúrio vesicular diminuído globalmente e estertores crepitantes finos em ambas bases pulmonares à ausculta pulmonar. Não havia antecedentes morbidos pessoais e exposições ocupacionais relevantes. Foi submetido a tomografia computadorizada de tórax que demonstrou acometimento



extenso pulmonar, bilateralmente, com achados do tipo Pavimentação em Mosaico e áreas de vidro fosco. A biópsia pulmonar evidenciou espaços alveolares preenchidos por material proteico, amorfo, eosinofílico, granuloso fino, eventualmente permeado por cristais romboidais ou por macrófagos alveolares volumosos, com citoplasma amplo e de aspecto xantomatoso e septos alveolares delgados com discreto infiltrado inflamatório linfocitário. Foi iniciado tratamento com lavagem pulmonar total, a qual foi suspensa após infusão de 4 litros por intercorrência com o paciente. Optou-se pelo uso de GM-CFS 300 mcg ao dia, mantido por 16 semanas. Melhora clínica significativa foi observada em torno da oitava semana de uso. O principal efeito adverso foi leucocitose importante, chegando a 56.000 leucócitos/mm<sup>3</sup>, não associado a sintomas clínicos. A melhora do padrão radiológico foi discreta comparando-se as tomografias de tórax anterior e posterior ao procedimento, em contrapartida, o paciente evoluiu com melhora clínica importante, apresentando dispneia apenas aos grandes esforços e mantendo SpO<sub>2</sub> acima de 90% em ar ambiente. Conclusão As opções terapêuticas para o tratamento da proteinose alveolar ainda são limitadas e pela baixa incidência da doença a condução de ensaios clínicos é de difícil execução. Relatos de experiências com outras terapêuticas além da lavagem pulmonar total, contribuem para o acúmulo de dados científicos sobre eficácia e perfil de segurança do uso.

**Palavras-chave:** Proteinose alveolar pulmonar; fator estimulador de colônias de granulócitos e macrófagos; doenças pulmonares intersticiais

#### **PO155 ATIVIDADE PULMONAR DA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO**

**RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE<sup>1</sup>; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO<sup>1</sup>; RAFAEL SARTORI TARTAGLIA<sup>1</sup>; FELIPE MARQUES DA COSTA<sup>1</sup>; ELLEN TOLEDO NASCIMENTO<sup>2</sup>; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES<sup>1</sup>; ANDRE NATHAN COSTA<sup>1</sup>**  
*1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. DIVISÃO DE PATOLOGIA, HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** A doença inflamatória intestinal (DII) está associada com uma variedade de apresentações fora do trato gastrointestinal, denominadas Manifestações Extra-Intestinais (MEI). Desde o relato original em 1976 de 6 pacientes com DII e expectoração purulenta crônica inexplicável, o envolvimento do trato respiratório, embora raro, tem sido cada vez mais visto. As complicações pulmonares incluem desde a atividade de doença (de vias aéreas – bronquite, bronquiolite e bronquectasia-, doença pulmonar intersticial – bronquiolite obliterante com pneumonia, NSIP e sarcoidose-, vasculite pulmonar, nódulos necróticos pulmonares, infiltrado pulmonar com eosinofilia, serosite, doença do colágeno concomitante e doença tromboembólica) até toxicidade pulmonar induzida por drogas usadas no tratamento. **Objetivos:** Relatar caso de paciente portadora de doença de Crohn com atividade de doença pulmonar atendido em hospital terciário. **Métodos:** Revisão de prontuário e registros médicos de paciente em hospital terciário. **Relato:** Homem, 34 anos, admitido na emergência com história de tosse e expectoração. Portador de doença de Crohn grave, referiu que sintomas começaram nos últimos 2 meses, quando ele procurou serviço de saúde, recebendo antibióticos via oral, sem qualquer melhora. Em duas semanas, desenvolveu dor torácica em base esquerda, febre e dispnéia, que culminaram em nova visita médica. À princípio, tinha redução do murmúrio vesicular à esquerda e elevação de Proteína C-Reativa (PCR).

Rastreio infeccioso inicial, ultrassonografia abdominal e uma Tomografia Computadorizada (TC) de tórax foram realizados, com os achados de consolidação no lobo inferior esquerdo e abscesso esplênico. Puncionado, foi encontrado *Proteus mirabilis* em sítio esplênico, iniciando o uso de antibióticos intravenosos (ceftriaxona e metronidazol). Por consolidação, realizada broncoscopia com LBA, normais. Com persistência da coleção, foi realizada drenagem, e corticóides orais foram associados. Assintomático após tratamento, recebeu alta para seguimento ambulatorial. Em 3 meses, ocorreu recidiva de sintomas após uma redução da dose de corticóide, mais uma vez, com coleção em baço e consolidação no lobo esquerdo inferior. Realizada biópsia transtorácica que apresentou processo granulomatoso crônico não necrosante associado com pneumonia em organização, sugerindo atividade da doença de Crohn no parênquima pulmonar. Com a reintrodução de corticóides e o ajuste de imunossupressão, foi obtida resolução clínico-radiológica. **Conclusão:** As doenças pulmonares são complicações raras da DII. São vastos e também podem ser causados pelas drogas utilizadas para o tratamento da doença intestinal, o que deve ser levado em consideração. Sugere-se correlação entre as manifestações pulmonares e a atividade da DII. Ressalta-se, por fim, que o acometimento pulmonar na DII, pela raridade dos relatos, pode causar dúvidas diagnósticas, mas deve ser levado sempre em consideração nestes pacientes.

**Palavras-chave:** Doença de crohn; acometimento intersticial; pneumonia em organização

#### **PO156 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE SUBAGUDA SE MANIFESTANDO COMO FEBRE DE ORIGEM OBSCURA.**

**RICARDO JOSÉ FONSECA DE OLIVEIRA<sup>\*1</sup>; PAULO ROBERTO DE ALBUQUERQUE<sup>1</sup>; CARLOS ANTONIO BATISTA DE MEDEIROS FILHO<sup>2</sup>; AURELIO BRAULIO DINIZ CHAVES<sup>1</sup>; FELIPE COSTA DE ANDRADE MARINHO<sup>1</sup>; CARLOS ALBERTO ALMEIDA ARAÚJO<sup>1</sup>**  
*1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL, RN, BRASIL.*

**Introdução:** A pneumonia ou pneumonite de hipersensibilidade (PH) engloba um grupo de doenças pulmonares causadas pela inalação repetida de vários materiais antigênicos, usualmente orgânicos, por um paciente previamente sensibilizado e suscetível. Há 3 formas de apresentação: aguda, subaguda e crônica. Na forma subaguda, os sintomas estão presentes por semanas ou meses, porém a tomografia de tórax não mostra achados indicativos de fibrose pulmonar. Os achados histopatológicos clássicos, indicativos de PH é a tríade de bronquiolite obliterante, pneumonia intersticial crônica celular com acentuação ronquiocêntrica e granulomas necrosantes mal formados esparsos. **Relato de caso:** EBC, masculino, 72 anos, internado com quadro de tosse com expectoração clara e febre há 1 semana. Nega dispneia, sibilância, dor torácica, hemoptise. Antecedente de HAS em uso de Valsartana 320 mg/dia e com doença renal crônica grau III. Tem rinosinusite crônica sem tratamento específico. Nega passado de asma, tabagismo, neoplasia. Apresentava mofo em sua residência e tinha tonha travesseiro com pena de ganso. Ao exame apresentava discretos estertores finos bibasais. Radiografia de torax inicial sem anormalidades. Apresentava leucocitose 16000 com neutrofilia e PCR – 160. Teve hipótese diagnóstica de pneumonia atípica, sendo tratado com ceftriaxona e azitromicina IV, com melhora clínica laboratorial com alta hospitalar com 10 dias de tratamento. Após 24h de alta hospitalar, evoluiu com febre (39oC) e foi reinternado sendo prescrito piperacilina

com tazobactam com boa resposta clínica (ficou afebril após 48h). realizado TC de torax com identificação de discretas anormalidades reticulares em bases pulmonares com nódulos centrolobulares esparsos e pequenas áreas esparsas de vidro fosco. Fez 14 dias de piperacilina com tazobactam, recebendo alta assintomático com melhora clínico e laboratorial. Após 48h de alta hospitalar, voltou apresentar febre alta com nova reinternação. Apresentava quadro de leucocitose com eosinofilia. Iniciado meropenem com suspensão após 24h, com melhora da febre. Espirometria com hiperresponsividade brônquica. Realizou biópsia pulmonar com presença de plugs fibroblásticos localizados em paredes de alveolos provocando protusão para o interior dos mesmos (pneumonia em organização), Infiltrado inflamatório septal e peribronquiolar, com raras células gigantes multinucleadas em parede alveolar com esboço de granuloma não caseoso. Foi iniciado tratamento com prednisona 1mg/Kg de peso, com boa resposta clínica. **Conclusão:** A forma subaguda da PH se caracteriza pela presença de tosse e dispnéia de início insidioso, acompanhado de sintomas inespecíficos como fadiga, mialgia, perda ponderal e febre como o caso em tela. O diagnóstico fundamenta-se na combinação de história de exposição ao antígeno, sinais e sintomas característicos, anormalidades da função pulmonar, achados tomográficos característicos como nódulos centrolobulares e opacidades em vidro fosco, junto com achados histopatológicos clássicos. O tratamento consiste em evitar exposição ao antígeno e corticoterapia oral. Agentes citotóxicos são utilizados em casos refratários a corticoterapia. **Bibliografia:** 1) Spagnolo P, et al. Hypersensitivity Pneumonitis: A Comprehensive Review. J Investig Allergol Clin Immunol 2015; Vol. 25(4): 237-250. 2) Selman et al. Hypersensitivity Pneumonitis, Am J Resp and Crit Care Med 2012; Vol. 186, (4): 314-324.

**Palavras-chave:** Pneumonia de hipersensibilidade; febre; doenças intersticiais pulmonares

**PO157 CÉLULAS TRONCO MESENQUIMAIS E MEIO CONDICIONADO PODEM REDUZIR FIBROSE PULMONAR INDUZIDA POR BLEOMICINA MAS PROMOVE AUMENTO DO REMODELAMENTO DA ADVENTÍCIA EM RATOS**

**TABATHA GUTIERREZ PRIETO<sup>1</sup>; RENATO GONÇALVES FELIX<sup>2</sup>; PATRICIA DOS SANTOS LEÃO<sup>3</sup>; WALCY ROSOLIA TEODORO<sup>1</sup>; ROGERIO ANTONIO DE OLIVEIRA<sup>4</sup>; ELENICE DEFFUNE<sup>2</sup>; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO<sup>3</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>2</sup>**

1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. FMB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3. FMRP/USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 4. IBB/UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

**Introdução:** O entendimento da fibrose pulmonar (FP) tem sido focado em modelos de lesão e disfunção endotelial e/ou epitelial. Entretanto, recentes estudos mostram que a adventícia das artérias pulmonares e miofibroblastos podem atuar como centros processamento biológico e críticos reguladores do remodelamento parequimatosos e vascular. **Objetivo:** Determinar o papel das células tronco mesenquimais e meio condicionado no tratamento do remodelamento da FP. Métodos 15 ratos Wister foram induzidos com bleomicina. Pós 10 dias, 5 foram tratados com célula tronco mesenquimal (MSC), 5 com meio condicionado (CM) e 5 sem tratamento (BLM). Animais foram sacrificados 21 dias após bleomicina e comparado a controles (CTR, n=5). H&E, coloração de picrossirius, "in situ" imunofluorescência para colágeno I e V, e análise morfométrica foram realizadas. Resultados O colágeno I da FP foi significativamente reduzido no MSC e CM grupos

comparado a BLM ratos (p<0, 05). Por outro lado, o colágeno tipo V foi significativamente aumentado na adventícia das artérias pulmonares de MSC ratos (p<0, 05). Conclusão Fibrose pulmonar modulada por colágeno I é revertida pelo tratamento com MSC e CM. Contudo, o tratamento de MSC e CM modula a deposição extracelular de colágeno tipo V na adventícia de artérias pulmonares. Nossos dados juntos sugerem um novo importante via fisiopatológica entre fibrose e hipertensão pulmonar.

**Palavras-chave:** Fibrose pulmonar; célula tronco; colágeno v

**PO158 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE**

**LUCIANO PENHA PEREIRA<sup>1</sup>; NICOLI FERRI<sup>2</sup>; HUGO ALEJANDRO VEGA ORTEGA<sup>1</sup>; REGIS R. R. BALLIANA<sup>1</sup>**

1. UNAERP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2. SANTA CASA RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma afecção degenerativa que afeta quase exclusivamente mulheres, entre a 3ª e a 4ª décadas de vida, rara, com prevalência de 0, 56/100. 000 pessoas na Europa, etiologia desconhecida, caracterizada por destruição cística pulmonar, anormalidades linfáticas axiais e angiomiolipomas abdominais, relacionada com alteração do complexo esclerose tuberosa. Há proliferação de células atípicas de músculo liso em torno dos bronquíolos, originando cistos, com obstrução do fluxo aéreo, lesão da matriz de sustentação alveolar e colapso aéreo terminal. Cursa com dispnéia, pneumotórax (PTX) recidivante, tosse, hemoptise, dor torácica, observando-se também hemorragia, linfadenopatia ou massa abdominal. Suspeita-se de LAM em mulheres de idade fértil. **Relato do caso:** Mulher, 40 anos, hipertensa, negando tabagismo. Há 1 ano iniciou dor intermitente em hemitórax direito (HTXD), ventilatório dependente, tipo pontada, com dispnéia progressiva, sem febre, tosse ou hemoptise. Diagnosticou-se PTX em HTXD, com posterior drenagem torácica, boa evolução e alta em 7 dias. Após 12 dias, assintomática, apresentou novo PTX em HTXD, sendo drenado e encaminhado ao nosso serviço. Deu entrada em bom estado geral, com dreno de tórax. A TC de tórax em alta definição evidenciou PTX a direita com a presença de dreno de tórax posicionado corretamente, leve espessamento pleural a direita, múltiplos cistos pulmonares de parede fina, bilateralmente. Foi submetida a toracotomia em HTXD, com pleurodese e biópsia pulmonar, e evoluindo com PTX à esquerda pós intubação orotraqueal, realizando-se nova drenagem em HTXE. A biópsia revelou áreas císticas de aspecto enfisematoso e paredes adelgaçadas, por vezes tendo infiltrado inflamatório adjacente, com focos celulares de padrão fusiforme junto a parede cística sem atipias, pleura sem alterações. A imunohistoquímica confirmou LAM. **Discussão:** Os cuidados iniciais visam controle das complicações clínicas, podendo indicar pleurodese em PTX de repetição e considerar a necessidade de transplante pulmonar, existindo relatos de recidiva da doença no pulmão transplantado. Partindo do pressuposto de que as células miofibroblásticas possuem receptores estrogênicos e de progesterona e que esses atuam no processo proliferativo, pode-se realizar a terapia anti hormonal. Há vários tratamentos em estudo como uso de progesterona intramuscular, análogos de hormônio liberador de gonadotrofina, a fim de suprimir a secreção de hormônio de estimulação folicular (FSH) e hormônio luteinizante (LH) e a síntese de estrógeno. Há a opção de ooforectomia, que suprime a produção de estrógeno, porém mantém elevado os níveis de FSH e LH. Em pacientes cuja função pulmonar apresenta rápida deterioração ou em casos sintomáticos é recomendado o uso de sirolimus ou everolimus. Pacientes

devem perder peso e praticar atividade física regular, devendo ser limitada na doença pulmonar avançada.

**Palavras-chave:** Linfangioliomiotose; doença cística pulmonar; doença intersticial pulmonar

#### **PO159 MANIFESTAÇÃO PULMONAR TARDIA ASSOCIADA A SÍNDROME DE SJÖGREN**

**GILMAR ALVES ZONZIN<sup>1</sup>; CAMILA BRITO MOREIRA<sup>2</sup>; DANIELE BRANDALISE SEVERO<sup>3</sup>; PEDRO ANTONIO TAFURI<sup>4</sup>; TIAGO ALCIDES ALMEIDA<sup>5</sup>**

*ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A síndrome de Sjogren (SS) é uma típica doença caracterizada pela crônica e sistêmica agressão autoimune decorrente de infiltração linfocitária das glândulas exócrinas e de outros órgãos. Relatamos o caso de manifestação pulmonar tardia rapidamente progressiva associada a SS. **Relato de caso:** Sexo Feminino, 79 anos, caucasiana, Residente em Volta Redonda há 40 anos. Há cerca de 2 anos a paciente começou a perceber discreto desconforto respiratório e cansaço que atribuiu a sua faixa etária. Desde então vem percebendo que a dispneia vem progredindo de forma acelerada e ultimamente a tem a impedido de realizar suas tarefas de vida diária (mMRC 3). Passou recentemente a apresentar tosse essencialmente seca com ocasional escarro mucóide, tosse essa que vem tornando-se cada vez mais intensa e persistente. Procurou atendimento em pronto socorro recebendo diagnóstico de resfriado e pneumonia sendo medicada com sintomáticos e antimicrobiano sem melhora. Foi então encaminhada a pneumologia. Paciente recebida com o relato descrito acima. Negava tabagismo, alergia respiratória, contato com animais ou mofo. Negava febre, perda ponderal, hemoptóicos entre outros. Apresentava-se em bom estado geral, frequência respiratória de 24irm, SAO<sub>2</sub> 97% em ar ambiente, normotensa, normocárdica. Presença de notáveis estertores crepitantes bíbasais. No interrogatório complementar informou diagnóstico prévio de SS. Relatou que 30 anos atrás apresentou quadro de perda dentária e cáries que foi justificado por saliva ácida e escassa constatada pelo dentista. Alguns meses depois progrediu com redução da acuidade visual. Oftalmologista realizou teste de Schirmer que demonstrou lubrificação ocular insuficiente. Encaminhada ao reumatologista que fechou o diagnóstico de SS. Realizou função Pulmonar: CVF 58%-55%(-4%); VEF1 72%-69%(-4%); VEF1/CVF 96%-96%; DLCO 43%. Solicitada TCAR de tórax que exibiu pulmões com densidades heterogêneas correspondendo a perfusão em mosaico, espessamento de septos inter e intra alveolares associados a focos de vidro fosco, formações císticas aéreas de parede finas esparsas. As características clínicas e imagenológicas associadas ao diagnóstico já estabelecido previamente levaram a conclusão de se tratar de acometimento pulmonar associado a SS. Foi solicitado reposicionamento da reumatologia em relação ao tratamento em curso. Reavaliação funcional após 6 meses da modificação terapêutica determinada pela reumatologia apresentou CVF 67%-77%(15%); VEF1 85%-91%(7%); VEF1/CVF 125-116% (-7%); associada a melhora clínica parcial da dispnéia e da tosse. **Conclusão:** O pulmão é o órgão com mais acometimento em inúmeras doenças difusas do colágeno, sendo que em alguns casos o acometimento pulmonar pode preceder ao surgimento de outras manifestações da doença reumática. Por outro lado como na SS o acometimento pode ser especialmente tardio o que justifica monitoramento regular da função pulmonar e determina necessidade de atenção ao surgimento de

sintomas respiratórios. Outro ponto que chama a atenção é a necessidade de se interrogar o paciente sobre seus diagnósticos prévios pois a paciente considerava a SS sob controle e não expressava nenhuma valorização na sua história desse diagnóstico. A definição com base nesses dados eliminou a necessidade de investigações adicionais nesse caso.

**Palavras-chave:** Síndrome de sjogren; cistos pulmonares; doença intersticial

#### **PO160 DOENÇA EOSINOFÍLICA PULMONAR EM CONTEXTO LIMITADO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA**

**GILMAR ALVES ZONZIN<sup>1</sup>; CAMILA BRITO MOREIRA<sup>2</sup>; DANIELE BRANDALISE SEVERO<sup>3</sup>; PEDRO ANTONIO TAFURI<sup>4</sup>; TIAGO ALCIDES ALMEIDA<sup>5</sup>**

*ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Pneumonia Eosinofílica Crônica (PEC) é uma condição associada ao desenvolvimento de opacidades periféricas bilaterais em quadro respiratório inespecífico com eosinofilia no lavado broncoalveolar (LBA) e/ou no sangue. Essa patologia responde especialmente bem à corticoterapia sistêmica e deve ser distinguida de outras condições que podem compartilhar apresentação similar.

**Relato de caso:** Mulher, 70 anos, dona de casa. Veio à consulta com quadro de coriza, congestão nasal, leve dispneia, e tosse com discreto escarro amarelado. Negava febre, perda ponderal, tabagismo prévio, histórico de alergia respiratória e exposição a aeroalérgenos. Apresentava ao exame sibilos esparsos difusos e estertores crepitantes focais discretos. Radiografia sugeria opacidades alveolares sutis em lobo médio direito. Realizada espirometria com CVF 76%-78% (3%); VEF1 64%-70% (7%); VEF1/CVF 67-71 (4%). Solicitada tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) de tórax e exames laboratoriais. Prescritop Azitromicina 500mg por 5 dias, Prednisona 30mg/dia por 5 dias, corticóide nasal e inalatório e beta 2 agonista de longa ação inalado. Retornou 3 semanas após sem melhora clínica relatando hemoptóicos ocasionais e perda de peso (2 kg). TCAR: área de consolidação e infiltrado em vidro fosco com broncogramas aéreos de permeio no segmento medial no lobo médio no pulmão direito. Leucocitose de 12. 300/mm<sup>3</sup>, eosinofilia de 33% (4059/mm<sup>3</sup>); PCR 113 mg/L; VHS 68 mm/h. Chamou fortemente atenção a eosinofilia. Questionada sobre Introdução de novos medicamentos e exposições ambientais negou. Requisitados novos exames laboratoriais e broncofibroscopia. **Resultados:** 5. 100/mm<sup>3</sup> leucócitos (10, 2% eosinófilos, 520/mm<sup>3</sup>), PCR 9 mg/L; VHS 21 mm/h; LDH 474 U/L. Exames de auto-imunidade, sorologias para fungos, IgE específicas para aeroalérgenos, BAAR, exame parasitológico de fezes, todos sem alterações. Broncoscopia normal e análise do material negativa (citometria do LBA não foi efetuada por limitações técnicas). Solicitado Fração expirada de Óxido Nítrico (FeNO) 60 PPB (compatível com inflamação eosinofílica) e DLCO 21. 9 mL/mmHg/min (95%). Atualizada TCAR e encaminhada ao cirurgião torácico com perspectiva de biópsia, concomitante ao diálogo sobre a opção de corticoterapia sistêmica. Nova TCAR: consolidação pneumônica mal delimitada, espiculada, em região subpleural do lobo inferior esquerdo; áreas de aprisionamento aéreo esparsas e randomicamente distribuídas. Cirurgião optou por solicitar PET-CT onde se destacou foco de consolidação parenquimatosa no segmento superior do lobo inferior do pulmão esquerdo com SUVmax 11. 8. Paciente e seus familiares optaram por corticoterapia sistêmica com resposta satisfatória, redução dos sintomas e resolução da consolidação

pneumônica. Realizada nova espirometria: CVF 94%-94% (0) VEF1 105%-107% (2%); VEF1/CVF 87.3 - 88.8 (2%). Mantendo terapêutica com redução progressiva da dose. Conclusão Por apresentarem características tomográficas e clínicas semelhantes algumas patologias levam a dificuldades diagnósticas que se intensificam em situações de limitação de acesso a recursos técnicos. Opacidades migratórias na TCAR somada à eosinofilia periférica fortaleceram a hipótese de PEC. Na ausência da citometria do LBA, a eosinofilia é considerada suficiente para o diagnóstico. FeNO é um exame comprobatório adicional e de acompanhamento. Exames sequenciais não foram possíveis por indisponibilidade do teste.

**Palavras-chave:** Pneumonia eosinofílica crônica; pneumonia em organização criptogênica; doença intersticial

#### **PO161 DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL ASSOCIADA A DERMATOMIOSITE AMIOTRÓFICA**

**GILMAR ALVES ZONZIN<sup>\*</sup>; CAMILA BRITO MOREIRA; DANIELE BRANDALISE SEVERO; PEDRO ANTONIO TAFURI; TIAGO ALCIDES ALMEIDA**

*ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** As doenças pulmonares intersticiais (DPI) são um grupo variado de patologias que quase sempre se constituem em um desafio diagnóstico. A liberação recente de drogas para o tratamento específico da fibrose pulmonar idiopática e a existência de opções terapêuticas em processos secundários a alguma doença sistêmica, torna mais que necessária a distinção dessas patologias.

**Relato de caso:** Mulher, 53 anos, caucasiana, corretora de imóveis, iniciou há um ano e meio quadro de tosse seca e dispnéia com caráter progressivo. Ex-tabagista de 60 maços-anos (interrompeu 2 anos atrás) com história de asma na infância. Raio X de tórax sugeria acometimento do interstício pulmonar que foi confirmado pela TC de tórax de alta resolução, laudada como compatível com pneumonia intersticial usual (PIU). Provas de função pulmonar mostraram: CVF 49%- 53%(8%); VEF1 51% -59% (17%); VEF1/CVF 83%-90%; CPT 56%; VR 56%; DLCO 38%. Foi solicitada uma biópsia pulmonar cujo laudo foi compatível com fibrose pulmonar idiopática (FPI) I, apresentando infiltrado inflamatório crônico e ocasionais folículos linfóides sendo cogitado tratamento específico para FPI. Nesse momento procura nosso serviço. Relatava dispnéia aos pequenos esforços (mMRC 3). Ao exame físico apresentava estertores crepitantes bibasais, ausência de cianose periférica e de baqueteamento digital. Saturação periférica de oxigênio em ar ambiente de 98%. Observou-se alterações cutâneas compatíveis com "mãos de mecânico" sugerindo a possibilidade de um quadro reumatológico. Negava artralgias ou fraqueza muscular. Exames adicionais foram solicitados entre eles VHS 18 mm; PCR 2, 9 mg/L; CPK 231 U/L. FAN 1: 1280 padrão nuclear pontilhado fino e nucleolar. Encaminhada à reumatologia, solicitados auto-anticorpos (todos negativos) e eletroneuromiografia (ENMG) dos quatro membros (normal com uma diminuição de recrutamento de unidades motoras leve ao esforço máximo na musculatura proximal). Aventada a possibilidade de Dermatomiosite Amiotrófica (DMA), doença incomum, que pode levar a doença pulmonar intersticial (DPI). Essa condição na presença de "mãos de mecânico" é uma manifestação comum na DMA com DPI associada ao anticorpo MDA-5. Solicitamos dosagem de anti-MDA-5 que não foi realizada por dificuldade de acesso ao exame. Iniciado pulso mensal de Ciclofosfamida e Prednisona evoluindo com melhora clínica e resolução das lesões

cutâneas. Apresentou também melhora da função pulmonar. CVF 71% - 76% - (7%); VEF1 77% - 83% (8%); VEF1/CVF 88% - 89%; CPT 78%; VR 96%; DLCO 48%. **Conclusão:** Os achados de exame físico associados aos exames laboratoriais (aumento da CPK e positividade do FAN) foram críticos na condução do quadro. Apesar de o anticorpo Anti-JO-1 positivo ser associado a DPI, estudos mostram que isso raramente ocorre na DM, como ocorreu nesse caso. Mesmo a paciente não realizando a dosagem de anti-MDA-5, estudos sugerem que o padrão tomográfico de PIU é mais comum em casos positivos para esse autoanticorpo. A terapêutica introduzida foi voltada para doença auto-imune dessa natureza e levou a significativa melhora. Com as pesquisas do anti-MDA-5, a associação entre a DMA e DPI se tornou mais perceptível levando ao diagnóstico, sendo esse caso um exemplo disso. Acreditamos que o diagnóstico e tratamento precoces poderiam ter levado a melhor preservação da função pulmonar.

**Palavras-chave:** Doença intersticial; dermatomiosite amiotrófica; anti-mds-5

#### **PO162 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE - DIAGNÓSTICO POSTERIOR A EVENTO QUASE FATAL**

**GILMAR ALVES ZONZIN<sup>\*</sup>; CAMILA BRITO MOREIRA; DANIELE BRANDALISE SEVERO; PEDRO ANTONIO TAFURI; TIAGO ALCIDES ALMEIDA**

*ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Eventos pulmonares catastróficos muitas vezes permanecem sem diagnóstico ou causa. O acompanhamento e avaliação posterior do paciente pode levar a identificação de um quadro progressivo e persistente em curso, levando a necessidade de investigação adicional nesses casos indeterminados. **Relato de caso:** Indústriário, 58 anos, residente de Rio Claro (RJ) internado com quadro de insuficiência respiratória aguda grave 2 meses antes em unidade de terapia intensiva. Foi tratado empiricamente segundo relato de alta com diversos antibióticos de amplo espectro, antifúngicos e corticoide sistêmico em dose alta. Na tomografia realizada na época se identificavam consolidações de aspecto atelectásico/restritivo em segmentos basais dos lobos inferiores, particularmente a direita, e derrame pleural bilateral moderado, além de extensas áreas de enfisema centrolobular e para-septal esparsas em ambos pulmões. Foi conduzido de forma conservadora não sendo realizado broncoscopia nem biópsia pulmonar. Permaneceu 24 dias em UTI, recebendo alta após melhora clínica e radiológica quando foi encaminhado para o ambulatório de pneumologia. Se queixava no momento de dispnéia aos grandes esforços (mMRC 1) e discreta tosse seca. Relatava histórico de profissões na área industrial e tabagismo no passado com carga tabágica ao redor de 40 anos-maço (interrompeu consumo 5 anos atrás). Negava uso de drogas ilícitas. Solicitada avaliação funcional pulmonar: CVF 104%-110%- (5%); VEF1 86%-91%- (4%); VEF1/CVF 66%-66%; CPT 152%; VR 172%; DLCO 47%. Solicitados diversos exames laboratoriais, inclusive para atividade auto-imune todos negativos. Orientado a retornar para acompanhamento do quadro. Medicado com omeprazol 20 mg ao dia. Contrariando orientações de retorno, paciente voltou ao serviço somente três anos depois apresentando piora expressiva do quadro. Relatava estar acentuadamente dispneico (mMRC 3), tosse seca persistente e intensas astenia e fadiga. Negava febre, emagrecimento e sudorese noturna. Na ausculta apresenta crepitações exuberantes em ambas as bases. Nova função pulmonar veio com CVF 94%-97% (3%); VEF1 77%-78%

(1%); VEF1/CVF 65%-63%; CPT 171%; VR 316%; DLCO 39% (queda de 8%). Realizado nova tomografia exibiu discretas opacidades fibrocicatríciais nos ápices dos lobos superiores, áreas esparsas de enfisema e reticulado fino na região basal posterior predominando em lobos inferiores. Por conta do aspecto progressivo e dos dados inconclusivos dos exames já realizados, paciente foi encaminhado para biópsia pulmonar. Os achados foram considerados como compatíveis com Pneumonia por Hipersensibilidade (focos de proliferação fibroblástica com presença anormal de linfócitos, plasmócitos e histiócitos). Não foi possível pela história relatada identificar agente desencadeante. Optou-se nesse momento por iniciar tratamento com corticoterapia sistêmica (ciclos de metilprednisolona seguidos de uso oral de prednisona, inicialmente 1mg/kg/dia). Paciente reporta significativa melhora clínica inicial mas dados objetivos de reavaliação ainda não foram obtidos.

**Conclusão:** Em quadros dessa natureza há a necessidade de acompanhamento longitudinal do paciente, bem como a de, caso possível, a busca de diagnóstico específico durante a instalação do quadro agudo possibilitando uma terapêutica específica e direcionada ao mesmo. A progressão do processo patológico leva a necessidade do estabelecimento diagnóstico na tentativa de condução efetiva do mesmo.

**Palavras-chave:** Pneumonia por hipersensibilidade; doença intersticial; insuficiência respiratória aguda

#### **PO163 CALCIFICAÇÃO PULMONAR METASTÁTICA E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: UMA FREQUENTE ASSOCIAÇÃO**

**ESTHER SALERNO LOPES\*<sup>1</sup>; VIVIAN LETÍCIA SOARES LOPES<sup>1</sup>; JULIANA CARVALHO BRITO<sup>1</sup>; OSVALDO MEREGE VIEIRA NETO<sup>2</sup>; RODOLFO MENDES QUEIROZ<sup>3</sup>; NELSON ARAUJO VEGA<sup>1</sup>; ELISA SEBBA TOSTA DE SOUZA<sup>1</sup>**

**1. CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 3. DOCUMENTA CENTRO AVANÇADO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Calcificação pulmonar metastática (CPM) está associada a doenças que cursam com alterações no metabolismo do cálcio e fósforo. Os sintomas respiratórios são variáveis, desde pacientes assintomáticos até progressão para insuficiência respiratória. Este processo intersticial está associado principalmente a insuficiência renal crônica em diálise. Em autópsia realizada em pacientes com Insuficiência renal crônica, foi demonstrado uma incidência de 60 a 75%. Outras causas relacionadas são: hiperparatireoidismo e neoplasias ósseas extensas. A prova de função pulmonar pode ser normal ou apresentar distúrbio restritivo, com diminuição da capacidade de difusão. O diagnóstico radiológico demonstra padrões variados na Tomografia de Tórax: nódulos calcificados múltiplos e difusos; áreas esparsas ou difusas de opacidades em vidro fosco ou consolidação lobar. A associação de calcificações parenquimatosas e vasculares é sugestiva de calcificação pulmonar metastática. **Relato de caso:** MST, 65 anos, submetida a hemodiálise durante 3 anos devido insuficiência renal crônica. Há 20 anos submetida a transplante renal, após permaneceu em uso contínuo de imunossupressores. Neste período iniciou com tosse crônica esporádica. Há 1 ano iniciou com dispnéia aos esforços. Há um mês piora da tosse, que se tornou produtiva, acompanhada de sibilância diária e piora da dispnéia. Negava febre, hemoptise, emagrecimento. Negava etilismo ou tabagismo. Paciente cardiopata, portadora de Insuficiência Cardíaca Diastólica, litíase renal de repetição com necessidade de litotripsia.

Exames radiológicos demonstraram: Raio X Torax: presença de opacidades pulmonares nodulares difusas bilateralmente. Calcificações vasculares difusas no tórax. Tomografia de Tórax: presença de opacidades difusas, centrolobulares em vidro fosco, com focos de calcificação. Espirometria compatível com Distúrbio restritivo grave (CVF= 46%) com redução da difusão (40%). Exames laboratoriais demonstraram aumento de PTH com cálcio normal, compatível com Hiperparatireoidismo. Paciente submetida a broncoscopia com biópsia transbronquial que demonstrou: fragmentos de parênquima pulmonar com focos frequentes de calcificação em septos alveolares conferindo aspectos sugestivos de Calcificação Metastática.

**Conclusão:** A Calcificação Pulmonar Metastática é uma doença metabólica pulmonar subdiagnosticada, devido sua alta incidência em pacientes com insuficiência renal crônica, deve se estar atento para esta frequente associação.

**Palavras-chave:** Calcinose metastática; calcificação pulmonar; insuficiência renal

#### **PO164 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS EM UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**DEBORAH DOS REIS ESTRELLA\*; LILIANE NETO GENEROSO; GUILHERME MARQUES FARIA; MARILUCY DE OLIVEIRA SANTOS; EDNEI PEREIRA GUIMARAES; ANDRÉ MÁRCIO DUARTE QUEIROZ; TARCIANE ALINE PRATA**

**HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE - FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.**

**Introdução:** As doenças pulmonares intersticiais (DPIs) são um grupo de doenças que respondem em conjunto por apresentarem acometimento pulmonar difuso, associado a manifestações clínicas, radiológicas e funcionais semelhantes. A recomendação brasileira divide tal grupo em: causas conhecidas, idiopáticas, linfóides, granulomatosas e miscelânea. Por serem de difícil diagnóstico, clínica vaga, prognóstico reservado e tratamento ainda incerto, torna-se importante determinar a sua incidência e prevalência. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico e os grupos mais prevalentes de DPIs, em pacientes atendidos em um ambulatório de referência do estado de Minas Gerais (MG). Correlacionar tais dados com índices nacionais e analisar coincidências e divergências.

**Métodos:** Foi feita uma revisão, até o dia 05/08/2016, do banco de dados (criado em 2014) dos pacientes atendidos em ambulatório de DPIs do Hospital Júlia Kubitschke (HJK), com análise dos resultados pelo software IBM SPSS versão 21. Foram extraídos dados sobre: sexo, idade, padrão em tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) de tórax, diagnóstico, realização de biópsia transbronquial (BTB) e aberta (BA). **Resultados:** Estão cadastrados 344 pacientes, com predominância feminina (50, 9%) e idade maior que 60 anos (52%). Os padrões de TCAR mais comuns são: reticular sem faveolamento (22, 6%) e com faveolamento (19, 1%), consolidação (17, 4%), vidro fosco (13%). Os principais diagnósticos foram: Pneumonia por Hipersensibilidade (PH) (26, 1%), DPI por colagenose (15, 6%) e Sarcoidose (8%). 41 pacientes apresentam causas idiopáticas como diagnóstico (Fibrose Pulmonar Idiopática e DPI não específica). 67 pacientes realizaram BTB, com 19 resultados conclusivos. E 31 pacientes realizaram BA com 28 amostras conclusivas. **Conclusão:** Comparando nossos dados com o estudo de Kuranishi, LT et al, PH também foi o principal diagnóstico, ao contrário de uma amostra paulista, em que colagenose foi a principal causa. Outras cidades brasileiras apresentam dados semelhantes.

O principal fator desencadeante da PH é a inalação de poeiras orgânicas. Tal dado é compatível com pacientes atendidos em nosso serviço, já que a maioria apresenta baixa renda familiar e condições de habitação inadequadas. Causas idiopáticas foram menos comuns, corroborando dados nacionais, porém, a incidência foi menor do que em estudos estrangeiros. A principal limitação desse estudo é o baixo índice de biópsias realizadas, pois grande parte dos pacientes têm exposições inalatórias relevantes e imagens fortemente relacionadas à PH. É possível concluir que essa amostra apresenta perfil compatível com outra nacional, reforçando a importância de uma anamnese bem detalhada, visto que as causas secundárias foram as mais prevalentes. Além disso, nossa amostra sugere um perfil de MG, pois o trabalho foi realizado por um serviço de Pneumologia referência neste estado. No entanto, são necessários mais estudos para que seja feito um perfil de todo o país.

**Palavras-chave:** Doenças pulmonares intersticiais; epidemiologia; padrões tomográficos

**PO165 MORTALIDADE POR FIBROSE IDIOPÁTICA DE PULMÃO NO BRASIL: ANÁLISE TEMPORAL EM ADULTOS NO PERÍODO 1979-2014**

**EDUARDO ALGRANTI<sup>1\*</sup>; CÉZAR AKIYOSHI SAITO<sup>1</sup>; ANA PAULA SCALIA CARNEIRO<sup>2</sup>; MARCO ANTONIO BUSSACOS<sup>1</sup>**

1. FUNDACENTRO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. SEST/HC/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Introdução:** Dados de literatura demonstram um aumento temporal na incidência e mortalidade por Fibrose Idiopática de Pulmão (FIP), esta última variando de 4 a 10 casos/100.000 habitantes em países da Europa e Estados Unidos, com excesso de casos em homens. No entanto, pouco se sabe sobre as taxas em outros países. **Objetivo:** Analisar a mortalidade por FIP no Brasil no período 1979-2014 **Métodos:** Foram extraídos microdados anonimizados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) cuja causa básica foi codificada como CID 9 515 ou 516. 3 até o ano de 1995 e CID 10 J84. 1 a partir de 1996, em adultos de 50 anos ou mais. Foram calculadas taxas de mortalidade padronizadas para a população brasileira de 2010 para análise da tendência temporal. A tendência anual da mortalidade foi analisada pelo método de *Jointpoint Regression*. Obteve-se o risco relativo por faixa etária, período analisado e gênero, utilizando-se como denominador pessoas-ano. **Resultados:** Foram registrados 28.923 óbitos por FIP no período. A taxa de mortalidade padronizada mostrou-se ascendente, variando entre 0,19 em 1979 a 1,05/100.000 em 2014 ( $R^2=0,98$ ). A tendência anual de crescimento foi significativa, identificando-se dois pontos de inflexão, em 1992 e 2007, gerando 3 retas com crescimento anual percentual de 4,5, 9,4 e 4,2%, respectivamente. As razões de risco por faixa etária e por período analisado foram significativas, comparando-se os últimos extratos com o primeiro como referência, com valores de  $RR=16,14$  (IC 14,44-16,36) e  $RR=8,27$  (IC 7,99-9,10), respectivamente. Houve um discreto excesso de óbitos em mulheres. **Conclusão:** As taxas de mortalidade brasileiras por FIP são inferiores às de países desenvolvidos podendo indicar possível subdiagnóstico ou subnotificação. No entanto, a tendência temporal é semelhante à descrita na literatura. Não se observou excesso de mortalidade no sexo masculino, o que merece posteriores investigações.

**Palavras-chave:** Fibrose pulmonar idiopática; registros de mortalidade; brasil

**PO166 ESTUDO CASO CONTROLE DA REGIÃO HLA EM PACIENTES BRASILEIROS PORTADORES DE GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE (WEGENER)**

**MARCOS SOARES TAVARES<sup>\*</sup>; LETICIA KAWANO-DOURADO; JULIANA VALÉRIO PINAFFI; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS HOSPITAL DAS CLÍNICAS, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

A Granulomatose com poliangeíte (GPA) é uma vasculite sistêmica que acomete principalmente vasos de pequeno e médio calibre, suas manifestações afetam principalmente as vias aéreas superiores, inferiores e rins. A patogenia resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais, que causam uma heterogenicidade fenotípica e epidemiológica entre diferentes etnias. O componente genético da GPA apresenta um fundo complexo com alteração em múltiplos genes. Para melhorar a compreensão da GPA, seu componente genético tem sido extensivamente estudado em diferentes etnias. A Região HLA esta fortemente relacionada com a auto-imunidade e por isso tem sido alvo das pesquisas na GPA. Dentro da região HLA classe II encontramos o alelo HLA-DPB1\*04 que hoje constitui a mais sólida associação genética com GPA, em especial nos pacientes com ANCA C+. Outros alelos relacionadas com a GPA dentro da região HLA são o DRB1\*15, encontrado principalmente em afro-americanos, e DRB1\*04 associado com a população holandesa. **Objetivos Primário:** Tipificar os três alelos do sistema HLA classe II (DPB1\*04, DRB1\*15, DRB1\*04) que estão associados à GPA em outras etnias, em pacientes brasileiros portadores de GPA e comparar com um grupo controle. **Secundário:** Avaliação de 115 outros alelos da região HLA classe I e II, que não foram associados a GPA em outras populações. Avaliar a associação dos indivíduos com ANCA+ e ANCA C+ e os resultados do estudo da região HLA. **Métodos:** Estudo caso controle para análise e comparação dos Alelos da região HLA classes I e II em pacientes com GPA na cidade de São Paulo. 55 indivíduos portadores de GPA foram pareados e comparados com 110 amostras de doadores saudáveis. A tipificação HLA fora realizada pela metodologia PCR-SSO e PCR-SSP. **Resultados dos objetivos primários:** Os alelos DPB1\*04 e DRB1\*15, apresentaram associação estatisticamente significante  $p=0,007$  e OR de 2,9 (IC95%: 1,09-3,8), e  $p=0,006$  com OR 2,87 (IC95%: 1,44-4,75) respectivamente, enquanto o alelo DRB1\*04 não apresentou associação estatisticamente significante. **Resultados dos objetivos secundários:** Nenhum outro alelo da região HLA apresentou associação estatisticamente significante com GPA após a correção para múltiplos testes. No subgrupo ANCA positivo e DPB1\*04 encontramos uma razão de chance (OR) de 5,07 para o diagnóstico de GPA e no subgrupo ANCA C+ o OR foi de 5,47, ambos muito maiores que o grupo GPA. Este fato não se repetiu no alelo DRB1\*15, no qual encontramos um OR de 3,05 para o subgrupo ANCA e de 2,76 para o subgrupo ANCA C+, valores muito próximos do grupo GPA. A presença da variante alélica DPB1\*0401, apresentou significância estatística nos subgrupos ANCA ( $p=0,0005$ ), ANCA C ( $p=0,0003$ ) e não no subgrupo ANCA negativo. **Conclusão** **Objetivos primários:** A população brasileira demonstrou que os alelos HLA DPB1\*04 e DRB1\*15 estão associados à GPA. O alelo DRB1\*04 não apresentou significância estatística. **Objetivos secundários:** A presença do alelo DPB1\*04 apresentou uma relação fisiopatogênica com ANCA, enquanto que a presença do alelo DRB1\*15 estava associado com a síndrome clínica, independente da presença do ANCA. A variante alélica HLA-DPB1\*0401 só apresentou significância estatística nos subgrupos de

indivíduos com GPA e portadores do auto anticorpo ANCA e ANCA C+.

**Palavras-chave:** Gpa; wegenger; hla

#### **PO167 EXPERIÊNCIA COM A PIRFENIDONA NA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: UMA SÉRIE DE CASOS**

**LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS\*;** LUANA FORTES FARIA;  
**CLAUDIA HENRIQUE COSTA;** ROGERIO LOPES RUFINO ALVES  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma pneumonia intersticial fibrosante crônica, progressiva e letal, ocorrendo primariamente em adultos idosos, a partir da sexta década de vida. A média de sobrevida a partir do início dos sintomas é de 2, 8-4, 2 anos. A pirfenidona é uma medicação antifibrótica que age inibindo a síntese de colágeno estimulada pelo TGF-beta, com atividade na diminuição da produção de matriz extracelular e o bloqueio dos efeitos mitogênicos das citocinas pró-fibróticas sobre os fibroblastos. **Objetivos:** Descrever os principais efeitos colaterais do uso crônico e a redução da capacidade vital forçada (CVF) no período de uso da pirfenidona. **Metodologia:** Série de casos em pacientes com FPI, definidos pelos critérios da Sociedade Americana de Tórax (2002), em uso de pirfenidona 2. 403mg diariamente, a partir do ano 2012. Serão relatados os principais efeitos colaterais e a evolução em ml e percentual da CVF nos anos e com a literatura internacional. **Resultados:** Foram 6 pacientes em uso de pirfenidona desde 2012, com média de idade de 63, 57 (+6, 85), sendo 5 tabagistas e 3 mulheres. Foi observado que os efeitos gastrointestinais foram os mais prevalentes (80%), seguidos de perda ponderal e lesões cutâneas. Uma paciente teve que interromper medicação devido rash cutâneo difuso. Os pacientes apresentavam Capacidade de difusão ao monóxido de carbono com 45, 80 (+10, 78) %. Um paciente faleceu no 1º ano de tratamento e dois no segundo ano de tratamento. Três pacientes ainda estão em uso da pirfenidona (50%). No primeiro ano, com 6 pacientes, houve um incremento médio na CVF de 95ml. A partir do 2º ano, houve além dos óbitos, um decréscimo em relação a CVF basal de - 269ml e no 3º ano em relação ao 2º ano de - 170ml. **Conclusão:** Os efeitos colaterais são de fácil condução clínica e o medicamento apresentou resposta superior ao relatado na literatura. A partir do 2º ano, houve uma rápida deterioração funcional pela CVF.

**Palavras-chave:** Pirfenidona; fibrose; idiopática

#### **PO168 APRESENTAÇÃO INCOMUM DE PULMÃO DE CRACK**

**RAFAEL RODRIGUES DE MIRANDA\*;** FABIO EIJI ARIMURA;  
**ELLEN TOLEDO NASCIMENTO;** ALEXANDRE FRANCO AMARAL;  
**MARTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA;** RONALDO ADIB KAIRALLA;  
**CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO;** BRUNO GUEDES BALDI  
*FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** "Crack-lung" ou pulmão do crack é uma síndrome que ocorre após a inalação de cocaína, associada a febre, hipoxemia, hemoptise, dispneia e infiltrado alveolar eosinofílico difuso. As alterações mais comuns em tomografia computadorizada de tórax de alta resolução (TCAR) incluem opacidades em vidro fosco, consolidação, espessamento interlobular, nódulos peribrônquicos e, em alguns casos, padrão em mosaico. **Caso Clínico:** Paciente do sexo masculino, de 31 anos, admitido com tosse produtiva, febre e dispneia há cinco dias, sem melhora clínica após uso de Levofloxacin por dois dias. Ao exame físico apresentava crepitações difusas bilateralmente e oximetria de pulso em ar ambiente de 97%. A Radiografia de

Tórax mostrou infiltrado difuso bilateral e a TCAR evidenciou opacidades difusas em vidro fosco com distribuição central nos pulmões. Exames laboratoriais iniciais revelaram leucocitose, eosinofilia periférica (1180/mm<sup>3</sup>), altos títulos de Proteína C Reativa e dosagem de peptídeo natriurético cerebral normal, enquanto que as culturas de sangue e urina e as sorologias para hepatites (B e C) e HIV foram negativas além de ecodopplercardiograma sem alterações. Ceftriaxona e claritromicina foram iniciadas, Broncoscopia excluiu hemorragia alveolar e o lavado broncoalveolar demonstrou 242 céls/mm<sup>3</sup> com predomínio de eosinófilos e a biópsia transbrônquica foi compatível com pneumonia eosinofílica. Posteriormente, quando questionado ativamente, o paciente referiu uso recreativo de cigarros com mistura de cocaína e maconha. O paciente recebeu alta com orientação de cessar o uso da mistura. Após 4 meses de abstinência, houve completa remissão dos sintomas e melhora radiológica. **Conclusão:** O diagnóstico diferencial de opacidades difusas e bilaterais é amplo e inclui principalmente hemorragia alveolar, pneumonite de hipersensibilidade, pneumonia eosinofílica, síndrome da angústia respiratória do adulto e congestão pulmonar. O padrão radiológico dessas condições é semelhante, frequentemente com a necessidade de outros exames complementares, como lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica. Este caso clínico demonstrou um paciente com pulmão do crack secundário à pneumonia eosinofílica e reforça a importância de se investigar a exposição a novas misturas ou tipos de drogas ilícitas. Evitar a exposição ao fator desencadeante pode ser a única medida necessária para remissão e em alguns casos podem ser utilizadas medicações, como corticosteroides.

**Palavras-chave:** Pneumonia; eosinofílica; crack

#### **PO169 SARCOIDOSE PULMONAR EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO**

**ANA LUIZA ARAÚJO DE SOUZA\*;** RAQUEL FELISARDO ROSA;  
**BRUNA KELLY CARDOSO DE CARVALHO;** SAMUEL RIBEIRO DIAS;  
**VALQUIRIA FERNANDES MIRANDA;** LEONARDO LUCIANO TEZA  
*SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Introdução:** A sarcoidose, doença granulomatosa sistêmica, etiologia desconhecida, com o pulmão um dos órgãos envolvidos. Independe de sexos, raça ou faixa etária. A resposta imune do tipo Th1 (T helper 1) é mediada por linfócitos, macrófagos e citocinas. Os granulomas não caseosos, lesão anatomopatológica característica, são compactos, organizados, bem formados, uniforme, coalescentes, sem necrose, aglomerados nodulares de células epitelioides. Podem ser discretos a confluentes formando massas e se distribuem junto ao tecido linfático, perivascular e peribrônquico. A lesão granulomatosa pode evoluir para fibrose. O diagnóstico por biópsia, transbrônquica com rendimento acima de 70% e a pulmonar acima de 90%. Quadro clínico inespecífico, e com sintomas gerais: febre, fadiga, mal estar e perda de peso em até 1/3 pacientes. Estágios na sarcoidose pulmonar: o estágio 00 sem alteração rx tórax; o estágio 01 linfonodomegalia hilar/mediastinal bilateral; o estágio 02 linfonodomegalia hilar/mediastinal bilateral e lesão parenquimatosa sem fibrose; o estágio 03 lesão parenquimatosa sem fibrose e sem adenopatias; o estágio 04 com sinais de fibrose pulmonar. Alterações localizadas ou difusas, preferencialmente simétricas em campos superior e médio dos pulmões. Em RX tórax o padrão reticular, retículo nodular e alveolar focal são mais comuns. Em TC tórax o padrão nodular e micronodular, opacidades nodulares confluentes com broncograma aéreo são mais comuns. A função pulmonar

pode ou não estar alterada. Marcadores de atividade da doença: linfócitos no lavado broncoalveolar (LBA), dosagem de ECA. A droga de escolha para o tratamento é o corticoide (prednisona e prednisolona), porém ainda pode ser usado metotrexato, imunossuppressores. **Objetivo:** relatar caso de paciente assintomático com diagnóstico de sarcoidose por biópsia pulmonar a céu aberto. **Método:** relato de caso. **Resultado:** JSO, 38 a, previamente hígido, proveniente de Diamantina/MG, iniciou em out/15 com sintomas gripais e tosse oligoprodutiva com expectoração hialina, sem febre e dispneia. Manteve quadro arrastado. RX tórax com opacidades micronodulares difusas em terço médio e superior bilateralmente, Tc tórax com múltiplas lesões aeradas/escavadas que se comunicam com a árvore brônquica; múltiplos nódulos pulmonares não calcificados esparsos nos pulmões, LBA com poucas células colunares cilindricas, diversos histiocitos alveolares fagocitando pigmento antracótico e negativa para fungos, Anatomopatológico: processo inflamatório granulomatoso. Encaminhado a SCBH para realização de biópsia a céu aberto, resultado processo inflamatório granulomatoso com algumas células gigantes compatíveis com sarcoidose. Admitido assintomático, PA 110/80, FC 70, Sat 98% e FR 16, discretas crepitações basais. Iniciado tratamento com prednisona devido alteração na espirometria (CVF 65% e VEF1 63% do previsto). **Conclusão:** importância do diagnóstico precoce a fim diminuir a evolução para fibrose em parênquima pulmonar.

**Palavras-chave:** Sarcoidose; assintomático; pulmonar

### PO170 SEGURANÇA E TOLERABILIDADE DO NINTEDANIBE EM PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA NO BRASIL

CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA<sup>1</sup>; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ<sup>2</sup>; BRUNO GUEDES BALDI<sup>3</sup>; SÉRGIO FERNANDES DE OLIVEIRA JEZLER<sup>3</sup>; ADALBERTO SPERB RUBIN<sup>4</sup>; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES<sup>5</sup>; GILMAR ALVES ZONZIN<sup>6</sup>; MARCELO FOUAD RABAH<sup>7</sup>

1. UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 3. HOSPITAL ANA NERY, SALVADOR, BA, BRASIL; 4. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 6. CENTRO MEDICO SANTA MARIA, BARRA MANSÁ, RJ, BRASIL; 7. CLARA-CLINICA DE PNEUMOLOGIA, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** Nintedanibe, um inibidor de tirosina quinases, encontra-se aprovado no Brasil para tratamento de fibrose pulmonar idiopática (FPI). Os estudos INPULSIS® (fase III) avaliaram a eficácia e segurança do nintedanibe 150 mg 2x/dia em portadores de FPI. Houve redução significativa do declínio da CVF na comparação com placebo. Os eventos adversos (EAs) mais frequentes foram gastrointestinais. Diarreia ocorreu em 62, 4% dos pacientes versus 18, 4% no grupo placebo, e levou a descontinuação em 4, 4% e 0, 2% respectivamente. Antes da aprovação no Brasil, um programa de acesso expandido -PAE- (NCT02230982) foi iniciado. **Objetivo:** - Avaliar segurança e tolerabilidade do nintedanibe em pacientes com FPI no Brasil. **Métodos:** Um PAE foi iniciado em 8 centros médicos no Brasil em 2015. Critérios de inclusão: Idade ≥40 anos; Diagnóstico de FPI baseado na diretriz de 2011 da ATS/ERS/JRS/ALAT; CVF ≥50% prevista; DCO entre 30–79% previsto. Critérios de exclusão: TGO, TGP, ou bilirrubina >1, 5 vezes o limite superior normal; IAM até seis meses antes da visita de seleção; Necessidade de fibrinólise, anticoagulação em dose plena, ou antiagregantes plaquetários em alta dose; Tratamento corrente ou planejado com pirfenidona, azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina, ou prednisona em

dose >15 mg/dia ou >30 mg a cada 2 dias ou equivalente. Os pacientes foram tratados com nintedanibe 150 mg 2x/dia. Interrupções e redução para 100 mg 2x/dia foram permitidas a fim de manejar EAs. EAs foram registrados na visita médica de seleção e nas semanas 4, 8, 12, 24, e depois a cada 12 semanas até a visita de término do tratamento. Os EAs receberam códigos conforme o Dicionário Médico para Atividades Regulatórias. **Resultados:** 57 pacientes foram tratados; Destes, 11 (19, 3%) descontinuaram prematuramente e 46 (80, 7%) permaneceram em uso até a avaliação dos dados. A idade foi de 67±8 anos; 79% eram homens; 72% eram ex-fumantes ou fumantes; 22% foram submetidos à biópsia cirúrgica, A x da CVF foi de 80 ±18% e da DCO=47±14%. Os dados foram semelhantes aos do estudo INPULSIS, exceto pela CVF, 10% menor. Seis pacientes (10, 5%) receberam tratamento concomitante com NAC, e 5 pacientes (8, 8%) corticoide sistêmico. Exposição média (DP) ao nintedanibe 150 mg 2x/dia foi de 8, 6 (3, 2) meses, máxima de 14 meses. 50 pacientes (87, 7%) apresentaram EAs e 9 pacientes (15, 8%) EAs graves. Os EAs mais frequentemente reportados no PAE foram diarreia (63, 2%) e náuseas (36, 8%), seguidos de anorexia (33%), vômitos (20%), e dor abdominal, astenia e perda de peso (5% cada). Em 13 pacientes (22, 8%) houve necessidade de redução da dose para 100 mg de 12/12h, e em 12 (21, 1%) houve interrupção do tratamento. **Conclusões:** Neste PAE a dose de nintedanibe 150 mg 2x vezes/dia apresentou perfil de segurança e tolerabilidade aceitável. Nenhum novo sinal de segurança em comparação com a fase III foi identificado. Os EAs mais frequentes foram GI e, portanto consistentes com os INPULSIS®. EAs graves foram infrequentes.

**Palavras-chave:** Doenças intersticiais; fibrose pulmonar idiopática; nintedanibe

### PO171 SARCOIDOSE: ICC DESCOMPENSADA MIMETIZANDO DESCOMPENSAÇÃO DE SARCOIDOSE PREVIAMENTE TRATADA.

ANA LUIZA ARAÚJO DE SOUZA<sup>1</sup>; RAQUEL FELISARDO ROSA; SAMUEL RIBEIRO DIAS; BRUNA KELLY CARDOSO DE CARVALHO; VALQUIRIA FERNANDES MIRANDA; LEONARDO LUCIANO TEZA SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de etiologia desconhecida que afeta principalmente os pulmões e os ganglios linfáticos intratorácicos (90% dos pacientes). As múltiplas formas de apresentação clínica da sarcoidose podem agrupar-se em três padrões distintos: doença assintomática, sintomas constitucionais inespecíficos e sintomas relacionados com envolvimento orgânico específico. O estadiamento radiográfico pulmonar é uma das melhores formas de caracterizar as manifestações intratorácicas e avaliar o seu prognóstico. Na sua forma extratorácica, a sarcoidose pode atingir músculos, fígado, baço, olhos, pele, nódulos linfáticos extratorácicos, sistema nervoso, coração, rins, ossos, e glândulas parótidas, entre outros. Apesar do seu curso clínico ser muitíssimo variável, a sarcoidose é uma doença que apresenta uma baixa taxa de mortalidade (1 a 5%). Corticoide é a droga de escolha quando necessário o tratamento. **Objetivo:** Relatar caso de sarcoidose pulmonar.

**Método:** Relato de caso. **Resultados:** JVN, 75anos, masculino, portador de DM, HAS, IC, cor pulmonale, DPOC grave, O2 domiciliar, espirolactona 25mg(2-0-1), furosemida 40mg(1-0-1), carvedilol 3, 125mg(1-0-1), metformina 850mg(1-0-1), prednisona 20mg (2-0-0), seretide 25/125 (2-0-2), Tiotrópio 2, 5 mcg ( 2-0-0 ) admitido na SCBH com dispneia aos mínimos esforços, tosse oligoprodutiva, cianose de extremidades, edema



em MMII. Tabagista pesada. BEG. MV diminuído com creptações esparsas bilateral. Sat O<sub>2</sub>: 92% CN à 2l/min. Espirometria (31-03-14) Pré: CVF: 2, 32-60, 68%; FEV1: 1, 59-55, 44% IT: 68, 4%. POS- BD: CVF: 2, 36-61, 82%; FEV1: 1, 58-55, 34%; IT: 67, 01%. TC tórax 24/02/2014: presença de LN mediastinais subcarinal e hilar direita maior deles 1, 4cm, áreas de atenuação em vidro fosco difusas pelo parênquima pulmonar, predominando em regiões periféricas, cissuragranulomatosa. Biópsia transbrônquica (Abril/ 14): processo inflamatório crônico leve inespecífico em fragmento de mucosa brônquica sem sinais de neoplasia na amostra, não foi evidenciado formação de granulomas. Provas reumatológicas: aldolase: neg, ANCA (P): neg, ANTI JO: neg, FAN: neg, ANTI SM: neg, ANTI RO e ANTI LA: neg. Cálcio sérico: 8, 6 Cálcio urinário: 5, PSA: 0, 36, ECA: 137 (alto), PPD não reator. Us Abdom (16/ 04/ 2015): veias hepáticas e veia cava inferior túrgidas condizentes com quadro de congestão. Teste de Caminhada de 6 minutos realizada em uso de O<sub>2</sub> 2L/min 60 metros- 20, 36% do previsto (previsto 294, 58 metros). Espirometria: CVF 2, 52 (63%); FEV1, 0= 1, 45 (49%), IT 75. **Conclusão:** É importante lembrar primariamente da otimização do controle das doenças de bases a fim de maior manejo do quadro pulmonar.

**Palavras-chave:** Sarcoidose; doença granulomatosa; icc

#### **PO172** ACHADOS DO LAVADO BRONCOALVEOLAR NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NÓDULOS CENTROLOBULARES.

**FERNANDA MAYUMI NOMURA\*<sup>1</sup>; LEONARDO IGNACIO CAÇÃO<sup>2</sup>; GUILHERME NOGUEIRA SPINOSA<sup>2</sup>; LUIZ MARCELO WARNECKE ESPOLADORE<sup>2</sup>; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO<sup>2</sup>; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES<sup>2</sup>; MARIANA SILVA LIMA<sup>2</sup>; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA<sup>2</sup>**

**1. HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO/IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

O lavado broncoalveolar (LBA) é um procedimento broncoscópico levemente invasivo usado para identificar células, partículas inaladas, organismos infectantes e constituintes do fluido, obtidos dos bronquíolos terminais e alvéolos. A análise celular por si só é insuficiente para diagnosticar o tipo específico de doença pulmonar intersticial (DPI), exceto em neoplasias malignas e algumas raras DPIs. Na pneumonia de hipersensibilidade (PH), a contagem celular de linfócitos excede normalmente 50%. É significativamente maior nas PH subaguda em relação a crônica. Já na DPI relacionada ao tabaco (Pneumonia intersticial descamativa, bronquiolite respiratória e histiocitose de células de langerhans) há um aumento do número de células no LBA em torno de 50 milhões, macrófagos pigmentados. CASO 1: 9, 54 anos, dispneia (Mahler 2) e perda de peso, exposição a pássaros e mofo. Arritmia, uso prévio de amiodarona 200mg por 2 meses. Função pulmonar (FP): CVF 98%; VEF1 97%;VEF1/CVF 0, 80;CPT 92%; VR 76; sGaw 0, 23;DCO 56. TCAR: Micronódulos centrolobulares em vidro fosco, espessamento das paredes dos brônquios predominando nos lobos superiores e a opacidades reticulares e em vidro fosco nos lobos inferiores. A biópsia tranbrônquica (BTB) mostrou moderado infiltrado linfoplasmocitário parietal e septal, hiperplasia reativa de pneumócitos tipo 2, macrófagos xantomatosos intralveolares e transformação gigante celular focal. Lavado broncoalveolar (LBA): alveolite linfocítica (60% de linfócitos). Com correlação, os achados são compatíveis com PH. CASO 2: 65 anos, HAS e doença do refluxo gastroesofágico. Achado radiológico. Tosse há 2 anos, chiado e dispnéia (Mahler 12), tabagista

80m/a, exposição a canários, chumbo, tintas e resinas. FP: CVF 85%; VEF1 78%; VEF1/CVF 0, 72; CPT 95%; VR 107%; sGaw 0, 144; DLCO 79%. TCAR: Extensas opacidades em vidro fosco, distribuição centrolobular, atenuação em mosaico do parênquima pulmonar. A BTB apresentava parênquima pulmonar com dilatação de espaços aéreos e descamação intralveolar moderada às custas de macrófagos com pigmento castanho dourado citoplasmático. LBA: domínio de macrófagos com pigmento castanho dourado citoplasmático, sugestivo de bronquiolite respiratória. **Conclusão:** A contagem celular e achados adicionais no LBA podem ajudar no diagnóstico diferencial das DPI. Apresentamos dois casos com micronódulos centrolobulares difusos, onde o LBA teve um papel fundamental para o diagnóstico das DPI juntamente com a TCAR e BTB.

**Palavras-chave:** Lavado broncoalveolar; nódulos centrolobulares; diagnostico diferencial

#### **PO173** BERILIOSE- RELATO DE CASO

**AMANDA SIRTOLI SILVA\*<sup>1</sup>; FERNANDA MARIA PINHEIRO MACHADO NOGUEIRA; TATHIANE NOTTOLI NOTTOLI FLORIO; CLAUDIO LUIZ WIXAK PROCOPIO FERRAZ; CAMILA NESSO; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** O berílio é um metal leve e duro, bom condutor de eletricidade e calor. A beriliose é uma doença granulomatosa rara que afeta principalmente o pulmão após a exposição ocupacional ao berílio. **Relato de caso:** Feminino, 43 anos, trabalhava com controle de qualidade (inspeção de objetos fundidos), não tabagista. Dispneia há 3 anos, com piora progressiva no último ano, sendo há 6 meses aos pequenos esforços. Tosse seca há 1 ano com chiado esporádico, emagrecimento de 13kg em 18 meses e sudorese noturna há 4 meses. Exposição ocupacional à fumaça e poeira de berílio por 10anos, cessado há 3 anos. Exame físico: Baqueteamento digital. Estertores grossos em bases pulmonares. Frequência respiratória de 22irpm. Saturação periférica de oxigênio de 89% (aa). Sem outras anormalidades. TCAR: Extensas opacidades em vidro fosco, associadas a nódulos de distribuição predominantemente peribroncovascular e espessamento dos septos interlobulares. Linfonodomegalia hilar e mediastinal. Exames laboratoriais: Baciloscopia escarro: 3 amostras negativas. PCR de 4, 1mg/dl. Gasometria arterial com 2l O<sub>2</sub> no cateter nasal: pH: 7, 45, pO<sub>2</sub>: 72mmHg, pCO<sub>2</sub>: 40mmHg, HCO<sub>3</sub>: 27, 8mmol/L, BE: 3, 5mmol/L, SO<sub>2</sub>: 95%. Broncoscopia com biópsia: Inflamação crônica granulomatosa, sem necrose. Culturas de LBA negativas. **Discussão:** Trata-se de doença com susceptibilidade genética ligada ao (HLA) -DPB1 Glu 69 (E69). Pode se manifestar mesmo anos após a exposição. Sintomas mais comuns são tosse seca, dispneia progressiva, fadiga e sudorese noturna. Muitas vezes, é indistinguível da sarcoidose. O diagnóstico é baseado na exposição ocupacional ao berílio, quadro clínico e radiológico compatível e biópsia pulmonar com presença de granuloma não caseoso. O tratamento consiste em afastar a exposição, corticoterapia e metotrexate pode ser usado como poupador de corticóide. **Referências:** Balmes J R, et al. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 190 Number 10. November 15 2014. Marchand-Adam S. Eur Respir J 2008; 32: 687–693. Mayera A and Hamzeha N. Curr Opin Pulm Med 2015, 21: 000–000.

**Palavras-chave:** Beriliose; exposição; doença granulomatosa

**PO174 VARIÇÃO LONGITUDINAL DA CVF E MORTALIDADE NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA**

**MARIA RAQUEL SOARES\*<sup>1</sup>; ANDRÉA GIMENEZ<sup>2</sup>; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA**

*UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é uma doença pulmonar decorrente de uma resposta imune desencadeada por inalação de uma grande variedade de antígenos em indivíduos previamente sensibilizados. A PH está associada com inflamação do parênquima pulmonar e das vias aéreas e na forma crônica com comprometimento fibrótico (PHC). Fatores prognósticos na PH têm sido avaliados, porém o papel da variação da CVF na sobrevida não foi descrito. **Objetivo:** Avaliar o valor basal e a variação longitudinal da CVF na sobrevida de pacientes com PHC. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva de dois centros de referência em doenças intersticiais de São Paulo com diagnóstico multidisciplinar de Pneumonite de Hipersensibilidade crônica (PHC). A PHC foi caracterizada por achados indicativos de fibrose na tomografia computadorizada de alta resolução torácica (TCAR). **Resultados:** Foram incluídos 112 casos com média de idade de 58, 5 ± 13, 3 anos, a maioria mulheres (69, 6%). História de tabagismo prévio foi referida por 48 pacientes (42, 8%) e tabagismo atual por 3 pacientes (2, 67%). Tosse (85, 7%) e dispnéia (87, 5%) foram os sintomas mais prevalentes. A duração média dos sintomas respiratórios antes do diagnóstico foi de 43 meses (0-420 meses). Estertores em velcro estavam presentes em 80, 4% e grasnidos em 13, 4% dos casos. As exposições ambientais mais frequentes foram a mofo e pássaros. Biópsia pulmonar cirúrgica (BPC) foi realizada em 66 casos. Os padrões histológicos mais frequentemente encontrados foram achados de PH clássica em 28 (42%) e fibrose bronquiocêntrica em 27 casos (41%). Dentre os achados tomográficos nódulos centrolobulares foram observados em 23(20, 5%) dos casos, mosaico/aprisionamento aéreo em 50 casos (44, 6%), opacidades em vidro fosco em 63 (56, 3%) dos casos e faveolamento em 36 (32, 1%) dos casos. A mediana de sobrevida foi de 95 meses, variando de 53 a 137 meses. A sobrevida foi menor nos pacientes com CVF inicial abaixo de 65% do previsto (log-rank=4, 27, p=0, 039) e em pacientes que apresentaram uma redução da CVF maior ou igual a 10 % do previsto (Log-rank=7, 82, p=0, 005) durante a avaliação longitudinal e foi maior em pacientes que apresentaram melhora clínica após afastamento da exposição (log-rank=10, 64 p=0, 001). **Conclusões:** CVF abaixo de 65% do previsto na avaliação inicial e queda longitudinal da CVF ≥10% do valor previsto são preditores independentes de maior mortalidade na PH crônica.

**Palavras-chave:** Pneumonite de hipersensibilidade; função pulmonar; prognóstico

**PO175 PNEUMONIA DE CELULAS GIGANTES SEM EXPOSICAO A METAIS DUROS CONHECIDA: RELATO DE CASO**

**AMON RHEINGANTZ MACHADO\*<sup>1</sup>; LARISSA ERIKARLA NEGREIROS MADUREIRA<sup>1</sup>; ANA CAROLINA GONÇALVES PIRES<sup>2</sup>**

*1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA, RR, BRASIL; 2. INIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA, RR, BRASIL.*

**Introdução:** A pneumonia de células gigantes (giant cell interstitial pneumonia – GIP) por metal duro é uma doença intersticial crônica causada pela inalação prolongada de partículas compostas de ligas metálicas de cobalto (Co), carbonato de tungstênio e outros metais em pequenas

quantidades (titânio, tântalo, níquel e cromo). A doença é estritamente relacionada à atividade laboral em nas áreas da usinagem, mineração e construção civil, como por exemplo trabalhadores que fabricam e refinam Co, que utilizam instrumentos com liga desse metal na composição (ferramentas de polimento de diamante e nos equipamentos para perfuração de petróleo e gás). Descreveremos um caso de GIP sem exposição ambiental a metais duros conhecida. **Relato do caso:** JJAL, 54 anos, masculino, natural e residente em Boa Vista-RR. Procurou atendimento em janeiro de 2011 com quadro de 2 anos de tosse seca e dispnéia progressiva (no momento da primeira consulta aos moderados esforços). Negava sintomas constitucionais, febre ou sintomas articulares. Sem comorbidades pulmonares ou clínicas prévias. Abandono do tabagismo 11 anos antes (carga tabágica 40 maços/ano). Operador de máquinas para construção e manutenção de estradas. EF Baqueteamento digital. SpO2 88%. Estertores em velcro em bases. Restante do exame físico sem alterações. TC 2/2011 Espessamento difuso de septos interlobulares, áreas de faveolamento, distorção arquitetural, predomínio em bases posteriormente. Eco 3/2011 normal: PFR: 03/2011 normal, com prova broncodilatadora negativa Ht 48%, 4% eosinófilos, HIV negativo. FAN: 1/80. FR -. Biópsia pulmonar compatível com pneuminite descamativa com componente de células gigantes multinucleadas. Evolução: Após biópsia em 3/2011 iniciada prednisona 80mg/dia com redução gradual da dose por 1 ano (suspensa em março de 2012). Apresentou melhora dos sintomas, notadamente da tosse, bem como da troca gasosa (SpO2 >95%). Alguns episódios de exacerbação no período controlados com ATB oral. Em 1/ 2014 piora da tosse, apesar de estabilidade espirométrica. Prescrito mais 3 meses de azitromicina sem melhora sintomática, sendo reiniciado prednisona 60mg/dia em 7/2014, com redução gradual ao longo de 6 meses, mantendo dose de 10mg/dia. Em 3/2015 prescrito mais 6 meses de azitromicina (250mg/dia), com bom controle sintomático e estabilidade espirométrica. Em fevereiro/2016 piora clínica e funcional, sem melhora com ciclos curtos de aumento da dose de corticoide. Abril/2016 exacerbação infecciosa, tratada ambulatorialmente com levofloxacina. Manteve piora clínica e funcional, sendo aumentada dose de prednisona (60mg/dia) em maio/2016. Atualmente (julho/2016) em uso de 40mg/dia de prednisona, iniciando uso de azatioprina 100mg/dia. **Conclusão:** Descrevemos um caso com confirmação histológica de GIP, sem exposição ambiental conhecida a metais duros. O Co também pode ser encontrado no solo porém numa concentração muito baixa para que o contato direto com o solo possa ser considerado potencial veículo de contaminação na epidemiologia da GIP. Além disso, os presentes estudos sobre a composição mineral do solo do estado de Roraima não evidenciam concentração significativa de Co na região. O caso descrito demonstra a grande dificuldade no manejo dos pacientes com GIP, tendo em vista a falta de protocolos e esquemas terapêuticos definidos para a doença. A ausência de exposição ocupacional conhecida a metais duros levanta a possibilidade da participação de outras partículas na fisiopatologia da doença.

**Palavras-chave:** Pneumonia células gigantes; metais duros; cobalto

**PO176 EXACERBAÇÃO DA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: RELATO DE 3 CASOS**

**MARIA DE FATIMA DO AMPARO TEIXEIRA\*<sup>1</sup>; DENISE DO AMPARO TEIXEIRA BOUÇÓ<sup>2</sup>**

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIGRANRIO - BARRA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é doença rara e definida na histopatologia por pneumonia intersticial usual (PIU), desde que afastadas outras causas como colagenoses, reações a drogas e pneumonite de hipersensibilidade crônica. Biópsia pulmonar não é indicada nos casos com quadro clínico e de imagens típicos. O prognóstico é ruim e a sobrevida média é de 3 anos. Dentre as causas de óbito destaca-se a exacerbação da FPI com piora da dispnéia num curto período de tempo (< que um mês), novas imagens e piora da hipoxemia. Na exacerbação são descritos alterações na histopatologia com dano alveolar difuso e bronquiolite obliterante junto aos achados de PIU. Apresentamos 3 pacientes que evoluíram com o quadro típico de exacerbação da FPI. **Relato dos casos:** Caso 1- Homem, 46 anos, há 1 ano apresentava dispnéia e cansaço a grandes esforços, restrição leve e a biópsia pulmonar mostrou PIU, foi medicado com prednisona e azatioprina, com melhora da dispnéia continuando a trabalhar em escritório, por 2 anos e meio, até que em abril de 2011 notou grande piora da dispnéia, tendo que parar de trabalhar, houve grande piora radiológica e da restrição, redução acentuada da DLCO; em 7 meses evoluiu para o óbito. Caso 2 - Mulher, 55 anos, em novembro de 2004 apresentou dispnéia a grandes esforços e dor torácica. Negava tosse. Biópsia pulmonar em agosto de 2005 (padrão PIU), foi tratada com prednisona e azatioprina, evoluiu com dispnéia estável até que em setembro de 2014 notou grande piora da dispnéia e tosse, hipoxemia, constatado grande piora radiológica, após a exclusão de outras condições foi diagnosticado exacerbação da FPI, medicada com pulsoterapia com corticóide, sem sucesso terapêutico, tendo evoluído para o óbito por hipoxemia em 4 meses. Caso 3 - Homem, 61 anos, há 2 anos apresentava dispnéia ao subir escadas e negava tosse. Diagnóstico de FPI comprovado por história familiar positiva (avô materno, mãe e 2 tios faleceram por FPI) e quadro clínico radiológico compatíveis com FPI. Há 5 meses vem em uso de pirfenidona e há um mês notou grande piora da dispnéia agora ao andar no plano em passo normal e tosse improdutivo. As espirografias eram normais, mas a atual evidenciou restrição moderada, houve piora da hipoxemia e dos exames de imagem; outras causas possíveis para a piora tais como embolia e infecção foram afastadas. Permanece sob acompanhamento. **Discussão:** Os 3 pacientes apresentaram exacerbação da FPI, com óbito ocorrendo em 2 deles poucos meses após a instalação do quadro. O reconhecimento pelo médico deste período que precede o êxito letal é importante para o paciente tomar decisões a respeito do seu futuro, incluindo se deseja ou não a ventilação mecânica. Os pacientes com FPI devem ser encaminhados precocemente para avaliação de transplante pulmonar dado a rápida evolução desta condição e a ausência de terapia eficaz uma vez instalada a exacerbação.

**Palavras-chave:** Exacerbação; fibrose pulmonar; dano alveolar difuso

**PO177 ANÁLISE DE CASOS DE SARCOIDOSE ACOMPANHADOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP**  
LILIANA ELIZABETH PAEZ VARGAS\*; FABIO EIJI ARIMURA;  
ALEXANDRE FRANCO AMARAL; MARTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA;  
RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO; BRUNO GUEDES BALDI  
DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA INCOR (INSTITUTO DO CORAÇÃO) - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de etiologia desconhecida, que comumente afeta adultos de meia idade, acometendo o pulmão e os gânglios linfáticos intratorácicos em 90% dos pacientes. O diagnóstico é estabelecido a partir de resultados clínico-radiológicos compatíveis, em conjunto com a evidência histológica de granulomas epitelióides não caseosos. Na TCAR o achado mais comum do parênquima é a presença de nódulos de distribuição perilinfática predominando nos lobos superiores. Muitas vezes, há também linfadenopatia hilar e mediastinal bilateral. O objetivo do estudo foi descrever uma série de pacientes com sarcoidose acompanhados em um centro de referência. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, que inclui 62 pacientes com diagnóstico de sarcoidose, atendidos no Ambulatório de Doenças Pulmonares Intersticiais da Divisão de Pneumologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Resultados:** A média de idade foi de  $57 \pm 13$  anos, sendo a idade média ao diagnóstico de  $51 \pm 14$  anos. 18 (29%) são mulheres e 45 (71%) homens. Com predomínio da doença em brancos (65%) seguido de negros (32%) e pardos (3%). Evidenciou-se sobrepeso nos pacientes com IMC de  $27,4 \pm 4,8$  kg/m<sup>2</sup>. A distribuição da classificação radiológica da sarcoidose pulmonar mostrou 2 (3%) com sarcoidose grau 0, 25 (40%) grau I, 18 (29%) grau II, 8 (13%) grau III, e 9 (15%) grau IV. Mais da metade dos pacientes 53% apresentavam acometimento univisceral, 23% em dois órgãos, 5% e 2% em 3 e 4 órgãos respectivamente. O pulmão é o órgão mais acometido (94%) com linfadenopatias hilares bilaterais (69%), seguido de pele (32%), olhos (10%), cérebro (8%), coração (5%), fígado (3%) e baço (2%). 79% dos pacientes nunca fumaram, 21% são tabagistas abstêmios e 3% tabagistas ativos. Dentre os dados clínicos destacam-se: sintomas torácicos (62%) sendo as mais prevalentes: dispneia (56%), tosse seca (19%), tosse produtiva (11%) e dor torácica (1,6%). A espirometria foi realizada em 92% dos pacientes, com médias de CVF:  $2,75 \pm 0,82$  (80%  $\pm$  18%); VEF1:  $2,12 \pm 0,66$  (78%  $\pm$  16%) e relação VEF1/CVF:  $0,79 \pm 0,08$ . O valor do nível de cálcio sérico total foi  $9,65$  mg/dl  $\pm 0,54$  e dos níveis de calcúria foram  $107$  mg/L  $\pm 0,75$ , sendo que somente 2 (3%) e 5 (8%) dos pacientes mantêm cálcio sérico e calcúria, respectivamente, em níveis supranormais. A medicação de escolha e prednisona (76%) e o metotrexate (52%). O corticóide inalatório é usado por 38% dos pacientes. 33% dos pacientes nunca necessitaram de tratamento sistêmico. **Conclusão:** A população estudada possui características que se aproximam das encontradas nas séries mundiais publicadas, excetuando-se o predomínio da raça branca. Apesar da presença de alterações radiológicas compatíveis, com acometimento do parênquima pulmonar em boa parte deles, os pacientes apresentam, na média, função pulmonar normal, porém há necessidade de sempre estar atento ao envolvimento extrapulmonar pela doença, em função da potencial gravidade do quadro. Pode-se inicialmente observar a evolução da doença sem tratamento, especialmente para as formas pulmonares I, II e III. A porcentagem elevada de pacientes encontrados em tratamento atual, inclusive imunossupressor, pode ser decorrente de um viés de gravidade de nosso centro de referência terciário. O esquema de tratamento em nosso serviço tende a seguir uma abordagem consagrada, com emprego de corticosteroides como primeira linha de terapia.

**Palavras-chave:** Sarcoidose; sarcoidose pulmonar; granulomas epitelióides não caseosos

**PO178 RESPOSTAS CLÍNICAS E METABÓLICAS DE PACIENTES COM DPI DURANTE A CAMINHADA EM DIFERENTES VELOCIDADES**

**FRANCISCO BUSOLLI DE QUEIROZ\***; PEDRO SCHONS; MARCELO COERTJENS; CAROLINA UBER GHISI; DANILO CORTOZI BERTON; LEONARDO ALEXANDRE PEYRÉ TARTARUGA; GABRIELA FISCHER UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** Pacientes com DPI geralmente apresentam dispnéia ao esforço, causando intolerância ao exercício e prejuízos na qualidade de vida. A caminhada, sendo uma das formas básicas de locomoção, é afetada pela dispnéia. Além disso, a velocidade de caminhada auto selecionada (VAS) pode não ser a velocidade (V) na qual os pacientes apresentam menor custo de transporte (C), que expressa à quantidade de energia metabólica necessária para percorrer determinada distância. As respostas clínicas e metabólicas durante diferentes V de caminhada de pacientes com DPI têm sido pouco estudadas. O conhecimento dessas respostas poderia auxiliar na elaboração de um programa de reabilitação e condicionamento físico para esta população. **Objetivo:** comparar as respostas de variáveis clínicas e metabólicas na VAS com as V abaixo (-40%) e acima (+40%) da VAS. **Métodos:** Seis pacientes com DPI: 1 homem e 5 mulheres, com idade 60, 5±8, 9 anos, massa corporal 67, 9±10, 7 kg, estatura 153, 5±9, 9 cm e CPT 67, 9%±10, 6% participaram do estudo. No 1º dia foram realizados testes de função pulmonar e teste de exercício cardiopulmonar em esteira. No 2º dia foi realizado um teste em esteira sob registro de variáveis clínicas (Borg dispnéia; Borg de membros inferiores; SpO2) e metabólicas (VO2 e C) em três diferentes V: VAS, -40% da VAS (V1) e +40% da VAS (V3). Iniciou-se a coleta com cinco minutos de repouso em posição ortostática. Em seguida, os pacientes caminharam nas três V randomizadas durante cinco minutos. O intervalo entre elas foi de no mínimo cinco minutos. O teste ANOVA medidas repetidas foi utilizado para comparar as variáveis estudadas entre as três V. O nível de significância adotado foi de  $\alpha=0,05$ . **Resultados:** O valor absoluto da V1 foi 1, 75±0, 5 km·h<sup>-1</sup>, da VAS foi 2, 9±0, 9 km·h<sup>-1</sup>, e da V3 foi 4, 1±1, 3 km·h<sup>-1</sup>. Borg dispnéia (V1 3±3, VAS 3±3, V3 foi 5±3) e Borg de membros inferiores (V1 3±2, VAS 4±4 V3 4±3) não apresentaram diferença significativa ( $p>0,05$ ) entre as três V. A SpO2 foi significativamente menor ( $p=0,024$ ) na V3 (92±4%) em relação a V1 (87±4%). O C não apresentou diferenças significativas (V1 3, 83±1, 4 J·kg<sup>-1</sup>·m<sup>-1</sup>, VAS 3, 09±0, 9 J·kg<sup>-1</sup>·m<sup>-1</sup>, V3 2, 96±0, 86 J·kg<sup>-1</sup>·m<sup>-1</sup> ( $p>0,05$ ). O VO2, por outro lado, foi significativamente maior ( $p=0,038$ ) na V3 em relação a V1 (11, 95±2, 6 mL·kg<sup>-1</sup>·min<sup>-1</sup> x 7, 82±1, 08 mL·kg<sup>-1</sup>·min<sup>-1</sup>). Relativo ao VO2pico, a V3 apresentou uma intensidade média de 83±20% o que indica que mesmo em V absolutas baixas de caminhada (4 km·h<sup>-1</sup>) os pacientes com DPI apresentam sintomas clínicos importantes. **Conclusão:** Apesar do C e da dispnéia não apresentarem diferenças significativas entre as V estudadas, a V3 pode ser classificada como uma velocidade de intensidade alta para este grupo de pacientes do ponto de vista metabólico e clínico. Neste sentido, a VAS pode ser utilizada como uma forma de estabelecer a intensidade de caminhada em programas de reabilitação ou de condicionamento físico para pacientes com DPI.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar intersticial; custo de transporte; caminhada

**PO179 DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL CRÔNICA SECUNDÁRIA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: ASPECTOS CLÍNICOS E DE IMAGEM EM 11 PACIENTES.**

**MARIA DE FATIMA DO AMPARO TEIXEIRA\*<sup>1</sup>**; CAROLINY SAMARY SILVA LOBATO<sup>2</sup>; RAFAELA VIEIRA FERREIRA DA SILVA<sup>2</sup>; AURISTON FERRAZ DA COSTA<sup>2</sup>; DENISE DO AMPARO TEIXEIRA BOUÇO<sup>3</sup>

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. UNIGRANRIO BARRA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O lupus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune onde os órgãos sofrem lesões mediadas por autoanticorpos e imunocomplexos ligados aos tecidos. No pulmão causa doença nas vias aéreas, vasculites, tromboembolia, hipertensão pulmonar e doença pulmonar intersticial (DPI), sendo a pneumonia intersticial não especificada o padrão histopatológico mais freqüente.

**Objetivos:** Avaliar o quadro clínico-radiológico e a terapia dos pacientes com DPI crônica causada por LES. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos casos de LES encaminhados ao ambulatório de pneumologia-DPI do Instituto de Doenças do Tórax e HUCFF- UFRJ, de maio/2001 a julho/2016; sendo selecionados os casos de DPI crônica secundária ao LES e avaliados quanto à clínica e imagens, espirografia e terapia. **Resultados:** Onze dos 21 pacientes avaliados preencheram os critérios de inclusão. Todas eram do sexo feminino e a idade do diagnóstico de LES variou de 18 a 42 anos. O tempo entre o diagnóstico de DPI nas pacientes com LES foi de 0 a 16 anos, em 4 (36%) a DPI foi no início da doença junto a outros quadros sistêmicos do LES. Dispnéia ocorreu em todos os casos e tosse em 8 (73%). Constatou-se estertores crepitantes nas bases em 7 (64%). A TC de tórax mostrou opacidades em vidro fosco em 11 (100%), espessamento do septo interlobar em 8 (73%), bronquiectasias de tração em 6 (55%) e faveolamento em 4 (36%), especialmente nos lobos inferiores, pequenos focos de consolidação em 3 (27%), cistos em 3 (27%) e enfisema em 1 (9%). Houve predomínio nos lobos inferiores em 9 (82%) e difuso em 2 (18%). A espirometria realizada em 9 casos mostrou restrição em 5, sendo acentuada em 2, moderada em 1, leve em 1 e misto acentuado (restrição e obstrução) em 1 caso. Foi normal em 3 e havia obstrução leve numa paciente tabagista. Na DLCO realizada em 4 casos, observou-se redução muito acentuada em 3 e redução moderada em 1 caso. Todas foram tratadas com corticosteróides sistêmicos. Instituído em 6 (55%) pulsoterapia com ciclofosfamida, seguido de azatioprina (AZA); em 2 a resposta não foi satisfatória, numa delas a AZA foi substituída por micofenolato de mofetila (MMF) com melhora e na outra a AZA, após anos de uso, foi substituída por Rituximabe. Três (27%) foram tratadas com AZA, em duas houve melhora clínico-radiológica, a terceira foi tratada a seguir com MMF. Uma (9%) foi tratada com MMF (1g/dia) evoluindo com piora da DPI, mas com boa resposta após o aumento da dose (3g/dia). Uma paciente (9%) foi tratada com cloroquina. Duas (18%) pacientes evoluíram com hipertensão arterial pulmonar. Não houve óbito em decorrência direta da DPI. **Conclusão:** A DPI em geral ocorre anos após o diagnóstico de LES, mas pode ser uma das suas primeiras manifestações. Pacientes portadoras de LES com dispnéia e tosse devem fazer espirografia e TC de tórax para detecção precoce da DPI, as imagens em vidro fosco foram as mais comuns. A DPI no LES varia de leve a muito grave com hipoxemia e insuficiência respiratória. A resposta à terapia em geral é satisfatória com melhora clínica e/ou estabilização; no entanto cansaço aos esforços, alterações de imagem tais como vidro fosco, reticulações e faveolamento podem persistir por anos.

**Palavras-chave:** Doença intersticial; lupus eritematoso sistêmico; dispnéia

#### **PO180** MEDIASTINITE FIBROSANTE COMO CAUSA DE HEMOPTISE

**BLENDA NUNES ENDLICH\***; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; MARTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA; ALEXANDRE FRANCO AMARAL; FABIO EIJI ARIMURA; BRUNO GUEDES BALDI; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO HC-FMUSP / INCOR, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Mediastinite fibrosante é uma doença rara, caracterizada pela proliferação de tecido fibroso no mediastino, que tende a comprimir estruturas adjacentes e é desencadeada por diferentes etiologias, incluindo infecções fúngicas, particularmente a histoplasmose, além de tuberculose e outras etiologias mais raras como silicose, drogas e doenças autoimunes. Na ausência de causa definida, é caracterizada como idiopática. Relatamos um caso de mediastinite fibrosante com apresentação atípica. **Relato:** Mulher de 26 anos, natural e procedente do Rio Grande do Norte, do lar, com quadro de tosse seca desde 2009, sem outros sintomas sistêmicos. Em 2013, apresentou hemoptise maciça, sendo, tratada com esquema para tuberculose por 6 meses, sem confirmação microbiológica. Evoluiu com dois novos episódios de hemoptise nos anos subsequentes, em menor volume. Negava dispnéia, perda de peso, febre, dores articulares ou surgimento de lesões em pele durante esse período. Negava, também, doenças pulmonares na infância ou história de rinosinusites ou pneumonias de repetição. Tomografia de tórax mostrava imagem cavitada em lobo inferior direito, compatível com bronquiectasia; tecido com atenuação de partes moles infiltrativo envolvendo estruturas broncovasculares nos hilos pulmonares, sugestivo de mediastinite fibrosante; sinais de estreitamento de lúmen de ramo da veia pulmonar do lobo inferior esquerdo (LIE), com espessamento septal e opacidades em vidro fosco, compatíveis com congestão venosa local; não foram visualizados os ramos da artéria pulmonar para o lobo inferior direito. Broncoscopia sem sinais de sangramento ativo, mas visualizou mucosa hiperemiada, edema e ectasia de vasos em árvore brônquica direita e esquerda, mais pronunciadamente à esquerda. Apesar de epidemiologia positiva para histoplasma (exposição a morcegos por três anos), as sorologias para fungos foram negativas. Iniciado tratamento empírico com itraconazol e prednisona, evoluindo estável, sem novos episódios de hemoptise. **Discussão:** A mediastinite fibrosante é uma doença com curso clínico variável podendo ser desde assintomática, até evoluir com acometimento de esôfago, trato respiratório e grandes vasos, porém estenose de artéria e veia pulmonares são complicações incomuns. Não há tratamento específico, embora abordagens cirúrgicas possam ser necessárias para melhorar sinais e sintomas causados pelas obstruções. A paciente em questão apresentou estenose de veia pulmonar à esquerda e de artéria pulmonar à direita. Acreditávamos a princípio que a hemoptise tinha origem na área de bronquiectasia, mas após melhor avaliação, compreendemos que o foco do sangramento era o LIE devido à congestão. Optado pelo tratamento empírico para histoplasmose devido à epidemiologia positiva e à sua forte associação com mediastinite fibrosante. Este relato evidencia que a mediastinite fibrosante com acometimento vascular deve ser incluída no diagnóstico diferencial de hemoptise.

**Palavras-chave:** Mediastinite fibrosante; hemoptise; histoplasmose

#### **PO181** CORRELAÇÃO ENTRE A CAPACIDADE DE DIFUSÃO AO MONÓXIDO DE CARBONO E O TESTE DE WASHOUT DE

#### **NITROGÊNIO EM PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA**

**FERNANDO MEDEIROS ANSELMO\***; JULIO CESAR DELGADO CORREAL; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; CLAUDIA HENRIQUE COSTA  
HUPE/UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A Fibrose pulmonar idiopática (FPI) é, dentre as doenças intersticiais pulmonares, a mais comum. É caracterizada por uma doença pulmonar restritiva e pode ser acompanhada funcionalmente através da capacidade de difusão ao monóxido de carbono (DLco). Apesar de rara, vem despertando cada vez mais o interesse médico já que hoje conta com duas novas drogas aprovadas para o tratamento. O teste de washout de nitrogênio, em sua variável de manobra única, vem sendo utilizada com mais frequência na tentativa de métodos diagnósticos mais precoces das doenças pulmonares. **Objetivos:** Observar se há correlação na comparação entre os testes de washout de nitrogênio e capacidade de difusão ao monóxido de carbono em pacientes com FPI. **Métodos:** Foram realizados testes de função pulmonar (espirometria, capacidade de difusão ao monóxido de carbono e pletismografia) em 6 pacientes com fibrose pulmonar idiopática, com diagnóstico tomográfico, assistidos pelo ambulatório de doenças intersticiais pulmonares da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como parte do acompanhamento habitual dos pacientes, acrescido do teste de washout de nitrogênio (manobra única). **Resultados:** A DLco média dos pacientes foi de 52, 66% com a mínima de 11% e a máxima de 95%. Com relação ao Slope da fase III, a média foi de 14, 12 N2/L; a média do volume de fechamento foi de 11, 92% e do  $\Delta N_2$  750-1250mL foi de 7, 05%. A regressão linear entre as variáveis mostrou que ocorre uma relação inversamente proporcional entre o valor da DLco e do Slope da fase III ( $p < 0, 05$ ) e sugere uma relação diretamente proporcional ( $p = 0, 06$ ) entre a DLco e o  $\Delta N_2$  750-1250mL. **Conclusão:** Apesar da amostra reduzida, os resultados encontrados nesta pesquisa indicam que os pacientes com pior DLco, ou seja, com doença mais avançada, apresentam uma maior heterogeneidade da distribuição do nitrogênio, corroborando com os dados de uma doença mais avançada. Também evidencia-se que quanto menor a DLco maior a diferença da concentração de N2 entre 750 e 1250mL, sendo então um indicativo de comprometimento da arquitetura das pequenas vias aéreas.

**Palavras-chave:** Fibrose pulmonar idiopática; função pulmonar; teste de washout de nitrogênio

#### **PO182** DOENÇAS RELACIONADAS A IGG4: RELATO DE CASO.

**THAIZE FREITAS LINS RIBEIRO\***; DÉBORAH MADEU PEREIRA; LUIZ RENATO CARDINALI BREVIGLIERI; IGOR BASTOS POLONIO; DANIELA PRADO CASADEI; BRUNA CREMONA MARINHO CARLINI; MURILLO SALVIANO OLIVEIRA BARROS  
SANTA CASA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A doença relacionada a Ig G do tipo 4 é uma entidade caracterizada pelo aumento dos níveis séricos da imunoglobulina G do tipo 4, associado a tumorações ou infiltração tecidual de células plasmáticas ricas em IgG4. Pode acometer diversos órgãos e tecidos, variando dessa forma, sua sintomatologia. **Relato de caso:** L. C. S, 32 a, feminino, publicitária, há nove meses iniciou com quadro de tosse seca associada a dispnéia aos esforços e dor pleurítica em hemitórax esquerdo, Procurou o ambulatório de Pneumologia da Santa Casa SP, onde iniciou a investigação. Nos exames laboratoriais apresentou Hb/Ht 11/35, 4; VCM/HCM 75. 5/24. 6; plaquetas 452mil; VHS 20; PCR 15.

9; FAN 1: 60 (pontilhado fino), albumina 3. 2 e IgG 1628. Realizou uma radiografia de tórax, que evidenciou uma consolidação em segmento lingular que, na tomografia, assumia aspecto de massa com contornos imprecisos. Solicitada broncoscopia com biópsia transbrônquica, que não foi conclusiva, sendo realizada então, a biópsia a céu aberto. Na análise anatomopatológica, foi evidenciado um processo inflamatório crônico fibrosante com intenso infiltrado plasmocitário além de flebite obliterativa e, na imunohistoquímica, houve expressão da IgG 4 em mais de 50 % das células IgG positivas. **Discussão/Conclusão:** É uma condição inflamatória de etiologia pouco conhecida, caracterizada por infiltrados teciduais ou formação de pseudotumores em diversos órgãos. A doença foi inicialmente descrita no pâncreas, cujo comprometimento é o mais comum, porém pode acometer linfonodos, glândulas salivares, ductos biliares e, menos frequentemente, os pulmões. O comprometimento pulmonar pode se apresentar como um ou múltiplos nódulos, consolidações, linfonodomegalias mediastinais, intersticiopatias além de alterações pleurais. O diagnóstico definitivo é dado pela presença de duas das três principais características histológicas: denso infiltrado linfoplasmocitário; fibrose tecidual ( fibroblastos e miofibroblastos dispostos entre o infiltrado de células inflamatórias ) e flebite obliterante. Na análise imunohistoquímica, a expressão da IgG 4 em mais de 50 % das células IgG positivas além da dosagem sérica do IgG4, e a relação com IgG total corroboram com o diagnóstico. O tratamento preconizado é a imunossupressão com corticóide, com remissão dos sintomas e regressão das lesões em poucas semanas. O prognóstico geralmente é bom, porém há muitas dúvidas sobre evolução para lesões malignas, devendo ser realizados novos estudos para melhor elucidação.

**Palavras-chave:** Doenças; relacionadas; igg4

#### **PO183 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE COM ESCLEROSE TUBEROSA**

**LUCIANA ALVES DE OLIVEIRA LOPES\***; ARTHUR FELTRIN; CARLOS LUIS BOTTO ROSA; DÉBORAH MADEU PEREIRA; NAYARA SINELLI SIMÕES DA SILVEIRA

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

**Introdução:** A Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença rara, caracterizada por destruição pulmonar cística, angiomiolipomas sistêmicos e acometimento do sistema linfático, com predileção pelo sexo feminino. A doença pode ser isolada ou associada ao complexo esclerose tuberosa (CET). O CET é uma doença autossômica dominante, caracterizada pelo crescimento de hamartomas sistêmicos, resultando de mutações de genes supressores tumorais, levando a proliferação celular anormal. Acredita-se que o estrogênio atue na degradação de proteínas regulatórias, levando a proliferação celular desordenada. As alterações histológicas pulmonares, são decorrentes de proliferação de células musculares lisas imaturas, originando obstrução, aprisionamento de ar e lesões pulmonares císticas com conteúdo linfático. Clinicamente, a LAM se manifesta com dispneia progressiva, pneumotórax espontâneo de repetição, podendo ocorrer quilotórax. A radiografia de tórax pode apresentar padrão reticular simétrico e bilateral. A tomografia de tórax demonstra numerosos cistos pulmonares de paredes finas, arredondados, difusos, aprisionamento aéreo, adenomegalias mediastinais e hilares, e nódulos pulmonares. O diagnóstico pode ser clínico em mulheres, com achados radiológicos compatíveis e pelo menos um dos seguintes: angiomiolipomas, quilotórax, ou quiloascite, linfangioleiomiomas, envolvimento linfonodal

por células LAM ou esclerose tuberosa. Exames que podem auxiliar no diagnóstico são a biópsia transbrônquica e dosagem do VEGF-D (Vascular endothelial growth factor ), que encontra-se aumentado na LAM, e a biópsia a céu aberto O tratamento das doenças leves, é o suporte clínico. Já em doenças moderadas e graves, considera-se a terapia hormonal (progesterona em altas doses ou análogos do GnRH), uso de inibidores mTOR (sirolimus), em alguns casos, o transplante pulmonar. Há ainda estudos em andamento com o uso da com a doxiciclina, uma inibidora das metaloproteinases, estatinas e interferon, porém ainda sem consenso quanto ao uso. Caso clínico J. S., feminino, 41 anos, natural e procedente de São Paulo- SP, iniciou o quadro com surgimento de nódulos bem delimitados em face aos 03 anos de idade. Aos 12 anos, foi diagnosticada com Esclerose Tuberosa pela dermatologista. Há cerca de 02 anos, queixava-se de dor torácica ventilatório dependente, à esquerda, evoluindo com dispneia progressiva. Negava febre, tosse, astenia ou emagrecimento. Apresentava diagnóstico de Hipertensão Arterial controlada com losartana, e miomatose uterina. Negava tabagismo ou doenças pulmonares prévias. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, eupneica, com ausculta pulmonar com murmúrio vesicular abolido em base a esquerda. Iniciada investigação com radiografia de tórax, que visualizou derrame pleural a esquerda. Submetida a punção pleural com líquido leitoso com características de quilotórax. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou múltiplos cistos aéreos de paredes finas, esparsos por ambos os pulmões, medindo até 1, 5cm., além do derrame pleural a esquerda. Feito diagnóstico de LAM, e procedido inicialmente a administração da doxiciclina, porém houve progressão da doença e optado pelo uso do análogo de GnRH, ainda com pouca resposta ao tratamento. Conclusão A LAM é uma doença rara, com ampla variedade de tratamentos que contribuíram com o aumento da sobrevida em relação aos anos 90.

**Palavras-chave:** Linfangioleiomiomatose; esclerose tuberosa; intersticial

#### **PO184 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA**

**CARLOS LUIS BOTTO ROSA\***; DÉBORAH MADEU PEREIRA; ARTHUR FELTRIN; LUCIANA ALVES DE OLIVEIRA LOPES; NAYARA SINELLI SIMÕES DA SILVEIRA; ANDREA CARLA DE SOUZA CARLA CONTENÇAS; VANESSA FRANCINE CAMARGO DURELLO SANTA CASA SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A pneumonia eosinofílica crônica é caracterizada pela presença de infiltrado pulmonar com eosinofilia sanguínea e/ou tissular. A doença é mais comum em mulheres, não fumantes, entre 30 a 40 anos de idade, geralmente com história de atopia. Tem início insidioso, com intervalo de 4 ou 5 meses do início dos sintomas ao diagnóstico. Os principais sintomas são tosse produtiva, febre, dispneia, perda de peso e sudorese noturna. O diagnóstico é estabelecido com a presença de eosinófilos na biópsia pulmonar ou no lavado broncoalveolar, além disso, usualmente, a eosinofilia periférica está presente. O tratamento é realizado com a prednisona 0, 5 mg / kg / dia, com resposta em até 48 h, com melhora dos sintomas e das imagens radiológicas, e deve ser mantida geralmente por 4 a 6 semanas. O prognóstico é bom, mas a recidiva é comum. Caso clínico Paciente do sexo masculino, 69 anos com história pregressa de asma, diagnosticada há 4 anos, em uso irregular de formoterol+budesonida; diabetes mellitus não insulino dependente em uso de metformina, deu entrada no Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo apresentando dispneia progressiva há 9 meses, evoluindo

para os mínimos esforços há 1 semana. Associado tinha história de episódios de infecções de vias aéreas superiores frequentes no período e um episódio de pneumonia bacteriana com necessidade de internação hospitalar. Negava perda de peso, febre ou sudorese noturna. Na entrada, apresentava ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, com estertores crepitantes até terço médio bilateral e saturação de O<sub>2</sub> de 86% em ar ambiente. Exames complementares mostrava hemograma com 21mil leucócitos sendo 48% (10800) de eosinófilos; tomografia de tórax, com opacidades em vidro fosco bilaterais difusas confluentes e micronódulos esparsos. Realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar, evidenciando raros eosinófilos e numerosas bactérias e biópsia transbrônquica inconclusiva. Optado então, pela realização da biópsia a céu aberto que evidenciou processo inflamatório rico em eosinófilos e macrófagos sugestivo de pneumonite eosinofílica. Introduzida corticoterapia sistêmica, com melhora progressiva do quadro clínico, radiológico e laboratorial. Hoje paciente segue em acompanhamento ambulatorial, com melhora total do quadro, já sem uso de corticoterapia sistêmica. Conclusão A pneumonia eosinofílica crônica é uma doença pouco comum, porém deve ser considerada dentre os diagnósticos diferenciais em pacientes com história prévia de atopia que desenvolve o quadro clínico de insuficiência respiratória aguda.

**Palavras-chave:** Pneumonias eosinofílica; doenças intersticiais; eosinofilia

#### **PO185 PNEUMONIA NÃO ESPECÍFICA E POEIRA DE REFORMA DO METRÔ**

**LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; LUANA FORTES FARIA; HELENO PINTO DE MORAES; LEONARDO PALERMO BRUNO; THIAGO THOMAZ MAFORT; JOSE GUSTAVO PUGLIESE; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES**  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Em 2002, foi publicado o consenso internacional de doenças intersticiais que reconheceu a pneumonia intersticial não específica (NSIP) como um padrão histológico com graus de inflamação na parede alveolar ou/e fibrose, tendo a uniformidade temporal a sua característica mais marcante. Em muitos casos (até 20%), a NSIP está associada com organização pneumônica criptogênica (COP). Esse padrão histopatológico é frequente em doenças do tecido conjuntivo (DTC), necessitando de acompanhamento por anos, caso a sintomatologia seja exclusiva de sintomas respiratórios e a pesquisa sorológica para doenças reumáticas não auxilie no diagnóstico definitivo. **Relato de caso:** Mulher de 31 anos, há 2 anos trabalhando em alojamento da construção civil de obras metrô, com quadro de dispneia progressiva nos últimos 8 meses, estando na internação com classe funcional III (OMS). Negava uso de medicamentos e contato com pássaros e mofos. Os exames demonstravam que as sorologias para doenças reumáticas foram negativas e os métodos complementares cardiovasculares foram sem alterações significativas. A saturação de oxigênio em repouso e no ar ambiente foi 92%, que rapidamente reduzia para 86%, após 30 metros de caminhada. A tomografia de tórax evidenciava infiltrado pulmonar em vidro fosco difuso, que ocupava homoganeamente todos os lobos. Na biópsia pulmonar, o padrão de pneumonia intersticial não específica foi evidenciado. Iniciado tratamento com prednisona 1mg/kg, com melhora progressiva da dispneia (classe funcional III para I) e recuperação da normalidade em repouso da oximetria (97%). **Conclusão:** A doença NSIP é um novo

desafio clínico. Como o padrão histológico é comum nas doenças do colágeno, há a necessidade de monitoração sorológica. Quando idiopática, como no caso apresentado, o prognóstico é muito variável. A fibrose denotará uma redução da sobrevida, que é superior à da fibrose pulmonar idiopática (FPI). Diferente da FPI, o corticosteroide é o medicamento de escolha, com recrudescência da sintomatologia na maioria das apresentações, como no nosso caso. Não encontramos relatos na literatura médica de padrão histológico NSIP relacionado as poeiras inorgânicas.

**Palavras-chave:** Fibrose pulmonar; nsip; poeira

#### **PO186 PERFIL DOS PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA DO AMBULATÓRIO DE PNEUMOPATIAS INTERSTICIAIS DO HOSPITAL PEDRO ERNESTO - RJ**

**LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; LUANA FORTES FARIA; RAFAEL VARGAS DA SILVA; BRUNA MACEDO PINTO; JOSE GUSTAVO PUGLIESE; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES**

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A Fibrose pulmonar idiopática (FPI) é definida como uma forma de pneumonia intersticial fibrosante crônica, progressiva, de etiologia desconhecida, que ocorre primariamente em adultos mais idosos, predominantemente entre a sexta e sétima década de vida, limitada aos pulmões, e associada ao padrão histológico de pneumonia intersticial usual (PIU). A sobrevida média a partir do início dos sintomas é de 2, 8-4, 2 anos. Vários fatores de risco têm sido associados com a FPI; entretanto, ainda não há evidências de uma relação direta entre os quadros de microaspirações ou infecções. Em até 5% dos casos há história familiar de FPI. Alguns estudos têm sugerido que a exposição a outras poeiras inorgânicas que não o tabaco, podem levar uma propensão a doença, tais como materiais pesados e sílica. **Objetivos:** Reconhecer o perfil dos pacientes com fibrose pulmonar idiopática atendidos na nossa instituição e identificar possíveis fatores de mau prognóstico nessa população. Material e método Feita análise retrospectiva aleatória de prontuários dos pacientes com diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática acompanhados no ambulatório de Pneumologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Resultados Foram analisados os dados de 53 pacientes com diagnóstico de FPI, sendo 51% mulheres, com média de idade de 66, 9 anos. Verificamos que 60, 3% eram brancos e 29 dos 53 pacientes referiram perda ponderal no início do quadro. Para chegar ao diagnóstico etiológico 33% dos pacientes realizaram biópsia pulmonar. Pacientes com história de tabagismo somaram 58% dos casos. Foi colhida história familiar de doença reumatológica com comprometimento pulmonar ou de FPI em 13% deles. A média da capacidade vital forçada (CVF) durante o diagnóstico era de 67%, com queda para 65% entre a primeira e segunda prova de função realizada pelo paciente. Conclusões A Fibrose pulmonar idiopática (FPI) constitui uma doença com alta mortalidade e morbidade, com prognóstico ruim ao longo do tempo. A análise de uma amostra dos nossos pacientes confirma a relação do tabagismo com a patogênese da FPI já que estava presente em mais da metade dos casos. No entanto, houve acometimento semelhante entre os sexos. Metade dos pacientes apresentaram perda ponderal no momento do diagnóstico, reforçando a gravidade desta doença, e um percentual substancial (13%) relatou a presença de doença intersticial pulmonar em outro membro da família. O conhecimento desta doença deve ser aprimorado já que atualmente existem medicamentos para o seu tratamento.

**Palavras-chave:** Fibrose pulmonar; biópsia; capacidade vital

**PO187 PNEUMONIA INTERSTICIAL NÃO ESPECÍFICA COMO EXPRESSÃO INICIAL DE PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE E POSTERIOR DESENVOLVIMENTO DE DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO**

**FERNANDA MAYUMI NOMURA\*<sup>1</sup>; LEONARDO IGNACIO CAÇÃO<sup>2</sup>; GUILHERME NOGUEIRA SPINOSA<sup>2</sup>; FLÁVIO VIEIRA DE FÁRIA<sup>2</sup>; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO<sup>2</sup>; MARIANA SILVA LIMA<sup>2</sup>; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA<sup>2</sup>; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES<sup>2</sup>**

1. *HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL*; 2. *HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO/AMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL*.

**Introdução:** São questionados se mecanismos autoimunes possam ser o gatilho para o desenvolvimento e progressão da pneumonite por hipersensibilidade (PH). Num estudo recente, 15% dos pacientes com PH apresentavam diagnóstico de alguma doença imunomediada ou achados clínicos e/ou sorológicos de autoimunidade. Doenças do tecido conjuntivo (DTC) podem ser precipitadas por exposições ambientais: o fumo do cigarro pode ser um coadjuvante para o desenvolvimento da artrite reumatoide (AR) e trabalhadores expostos à sílica apresentam maior risco de desenvolver AR e esclerose sistêmica; foi constatado um aumento na incidência de doenças autoimunes em pessoas que trabalharam no socorro das vítimas da explosão do World Trade Center em 11/9/2001. **Relato de caso:** ♂, 38 anos, apresentou-se em 1998 com quadro de dispneia, sibilância, emagrecimento e poliartralgia. Hipertensão, ex tabagista 7 maços-ano, exposição a pássaros e mofo. Ao exame físico: estertores finos nas bases pulmonares e poliartrite. Função pulmonar: CVF 59%; VEF1 60%; VEF1/CVF 84%; PaO<sub>2</sub> 49 mmHg. Tomografia de alta resolução do tórax: opacidades reticulares e em vidro fosco. Provas reumatológicas negativas. Biópsia pulmonar cirúrgica: pneumonia intersticial não específica com fibrose (PINE), sendo estabelecido o diagnóstico de PH e instituído tratamento com prednisona e ciclofosfamida. Paciente foi orientado a evitar exposição ambiental e a receber oxigenoterapia domiciliar. Ao longo dos anos, ele evoluiu com melhora dos volumes pulmonares e da troca gasosa, não precisando mais da oxigenoterapia. Em 2015, o paciente apresentou poliartrite e rigidez matinal, preenchendo critérios para o diagnóstico de síndrome de superposição – FR 296; anti CCP positivo; FAN 1/1280 pontilhado centromérico; anti Sm 9, 4; capilaroscopia ungueal: padrão SD. **Conclusão:** A presença da poliartrite, o padrão anatomopatológico de PINE e a boa resposta à terapia imunossupressora no caso que apresentamos são dados que já apontavam, no momento do diagnóstico da DPI, para um provável mecanismo autoimune, que foi corroborado depois de 17 anos com a presença de marcadores sorológicos de autoimunidade e o diagnóstico de síndrome de superposição. Não podemos descartar, no entanto, que a exposição a antígenos ambientais possa ter sido o gatilho para a variedade de respostas autoimunes expressas em nosso paciente.

**Palavras-chave:** Pneumonite por hipersensibilidade; doença do tecido conjuntivo; pneumonia intersticial não específica

**PO188 ASPERGILOMA COMPLICANDO DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL: RELATO DE TRÊS CASOS**

**LEONARDO IGNACIO CAÇÃO\*<sup>1</sup>; FERNANDA MAYUMI NOMURA<sup>1</sup>; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO<sup>2</sup>; MARIANA SILVA LIMA<sup>2</sup>; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA<sup>2</sup>; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES<sup>2</sup>**

*HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Aspergillus pode crescer em lesões escavadas pré existentes ou lesão pulmonar bolhosa, sendo mais comumente observado pós tuberculose. A ocorrência de aspergiloma ou micetoma em doenças pulmonares intersticiais (DPI) é variável, sendo mais comum em sarcoidose estágio IV. Relatamos três casos de aspergiloma em DPI fibrosante, sendo um deles sarcoidose fibrocística. 1º caso: ♀, 70 anos, internada por insuficiência respiratória (IResp) aguda em 2005. Tomografia de alta resolução (TCAR) do tórax vidro fosco difuso junto a áreas de fibrose. Biópsia transbrônquica com infiltrado linfoplasmocitário com eosinófilos em parede de vias aéreas, proliferação de tecido conjuntivo jovem em vias aéreas e macrófagos xantomatosos compatível com lesão pulmonar por amiodarona, tratada com metilprednisolona seguida por prednisona, evoluindo com abscesso pulmonar que deixou cavidade residual em lobo superior esquerdo (LSE). No acompanhamento, a paciente apresentou sinais de autoimunidade (FR 210 e artrite) sendo tratada por reumatologista com imunossupressores (azatioprina, ciclofosfamida e tacrolimus). Em 2011, evoluiu com piora dos achados de fibrose, espessamento da parede da bolha do LSE preenchida por material com densidade de partes moles. Anticorpos contra aspergillus positivo no sangue, presença do fungo no escarro com cultura positiva. Tratada com itraconazol seguida de voriconazol, indo a óbito em 2015 por IResp. 2º caso: ♀, 68 anos, ex-tabagista, diagnóstico de DPI secundária à AR em 2002 (padrão de pneumonia intersticial usual e enfisema). Uso de azatioprina, cloroquina e metotrexato. Em 2010, iniciado prednisona e ciclofosfamida por piora clínica e radiológica. Suspensão de ciclofosfamida devido ao aparecimento de imagem em meia lua crescente no lobo superior direito (LSD), sugestiva de aspergiloma, confirmado por sorologia (tratamento com itraconazol). Evoluiu para óbito em 2012 por IResp. 3º caso: ♀, 54 anos, uveíte granulomatosa e fibrose pulmonar nos ápices pulmonares, sendo diagnosticada com sarcoidose grau IV por biópsia transbrônquica em 2003. Tratamento com corticóide oral. Em 2013, houve surgimento de imagem nodular com densidade de partes moles no LSD, compatível com bola fúngica. Em 2015, houve um aumento do aspergiloma e foi iniciado tratamento com itraconazol que se mantém até o momento. **Conclusão:** A necessidade de imunossupressores em indivíduos com DPI pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de complicações infecciosas. Todos os casos descritos ocorreram na vigência de imunossupressores, com aparecimento na TC do sinal da meia lua crescente compatíveis com aspergiloma em lesões císticas secundárias à fibrose (dois casos) e lesão bolhosa residual após abscesso pulmonar (um caso). O manejo do aspergiloma permanece um desafio, e o prognóstico do paciente depende da gravidade da DPI e aspergilose.

**Palavras-chave:** Aspergiloma; fibrose pulmonar; sarcoidose

**PO189 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA**

**AMANDA SIRTOLI SILVA<sup>1</sup>; VANESSA MENDES DE RESENDE<sup>1</sup>; KEYDSON SOUSA SANTOS<sup>1</sup>; ANDREYA PEREIRA FURRIEL<sup>1</sup>; WILLIAN JOSE MENDONÇA SERPA RODRIGUES<sup>1</sup>; ANDREI AUGUSTO ASSIS DE CAMPOS CORDEIRO<sup>1</sup>; MARIA RAQUEL SOARES<sup>1</sup>; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA<sup>1</sup>**  
*UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Pneumonia eosinofílica aguda (PEA) é uma doença pulmonar inflamatória rara, marcada por um quadro febril agudo, hipoxemia, infiltrado pulmonar difuso e eosinofilia pulmonar. **Relato de caso:** Masculino, 35 anos, não tabagista. Dispneia progressiva e tosse seca há 2



meses. Há 15 dias apresentou piora da dispnéia, atualmente mMRC4, astenia e febre não medida. Perda de 6 kg no período. Sem antecedentes pessoais significativos. Exame físico: grasnido em 1/3 médio de pulmão direito. Frequência respiratória de 32 irpm. Saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) = 87%. Frequência cardíaca de 114 bpm. Sem outras anormalidades. TCAR: Áreas de atenuação em vidro fosco, com espessamento dos septos interlobulares, formando aspecto de pavimentação em mosaico. Linfonodomegalia hilar e mediastinal. Exames laboratoriais: Hb=18, 5 g/dl; Ht=54, 3%; Leucograma=18. 200/ul; Eosinófilos=12%; Plaquetas=329. 000/ul. Gasometria arterial em ar ambiente: pH=7, 405; pO<sub>2</sub>: 55, 4; pCO<sub>2</sub>: 36, 6; HCO<sub>3</sub>: 22, 5; BE: -1, 2 sO<sub>2</sub>: 87, 8 %. VHS= 3mm. Protoparasitológico e coprocultura negativas. Broncoscopia: Neutrófilos 28%; Linfócitos 9%; Eosinófilos 55%; Macrófagos 4 %. Culturas de LBA negativas. Anatomopatológico: eosinofilia tecidual pulmonar. Iniciado corticoide com prednisona 40mg/ dia, com melhora clínica e laboratorial. **Discussão:** PEA pode ser idiopática ou secundária ao uso de drogas, agentes tóxicos, infecção parasitária ou outras causas infecciosas. Os sintomas mais comuns são: dispnéia (leve a insuficiência respiratória), febre e tosse seca. Tem gravidade clínica variável. O diagnóstico é feito pela presença de quadro clínico compatível e achado típico no LBA (eosinófilos > 25%) ou pneumonia eosinofílica na biópsia pulmonar. O tratamento consiste em corticóide, com resposta clínica rápida, sem progressão para fibrose. **Referências:** Brackel C L H et al. Lancet 2015; 385: 1150. Larrañaga J M, et al. Sarcoidosis vasculitis and diffuse lung diseases 2016; 33: 95-97. Rom W N, et al. Am J Respir Crit Care Med Vol 166. pp 797-800, 2002.

**Palavras-chave:** Eosinofilia; hipoxemia; corticoide

#### **PO190 LÍQUEN PLANO E BRONQUIOLITE OBLITERANTE: UMA SÍNDROME PARANEoplÁSICA**

**LAENE SOUSA RIBEIRO\*<sup>1</sup>; DANIELA GRANER SCHUWARTZ TANNUS-SILVA**

*HOSPITAL DAS CLÍNICAS/GO, GOIANIA, GO, BRASIL.*

**Introdução:** Síndromes paraneoplásicas são distúrbios neurológico, hormonal ou hematológico associados com neoplasias malignas sem estar diretamente associado à invasão pelo tumor primário ou por metástases. Algumas alterações cutâneas podem ser a chave para o diagnóstico de doenças sistêmicas e são a segunda síndrome paraneoplásica mais comum. **Relato de caso:** Paciente masculino, 49 anos, iniciou em maio de 2014 quadro de dispnéia com piora progressiva. Evoluiu com dispnéia aos pequenos esforços, tosse e sibilância ocasional. Antecedente de leucemia mielóide crônica há 2, 5 anos em remissão com uso de Imatinib. Nega pneumopatia prévia. Nega tabagismo e etilismo. Trabalha no setor administrativo de um hospital. Ao exame físico apresentava-se com murmúrio vesicular diminuído com sibilos expiratórios esparsos, SpO<sub>2</sub> 93% em ar ambiente. Mácúlas hiperocrômicas em membros superiores. Ecocardiograma normal. Prova de função pulmonar com distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado com capacidade vital reduzida (VEF1/ CVF 48%, VEF1 16%, CVF 34%) e capacidade de difusão do CO normal. Realizado Angiotomografia de tórax com cortes de alta resolução que mostrou sinais de acometimento de vias aéreas de médio calibre e bronquiolectasias esparsas e descartou TEP. Biópsia de lesões de pele foi compatível com líquen plano e Broncoscopia com biópsia mostrou presença de fibrose, fibras musculares lisas e discreto infiltrado linfocitário que podem corresponder a área de bronquíolo comprometido por bronquiolite. Diante do

quadro foi iniciado corticoterapia oral em dose alta (1mg/Kg), sem resposta clínica. Após, fez uso de corticóide inalatório, broncodilatador e corticóide oral e manteve sem resposta clínica. Optado por curso de pulsoterapia com ciclofosfamida e corticóide e encaminhado para transplante de pulmão, porém, devido diagnóstico de leucemia paciente não foi aceito na triagem de transplante. **Discussão:** Síndrome paraneoplásica cutânea é um importante marcador clínico que pode preceder, ocorrer simultaneamente ou após o diagnóstico de neoplasia. Mais de 50 dermatoses tem sido relacionadas com processo neoplásico sobreposto. Pênfigo paraneoplásico é uma dermatose bolhosa auto-imune, caracterizada por lesões de pele e erosões mucosas graves, associadas a neoplasias hematológicas. Habitualmente surgem lesões mucosas e após as lesões de pele (semelhantes ao pênfigo vulgar, pênfigo foliáceo, líquen plano, eritema multiforme e síndrome de Stevens-Johnson). Histopatológico mantém correlação com a morfologia das lesões clínicas. Os pacientes com pênfigo paraneoplásico podem desenvolver um quadro de bronquiolite obliterante caracterizada por tosse seca e dispnéia que decorre da deposição de auto-anticorpos no epitélio brônquico, levando a processo inflamatório e fibrose peribronquiolar, com posterior estenose, e pode levar a falência respiratória e óbito. O aparecimento é tardio e pode persistir após exérese do tumor e de imunossupressão. Baseado na literatura paciente foi diagnosticado com Síndrome paraneoplásica auto-imune multiórgão associado ao quadro de neoplasia hematológica prévio. Diversos tratamentos podem ser feitos como corticóide isolado ou associado a imunossupressor (azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina), plasmaférese. As lesões cutâneas geralmente respondem bem e as lesões mucosas e brônquicas são refratárias. Para insuficiência respiratória secundária a bronquiolite, a única opção terapêutica é o transplante pulmonar.

**Palavras-chave:** Bronquiolite; líquen plano; síndrome paraneoplásica

#### **PO191 BIÓPSIA PULMONAR CIRÚRGICA (BPC) EM PACIENTES COM PADRÃO DE POSSÍVEL PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL (PIU) NA TOMOGRAFIA (TC) DE TÓRAX – RESULTADOS PRELIMINARES**

**REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA\*<sup>1</sup>; MARIA RAQUEL SOARES<sup>1</sup>; ELIANE VIANA MANCUZO<sup>2</sup>; KARIN MULLER STORRER<sup>1</sup>; LILIAN TIEMI KURANISHI<sup>1</sup>; ISRAEL MISSRIE<sup>1</sup>; RIMARCS GOMES FERREIRA<sup>1</sup>; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA<sup>1</sup>**

*1. UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Introdução:** O padrão de possível PIU na TC tórax é caracterizado por opacidades reticulares de predomínio basal e periférico, sem a presença de faveolamento e sem achados inconsistentes. Estudos recentes realizados no exterior sugerem que a BPC poderia ser evitada desde que afastadas outras causas potenciais que poderiam ter diagnóstico diferente de PIU à BPC. Porém, estes estudos apresentaram sérios vieses de seleção. Além disso, no Brasil, a pneumonite de hipersensibilidade crônica (PHC) é muito frequente, podendo resultar neste padrão tomográfico em muitos casos. **Objetivo:** Avaliar os diagnósticos finais determinados por BPC e discussão multidisciplinar (DMD) em um grupo de pacientes com possível PIU na TC tórax. Métodos Estudo retrospectivo que incluiu pacientes com padrão possível PIU na TC tórax e que foram submetidos à BPC. Os casos foram selecionados de centros de referência em doenças pulmonares intersticiais (DPI). As TCs foram revistas por 1 radiologista e 2 pneumologistas com experiência em DPI. A classificação do padrão final da TC

de tórax foi obtida por consenso. As biópsias foram revistas por patologistas com experiência em DPI. Os diagnósticos clínicos finais foram feitos após DMD. Resultados Foram incluídos 23 pacientes: 15 homens e 8 mulheres. A média de idade ao diagnóstico foi de  $65 \pm 6$  anos (47-74 anos). História de tabagismo esteve presente em 10 (44%) dos casos. 15 (65%) pacientes apresentavam dispneia ao tempo do diagnóstico. A média da CVF basal em valores absolutos e porcentagem do previsto foram, respectivamente, de  $3, 10 \pm 0, 63L$  e  $85 \pm 14\%$ . Os diagnósticos finais e sua frequência, após revisão e discussão multidisciplinar (DMD) foram: PHC= 7 (30%), fibrose pulmonar idiopática (FPI=6, 26%), pneumonia intersticial não-classificada (PINC=4, 17%), pneumonia intersticial com achados autoimunes (PIAAI=2), fibrose pulmonar familiar (FPF=1), talcose (1), aspiração crônica (1) e doença tabaco-relacionada (DTR) 1). Em 8 (34%) casos o diagnóstico histológico foi de PIU, que incluíam além dos pacientes com FPI, outros 2 casos cujos diagnósticos finais foram de PIAAI e FPF. Exposição para PHC foi relatada em 14 (60%) casos. Nestes, o diagnóstico final de PHC foi confirmado em 50% dos casos. Excluindo-se os pacientes com exposição para PHC, 5 de 9 (56%) tiveram diagnóstico final de FPI. A média de idade foi maior no grupo com PIU na BPC:  $68 \pm 4$  anos versus  $63 \pm 7$  anos no grupo não-PIU ( $t = 2, 1, p = 0, 048$ ). Ocorreram 6 óbitos ao final do acompanhamento, nos casos com os seguintes diagnósticos: FPI (2), PINC (1), PHC (1), talcose (1), DRGE (1). Conclusão Em pacientes com condições clínicas para realização de BPC, esta deve ser indicada quando o padrão na TC tórax for de possível PIU. Estes achados deverão ser confirmados em número maior de casos, em estudo em andamento.

**Palavras-chave:** Tc tórax; piu; pneumonite de hipersensibilidade

#### **PO192 RELATO DE CASO: SÍNDROME RELACIONADA A IGG4 COM ACOMETIMENTO PULMONAR**

**FERNANDA MARIA PINHEIRO MACHADO NOGUEIRA\*; CAMILA NESSO; AMANDA SIRTOLI SILVA; VANESSA MENDES DE RESENDE; ANDREYA PEREIRA FURRIEL; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; TATHIANE NOTTOLI NOTTOLI FLORIO**

*ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Síndrome relacionada a IgG4 é uma doença inflamatória crônica e fibrótica, de curso indolente, caracterizada por infiltração de linfócitos, células plasmáticas positivas a IgG4 e geralmente níveis séricos elevados de IgG4. Pode afetar múltiplos órgãos e mimetiza doenças infecciosas, malignas e inflamatórias. Descrevemos um paciente com a síndrome o qual apresenta comprometimento pulmonar. Caso Clínico Masculino, 51 anos, relata dispneia progressiva, tosse produtiva e dor retroesternal há 3 meses. Ao exame físico, apresenta taquipneia com ausculta de estertores finos em terço inferior do tórax bilateralmente e SpO<sub>2</sub> 89%. Antecedentes pessoais: amaurose em olho esquerdo há 8 anos sem etiologia definida; linfonodomegalia associada à sialoadenite há 4 anos em investigação e nefropatia crônica há 1 ano. Biópsia de linfonodo inguinal esquerdo revelou hiperplasia linfoide folicular, plasmocitose e eosinofilia nas regiões interfoliculares. Biópsia renal: nefrite túbulo-intersticial com infiltração linfoplasmocitária e eosinofilia. Foram excluídas infecções, malignidades e exposições ambientais. Sorologias e provas reumatológicas negativas. Tomografia de tórax: vidro fosco com distribuição difusa e heterogênea, espessamento septal e linfonodomegalias paratraqueais e hilares. Lavado

broncoalveolar com predomínio de linfócitos (57%) e biópsia transbrônquica com fibrose e inflamação linfocitária septal alveolar. A imunohistoquímica revelou ausência de IgG4. Exames laboratoriais: hipocomplementemia, eosinofilia, IgG 2334 mg/ml e IgG4 1114 mg/ml (VR 8-140). Introduzido corticoide oral com resposta significativa, recebendo alta hospitalar com oxigenoterapia domiciliar. No ambulatório foi iniciado imunossupressor (azatioprina) e segue em acompanhamento. **Discussão:** A doença imunomediada por IgG4 pode envolver pâncreas, ducto biliar, glândulas lacrimais, salivares, tireóide, pulmão, trato gastrointestinal, rins e retroperitônio. Ainda não há um critério universal para definição diagnóstica. Achados pulmonares frequentes são linfadenopatias hilares e mediastinais, espessamento peribroncovascular e septal interlobular, espessamento e derrame pleural, áreas em vidro fosco e nódulos pulmonares. O presente caso apresenta alterações compatíveis com os critérios de probabilidade propostos por Matsui et al.: imagem de tórax, IgG sérico > 135, acometimento de outros órgãos e hipocomplementemia. O tratamento inicial é realizado com corticoide e, caso seja necessário manutenção, são utilizados imunomoduladores ou imunobiológicos, como rituximab. **Referências:** 1. Kamisawa, T et al. Lancet 2015; 385: 1460–71. 2. Matsui, S et al. Resp Investigation 2016; 54: I30- I32. 3. Stone, JH et al. N Engl J Med 2012; 366(6): 539-551.

**Palavras-chave:** Igg4; interstício; auto-imune

#### **PO193 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR EM PACIENTE COM IMUNODEFICIÊNCIA PARCIAL DE IGA E MENINGOENCEFALITE CRIPTOCÓCICA**

**MARIANA CARNEIRO LOPES\*; FELIPE CARDOSO MATSUURA; THIAGO BARBOSA PEIXOTO; GABRIEL FERREIRA SANTIAGO; RAFAEL CARVALHO AMORIM**

*NORTE DOR, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A proteinose alveolar pulmonar é uma desordem rara, caracterizada pelo acúmulo de material lipoproteínico no interior dos alvéolos, interferindo significativamente nas trocas gasosas. Apresentamos um caso de um paciente diagnosticado com meningoencefalite criptocócica disseminada, portador de imunodeficiência parcial de IgA associada a proteinose alveolar. **Relato de caso:** Homem, 31 anos de idade, negro, natural do Rio de Janeiro-RJ, 2º grau completo, solteiro, morador da Padre Miguel-RJ, homossexual, estilista social, nega tabagismo e uso de drogas ilícitas. Admitido no Hospital Norte D'or com quadro de cefaleia e nalgia há cerca de 3 meses, sendo realizado tratamento ambulatorial para sinusite sem melhora, até que em abril de 2014 foi internado devido a crise convulsiva. Na ocasião recebeu diagnóstico de meningite criptocócica, confirmada com cultura positiva no líquido. Realizado tratamento com anfotericina B e orientado a seguir acompanhamento ambulatorial. Três dias após a alta hospitalar retorna com cefaleia intensa, associada a fadiga, dispneia, tosse e febre não aferida sendo novamente internado para investigação. Exame físico: Regular estado geral, consciente e orientado no tempo e espaço, eufônico, taquicárdico, hipocorado 2+/4+, desidratado 2+/4+. Laboratório apresentando, anemia e PCR levemente elevado. Punção lombar compatível com criptococose. Tomografia computadorizada de tórax apresentando área de infiltrado em vidro fosco com espessamento septal inter e intralobular. Sorologias virais, inclusive com inúmeros anti-HIV, e marcadores reumatológicos negativos, sorologias para criptococose neoformans positiva 1/1024. RNM de crânio com espessamento e realce leptomenigeo difuso, mais evidente em lobos parietais, compatível com

leptomeningite, imunoglobulina IgA do dia 08/07/2014 de 42mg/dl e do dia 20/08/2014 de 30mg/dl (VR: 70 a 400mg/dl), broncoscopia com culturas, pesquisa para fungos, BAAR, citologia oncológica, pcr tuberculose negativos, eletroneuromiografia compatível com polineuropatia sensitivo-motora com padrão axonal, biopsia e aspirado de MO sem alterações significativas, biopsia de pulmão compatível com proteinose alveolar. Paciente foi tratado com, fase de indução com Anfotericina B durante 61 dias e consolidação com Fluconazol 400mg 12/12horas durante 8 semanas e manutenção com Fluconazol 200mg/dia durante 6 meses. Evoluiu com melhora clínica e laboratorial recebendo alta hospitalar para acompanhamento.

**Conclusão:** Normalmente a proteinose alveolar pulmonar com comprometimento do sistema nervoso central está associada a infecções oportunistas tendo seu principal agente etiológico a *Nocardia* sp., atualmente existem raros casos relatados onde o agente etiológico é o *Criptococo*. Podemos relatar que a proteinose alveolar pulmonar esta intimamente associada as infecções secundárias aumentando a morbi-mortalidade.

**Palavras-chave:** Proteinose alveolar; imunodeficiência parcial de iga; meningoencefalite criptococica

#### **PO194 PULSOTERAPIA EM PACIENTE COM PNEUMONIA INTERSTICIAL AGUDA SECUNDÁRIA A TOXICIDADE A QUIMIOTERAPIA**

**ABEL DE BARROS ARAÚJO FILHO\*;** VALÉRIA TAKEUCHI OKINO;  
**FERNANDO RODRIGUES DA CAMARA OLIVEIRA;** ANNA CAROLINA POMPERMAYER CORADELLI  
*FMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Toxicidade pulmonar a quimioterápicos é uma entidade potencialmente grave e de difícil diagnóstico, pois o quadro clínico, laboratorial, radiológico e anatomopatológico é inespecífico e os pacientes oncológicos, de um modo geral, podem apresentar sintomas respiratórios secundários a outras condições, usualmente mais comuns, como: progressão da doença, insuficiência cardíaca, infecções e embolia pulmonar. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 57 anos, internada em unidade de emergência por falta de ar. Portadora de neoplasia de mama direita, tendo iniciado quimioterapia (QTx) neoadjuvante há 5 meses com adriamicina + ciclofosfamida (4 ciclos) e posteriormente docetaxel + trastuzumab (3 ciclos) nos últimos 2 meses. No D15 do 7º ciclo, procura atendimento com queixa de tosse seca, dispneia aos mínimos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna iniciados há 1 semana da admissão, com piora nos últimos 3 dias. Negava febre, dor torácica ou hemoptise. Negava casos de neoplasia na família. Ex-tabagista 15 anos. maço, parou há 7 anos. Sem exposição ambiental relevante. Ao exame: PA 130 x 70 mmHg, FC 130 bpm, FR 30 irpm, SpO2 66% em ar ambiente. Estado geral regular, hipocorada +/-, consciente. Resp: estertores crepitantes até 2/3 inferiores bilaterais. Cardio: RCR 2T BNF Sem Sopros; ausência de TJ. EXT: edema simétrico +/- em membros inferiores, sem sinais de TVP; cianose de extremidades. Leucócitos 11. 200 (bastões: 5%) Gasometria arterial (FiO2 21%): pO2 37, 4 mmHg, pCO2 31, 5 mmHg e SpO2 69, 2%. RX de tórax: opacidades intersticiais bilaterais com predomínio em regiões perihilares Realizadas diagnósticas de edema agudo pulmonar associado a cardiotoxicidade à QTx, TEP e pneumonia comunitária. Iniciada antibioticoterapia, vasodilatadores orais e diuréticos e solicitada angioCT de tórax. CT Tórax: sem evidência de TEP, presença de infiltrado difuso em vidro fosco Ecocardiograma: desempenho dos ventrículos preservado, hipertensão pulmonar moderada (PSAP 51

mmHg). NT-PróBNP: 366 pg/mL Culturas negativas. A despeito das medidas instituídas, a paciente apresentou piora clínica. Novo RX de tórax mostrou progressão importante do infiltrado intersticial difuso. Nova gasometria arterial (FiO2 100%) mostrou pO2 62, 6 mmHg e SpO2 92, 4%. Iniciada ventilação não-invasiva. Feita hipótese de pneumonia intersticial aguda por toxicidade à QTx e optado por pulsoterapia com metilprednisolona 1g/dia por 3 dias, associado a SMZ-TMP para cobertura empírica de pneumocistose. Paciente evoluiu com melhora clínica e radiológica importante, recebendo alta após 9 dias com gasometria evidenciando paO2 70, 5 mmHg (relação paO2/FiO2 335, 7) e SpO2 92, 8% em ar ambiente. RX de tórax controle mostrou resolução quase completa do infiltrado intersticial. **Conclusão:** Apresentamos um caso de toxicidade pulmonar após QTx com docetaxel e trastuzumab. A exposição a múltiplos quimioterápicos, nos esquemas habituais, dificulta a identificação da droga culpada. O quadro clínico é inespecífico, e usualmente a suspeita ocorre após não haver resposta ao tratamento de patologias mais comuns. Fatores de risco são idade, dose cumulativa, radioterapia, exposição a FiO2 elevada, esquemas combinados e pneumopatia pré-existente. Usualmente se faz necessária biópsia transbrônquica ou a céu aberto para excluir outros diagnósticos. Esse relato reforça a importância de suspeitar de toxicidade a drogas em pacientes em QTx, pois implica em piora do prognóstico do paciente.

**Palavras-chave:** Pneumonia intersticial; toxicidade pulmonar; quimioterapia

#### **PO195 FATORES ASSOCIADOS COM A APRESENTAÇÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE EM UMA INSTITUIÇÃO DA COLÔMBIA ENTRE 2012 E 2015**

**KELLY JOHANA SANCHEZ ROBAYO\*;** YEISON SANTAMARÍA ALZA  
*UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA, BUCARAMANGA, COLÔMBIA.*

**Introdução:** A artrite reumatoide afeta 1% da população mundial, Apresentando alterações respiratórias num 73% dos pacientes. Na Colômbia não foram feitas pesquisas que avaliem a relação entre a presença de alterações do pulmão e artrite reumatoide. **Objetivo:** determinar os fatores associados a doenças respiratórias nos pacientes com artrite reumatoide. **Métodos:** pesquisa de caso-controle (1: 2) para 125 pacientes com artrite reumatoide. Foi feita análise descritiva, bivariada e multivariada. **Resultados:** a doença respiratória mais frequente foi a infecção respiratória no 54, 76% dos casos, depois estiveram a hipertensão pulmonar (50%), a pneumonite intersticial (33, 33%), e o derrame pleural (30, 95%). A idade média dos casos foi 60, 19 e dos controles 53, 15, o 66, 67% dos casos e o 86, 75% dos controles foram mulheres. A frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC), pontuação de atividade de doença (DAS 28), tabagismo, Exposição à biomassa, dispneia, emagrecimento e atividade severa da doença foram maiores nos casos. O valor de saturação, o uso de anti-inflamatórios não hormonais (AINHs) e leflunomida estiveram incrementados nos controles. A análise bivariada mostrou significância estatística com a associação positiva entre as alterações respiratórias e a idade maior de 65 anos (OR: 2, 64), sexo masculino (OR: 3, 27), tabagismo (OR: 4, 68), exposição à biomassa (OR: 5, 20), dispneia (OR: 32, 17), tosse (OR: 12, 36), FR maior de 17 respirações por minuto (OR: 7, 26) e Atividade Severa da doença (OR: 4, 63). Não foram estatisticamente significativas a associação com os AINHs (OR: 0, 36) e leflunomida (OR: 0, 42). Na análise

multivariada foi obtida a significância estatística ao ajustar os odds ratio com a idade Maior de 65 anos (OR: 3, 98), exposição à biomassa (OR: 2, 4), tosse (OR: 9, 31), dispneia (OR: 7, 39), atividade Severa (OR: 7, 97) e consumo de AINhs (OR: 0, 24). **Conclusão:** Os resultados obtidos são semelhantes aos encontrados em outros estudos, também a presença de exposição à biomassa se mostra como uma variável fortemente associada à presença de alterações no pulmão nos pacientes com artrite reumatoide na nossa população. Como resultado importante chama a atenção que a presença da doença ativa incrementa a possibilidade de apresentar alterações respiratórias, tendo relação com a severidade da atividade reumatoide.

**Palavras-chave:** Artrite reumatoide; doenças respiratórias; alterações respiratórias

#### **PO196 DOENÇA DE BEHÇET ASSOCIADA A DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL - RELATO DE CASO**

**FERNANDA MARIA PINHEIRO MACHADO NOGUEIRA\***; AMANDA SIRTOLI SILVA; VANESSA MENDES DE RESENDE; CLAUDIO LUIZ WIXAK PROCOPIO FERRAZ; MILENA TENÓRIO CEREZOLI; GUSTAVO FRAZZATO MEDEIROS DE MIRANDA; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A Doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistêmica rara, com maior prevalência em indivíduos jovens. Existem poucos relatos na literatura da associação de DB com doença pulmonar intersticial. Corticoide e imunossupressor são os pilares do tratamento. Relatamos um caso de DB associada à doença pulmonar intersticial.

**Relato de caso:** Masculino, 46 anos, pedreiro. Há 10 anos iniciou com artralgia em tornozelos associada a úlceras orais e genitais dolorosas de apresentação intermitente. Houve piora dos sintomas no último ano, quando passou a apresentar artrite em joelhos, cotovelos e ombros (assimétricas e migratórias), febre, perda ponderal de 12 kgs e hiperemia em escleras. Paralelamente evoluiu também com dispneia progressiva até os mínimos esforços, tosse seca e história de chiado ocasional. DB foi confirmada pela Reumatologia, sendo prescrito prednisona 20mg/dia e metotrexato (MTX) 12, 5mg/semana. Desenvolveu esofagite atribuída ao MTX que foi substituído pela azatioprina. Paciente evoluiu com melhora articular, mas pela persistência da dispneia, foi encaminhado à Pneumologia. Ao exame apresentava-se normotenso, normocárdico, eufônico, com estertores finos em base esquerda, SpO<sub>2</sub> 94% em ar ambiente e presença de baqueteamento digital. Em teste de degraú de 4 minutos apresentou dessaturação significativa (94% - 81%). Laboratório com FAN, anti-DNA, anti-SSA, anti-SSB, anti SM, anti-RNP, ANCA negativos; VHS 2; PCR 6. Ecocardiograma com ventrículo esquerdo aumentado em grau discreto; FE=71, 1%; aorta ascendente de 50mm. Espirometria com distúrbio ventilatório restritivo acentuado (CVF 2, 07 L- 41%) e redução acentuada da DCO (8, 34 ml/min/mmHg- 21%). Tomografia de tórax revelou aneurisma de aorta ascendente; presença de vidro fosco, espessamento septal, bronquioectasias e bronquiectasias de tração periféricas e em lobos inferiores, poupando região subpleural, compatível com padrão de pneumonia intersticial não específica (PINE) fibrótica. Desenvolveu posteriormente efeitos colaterais ao uso da Azatioprina (alterações hematológicas) e foi optado por iniciar pulsoterapia com 1500mg de ciclofosfamida e mantido prednisona. Paciente apresentou melhora clínica significativa e permanece em acompanhamento. Conclusão A DB é uma vasculite sistêmica rara, que acomete indivíduos na faixa etária de

18 a 40 anos, com prevalência em homens. Tem etiologia desconhecida. Aneurisma de aorta torácica e acometimento intersticial pulmonar são raros. Pneumonia em organização, embora rara, é a mais descrita. Padrão de PINE é muito raro. O tratamento visa aliviar sintomas e controlar a progressão da doença. Corticoides e imunossupressores são os pilares do tratamento. **Referências:** Behçet's disease physiopathology: a contemporary review; Published online 2016 Feb 12 Medicine Volume 91, Number 1, January 2012; www.md-journal.com Saadoun and Wechsler Orphanet Journal of Rare Diseases 2012, 7: 20; http://www.ocrd.com/content/7/1/20 An Unusual Case of Non-Specific Interstitial Pneumonitis; Respiration 2004;71: 202-205.

**Palavras-chave:** Doença de behçet; doença pulmonar intersticial; corticoterapia

#### **PO197 A PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO CRIPTOGÊNICA E PADRÕES DE RESPONDEDORES AOS CORTICOSTEROIDES LUANA FORTES FARIA\*; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** A pneumonia em organização criptogênica (COP) tem aspectos de clínico, de imagem e da histopatologia característica, podendo estar associada a doença do tecido conjuntivo, ao uso de medicamentos, quadros de rejeição de transplantes, vasculites, pneumonia por hipersensibilidade e processos tumorais. Porém, a etiologia realmente desconhecida é doença rara, pois não se consegue relacionar a nenhum agente causal ou imunológico, e o conhecimento de sua história natural é fundamental para aprimorar a abordagem terapêutica.

**Objetivo:** Identificar padrões dos pacientes que respondem ou não respondem ao corticosteroide. Método Análise de uma série de casos, no período de maio a junho de 2016, de pacientes com COP acompanhados em um único centro de referência em doenças intersticiais pulmonares. O diagnóstico de COP foi estabelecido com imagem, broncoscopia com biópsia transbrônquica ou biópsia videotoracoscópica, excluída todas as causas conhecidas, relacionadas a doenças inflamatórias de etiologia autoimune e neoplásicas. Todos os pacientes utilizaram corticosteroide (CO). Caracterizou-se como recaída clínica (retorno da sintomatologia clínica ou da imagem tomográfica de condensações ou vidro fosco) após a suspensão ou redução do CO < 5mg. Resultados Foram 6 pacientes, 5 do sexo feminino, com média de 63, 17 (+6, 24) anos, 5 pacientes com história atual ou passado de tabagismo (83%), todos com sintomas de dispneia e tratados anteriormente com mais de um antibiótico (100%), 5 com tosse (83%), 3 com febre (50%), 2 com emagrecimento (33%), 2 foram tratados empiricamente para tuberculose pulmonar (33%), todos realizaram broncoscopia com biópsia (100%) e 2 com biópsia pulmonar (33%). Na tomografia computadorizada (TC) de tórax, nenhum paciente apresentava de condensação pneumônica solitária. Houve predomínio por lesões dos lobos inferiores (67%), configurando lesões em mais de um lobo pulmonar. A lesão em todos os lobos pulmonares aconteceu em 3 pacientes (50%), caracterizando lesão difusa. O tratamento com corticosteroide (CO) foi realizado em todos os pacientes, porém em 50% dos casos (3 pacientes), houve recaída da doença após a suspensão do CO. Esses pacientes apresentavam imagens de condensações em mais de 3 lobos (4 a 5 lobos). Não houve pela espirometria diferença estatística dos valores iniciais de capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1) entre os grupos com maior

acometimento da TC (>3 lobos)  $p > 0,05$ . Conclusão A COP com comprometimento multilobar pela TC de tórax independente do tempo, do tempo para o diagnóstico e dos valores de CVF e VEF1 iniciais apresenta um curso evolutivo com dificuldade de redução ou suspensão do CO.

**Palavras-chave:** Pneumonia em organização criptogênica; doenças intersticiais; cop

**PO198** **MODELO DE PREVISÃO DE ANORMALIDADES CRÔNICAS DO PULMÃO PRESENTES NOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE EM SANTANDER, COLÔMBIA.**  
**YEISON SANTAMARIA ALZA\*; KELLY JOHANA SANCHEZ ROBAYO**  
**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA,**  
**BUCARAMANGA, COLÔMBIA.**

Modelo de previsão de anormalidades crônicas do pulmão presentes nos pacientes com artrite reumatoide em Santander, Colômbia. Yeison Santamaria-Alza, Kelly Johana Sanchez Robayo **Objetivo:** Desenvolver um modelo preditivo que permite a identificação oportuna de pacientes com artrite reumatoide que apresentaram doenças pulmonares. **Métodos:** 125 sujeitos foram pegos a partir de uma coorte retrospectiva. a insuficiência pulmonar foi definida pela presença de pelo menos um dos seguintes parâmetros: doença pleural, alterações intersticiais, hipertensão pulmonar ou doença das vias aéreas. O teste Spearman foi feito para determinar a colinearidade entre as variáveis, depois mediante uma metodologia de regressão as variáveis foram ajustadas pela regressão logística para obter o modelo de previsão. Avaliação do modelo foi feita pela determinação do erro de especificação, bondade de ajuste, estatísticas de classificação, capacidade discriminativa e análise residual. **Resultados:** foi obtido um modelo de previsão que inclui as variáveis: tabagismo, dispneia e atividade grave da doença. Quando o modelo foi avaliado mostrou bondade de ajuste satisfatório, a sensibilidade de 76, 19% e especificidade de 86, 75%. A área sob a curva do modelo foi 0, 8919. **Discussão:** O presente modelo pode ser classificado corretamente 83, 20% dos sujeitos com artrite reumatoide e doenças pulmonares. Futuros estudos prospectivos para validar as informações encontradas poderiam ser feitos.

**Palavras-chave:** artrite; doenças pulmonares; hipertensão pulmonar

**PO199** **PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA - RELATO DE CASO**  
**LYGIA SAMPAIO\*; ANDREYA PEREIRA FURRIEL; FERNANDA MARIA PINHEIRO MACHADO NOGUEIRA; ANA CAROLINA TERRA CRUZ; CAMILA NESSO; AMANDA SIRTOLI SILVA; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA**  
**UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A Pneumonia Intersticial Linfóide (PIL) é classificada como Pneumonia Intersticial Inflamatória, espectro das doenças linfoproliferativas. É caracterizada por uma hiperplasia difusa do tecido linfóide, associada ao brônquio (BALT). A PIL é mais comum em mulheres, e naqueles com doenças autoimunes, dentre elas a Síndrome de Sjogren é a mais relacionada. Relatamos um caso com manifestações típicas: achados clínico-radiológicos e confirmados por biópsia transbrônquica. **Relato:** Paciente do sexo feminino, branca, 53 anos, natural de Rondon (PR) e procedente de São Paulo (SP), aposentada. História de dispneia intermitente desencadeada aos esforços há 1 ano, com piora há 2 meses. Nega tosse, hemoptise, febre ou perda ponderal. Apresenta episódios de rinite, dor articular (metacarpofalanganias), mialgia, astenia e sintomas dispépticos. Internação recente para investigação de

pneumopatia, sendo iniciado corticoterapia. Antecedentes Pessoais: Hipertensão arterial, nega etilismo, tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Exame físico: obesa, IMC 38, 9 kg/m<sup>2</sup>; Sons pulmonares normais f: 24ipm, SpO<sub>2</sub>: 95% aa; edema de mãos e braços (+/4+). Fator reumatóide 1: 320 Radiografia de tórax: infiltrado retículo-nodular bilateral. Tomografia de tórax: opacidades difusas em vidro-fosco, nódulos centrolobulares, cistos bilaterais e espessamento septal. Biópsia obtida por broncoscopia evidenciava membrana basal irregularmente espessada e infiltrado inflamatório linfocitário com formação de folículo linfóide; moderada proliferação de tecido conjuntivo denso; ausência de granulomas. Espirometria: padrão de distúrbio ventilatório restritivo leve, com moderada redução da capacidade de difusão do monóxido de carbono. **Discussão:** PIL é uma doença em que pode ocorrer sobreposição com a bronquiólite folicular, havendo associada, portanto hiperplasia linfóide reativa com distribuição peribrônquica. Os achados à microscopia mostram infiltrado difuso de células policlonais linfóides circundando vias aéreas e expandindo para o interstício pulmonar. A TCAR mostra opacidades em vidro-fosco, nódulos centrolobulares mal definidos, espessamento septal, cistos e bronquiectasias. O tratamento: é feito com corticosteróides, com ou sem terapia citotóxica associada. O prognóstico é variável e cerca de 5% evoluem com linfoma.

**Palavras-chave:** linfoproliferativa; infiltrado linfocítico; corticoterapia

**PO200** **PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE**  
**LAENE SOUSA RIBEIRO\*; DANIELA GRANER SCHWARTZ**  
**TANNUS-SILVA**  
**HOSPITAL DAS CLÍNICAS/GO, GOIANIA, GO, BRASIL.**

**Introdução:** Pneumonia de hipersensibilidade (PH) é um grupo de doenças de acometimento intersticial que são imunologicamente mediadas e causadas pela exposição repetida a antígenos ambientais e ocupacionais. Acomete principalmente homens de meia-idade e não fumantes. **Relato de caso:** Paciente masculino, 44 anos, branco, refere há 8 dias após viagem de carro prolongada (cerca de 8 horas), acordou com dispnéia associado a quadro gripal. No dia seguinte evoluiu com dispnéia aos esforços e no terceiro dia com febre. Procurou atendimento em pronto-socorro e foi prescrito antibiótico. Após 3 dias manteve dispnéia. Procurou novo atendimento sendo encaminhado a UTI e intubado. Fez uso de novo esquema de antibiótico endovenoso na UTI e recebeu alta ainda em uso de antibiótico oral. No dia da consulta apresentava-se ainda com dispnéia e relata piora do quadro. Antecedente de HAS. Nega tabagismo. Trabalha em escritório e usa ar condicionado. Ao exame físico, estava eupnéico, ausculta pulmonar normal, SpO<sub>2</sub> 96%. PA normal. Exame cardiovascular e abdome sem alterações. Exames laboratoriais com 16. 300 leucócitos, 3% bastonetes, 87% segmentados, 1% eosinófilos, PCR elevada (26). Tomografia de tórax e seios da face normais. AngioTC tórax normal. Ecocardiograma com alteração de relaxamento de VE. Função pulmonar normal. Após término do antibiótico, evoluiu com novo quadro de febre, dor de garganta, piora da dispnéia. Evoluiu com queda do estado geral, SpO<sub>2</sub> 90%, e ausculta pulmonar com estertores crepitantes discreto bibasais, principalmente em base esquerda. Iniciado novo ciclo de antibiótico. Evoluiu com melhora porém manteve tosse seca. BAAR negativo. Cultura de escarro para fungos e bactérias negativa. Nova AngioTC tórax evidenciou sinais compatíveis com PH. Após nova investigação de exposição, foi detectado doença por provável exposição a pombos. Orientado cessar exposição.

Optado por iniciar corticoterapia oral e paciente evoluiu com resolução completa do quadro. Exame físico normalizou. Prova de função pulmonar normal. Volumes pulmonares normais. Difusão do CO 94%. **Discussão:** Para o diagnóstico de PH é necessário identificar a exposição, história clínica, nexo causal com a exposição, achados tomográficos e se necessário, achados histológicos. Clinicamente, podemos dividir a PH nas formas aguda, subaguda ou crônica. Na forma aguda há predomínio de sintomas gripais que iniciam 2 a 9 horas após a exposição, durando horas ou dias. Na forma subaguda o aparecimento é gradualmente (dias a semanas) e é caracterizada por tosse persistente e dispnéia progressiva e pode evoluir para dispnéia severa e cianose. A forma crônica é insidiosa e evolui em meses, com aumento da tosse e dispnéia aos esforços. Pode ocorrer fadiga crônica e perda de peso. A investigação geralmente inicia por radiografia de tórax, porém não existem achados específicos. A TCAR de tórax é essencial para o diagnóstico e em casos agudos/subagudos pode demonstrar áreas de opacidade em vidro fosco, opacidades nodulares, centrolobulares, mal definidas, micronódulos, atenuação em mosaico durante a inspiração e regiões lobulares de aprisionamento aéreo na expiração. Casos crônicos predominam alterações de fibrose intersticial, opacidades irregulares, bronquiectasia de tração e aspecto em favo de mel. O tratamento é evitar contato com o antígeno causador e corticosteróides sistêmicos (prednisona 0, 5-1, 0mg/kg/dia (máx. 60 mg/dia) por 2 a 4 semanas na forma aguda e na forma subaguda/crônica por tempo prolongado.

**Palavras-chave:** Pneumonite hipersensibilidade; ph aguda; exposição ambiental

#### **PO201 PRONÓSTICO DOS PACIENTES PORTADORES DE SARCOIDOSE DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

**GUSTAVO CESARIO GUIMARAES\***  
UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença de causa desconhecida, na qual ocorre acúmulo anormal de células inflamatórias (granulomas) em diversos órgãos, que ao serem biopsiados não apresentam caseificação. **Objetivo:** Avaliar o prognóstico dos pacientes portadores de sarcoidose através de alguns dados que atualmente falam a favor de prognóstico como idade, etnia, cronicidade de doença, acometimento estádios II e IV e alterações de valores de CVF (<60%), DCO (<60%) e DCO/VA (<70%). Método Análise dos dados evolutivos de 30 pacientes portadores de sarcoidose acompanhados no ambulatório PID / UERJ com foco na avaliação de prova de função, uso de corticoesteróides, tabagismo, etnia, idade, tempo de doença e localização de doença e comorbidades. Resultados Foram avaliados 30 prontuários de pacientes com sarcoidose, 52% do sexo feminino, média de idade de 51, 04 anos e 64% de etnia negra. Todos os tem acompanhamento regular desde o diagnóstico da doença, nenhum paciente apresenta baqueteamento digital, 80% possuem comorbidades, apenas 25% em uso de corticoesteróides. Pacientes possuem uma média de CVF de 78, 32%, com DCO de 79, 8% e DCO/VA de 110, 64 %. Dentre todos pacientes 84% possuem comprometimento pulmonar, seguidos de cutâneo e linfonodal como menos comuns no nosso serviço. Conclusão A sarcoidose é uma doença que atualmente merece um grande destaque por seu acometimento sistêmico. Vários são os sítios que apresentam a doença e nem sempre são investigados. Muitos pacientes não tem a doença diagnosticada e ficam sem tratamento. Quando precocemente diagnosticada e

tratada a sarcoidose é uma doença que tem boa evolução e bom prognóstico como evidenciamos nesse estudo.

**Palavras-chave:** Sarcoidose; prognostico; acometimento

#### **PO202 PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO CRIPTOGÊNICA COM TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS SUGESTIVA DE CÂNCER DE PULMÃO**

**JOÃO ADRIANO DE BARROS\*;** AMANDA JULIANI ARNEIRO;  
ÂNGELA MARIA MAZZIA DIAS  
UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

**Introdução:** Pneumonia em organização criptogênica corresponde à forma idiopática da pneumonia em organização. Acomete principalmente indivíduos entre 50a70 anos e apresenta sintomas inespecíficos. Histologicamente se caracteriza por presença de massas organizadas de tecido de granulação nos ductos alveolares e alvéolos, inflamação crônica no parênquima pulmonar adjacente e preservação da arquitetura alveolar. A suspeita clínica ocorre na interpretação de estudos de imagem e é confirmada por biópsia e histologia. **Relato de caso:** O paciente oligossintomático, não tabagista, realizou tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) na investigação inicial, que demonstrou lesão pulmonar tipo massa com SUVmax 8, 7, sugestivo de câncer de pulmão. No entanto, baseado nos dados clínicos e laboratoriais, optou-se por realizar biópsia percutânea transtorácica. O diagnóstico clínico estabelecido foi de pneumonia intersticial, com padrão de pneumonia em organização criptogênica. O PET-CT apresenta sensibilidade de 93-95% e especificidade de 77-88% para lesões pulmonares isoladas no diagnóstico de câncer de pulmão, porém pode apresentar-se positivo em doenças benignas. Deste modo, os resultados obtidos no exame devem ser interpretados com cautela, principalmente à nível de triagem para nódulos pulmonares, devido a possibilidade de falso positivo. **Conclusão:** A pneumonia em organização criptogênica pode apresentar-se em exames de imagem como nódulo ou massa, sendo comum nessas formas um PET-CT falso positivo para neoplasia pulmonar. Assim, os exames devem ser interpretados em estrita correlação com o quadro clínico.

**Palavras-chave:** Pneumonia em organização; doença intersticial; pet-ct

## TOSSE

#### **PO203 POLIANGEÍTE GRANULOMATOSA - RELATO DE CASO**

**NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO\*;** LORENA BARBOSA  
DE MORAES FONSECA; LARISSA CAMELO ABRAHAO; MARILIA  
NEVES CIPRIANO  
HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - HGG, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A Poliangeíte Granulomatosa descrita a primeira vez em 1937 pelo alemão Wegener é uma vasculite sistêmica caracterizada por lesões inflamatórias granulomatosas e necrotizantes associada ao c-ANCA, cuja tríade clássica é composta por acometimento de vias aéreas superiores, pulmões e rins. É uma doença rara que acomete predominantemente indivíduos brancos com faixa etária entre 45 e 65 anos, sendo homens e mulheres acometidos em igual proporção. O seu diagnóstico é baseado em critérios do Colégio Americano de Reumatologia de 1990. O tratamento é feito com corticosteróides e imunossuppressores. **Relato de caso:** Paciente I. A. A., sexo masculino, 56 anos, pedreiro, admitido no serviço de pneumologia/HGG em 09/04/16 com queixa de tosse seca

e incapacitante há 3 meses, dispnéia súbita, febre e cefaléia frontal. Apresentava história progressiva (há 1 ano) de idas freqüentes a serviços de emergência com queixa de artralgia e lombalgia e uso indiscriminado de corticóides, além de relato de consulta em serviço de otorrinolaringologia devido a saída de crostas sanguinolentas pela cavidade nasal, porém perdeu seguimento e até então sem elucidação do seu diagnóstico. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, presença de lesões purpúricas em membros superiores, crostas sanguinolentas em cavidade nasal e ausculta pulmonar com estertores finos bibasais. Em sua admissão hospitalar apresentou exames prévios: dosagem de c-ANCA positivo em títulos baixos e nasofibroscoopia com mucosa nasossinusal e laringofaríngea infiltrada e edemaciada. Em conjunto com serviço de reumatologia/HGG prosseguiu-se investigação durante a internação. Realizada cintilografia de ventilação e perfusão na qual foi excluído tromboembolismo pulmonar; tomografia de alta resolução de tórax que evidenciou lesões escavadas em lobos inferiores e por fim realizada biópsia da mucosa nasal compatível com poliangeíte granulomatosa. Após diagnóstico optou-se por pulsoterapia com metilprednisolona um grama por dia por três dias e manutenção do tratamento ambulatorial. E após a primeira dose já foi possível observar importante melhora clínica. **Conclusão:** A Poliangeíte Granulomatosa é uma doença rara, definida como vasculite granulomatosa necrotizante de pequenos e médios vasos que se apresenta com recaídas freqüentes e com alta mortalidade quando sem tratamento. As manifestações clínicas inicialmente são inespecíficas, como febre, astenia e emagrecimento. Os sintomas de vias aéreas superiores estão presentes em até 70% dos casos e incluem rinorréia crostosa, como no caso relatado. O envolvimento pulmonar ocorre em cerca de 45 a 85% e os sintomas mais comuns são tosse (como no caso relatado), hemoptise, dispnéia; e os achados radiológicos mais freqüentes são infiltrados pulmonares e nódulos múltiplos, bilaterais e cavitados. O envolvimento renal ocorre em 40% dos casos apresentando-se com hematúria microscópica e proteinúria sendo fator de mal prognóstico. Pelos critérios revisados de Chapel Hill de 2012 para o diagnóstico não há necessidade de prova histológica. A história clínica compatível junto ao c-ANCA positivo é suficiente para diagnóstico e início do tratamento, para conseqüente redução da morbimortalidade. O diagnóstico precoce no caso relatado foi de extrema importância para o paciente que logo após o início do tratamento houve cessação do quadro de tosse que lhe possibilitou retornar as suas atividades diárias com satisfação e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Tosse; hemoptise; vasculite

## ENSINO

### **PO204 INSTITUIÇÕES RESPONSÁVEIS PELO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL: HISTÓRICO DE SUAS PUBLICAÇÕES.**

**RENATA CRISTINA CAMPOS REIS MATTA\***; **PAULO VICTOR DE SOUSA VIANA**; **JESUS PAIS RAMOS**  
CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA/ENSP/  
FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** As instituições responsáveis pelo controle da tuberculose mudaram ao longo do tempo. Essas mudanças refletem o contexto das transformações existentes no Ministério da Saúde, no governo brasileiro e na sociedade como um todo. Todas essas transformações repercutem fortemente nas publicações produzidas por estas

instituições, seja no seu escopo, forma e nome. **Objetivos:** Realizar levantamento histórico das publicações do Centro de Referência Professor Hélio Fraga e das instituições que lhe deram origem. **Métodos:** Revisão bibliográfica a partir de investigação do acervo contido na Biblioteca Walter Mendes do CRPHF/ENSP/FIOCRUZ. **Resultados:** O primeiro periódico iniciou-se em 1957 e tinha como título Revista do Serviço Nacional de Tuberculose, publicada pelo então pelo Serviço Nacional de Tuberculose. Esse periódico foi publicado até 1969, quando em 1970 foi sucedido pela Revista da Divisão Nacional de Tuberculose. Em 1978, ocorre nova mudança e a revista é substituída pela Revista da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, publicada até 1980. Todas essas revistas mantêm uma numeração contínua, apesar da mudança nos nomes. Porém, somente em 1987 outra revista é lançada, o Boletim da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, que porém tem vida curta, durando até 1988. A partir daí, o já criado CRPHF produz uma série de revistas, cujos nomes seguem em ordem cronológica: Boletim de Pneumologia Sanitária, Revista Brasileira de Pneumologia Sanitária e o Boletim de Pneumologia Sanitária do Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Sendo essa última, produzida até hoje. **Conclusão:** Os periódicos, apesar de sua descontinuidade e mudança de nomes ao longo do tempo, contém importante registro histórico da tuberculose e da Pneumologia Sanitária, sendo seu acervo de relevância fundamental para o entendimento de como ocorreu e ocorre o controle da tuberculose no Brasil.

**Palavras-chave:** Tuberculose; políticas de saúde pública; história

### **PO205 O PAPEL DOS MANEQUINS DE SIMULAÇÃO E DAS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIMULADAS NO ENSINO MÉDICO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS RESPIRATÓRIAS – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**WAGNER MONEDA TELINI\***; **IVALDO GOMES FERREIRA FILHO**; **GIOVANA SALIBA DE PAULA**; **FLAVIO HENRIQUE OYAMA TÓCIO**; **OTAIDE FLAVIANO DE SOUZA**; **LEISE RODRIGUES CARRIJO MACHADO**  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOTUPORANGA,  
VOTUPORANGA, SP, BRASIL.

**Introdução:** A graduação médica requer técnicas alternativas de ensino-aprendizagem. Além disso, o mercado de trabalho moderno, interdisciplinar, exige mais que conhecimento teórico dos egressos. O jovem médico será avaliado e selecionado pela sua aptidão técnica e capacidade de decisão. É difícil adquirir conhecimento transformador com formas de ensino expositivas. Efetividade no ensino depende de métodos reflexivos, construtivistas e experimentais. O conteúdo teórico da graduação médica deve ser oferecido de forma significativa, em paralelo à sua aplicação prática. A partir desta etapa, habilidades técnicas aprendidas devem ser demonstradas em ambientes de saúde controlados. Os manequins de treinamento de habilidades e os cenários simulados representam interface segura para a realização desta etapa da construção do currículo médico. As experiências de simulação realística, além de eficazes, permitem controle total do cenário e possibilidade infinita de replicação. Descrevemos a experiência de um curso de medicina do interior do país, que usa manequins e cenários clínicos simulados como ferramenta de ensino-aprendizagem para o treinamento das habilidades e atitudes médicas. **Relato de experiência:** As simulações realísticas são utilizadas para abordar temas como manejo das vias aéreas, intubação e insuficiência respiratória aguda. Os alunos estudam previamente referencial teórico. Espera-

se com isso que revisem os conceitos sobre o tema que já foram abordados ao longo da graduação. Pequenos grupos passam por teste teórico, com questões de múltipla escolha que versam sobre conceitos fundamentais necessários para desenvolver as habilidades propostas. Com esse pré-teste o docente identifica as lacunas de conhecimento e pode revisar os temas relevantes, usando técnica de aprendizagem baseada em equipes. Depois, o grupo de alunos é conduzido ao laboratório de simulação. A cada cenário, três discentes entram na sala de simulação e os demais ficam na sala de observação. O laboratório dispõe de manequins simuladores de alta fidelidade, medicamentos e equipamentos de monitorização. Um profissional facilitador esclarece dúvidas sobre o ambiente de simulação e auxilia nas tarefas técnicas. O manequim de alta fidelidade possui três fases de programação. A primeira apresenta aos alunos o quadro clínico inicial do paciente simulado – sinais de insuficiência respiratória aguda combinada com atelectasia, edema pulmonar ou pneumotórax. As outras programações representarão o desfecho do caso. Se a conduta frente ao caso for adequada aos objetivos de aprendizagem pré-definidos, o manequim assumirá características clínicas de normalidade. Caso contrário, o manequim seguirá para a terceira opção de programação e os parâmetros clínicos se deterioraram. Assim, o cenário se encerra e os estudantes vão para a sala de *debriefing* para experiência reflexiva e construtivista de aprendizado. **Conclusão:** Alunos descreveram sentimentos de ansiedade e medo permeando a simulação. Para eles, *debriefing* e *feedback* são fundamentais para minimizar essas sensações. Artigos da literatura descrevem estas virtudes construtivistas das experiências clínicas simuladas. Docente e facilitador enfatizaram a vantagem de replicar a experiência clínica, capacitando igualmente todos alunos envolvidos na disciplina. A capacidade de replicação fidedigna das experiências clínicas simuladas é útil para o ensino sobre doenças incomuns, especialmente nos centros de ensino menores.

**Palavras-chave:** Ensino médico; simulação realística; urgências respiratórias

#### **PO206** IMPLEMENTAÇÃO DO “APOIO MATRICIAL” (CUIDADOS COLABORATIVOS) PARA REDUZIR E QUALIFICAR OS ENCAMINHAMENTOS POR ASMA E DPOC E MELHORAR O NÍVEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: ESTUDO PILOTO OBSERVACIONAL

**SONIA MARIA MARTINS\*<sup>1</sup>; WILLIAM SALIBE-FILHO\*<sup>1</sup>; LUIS TONIOLI\*<sup>1</sup>; ALDO AGRA DE ALBUQUERQUE NETO\*<sup>1</sup>; ANDRÉ YUTAKA AMORIM SUZUKI\*<sup>1</sup>; DEBORA DO CARMO\*<sup>1</sup>; RAFAEL STELMACH\*<sup>2</sup>**

1. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, SÃO BERNARDO DO CAMPO, SP, BRASIL; 2. INCOR - HOSPITAL DAS CLINICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são causas importantes de hospitalização e morte na cidade de São Bernardo do Campo (SBC). A dificuldade de fixação de pneumologistas no município e a política de saúde local reforçou a necessidade de qualificação das equipes da atenção primária para melhorar a gestão destas doenças. **Objetivos:** Implementação de uma intervenção educativa com base em cuidados colaborativos focado na redução dos encaminhamentos relacionados aos problemas respiratórios. **Métodos:** Foi implementado “apoio matricial” uma intervenção educacional para promover apoio assistencial e pedagógico para atenção primária, coordenada por pneumologistas e com foco em médicos de família e enfermeiros, em três territórios de saúde com o maior número de encaminhamentos.

Asma e DPOC representavam 70% dos motivos de encaminhamento. Inicialmente, os profissionais da atenção primária participaram de oficinas de trabalho por 8 horas. Os encaminhamentos previamente acumulados foram priorizados, e os médicos especialistas realizaram consultas conjuntas com os médicos e enfermeiros da atenção primária. Com o aumento da confiança desses profissionais para o manejo dessas condições, estas consultas foram substituídas por discussões de casos através de rodas de conversa. O desfecho primário foi o número de encaminhamentos por asma e DPOC antes e depois da intervenção. Os desfechos secundários foram o número de participantes, consultas conjuntas, discussões de casos e conhecimento sobre as doenças respiratórias. **Resultados:** Foram treinados 132 (87%) profissionais da atenção primária nas três áreas. Foram avaliados 360 pacientes e realizadas 220 consultas conjuntas. O número de referências respiratórias caiu de 290/ano antes para 134 após apoio matricial ( $p < 0,05$ ). Os encaminhamentos para a asma e DPOC diminuíram de 13,4 para 5,4 casos/mês ( $p = 0,09$ ); e para outras doenças pulmonares de 10,8 para 5,3 casos/mês ( $p < 0,05$ ). Escores de conhecimento sobre doenças apresentaram uma melhora significativa ( $p < 0,001$ ). **Conclusões:** O apoio matricial foi bem aceito pelos médicos e enfermeiros da atenção primária e associado a redução do número de encaminhamentos para a pneumologia. A iniciativa atraiu pneumologistas à região superando problemas de recrutamento.

**Palavras-chave:** Cuidados colaborativos; matriciamento; asma e dpoC

#### **PO207** TELEMATRICIAMENTO PARA ASMA E DPOC: MELHORANDO A ASSISTÊNCIA PELA INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

**WILLIAM SALIBE-FILHO\*<sup>1</sup>; SONIA MARIA MARTINS\*<sup>1</sup>; LUIS TONIOLI\*<sup>1</sup>; ALDO AGRA DE ALBUQUERQUE NETO\*<sup>1</sup>; ANDRÉ YUTAKA AMORIM SUZUKI\*<sup>1</sup>; DEBORA DO CARMO\*<sup>1</sup>; RAFAEL STELMACH\*<sup>2</sup>**

1. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, SÃO BERNARDO DO CAMPO, SP, BRASIL; 2. INCOR - HOSPITAL DAS CLINICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** As doenças respiratórias crônicas (DRC) são as principais causas de internação e hospitalização na cidade de São Bernardo do Campo. Uma intervenção educacional chamada apoio matricial (AM) foi implementada em 3 territórios de saúde (2013/2014) promovendo o cuidado compartilhado entre os profissionais da atenção primária e os pneumologistas da atenção secundária. Depois do AM nas unidades de saúde (primeira intervenção educacional), o número de encaminhamentos da atenção primária para a atenção secundária (pneumologia) caiu significativamente para asma, DPOC e outras doenças pulmonares. Em 2015, incrementamos essa abordagem testando o “telematriciamento” (TM), que objetivou melhorar o apoio matricial nas unidades de saúde através do suporte educacional à distância. Uma possível solução para os desafios da atenção primária a saúde (APS) no município, devido à distância entre as unidades e os poucos especialistas disponíveis. **Método:** Parceria com o departamento de tecnologia da informação para garantir a colocação de computadores nas UBS e liberação do programa Skype®. Parceria com o departamento de regulação, para garantir espaço para os tutores do TM. Implementação do sistema de tele regulação dos encaminhamentos e avaliação dos indicadores de acompanhamento; testes de conectividade e programação de agenda de TM intercalada com a agenda de matriciamento nas unidades. **Resultados:** Realizamos 48 tele consultas, sendo 34 síncronas por vídeo, 8 por e-mail



e 7 por telefone. Foram resolvidos 144 casos (evitando possíveis 144 encaminhamentos) e realizadas 04 aulas "on line" (38 profissionais participaram). Os pneumologistas atuando como tele consultores/reguladores avaliaram e deferiram 58 de 104 encaminhamentos (55%) de atenção primária para a secundária que estavam de acordo com o protocolo de regulação para acesso. A diminuição do número de encaminhamentos durante o processo de TM sugeriu um aumento de competências dos profissionais da APS.

**Conclusão:** A adição de TM ao matriciamento promoveu um reforço educacional (tele consultoria), melhorando a comunicação entre os cuidados primários e secundários, qualificando os encaminhamentos. O especialista como regulador/ educador "on line" foi crucial para a educação sanitária contínua e práticas de assistência, permitindo um novo processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Telematriciamento; educação a distância; teleconsultoria

**PO208 CURSO DE EAD EM TABAGISMO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX/UFRJ ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO\*<sup>1</sup>; SONIA CATARINA DE ABREU FIGUEIREDO<sup>2</sup>; MARTA DA HORA DOS SANTOS<sup>2</sup>; CARLA CONCEIÇÃO DOS SANTOS<sup>2</sup>; MARCIA DINIZ PAULO<sup>2</sup>; PATRÍCIA BATISTA BICIATI<sup>2</sup>; CAROLINA BARROS FERREIRA DA COSTA<sup>3</sup>**

1. NETT-IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. TELEMEDICINA - IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. PSQUIATRIA-HU/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O curso foi idealizado na modalidade de ensino à distância (EAD), gratuito, anual, dirigido a profissionais de saúde de todo o país, com vistas ao acesso a informações a epidemiologia, políticas de controle e prevenção e abordagem interdisciplinar no tratamento. O tabagismo está associado às principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas as cardiovasculares, cerebrovasculares, DPOC e câncer de pulmão. No Brasil, 14, 7% da população adulta fuma, o que corresponde a 22, 5 milhões de fumantes que irão requerer algum tipo de abordagem na rede de saúde. Dentro desta perspectiva se insere a oferta de cursos de capacitação que possam alcançar profissionais de saúde nas várias regiões do país.

**Objetivos:** O objetivo principal do Curso de Atualização no Tratamento e Prevenção do Tabagismo é capacitar o médico e outros profissionais de saúde, com noções básicas de tabagismo para atuar na sua prevenção e tratamento.

**Metodologia:** O curso foi desenvolvido no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) MOODLE, utilizando diversos recursos da Internet. O curso tem 120 horas de atividades estruturadas em 6 módulos, ao longo de 8 semanas, com pré e pós teste; verificação de conhecimentos a cada módulo e envio de trabalho final escrito temático, por livre escolha dos alunos. Os módulos foram constituídos por vídeo-aulas disponibilizadas junto a textos e vídeos temáticos, complementares; fórum de discussão de casos clínicos; perguntas e respostas e notícias pertinentes ao curso. A tutoria esteve presente durante o período do curso, favorecendo a interação entre o corpo docente e os alunos.

**Resultados:** O curso foi planejado para 80 vagas, sendo estendido para 85 vagas, devido a grande procura. Do total de matriculados, 70 (82, 4%) eram do sexo feminino; 70(82, 4%) da região sudeste, 28 (32, 9%) médicos, 23 (27, 1%) enfermeiros e 34 (40, 0%) outros profissionais de saúde; 35 (41, 2%) tinham experiência em tabagismo. Os alunos referiram fácil acesso ao curso pela plataforma MOODLE, aos seus PC portáteis/mesa; avaliaram positivamente os recursos e que indicariam o curso para seus colegas. A boa articulação da equipe e as reuniões sistemáticas foram

fundamentais para a boa condução e monitoramento. No módulo final, cerca de 2/3 dos alunos responderam um questionário de avaliação. Para 96, 6% dos alunos, as características do curso EAD permitiram acesso, de forma cômoda e flexível, permitindo adequar aos diversos ritmos da vida profissional e pessoal. A taxa de evasão durante o curso foi de 28, 2%; enquanto a taxa de aprovação dos alunos que concluíram o curso foi de 62, 3%, tendo como critério média superior a sete. **Conclusões:** O Brasil ainda carece de capacitação de recursos humanos em saúde para abordagem do tabagismo. O uso de recursos tecnológicos que possam expandir o acesso à capacitação é fundamental para impactar os indicadores de prevenção e cessação do tabagismo. As intervenções combinando farmacoterapia e abordagem cognitivo-comportamental são custo-efetivas. Há evidências que a cessação do tabagismo causa redução das DCNT. O percentual de evasão e de aprovação está dentro do esperado para cursos de EAD. O processo de realização nesta 2ª edição do curso, mostrou que há grande demanda, e os resultados preliminares nos permitem apostar na modalidade EAD, que deve ter continuidade e ser oferecido pelas Universidades, além de construir formatos para que os alunos possam realizar o curso ainda no período de graduação, otimizando a participação através das ligas acadêmicas.

**Palavras-chave:** Ensino a distância; tabagismo; políticas públicas

**PO209 SPECIAL INTEREST GROUP (SIG) DE PNEUMOLOGIA**

**SONIA CATARINA DE ABREU FIGUEIREDO\*<sup>1</sup>; MARCELO FOUAD RABAH<sup>1</sup>; RICARDO LUIZ DE MELO MARTINS<sup>3</sup>; LÚCIA HELENA MESSIAS SALES<sup>4</sup>; KAREN ROSAS SODRÉ AZEVEDO<sup>5</sup>; FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA JR. <sup>6</sup>**

1. FM/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. FM/UGF, GOIANIA, GO, BRASIL; 3. HUB/UNB, BRASILIA, DF, BRASIL; 4. HUIBB/UFGA, BELÉM, PA, BRASIL; 5. IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 6. HUOC/UPE, RECIFE, PE, BRASIL.

**Introdução:** Diversos núcleos de Telessaúde e Tele-educação foram criados nas universidades brasileiras a partir do projeto Rede Universitária de Telemedicina - RUTE da RNP/MCT. Os núcleos têm por finalidade desenvolver ações de pesquisa, educação, informação, prestar serviços e desenvolver produtos inovadores para a telessaúde e tele-educação. A RUTE estimula a integração e a colaboração entre profissionais de saúde por meio de Grupos de Interesse Especial, do inglês Special Interest Groups (SIG). O Special Interest Group de Pneumologia foi criado em outubro de 2012 por um grupo de pneumologistas vinculados às universidades federais do Rio de Janeiro (UFRJ), Goiás (UFG), Pará (UFPA) e Brasília (UNB). **Objetivos:** O objetivo principal do SIG Pneumologia é desenvolver um processo permanente de tele-educação em Pneumologia e promover e desenvolver, de forma colaborativa, subsídios para ensino, assistência e pesquisa na área. Além de contribuir para a educação permanente e capacitação nas áreas de Pneumologia, O SIG amplia a discussão sobre a prática pneumológica empregada em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

**Metodologia:** Reuniões, por videoconferência, envolvendo o corpo clínico das unidades participantes (docentes, técnico administrativos e discentes de graduação e pós-graduação, *lato e stricto-sensu*, realizadas com periodicidade mensal, utilizando as conexões de teleconferência para educação continuada em pneumologia. A agenda dos temas a serem apresentados é elaborada previamente pelos membros parceiros. A avaliação das atividades é feita anualmente,

ao final do período letivo e orienta as decisões futuras do grupo. As videoconferências são gravadas e podem ser disponibilizadas para consulta permanente em sites da RUTE e das instituições parceiras. **Resultados:** Em quatro anos de atividades do SIG Pneumologia diversos temas foram abordados com enfoque no diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças pulmonares com participação regular de docentes, pneumologistas clínicos, cirurgiões de tórax, residentes e alunos de pós-graduação vinculados a UFRJ, UFG, UFPA, UNB e UPE. **Conclusões:** Profissionais da área de Pneumologia estão usando a RUTE para discutir temas de interesse da especialidade. O SIG Pneumologia possibilita que pneumologistas de diferentes pontos do Brasil possam estar em contato, discutindo questões pertinentes à especialidade e trocando experiências. Esta iniciativa possibilita o compartilhamento dos dados dos serviços de pneumologia dos hospitais universitários e instituições de ensino e pesquisa, contribuindo para a educação continuada à distância e integração de instituições de ensino e saúde.

**Palavras-chave:** Ensino; tele-educação; videoconferência

#### **PO210 O USODAS REDES SOCIAIS NA COMPLEMENTAÇÃO DO ENSINO: ATIVIDADES DE MONITORIA NA DISCIPLINA DE CARDIOPULMONAR**

**ANALUCIA ABREU MARANHÃO\***; SONIA REGINA DA SILVA CARVALHO; DENISE DUPRAT NEVES; CAMILA DERMÍNIO DONADEL; THALITA AZEVEDO; RENATA MULLER COUTO; MARIANA DONADEL; MAIARA MOREIRA  
UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

O ensino a distância é uma metodologia de ensino em processo constante de expansão e aprimoramento. Entretanto, não é muito utilizada ainda na área médica, por inviabilizar a experiência prática envolvendo seres humanos de maneira presencial. Tendo em vista tais levantamentos, a equipe dos monitores da disciplina de Cardiopulmonar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) decidiu utilizar o ensino a distância via redes sociais como forma complementar ao estudo presencial. **Objetivos:** Realizar plantões de dúvidas online através de uma rede social, facilitando o esclarecimento dos alunos e melhorando o desempenho dos mesmos nas avaliações. **Metodologia:** Os monitores determinaram um aluno responsável por criar um grupo fechado na rede social composto pelos alunos que cursavam a disciplina, professores e monitores. Durante o período era dado um calendário para os alunos para plantão de dúvidas semanais e alguns dias antes das avaliações, os monitores faziam uma escala das 19 às 23 horas, onde se revezavam para solucionar as dúvidas em uma linguagem fácil e informal seguida de um link online para aprofundamento com artigo, livro ou diretriz relacionada ao tema. Também foram utilizados recursos de imagens de exames (radiografias, eletrocardiogramas, espirometria) e tabelas. **Resultados:** Todos os alunos foram aprovados na disciplina ao final do período letivo. Em um questionário anônimo realizado na data da última avaliação, ressaltaram o plantão de dúvidas como ponto forte da monitoria. Os monitores encontraram dificuldades em responder ou entender alguns questionamentos por meio de textos, o que poderia ser facilitado por meio da fala. O modo presencial pareceu ser superior no estabelecimento de um vínculo entre discentes, docentes e monitores. **Conclusões:** Muitas das dúvidas surgem apenas nas vésperas das avaliações e não durante as aulas. Essa experiência demonstrou que as redes sociais não substituem a modalidade presencial mas complementam-na, principalmente em horários

extracurriculares que dificultam a ida dos discentes ao ambiente universitário.

**Palavras-chave:** Educação; redes sociais; pneumologia

## ASMA

#### **PO211 TAXA DE MORTALIDADE POR ASMA NA REGIÃO NORDESTE ENTRE 2008 E 2015**

**VITOR BARREIRO\***

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** Descrita como uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalente no mundo, atualmente a asma ainda é uma importante causa de morte. No Brasil são 20 milhões de afetados pela doença e as visitas hospitalares somam 20% dentre todas as causas pulmonares. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi o de comparar a taxa de mortalidade por asma nos estados brasileiros da região Nordeste durante o período de 2008 a 2015. **Métodos:** Estudo descritivo de série temporal onde o local de estudo foi a região nordeste brasileira no período de 2008 a 2015. Obteve-se a taxa de mortalidade, com a mensuração do número de óbitos por asma, classificado como J45 segundo a Classificação Internacional de Doenças CID-10 em sua 10ª revisão, por 100.000 habitantes de cada estado federativo utilizando fontes secundárias do Sistema de Informação Hospitalar do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS, <http://www.datasus.gov.br>). **Resultados:** É possível se observar que dos 9 Estados analisados o estado de Alagoas apresentou a maior média nesse período, com 0,86 de taxa de mortalidade, seguido de Pernambuco com 0,79 de média. Os Estados com menor média de 2008 a 2015 foram Piauí e Maranhão e quase todos os Estados elevaram suas taxas, com exceção de Sergipe que teve média de 0,39 no período. **Conclusão:** Apesar da recente evolução nas medidas medicamentosas e de controle da asma, ela ainda se estabelece como uma importante causa de morte dentre as doenças crônicas não transmissíveis na região nordeste. Assim é imperativo ao sistema de saúde trabalhar na prevenção dos desfechos de morte dessa doença respiratória.

**Palavras-chave:** Asma; mortalidade; brasil

#### **PO212 TERMOPLASTIA BRÔNQUICA COMO TRATAMENTO ALTERNATIVO PARA ASMA REFRACTÁRIA**

**NAYARA FERREIRA SILVA\***; RENATO MAURO OLIVEIRA; NATASHA ALVES MUZEL; IGOR REGGIANI GOMES; MARIANA MARTINS PINHO  
FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FUNJOBE, BARBACENA, MG, BRASIL.

**Introdução:** Pacientes portadores de asma persistente moderada ou grave, mesmo quando submetidos à terapia farmacológica adequada, podem apresentar exacerbações de difícil controle terapêutico. Muito se tem pesquisado sobre tratamentos alternativos. Surge, desse modo, a Termoplastia Brônquica (TB), um procedimento broncoscópico que libera energia por radiofrequência nas vias aéreas, aquecendo o tecido, o que leva ao dano ou à destruição da musculatura lisa brônquica (diminuindo a contração excessiva, principal mecanismo da asma, além do processo inflamatório crônico). O procedimento tem como alvo as vias aéreas de condução, apesar das vias menores também participarem no mecanismo da asma. **Objetivo:** Abordar uma nova opção de tratamento para pacientes portadores de asma persistente moderada ou grave, refratários ao tratamento convencional. **Métodos:**

Utilizou-se o banco de dados SciELO e o Jornal Brasileiro de Pneumologia para busca de artigos científicos referentes ao tema "Termoplastia Brônquica". **Resultados:** O tratamento completo consiste em três sessões de TB intercaladas por intervalos de três semanas. Os benefícios demonstrados nos estudos clínicos da TB geram dúvidas em relação à segurança desse tratamento a longo prazo e à possibilidade de dano tecidual como atelectasia e bronquiectasias. Recentemente foram publicados três grandes ensaios clínicos - AIR Trial, RISA Trial e AIR2 Trial. Os dois primeiros observaram que, após um ano, embora tenha havido um incremento da morbidade após o tratamento, com maior número de internações, os benefícios da TB em um ano foram significativos, com melhora clínica e de qualidade de vida, melhora no Volume Expiratório Forçado (VEF1), melhora nos escores de controle da asma e redução no uso de medicação de resgate. No terceiro estudo, duplo-cego, a TB resultou em melhora na qualidade de vida e redução de exacerbações em asmáticos graves, comparados ao grupo controle. Em três anos de acompanhamento, não foram verificadas complicações ou deterioração da função pulmonar nesses estudos, indicando um perfil de segurança tardia positivo para o procedimento. **Conclusão:** O tratamento atual dos pacientes asmáticos baseia-se em terapia medicamentosa (beta 2 agonista de curta e longa duração e corticosteroide inalatório). Devido a uma pequena, mas significativa parcela de pacientes com asma de difícil controle com o tratamento tradicional se faz necessário a procura por uma técnica que alcance o controle terapêutico nesses pacientes e, ao mesmo tempo, seja segura e eficaz. A TB, ainda que em fase de estudo, tem demonstrado bons resultados para o tratamento desses pacientes e, em um futuro próximo, poderá ser incorporada ao manejo da asma refratária.

**Palavras-chave:** Termoplastia brônquica; asma refratária; tratamento alternativo

### **PO213 FUNÇÃO PULMONAR E RESPOSTA AO BRONCODILATADOR NA FIBROSE CÍSTICA: O QUE A GENÉTICA EXPLICA?**

**FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON<sup>1</sup>; CARMEN SÍLVIA BERTUZZO; MARIA ANGELA GONÇALVES RIBEIRO; ANTONIO FERNANDO RIBEIRO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A variabilidade na função pulmonar (FP) e resposta ao broncodilatador (BD) na fibrose cística (FC) são condicionadas por mutações no gene *CFTR*, fatores ambientais e genes modificadores. **Objetivos:** Comparar a gravidade da FC, por marcadores da espirometria (CVF, VEF<sub>1</sub>, VEF<sub>1</sub>/CVF e FEF<sub>25-75</sub>%) e resposta ao BD e saturação transcutânea de oxigênio (SaO<sub>2</sub>) com variantes em genes modificadores associados a resposta inflamatória. **Métodos:** Incluídos 126 pacientes com FC e duas mutações no gene *CFTR* de classe I, II e/ou III. Analisados 251 variantes em 125 genes relacionados a resposta inflamatória pela plataforma Open Array™. Análise estatística realizada no SPSS vs 22, 0.  $\alpha=0,05$ . A espirometria foi realizada por normas internacionais (European Respiratory Society/American Thoracic Society). **Resultados:** A distribuição dos dados foi de: SaO<sub>2</sub>: 95, 12±3, 87; mediana=95, 12 (amplitude=66 a 99); CVF: 72, 86±23, 99; mediana=77 (amplitude=19 a 126); VEF<sub>1</sub>: 61, 67±26, 01; mediana=63 (amplitude=17 a 117); VEF<sub>1</sub>/CVF: 79, 30±14, 69; mediana=81 (amplitude=39 a 113); FEF<sub>25-75</sub> %: 47, 31±32, 51; mediana=39 (amplitude=5 a 150). Na associação com as variantes genéticas, temos: SaO<sub>2</sub>: 11 variantes em 9 genes [ADAM33, IL10, IL12RB1, IL1R1 (2 variantes), IL23R, IL33, ILIR2, NOS3 e RUNX1 (2 variantes)];

CVF%: 10 variantes em 10 genes [CD40LG, HRH4, IL1B, IL3, ILIR2, IRF5, LRRC43, LTA4H, SELL e WISP]; VEF<sub>1</sub>%: 13 variantes em 12 genes [CD40LG, CTNBB1, FCER1A, HRH4 (2 variantes), IL1B, IL3, IL6R, ILIR2, IRF5, NR3C1, SELL e WISP]; VEF<sub>1</sub>/CVF: 5 variantes em 4 genes [BIRC5, IL23R (2 variantes), IL2RB e IL4]; FEF<sub>25-75</sub> %: 8 variantes em 7 genes [BIRC5, HRH4 (2 variantes), IL1B, IL6R, IRF5, NR3C1 e SMAD3]. Na resposta ao BD a distribuição dos dados foi de: CVF: 1, 56±8, 35; mediana=1 (amplitude=-20 a 32); VEF<sub>1</sub>: 3, 59±7, 70; mediana=3 (amplitude=-12 a 48); VEF<sub>1</sub>/CVF: 2, 55±7, 57; mediana=2 (amplitude=-19 a 33); FEF<sub>25-75</sub> %: 12, 01±26, 48; mediana=11, 50 (amplitude=-51 a 117). Na associação genética temos: CVF%: 8 variantes em 8 genes [IL1B, IRAK1, IRAKM, NOS3, SELL, TBX21, TLR1 e TNFSF13B]; VEF<sub>1</sub>%: 9 variantes em 9 genes [ALOX5AP, IL18R1, IRAK3, ITGB5, NR3C1, ORMDL3, SELL, TBX21 e TSLP]; VEF<sub>1</sub>/CVF: 8 variantes em 9 genes [ADCYAP1R1, CA10, IRAK3, ITGB5, NR3C1, RUNX1 (2 variantes), TLR1 e TOP2A]; FEF<sub>25-75</sub> %: 11 variantes em 11 genes [CDH1, FCER, IL1R1, IRAK1, IRF5, ITGB5, NOD1, RUNX1, TBX21, TLR4 e TSLP]. **Conclusão:** Múltiplos genes foram associados com a variabilidade da FP na FC. Os marcadores da doença pulmonar, pela SaO<sub>2</sub> e espirometria, apresentam genes em comum, mas em muitos casos observamos particularidades genéticas que caracterizam a gravidade individualizada da FC. A resposta ao BD foi individualizada na maioria dos pacientes. Nas doenças respiratórias existe uma lacuna para explicar a resposta, muitas vezes antagônica, ao BD na FP, incluindo na FC. No presente estudo, demonstramos que essa resposta é mais complexa do que antes pensado.

**Palavras-chave:** Polimorfismos; função pulmonar; variabilidade

### **PO214 AVALIAÇÃO DAS TENDÊNCIAS PRESCRITIVAS DOS PNEUMOLOGISTAS BRASILEIROS PARA TRATAMENTO DA ASMA**

**ROBERTO STIRBULOV<sup>1\*</sup>; EMILIO PIZZICHINI<sup>2</sup>; LUIS FERNANDO RENSI CUNHA<sup>3</sup>**

1. PALESTRANTE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. UFSC, FLORIANÓPOLIS, SP, BRASIL; 3. PNEUMOLOGISTA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Diversos medicamentos inalatórios controladores da asma estão disponíveis no Brasil. Contudo, são desconhecidas as razões que motivam o pneumologista brasileiro a escolher um determinado medicamento inalatório para o tratamento dessa doença. Questões como confiança, facilidade de uso, segurança, eficácia, preço, acesso e satisfação dos pacientes podem influenciar a tendência de prescrição. **Objetivos:** Identificar hábitos prescritivos de médicos pneumologistas no tratamento da asma no Brasil. **Objetivos secundários** incluíram: conhecimento das marcas (marcas prescritas e marca mais prescrita), preferência e rejeição e, razões para prescrição preferencial. **Metodologia:** Pesquisa transversal, descritiva e analítica realizada por meio de entrevistas telefônicas com perguntas abertas e fechadas sobre hábitos prescritivos, preferência de marca, dispositivo, eficácia, adesão, segurança, acesso, preço, confiança e experiência com o medicamento. A amostra (n=300) foi obtida de um banco de dados de aproximadamente 3000 pneumologistas, sorteados por randomização eletrônica após estratificação por região do país (Norte 3% (n=9); Nordeste 23% (n=69); Centro-Oeste 5% (n=15); Sudeste 55% (n=165); Sul 14% (n=42). As entrevistas foram realizadas em 2016 entre 23 de maio e 24 de junho. A citação do nome comercial foi por manifestação espontânea do entrevistado. Os resultados estão agrupados em frequências ou proporções. A significância das

diferenças entre grupos foi estabelecida por teste do X2 ou área sob a curva, quando apropriado. **Resultados:** A média do tempo de formação dos pneumologistas entrevistados foi de 22. 1 anos. Apesar da maior parte dos entrevistados trabalhar em diversos locais (serviço público, privado e universitário), 57% afirmaram dedicar maior parte do seu tempo de trabalho ao consultório privado. Os medicamentos "Top of Mind" (o primeiro que o médico cita), em ordem de frequência foram: Alenia (31%), Symbicort (12%), Foraseq (12%), Relvar (12%), Seretide (9%) e, Fostair (7%). As marcas mais prescritas em ordem de frequência foram as mesmas acima descritas. As razões mais frequentemente citadas para a prescrição preferencial foram: disponibilidade no SUS (33%), preço (31%), facilidade de manuseio do dispositivo (30%) e, eficácia (21%). Nenhuma marca foi rejeitada por pelo menos 5% dos entrevistados. Os resultados da análise do gráfico multifatorial de frequência (gráfico em aranha) construído com os fatores acesso ao medicamento, adesão, preço, manuseio do dispositivo, comodismo posológico, eficácia, experiência com a marca, fidelização do paciente, disponibilidade de refil, mostrou que a maior proporção de área sob a curva do gráfico foi para Alenia (63. 7%) seguida por Relvar (39. 6%), Foraseq (33. 6%), Symbicort (32. 3%) e, Seretide (31. 6%). **Conclusão:** A tendência dos pneumologistas brasileiros ao prescrever uma medicação inalatória para o tratamento de controle da asma foi predominantemente determinada por acessibilidade, custos, facilidade de manuseio e eficácia. **Referências bibliográficas:** Davidsen JR. Drug utilization and asthma control among young Danish adults with asthma. Analyses of trends and determinants. Dan Med J. 2012 Aug;59(8): B4501 Lavorini F, et al. Retail sales of inhalation devices in European countries: so much for a global policy. Respir Med. 2011 Jul;105(7): 1099-103 Turner S et al. Prescribing trends in asthma: a longitudinal observational study. Arch Dis Child. 2009 Jan;94(1): 16-22

**Palavras-chave:** Asma; prescrição; medicamentos

#### **PO215 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO EM ASMA, INALOTERAPIA E IMPACTO DA DOENÇA EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE ASMA E SEUS CUIDADORES.**

**MARIELE CUNHA RIBEIRO\*;** TIAGO DE ARAUJO CARDOSO; KEILA ABREU; CRISTIAN RONCADA; PAULO M. PITREZ  
PONTIFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA RS - PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** asma é a doença crônica mais comum na infância, com elevado grau de não controle da doença e impacto na qualidade de vida e em custos para a sociedade. **Objetivos:** avaliar os níveis de alfabetismo em saúde, conhecimento em asma e inaloterapia, adesão ao tratamento, e controle da doença, em crianças com diagnóstico de asma e seus cuidadores. **Métodos:** foi realizado um estudo transversal em crianças e seus cuidadores, em um ambulatório de Pneumologia Pediátrica, sendo aplicados questionários de classificação econômica (CBCC-ABEP), controle da asma (GINA e ACT/C-ACT), adesão ao tratamento (MMSA-8), qualidade de vida (PAQLQ/PACQLQ), conhecimento em asma (Q-CAP e NAKQ) e alfabetismo em saúde (SAHLPA-18). Também foram realizados testes teórico-prático em inaloterapia e para avaliar o entendimento do receituário médico por parte dos pais/cuidadores. **Resultados:** participaram do estudo 62 crianças, com idade média de 7, 5±4, 2 anos, 32/62 (52%) do sexo masculino e 51/62 (82%) da classe B econômica. 33/62 (53%) das crianças não apresentam controle da doença e 57/62 (92%) não referem boa adesão ao tratamento. 55/62 (89%) dos pacientes relatam acordar com falta de

ar à noite e 38/62 (61%) possuem sintomas aos exercícios nos últimos 12 meses. Em relação aos cuidadores, 60/62 (97%) demonstraram não possuir conhecimento adequado da doença e 32/62 (52%) possuem grau de alfabetismo em saúde inadequado. Na avaliação do entendimento do receituário, 48/62 (77%) não o compreenderam adequadamente. 57/62 (92%) dos cuidadores possuem conhecimento teórico sobre inaloterapia insatisfatório e 35/62 (56%) possuem conhecimento prático inadequado (pacientes e cuidadores). Por fim, a qualidade de vida foi significativamente melhor em crianças com a doença controlada em relação àqueles que não controle da doença (p<0, 001). **Conclusões:** demonstramos níveis baixos de conhecimento da doença, do domínio da técnica inalatória e problemas de adesão ao tratamento em crianças brasileiras com asma e seus cuidadores. Nossos achados mostram a importância de se estudar melhor e discutir nacionalmente a real efetividade dos programas de asma infantil em saúde pública.

**Palavras-chave:** Asma; alfabetismo em saúde; controle da doença

#### **PO216 USO DO QUESTIONÁRIO ISAAC PARA DETECÇÃO DE ADULTOS ASMÁTICOS EM UMA AÇÃO COMUNITÁRIA** **JOÃO GABRIEL RODRIGUES QUEIROZ\*;** ANDRÉA LEBREIRO GUIMARÃES VENERABLE; PAULA GARCEZ OLIVEIRA HAZAN DA FONSECA FUNDAÇÃO TECNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Asma é uma doença heterogênea caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas associada a limitação do fluxo aéreo. Possui uma prevalência entre 1 a 18 % em diferentes países e, no nosso país, alta prevalência na infância e adolescência, diminuindo na população adulta, porém mantém-se ainda como um problema de saúde importante nessa faixa etária. O questionário escrito, módulo sobre asma e rinite do International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), é uma ferramenta bem estabelecida e de fácil aplicação em nível populacional, todavia pouco utilizado em adultos. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de asma e rinite em uma amostra obtida em uma ação comunitária e correlacionar com diagnóstico médico de rinite e de asma. Descrever a prevalência de distúrbio ventilatório obstructivo e de resposta broncodilatadora nos que apresentavam o distúrbio ventilatório. **Métodos:** Estudo do tipo inquérito, transversal e descritivo com 73 participantes em uma unidade de atenção básica, que foram incluídos após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados coletados foram analisados, utilizando-se uma tabela padrão e uma base de dados produzida no Microsoft Excel® (Microsoft, EUA). Foram feitas as estatísticas descritivas necessárias para este estudo, e também realizados testes de associações/correlações bivariadas, utilizando-se 95% de confiança. A análise dos dados foi feita com utilização do qui quadrado. Todos os participantes realizaram o teste de aferição do pico de fluxo expiratório no aparelho Mini Wright. Considerou-se o maior de três resultados observando a técnica correta e variação entre os valores inferior a 10% e os que apresentavam resultado inferior a 80% do previsto receberam 400mcg de salbutamol com aferição da resposta aos 20 minutos após o broncodilatador. Aumento de 20% foi considerado como resposta positiva. **Resultados:** Avaliou-se um total de 73 participantes, 45 (61, 6%) do sexo feminino. Média de 51, 03 anos, mediana de 53, menor idade 7 anos e maior 85, desvio padrão de 15, 82. Tabagistas pesados foram 21 (28, 8%) e 35 (47, 9%) indivíduos que nunca haviam fumado. O diagnóstico

de asma pelo ISAAC foi realizado em 20 (27, 39%) dos indivíduos. Foram 14 (19, 17%) que informaram diagnóstico médico de asma. O diagnóstico de asma pelo questionário ISAAC apresentou correlação positiva com o diagnóstico médico de asma,  $X^2 = 11,85$  e  $p < 0,01$ . Sensibilidade de 64, 28% e especificidade de 81, 35%. Dos 9 indivíduos com distúrbio ventilatório, 8 (88, 9%) apresentaram resposta positiva ao broncodilatador. **Conclusão:** Houve associação positiva entre o diagnóstico pelo questionário ISAAC e o diagnóstico médico de asma. O questionário ISAAC é uma ferramenta amplamente disponível e de serventia também para faixas etárias mais avançadas.

**Palavras-chave:** Asma; isaac; diagnóstico

#### **PO217 AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE BASEADA NA REVERSIBILIDADE DO VEF1 E NA EOSINOFILIA DO ESCARRO DOS PACIENTES ASMÁTICOS DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS, EM SALVADOR, BAHIA.**

CLERISTON FARIAS QUEIROZ<sup>1</sup>; IGOR ALMEIDA ANJOS<sup>2</sup>; AMANDA PORTELA SILVA<sup>2</sup>; CARLA VIVIANE DOS SANTOS CERQUEIRA<sup>2</sup>; GUSTAVO HENRIQUE MENDES FERREIRA<sup>2</sup>; PAULO HENRIQUE GUIMARÃES LEÃO<sup>2</sup>; MARGARIDA CELIA LIMA COSTA NEVES<sup>2</sup>; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS<sup>2</sup>

1. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - HUPES, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** A asma é uma doença crônica, caracterizada por inflamação das vias aéreas e alterações estruturais, acarretando em hiper-responsividade e limitação do fluxo nas vias aéreas (CHAKIR et al, 2010). A inflamação na asma é caracterizada pela presença de eosinófilos recrutados por células TH2, e sua ativação está relacionada à severidade da asma (BARNES, 2008). **Objetivo:** Classificar à coorte de asmáticos em tratamento no Serviço de Pneumologia do C-HUPES, baseados na reversibilidade do VEF1 e na eosinofilia do escarro. **Métodos:** Estudo de corte transversal, observacional de uma série de pacientes portadores de asma, acompanhados clinicamente no Serviço de Pneumologia do Ambulatório Magalhães Neto do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos (C-HUPES). Foram avaliados, retrospectivamente, 85 prontuários de pacientes com diagnóstico de asma, escolhidos aleatoriamente entre os pacientes em acompanhamento no Serviço, atendidos durante o período de janeiro a julho de 2016. Os dados coletados dos prontuários foram registrados na ficha de coleta pré-definida e, posteriormente, analisados pelo "software" "SPSS Statistics"®. As medidas de significância foram obtidas através da correlação de Spearman, e o teste da hipótese nula (valor de 'p') considerou resultados significativos a partir de  $p < 0,05$ . As variáveis analisadas foram: sexo (feminino ou masculino); idade (em anos); gravidade da asma (leve, moderada, grave, asma de difícil controle (ADC)); Volume expiratório forçado no primeiro segundo pré/ pós broncodilatador (VEF1) determinado pelas manobras da técnica de espirometria através dos valores pelos valores pré e pós broncodilatador do VEF1. Teste cutâneo (positivo, negativo, histamina não reagentes) segundo a técnica descrita por Pepsy J, 1975 20 e modificada por Osterbaalee & Weeke, 1977); eosinofilia da citologia do escarro induzido (EI) (em porcentagem), segundo a técnica descrita por Pavord et al, 1997. **Resultados:** Foram avaliados 85 pacientes de uma amostra de conveniência com 84% do gênero feminino e 16% do gênero masculino, com média de idade de  $57,3 \pm 12,5$ , todos com diagnóstico de asma baseados nos critérios do GINA, 2016 e da SBPT, 2014 para manejo da asma. A classificação da gravidade de asma

baseou-se na espirometria com ênfase na reversibilidade do VEF1. A asma leve (24%), moderada (23%), grave (34%) e asma de difícil controle (19%). Ademais, os valores do VEF1 pré/pós broncodilatador foram: a média para asma moderada  $69,5 \pm 22,1 / 78,6 \pm 22,7$ , asma grave  $59,5 \pm 22,8 / 68 \pm 23,6$ , ADC  $52 \pm 23,9 / 59,5 \pm 29,7$ . Os pacientes deste estudo foram submetidos à avaliação inflamatória através da contagem do biomarcador eosinofílico no escarro induzido com uma média de  $29,5 \pm 15,4$  encontrados no escarro. A avaliação da atopia realizada pelo *Skin Prick Test* com 55% de pacientes positivos a pelo menos um antígeno, 44% negativos e 1% histamina não reagente, devido ao uso de anti-histamínico. A correlação da frequência de eosinófilos no escarro com os valores do VEF1 pré/ pós broncodilatador para asma grave e ADC tiveram uma correlação inversa significante ( $p < 0,05$ ) pela correlação de Spearman. **Conclusão:** Conclui-se que o eosinófilo pode ser um importante biomarcador de inflamação, podendo está associado com a gravidade em pacientes asmáticos.

**Palavras-chave:** asma; eosinofilia; VEF1

#### **PO218 ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA E ASMA NÃO ATÓPICA MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO\***

HOSPITAL DAS CLÍNICAS, SALVADOR, BA, BRASIL.

A obesidade é uma síndrome complexa, está associada ao aumento de mediadores inflamatórios, pois o tecido adiposo é uma fonte de citocinas pro-inflamatórias e quimiocinas, como a IL-18, IL-6 e TNF (alfa), PCR e a leptina. O aumento da leptina estimula os linfócitos TH1 e faz supressão dos TH2, um dos motivos de não haver correlação de obesidade e atopia (TH2), proporcionando o surgimento inflamação sistêmica não eosinofílica, podendo desencadear asma não atópica, assim como outras doenças imunologicamente moduladas como diabetes, doenças cardiovasculares e neoplasia. Além disso, a obesidade pode também aumentar o risco de refluxo gastro-esofágico e alterar a mecânica pulmonar favorecendo a hiper-responsividade das vias aéreas. A asma é uma enfermidade inflamatória crônica das vias aéreas inferiores, potencialmente reversível, multifatorial, caracterizada por uma hiperreatividade e obstrução brônquica. Desta forma, o estudo da função pulmonar nestes pacientes é fundamental, principalmente em pacientes oligossintomáticos, que consideram a limitação física apenas devido ao peso, assim não realizando tratamento adequado. **Objetivos:** Associar a presença de distúrbio ventilatório obstrutivo, pela função pulmonar, em indivíduos com peso normal, sobrepeso e obesos, acompanhados no ambulatório de Endocrinologia. Casuística, **Material e Métodos:** Foram avaliados 156 pacientes, sendo 63 pacientes oriundos do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES) e 93 pacientes de clínica privada, todos oriundos do ambulatório de endocrinologia. Todos os pacientes estudados não possuíam história de asma prévia, rinite alérgica, tabagismo, hipotireoidismo descompensado ou deformidade torácica. Para a confirmação do diagnóstico de distúrbio ventilatório obstrutivo foi realizado, em todos os pacientes, uma avaliação clínica e espirometria com prova farmacodinâmica, sendo classificado de acordo com as Diretrizes de função Pulmonar 2002. A classificação do peso foi através do Índice de Massa Corpórea, preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sendo então realizada a associação com a presença de distúrbio ventilatório e o IMC. **Resultados:** A classificação do peso mostrou 32 pacientes com peso normal, 39 pacientes com sobrepeso e 85 pacientes obesos. Apresentaram distúrbio ventilatório obstrutivo 69 pacientes (45, 1%) e

destes, 38 (55, 1%) tiveram resposta positiva na prova farmacodinâmica. A incidência obstrução em pacientes com peso normal foi de 1, 5% (01 paciente), sobrepeso 4, 3% (3 pacientes), obesos grau I de 21, 7% (15 pacientes), obesos grau II de 31, 9% (22 pacientes) e obesos grau III de 40, 6% (28 pacientes). Desta forma, mostrando uma associação positiva entre o Índice de Massa Corpórea elevado com distúrbio ventilatório obstrutivo nos pacientes estudados.

**Conclusão:** Os resultados deste estudo mostraram que há correlação positiva entre o Índice de Massa Corpórea elevado com a ocorrência de distúrbio ventilatório obstrutivo, em pacientes sem diagnóstico e tratamento prévio de asma. Desta forma, a realização da espirometria é fundamental no acompanhamento dos pacientes com sobrepeso/obesidade, mesmo oligossintomáticos respiratórios, para seja feito o diagnóstico de distúrbio ventilatório obstrutivo precocemente e medidas terapêuticas adicionais possam ser instituídas.

**Palavras-chave:** Asma; obesidade; função pulmonar

#### **PO219** FREQUÊNCIA DE SINTOMAS DE ASMA EM ESCOLARES DE ÁREA URBANA DE JOAO PESSOA

**MARIA ALENITA DE OLIVEIRA\*<sup>1</sup>; JULIETE CARNEIRO GOMES<sup>2</sup>; MATEUS MELO DE OLIVEIRA COSTA<sup>2</sup>; DANIELE CARVALHAL BELTRÃO<sup>3</sup>; CONSTANTINO GIOVANNI BRAGA CARTAXO<sup>3</sup>; MARIA ENEDINA AQUINO SCUARCIALUPI<sup>3</sup>; SEBASTIAO DE OLIVEIRA COSTA<sup>4</sup>**

1. UNIPÊ, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 2. FAMENE, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 3. UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 4. AMPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

**Introdução:** No Brasil, estudos epidemiológicos apontam que a frequência dos sintomas da asma variam de acordo com a região do país e afeta 10% da população brasileira, sendo mais prevalente na infância. Ainda de acordo com dados epidemiológicos, o processo de urbanização tem contribuído para aumentar os casos da doença, essencialmente nos segmentos sociais menos favorecidos, o que estimulou a ideia de realizar esse estudo numa escola pública. **Objetivo:** Determinar a frequência e a gravidade de sintomas relacionados à asma em escolares, empregando o questionário escrito (QE) padronizado e auto-aplicável ISAAC. **Método:** Foram distribuídos de forma aleatória 1100 questionários em uma escola pública. Desse total, 212 (62% do sexo feminino e 38% do masculino, com idade média de 15 anos) alunos devolveram os questionários devidamente preenchidos. Dos quesitos do questionário, foram considerados aqueles referentes a sintomas (sibilos nos últimos 12 meses- asma atual), gravidade (sibilos intensos capazes de limitar a fala- asma grave) e asma alguma vez na vida (asma diagnosticada pelo médico). Foram calculadas as frequências relativas e absolutas das respostas afirmativas às questões. A associação das questões respondidas como positivas e as variáveis sexo e idade foram realizadas através do teste qui-quadrado ou teste não paramétrico. **Resultados:** Dos 212 alunos avaliados, 43% deles apresentavam sintomas compatíveis com asma atual, enquanto que 47% foram diagnosticados como asma grave, 11, 8% tinham diagnóstico prévio de asma feito pelo médico. Houve uma associação significativa entre gravidade das crises (0, 002) e presença de sibilos após o exercício (p=0, 004) e o sexo feminino. Das perguntas do questionário enfocando sintomas ou gravidade da asma, a pergunta com melhor concordância com o diagnóstico de asma, foi a questão um (presença de sintomas de asma) com 70%. **Conclusão.** Observamos no presente estudo, um percentual elevado de alunos com sintomas de asma, bem como de asma grave. Por outro lado, os alunos com

asma previamente diagnosticados pelo médico apresentava numero semelhante ao observado em outros estudos realizados na região. Chama a atenção o grande percentual de asma não diagnosticada, impondo a necessidade de um trabalho educativo a ser desenvolvido pelo serviço público com a participação efetiva das entidades médicas.

**Palavras-chave:** Asma; epidemiologia; diagnostico

#### **PO220** FUNÇÃO PULMONAR EM BEBÊS DE 3 A 6 SEMANAS DE IDADE NASCIDOS DE MÃES ASMÁTICAS

**PATRICIA DE DE GOUVEIA BELINELO\***

**PATRICIA DE GOUVÊIA BELINELO; ADAM COLLISON; IMOGEN BYRNE; KATHRYN JESSON; PETER GIBSON; VANESSA MURPHY; JOERG MATTES**

*THE UNIVERSITY OF NEWCASTLE- AUSTRALIA, NEWCASTLE, AUSTRÁLIA.*

**Introdução:** A asma é um dos problemas mais comuns e potencialmente graves durante a gravidez. Na Austrália, uma em cada 8 mulheres é afetada com essa doença. As exacerbações de asma durante a gestação causam efeitos adversos na gestação e ao bebê, incluindo prematuridade, bebê pequeno para a idade gestacional, bronquiolite recorrente e um alto risco para o desenvolvimento de asma durante a infância. Além disso, o aparelho pulmonar é imaturo ao nascimento e seu crescimento e desenvolvimento ocorrem nos primeiros anos de vida. Sendo assim, uma avaliação precoce da função pulmonar pode fornecer informações importantes que ajudam a rastrear um comprometimento da função pulmonar e predisposição para asma e DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), na vida adulta. **Objetivo:** Medir a função pulmonar de bebês de 3 a 6 semanas de idade, nascidos de mães asmáticas.

**Métodos:** Atualmente, nós estamos conduzindo o projeto 'The Breathing for Life Trial' (BLT), um estudo randomizado controlado, sobre o manejo da asma baseado no teste da fração exalada de óxido nítrico (FENO) durante a gravidez e seu impacto sobre os resultados perinatais e infantil. Os testes de função pulmonar (TBVL - "Tidal Breath Volume Loop", MBW - "Multiple Breath Inert Gas Washout", eNO - Teste de Fração Exalada de Oxido Nítrico) foram realizados em bebês com 3 a 6 semanas de idade durante o sono diário e sem sedação. **Resultados:** Foram recrutadas 204 crianças nascidas de mães asmáticas, participantes do projeto BLT, no período de 2014 ao primeiro semestre do ano de 2016. Do total, 12% não dormiram ou não permaneceram em sono profundo para realização dos mesmos. Problemas técnicos foram encontrados em 3% dos testes. A taxa de comparecimento foi de 88, 7% e 95, 0% completaram, com sucesso, o Teste de eNO; 89% obtiveram sucesso ao completaram o TBVL; e 52, 6%, o MBW. Os resultados do FeNO, TBVL e MBW evidenciaram um Volume Corrente (VC) médio de 35, 2 mL ( $\pm 7$ , 1); um eNO (óxido nítrico exalado) de 11, 7 ppb ( $\pm 14$ , 6), uma FRC (Capacidade Residual Funcional) média de 88, 2 mL ( $\pm 19$ , 6), e um LCI (índice de depuração pulmonar) de 7, 9 ( $\pm 1$ , 1). **Conclusões:** Os resultados do TBVL e do Teste da Fração exalada de Óxido Nítrico do nosso estudo assemelham-se com os encontrados no projeto Suíço "The Bern Infant Lung Development Cohort" (BILD), com crianças de 5 e 6 semanas de idade. No entanto, com base em uma análise preliminar, o valor encontrado para o LCI foi significativamente maior em nossos dados, o que dá suporte à nossa hipótese de que a asma, durante a gravidez, pode resultar em filhos com pulmões não-homogêneos e, conseqüentemente, com problemas.

**Palavras-chave:** Teste de função pulmonar; bebês; asma

**PO221 TERAPIA GÊNICA COM TIMULINA ENTREGUE POR NANOPARTÍCULAS BIODEGRADÁVEIS MELHORA PROCESSO INFLAMATÓRIO E DE REMODELAMENTO EM MODELO DE ASMA ALÉRGICA CRÔNICA.**

**ADRIANA LOPES DA SILVA VILARDO\***; GISELE PENA OLIVEIRA; JAMIL ZOLA KITOKO; NATÁLIA GOES BLANCO; PRISCILLA CHRISTINA OLSEN; FERNANDA FERREIRA CRUZ; MARCELO MARCOS MORALES; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO *UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A capacidade de um material biológico atravessar vias aéreas inflamadas e remodeladas, encontradas na asma, é um pré-requisito para uma terapia gênica eficiente de tais condições. Nosso grupo recentemente observou que a transfecção com 100ug DNA (timulina) mediada por nanopartículas altamente compactadas, efetivamente impede que o processo inflamatório e remodelamento nos pulmões asmáticos, aumentando o reparo das vias aéreas e melhorando assim a mecânica pulmonar num modelo murino de asma alérgica. Entretanto, um novo dispositivo foi desenvolvido para melhorar as propriedades farmacológicas desta molécula. Assim, nós avaliamos os efeitos da terapia gênica com timulina por meio de nanopartículas não tóxicas, biodegradáveis e eficientes para compactação de DNA, em modelo de asma. **Objetivo:** Verificar se o gene análogo da timulina entregue por nanopartículas biodegradáveis abrigando uma seqüência de DNA(5'-ATGCAAGCCAA ATCTCAAGGTGGATCCAAC TAGTAG-3') que codifica o gene análogo da timulina (methionine-FTS) pode reduzir a inflamação pulmonar e o remodelamento em modelo murino de asma alérgica. **Métodos:** Nanopartículas foram formuladas e caracterizadas. Camundongos BALB/c fêmeas (20–25 g) foram randomizadas e divididas 3 grupos (n=8/grupo). No grupo OVA, os animais foram imunizados e desafiados com ovalbumina. E os animais do grupo controle (CTRL) receberam salina sob o mesmo protocolo. Vinte e quatro horas após o último desafio, os animais foram intratraquealmente tratados com salina (NaCl 0.9%; grupos CTRL e OVA-SAL) ou uma dose de nanopartículas com DNA (50 mg timulina; grupo OVA-THY). Após 20 dias, os animais foram anestesiados e a mecânica pulmonar e histologia foram analisados. **Resultados:** Imediatamente após o último desafio com ovalbumina e em 20 dias, o grupo OVA exibiu infiltrado eosinofílico significativo, aumentou a deposição de fibras colágenas tanto nas vias aéreas quanto no septo alveolar, e a hiperresponsividade de vias aéreas. Nanopartículas de DNA exibiram carga aproximadamente neutra e um diâmetro hidrodinâmico de 45.6 ± 2.6 nm. O grupo OVA-THY exibiu uma redução na celularidade total e diferencial, citocinas inflamatórias, produção de muco, colapso alveolar e índice de broncoconstrição quando comparados ao grupo OVA-SAL. Além disso, houve uma diminuição de parâmetros relacionados ao remodelamento pulmonar, como fibras colágenas e actina de músculo liso, contribuindo para uma diminuição da resistência das vias aéreas. **Conclusão:** Nesse modelo de asma alérgica, uma dose única de nanopartículas biodegradáveis para terapia gênica com timulina (50ug de DNA) foi eficiente na diminuição da inflamação pulmonar, melhorando o processo de remodelamento e conseqüentemente a função pulmonar. **Apoio Financeiro:** FAPERJ, CNPq, CAPES, MS-DECIT

**Palavras-chave:** Nanotecnologia; terapia gênica; timulina

**PO222 MUDANÇA NA QUALIDADE DE VIDA APÓS TERAPIA COM OMALIZUMABE**

**RENATO RICCI KAUFFMANN\***; JAMILE DA COSTA RIECHI; FATIMA MITSIE CHIBANA SOARES; ALCINDO CERCI NETO; MARCOS RIBEIRO; RENATA MACIULIS DIP; LISSA SUGAHARA; PAMELA NUNES DE SOUZA PASSARELLI *UEL, LONDRINA, PR, BRASIL.*

**Introdução:** A asma é uma doença crônica das vias aéreas que leva em alguns casos a limitação importante da atividade física. Apesar do tratamento bem estabelecido com uso de CI e LABA, com efetividade em 95% dos casos, há situações onde a doença não é controlada e acaba gerando uma alta frequência de exacerbações, internações e admissões em CTI. Em casos de asma de difícil controle com manejo adequado e otimizado e com predomínio alérgico há indicação de terapia monoclonal Anti-IgE (omalizumabe). A imunoglobulina E (IgE) ocupa papel de destaque na patogênese da asma alérgica e é um dos alvos do tratamento. Apesar disso, há uma variedade de respostas a este tratamento variando de controle total e parcial dos sintomas e em variados períodos de tempo. **Relato de caso:** JFO, masculino, 68 anos, pardo, operador de máquinas agrícolas aposentado, procedente de Ibiporã/ PR. Encaminhado ao ambulatório de Asma de difícil controle em Outubro de 2015 com sugestão de uso de OMALIZUMABE. Com histórico de diagnóstico médico de asma desde a infância e acompanhamento regular com pneumologista desde 2008 e uso de LABA+CI (formoterol 36mg/dia e budesonida 1200mg/dia). Apresentava-se com internações muito frequentes e uso em mais de 50% dos dias do ano de 2013 com CO em doses variadas. Ex tabagista, cessou há mais de 20 anos com carga tabágica menor 20anos/maço. Antecedentes pessoais de dislipidemia e doença de refluxo gastroesofágico, em tratamento com inibidor de bomba de próton. Negava outras atopias. Tomografia com sinais de discreta doença inflamatória crônica e leve hipersinufação. Em outubro de 2015 indicado uso de anti-IgE, conforme diretrizes de asma difícil controle. Apresentava dosagem sérica de IgE 348, peso 64kg. Prova de função pulmonar em Setembro de 2015 FEV1/CVF 56. 8. CVF 78% FEV1 56%. ACT 9 em Outubro de 2015. Iniciada dose de OMALIZUMABE de 225mg a cada duas semanas. Após 8 semanas houve uma melhora surpreendente do quadro clínico. Após 12 semanas encontrava-se com dose moderada de LABA-CI e sem uso de CO. Desde o início do tratamento não apresentou crises ou internações e iniciou atividade física (bicicleta). Espirometria cinco meses após terapia anti-IgE: FEV1/CVF 58. 9. CVF 95% FEV1 70%. ACT 24. **Conclusão:** A resposta mediada por IgE pode levar a alterações imediatas e tardias após exposição aos alérgenos. Omalizumabe tem demonstrado uma diminuição na incidência de exacerbações da asma e melhora na qualidade de vida. A variabilidade da resposta ao uso do OMALIZUMABE deve ser melhor pesquisada. No caso apresentado a resposta clínica foi rápida e muito significativa, proporcionando uma mudança completa na qualidade de vida de um paciente corticod dependente. Tal quadro não é observado em todos os pacientes, e não se sabe o quem e como serão as respostas ao tratamento. **Referencias:** 1- Global Initiative for Asthma. 2016 2- Emanuel Sarinho. Anticorpo Monoclonal anti-IgE no tratamento da asma e de outras manifestações relacionadas a doenças alérgicas, Jornal de Pediatria 2006

**Palavras-chave:** Omalizumabe; asma difícil controle; asma

**PO223 OMALIZUMABE EM PACIENTES PORTADORES DE ASMA GRAVE EM AMBULATÓRIO PÚBLICO**

**GUILHERME FREIRE GARCIA\*<sup>1</sup>; FLÁVIO MENDONÇA ANDRADE DA SILVA\*<sup>2</sup>; LORENNIA CRISTHINA ARAUJO\*<sup>2</sup>; BRUNA KELLY CARDOSO DE CARVALHO\*<sup>2</sup>**

**1. FHEMIG, SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.**

**Introdução:** Apesar da maioria dos asmáticos terem resposta eficiente ao tratamento com as drogas habituais, estima-se que 5% destes não obtenham controle com altas doses corticosteróides inalatórios (CI), beta-2 agonistas de longa ação (LABA) e outra medicação controladora, sendo o omalizumabe uma opção recomendada nesta situação. Este trabalho apresenta o resultado do uso do omalizumabe em subgrupo de pacientes com asma grave num ambulatório público em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Objetivos:** Descrever desfechos clínicos e funcionais em pacientes com asma grave, comparando-os antes e após uso do omalizumabe, no período de 2009 a 2016. **Métodos:** os critérios de inclusão foram pacientes com mais de 18 anos de idade, que não alcançaram o controle da asma após 6 meses em serviço especializado, utilizando altas doses de CI (2000 mcg de beclometasona ou equivalente), pulsos frequentes de corticóide oral (CO), LABA, e/ou outra medicação controladora, diagnóstico de asma alérgica confirmada por história clínica e/ou teste alérgico (RAST), dosagem de IgE sérica de 35 a 1500 UI/ml, com utilização de pelo menos 12 meses de omalizumabe. Os critérios de exclusão foram: ausência de resposta a omalizumabe após 6 meses, eventos adversos graves ou dificuldade de acesso ao omalizumabe. Foram aplicados questionários ACT (asthma control test) e AQLQ (asthma quality of life questionnaire), para avaliar a qualidade de vida e sintomas, medida do pico de fluxo expiratório (PFE), número de hospitalizações por asma e dias utilização de CO no ano anterior e eventos adversos. Os dados foram compilados no programa EPIINFO 3. 5. 2, sendo utilizado o teste T bilateral para variáveis contínuas. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa, sob o número 058351/2016. **Resultados:** Dos 16 pacientes que iniciaram omalizumabe, 4 (25%) foram excluídos, 2 por ausência de efeito após 6 meses de uso, outro por evento adverso grave (confusão mental) e outro por dificuldade de acesso ao medicamento. Dos 12 pacientes que incluídos, 9 (75%) eram do sexo feminino, a idade média de 47, 4 anos, IgE média de 276 UI/ml, o VEF1 médio basal de 50, 4% do predito. Comparando o período antes e após uso de omalizumabe, houve variação do ACT de 7, 8 para 13, 3 (p< 0, 0001), do AQLQ de 2, 01 para 3, 87 (p<0, 0001), do PFE médio de 170 para 242 L/M (p=0, 066). Houve diminuição das hospitalizações de 8, 6 para 1, 4 no último ano (p< 0, 0001) e da utilização de CO de 153 para 73 dias de (p=0, 154), porém 83, 3% dos pacientes diminuíram o uso de CO. Os eventos adversos foram dor torácica (1), cefaléia (5), mialgia (2), eritema transitório (1), artralgia (1), adinamia (1). **Conclusão:** A utilização de omalizumabe em asmáticos graves melhorou sintomas e qualidade de vida e diminuiu dias de internação hospitalar. Houve melhora não significativa do PFE e dias de uso de CO. Somente um evento adverso levou à suspensão do omalizumabe, sendo os outros leves e transitórios.

**Palavras-chave:** Omalizumabe; asma grave; hospitalização

**PO224 EFEITOS DO CANABIDIOL NOS PROCESSOS INFLAMATÓRIO E DE REMODELAMENTO EM MODELO EXPERIMENTAL DE ASMA ALÉRGICA.**

**NATÁLIA GOES BLANCO\*<sup>1</sup>; DEBORA XISTO\*<sup>1</sup>; VIVIAN CASTELO BRANCO DA SILVA\*<sup>1</sup>; FRANCIELI SILVA VUOLO\*<sup>2</sup>; FELIPE DAL PIZZOL\*<sup>2</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO\*<sup>1</sup>; SORAIA CARVALHO ABREU\*<sup>1</sup>**

**1. UFRJ, NITEROI, RJ, BRASIL; 2. UFSC, SANTA CATARINA, SC, BRASIL.**

A asma é uma doença inflamatória caracterizada por um processo inflamatório crônico que acaba acarretando diversas alterações ultraestruturais nas vias aéreas, que em conjunto correspondem ao processo de remodelamento, levando à uma déficit progressivo da função pulmonar. No entanto, até o presente momento, não existem terapias disponíveis que sejam capazes de reverter tais, havendo assim a necessidade do desenvolvimento de novas terapias para o tratamento da asma. Dessa forma, como as interações entre células imunes e antígenos representam um ponto crucial na fisiopatologia de doenças inflamatórias, o objetivo desse estudo foi avaliar o efeito do Canabidiol (CBD) nesse cenário, visto que o mesmo possui importante papel anti-inflamatório e antioxidante. Para tal, 49 fêmeas BALB/c foram aleatoriamente distribuídas em sete grupos experimentais. No grupo OVA, os camundongos foram sensibilizados e desafiados com ovalbumina, enquanto o grupo controle recebeu solução salina utilizando o mesmo protocolo. Posteriormente, o grupo OVA foi novamente subdividido em três subgrupos que receberam salina (50 mL, SAL, n=7), CBD [5mg/kg (OVA5) ou 10 mg/kg (OVA10), n=7/each] três vezes no mesmo dia de desafio. A seguir, o grupo OVA10 foi novamente subdividido em 3 subgrupos que receberam inibidor específico de CBD: CB1 (OVA10-CB1, 3mg/kg, n=7), CB2 (OVA10-CB2, 3mg/kg, n=7) ou ambos (OVA10-CB1/CB2, 3mg/kg/each, n=7). Todos os tratamentos foram realizados três vezes no mesmo dia dos desafios. O processo de remodelamento das vias aéreas e parênquima pulmonar foram avaliados por análise quantitativa de fibras colágenas. Adicionalmente, a celularidade tecidual, a fração de alvéolos colapsados, a elastância estática, pressão viscoelástica, resistência e hiperresponsividade das vias aéreas foram mensuradas. Finalmente, os níveis de interleucina (IL)-4, IL-5, IL-9, IL-13 e eotaxina e a expressão de CB1 e CB2 foram avaliados no lavado broncoalveolar (BALF) e no tecido pulmonar por ELISA. O grupo OVA10 apresentou uma redução mais significativa do colapso alveolar, na infiltração de células inflamatórias no tecido pulmonar, na deposição de colágeno nas vias aéreas e no parênquima, bem como na elastância e hiperresponsividade de vias aéreas quando comparado aos grupos OVA e OVA5. Entretanto, no grupo OVA5, foram observados níveis mais baixos de IL-4, IL-5, IL-13 e eotaxina quando comparado com os grupos OVA e OVA10. Finalmente, a inibição de CB1 e CB2, evitou esses efeitos benéficos. Portanto, no presente estudo o CBD foi capaz de reduzir tanto o processo inflamatório como de remodelamento característico da asma, levando à uma melhora significativa da função pulmonar, sendo tais efeitos aparentemente mediados pelos receptores CB1 e CB2. Suporte financeiro: PRONEX-FAPERJ, CNPq, FAPERJ, CAPES, INCT.

**Palavras-chave:** Asma; canabidiol; ovalbumina

**PO225 O USO DE HÉLIO EM DOENTES COM ASMA BRÔNQUICA EVITANDO A NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO INVASIVA**

**JOÃO PEDRO ABREU CRAVO\*<sup>1</sup>; ISABEL DOMINGUES\*<sup>2</sup>; ANTONIO M. ESQUINAS\*<sup>3</sup>; ALEXANDRA CATARINO\*<sup>1</sup>**

**1. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, COIMBRA, PORTUGAL; 2. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA, COIMBRA, PORTUGAL; 3. HOSPITAL MORALES MESEGUER, MURCIA, ESPANHA.**



**Introdução:** O tratamento da crise asmática deve ser emergente por forma a evitar um desfecho trágico. Atualmente, não existe indicação formal para o uso de Hélio, no entanto, existem vários relatos do seu uso nesta situação, com resultados favoráveis. Caso clínico 1 - Doente de 49 anos, 55 kg, vigilante, ex-fumadora (21 UMA) com antecedentes de Asma bem controlada, Artrite Reumatóide e Hipertensão Arterial. Referia não ter uma agudização há pelo menos 3 anos. Referia quadro clínico com 2 dias de evolução de dispnéia sibilante, recorrendo ao serviço de urgência. Ao exame objetivo inicial apresentava-se consciente, taquipneica (29cpm) com tiragem supraclavicular, intercostal e abdominal, hipertensa e apirética. Na auscultação pulmonar (AP) com diminuição acentuada do murmúrio vesicular, sibilância bilateral. Fez terapêutica médica com broncodilatadores, corticoide oral e sulfato de magnésio, sem melhoria. Na radiografia do tórax, sem opacidades ou outras alterações pleuroparenquimatosas relevantes. Analiticamente, sem leucocitose, evidenciando na gasometria arterial hipocápnia com lactatos elevados. Transferida para o serviço de Medicina Intensiva (UCI), onde iniciou Hélio puro misturado com Oxigénio FiO<sub>2</sub> 40%. (Hélio 70%) com VNI por BiPAP (IPAP 13; EPAP 6). Apresentou boa resposta clínica, tendo sido feito descalção para Máscara de Venturi, em menos de 24 horas, sem intercorrências, com melhoria gasométrica expressiva. Teve alta para a enfermaria da Pneumologia, estabilizada e com indicação para averiguar relação do agravamento da asma com a toma de medicação para a doença reumatológica. Caso clínico 2 - Doente, de 50 anos, ex-fumadora (10 UMA), com vários internamentos por agudização de asma brônquica mal controlada, o último dos quais no ano anterior com necessidade de entubação orotraqueal e VI. Apresenta como antecedente relevante uma polipectomia nasal. Recorreu ao Centro de Saúde por quadro clínico com 4 dias de evolução de mal-estar geral, sensação febril, dispnéia e desconforto torácico. Efetuou aerosol com nebulização e oxigénio, mas evidenciava saturação O<sub>2</sub> baixa que não melhorou com terapêutica (66%), sendo enviada ao Hospital e recebida diretamente pela Medicina Intensiva. A doente encontrava-se taquipneica (FR >30cpm) e obnubilada; na auscultação pulmonar com sibilos bilaterais. Analiticamente com glicémia aumentada e leucocitose (17 x 10<sup>9</sup>/L). Na gasometria arterial à entrada na UCI, após transporte em ambulância, apresentava pH 7.0, PaCO<sub>2</sub> 80mmHg e lactatos elevados. Iniciou terapêutica médica dirigida para situações de crise asmática e VNI por BiPAP (IPAP 14; EPAP 6), com melhoria ligeira. Ficou internada na UCI, para continuação de VNI e realização de Hélio puro misturado com Oxigénio FiO<sub>2</sub> 40% (Hélio 70%); vigilância apertada com avaliação da necessidade de entubação e ventilação invasiva. A doente evidenciou melhoria clínica e analítica progressiva. Após 10 horas de VNI, a doente encontrava-se estável, sem sibilância, e foi suspensa a ventilação, mantendo-se estável com oxigenoterapia por sonda nasal, para além da terapêutica broncodilatadora e corticóide endovenoso. Teve alta da UCI para a enfermaria de Pneumologia em menos de 48h.

**Conclusão:** Par além dos benefícios reconhecidos do Hélio durante a ventilação invasiva, estes dois casos clínicos evidenciam claramente o seu benefício em situações de asma brônquica agudizada com necessidade de VNI. Serão, no entanto, necessários mais estudos para comprovar este efeito.

**Palavras-chave:** Asma; hélio; crise asmática

**PO226 PERFIL DOS PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU (HGNI)**

**LUIZ GUSTAVO BERNARDO DE OLIVEIRA\*; ANIELE SOARES MORITZ; DANIELLA MOUTA DOS SANTOS SILVA; SERGIO DUARTES DORTAS JUNIOR**

*UNIVERSIDADE IGUAÇU, NOVA IGUAÇU, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Pacientes com exacerbação da asma são frequentes nas salas de emergência. Apesar do recente avanço na avaliação e tratamento da asma aguda, esta doença continua sendo a quarta causa mais comum de internação pelo SUS. Em muitos hospitais, a sala de emergência tem sido utilizada como atendimento primário para o tratamento da asma. Por isso é importante que altos padrões de cuidado para pacientes com asma sejam estabelecidos. **Objetivos:** Levantamento dos dados epidemiológicos dos prontuários de pacientes maiores de 12 anos de idade atendidos na emergência do HGNI com broncoespasmo (CID10: J45 e J42) no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2015. Método: Foi realizado levantamento de dados através da análise de prontuários de pacientes maiores de 12 anos de idade admitidos na emergência do HGNI por broncoespasmo no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2015. As variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária, raça, tempo de internação, gravidade da crise, gestação, complicações associadas, medicações utilizadas e reinternações. **Resultados:** Foram coletados dados de 43 pacientes, com idade média de 42 anos (12-91 anos). Considerando raça, a maioria era parda (61%), e a minoria negra (14%). Gestantes somaram 30% do total de pacientes. Quanto à classificação das crises, houve predomínio de crises leve a moderada (56%), seguidos de crises graves (44%). A medicação utilizada em 100% dos pacientes foi corticoide injetável, associado a beta-2-agonista inalatório de curta duração em 95% dos casos. Aminofilina injetável foi utilizada em 16% dos casos e antibióticos foram administrados em 49% dos pacientes. Em relação às comorbidades, houve predomínio de DPOC, HAS e DM, cada um correspondendo a 19% dos casos, seguidos de insuficiência cardíaca congestiva (7%). Metade dos pacientes apresentaram complicações, sendo pneumonia a mais frequente (47%), seguido de insuficiência respiratória aguda (7%). Quanto ao tempo de internação, 70% necessitaram permanecer mais de 10 dias internados. A taxa de óbito foi de 16% dos atendidos. **Conclusão:** Os dados obtidos revelam uma prevalência de crises de asma em adultos jovens. Em nossa casuística, muitas gestantes foram acometidas, necessitando de internação, o que mostra o impacto desta enfermidade sobre a população citada. Neste contexto, podem ocorrer complicações obstétricas devido à falta de tratamento de manutenção. Apesar da maioria dos pacientes terem como comorbidades DPOC, HAS e DM, não há relação estabelecida entre essas doenças e a asma. Grande parte dos pacientes necessitaram permanecer internados gerando impacto na demanda e custo público. Notamos que apesar das diretrizes para o manejo da asma, ainda vemos uma elevada taxa de mortalidade. Assim, a importância da asma como problema de saúde pública deve ter relevância na atenção à saúde, com atualizações dos profissionais em relação a seu diagnóstico e manejo, além da educação da população sobre a importância do tratamento de manutenção para prevenção das crises.

**Palavras-chave:** Asma; broncoespasmo; hgni

**PO227 PERFIL E RESPOSTA CLÍNICA/FUNCIONAL DOS PACIENTES EM USO DE OMALIZUMABE NO AMBULATÓRIO DE ASMA /UERJ**

**BRUNA MACEDO PINTO<sup>1</sup>; PAULO ROBERTO CHAUVET<sup>1</sup>; MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO<sup>1</sup>; THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO UERJ/HUPE, NITERÓI, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** Asma é doença comum, heterogênea, geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas(GINA). Para Asma moderada e grave, o anticorpo monoclonal anti-IgE Omalizumabe(OMA) é opção de tratamento para o nível 5 de conduta para controle sintomático (GINA). **Objetivos:** Avaliar o perfil e o comportamento clínico e funcional dos pacientes portadores de asma moderada e grave que atingiram o nível 5 de conduta para tratamento(GINA). **Métodos:** Para este estudo, foram admitidos todos os pacientes acompanhados no Ambulatório de Asma Grave no período de 2014 a 2016, com indicação de tratamento com OMA, seguindo protocolo. Foram colhidos dados pessoais e avaliados os níveis de controle sintomático(GINA/NAEPP), dosagens de IgE (pré-tratamento), espirometrias e uso de medicação broncodilatadora e anti-inflamatória (pré e durante tratamento). Efeitos colaterais foram anotados. **Resultados:** Foram acompanhados 5 pacientes(n=5), sendo 3 do sexo feminino, com idade média de 47, 2 anos (variando entre 38 e 62 anos), com predomínio de etnia parda (n=4). A IgE media foi de 540, 042 UI/ml (91, 21 – 1337 UI/ml). Todos os pacientes apresentavam-se não controlados(GINA) ao tratamento usual antes do OMA. Durante o tratamento, 3 pacientes tiveram controle dos sintomas, 1 parcialmente controlado e 1 permaneceu inalterado. O VEF1 inicial medio era 1, 226 L e durante o tratamento 1, 408 L. O pós-BD médio inicial foi de 1, 562 L e, em tratamento, 1, 7725 L. Infecção respiratória em 2 pacientes foi o efeito colateral observado. Houve redução da medicação BD e antiinflamatória inalável e VO, exceto em 1 paciente. **Conclusão:** Apesar do pequeno numero de pacientes, houve boa resposta ao OMA, com melhora em torno de 14, 8% no VEF1 médio pré- BD e de 13, 4% pós-BD, com efeitos colaterais compatíveis com literatura e redução da medicação BD e antiinflamatória.

**Palavras-chave:** Asma; gina; omalizumabe

**PO228 TERAPIA COM VESÍCULAS EXTRACELULARES DERIVADAS DE CÉLULAS MESENQUIMAIS HUMANAS EM MODELO DE ASMA ALÉRGICA**

**CARLOS MURILO BARBOSA JUNIOR\*<sup>1</sup>; DEBORA XISTO<sup>1</sup>; JAMIL ZOLA KITOKO<sup>1</sup>; FERNANDA FERREIRA CRUZ<sup>1</sup>; TATIANA PAULA TEXEIRA FERREIRA<sup>2</sup>; MARCO AURÉLIO MARTINS<sup>2</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO<sup>1</sup>; LIGIA LINS CASTRO<sup>1</sup>**

1. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A asma é uma doença inflamatória crônica que pode ser desencadeada por fatores relacionados ao paciente e ambientais. Os medicamentos atuais focam apenas no controle do processo inflamatório, porém não revertem o remodelamento tecidual. Muitos pacientes não são responsivos aos tratamentos e a exacerbação da asma pode ser fatal. As células estromais mesenquimais (MSC) são eficazes na redução da inflamação e do processo de remodelamento tecidual em modelos pré-clínicos de asma, porém ainda não foi avaliada a utilização terapêutica de vesículas extracelulares (EV) derivadas de células MSC na asma. **Objetivo:** Comparar o potencial terapêutico das células mesenquimais extraídas de tecido adiposo humano (AD-MSC) e de suas EV em um modelo animal de asma alérgica. **Métodos:** As AD-MSC e suas EV foram previamente caracterizadas. Para a extração das

EV, as AD-MSC sofreram estresse celular por depleção de soro fetal bovino por 12 h. O meio de cultura das AD-MSC foi centrifugado (100. 000 xg, 2 h a 4° C), e o precipitado foi ressuspenso para imediata utilização. Camundongos C57BL/6 fêmeas foram divididos em CTRL (sensibilizados e desafiados com solução salina) ou OVA (sensibilizados e desafiados com ovalbumina). Foram feitas 7 sensibilizações por via intraperitoneal e no 40°, 43° e 46° dias após a primeira sensibilização, foi realizado o desafio intratraqueal. O tratamento foi administrado 1 dia após o último desafio, por via endovenosa e 7 dias após os animais foram eutanasiados para aquisição de dados. O tratamento consistiu de solução salina, 10 5 AD-MSC EV em dose equivalente a 10 5 AD-MSC (37 µg). Foi realizada a mecânica pulmonar, análise do número de eosinófilos (EO) e células mononucleares na região peribronquial do tecido pulmonar, análise de fibras colágenas nas vias aéreas e parênquima pulmonar, análise de eotaxina, IL-5, IL-4, IL-13, TGF-β, INF-γ e IL-10 no tecido pulmonar através de ELISA, contagem de células totais, EO, células T regulatórias (Treg) e linfócitos T no lavado broncoalveolar, contagem de células totais e linfócitos T no timo e contagem de células totais, Treg e linfócitos T no linfonodo mediastinal. **Resultados:** AD-MSC e EV promoveram melhora da função pulmonar, menor deposição de fibras colágenas nas vias aéreas e no parênquima pulmonar e diminuição dos níveis de mediadores pró-inflamatórios e pró-fibrogênicos no pulmão. EV reduziu o número de EO na região peribronquial. No lavado broncoalveolar os dois tratamentos diminuíram a celularidade total e o número de EO. Além disso, o tratamento com EV reduziu o número de linfócitos T e as AD-MSC diminuíram o número de células T regulatórias. No timo ambos os tratamentos diminuíram o número de linfócitos T. Não foram observadas alterações no linfonodo mediastinal. **Conclusão:** Ambos os tratamentos têm potencial anti-inflamatório e revertem as alterações características do remodelamento tecidual, apresentando um grande potencial terapêutico na asma alérgica.

**Palavras-chave:** Asma; células mesenquimais; vesículas extracelulares

**PO229 CRONOFARMACOLOGIA EM PNEUMOLOGIA JOÃO CLÁUDIO BARROSO PEREIRA\***

PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE SERVIÇO DE EPIDEMIOLOGIA- PETRÓPOLIS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Cronobiologia e cronofarmacologia estudam a influência do ritmo temporal e ações dos fármacos sobre os fenômenos físicos e biológicos em 24 horas. **Objetivo:** Mostrar variações dos efeitos dos medicamentos sobre as variações fisiobiológicas no ciclo dia-noite, em pacientes asmáticos e atópicos. **Métodos:** Revisão bibliográfica com palavras chaves: cronobiologia, cronofarmacologia, cronobiologia na asma, ritmo circadiano, xantinas, corticóides, beta 2 agonistas, usando Medline, Scielo, Google scholar, de 1980 até 2010. **Resultados:** As alterações fisiológicas no aparelho respiratório permitiram observar que durante o intervalo de 2: 00 às 4: 00 horas da madrugada, considerado momento crítico, ocorreriam menor dilatação brônquica, maior resistência das vias respiratórias, queda dos níveis de cortisol, queda do número de desempenho de receptores beta 2 agonistas, favorecimento da ação de broncoconstritores(histamina, prostaglandinas, acetilcolina e leucotrienos). Nos doentes atópicos e asmáticos pode haver aumento significativo de leucotrienos C4 e D4. Baseado nesses eventos, sugere-se horário alternativo para os grupos de medicamentos pneumológicos, condizente com as alterações previstas nesse lapso de tempo, a fim

de minimizar os efeitos desconfortáveis consequentes aos eventos. Beta2 agonistas, em geral, devem ser empregados à noite próximo a hora de dormir, em virtude da redução do número e da função dos receptores beta2 agonistas. Indacaterol usado à noite, não mostrou modificação em relação aos valores do VEF1. Anticolinérgico, como ipratrópio, deve ser usado ao deitar, para diminuir o declínio do fluxo aéreo matinal. Anticolinérgico de curta duração é empregado pela manhã, para evitar declínio da função durante o dia. Metilxantinas, considerados os medicamentos mais estudados na cronofarmacologia, devem ser usadas à noite, com doses maiores do que aquelas usadas durante o dia. Corticosteroides devem ser tomados durante a tarde, graças a melhora espirométrica à noite e redução da quantidade de células inflamatórias no LBA. Corticoides inalatórios, triancinolona e ciclesonida, podem ser administrados à tarde, em virtude da melhora da hiperresponsividade brônquica, da função pulmonar na madrugada e da melhora dos sintomas, com redução da medicação de resgate. Ciclesonida, nesse período, levaria a melhora importante do Peak Flow, em relação à dose matinal de ciclesonida. As doses de corticoides sistêmicos por via endovenosa, devem ser tomados de forma que uma delas coincida com a dose noturna. Antileucotrienos podem ser tomados à noite, pois diminuiriam a aumento dos níveis séricos de leucotrienos. Tuberculostáticos, apesar de questionável os conceitos de cronofarmacologia, devem ser usados nas primeiras horas da manhã, quando há maior intensidade metabólica e susceptibilidade dos bacilos. Demais medicamentos: cromonas, inibidor de IgE, roflumilaste, terapia de reposição com nicotina, bupropiona, vareniclina, bosentana, sildenafil e iloprost não possuem registros em relação a cronofarmacologia. **Conclusão:** A presente revisão permite demonstrar, baseado na literatura, que alguns grupos de medicamentos como xantinas, beta 2 agonistas, anticolinérgicos, corticoides e antileucotrienos podem ter melhor eficácia, permitindo correto ajuste em relação a determinados horários, sem elevar a dose e prejudicar o doente.

**Palavras-chave:** Cronofarmacologia; cronobiologia; fármacos em pneumologia

### **PO230 GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE E CEGUEIRA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO NA PRÁTICA CLÍNICA.**

**DAMILLE SANDES MOREIRA<sup>1</sup>; ISLA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS<sup>2</sup>; MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO<sup>3</sup>; MARCEL LIMA ALBUQUERQUE<sup>4</sup>; MARGARIDA CELIA LIMA COSTA NEVES<sup>5</sup>; RODRIGO DIAS SANTOS<sup>6</sup>; CRISTIANE LEITE MESQUITA<sup>7</sup>; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS<sup>8</sup>**

**HOSPITAL DAS CLINICAS EDGAR SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.**

**Introdução:** A Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte (GPEA) foi primeiramente descrita em 1951. É caracterizada por uma tríade clínica de asma, hipereosinofilia e vasculite necrosante. Homens e mulheres são igualmente afetados com idade média de manifestação entre os 20 e os 40 anos. A patogênese não está totalmente esclarecida, mas parece envolver mecanismos imuno-mediados. É uma patologia sistêmica, embora acometa com maior frequência pulmão e sistema nervoso periférico. Envolvimento ocular é raro (<5% dos casos). De acordo o American College of Rheumatology, pelo menos quatro dos seis critérios devem estar presentes para o diagnóstico: asma grave a moderada, eosinofilia periférica, mono ou polineuropatia, infiltrados pulmonares transitórios, comprometimento dos seios paranasais e exame anatomopatológico demonstrando vasos sanguíneos com

eosinófilos extravasculares. A história natural divide-se em três fases: a primeira, mais longa, cursa com asma e sinais e sintomas prévios de rinite e sinusite; a fase eosinofílica, que pode se manifestar em anos, com infiltrados eosinofílicos; e a fase vasculítica, que pode ser grave e aumentar muito a morbimortalidade dos pacientes. **Relato de caso:** C. S. R., sexo feminino, 64 anos, portadora de rinosinusite crônica há mais de oito anos e de asma de difícil controle há dois anos. Apresentou episódio súbito de amaurose em olho direito e diminuição da acuidade visual em olho esquerdo, sem outras queixas. Procurou serviço de oftalmologia, onde realizou exames de imagem de crânio, que evidenciaram alterações em seios da face compatíveis com sinusopatia crônica. Recebeu na ocasião metilprednisolona (1grama/dia) por 05 dias, sem melhora. Poucos dias após, evoluiu com dispneia, sibilância e tosse seca, além de parestesia e dor em membros inferiores, que a fez procurar serviço de emergência. Laboratório inicial com 16% de eosinófilos em sangue periférico. Radiografia de tórax normal. Foram otimizadas medidas para broncoespasmo, entretanto, após o quinto dia de internamento em leito de emergência, evoluiu com insuficiência respiratória aguda hipoxêmica com necessidade de oxigênio sob máscara de venturi 50%. Paciente foi transferida para o Hospital Universitário Edgar Santos no sexto dia de internação, onde foi suspeitado de GEPA e iniciado prednisona (01mg/kg). Realizado TC de tórax, sem alterações. Houve piora do quadro respiratório com necessidade de ventilação não invasiva, quando foi optado por pulsoterapia com ciclofosfamida. Exames realizados durante o quadro evidenciaram p-ANCA reagente 1: 160, mononeurite múltipla em ENMG e seqüela de oclusão vascular em olho direito, angiofluoresceinografia, confirmando a suspeita clínica. Paciente evoluiu com importante melhora do quadro respiratório e segue em tratamento com ciclofosfamida mensal (programação de seis ciclos), prednisona já em baixa dose e budesonida + formoterol inalatórios. Não apresentou novas crises de broncoespasmo, houve melhora parcial da parestesia de MMII, mas não da amaurose. **Conclusão:** A Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte é uma doença rara, que exige suspeita precoce, diagnóstico preciso, tratamento agressivo, devendo ser considerada no diagnóstico diferencial de asma persistente moderada e grave, pneumonia eosinofílica e outras vasculites.

**Palavras-chave:** Granulomatose eosinofílica com poliangeíte; asma; cegueira

### **PO231 ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: RELATO DE CASO RARO DE ASMA**

**MARCELO CUNHA FATURETO<sup>1</sup>; JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS<sup>1</sup>; DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA<sup>1</sup>; RUBENS PERALTA JUNIOR<sup>1</sup>; VITOR AUGUSTO ALVES COBO<sup>1</sup>; GUILHERME AZEVEDO TERRA<sup>1</sup>; MARCELA HERCOS FATURETO<sup>2</sup>; LUCINDA CALHEIROS GUIMARAES<sup>1</sup>**  
**1. UFTM, UBERABA, MG, BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA, MG, BRASIL.**

**Introdução:** A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é um importante subtipo raro de asma, pois, se não tratada, pode evoluir para bronquiectasias e fibrose. A ABPA ocorre apenas em uma minoria de pacientes com asma atípica (<1% ) preexistente e em 10% dos pacientes com fibrose cística. Estes pacientes desenvolvem hipersensibilidade mediada por IgE, reação do tipo I, contra os esporos do fungo *Aspergillus fumigatus*. A aspergilose é uma infecção causada por qualquer uma das numerosas espécies do gênero *Aspergillus* que abriga mais de 300 espécies, sendo a maioria das infecções em humanos determinada pelo *Aspergillus fumigatus* e ocasionalmente pelo *Aspergillus*

niger, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus clavatus*, *Aspergillus nidulans* e *Aspergillus terreus*. São fungos ubíquos, sendo encontrados praticamente em qualquer ambiente: água, ar e solo. São saprófitos e existem em qualquer lugar onde exista matéria orgânica em decomposição, tolerando condições ambientais extremas. Qualquer pessoa está exposta diariamente aos esporos deste fungo, sendo impossível evitá-lo. O quadro clínico típico da ABPA é de um indivíduo com atopia, rinite, alergia a drogas e conjuntivite alérgica. É comum história de asma que se apresenta com exacerbações frequentes, com tosse, com expectoração de aspecto compacto ou sólido, como se fosse um molde brônquico em V ou Y, de coloração acastanhada, determinando o que chamamos de impactação mucoide ou bronquite plástica. Os moldes são compostos por filamentos de hifas, células inflamatórias e muco. Objetiva-se com esse relato a apresentação de um caso de ABPA que foi tratado durante muitos meses como asma de difícil controle.

**Relato de caso:** F. A. G, 34 anos, natural e procedente de Perdizes-MG, agricultor, veio encaminhado ao ambulatório de Cirurgia Torácica para avaliação de pneumonias de repetição, asma de difícil controle e expectoração de plugs brônquicos de aspecto acastanhado. A pesquisa de Ig E específica foi positiva. Na tomografia de tórax, visualizada lesão nodular em lobo inferior esquerdo. Na broncoscopia, presença de material mucóide com presença de numerosas hifas de aspergilose na microscopia. O paciente foi submetido à lobectomia inferior esquerda, sem intercorrências, recebendo alta no 6º dia de pós-operatório e com seguimento ambulatorial. O laudo anátomo-patológico confirmou lobo com cavidades preenchidas por muco e *Aspergillus sp*, na forma de aspergilose pseudotumoral.

**Discussão:** A patogênese da ABPA implica na exposição e inalação de esporos. Devido às características estruturais, eles se fixam em brônquios mais calibrosos, e por serem termofílicos, germinam produzindo alta concentração de antígenos que estimulam o sistema imune local e sistêmico, com formação de anticorpos específicos de todas as classes, sobretudo IgE, cuja resposta imunológica exacerba reações alérgicas e de broncoespasmo severo. Não existe predominância de sexo. A maioria dos pacientes tem episódios de dispneia devido à asma, porém podem evoluir para episódios febris, expectoração mucopurulenta e formação de cachos de bronquiectasias. O prognóstico é variável, porém há casos que evoluem para fibrose pulmonar, obstrução brônquica irreversível, insuficiência respiratória e morte. O tratamento consiste em controle da asma com broncodilatadores, uso crônico de corticosteróides, itraconazol e cirurgias para ressecção das áreas acometidas pelo ação dos fungos.

**Palavras-chave:** Abpa; asma; bronquiectasias

**PO232** **FATORES ASSOCIADOS AO CONTROLE DA ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**  
**SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA\***; **EANES DELGADO BARROS PEREIRA**; **RICARDO COELHO REIS**; **DIVA LEONILDE PEREIRA SANCHES**; **JULIANA BONFIM DE SOUZA**; **EVERTON JOSÉ MOREIRA RODRIGUES**; **LUCYARA GOMES CATUNDA**  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO-UFC/CE, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Introdução:** A asma é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo com cerca de 300 milhões de pessoas acometidas. No Brasil, a asma está entre as cinco causas mais comuns de internação. A asma mal controlada gera um impacto econômico negativo importante para o país, motivado pelo absenteísmo no trabalho e na escola além dos gastos com internações e atendimentos

em emergência dos pacientes com descompensações frequentes. **Objetivo:** Identificar os principais fatores de risco e de proteção no controle adequado da asma em um grupo de pacientes atendidos em um ambulatório especializado. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, incluindo 309 pacientes adultos com diagnóstico confirmado de asma acompanhados em um ambulatório especializado do hospital universitário Walter Cantidio da Universidade Federal do Ceará, no período de julho de 2015 a julho de 2016. Foi aplicado o teste ACT (teste de controle de asma) em todos os pacientes. A análise estatística foi feita pelo programa SPSS 2.0, incluindo análise univariada e multivariada. Os valores de  $p < 0,05$  foram considerados significativos. **Resultados:** Foram avaliadas as variáveis sexo, estado civil, renda, exposição à fogueira a lenha, tabagismo atual e ex-tabagismo, internamento e atendimento em emergência nos últimos 6 meses, necessidade de intubação orotraqueal, uso de medicações inalatórias: corticoide, corticoide+ LABA, corticoide+ LABA+ LAMA, vacinação anti-influenza e anti-pneumocócica e correlacionados esses dados com o controle da asma (ACT>20). Após análise de regressão logística foram observadas as seguintes variáveis com significância estatística: ida à emergência nos últimos 6 meses (RC=0,362, 95%IC=0,213-0,614,  $p=0,02$ ) e ex-tabagismo (RC=0,565, 95%IC=0,349-0,916,  $p=0,02$ ) foram associados a uma menor chance de controle da asma, enquanto que o uso de CI (RC=2,013, 95%IC=1,044-3,883,  $p=0,01$ ) foi associado a uma maior chance de controle da asma. **Conclusão:** Concluímos que nessa população avaliada o uso de CI está associado a um maior controle da asma, enquanto que ida à emergência nos últimos 6 meses e história de tabagismo reduziram a chance de controle da doença.

**Palavras-chave:** Asma; controle; ambulatório especializado

**PO233** **ÁCIDO GRAXO POLIINSATURADO POTENCIALIZA OS EFEITOS BENEFÍCIOS DE CÉLULAS MESENQUIMAIS ESTROMAIS EM MODELO EXPERIMENTAL ASMA ALÉRGICA.**  
**TAINA OLIVEIRA\***; **SORAIA CARVALHO ABREU**; **JAMIL ZOLA KITOKO**; **MIQUEIAS LOPES PACHECO**; **BRUNO L DIAZ**; **MARCELO MARCOS MORALES**; **DEBORA XISTO**; **PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO**  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Asma é uma doença inflamatória crônica caracterizada por processos inflamatórios e de remodelamento que levam a um déficit progressivo da função pulmonar, já que, até o presente momento, não existe nenhuma terapia capaz de reverter as tais alterações ultraestruturais que compõem o processo de remodelamento em pacientes com asma. Nesse contexto, a terapia com células mesenquimais estromais (MSCs) aparece como uma promissora estratégia terapêutica para asma, visto que promoveu uma redução na inflamação e remodelamento das vias aéreas. Contudo, MSCs não são capazes de reverter a fibrose de vias aéreas em modelos de asma. Portanto, a pré-estimulação das MSCs de modo a potencializar seus efeitos pode ser considerada como uma potencial estratégia para reparar os danos pulmonares. Portanto, o presente estudo objetiva avaliar se a pré-estimulação das MSCs com metabólitos derivados de ácido graxo poliinsaturado (PUFA) pode potencializar os efeitos benéficos já observados em diversos modelos experimentais de asma alérgica através do aumento de suas propriedades anti-inflamatórias e antifibróticas. **Métodos:** A Asma foi induzida em vinte e quatro ratos C57BL/6 por desafios intranasais de extratos de ácaros (HDM; 25 µg in 25

µL) três vezes por semana durante 3 semanas, enquanto o grupo controle recebeu salina(25 µL) através do mesmo protocolo. 24 horas após o último desafio, o grupo HDM foi randomizado para receber intravenosamente salina(50 mL, SAL, n=6/each), MSCs derivadas da medula óssea(105, BM-MSCs, n=6/each) ou MSCs derivadas da medula óssea pré-estimuladas com PUFA por 6h(105, BM-MSC-PUFA, n=6/each). Três dias após o tratamento, os seguintes parâmetros foram avaliados: 1) morfometria e conteúdo de fibras colágenas em vias aéreas e parênquima pulmonar 2) níveis de interleucinas(IL-4, IL-13 e expressão de fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) no tecido pulmonar e lavado broncoalveolar (BALF), 3) contagem total e diferencial de células no tecido pulmonar, BALF, linfonodos mediastinais (mLN), timo e medula óssea 4) resistência de via aérea, pressão viscoelástica e elastância estática pulmonar e 5) secreção de muco na via aérea. **Resultados:** Ambas terapias celulares, em comparação com HDM-SAL, levaram a uma redução da elastância estática pulmonar, do colapso alveolar, do índice de broncoconstrição, da secreção de muco, da infiltração de células inflamatórias no tecido pulmonar, BALF, linfonodos mediastinais, timo e medula óssea, do conteúdo de fibras colágenas no parênquima pulmonar (mas não em vias aéreas) e dos níveis de IL-4, IL-13 e VEGF. Todos esses parâmetros reduziram significativamente mais em BM-MSCs-PUFA em comparação com BM-MSCs **Conclusão:** No presente modelo de asma, apesar de BM-MSCs reduzirem inflamação e remodelamento pulmonar, BM-MSCs pré-estimuladas com PUFA levaram a uma redução adicional. Tais resultados fornecem uma base para futuras investigações de métodos de potencialização da terapia celular.

**Palavras-chave:** Asma; terapia celular; células mesenquimais estromais

#### **PO234 BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA E RISCO DE ASMA EM ESCOLARES: ANÁLISE DE CORTE TRANSVERSAL EM UMA COORTE DE RECÉM-NASCIDOS BRASILEIROS**

**HELI VIEIRA BRANDÃO\*<sup>1</sup>; GRACIETE OLIVEIRA VIEIRA<sup>1</sup>; TATIANA OLIVEIRA VIEIRA<sup>1</sup>; ÁLVARO AUGUSTO CRUZ<sup>2</sup>; ARMÊNIO COSTA GUIMARÃES<sup>3</sup>; CARLOS ANTONIO TELES<sup>1</sup>; PAULO AUGUSTO MOREIRA CAMARGOS<sup>4</sup>; CONSTANÇA SAMPAIO CRUZ<sup>3</sup>**

**1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA, BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.**

**Introdução:** Vários estudos têm demonstrado associação entre bronquiolite, sibilância recorrente e asma, porém são escassos os estudos que avaliem a ação da predisposição genética nesta associação. **Objetivo:** Verificar se a ocorrência de bronquiolite viral aguda (BVA) no 1º ano de vida constitui fator de risco para asma aos seis anos de idade considerando a história parental de asma. **Métodos:** Estudo de corte transversal aninhado a uma coorte de nascidos vivos. O questionário padronizado do International Study of Asthma and Allergies in Children (ISAAC) foi aplicado às mães para identificar asma nas crianças na idade de seis anos. O diagnóstico de BVA foi realizado por relato materno de diagnóstico médico e/ou presença de sintomas de coriza acompanhados de tosse, taquipnéia e dispnéia quando os participantes tinham 3, 6, 9 e 12 meses. Dados socioeconômicos, ambientais, história parental de asma e referentes à gestação foram coletados nas primeiras 72 horas de vida do recém-nascido e em visitas domiciliares prospectivas por entrevistadores treinados. Associação

entre BVA e asma foi avaliada por análise de regressão logística e potencial efeito modificador da história parental verificada pela introdução do termo de interação no modelo de regressão logística ajustada. **Resultados:** A prevalência de BVA no 1º ano de vida foi 68, 6% (461). A ocorrência de BVA foi fator de risco para asma aos seis anos de idade em crianças com história parental de asma OR: 2, 66 (1, 10-6, 40), efeito modificador p= 0, 002. História parental de asma OR: 2, 07 IC95% (1, 29-3, 30) e sexo masculino OR: 1, 69 IC95% (1, 06-2, 69) foram outros fatores de risco identificados para asma. **Conclusão:** BVA no 1º ano de vida é fator de risco para asma em crianças com história parental de asma.

**Palavras-chave:** Asma; bronquiolite; criança

#### **PO235 COMPARAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NA VIDA DIÁRIA DE MULHERES COM ASMA MODERADA A GRAVE EM RELAÇÃO AO DE MULHERES SAUDÁVEIS**

**CRISTINA MARTINS COELHO<sup>1</sup>; FABIANA OLIVEIRA PEREIRA<sup>1</sup>; LARISSA ALMEIDA CAMPOS<sup>1</sup>; RANIERI MONTEIRO CARDOSO<sup>1</sup>; LUCAS MENDES NASCIMENTO<sup>1</sup>; JESSICA BLANC LEITE OLIVEIRA<sup>1</sup>; LUCAS RICARDO DE ANDRADE<sup>1</sup>; MAYCON DE MOURA REBOREDO<sup>1</sup>**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.**

**Introdução:** A asma apresenta uma relação complexa com a atividade física, visto que muitos pacientes apresentam sintomas desencadeados pelo exercício. Acredita-se que indivíduos asmáticos considerem o exercício físico potencialmente perigoso, limitando seus níveis de atividade na vida diária. Entretanto, poucos estudos têm avaliado de modo objetivo os níveis de atividade física de adultos com asma. **Objetivo:** Avaliar objetivamente o nível de atividade física na vida diária de mulheres com asma moderada a grave em relação aos de mulheres saudáveis. **Métodos:** Estudo transversal, cuja amostra foi composta por asmáticas acompanhadas pelo Serviço de Pneumologia do HU/UFJF (grupo asma – GA) e por mulheres saudáveis (grupo saudável – GS) acompanhadas pelo Serviço de Ginecologia do HU/UFJF. Foram incluídas mulheres com idades entre 18 e 65 anos que, segundo julgamento clínico, não apresentassem limitação às atividades da vida diária. Em relação ao GA, foram incluídas mulheres com diagnóstico de asma há pelo menos seis meses (segundo os critérios preconizados pela Iniciativa Global para o Manejo da Asma, 2014), clinicamente estáveis nos 30 dias anteriores ao estudo e em tratamento medicamentoso regular com, no mínimo, doses moderadas de corticosteroide inalatório. Todas as voluntárias foram submetidas às seguintes avaliações: coleta de dados antropométricos e socioeconômicos (escolaridade e renda familiar), avaliação da capacidade submáxima de exercício (teste de caminhada de seis minutos) e avaliação do nível de atividade física na vida diária, considerado como a média do número de passos registrados por um pedômetro durante o período de vigília de seis dias consecutivos. As diferenças entre os grupos foram avaliadas utilizando-se o teste t para amostras independentes, teste de Mann-Whitney ou teste qui-quadrado. Realizou-se ainda uma regressão linear múltipla, considerando-se como variável dependente o nível de atividade física na vida diária e como variáveis independentes as que apresentassem diferença significativa entre os grupos e o fator grupo. Considerou-se significativo um p ≤ 0, 05. **Resultados:** Fizeram parte do estudo 36 pacientes asmáticas (45, 8 ± 12, 3 anos; 28, 9 [7, 2] kg/m<sup>2</sup>) e 30 mulheres saudáveis (44, 3 ± 11, 6 anos; 26, 9 [7, 4] kg/m<sup>2</sup>). Os grupos diferiram entre si com relação à renda familiar (GA: 61, 1% até 2 salários mínimos (SM); 36, 1% entre 2 e 5 SM e 2, 8% com mais de 5 SM; GS:

23, 3% até 2 SM; 63, 3% entre 2 e 5 SM e 13, 3% com mais de 5 SM;  $p < 0, 01$  e escolaridade (GA: 61, 1% < de 8 anos de estudo; GS: 33, 3% < de 8 anos de estudo;  $p = 0, 02$ ). Não houve diferença entre os grupos com relação à atividade física na vida diária (GA: 7490,  $3 \pm 3330$ , 2 passos; GS: 6876,  $4 \pm 3242$ , 1 passos;  $p = 0, 45$ ). A regressão linear múltipla não apresentou significância estatística ( $p = 0, 89$ ).

**Conclusão:** Na amostra estudada, não houve diferença entre pacientes com asma moderada a grave e mulheres saudáveis com relação ao nível de atividade física na vida diária.

**Palavras-chave:** Asma; atividade física; pedômetro

**PO236 AS CÉLULAS T REGULADORAS COMO UM POTENCIAL MECANISMO DE AÇÃO DA TERAPIA DE CÉLULAS MESENQUIMAIS DERIVADAS DE TECIDO ADIPOSO NA ASMA ALÉRGICA EXPERIMENTAL INDUZIDA POR ÁCAROS**

**FERNANDA RIBEIRO GOMES SILVINO\***; SORAIA CARVALHO ABREU<sup>1</sup>; LIGIA LINS CASTRO<sup>1</sup>; JAMIL ZOLA KITOKO<sup>1</sup>; PRISCILLA CHRISTINA OLSEN<sup>1</sup>; RODOLFO DE DE PAULA VIEIRA<sup>2</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO<sup>1</sup>; DEBORA XISTO<sup>1</sup>

1. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A asma é uma doença inflamatória crônica que afeta as vias aéreas e parênquima pulmonar, causando mudanças estruturais que aceleram o declínio da função pulmonar. Atualmente, os tratamentos mais utilizados são corticosteróides inalatórios que agem na inflamação, porém causam muitos efeitos colaterais. Portanto, novas estratégias que possam atenuar a inflamação das vias aéreas e remodelação são necessárias. Procuramos investigar se as células estromais mesenquimais derivadas de tecido adiposo (AD-MSC) reduzem a inflamação pulmonar, modulando as células reguladoras (por exemplo, Treg) num modelo de asma. **Métodos:** 24 camundongos C57BL/6 foram divididos aleatoriamente em dois grupos. No grupo HDM ((House dust mite – extrato de ácaro caseiro), os camundongos foram desafiados 3 vezes com HDM (100 µg em 50 µL, i. t.) uma vez por semana, enquanto que os controles (C) receberam solução salina (SAL) sob o mesmo protocolo. Os grupos HDM e C foram subdivididos para receber SAL (50 µL) ou AD-MSC (105, i. t.) 3 dias após o último desafio. Sete dias depois da terapia, os animais foram sacrificados. **Resultados:** O grupo HDM-SAL exibiu aumento da Elastância estática (28%), colapso alveolar (500%), leucócitos totais (114%) e as células dendríticas (50%). Em camundongos HDM-desafiados, AD-MSCs reduziram a elastância estática do pulmão (25%) e colapso alveolar (300%), não havendo diferença na contagem de Treg. **Conclusão:** A terapia AD-MSC não foi eficaz na redução da inflamação pulmonar neste modelo de asma induzida por HDM, apesar de uma melhoria da função pulmonar. Estudos adicionais devem ser realizados para avaliar outros mecanismos potenciais de ação para AD-MSCs. Suporte financeiro: CAPES, CNPq, FAPERJ, MS/DECIT

**Palavras-chave:** Asma; células estromais mesenquimais; células t reguladoras

**PO237 LESÃO INFRAGLÓTICA SIMULANDO ASMA**  
**VITOR LOUREIRO DIAS\***; FELIPE LUIS SILVA ROSA; MARIANE GONÇALVES MARTYNYCHEN CANAN; CAROLINE SOUZA SOKOLOSKI HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

**Introdução:** Lesões infraglóticas podem facilmente passar despercebidas até chegarem a um estágio avançado. Tosse, dispneia e sibilância fazem parte do quadro clínico, o que pode levar, equivocadamente, ao diagnóstico de

asma. **Relato de caso:** Mulher de 62 anos, hipertensa, diabética, não tabagista, em acompanhamento com a Otorrinolaringologia por alteração da voz de início um ano antes, até então atribuída a doença do refluxo gastroesofágico devido ao achado de laringite posterior em laringoscopia. Encaminhada para a Pneumologia para investigação de dispneia aos esforços de início 7 meses antes, grau 1 pela Escala Modificada do Medical Research Council. Referia também tosse e sibilância. Ao exame, notava-se redução do murmúrio vesicular e presença de sibilos expiratórios difusos. Foi levantada a hipótese de asma de início tardio e iniciado tratamento com formoterol/budesonida 6/200 mcg duas vezes ao dia. Foram solicitados radiografia de tórax e espirometria. Seis meses após essa avaliação, foi realizada nova laringoscopia, que evidenciou lesão infraglótica de superfície lisa semelhante a granuloma. Programada cirurgia eletiva pela Otorrinolaringologia para remoção da lesão. Entretanto, menos de um mês após, a paciente procurou a Unidade de Pronto Atendimento por dificuldade respiratória. Foi avaliada pela Otorrinolaringologia, que constatou aumento da lesão, com obstrução de 80% da luz. Realizada traqueostomia e, posteriormente, exérese da lesão. Exame anatomopatológico mostrou proliferação linfóide atípica polipoide, com atividade inflamatória e ativação imunoblástica na imunohistoquímica, sugerindo processo inflamatório ou doença de Castleman. A cânula de traqueostomia foi retirada no 7º dia após o procedimento, e a paciente evoluiu bem. Em retorno com a Pneumologia, 6 semanas após a alta hospitalar, a paciente relatava melhora completa dos sintomas, e a ausculta pulmonar era normal. Espirometria realizada 1 semana antes da consulta não mostrou nenhuma alteração. O tratamento para asma foi, então, suspenso. **Conclusão:** A asma é uma das doenças mais comumente tratadas no ambulatório de Pneumologia. Os sintomas de dispneia, tosse e sibilância, no entanto, podem estar presentes em várias outras doenças. A obstrução infraglótica pode ocorrer por infecção, angioedema, corpos estranhos ou tumores, como hemangiomas, plasmocitomas e carcinomas de adenoide. Os tumores de crescimento lento podem levar a um quadro obstrutivo subagudo, mantendo-se assintomáticos até que atinjam um estágio avançado, com oclusão de mais de 75% da luz. Os sintomas incluem dispneia progressiva, tosse prolongada, sibilos e estridor. O diagnóstico precoce dessas lesões é bastante desafiador. Tumores infraglóticos, sobretudo os de pequeno volume, podem não ser visualizados por laringo ou broncoscopia, e não causam alteração nas provas de função pulmonar até que haja obstrução grave. Exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética são a melhor forma de avaliar a causa da obstrução. A abordagem inicial deve ser escolhida de acordo com o grau e o nível da obstrução, sendo comum a necessidade, mesmo que temporária, de traqueostomia. O tratamento correto leva, na maioria dos casos, a melhora significativa dos sintomas. O caso mostrado reforça o conceito de que nem toda sibilância é decorrente de asma. É importante que, em casos de asma com sintomas atípicos e resposta pobre à terapia padrão, o pneumologista considere a possibilidade de obstrução alta de vias aéreas.

**Palavras-chave:** Lesão infraglótica; obstrução; asma

**PO238 IMPACTO DO OMALIZUMABE EM CRIANÇAS COM ASMA GRAVE NO BRASIL: ESTUDO RETROSPECTIVO DE VIDA REAL**

**KEILA ABREU\***; RODRIGO GODINHO DE SOUZA; CRISTIAN RONCADA;  
**JOÃO PAULO HEINZMANN FILHO**; GIOVANA SANTOS; RENATO  
T. STEIN; MARCUS H. JONES; PAULO M. PITREZ  
PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A asma é a doença crônica mais comum em crianças, com elevada prevalência em muitas populações. A asma grave resistente à terapia (AGRT) ocorre em 5-10% dos pacientes, mas seu impacto na qualidade de vida, e custos para a sociedade são altos. Para esse grupo de crianças, o omalizumabe (anticorpo monoclonal anti-IgE) tem sido a única terapia mais efetiva até o presente. Pouco se sabe sobre a AGRT em crianças de países em desenvolvimento e não há nenhum estudo de vida real publicado sobre a experiência de omalizumabe nesses pacientes. O objetivo deste estudo é relatar a primeira experiência clínica de vida real com omalizumabe em crianças com AGRT de um centro de referência do sul do Brasil. **Métodos:** foram incluídas crianças (6-12 anos) com diagnóstico de AGRT, segundo critérios da ERS/ATS, que foram acompanhadas por pelo menos 3 meses antes do tratamento, e pelo menos 6 meses de uso de omalizumabe. O omalizumabe foi indicado nas crianças com AGRT: 1) maiores de 6 anos; 2) com teste cutâneo positivo para algum aerolígeno; e 3) com IgE total no sangue entre 30-1. 500 UI/mL. Foram analisadas variáveis clínicas e espirométricas antes e após o tratamento. **Resultados:** foram incluídas 14 crianças (idade média: 11, 9 anos; meninas: 72%). O tratamento com omalizumabe aumentou significativamente o controle da doença ( $p < 0,0001$ ), cessou as hospitalizações em 70% ( $p = 0,02$ ) dos pacientes, e permitiu suspender o uso de corticoide oral contínuo em 89% dos casos ( $p = 0,004$ ). Função pulmonar e doses de corticoide inalatório não modificaram significativamente após tratamento. **Conclusões:** o uso de omalizumabe em crianças brasileiras com asma grave resultou em importante impacto no controle da doença, na prevenção de hospitalizações e suspensão do uso de corticoide contínuo.

**Palavras-chave:** Asma grave; anticorpo monoclonal; anti-IgE

#### **PO239** DEVEMOS SOLICITAR DENSITOMETRIA ÓSSEA EM PACIENTES ASMÁTICOS EM USO REGULAR DE CORTICOIDE INALATÓRIO ?

**BRUNA MACEDO PINTO\***; VINICIUS PEREIRA BASTOS; PAULO ROBERTO CHAUVET; MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO; THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO  
UERJ/HUPE, NITEROI, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Corticóide inalatório é droga de primeira escolha para manutenção e controle a longo prazo dos pacientes asmáticos. A principal vantagem deles é reduzir potencialmente a inflamação pulmonar, com poucos efeitos colaterais sistêmicos. Corticóides orais são classicamente associados a diversos efeitos colaterais sistêmicos como osteopenia / osteoporose. A associação entre o uso de corticoide inalatório e o aparecimento de osteopenia / osteoporose é controversa. **Objetivos:** Avaliar a presença de osteopenia/osteoporose associadas ao uso prolongado de corticóide inalatório em pacientes asmáticos acompanhados no Ambulatório de Asma do Serviço de Pneumologia - UERJ. **Métodos:** Foram recrutados 15 pacientes do ambulatório de Asma da Pneumologia UERJ entre março e junho de 2016. Destes 11 mulheres e 4 homens e média de idade de 61, 4 anos. Os critérios de inclusão foram pacientes com espirometria demonstrando distúrbio ventilatório obstrutivo com prova broncodilatadora positiva, história de asma desde a infância além de uso prolongado de corticóide inalatório em dose acima ou igual a 800 mcg de budesonida por dia

em monoterapia ou em associação com outras medicações inalatórias. Como critério de exclusão utilizou-se uso de corticóide sistêmico no último ano e história de uso crônico por mais de seis meses de corticoide oral a qualquer tempo. Todos os pacientes recrutados realizaram Densitometria Óssea no Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ e foram avaliados T score e Z score para avaliação de presença de osteopenia / osteoporose em colo de fêmur e coluna lombar. **Resultados:** Os resultados de densitometria óssea demonstraram 5 exames com massa óssea dentro da normalidade (33, 3%), 7 evidenciaram osteopenia (46%) e 3 pacientes com diagnóstico de osteoporose (20%). Dos exames com osteopenia 4 demonstraram osteopenia apenas em colo de fêmur, 2 apenas em coluna lombar e 1 com osteopenia em coluna lombar e no colo do fêmur. Dos pacientes com osteoporose todos apresentaram esta alteração apenas em coluna lombar. **Conclusão:** A osteopenia / osteoporose apresentam diversos fatores de risco. Apesar da pequena amostra de pacientes 66% dos exames apresentaram alterações densitométricas sendo a mais comum a osteopenia. As limitações deste estudo são relacionadas ao pequeno número da amostra e a presença de outros fatores de risco como mulheres menopausadas, idade média acima de 60 anos e história de tabagismo em 6 dos 15 pacientes. Os resultados deste estudo demonstraram leve tendência de associação entre uso de corticoide inalatório em dose acima ou igual a 800 mcg de budesonida por dia e presença de osteopenia/osteoporose. Outros estudos neste tema devem ser realizadas na tentativa de definir ou não esta associação. Entretanto, o mais importante deste estudo é sinalizar a necessidade de avaliarmos a massa óssea dos nossos pacientes asmáticos em uso de corticoide inalatório regular.

**Palavras-chave:** Asma; corticóide; osteopenia

#### **PO240** ASMA GRAVE COM SENSIBILIZAÇÃO FÚNGICA: EXISTE IMPACTO SOBRE A FUNÇÃO PULMONAR E O CONTROLE DA DOENÇA?

**ANDRÉ LUIZ DE ARAÚJO MENDES\***; RAYSSA DAIANA SILVEIRA OKORO; POLLIANA CAROLINA DA SILVA SOUZA; JOSIEL GUEDES DA SILVA; LAIS MARIA GASPAR COELHO; MARCELO MARTINS ARAGÃO; DENICY ALVES PEREIRA FERREIRA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA  
UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.

**Introdução:** A relação entre asma grave e sensibilização a fungos está bem estabelecida. Entretanto, o impacto da função pulmonar, no controle da doença e os possíveis benefícios de terapia antifúngica para esse grupo de pacientes é pouco esclarecido. **Objetivo:** Analisar a associação entre o controle da asma, função pulmonar e sensibilização a fungos em pacientes com asma grave. **Métodos:** Estudo observacional, analítico, transversal realizado em pacientes com diagnóstico de asma grave atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) em São Luís - MA. Os pacientes selecionados foram testados por meio da dosagem séria de IgE pelo método enzimático (ELISA) para quatro gêneros de fungos (*Aspergillus* sp, *Penicillium* sp, *Cladosporium* sp, *Curvalaria* sp e *Fusarium* sp) identificados como os mais prevalentes da região. Além disso, responderam ao ACT (Asthma Control Test) e a um questionário de dados clínicos e sociodemográficos. Os parâmetros da espirometria também foram verificados. Utilizou-se o programa BioEstat 5.0 para realizar a análise estatística. O teste G e qui-quadrado foram utilizados para comparar as diferenças entre variáveis e o teste de Kruskal-Wallis para verificar a relação da função pulmonar entre os grupos sensibilizados

e não-sensibilizados a fungos. **Resultados:** Participaram do estudo 34 pacientes com diagnóstico de asma grave, 50% estavam com a doença não controlada. Quanto à sensibilização fúngica, 23, 3% foram monossensibilizados, 35, 5% polissensibilizados e 41, 2% não sensibilizados. O VEF1 médio dos pacientes estudados foi 51, 8% +/- 21, 7%. Não houve diferença estatisticamente significante entre a função pulmonar de pacientes sensibilizados e não-sensibilizados. **Conclusão:** A prevalência de sensibilização a um ou mais fungos em pacientes com asma grave foi semelhante aos estudos prévios. Função pulmonar não relacionada com sensibilização fúngica. Os pacientes com asma grave nesse estudo tiveram redução acentuada da função pulmonar.

**Palavras-chave:** Sensibilização fúngica; asma grave; função pulmonar

#### **PO241 INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES ASMÁTICAS: PREVALÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA**

**FLORENIR GLÓRIA SILVA PAES<sup>\*</sup>; RAYSSA DAIANA SILVEIRA OKORO; DENICY ALVES PEREIRA FERREIRA; MARCOS ANTONIO CUSTÓDIO NETO DA SILVA; JOSÉ ALVARO AMARAL JÚNIOR; BRENDON DA SILVA SANTANA; JOSIEL GUEDES DA SILVA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA**  
*UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.*

**Introdução:** A incontinência urinária tem sido associada a sintomas respiratórios crônicos, e pode ser um fator de impacto negativo na qualidade de vida. Ainda que tenha sido estudada em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica-DPOC e fibrose cística, os estudos na asma são escassos. **Objetivos:** O estudo avaliou a qualidade de vida das pacientes asmáticas com e sem incontinência urinária (IU) assistidas no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra – HUUPD. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, em uma amostra de 358 mulheres asmáticas. Para coleta de dados aplicou-se o questionário Internacional de Consulta da Incontinência-Forma Simplificada (ICIQ-SF); o Questionário de Qualidade de Vida em Asma (QQV-ASMA) e o questionário Short-form Health Survey-36 (SF-36) para atender os objetivos propostos. A análise foi realizada através do programa estatístico SPSS 13. Foram considerados estatisticamente significantes valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Encontrou-se uma prevalência geral de IU de 55, 3% no grupo analisado. No nosso estudo não houve correlação dos escores de qualidade de vida geral em pacientes com e sem IU em relação aos questionários aplicados tanto o SF36 quanto o QV-ASMA. Entretanto, quando correlacionamos os domínios com a quantidade de urina perdida houve significância estatística nos domínios: aspectos físicos, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental do SF36 e nos domínios: qualidade de vida física no domínio socioeconômico e no domínio psicossocial do QV-ASMA. **Conclusão:** Os resultados observados sugerem que maiores quantidades de urina perdida afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Incontinência urinária; mulheres; asma

#### **PO242 MÚLTIPLAS DOSES DE CÉLULAS ESTROMAIS MESENQUIMAIS DERIVADAS DE TECIDO ADIPOSE PODEM CAUSAR EFEITOS BENEFÍCOS COM IMUNOSSUPRESSÃO NA ASMA EXPERIMENTAL**

**MARIANA ALVES BELLEZZIA<sup>\*</sup>; LIGIA LINS CASTRO; JAMIL ZOLA KITOKO; SORAIA CARVALHO ABREU; DEBORA XISTO; PRISCILLA CHRISTINA OLSEN; MARCELO MARCOS MORALES; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO**  
*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** As células estromais mesenquimais (CTM) têm propriedades anti-inflamatórias e reverterem o remodelamento tecidual da asma, porém em alguns modelos experimentais, como no induzido por ácaro domiciliar (HDM), já foi descrito que uma única dose de CTM não é o suficiente.

**Objetivo:** Avaliar o possível papel anti-inflamatório e de reparo tecidual com múltiplas doses de CTM originadas de tecido adiposo (AD-MS) no modelo de asma induzido por HDM em camundongos, além de avaliar se múltiplas doses de CTM têm efeito imunossupressor. **Métodos:** Camundongos C57BL/6 fêmea (N=48) foram divididos em grupos que receberam salina (grupo controle – CTRL) ou HDM por via intranasal três vezes por semana durante três semanas. Após 24, 48 e 72 horas do último desafio, os receberam salina (SAL), dexametasona (DEXA) ou AD-MS (N=8 por tratamento) por via intravenosa. Três dias depois foram eutanasiados para coleta de amostras para análise.

**Resultados:** Os animais do grupo HDM que receberam SAL tiveram maior deposição de fibras colágenas no parênquima pulmonar quando comparados com animais do grupo CTRL, a qual foi revertida com a administração de DEXA e AD-MS. Apesar de uma maior quantidade de leucócitos totais no lavado broncoalveolar dos animais que receberam SAL do grupo HDM, apresentaram maior número de células T regulatórias (Treg) e eosinófilos e as AD-MS não foram capazes de reduzir o número dessas células. Apenas a DEXA reduziu o número de células Treg nos animais que receberam SAL do grupo HDM. Quando analisamos os órgãos do sistema imune para avaliar a imunossupressão, observamos que no linfonodo mediastinal houve aumento de leucócitos totais nos animais que receberam SAL do grupo HDM e que tanto a DEXA quanto a AD-MS foram capazes de reduzir o número dessas células. Não houve diferença estatística entre os grupos CTRL e HDM quando analisamos o número de células Treg, porém dentro do grupo CTRL, tanto a dexametasona quanto as AD-MS reduziram o número dessas células no linfonodo mediastinal. Na medula óssea, houve diminuição do número de leucócitos totais nos animais tratados com SAL do grupo HDM em relação ao CTRL, que também foi observada com o tratamento com AD-MS e DEXA tanto nos 2 grupos. A DEXA aumentou o número de eosinófilos dentro dos grupos CTRL e HDM. No timo a DEXA diminuiu o número de leucócitos totais nos grupos CTRL e HDM, sendo acompanhado de atrofia tímica. As células Treg aumentaram nos grupos tratados com DEXA porém diminuíram nos grupos tratados com AD-MS. **Conclusão:** Podemos concluir que apesar das AD-MS possuírem efeitos benéficos no remodelamento tecidual, apresenta também um efeito imunossupressor por reduzir a celularidade em órgãos imunes, comprometendo o indivíduo que recebe essas células.

**Palavras-chave:** Ad- msc; imunossupressão; camundongo

#### **PO243 IMPACTO DA ASMA EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ANÁLISE LONGITUDINAL E GEOGRÁFICA DE UMA BASE DE DADOS GOVERNAMENTAL.**

**TIAGO DE ARAUJO CARDOSO<sup>\*</sup>; CRISTIAN RONCADA; EMERSON RODRIGUES DA SILVA; MARIELE CUNHA RIBEIRO; LEONARDO A PINTO; MARCUS H. JONES; RENATO T. STEIN; PAULO M. PITREZ**  
*PONTIFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA RS - PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

**Introdução:** a asma é uma doença crônica que acomete cerca de 20 milhões de pessoas no Brasil, representando a terceira causa de hospitalizações no país. Dados de impacto da doença são escassos no país, mas são essenciais para melhor gestão em saúde pública com consequente melhor controle da doença na população. Com isso, o objetivo



deste estudo é apresentar dados públicos governamentais de impacto da asma no Brasil nos últimos anos. **Métodos:** foi realizado um estudo descritivo em um banco de dados do Governo (DATASUS), analisando os números e custos de hospitalizações, e óbitos por asma no Brasil, no período de 2008 a 2013, com uma sub-análise de regiões e estados da federação em 2010. **Resultados:** no último ano analisado (2013), 2.047 pessoas morreram por asma no país, significando aproximadamente 5 óbitos por dia pela doença, com mais de 100 mil hospitalizações por ano. Nos seis anos estudados, o número absoluto de óbitos no país e as hospitalizações reduziram 10% e 36%, respectivamente. No entanto, a taxa de mortalidade em pacientes hospitalizados apresentou neste período um aumento de aproximadamente 10%. Analisando as diferentes regiões do país, as regiões Norte/Nordeste e Sudeste apresentam os maiores índices de hospitalizações por asma e de óbitos dos pacientes hospitalizados, respectivamente. A média geral das regiões em 2010 foi de 105,45 hospitalizações/100.000 habitantes e de 1,36% de óbitos dos pacientes hospitalizados. Quando avaliamos estados escolhidos no estudo para representar as regiões do Brasil, podemos observar que Pará (região Norte) e Bahia (região Nordeste) apresentam os maiores números de hospitalização. São Paulo, Goiás e Rio Grande do Sul apresentam um percentual de óbitos dos pacientes hospitalizados acima da média geral. Podemos observar também que em algumas regiões ou estados, existe uma discrepância em relação ao número de hospitalização e percentual de óbitos dos pacientes hospitalizados. **Conclusões:** embora o Brasil tenha diminuído o número de hospitalizações por asma desde 2009, tem apresentado aumento nas taxas de mortalidade, com custo orçamentário expressivo. Programas nacionais de educação em asma, manejo e controle da doença devem receber maior atenção e investimentos.

**Palavras-chave:** Asma; alergia; epidemiologia

#### **PO244 ASSOCIAÇÃO ENTRE OBESIDADE, GRAVIDADE E CONTROLE DA ASMA**

**ANALUCIA ABREU MARANHÃO; SONIA REGINA DA SILVA CARVALHO; DENISE DUPRAT NEVES; INAE CEMPAGNONI; LIVIA MENEZES; MAIARA MOREIRA; RENATA MULLER COUTO; MARIANA DONADEL UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** A asma e a obesidade são doenças crônicas e inflamatórias com grande impacto na saúde pública. No Brasil estima-se que existam cerca de 20 milhões de asmáticos e alguns estudos apontam a obesidade como um fator de influência no controle da asma. O objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência da obesidade em um grupo de pacientes asmáticos e sua associação com a gravidade e o controle da doença. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de coorte prospectiva em pacientes asmáticos no ambulatório de asma do Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle da UNIRIO, através de avaliação clínica, cálculo do IMC (<25 não obeso e ≥25 obesos), aplicação do Questionário de Controle da Asma (ACQ) e classificação de gravidade (GINA 2015). **Resultados:** Amostra foi constituída por 76 asmáticos predominantemente do sexo feminino (96,7%), com idade entre 22 a 83 anos (mediana=55,8). O IMC variou entre 19 e 46,9 (mediana=27,8). Em nossa amostra, 47 indivíduos (61,8%) eram não obesos e 29 (38,2%) obesos. Quanto à gravidade, havia asmáticos leves (n=34/44, 7%), moderados (n=14/18, 4%) e graves (n=28/36, 8%). Entretanto, até o momento, somente 34 asmáticos fizeram o ACQ perfazendo asmáticos controlados (13/38, 2%), parcialmente controlados (12/35, 3%) e não controlados (9/26, 5%). A correlação entre IMC e gravidade

foi fraca, negativa, e não significativas ( $\rho = -0,03$  /  $p = 0,75$  IC95% -0,26-0,19), mas entre IMC e controle da asma tenderam a moderada e significativa ( $\rho = 0,39$  /  $p = 0,02$  IC95% 0,06-0,64), assim como a correlação entre gravidade e controle da asma ( $\rho = 0,38$  /  $p = 0,02$  IC95% 0,049-0,64). **Conclusão:** O controle da asma não tem relação com a classificação pelo GINA, mas observamos uma tendência dos obesos terem doença mais grave e um menor controle da doença. No entanto, cabe um maior número de observações para uma conclusão mais precisa, pois ainda temos um largo intervalo de confiança.

**Palavras-chave:** Asma; obesidade; gravidade

#### **PO245 FORMAS VARIANTES DE ASMA - ANÁLISE DE SÉRIES**

**JOÃO CLÁUDIO BARROSO PEREIRA\***

**PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE SERVIÇO DE EPIDEMIOLOGIA- PETRÓPOLIS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** Asma clássica é doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores, com clínica de tosse, aperto no tórax, dispnéia, broncoespasmo. Entretanto, existem formas não usuais como tosse, dor torácica e ou migraine como únicos sintomas da asma, caracterizando formas variantes de asma.

**Objetivo:** Revisar artigos sobre formas variantes de asma, abordando: apresentações, número de pacientes, tipos de estudos e importância. **Metodologia:** Revisão bibliográfica de trabalhos com palavras-chaves variantes de asma com tosse, dor torácica, migraine, entre 1972-2009, por Medline, Google, Scielo. **Discussão** conclusão: Formas variantes da asma são subdiagnosticadas de difícil diagnóstico. Destacam-se variante de asma com tosse ou VAcT, com dor torácica e migraine. Foram revisados 28 trabalhos sobre formas variantes de asma, realizados em diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, França, Polónia, Hungria e Japão. Em relação às formas de apresentação, predominou tosse isolada em 16 (57%) dos estudos e 1 estudo sobre tosse e dispnéia. Dor torácica como sintoma isolado esteve presente em 10 artigos de relatos de casos. Na revisão, foram vistos 1291 pacientes, sendo 65% crianças. Das 850 crianças, 515 (60%) tinham VAcT. Fyfe estudou 67 crianças que foram investigadas por dor torácica e somente 2 apresentaram dor torácica associada a asma. Sebst et cols revisaram 257 crianças que foram levadas a Emergência com dor torácica e confirmaram 4% dos casos com dor torácica associada a asma. Análise conjunta, entre as variantes, tipos de estudo e importância desses, mostrou relatos de casos clínicos (9 trabalhos), séries de casos (8 trabalhos) prevalecendo em relação aos demais estudos. Informações sobre apresentação clínica, diagnóstico, tratamento das formas variantes de asma, evolução para asma clássica na VAcT fornecidas pelos trabalhos. Estudos comparativos dissertaram sobre a fisiopatogenia da VAcT, aspectos comuns em relação a asma clássica, tosse atópica, comparando com grupo controle a presença de eosinófilos no escarro, material de biópsia brônquica, níveis elevados de IL5, IL8, fator de necrose tumoral alfa, proteína catiônica derivada granulo-eosinofílica, níveis exalados de óxido nítrico. Fujimura et cols, em estudo comparativo retrospectivo, abordaram VAcT, tosse atópica, além de discutir a possível evolução dessa para asma clássica, ressaltando que corticóide inalatório evitaria a progressão. Houve somente um trabalho comparativo prospectivo sobre histopatologia da VAcT. Nimi et cols realizaram biópsias brônquicas em pacientes com asma, VAcT, casos controles confirmaram espessamento subepitelial mais importante e aumento da quantidade de eosinófilos na lâmina própria dos pacientes com asma e VAcT, que no grupo controle.

**Conclusão:** Eventos isolados variantes de asma podem estar mascarados pela própria doença, sendo na maioria das vezes sub-diagnosticados. A tosse se manifestou como o sintoma mais bem documentado nas apresentações variantes de asma. Demais situações, dor torácica, migraine, dispnéia foram bem menos frequentes.

**Palavras-chave:** Formas variantes de asma; vacv variante de asma com tosse; variantes de asma com dor torácica, dispnéia e migraine

#### **PO246** CONTROLE DA ASMA: UM DESAFIO ALÉM DA PRESCRIÇÃO.

**MARCOS CÉSAR SANTOS DE CASTRO<sup>\*</sup>; VINICIUS PEREIRA BASTOS; PAULO ROBERTO CHAUVET; THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; AGNALDO JOSÉ LOPES; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; CLAUDIA HENRIQUE COSTA**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A asma é uma das doenças crônicas mais comuns, sendo um problema mundial de saúde que acomete 300 milhões de indivíduos no Mundo. Estudos mostram que o custo direto da asma (internações e medicamentos) foi o dobro entre pacientes com asma não controlada que entre aqueles com asma controlada. **Objetivo:** O estudo tem como objetivos avaliar o nível de controle da asma, além da adesão dos pacientes quanto ao uso dos medicamentos regulares para o controle dessa doença. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 53 pacientes com o diagnóstico de asma em acompanhamento no ambulatório de asma da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os pacientes responderam a um questionário constando com as seguintes informações: sexo, idade (anos), IMC (kg/m<sup>2</sup>), medicamentos em uso regular e sua adesão ao tratamento. Os pacientes realizaram espirometria na data da entrevista. Foram utilizados para o estudo os parâmetros espirométricos: CVF (%), VEF1/CVF e VEF1(%). Além disso, todos os pacientes foram avaliados quanto ao controle da asma (nas últimas 4 semanas), sendo classificados em: asma controlada, asma parcialmente controlada e asma não controlada. Para esta avaliação, foram utilizados os critérios publicados no Global Initiative for Asthma (GINA) de 2016, onde se utilizou os seguintes critérios: presença de sintomas diurnos (>2 vezes por semana), qualquer despertar noturno devido aos sintomas da asma, necessidade de uso (< 2 vezes por semana) de medicação de resgate e qualquer limitação de atividade devido aos sintomas da asma. Não havendo nenhum dos quatro parâmetros, o GINA classifica como asma controlada; presença de 1 a 2 parâmetros, asma parcialmente controlada; e presença de 3 a 4 parâmetros, asma não controlada. **Resultados:** Dos 53 pacientes com diagnóstico de asma, 42 (79%) são do sexo feminino. A média de idade foi de 60, 76 ±15, 45 e do IMC de 29, 32±6, 84. Quanto aos resultados encontrados na espirometria, os valores médios obtidos dos parâmetros CVF (%), VEF1/CVF e VEF1 (%) foram de 70, 0%±17, 30; 67, 67%±13, 15; 62, 02%±19, 09, respectivamente. Dos medicamentos de uso regular, a combinação formoterol/budesonida foi a mais utilizada (66% dos casos), havendo um viés por se tratar do medicamento fornecido gratuitamente pelo SUS. Quanto à avaliação do controle da asma: 25 (47, 2%) pacientes foram classificados como asma controlada, 14 (26, 4%) pacientes como asma parcialmente controlada e 14 (26, 4%) pacientes como asma não controlada. Quanto à avaliação da adesão, 18 (34%) pacientes relataram não utilizar os medicamentos prescritos de forma regular. Avaliando-se a adesão por grupo de controle de asma: dos pacientes com asma controlada, 80% relataram uso regular; dos pacientes com

asma parcialmente controlada apenas 42, 8% relataram o uso regular dos medicamentos, enquanto que os pacientes com asma não controlada 64, 3% relataram uso regular.

**Conclusão:** O presente estudo mostra que mais da metade dos pacientes avaliados não apresentam a asma devidamente controlada (52, 8%), sendo esse mesmo grupo responsável pela elevada taxa de irregularidade quanto ao uso dos medicamentos. O uso irregular dos medicamentos ocorreu em 57, 2% dos pacientes classificados como asma parcialmente controlada e 35, 7% para os pacientes com asma não controlada. A orientação da equipe médica quanto ao uso dos medicamentos, associado ao entendimento adequado por parte dos pacientes da doença, do tratamento proposto e da importância do uso continuado da medicação são fundamentais para o sucesso terapêutico.

**Palavras-chave:** Asma; adesão; controle

#### **PO247** PREVALÊNCIA DE PACIENTES EXPOSTOS A AGENTES SENSIBILIZANTES CAUSADORES DA ASMA RELACIONADA AO TRABALHO EM ACOMPANHAMENTO REGULAR NO AMBULATÓRIO DE ASMA GERAL DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

**MARCOS CÉSAR SANTOS DE CASTRO<sup>\*</sup>; VINICIUS PEREIRA BASTOS; THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; PAULO ROBERTO CHAUVET; AGNALDO JOSÉ LOPES; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; CLAUDIA HENRIQUE COSTA**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A asma relacionada ao trabalho (ART) é caracterizada como a asma causada e/ou agravada por agentes ou condições próprias do ambiente de trabalho. A ART é a doença ocupacional de maior prevalência em países desenvolvidos, apresentando incidência anual de até 170 casos por milhão de trabalhadores. Entretanto, calcula-se que mais da metade dos casos de ART não sejam identificados. Atualmente estão descritos mais de 250 agentes sensibilizantes envolvidos na ART. Dentre as substâncias causadoras de ART, podem ser citados os agentes de alto peso molecular (cereais, alérgenos de derivados animais, enzimas, látex, borracha, frutos do mar) e agentes de baixo peso molecular (isocianatos, poeira de madeira, anidridos ácidos, metais, colofônio, aminas, tintas, corantes, cloramina T, persulfatos, acrilato e medicamentos). Infelizmente a prevalência da ART está muito distante daquela observada nos países de desenvolvidos, podendo ser justificado principalmente pela subnotificação. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de pacientes expostos a agentes sensibilizantes causadores da asma relacionada ao trabalho em acompanhamento regular no ambulatório de asma geral da UERJ. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 57 pacientes escolhidos aleatoriamente com o diagnóstico de asma e acompanhados no ambulatório de asma da UERJ. Os pacientes selecionados responderam a um questionário constando com as seguintes informações: sexo, idade (anos), IMC (kg/ m<sup>2</sup>), medicamentos em uso regular para o controle da asma. Os pacientes foram avaliados através de uma anamnese dirigida quanto à presença específica de exposição ocupacional a agentes envolvidos na ART. Os pacientes realizaram espirometria na data da entrevista. Foram utilizados os parâmetros espirométricos: CVF (%), VEF1/CVF e VEF1(%). Os resultados foram apresentados em média e desvio padrão. **Resultados:** Dos 57 pacientes, 43 (75, 4%) são do sexo feminino. A média de idade foi de 59, 16 ±13, 20 anos e do IMC de 22, 0±1, 41. Quanto aos resultados encontrados na espirometria, os valores médios obtidos dos parâmetros CVF (%), VEF1/CVF e VEF1 (%) foram de 73, 19%±16, 08; 67, 15%±12, 24; 62, 21%±18,

62, respectivamente. Dos medicamentos de uso regular, a combinação formoterol/budesonida foi a mais utilizada (66, 7% dos casos), havendo um viés por se tratar do medicamento fornecido gratuitamente pelo SUS. Dos 57 pacientes avaliados, 27 (47, 4%) pacientes relataram o início dos sintomas da asma após o início da atividade laboral. Destes 27 pacientes, 13 (48%) efetivamente atuaram em atividades laborais onde havia exposição a agentes sensibilizantes causadores de asma relacionada ao trabalho. Destes 13 pacientes, a atividade mais prevalente foi a relacionada à limpeza, com uso de desinfetantes e cloro (8 pacientes), apresentando como tempo médio de trabalho (exposição) de 26, 25±7, 34 anos. **Conclusão:** Atualmente a ART é a doença ocupacional de maior prevalência em países desenvolvidos, mas infelizmente esses dados são muitos distintos no Brasil, podendo ser justificado pelo desconhecimento desta doença. Neste estudo foram observados 13 (22, 8%) pacientes que manifestaram sintomas de asma na idade adulta e que trabalharam em atividades onde havia exposição a agentes sensibilizantes causadores da ART. O diagnóstico de asma relacionada ao trabalho sempre deve ser suspeitado em qualquer indivíduo de idade economicamente ativa que desenvolve ou que apresenta piora os sintomas de asma durante o período de uma ocupação referida.

**Palavras-chave:** Asma relacionada ao trabalho; asma; asma ocupacional

#### **PO248 AVALIAÇÃO ESPIROMÉTRICA EM MULHERES ASMÁTICAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

**BRENDON DA SILVA SANTANA; JULIETH FERREIRA SOUZA; SARAH EMANUELLE VIANA CAMPOS; FLORENIR GLÓRIA SILVA PAES; LUCIANA NÚBIA ALYIM DE OLIVEIRA; RAYSSA DAIANA SILVEIRA OKORO; JOSIEL GUEDES DA SILVA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.**

**Introdução:** Doenças crônicas respiratórias como Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Fibrose Cística, Bronquiectasia e Tosse Crônica, tem sido implicadas como precipitantes de episódios de perda urinária involuntária. **Objetivos:** analisar a associação entre gravidade da Incontinência Urinária (IU) e gravidade da obstrução pulmonar através da espirometria. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal em uma amostra de 57 mulheres asmáticas obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: pacientes asmáticas que realizaram espirometria no HUPD entre os anos de 2014-2015 e responderam ao questionário "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF), tal questionário é composto por quatro itens que determinam: frequência da incontinência urinária, quantidade de urina perdida, impacto geral da incontinência e um autodiagnóstico acerca do tipo de incontinência. O escore ICIQ varia de 0 a 21 e quanto maior o escore maior a severidade da perda urinária e o impacto na qualidade de vida. Para a avaliação da obstrução utilizou-se os melhores parâmetros espirométricos que foram: VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo de uma expiração com esforço máximo) e a relação VEF1/CVF, ou Índice de Tiffeneau, tendo como referência os parâmetros as Diretrizes para teste de função pulmonar da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Utilizou-se da estatística descritiva, com análise gráfica, medidas de tendência central e o teste exato de Fisher, teste não paramétrico, com um nível de significância ( $\alpha=5\%$ ). **Resultados:** Ao avaliar a relação entre a gravidade da IU com os parâmetros espirométricos, observamos que

57, 91% dos pacientes com IU apresentam VEF1 entre 80-60%, 26, 31% apresentam VEF1 entre 41-59%, 15, 78% apresentam VEF1  $\leq 40\%$ . Na avaliação do Tiffeneau, 77, 21% apresentam VEF1/CVF entre 80-60%, 19, 29% apresentam VEF1/CVF entre 41-59%, 3, 50% apresentam VEF1/CVF  $\leq 40\%$ . Neste estudo não houve associação estatística entre gravidade da obstrução e gravidade da IU na população estudada. **Conclusão:** No presente estudo, não houve associação entre gravidade da obstrução e gravidade da Incontinência Urinária nas pacientes estudadas ( $p>5\%$ ). Um dos fatores limitantes ao estudo foi o tamanho da amostra, que por ser pequena, não demonstrou associação entre gravidade da obstrução respiratória com a gravidade da IU.

**Palavras-chave:** Incontinência; asma; mulheres

#### **PO249 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO NA ASMA: RELATO DE CASO**

**RAYANE DA SILVA SOUZA; EUGENIO PATRICIO OLIVEIRA; CONSTANTINO GIOVANNI BRAGA CARTAXO; MARÍLIA DENISE SARAIVA BARBOSA**

**UFPA, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.**

**Introdução:** A asma é uma das principais causas de hospitalizações em crianças. A doença pode se exacerbar através do pneumomediastino. Esse é definido pela presença de ar livre no mediastino e possui incidência em pacientes asmáticos de 0, 3%. A asma é observada como principal fator predisponente, estando presente em 16 a 21% dos pacientes já diagnosticados com pneumomediastino. Este estudo tem o objetivo de relatar o caso de uma paciente que desenvolveu pneumomediastino durante exacerbação de asma, alertando para essa possível complicação e como conduzi-la. **Relato de caso:** feminino, 10 anos, portadora de asma intermitente leve, acompanhada em ambulatório, com internação por pneumonia aos 2 anos de idade, sem histórico de traumas. Apresentou no mês de maio/2013, quadro de dispneia de início há 12 horas. Foi medicada com formoterol e fluticasona (pó seco), não apresentando melhora do quadro. Foi encaminhada para atendimento hospitalar, sendo realizada rotina para asma no pronto socorro. Evoluiu com dor torácica moderada, de localização retroesternal, contínua, não ventilatório dependente. À ausculta respiratória foram observados roncoss e sibilos difusos. Restante do exame físico sem alterações. Evoluiu com saturação de O<sub>2</sub> de 86% com FIO<sub>2</sub> de 40%. Foi solicitado radiografia de tórax e iniciou-se Ceftriaxona endovenosa. A radiografia evidenciou infiltrado intersticial justa-cardíaco à direita, coração anatômico e seios costo-frênicos livres. Sendo reavaliada, levantou-se a suspeita de pneumomediastino. A paciente evoluiu com piora do quadro clínico, sendo realizada tomografia computadorizada de tórax que mostrou importante pneumomediastino, enfisema subcutâneo na região cervical inferior e parede torácica anterior, pneumotórax à esquerda, opacidade alveolar nos lobos inferiores e ausência de linfonomegalias mediastinais. Foi encaminhada a unidade de terapia intensiva, onde foi medicada com analgésicos e suporte ventilatório não invasivo. Houve regressão gradual dos achados radiográficos e clínicos, sem complicações, tendo alta hospitalar após 8 dias de internação. Em consulta ambulatorial de acompanhamento encontrava-se assintomática. Foi realizada TC de tórax de controle, sem sinais de pneumomediastino. **Conclusão:** Durante exacerbações de asma, a distensão e ruptura alveolar devido à pressão aérea excessiva, podem resultar no vazamento de ar do trato pulmonar e sua dissecação ao longo da bainha de grandes vasos até o mediastino e pericárdio, ao longo

da aorta abdominal até a parede intestinal e peritônio, ou ao longo de planos fasciais até o tecido subcutâneo do pescoço e axila. A paciente em questão apresentou como principal sintoma a dispnéia, sintoma bastante apontado por outros autores. O pneumomediastino espontâneo sempre foi considerado uma entidade benigna com curso clínico favorável, verificando-se a reabsorção passiva completa do ar. Em casos raros podem ocorrer complicações, sobretudo pneumotórax/pneumomediastino hipertensivo, comprimindo o que pode justificar a realização de procedimentos cirúrgicos. No caso descrito, a paciente continuava em acompanhamento por meio de consultas ambulatoriais, sem ocorrência de recidiva. Mantém-se no tratamento com broncodilatadores e corticóide inalatório, apresentando boa resposta clínica e sem novos episódios de piora. Para concluir salientamos que o pneumomediastino é possibilidade diagnóstica em pacientes com asma sem resolução clínica com o tratamento convencional.

**Palavras-chave:** Asma; pneumomediastino; exacerbação

**PO250 CÉLULAS MESENQUIMAIS ESTROMAIS DERIVADAS DOS TECIDOS ADIPOSE, PULMONAR E DA MEDULA ÓSSEA PRODUZEM DIFERENTES EFEITOS SOBRE A INFLAMAÇÃO E REMODELAMENTO PULMONAR EM MODELO EXPERIMENTAL DE ASMA ALÉRGICA.**

**SORAIA CARVALHO ABREU\***; MARIANA ANTUNES; JAMIL ZOLA KITOKO; FERNANDA FERREIRA CRUZ; BRUNO L DIAZ; MARCELO MARCOS MORALES; DEBORA XISTO; PATRÍCIA RIEKEN MACEDO ROCCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Diferentes fontes de células mesenquimais estromais (CMEs) em geral satisfazem os critérios para a definição de CME, mas CMEs podem ser distinguidas pela produção de citocinas e expressão gênica, e, assim, podem promover diferentes efeitos na asma. **Objetivo:** investigar os efeitos de CME dos tecidos da medula óssea, adiposo e pulmonar sobre os processos inflamatório e de remodelamento na inflamação alérgica crônica experimental. **Métodos:** 48 camundongos C57BL/6 fêmeas foram aleatoriamente alocados em oito grupos. No grupo OVA, os camundongos foram sensibilizados e desafiados com ovalbumina enquanto o grupo controle (C) recebeu salina usando o mesmo protocolo. Os grupos C e OVA foram posteriormente divididos em quatro subgrupos, que receberam salina (50 mL, SAL, n=6/cada), células tronco mesenquimais derivadas de medula óssea (105, BM-MSc, n=6/cada), de tecido adiposo (105, AD-MSc, n=6/cada) e do tecido pulmonar (105, L-MSc, n=6/cada), intratraquealmente, 24hs depois do último desafio. O remodelamento das vias aéreas e do parênquima pulmonar foram avaliados pela análise quantitativa das fibras colágenas. Ademais, a celularidade total e diferencial do fluido do lavado broncoalveolar (BALF) e do tecido foram medidos. Ademais, os níveis de interleucinas (IL)-4, IL-13, fator de transformação do crescimento (TGF)-b e fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) no pulmão, assim como a elastância estática, pressão viscoelástica, resistência de vias aéreas e hiperresponsividade foram analisados. Por fim, experimentos in vitro foram feitos para avaliar a polarização macrófagica, níveis basais de diferentes fatores (VEGF, IGF e PDGF) e citocinas (IL-4 e eotaxina) produzidos por cada tipo celular assim como depois da estimulação com soro obtido de camundongos asmáticos. **Resultados:** terapias com CME levam a redução nas pressões resistiva e viscoelástica, hiperresponsividade brônquica, colapso alveolar, índice de broncoconstrição,

infiltração inflamatória, conteúdo de fibras colágenas no parênquima pulmonar (mas não nas vias aéreas) e níveis de IL-4, IL-13, TGF-b e VEGF comparados com o OVA-SAL. Entretanto, esses decréscimos foram mais pronunciados depois da terapia com CME-MO, comparado a CME-AD e CME-P. Ademais, CME-P apresentou maior nível basal de citocinas e fatores de crescimento comparado a CME-MO e CME-AD. A estimulação com soro asmático promoveu uma maior redução desses parâmetros nas CME-MO comparado aos outros tipos celulares. **Conclusão:** Nesse modelo de asma alérgica crônica, terapias com CME foram efetivas na modulação dos processos inflamatório e fibrogênico, contudo, a mecânica pulmonar e o remodelamento apresentaram maior melhora após a terapia com CME-MO, do que com CME-AD e com CME-P, provavelmente graças à maior resposta imunomodulatória das CME-MOs. **Suporte Financeiro:** PRONEX-FAPERJ, CNPq, FAPERJ, CAPES, INCT.

**Palavras-chave:** Asma alérgica; células mesenquimais estromais; remodelamento

**PO251 INÍCIO DA AÇÃO BRONCODILADORA DO FUROATO DE FLUTICASONA/VILANTEROL EM COMPARAÇÃO COM O SALBUTAMOL EM PORTADORAS DE ASMA BRÔNQUICA**

**JOÃO ADRIANO DE BARROS\***; INGRID LORRANE CARVALHO; INGRID SAMPAIO FRÖEHNER; LAÍS DE MEDEIROS

UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

**Objetivo:** Comparar a resposta broncodilatadora rápida com base nos valores de VEF1 e CVF pós uso de furoato de fluticasona/vilanterol (FF/VI) e de salbutamol. **Métodos:** Foram analisadas 14 pacientes com diagnóstico prévio de asma. As pacientes foram submetidas a espirometrias em dois dias seguidos, um dia utilizando como broncodilatador o salbutamol (400 ug) e no outro FF/VI (100/25 ug). Os parâmetros analisados foram o VEF1 e CVF basais, e nos tempos 30'', 1', 3', 5', 10', 15' e 30' pós inalação das drogas. **Resultados:** A média dos valores da CVF e VEF1 pós salbutamol foram maiores em todos os tempos. Observa-se que a dispersão média dos valores obtidos para o salbutamol é maior em CVF (Scvf = 0, 77) e VEF1 (Svef1 = 0, 71) em relação ao FF/VI, Scvf = 0, 58 e Svef1 = 0, 49. Quando comparados os tempos entre si, no salbutamol a CVF não demonstra diferenças significativas entre os tempos, já o FF/VI começa a apresentar significância a partir de 15 min (p < 0, 025 IC 95%). Para o parâmetro VEF1 houve diferenças significativas para o salbutamol a partir do tempo de 3 min, e no FF/VI a partir de 15 min. **Conclusões:** Para a amostra analisada, os valores de VEF1 e CVF obtidos na resposta rápida pós administração de FF/VI são em média menores daqueles observados pós salbutamol com significância de p < 0, 025 IC 95%. Para o tempo de início de ação broncodilatadora do FF/VI, foram encontradas diferenças significativas para CVF e VEF1 a partir de 15 minutos.

**Palavras-chave:** Asma; vilanterol; broncodilatação

## CIRURGIA TORÁCICA

**PO252 LOBECTOMIA POR VÍDEO (VATS) PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER PRIMÁRIO DE PULMÃO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E PÚBLICO.**

**MAURICIO GUIDI SAUERESSIG\***; CAETANO ARAUJO TORRES LIMA; CAROLINE MACHADO; JHONATA LUIZ LINO DE AQUINO; NATHALIA SOARES MEIER; BRUNO BEHENCK; TATIANE DOS SANTOS; TIAGO CASTRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS),  
PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** a lobectomia por vídeo (VATS) é considerada o melhor tratamento para o câncer de pulmão em estágios iniciais (I e II). É realizada desde o início dos anos 90 nos EUA. Entretanto, no Brasil, a experiência com a VATS é muito mais recente e quase que isoladamente reservada a hospitais privados. **Objetivo:** descrever a experiência do Hospital de Clínicas com pacientes submetidos à VATS por câncer de pulmão em estágio Ic e IIc. **Metodologia:** Realizamos a análise retrospectiva de 33 pacientes com câncer de pulmão estágios Ic-IIc submetidos à VATS entre outubro de 2011 a maio de 2016. Coletamos informações clínicas pré-operatórias e pós-operatórias do prontuário online de cada paciente. A mortalidade e complicações foram consideradas perioperatórias quando ocorreram até o 90º dia de pós-operatório. Calculamos a curva de sobrevivência a longo prazo, incluindo todos os pacientes, através da análise de Kaplan-Meier com SPSS versão 18. **Resultados:** 51, 5% foram homens, a média de idade foi 64 anos (41 até 85 anos). A histologia mais comum foi adenocarcinoma primário de pulmão (67%). 94% dos pacientes apresentou estágio I. Apresentavam em média 2 comorbidades (0 até 6). O tempo médio de cirurgia foi de 188 min (110 até 360). O tempo médio de internação foi de 4 dias (2 até 12). 28% apresentou pelo menos uma complicação clínica pós-operatória. A mortalidade pós-operatória foi de 6%. Não houve mortes transoperatórias. A taxa de conversão para cirurgia aberta foi de 3% (1 caso). Sete pacientes tinham mais de 75 anos. Três pacientes apresentavam difusão menor de 30% do previsto. 80% dos pacientes estavam vivos após 4 anos de seguimento. **Conclusão:** a VATS pode ser realizada com segurança em um hospital público e universitário, pois a incidência de complicações e mortalidade peri-operatórias e a taxa de conversão foram muito parecidas com aquelas já publicadas. Também a sobrevivência dos pacientes é semelhante aos maiores bancos de dados da literatura.

**Palavras-chave:** Lobectomia por vídeo; vats; câncer de pulmão

#### **PO253 LOBECTOMIA ROBÓTICA E VÍDEO ASSISTIDA PARA O CâNCER DE PULMÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.**

**MAURICIO GUIDI SAUERESSIG; CAETANO ARAUJO TORRES LIMA; ÉRIKA VIEIRA PANIZ; MAIARA DA SILVA MINETTO; NATHALIA SOARES MEIER; JHONATA LUIZ LINO DE AQUINO; CAROLINE MACHADO; TIAGO CASTRO**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS),  
PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** As duas técnicas de lobectomia minimamente invasiva disponíveis são a ressecção pulmonar robótica (RATS) e a vídeo assistida (VATS). A VATS é atualmente considerada o tratamento cirúrgico de escolha para o câncer de pulmão em estágio I ou II. A RATS surge como uma nova alternativa que propõe ergonomia de movimentos e visão 3-D superiores, porém com um custo elevado. Há meta-análise que incluiu ressecção lobar e sublobar juntas, publicada em 2015, que mostrou mortalidade e morbidade perioperatórias similares entre VATS e RATS. No entanto, não há revisões sistemáticas que incluam somente lobectomias e analisam outros desfechos igualmente importantes. **Metodologia:** Buscamos artigos a partir de critérios pré-estabelecidos que fossem comparativos entre lobectomias por RATS e VATS e indexados até maio de 2016, no PubMed ou Medline. Os artigos selecionados foram classificados pelo escore de qualidade Newcastle-Ottawa

(ENO). Buscamos sumarizar os resultados estatisticamente significativos dos estudos em relação à taxa de conversão, tempo de cirurgia (minutos), linfonodos ressecados e custos totais. **Resultados:** Nove estudos observacionais retrospectivos foram elegíveis. O ENO variou de 6 a 9. O número total de pacientes incluídos nos estudos foi de 49. 848. A taxa de conversão (dados de 4 estudos) da RATS foi estatisticamente menor em 1 estudo. O tempo de cirurgia (7 estudos) da RATS foi estatisticamente maior em 4 estudos. O número de linfonodos ressecados (3 estudos) na RATS foi menor estatisticamente em dois estudos e maior em outro estudo. Os custos totais da RATS (5 estudos) foi maior estatisticamente em 3 estudos. **Conclusão:** Os resultados sugerem que a RATS é a técnica de lobectomia com menor taxa de conversão, porém consome maior tempo de sala cirúrgica e apresenta os maiores custos. Os dados relativos ao número de linfonodos ressecados parece ainda conflitante. O resultado deste estudo sugere que a atualmente tecnologia robótica ainda não apresenta vantagens que compensam os custos.

**Palavras-chave:** Lobectomia por vídeo; lobectomia robótica; câncer de pulmão

#### **PO254 TRATAMENTO DO ASPERGILOMA PULMONAR COMPLEXO POR CAVERNOSTOMIA**

**PAULA MARSICO\*; GIOVANNI ANTONIO MARSICO; LUIZA RODRIGUES MAIA; JOAO MARINE NETO; ALBERTO BRUNING GUIMARÃES; FERNANDO VANNUCCI; ANDERSON FONTES**  
HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO, RJ,  
BRASIL.

**Objetivo:** Avaliar a realização de cavernostomia nos pacientes com bola fúngica complexa e hemoptise.

**Método:** foram analisados os prontuários de 22 pacientes submetidos à cavernostomia entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015. Foram avaliados: idade, sexo, sinais e sintomas pré-operatórios, doenças predisponentes, localização do aspergiloma, agente etiológico, indicação da cavernostomia e evolução pós-operatória. **Resultados:** A média de idade foi de 43 anos (34-56). Quatorze eram homens e oito mulheres. A cavernostomia foi realizada em pacientes que apresentavam hemoptises de repetição, com capacidade funcional pulmonar comprometida, temporária ou definitiva, ou naqueles em que a ressecção pulmonar era possível, mas por implicações técnicas haveria perda importante de parênquima pulmonar funcionante. Todos os pacientes apresentavam sequelas de tuberculose pulmonar com lesões cavitárias, episódios repetidos de hemoptise, tosse, infecções de repetição e expectoração abundante. As cavernostomias foram realizadas em tempo cirúrgico único. Nos 22 pacientes a caverna foi deixada aberta após a retirada do micetoma e a hemoptise cessou imediatamente. A mortalidade operatória foi 1 (4%). **Conclusão:** a cavernostomia é uma alternativa de tratamento eficaz nos pacientes com risco operatório elevado ou para preservar parênquima pulmonar. A execução técnica é fácil, apresenta menor risco operatório, poupa parênquima pulmonar, sendo realizada em tempo operatório único.

**Palavras-chave:** Cavernostomia; aspergiloma; hemoptise

#### **PO255 TORACOPLASTIA: AINDA UM TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA SEQUELAS DA TUBERCULOSE PULMONAR**

**MARCELO CUNHA FATUETO\*; JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS\*; DIEGO ELIAS DA SILVA CALDEIRA\*; RUBENS PERALTA JUNIOR\*; VITOR AUGUSTO ALVES COBO\*; GUILHERME AZEVEDO TERRA\*; MARCELA HERCOS FATUETO\*; ESTELA HERCOS FATUETO\*<sup>2</sup>**  
1. UFTM, UBERABA, MG, BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA, MG, BRASIL.

**Introdução:** Antes do surgimento dos fármacos antituberculose, o repouso e a colapsoterapia eram os tratamentos disponíveis para a tuberculose pulmonar. Em 1821, *James Carson*, na Inglaterra, foi o primeiro a defender o uso do pneumotórax para tratamento da tuberculose. Porém, a toracoplastia nas suas diversas variações técnicas, foi empregada inicialmente em 1880, com a retirada de arcos costais e consequentemente colapsos de áreas cavernosas nos pulmões tuberculosos. Somente em 1935, *Alexander* estabeleceu os princípios utilizados até a atualidade: toracoplastia póstero-lateral, com desabamento completo do hemitórax após a ressecção dos arcos costais e tratamento da fistula brônquica. Dessa forma, a mortalidade cirúrgica caiu a níveis próximos de 2%, embora ainda se trate de uma cirurgia de exceção, mórbida e mutilante. Atualmente, tem sua indicação restrita à fistulas aéreas de coto brônquico pós ressecção pulmonar por tuberculose e suas sequelas, neoplasias, empiema e outras afecções supurativas do tórax cujo manejo convencional se torna falível. **Objetivo:** u-se com esse relato, a apresentação de um caso submetido inicialmente à pneumonectomia direita por bronquiectasias sequelares, que evoluiu com abertura tardia do coto brônquico, pleurostomia à *Eloesser* e finalmente à toracoplastia direita. **Relato de caso:** *M. F. D.*, 26 anos, feminina, tratadora de cavalos, natural e procedente de Uberaba-MG. Em 2012, apresentou tuberculose pulmonar tratada que evoluiu com destruição bronquiectásica de todo o pulmão direito. A paciente embora tivesse negatificação do escarro por broncoscopia, evoluiu com supurações frequentes, hemoptise de moderada intensidade, consumo e baqueteamento, sendo encaminhada para o Serviço de Cirurgia Torácica do HC-UFTM para realização de pneumonectomia direita em outubro de 2014. A paciente evoluiu estável até julho de 2015, quando apresentou piora clínica e laboratorial, vômitica e perda do nível hidroaéreo do hemitórax operado. Confirmou-se, então, a hipótese de fistula do coto brônquico, sendo necessária a confecção de pleurostomia pelas condições críticas da paciente. A paciente permaneceu internada por longa data, necessitando na alta hospitalar, de manutenção de oxigenioterapia domiciliar e suplementação com dieta enteral pela desnutrição. Em 2016, já em franca melhora clínica, encontramos condições para realização de toracoplastia para tratamento da fistula aérea e fechamento da pleurostomia. O procedimento se deu em Julho de 2016, sem intercorrências, com alta hospitalar em bom estado, no 10º dia de pós-operatório, com seguimento ambulatorial. **Discussão:** O desabamento da caixa torácica ou toracoplastia era um procedimento frequente na era pré-antibiótica, com o objetivo de comprimir as cavidades tuberculosas, controlar focos de supuração e estancar sangramento. Era realizado rotineiramente nos sanatórios de tuberculose, com indicação felizmente decrescente nas últimas décadas em função das melhorias no tratamento, controle epidemiológico dos pacientes e evolução farmacológica com múltiplas drogas eficazes na eliminação do bacilo. Na era da cirurgia torácica moderna, encontra indicações restritas sobretudo para fechamento de cavidades de pleurostomia e correção das fistulas aéreas cujo tratamento endoscópico não é possível.

**Palavras-chave:** Fistula pos-pneumonectomia; toracoplastia; tuberculose

**PO256 SÍNDROME DE PROTEUS COM MANIFESTAÇÕES PULMONARES: RELATO DE CASO**

**ENNARA NASCIMENTO BORGES\*;** ROBERT RODRIGUES PEREIRA; MAYARA ÁVILA PICCHI; JOÃO NATAN MOREIRA GOMES; MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAÚJO; JOSE DUMAS FROTA FERREIRA

**GOMES; ROSINELI LEOPOLDINO DE OLIVEIRA; FILADÉLFIA PASSOS RODRIGUES**

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

**Introdução:** Síndrome de Proteus é uma desordem causada por mutação genética somática, caracterizada pelo supercrescimento desproporcional e assimétrico de tecidos. É uma doença rara, progressiva e com grande variabilidade na sua apresentação clínica. As características da síndrome aparecem durante o primeiro ano de vida e progridem subsequentemente. Os tecidos mais acometidos são conjuntivo, osso, cutâneo e do sistema nervoso central. A anomalia mais comum é o supercrescimento dos membros. Em casos mais raros, veem-se as manifestações enfisematosas pulmonares. **Relato de caso:** A. S. O., masculino, 28 anos, solteiro, natural de Sobral-CE. Relatou quadro de dispneia, tosse, febre e dor torácica à esquerda ventilatório dependente. De antecedentes, aos nove anos, diagnosticado com Síndrome de Proteus e, posteriormente, evoluiu com síndrome da apneia obstrutiva do sono, sendo realizada traqueostomia. Permaneceu traqueostomizado por 10 anos, até a realização de cirurgia ortognática do avanço maxilomandibular. Negou etilismo, tabagismo e uso de medicações. Ao exame físico, bom estado geral. Ausculta pulmonar diminuída em hemitórax esquerdo, sem ruídos adventícios, SO2 97%. Auscultado bulhas cardíacas em hemitórax direito, normofonéticas, ritmo regular, sem sopro. Abdome plano, flácido, sem visceromegalias. Deformidades hipertróficas de todos quirodáticos das mãos. Aos exames, radiografia de tórax com lesões bolhosas difusas no pulmão esquerdo e desvio do mediastino para direita. Tomografia computadorizada de tórax revelou enfisema pulmonar importante, bolhas difusas no pulmão esquerdo e desvio do mediastino. Espirometria mostrou distúrbio ventilatório restritivo grave com CVF de 1, 58L (34%). Gasometria arterial, teste de caminhada de 6 minutos e ecocardiograma dentro da normalidade. Foi, então, submetido à pneumectomia à esquerda. **Conclusão:** Na síndrome, as manifestações pulmonares são menos comuns. Porém, têm sido observadas, em 9-13% dos casos, manifestações enfisematosas com bolhas unilateral ou bilaterais. A causa deve relacionar-se com deficiências ou anomalias musculares, elásticas ou fibrosas. O tratamento da doença enfisematosas visa minimizar danos pulmonares e evitar infecção, através da ressecção da lesão, que pode ser local se a distribuição for localizada. Se extensa, o transplante pulmonar pode ser necessário. O diagnóstico pode ser diferenciado de pacientes com displasia broncopulmonar, cistos bronco gênicos intrapulmonares, pneumocele pós infecciosa, bronquiectasia cística, fibrose cística, neurofibromatose de Marfan, deficiência de  $\alpha$ 1-antitripsina, sarcoidose e esclerose tuberosa, porque a maioria destas doenças envolvem apenas algumas mudanças bolhosas focais e não progridem ao longo tempo. Outros achados torácicos da síndrome incluem supercrescimento de arcos costais, hamartoma brônquico, massas da parede torácica e anomalias espinhais, que podem causar desconforto respiratório. Deve-se julgar intervenção cirúrgica nestes casos. Conclui-se que pacientes com Síndrome de Proteus tem sintomatologia altamente variável, o que torna o diagnóstico e tratamento individualizado. Quando as alterações pulmonares bolhosas ocorrerem, a ressecção cirúrgica deve ser considerada.

**Palavras-chave:** Síndrome de proteus; lesões bolhosas; pneumectomia

**PO257 DOENÇA DE MADELUNG**

**PAULA MARSICO\***; GIOVANNI ANTONIO MARSICO; LUIZA RODRIGUES MAIA; JOAO MARINE NETO; ALBERTO BRUNING GUIMARÃES; ANDERSON FONTES; FERNANDO VANNUCCI  
HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A lipomatose benigna múltipla simétrica, também conhecida como doença de Madelung, é rara. Caracterizada pelo desenvolvimento simétrico de depósito anormal de gordura não encapsulada, com típico padrão de distribuição, principalmente no pescoço, cabeça e parte superior do tronco. Até o ano de 2003 haviam sido descritos cerca de 300 casos de lipomatose benigna múltipla simétrica. Provavelmente, a incidência real é subestimada.

**Relato do caso:** Paciente masculino, 58 anos, natural do Rio de Janeiro. Queixa-se de dores difusas pelo corpo. Há cerca de 20 anos notou aumento progressivo de tumorações bilaterais na região das clavículas. Ao exame físico as tumorações eram de consistência mole, superfície irregular, limites mal definidos, sem alteração da temperatura local e indolores a palpação. O paciente negava tabagismo, relatava hipertensão arterial sistêmica e etilismo há cerca de 25 anos. A radiografia de tórax evidenciava aumento de partes moles nas regiões supra-claviculares. O ultrassom identificou imagens hiperecóticas nas regiões supraclaviculares que sugeriam lipoma. Com o diagnóstico provável de doença de Madelung foi indicada a ressecção das tumorações. Sob anestesia geral foram realizadas incisões bilaterais sobre o trajeto das clavículas. Na abertura da tela subcutânea foi evidenciado tecido gorduroso, sem capsula, que foi totalmente retirado. O paciente obteve alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. O histopatológico das massas foi de lipomatose. **Conclusões:** A doença de Madelung é uma doença estigmatizante que prejudica a socialização e a qualidade de vida. A patogenia da doença ainda não está totalmente esclarecida. Geralmente, não causa sintomas e o diagnóstico é baseado na história clínica e no exame físico. O tratamento consiste na retirada radical do tecido gorduroso, porém, em alguns casos, a recidiva é possível.

**Palavras-chave:** Lipomatose benigna; madelung; massa cervical

**PO258 TORACOPLASTIA LIMITADA PARA O TRATAMENTO DAS SEQUELAS DA TUBERCULOSE PULMONAR SINTOMÁTICA**  
**PAULA MARSICO\***; GIOVANNI ANTONIO MARSICO; LUIZA RODRIGUES MAIA; JOAO MARINE NETO; ALBERTO BRUNING GUIMARÃES; FERNANDO VANNUCCI; ANDERSON FONTES  
HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Atualmente, a toracoplastia raramente é utilizada como opção inicial para o tratamento da tuberculose pulmonar e as suas sequelas. Uma das indicações que ainda se mantem é para os casos em que as condições clínicas dos pacientes não permitem ressecções pulmonares. Nestes casos, a toracoplastia desempenha papel importante em um grupo selecionado de pacientes. **Relato do caso:** DJS, mulher, 36 anos, negra, do lar. Relatava episódios repetidos de hemoptises volumosas e infecções respiratórias. Queixava-se de cansaço aos pequenos esforços. História de tratamento prévio para tuberculose pulmonar há 12 anos. Realizou novo tratamento, sem comprovação bacteriológica há um ano, durante episódio de hemoptise volumosa. Apresentava baqueteamento digital importante. As radiografias convencionais e a tomografia computadorizada mostravam lesões cavitárias residuais localizadas no lobo superior esquerdo e segmento apical do lobo inferior esquerdo, compatíveis com sequelas de

tuberculose pulmonar. A broncofibroscopia evidenciou brônquio principal esquerdo com secreção mucopurulenta e raia de sangue, proveniente do brônquio do lobo superior esquerdo com diminuição do seu calibre. As pesquisas de células neoplásicas, fungos e bacilo da tuberculose, foram negativas. As provas de função pulmonar evidenciaram restrição importante, com os seguintes valores: CV 1. 74, CVF 1. 74, VEF1 0. 84, VEF1/CVF 48. 4, FEF25-75 0. 18, TFEF25-75 4. 73. A paciente foi submetida à toracoplastia esquerda com a retirada dos cinco primeiros arcos costais. Não ocorreram complicações no pós-operatório, com alta hospitalar no décimo quinto dia de pós-operatório. Durante acompanhamento de três anos, evoluiu sem hemoptise e infecções respiratórias. **Conclusões:** A toracoplastia foi uma opção válida e efetiva para o colapso pulmonar seletivo da área comprometida, cessando os episódios de hemoptise e infecções respiratórias repetidas.

**Palavras-chave:** Toracoplastia; tuberculose; hemoptise

**PO259 PERFIL CIRÚRGICO DE SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA E BRONCOSCOPIA EM HOSPITAL DE URGÊNCIA E TRAUMA**

**ERON MACIEL JERÔNIMO\***; ORDANIO PEREIRA DE ALMEIDA; ANA LUÍSA CASTELO BRANCO; TATIANE BEZERRA DOS SANTOS; ERIKA JOCELLY MARQUES PEREIRA; NATHÁLIA LIMA SOUSA MEDEIROS; CECÍLIA DE SOSA MAIA; ISABELLE TENÓRIO TENÓRIO CAVALCANTE  
FCM-CG, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL.

**Introdução:** As causas externas, entre elas as agressões físicas, os acidentes automobilísticos e outras formas de violência urbana, são a terceira causa de morte no Brasil, o que corresponde a 12, 5% do total de mortes no país. Os traumas torácicos e as cirurgias torácicas secundárias ao trauma são de extrema importância para entender o perfil destes pacientes, e nortear melhores tratamentos e o planejamento em saúde pública. Internações em UTI que passam por intubação prolongada, pacientes com pneumonias complicadas, entre outros casos de urgências não-traumáticas, também passam pelo serviço de cirurgia torácica. **Objetivos:** A cirurgia torácica abrange cinco principais áreas topográficas: pulmões, pleuras, traqueia, mediastino e parede torácica, tendo finalidades curativa e paliativa. Diante da diversidade cirúrgica existente nesse âmbito de atuação, esse trabalho tem como objetivo traçar o perfil cirúrgico e evidenciar a prevalência das cirurgias torácicas e broncoscopias realizadas em um hospital de urgência e trauma no período de um ano. **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo por meio da análise dos livros de registros da cirurgia torácica no Hospital de Urgência e Trauma de Campina Grande, compreendendo o período de junho de 2015 a junho de 2016, interessando o sexo do paciente, os procedimentos cirúrgicos, as broncoscopias e os agentes causais. **Resultados:** Foram analisados nesse estudo 828 pacientes, sendo 590 (71, 26%) do sexo masculino e 238 (28, 74%) do sexo feminino. Totalizaram-se 994 procedimentos cirúrgicos, sendo a drenagem pleural fechada a de maior ocorrência (30, 98%), seguida pela traqueostomia (22, 83%). Outros procedimentos cirúrgicos mais realizados foram: broncoscopia (6, 94%), toracocentese (6, 33%) e pleurostomia (4, 12%). Observou-se um total de 962 agentes causais, dentre as quais a intubação prolongada (20, 16%) foi a mais frequente, seguida pelo empiema pleural (12, 47%) e pneumotórax (10, 18%). Dentre outras causas encontraram-se: ferimentos por arma de fogo (7, 58%), derrame pleural (7, 48%) e ferimentos por arma branca (6, 44%). **Conclusão:** As cirurgias torácicas foram prevalentes no sexo masculino. Constatou-se o predomínio

de pacientes que foram submetidos à intubação prolongada e acometidos por empiema pleural e por pneumotórax. Outras causas, pormenores, foram ferimentos por arma de fogo, derrame pleural e ferimentos por arma branca. As cirurgias mais realizadas foram drenagem pleural fechada e traqueostomia. Observou-se que a constância de pacientes que foram sujeitos à traqueostomia devido à intubação prolongada está relacionada com intuito de implementar uma via aérea segura, evitando sequelas graves na traqueia e laringe provocadas pelo tubo. A prevalência de drenagem pleural fechada em pacientes do sexo masculino que sofreram traumatismo torácico por arma de fogo e arma branca é resultado da grande violência urbana predominante nesta população. Por fim, broncoscopias realizadas para corpo estranho, trauma de traqueia e brônquios, ou estenose traqueal foram fundamentais para o diagnóstico e tratamento de vários pacientes. Todos os dados e resultados obtidos nesse estudo contribuem para a organização hospitalar desta unidade, colaborando, então, na criação de metas de atendimento e implementação de medidas preventivas.

**Palavras-chave:** Cirurgias do tórax; perfil cirúrgico; broncoscopia

#### **PO260 TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO MEDIASTINO-ABORDAGEM CIRÚRGICA NO HUAP**

**BRUNO MARQUES PESTANA\***; ANTONIO BENTO DA COSTA BORGES CARVALHO FILHO; OMAR MOTÉ ABOU MOURAD; LUIZ FELIPPE JUDICE; GRAÇA HELENA M DO CANTO TEIXEIRA  
UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Os tumores neuroendócrinos do mediastino anterior são originados nas células de Kulchitsky, células neuroendócrinas contidas no Timo ou em tecidos ectópicos. São raros (4-5% dos tumores do mediastino anterior), com predileção por homens, numa proporção (3: 1) entre 40-50 anos, aproximadamente 50% são ativos, com secreção hormonal (mais frequente ACTH) e em cerca de 20% dos casos comportam-se de forma agressiva, ocorrendo disseminação metastática. Os sinais e sintomas são variados e podem estar relacionados a síndromes endócrinas ou compressão/invasão de estruturas. O tratamento consiste na ressecção cirúrgica completa, sempre que possível, podendo ser complementada com terapia adjuvante, questão ainda controversa na literatura. A ocorrência de metástases, comprometimento linfonodal, ressecção cirúrgica incompleta, endocrinopatia e baixo grau de diferenciação histológica estão associados a pior prognóstico. A sobrevida em 5 anos é de cerca de 30%. Relato de dois casos admitidos no HUAP- UFF em 2014 e 2015: No 1º caso as manifestações foram dor torácica e dispneia. A tomografia de tórax revelou massa mediastinal invadindo tronco braquiocéfálico E, pericárdio e nervos Vago e Frênico E. A conduta cirúrgica foi adotada, obtendo-se ressecção completa (R0). Houve falecimento após um ano de causa não relacionada. No 2º caso as manifestações foram relacionadas à síndrome de Cushing. Observou-se na tomografia grande massa mediastinal invadindo tronco braquiocéfálico D, pericárdio e lobo médio com linfonodomegalia local. Realizada ressecção completa (R0), paciente passou por quimioterapia e radioterapia adjuvantes, tendo sobrevida livre de doença por 3 anos. **Discussão:** Este é o relato de dois casos de tumores neuroendócrinos do Timo que se manifestaram com sintomas clássicos (síndrome de Cushing e efeito de massa). Em ambos a ressecção da massa tumoral foi alcançada em sua totalidade (R0) ainda que houvesse invasão de estruturas adjacentes. Nesse relato faz-se a análise de um dos fatores determinantes

na efetividade do tratamento (sobrevida livre de doença) para que no futuro possam ser estabelecidas condutas no manejo tanto clínico quanto cirúrgico. Destacamos o fator via de acesso cirúrgico, negligenciado por vezes em outros trabalhos ou apenas citado. Acreditamos que este possa ser um dos pontos mais relevantes, considerando-se que a melhor chance de cura no tratamento é a ressecção completa. Consideramos que a terapia deva ser agressiva em casos de doença localmente avançada, com via de acesso ampla, possibilitando melhor visualização não só da massa, mas de toda a cavidade. Desta forma viabiliza-se uma melhor qualidade no procedimento com inventário minucioso sob visualização direta, melhor qualidade na ressecção com menores chances de recidiva local e maior segurança no procedimento. Propomos uma futura revisão bibliográfica a fim de corroborarmos nossos dados e dessa forma consolidarmos também outros parâmetros do manejo desses pacientes.

**Palavras-chave:** Neuroendócrino; timo; tratamento cirúrgico

#### **PO261 FASCIÍTE NECROTIZANTE DESCENDENTE SECUNDÁRIA A TRATAMENTO DE ABSCESSO EM OROFARINGE APÓS TRATAMENTO ODONTOLÓGICO: EXPERIÊNCIA DE UM CASO.**

**LARISSA PIMENTEL GUIMARÃES\***

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOTUPORANGA - UNIFEV, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A infecção do tecido mediastinal é secundária à infecção de estruturas do próprio mediastino ou extensão de infecções de outras localizações que mantém relações anatômicas com ele, como pescoço, coluna, pulmões, pleura ou abdome. Dentro desse conceito as mediastinites agudas são de origem traumática ou são consequência de infecções vizinhas que evoluem por contiguidade. O mediastino possui algumas características que tornam a infecção bastante grave, quando presente. Sua riqueza de tecido celular frouxo e a abundante rede vascular permitem rápida difusão de toxinas. A Mediastinite Necrotizante Descendente (MND) é uma infecção de origem na cabeça ou região cervical que alcança o mediastino. Segundo Estrera et al (1) os critérios para o diagnóstico dessa doença incluem: Manifestação clínica de infecção grave; Demonstração radiológica de achados característicos de mediastinite; Documentação intraoperatória, pós morte ou ambas de mediastinite; Correlação da presença de infecção em orofaringe: Infecção dentária ou abscesso cervical e a mediastinite necrosante. A causa mais comum é a infecção odontogênica. A história natural da MND apresenta alta morbidade e alta mortalidade, 40 a 50%. O atraso no diagnóstico e o tratamento inapropriado (drenagem inadequada) são as causas principais da alta mortalidade, mas com tratamento apropriado, tem-se diminuído significativamente estes índices. **Relato de caso:** R. P. A., masculino, 31 anos, deu entrada na Santa Casa de Votuporanga, via pronto socorro, com quadro de abscesso orofaríngeo secundário a tratamento odontológico. Na ocasião o paciente tinha como queixas principais: desconforto respiratório, febre e queda do estado geral, tinha como antecedente uma extração dentária há 11 dias e um tratamento de abscesso de orofaringe com ceftriaxona há 3 dias. Internado para a clínica médica, evoluiu com uma fasciíte necrotizante descendente, mediastinite aguda e choque séptico em menos de 48 horas. Foi submetido a cervicotomia, toracotomia anterior direita com desbridamento precoce, toracostomia com drenagem fechada a esquerda e irrigação contínua das cavidades pleurais bilateral e antibioticoterapia



de amplo espectro. Evoluiu com quadro de sepse grave e insuficiência respiratória crônica sendo submetido a traqueostomia. Permaneceu por mais de 30 dias na UTI, também evoluindo com desnutrição importante e por mais de 60 dias no hospital. Obteve alta hospitalar sendo encaminhado para fisioterapia respiratória e motora, serviço de nutrição e ambulatório de cirurgia torácica no AME em Votuporanga para descanalização da traqueostomia e posteriormente fechamento da traqueostomia. Atualmente está em acompanhamento anual com a cirurgia torácica no AME de São José do Rio Preto e se encontra em bom estado geral. **Discussão:** O sucesso do tratamento depende do diagnóstico precoce, antibioticoterapia maciça e ampla drenagem das lojas supuradas. A drenagem cervical e do mediastino inferior precoce e agressiva é a chave do tratamento. Várias complicações já foram descritas em decorrência das mediastinites agudas. As mais comuns são decorrentes da história natural da doença, isto é, a sepse grave, choque séptico, insuficiência múltipla de órgãos e sistemas e morte. A Mediastinite Aguda se constitui num dos mais mórbidos processos infecciosos em que desafia o médico em seu diagnóstico precoce e terapêutica agressiva tanto quanto mais grave estiver o doente, baseando-se principalmente na abordagem cirúrgica adequada.

**Palavras-chave:** Mediastinite; infecção odontogênica; abscesso orofaríngeo

#### **PO262 PERFIL CIRÚRGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À TRAQUEOSTOMIA NO SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA**

**ISABELLE TENÓRIO TENÓRIO CAVALCANTE\***; JOSEFA TACIANA DOS SANTOS TENÓRIO; ANA LUÍSA CASTELO BRANCO; CECÍLIA DE SOSA MAIA; NATHÁLIA LIMA SOUSA MEDEIROS; LUANA DE CARVALHO VIANA CORRÊA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL.

**Introdução:** Traqueostomia é uma solução de continuidade entre a traqueia e a superfície corporal que foi descrita em 1546 pelo médico italiano Antonio Musa Brasavola num paciente que sofria de abscesso de garganta; a maioria é realizada de forma eletiva, obedecendo a três indicações básicas: obstrução das vias aéreas superiores, controle de secreções e suporte ventilatório nas falências respiratórias. Tem suma importância na prevenção de estenoses traqueais em pacientes com intubação prolongada. As seguintes vantagens são mencionadas: maior conforto e segurança para o paciente, diminuição da resistência da via aérea, facilitação no desmame, redução na duração da ventilação mecânica e diminuição no período de internação na Unidade de Terapia Intensiva. É classificada em alta quando realizada acima da glândula tireoide, nos dois primeiros anéis traqueais; média ou transistêmica quando realizada através do istmo tireoidiano; baixa quando realizada na altura do terceiro ou quarto anéis traqueais sendo necessário tracionar o istmo para cima; transmembrana cricotireoidiana que é uma cricotireoidostomia feita através da membrana cricotireoidiana; traqueostomia mediastinal anterior que é realizada no mediastino anterior nos casos em que os outros tipos não podem ser feitos; traqueostomia percutânea feita geralmente no primeiro ou segundo anéis traqueais após dilatação através do guia metálico; traqueostomia definitiva com separação laringotraqueal do tipo oclusão supraglótica, glótica e subglótica, indicada para os pacientes com aspiração pulmonar portadores de encefalopatias crônicas. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi traçar o perfil cirúrgico dos pacientes submetidos à traqueostomia no Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande

durante um ano para apontar a principal causa que demandou essa cirurgia. **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo através da análise dos livros de registro da cirurgia torácica abrangendo o período entre Junho de 2015 e Junho de 2016. Foram analisados os perfis cirúrgicos de 225 pacientes traqueostomizados. **Resultados:** A análise de dados dos 225 pacientes estudados mostrou que dentre as diversas causas que culminaram nessa cirurgia, a prevalência está relacionada à intubação prolongada que cursou com 83, 5% dos casos. E as demais causas com maiores frequências foram: estenose traqueal (2, 6%), tumor na região laringea (2, 6%) e acidente vascular cerebral (2, 2%). Houve uma maior prevalência no sexo masculino com 68, 9% dos casos, enquanto o sexo feminino foi responsável por 31, 1% dessa demanda cirúrgica. **Conclusão:** Constatou-se que a intubação prolongada é o perfil cirúrgico mais frequente nos pacientes submetidos à traqueostomia nessa unidade de saúde; esse dado está relacionado com a importância de implementar uma via aérea segura, evitando sequelas graves na traqueia e laringe provocadas pelo tubo. Pois é sabido que a presença de tubos oro ou nasotraqueais em contato direto com as estruturas das vias aéreas por tempo prolongado pode ocasionar lesões graves e permanentes, como ulcerações de mucosa, estenoses e granulomas. Essa cirurgia foi mais prevalente no sexo masculino.

**Palavras-chave:** Traqueostomia; via aérea segura; intubação prolongada

#### **PO263 PREVALÊNCIA DO REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO ÁCIDO NOS PORTADORES DE ESTENOSE TRAQUEAL BENIGNA**

**PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO\*<sup>1</sup>**; ARY NASI<sup>2</sup>; HELIO MINAMOTO<sup>1</sup>; EDNO TALES BIANCHI<sup>2</sup>; SERGIO SZACNOWICZ<sup>2</sup>; RUBENS SALLUM<sup>2</sup>; IVAN CECCONELLO<sup>2</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>1</sup>

1. DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. DISCIPLINA DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Demonstramos em estudo preliminar com 80 pacientes portadores de estenose traqueal benigna, uma elevada incidência de refluxo gastro-esofágico (RGE) com predomínio da exposição ácida no decúbito e RGE supraesofágico nesta população. Para que se sustente a possibilidade do RGE interferir com a evolução das estenoses traqueais, faz-se necessária uma avaliação em amostra mais ampla. **Objetivos:** O presente estudo avaliou a prevalência e características do RGE em um número maior de pacientes portadores de estenoses traqueais benignas. **Métodos:** Estudo transversal incluindo pacientes com estenose traqueal (pós-intubação, idiopática ou recidivada após ressecção prévia). Foram excluídos os pacientes submetidos a cirurgia anti-refluxo, esofagectomia e/ou gastrectomia. Pacientes foram submetidos a esofagomanometria estacionária com cateter de oito canais perfundidos conectada a uma bomba pneumohidráulica e transdutores de pressão (Multiplex II, Alacer Biomédica, Brasil). Foram avaliados posição, extensão e pressões dos esfíncteres esofágico inferior, superior e corpo esofágico. A pHmetria esofágica ambulatorial de 24 horas foi realizada com sonda de duplo canal e gravador digital (AL-3, Alacer Biomédica, Brasil). Dados demográficos foram coletados em todos os pacientes. **Resultados:** Foram incluídos 190 pacientes (118 homens, 72 mulheres, idade média de 41+17 anos). Estenose pós-intubação foi a causa da estenose traqueal em 87 pacientes e 82%

destes pacientes eram traqueostomizados. Sintomas típicos de RGE ocorreram em 40% e a pirose foi o mais frequente (31%). A esofagomanometria revelou hipotonia do esfíncter esofágico inferior (EEI) e, 21, 5% dos pacientes e ¼ destes pacientes apresentavam refluxo supraesofágico à pHmetria. A pHmetria esofágica de 24 horas foi realizada em 179 pacientes e demonstrou RGE patológico em 75 (41, 9%), com predominância de refluxo em posição supina. O refluxo supraesofágico foi detectado em 22% dos pacientes com pHmetria normal (0, 5 episódios/paciente; normal=zero) e em 44% dos pacientes com pHmetria anormal (2 episódios/paciente). **Conclusão:** No presente estudo, os pacientes com estenoses traqueais benignas apresentaram alta prevalência de RGE patológico onde predominam a exposição ao ácido na posição supina e o refluxo supraesofágico. Isto ocorreu concomitantemente à uma baixa incidência de sintomas típicos de RGE, na presença de motilidade esofágica essencialmente normal. O conjunto destes achados sugerem que RGE pode interferir na evolução das estenoses traqueais e necessitam de investigação prospectiva.

**Palavras-chave:** Estenose traqueia; refluxo gastro-esofágico; phmetria de 24 horas

#### **PO264 BIOFILME DOS TUBOS T DE MONTGOMERY NA ESTENOSE TRAQUEAL BENIGNA: RESULTADOS PRELIMINARES E NOVOS CONCEITOS**

**DANIEL FERREIRA LIMA NETO<sup>1</sup>; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO<sup>2</sup>; HELIO MINAMOTO<sup>3</sup>; JOSE PINHATA OTOCH<sup>3</sup>; OSWALDO GOMES JUNIOR<sup>2</sup>; PAOLO MARINHO ANDRADE ZANOTTO<sup>1</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>2</sup>**

1. *LABORATÓRIO DE EVOLUÇÃO MOLECULAR E BIOINFORMÁTICA (ICB2), UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL;* 2. *DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL;* 3. *DISCIPLINA DE TÉCNICA CIRÚRGICA E CIRURGIA EXPERIMENTAL, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** O tubo T de Montgomery T-tube (TTM) é utilizado para manter a perviedade da traqueia nas estenoses. O biofilme formado na superfície interna e externa do TTM pode perpetuar a proliferação bacteriana, viral e fúngica. Esta população polimicrobiana pode mudar conforme fatores locais como pH, umidade e temperatura, causando alterações teciduais locais e interferindo na cicatrização. **Objetivos:** Este estudo preliminar propõe-se a avaliar o conteúdo microbiano de TTM removidos de pacientes com estenoses traqueais benignas para fundamentar novos métodos de revestimento de órteses de silicone no futuro. **Métodos:** Estudo retrospectivo, incluindo pacientes com estenose traqueal benigna em uso de TTM. A troca anual da órtese foi realizada em centro cirúrgico sob anestesia geral ou sedação profunda, usando broncoscopia flexível ou laringoscopia de suspensão para visualização do procedimento. Coletaram-se amostras de 2centímetros da extremidade distal do TTM no momento da sua troca anual. Foram realizadas culturas para aeróbios, anaeróbios e fungos. Os resultados foram comparados ao de uma base de dados pública de RNaseq da traqueia. As sequências foram obtidas do NCBI GenBank, a remoção dos adaptadores e filtragem por qualidade de sequenciamento foi realizada com o software Trim\_galore com paralelização e a montagem das sequências foi realizada com Velvet. Os scaffolds foram cruzados com a base de sequências ribossomais (RDP project) e depois comparadas com uma base de dados de genomas de referência de vírus. Os resultados dos procedimentos foram convertidos para versões html com

o programa Krona para visualização dinâmica. **Resultados:** foram incluídos 23 pacientes (12 masculinos; idade média de 37 anos) portadores de estenose traqueal pós-intubação com TTM por 12 meses em média. As culturas revelaram um predomínio de pseudomonas aeruginosa seguida de crescimento pilimicrobiano e de proteus mirabilis. A comparação com a base de dados metagenômica revelou uma correlação com os resultados das culturas dos TTM analisados. A família Pseudomonadales representou 0. 3% dos resultados cruzados com a base de dados RDP, também foram detectadas 0, 5% de sequências associadas a Enterobacteriaceae mas não foram detectadas sequências para Proteus ou Serratia marcescens. Os vírus mais representativos encontrados foram representados na Figura juntamente com bactérias e fungos. Muitas sequências foram associadas com a família Caudovirales e retrovírus Endogenos. **Conclusão:** O biofilme dos TTM é populado por múltiplos microorganismos. As culturas convencionais subestimam o número de bactérias além de serem restritas para algumas famílias virais, não levando em consideração outras populações que colonizam o local e podem interferir na evolução da estenose. A Metagenômica pode ser uma alternativa para a avaliação destas outras populações microbianas.

**Palavras-chave:** Estenose de traqueia; metagenômica; prótese traqueal

#### **PO265 FUNDOPLICATURA LAPAROSCÓPICA EM PACIENTES COM ESTENOSE TRAQUEAL E REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO**

**EDNO TALES BIANCHI<sup>1</sup>; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO<sup>2</sup>; SERGIO SZACNOWICZ<sup>1</sup>; HELIO MINAMOTO<sup>2</sup>; RUBENS SALLUM<sup>1</sup>; ARY NASI<sup>1</sup>; IVAN CECCONELLO<sup>1</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>2</sup>**

1. *DISCIPLINA DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL;* 2. *DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Demonstramos anteriormente que os pacientes portadores de estenose traqueal benigna possuem alta prevalência de refluxo gastro-esofágico ácido (RGE) caracterizado por um predomínio em posição supina, presença de refluxo supraesofágico e pela baixa incidência de sintomas típicos de RGE nestes pacientes. **Objetivos:** Avaliar o impacto da cirurgia anti-refluxo no controle das estenoses traqueais benignas. **Métodos:** Estudo retrospectivo, transversal. Foram incluídos pacientes portadores de estenoses traqueais benignas recidivantes ou de difícil controle, estenoses subglóticas cuja avaliação funcional esofágica (esofagomanometria e pHmetria de 24 horas de 2 eletrodos) fora realizada independentemente da presença de sintomas clínicos de RGE e cuja pHmetria foi anormal. Foram excluídos os submetidos a cirurgia anti-refluxo, esofagectomia e/ou gastrectomia. O desfecho foi considerado satisfatório quando se obteve sucesso na resolução da estenose traqueal (ressecção, cessação das dilatações/próteses endotraqueais ou traqueostomia). Os resultados foram comparados ao grupo de pacientes com RGE patológico submetidos a tratamento conservador (omeprazol 80mg/dia e medidas comportamentais/ posicionais). **Resultados:** Vinte e dois pacientes (15 masculinos; idade média de 33, 8±13 anos; IMC 23, 8±2; sintomas típicos de RGE em 14 pacientes) foram submetidos a fundoplicatura laparoscópica (Nissen) e 42 foram tratados conservadoramente (29 masculinos; idade média de 46±15 anos; IMC 27, 8±4; sintomas típicos de RGE

em 18 pacientes). Não houve complicações ou mortalidade no grupo de pacientes operados. No grupo submetido a funduplicatura, 16 pacientes foram acompanhados por mais de 1 ano no pós-operatório (mediana=20 meses). Na evolução destes 16 pacientes, 15 (94%) tiveram uma evolução satisfatória (11 foram decanulados e 4 puderam ser submetidos a ressecção traqueal com bons resultados). Um paciente (6%) submetido a ressecção traqueal teve evolução considerada insatisfatória uma vez que o paciente necessitou de endoprótese para manutenção da perviedade da via aérea. No grupo de tratamento conservador (n=42), apenas 11 (26%) puderam ser decanulados e 31 (74%) tiveram uma evolução desfavorável e ainda necessitam de dilatações e próteses para a manutenção da via aérea. O risco relativo para evolução insatisfatória no grupo de tratamento conservador foi 11,8 (CI=6,51-17,09) comparado ao grupo submetido a funduplicatura. **Conclusão:** A funduplicatura foi efetiva nos portadores de estenose traqueal com RGE. O controle da estenose traqueal foi melhor no grupo funduplicatura se comparado ao grupo de tratamento conservador do RGE nesta pequena amostra.

**Palavras-chave:** Estenose de traqueia; refluxo gastroesofágico; cirurgia

#### **PO266 CIRURGIA TORÁCICA VIDEO-ASSISTIDA (CTVA): IMPRESSÕES DOS MEMBROS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA TORÁCICA**

**RICARDO MINGARINI TERRA<sup>1</sup>; THAMARA KAZANTZIS<sup>2</sup>; DARCI RIBEIRO PINTO-FILHO<sup>3</sup>; BENOIT JACQUES BIBAS<sup>4</sup>**

1. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL;  
2. INCOR HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA TORÁCICA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** CTVA (cirurgia torácica video-assistida) é uma técnica bem estabelecida para intervenções pleurais e pulmonares e tem sido amplamente difundida. No Brasil, um país em desenvolvimento, sua implementação é recente e há dúvidas sobre sua viabilidade e sobre como os cirurgiões brasileiros a avaliam. O objetivo principal deste estudo é retratar o cenário brasileiro em relação ao uso de CTVA em ressecções pulmonares anatômicas, analisando as características dos cirurgiões torácicos e do método. Também objetivamos definir quantos cirurgiões fazem uso de CTVA e qual a sua distribuição pelo país, bem como suas percepções sobre a CTVA e as barreiras à sua completa difusão em nosso ambiente. **Material e métodos:** Os membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica (SBCT) foram convidados a participar de uma pesquisa sobre CTVA através de correio eletrônico. Questões sobre aspectos técnicos da CTVA, custos, dificuldades e indicações foram abordadas através de um questionário online utilizando o sistema REDCap™. As identidades dos participantes foram preservadas através de um sistema codificador. **Resultados:** Duzentos e vinte e quatro cirurgiões torácicos responderam à pesquisa, com 219 (97,7%) respostas completas. A idade média dos participantes é 44,2 anos (29-76, DP 10,5) e 93,3% (209) são homens. A maioria dos participantes (153/68,3%) já realizou ao menos uma lobectomia CTVA. Entretanto somente 84 cirurgiões realizam CTVA ao invés de toracotomia em mais de 30% de suas lobectomias. O volume anual de lobectomias influenciou positivamente a chance de se realizar CTVA (OR 1,04; p = 0,004; IC 1,01-1,07), assim como o local onde o cirurgião atua: cidades com mais de um milhão de habitantes aumentam as chances de CTVA (OR 2,58; p = 0,009; IC 1,27-5,24). O volume mediano anual de lobectomias foi 20. Cento e vinte e oito cirurgiões realizam suas atividades

em cidades com mais de um milhão de habitantes. Os participantes apontaram questões financeiras e logísticas como a principal dificuldade para implementação completa da CTVA em nosso país, seguida por falta de programas de treinamento. **Conclusões:** A maioria dos cirurgiões torácicos brasileiros já realizou ao menos uma lobectomia CTVA, mas o procedimento ainda representa uma pequena porcentagem entre todos. Questões financeiras e logísticas foram consideradas como as principais responsáveis pela dificuldade em se implantar plenamente a CTVA em nosso país.

**Palavras-chave:** Lobectomia; videotoracoscopia; cirurgiões

#### **PO267 ANÁLISE DOS MÉTODOS DE ESTADIAMENTO LINFONODAL EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS ELEGÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO**

**RICARDO MINGARINI TERRA<sup>1</sup>; PEDRO NABUCO ARAÚJO<sup>2</sup>; THAMARA KAZANTZIS<sup>3</sup>; TIAGO DA SILVA SANTOS<sup>2</sup>; BENOIT JACQUES BIBAS<sup>2</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>3</sup>**

1. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL;  
2. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. INCOR HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O câncer de pulmão (CP) é responsável no Brasil por aproximadamente 25.000 mortes por ano. A sobrevida média cumulativa total em cinco anos varia entre 7-20%. No entanto, a sobrevida nos estágios iniciais é boa, podendo chegar a 80-90%. Avaliar o estadiamento clínico com TC e PET-CT e o estadiamento invasivo com EBUS nos pacientes inicialmente candidatos à ressecção cirúrgica. **Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo, com análise de prontuário de 401 pacientes com CP não pequenas células inicialmente eleitos para tratamento cirúrgico no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2015. Foram coletados dados de TC de tórax de 389 pacientes, de PET-CT de 277 pacientes e de EBUS de 45 pacientes. Os pacientes foram submetidos a estadiamento mediastinal não-invasivo (TC e/ou PET-CT) e invasivo com EBUS e posterior confirmação patológica por mediastinoscopia e/ou linfadenectomia hilar e mediastinal. **Resultados:** O estadiamento clínico se considerando apenas TC de tórax apresentou sensibilidade de 21,7%, especificidade de 72%, VPN de 72,8%, VPP de 18,6% e acurácia de 60,6%. O estadiamento clínico se considerando apenas o PET-CT apresentou sensibilidade de 43,4%, especificidade de 61%, VPN de 83%, VPP de 19% e acurácia de 57,8%. Já o estadiamento clínico com TC e/ou PET-CT apresentou sensibilidade de 44,8%, especificidade de 66,9%, VPN de 84,2%, VPP de 23,4% e acurácia de 62,8%. O estadiamento invasivo com EBUS apresentou sensibilidade de 35,9%, especificidade de 100%, VPN de 77,5%, VPP de 100% e acurácia de 80% numa população com prevalência de acometimento linfonodal de 21,9%. Dos 245 pacientes com estágio clínico N0, 198 foram verdadeiros negativos e 37 foram falsos negativos. Também avaliamos 128 pacientes estágio N2/3 clínico, sendo 98 falsos positivos (FP) e 30 foram verdadeiros positivos (VP). No caso do estadiamento invasivo com EBUS, tivemos 39 pacientes N0, sendo que 12 foram falsos negativos (FN) e 27 foram verdadeiros negativos (VN). No caso dos N2/3 encontrados no EBUS, tivemos 5 pacientes, sendo 2 VP e 3 FP. **Conclusões:** O estadiamento clínico com TC e/ou PET-CT nos fornecem informações que necessitam ser confirmadas através de estadiamento invasivo, visto que o trabalho mostra uma especificidade e um VPP baixos. Contudo, quando se considera o estadiamento invasivo tanto com EBUS quanto com a mediastinoscopia, a especificidade e o VPP para ambos são de 100%,

mostrando que ambos os métodos são confiáveis para estadiamento pré-operatório de lobectomia pulmonar por câncer de pulmão não pequenas células.

**Palavras-chave:** Câncer de pulmão; estadiamento; ressecção cirúrgica

**PO268 FATORES PREDITORES DE RECIDIVA DE TUMOR FIBROSO DE PLEURA**

**RICARDO MINGARINI TERRA\*<sup>1</sup>; JULIANA MOL TRINDADE<sup>2</sup>; CAROLINA REIS BONIZZIO<sup>3</sup>; ALBERTO DELA VEGA<sup>4</sup>; BENOIT JACQUES BIBAS<sup>4</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>2</sup>**

1. UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL;  
2. INCOR HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O tumor fibroso de pleura é uma neoplasia de tecido mesenquimal, de baixa incidência, benigno, cujo tratamento cirúrgico na maioria das vezes é curativo. Entretanto, 10-20% dos casos apresentam comportamento agressivo, não estando bem estabelecidos na literatura fatores preditores de recorrência ou de doença metastática. O objetivo deste estudo é identificar fatores clínicos e histológicos que possam estar associados à recidiva e malignidade. **Material e métodos:** Estudo de coorte retrospectivo dos casos com diagnóstico de Tumor Fibroso de Pleura submetidos a tratamento cirúrgico no complexo hospitalar da USP, Hospital Santa Paula e Hospital de Mogi das Cruzes, entre os anos de 2004 e 2015. Foram analisados dados clínicos pré-operatórios como a presença de sintomas, informações sobre o tratamento cirúrgico e dados de exame anatomopatológico incluindo imunohistoquímica. Foi feita análise descritiva dos achados e análise estatística através de testes de associação adequados para cada tipo de variável e tendo como desfecho a ocorrência de recidiva. **Resultados:** 38 pacientes foram submetidos a ressecção de tumor fibroso de pleura. Desses 25 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. A média de idade foi de 61, 5 (mínima de 22 e máxima de 90 anos). A maioria (60%) dos pacientes apresentava algum tipo de sintoma, sendo que os mais frequentes foram dispnéia, presente em 17 casos (44%) e dor torácica, visto em 14 pacientes (36%). Os tumores variaram de 3 a 31 cm com média de 15, 4 cm e em 3 casos a ressecção foi bilateral. Foi comprovada recidiva em 8 casos totalizando 21%. A análise univariada mostrou que não houve relação da ocorrência de recidiva com idade, sexo, presença de sintomas, tamanho do tumor, margem de ressecção, lado e tipo de ressecção. Quanto aos marcadores imunohistoquímicos, não houve correlação entre positividade e recidiva. Dos 8 casos de recidiva, 5 foram testados para Ki67 e todos tinham positividade para esse marcador, entretanto ele é pouco específico, sendo indicador de proliferação celular e está presente na maioria dos tumores. **Conclusões:** Os resultados reforçam o conhecimento de que o tumor fibroso de pleura, apesar de se tratar de doença benigna, tem uma importante taxa de malignização. Não identificamos fatores preditores de recidiva entretanto a associação do marcador Ki67 com os casos recorrentes necessita ser melhor investigada.

**Palavras-chave:** Tumor fibroso; pleura; recidiva

**PO269 SOBREVIDA E PREDITORES DE MORTALIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DAS OBSTRUÇÕES NEOPLÁSICAS DE VIAS AÉREAS**

**RICARDO MINGARINI TERRA\*<sup>1</sup>; BENOIT JACQUES BIBAS<sup>2</sup>; HELIO MINAMOTO<sup>3</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>3</sup>**

1. UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL;  
2. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. INCOR HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Obstrução neoplásica das vias aéreas ocorre em 30% das neoplasias pulmonares, e é frequentemente associada à doença avançada. No entanto, o tratamento endoscópico da obstrução pode melhorar a qualidade de vida e sobrevida em pacientes selecionados. O objetivo é avaliar a sobrevida mediana e os preditores de mortalidade em pacientes submetidos a tratamento endoscópico de obstrução das vias aéreas neoplásicas. O objetivo secundário é avaliar a morbidade do procedimento. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. Os dados foram coletados até fevereiro de 2015. Foram incluídos pacientes com obstrução neoplásica da traqueia e brônquios, submetidos a tratamento endoscópico. Os procedimentos foram realizados sob anestesia geral, através de broncoscopia rígida ou laringoscopia de suspensão. Idade, sexo, quimio-radioterapia neoadjuvante, quimio-radioterapia adjuvante, ECOG, ASA, procedimentos de urgência, necessidade de ventilação mecânica, procedimentos de reintervenção, local da obstrução, tipo de stent e tipo histológico foram considerados como preditores de mortalidade. A sobrevida mediana foi analisada pela curva de Kaplan-Meier. Fatores prognósticos de mortalidade foram analisadas por regressão de Cox. **Resultados:** Foram incluídos 42 pacientes (25M/17F), com idade média de 54 + 11 anos, que foram submetidos a 68 procedimentos endoscópicos. Os tipos histológicos mais comuns foram câncer de pulmão (n = 15; 36%), esôfago (n = 11; 26%) e carcinoma adenóide cístico (n = 8; 19%). Vinte e cinco stents foram colocados. A prótese de silicone Y foi a mais comum (n = 14; 56%). Onze por cento dos pacientes necessitaram de traqueostomia. Complicações ocorreram em 37, 5% dos casos; pneumonia (n = 10; 15%) e obstrução da prótese (n = 6; 9%) foram os mais frequentes. A sobrevida mediana foi de 221 dias. A mortalidade em 30 dias foi de 14%, e mortalidade global de 40%. Os preditores de mortalidade na regressão de Cox foram re-intervenção (HR 5, 9; p < 0, 001; IC95% 2: 25-15: 45), ventilação mecânica antes do procedimento (HR 07: 38; p = 0, 015; IC95%: 1. 46- 37) e tipo histológico do tumor (HR: 0, 23; p < 0, 001; IC95% 0, 11-0, 47). Indivíduos com câncer de esôfago teve uma sobrevida mediana significativamente menor, quando comparado aos de pulmão e carcinoma adenóide cístico (94 vs 166 vs 346 dias; p = 0, 002). **Conclusões:** A morbidade e mortalidade dos pacientes submetidos a tratamento endoscópico de obstrução das vias aéreas neoplásica não é desprezível. Procedimentos de reintervenção, ventilação mecânica antes do tratamento e o tipo histológico foram preditores significativos de mortalidade.

**Palavras-chave:** Neoplasia pulmonares; obstrução; tratamento endoscópico

**PO270 ANÁLISE RETROSPECTIVA DO TRATAMENTO CLÍNICO-CIRÚRGICO DO MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO (MPM)**

**RICARDO MINGARINI TERRA\*<sup>1</sup>; BENOIT JACQUES BIBAS<sup>2</sup>; PRISCILA BERENICE DA COSTA<sup>3</sup>; MAURO FEDERICO TAMAGNO<sup>3</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>3</sup>**

1. UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL;  
2. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. INCOR HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O mesotelioma pleural maligno (MPM) é a principal neoplasia maligna primária da pleura. Possui padrão altamente agressivo devido ao seu crescimento

rápido e extenso e sobrevida muito baixa (em média de 6 a 8 meses). Está diretamente relacionado à exposição ao asbesto e com isso, uma alta incidência da doença está prevista para os próximos anos. O objetivo deste estudo é analisar a demografia dos pacientes com MPM e descrever as taxas de sobrevida global do tratamento cirúrgico-clínico. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo com análise de prontuários de pacientes diagnosticados com MPM de novembro de 1999 a novembro de 2015 e tratados em um hospital público e de referência. Os desfechos principais deste estudo são os aspectos demográficos, o tipo de tratamento instituído/realizado e a sobrevida. Estimativa de Kaplan-Meier foi utilizada para análise de sobrevida. **Resultados:** 74 pacientes incluídos, sendo 60 homens e 14 mulheres com média de idade de 60 anos. 36 pacientes eram fumantes (13 tabagistas ativos e 23 ex-fumantes) e 28 pacientes tiveram exposição ao asbesto. A biópsia foi realizada por agulha de Cope em 34 (51, 5%) pacientes, 24 (36, 3%) por pleuroscopia e 8 por biópsia aberta em (12, 1%). O tipo histológico mais presente foi o epitelioide em 59 (79, 3%) pacientes. 20 (34, 5%) dos pacientes apresentaram estadió clínico 3 e 17 (29, 3%) estadió clínico 4. 31 (41, 9%) pacientes realizaram cirurgia com intenção curativa, foram 28 pleuropneumonectomias, 3 decorticções decorticções/ pleurectomia. Destes, 19 (61, 3%) apresentaram complicações no pós-operatório. A mediana da sobrevida global foi de 10, 5 meses. A figura ilustra as curvas de sobrevida dos pacientes submetidos ao tratamento clínico e cirúrgico. Curvas de sobrevida de Kaplan-Meier dos pacientes submetidos a tratamento clínico e cirúrgico, n = 68. **Conclusões:** O diagnóstico dos pacientes com mesotelioma é tardio, chegando ao serviço de saúde com estadios avançados. A sobrevida dos pacientes, tanto submetidos a tratamento clínico quanto cirúrgico ainda é muito baixa, além disso, a cirurgia está associada a alta morbidade.

**Palavras-chave:** Mesotelioma; pleura; neoplasia

#### **PO271 INFLUÊNCIA DO GÊNERO E HISTÓRIA DE TABAGISMO EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA COM CÂNCER DE PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS**

**RICARDO MINGARINI TERRA<sup>1</sup>; LETÍCIA LEONE LAURICELLA<sup>2</sup>; PRISCILA BERENICE DA COSTA<sup>3</sup>; FERNANDO CONRADO ABRÃO<sup>4</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>5</sup>**

1. UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL;  
2. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. INCOR HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4. HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O tabagismo é o principal fator de risco para câncer de pulmão, mas não se sabe se este risco é igual entre homens e mulheres. O objetivo do estudo é analisar a influência do gênero e exposição ao tabaco em uma população brasileira que foi submetida à cirurgia para câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC). **Material e métodos:** A população do estudo foi derivada do Registro Paulista de Câncer de Pulmão (RCP) que foi iniciado em 2014 e inclui paciente com CPNPC que foram submetidos à cirurgia com intenção curativa. **Resultados:** Dados de 423 pacientes foram obtidos a partir do RCP sendo, 12 casos excluídos por informações incompletas. Dos 411 pacientes analisados, 211 (51%) eram mulheres. A média de idade foi 60, 9 (± 13, 9) entre as mulheres e 65, 1 (± 11, 6) entre os homens. As ressecções realizadas foram lobectomia em 324 (80%) casos, pneumonectomia em 26 (6%), bilobectomia em 18(4%), segmentectomia em 20 (5%) e ressecção em cunha em 11 (3%). Houve mais mulheres não tabagistas do que homens (tabela). Os homens fumaram por período

mais longo e tiveram maior carga tabágica. A prevalência de carcinoma espinocelular foi significativamente mais alta entre os homens (p = 0, 008), enquanto adenocarcinoma e tumores carcinóides foram mais prevalentes entre as mulheres (p = 0, 008). No entanto, quando estratificados por tabagismo, a diferença de tipo histológico entre os gêneros desaparece. CPNPC em estágios iniciais foi mais frequente entre as mulheres (p = 0, 04). Na análise multivariada o gênero feminino foi um fator independente para CPNPC em estágios iniciais (OR = 0, 4-1, 01; p = 0, 05), mas não houve influência da idade, história de tabagismo e tipo histológico. Quando estratificado por tipo histológico, idade mais jovem foi um fator de risco independente para carcinoma espinocelular localmente avançado. **Conclusões:** Nesta população, houve maior prevalência de mulheres do que homens operados para CPNPC e as mulheres apresentaram estágios mais iniciais. Também encontramos grande diferença na história de exposição ao tabaco entre os gêneros, o que pode explicar as diferenças observadas no perfil de tipos histológicos.

**Palavras-chave:** Câncer de pulmão; registro paulista de câncer de pulmão; não pequenas células

#### **PO272 CIRURGIA TORÁCICA ROBÓTICA: SITUAÇÃO ATUAL NO BRASIL**

**RICARDO MINGARINI TERRA<sup>1</sup>; JOSÉ RIBAS MILANEZ<sup>2</sup>; PEDRO NABUCO ARAÚJO<sup>3</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>2</sup>**

1. UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL;  
2. INCOR HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A cirurgia torácica robótica vem ganhando muito espaço no cenário internacional recentemente. Todavia, por necessitar de grande investimento de capital financeiro e humano (treinamento), sua introdução nos países latino-americanos tem sido lenta. Compreender os resultados iniciais desta técnica em nosso meio é importante para desenharmos um programa de implantação da robótica em maior escala. Portanto, o objetivo deste trabalho é analisar situação atual e resultados da cirurgia robótica no Brasil. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo incluindo pacientes submetidos a cirurgia torácica robótica no Brasil. Desde a primeira cirurgia realizada em 2010, três instituições incluíram a cirurgia torácica em seu programa de robótica. Os cirurgiões destas instituições contribuíram com todos os seus casos. Apenas pacientes submetidos a cirurgia pulmonar ou mediastinal foram incluídos, casos de cirurgia esofágica foram excluídos desta série. **Resultados:** Desde 2010, 57 pacientes foram submetidos a cirurgia torácica robótica no Brasil, sendo 31 destes em 2015. A idade média dos pacientes era 57, 8 anos e 31 (54, 4%) eram homens. Os procedimentos realizados foram 37 ressecções pulmonares (36 lobectomias e 1 bilobectomia) e 20 cirurgias mediastinais (14 ressecções de tumores de mediastino anterior, 1 timectomia por miastenia, 1 linfadenectomia mediastinal e 4 ressecções de tumores de mediastino posterior). Dois pacientes sofreram complicações intra-operatórias significativas (sangramento), sendo que em 1 deles foi necessária a conversão para procedimento aberto. O tempo operatório mediano foi de 5 horas. Não houve mortalidade nesta série e as complicações observadas foram: fistula aérea prolongada (2), dor intensa (1), pneumonia (1) e insuficiência renal (1). A mediana de internação hospitalar foi de 3 dias. **Conclusões:** Embora a cirurgia robótica esteja em sua fase inicial no Brasil, o método se associou a bons resultados em casos selecionados. Mais experiência com a técnica é necessária para diminuir o tempo operatório e aumentar a complexidade dos casos operados.

**Palavras-chave:** Cirurgia robótica; lobectomia; fístula

**PO273 RELATO DO CASO DE PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO PULMONAR EM PACIENTE HIV POSITIVO**

**IVAN SALGADO DE AZEVEDO\*<sup>1</sup>; RICARDO SALGADO DE AZEVEDO<sup>2</sup>; JOÃO HENRIQUE QUEIROZ PRATA<sup>2</sup>; ARTUR SALGADO DE AZEVEDO<sup>2</sup>; RICARDO MADEIRA COELHO DE AZEVEDO<sup>1</sup>**

**1. HOSPITAL DOUTOR BEDA, CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ, BRASIL.**

O pseudotumor inflamatório ou tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) é uma entidade benigna composta por tecidos fibróticos, miofibroblastos e proliferação de células inflamatórias de etiologia desconhecida. Raramente observado em adultos, constitui menos de 1% dos tumores nessa faixa etária. O TMI pode ser dividido em três tipos histológicos: pneumonia em organização, padrão linfocitocítico ou fibrohistiocítico. Descrevemos um caso de um paciente, masculino, 40 anos, HIV positivo com abandono do tratamento, com múltiplas internações para tratamento de pneumonia, refratária a tratamento antibiótico. Reinternou com quadro de tosse, dispnéia e dor torácica. Exames laboratoriais revelaram anemia discreta. Tomografia computadorizada de tórax: massa pulmonar em lobo superior esquerdo com invasão de pericárdio e de parede torácica. Submetido a broncoscopia cujo resultado foi inconclusivo. Posteriormente foi submetido a uma biópsia por agulha fina, que revelou infiltrado inflamatório, também inconclusiva. Optou-se por vídeotoracoscopia com três portais. Lobectomia superior esquerda com ressecção em “gaiola” da parede torácica e pericardiectomia (ressecção em bloco). Reconstrução pericárdica realizada com pericárdio bovino. Estudo anátomopatológico revelou processo inflamatório misto, inespecífico, com formação de abscesso, e fibrose intersticial com aspecto de pneumonia em organização. Pesquisa por micro-organismos por técnica de Ziehl-Neelsen negativa. Alta hospitalar lúcida, assintomático após 72 horas. Em 1 mês é reinternado revelando cansaço aos pequenos esforços e queda do estado geral. A tomografia revelou uma coleção intrapleural esquerda compatível com coágulo intratorácico. Submetido a descorticação por vídeo com drenagem em selo d’Água. Teve alta em após 17 dias de antibioticoterapia venosa. Reinternado após 15 dias com descompensação de quadro de neurotoxoplasmose vindo a falecer em 2 meses. O TMI é uma doença rara em adultos e pode simular malignidade. Sua incidência literária se torna ainda menor quando em associação a pacientes HIV positivos, tornando extremamente relevante este relato de caso. Isto nos chama atenção para a inclusão deste tumor como diagnóstico diferencial das lesões sólidas escavadas nesses pacientes.

**Palavras-chave:** Pseudotumor; inflamatório; hiv

**PO274 RELATO DE CASO DE TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO EM CRIANÇA DE 6 ANOS**

**IVAN SALGADO DE AZEVEDO\*<sup>1</sup>; RICARDO SALGADO DE AZEVEDO<sup>2</sup>; ARTUR SALGADO DE AZEVEDO<sup>2</sup>; JOÃO HENRIQUE QUEIROZ PRATA<sup>2</sup>; RICARDO MADEIRA COELHO DE AZEVEDO<sup>1</sup>**

**1. HOSPITAL DOUTOR BEDA, CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ, BRASIL.**

O tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) é uma rara morbidade que ocorre mais comumente no pulmão. Apresenta-se na maior parte dos casos como nódulo pulmonar solitário, mas também pode se apresentar com invasão local. Ainda é incerto se essas lesões representam um processo inflamatório primário ou neoplasia de baixo

grau com grande resposta inflamatória. Será descrito o caso de uma menina 6 anos com quadro de perda ponderal de 3 quilogramas em 3 meses, associada a tosse seca, procurou pronto socorro onde foi realizada radiografia de tórax, que evidenciou hipotransparência em terço superior do hemitórax direito. Sem relato de comorbidades, cirurgias prévias ou alergias. Histórico familiar negativo para neoplasias. Encaminhada ao serviço de cirurgia torácica para investigação diagnóstica. Ao exame físico a paciente apresentava-se emagrecida, pesando 19 quilogramas, negava dor ou dispnéia, saturando 97% em ar ambiente, eucárdica e hipocorada ++/4+. Ausculta do aparelho respiratório evidenciava murmúrio vesicular abolido em terço superior do hemitórax direito, sem ruídos adventícios. Exames laboratoriais evidenciaram anemia discreta (normocrômica e normocítica). Foram solicitadas dosagem de alfafetoproteína, beta hCG e hormônios tireoidianos, que apresentavam-se dentro do valor de normalidade. Para melhor investigação foi realizada uma tomografia computadorizada de tórax, que evidenciou volumosa massa heterogênea em lobo superior direito com áreas de necrose, calcificação e eixo maior de aproximadamente 11 centímetros. No seguimento foi realizada toracoscopia com ótica de 3mm, onde foi visualizada uma lesão expansiva que ocupava os segmentos superior e posterior, associado à aderência pleuropulmonar em ápice direito. Os outros segmentos e lobos estavam saudáveis. Não havia derrame pleural. Procedeu-se com biópsia da lesão sob visão direta com agulha de true-cut. A congelação contemporânea revelou tratar-se de um tumor bifásico raro e excluiu os diagnósticos de linfoma, sarcoma e tumores da linhagem germinativa. Após duas semanas a paciente foi submetida a lobectomia pulmonar superior direita com abordagem extrapleural e linfadenectomia mediastinal radical. Com 48 horas a paciente recebeu alta hospitalar com analgesia. O diagnóstico anátomopatológico foi de TMI de pulmão, com margens cirúrgicas e linfonodos livres. Na consulta de acompanhamento após 30 dias do procedimento a paciente apresentou-se assintomática com ganho ponderal de 3 quilogramas. O TMI é uma entidade benigna rara das neoplasias primárias de pulmão com o curso bastante heterogêneo e comportamento imprevisível. A apresentação clínica e radiológica é bastante variável e o diagnóstico raramente é feito antes do manejo cirúrgico. Somente o estudo histológico e imuno-histoquímico podem confirmá-lo. Apesar de lesão benigna, seu potencial de recorrência e invasão requerem a ressecção cirúrgica completa.

**Palavras-chave:** Tumor; miofibroblástico; criança

**PO275 PERFIL CIRÚRGICO DA DRENAGEM PLEURAL FECHADA REALIZADA NO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE NO PERÍODO DE UM ANO**

**ERON MACIEL JERÔNIMO<sup>2</sup>; ANA LUÍSA CASTELO BRANCO; NATHÁLIA LIMA SOUSA MEDEIROS; CECÍLIA DE SOSA MAIA; ISABELLE TENÓRIO TENÓRIO CAVALCANTE FCM-CG, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL.**

**Introdução:** Drenagem pleural fechada é um procedimento cirúrgico largamente empregado na prática médica que permite a manutenção ou restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural, que é de -4 cm de H<sub>2</sub>O na expiração e vai a -8 cm de H<sub>2</sub>O na inspiração, em situações eletivas e de emergência. Um sistema de drenagem é composto por: dreno de tórax, conexões intermediárias e extensões e frasco selo de água, o qual promove uma aspiração que anula a pressão atmosférica e produz pressão negativa no frasco facilitando a drenagem; o dreno mais utilizado é o tubular, inclusive nos casos de

pneumotórax traumáticos, visto que traumas predispoem ao aparecimento de hemotórax subsequente. O espaço pleural é um espaço virtual em condições normais, e será indicada essa cirurgia quando o mesmo estiver ocupado por líquido, ar ou ambos. Não são todos os líquidos que devem ser drenados, assim como, o volume do líquido não é indicador obrigatório. Nos casos de coleção purulenta e sangue no espaço pleural, que ocupam maior parte das indicações, é necessária a realização desse procedimento. O ar pode acumular-se de maneira espontânea ou traumática, devendo ser drenado também. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo o de pontuar as principais causas requerentes de drenagem torácica fechada realizadas no Hospital de Trauma de Campina Grande no período de um ano. **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo por meio da análise dos livros de registro da cirurgia torácica, compreendendo o período de junho de 2015 a junho de 2016, interessando o sexo do paciente, a drenagem pleural como procedimento cirúrgico e suas causas. **Resultados:** No presente estudo, foram realizadas 308 drenagens pleurais fechadas, constituindo-se em 30, 98% do total de procedimentos cirúrgicos executados no período de um ano. Dentre as diversas causas, a de maior ocorrência foi o pneumotórax (19, 80%), seguido por ferimentos por arma de fogo (19, 48%) e ferimentos por arma branca (15%). Ademais, os pacientes que apresentaram hemotórax (12, 46%), empiema pleural (9, 26%) e hemopneumotórax (8, 26%) também foram submetidos à drenagem pleural fechada. Com relação ao sexo, houve a prevalência total (100%) do sexo masculino. **Conclusão:** Constatou-se que o pneumotórax foi a principal causa de drenagem pleural, o que se justifica pelo fato de que pacientes submetidos à pressão positiva, a drenagem é sempre obrigatória, pois os riscos de desenvolvimento de um pneumotórax hipertensivo não justificam em hipótese nenhuma a conduta conservadora. Como segunda causa, observou-se ferimento por arma de fogo, subsequentemente, por arma branca, o que está relacionado ao fato de que ferimentos dessa natureza têm como alvo principal as regiões abdominal e torácica, e havendo injúria em região torácica a probabilidade de ocasionar um pneumotórax, hemotórax ou um hemopneumotórax é alta. Hemotórax e empiema apresentam-se em uma menor porcentagem devido ao tipo de conduta a ser tomada, podendo ser conservadora ou invasiva, esta podendo ser também através de cirurgia videotoracoscópica. A estatística de que a totalidade dos pacientes era do sexo masculino, pode ser utilizada para fins educacionais e de conscientização voltados principalmente a este público.

**Palavras-chave:** Drenagem pleural; perfil cirúrgico; cirurgia torácica

#### **PO276 LINFANGIOMA CÍSTICO MEDIASTINAL EM ADULTO: UM RELATO DE CASO**

**JOYCE ALMEIDA SÁ DE MORAES\*;** VANESSA SARMENTO PEDROSA; CINTHIA MARIA CIBELLE DE LIMA SOUZA; FELIPE SARMENTO PIRES; DAYANNE DOS SANTOS RIBEIRO; CARLOS ALBERTO ALMEIDA ARAÚJO; SERVULO AZEVEDO DIAS JUNIOR  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL.

**Introdução:** Linfangioma cístico é um tumor benigno, raro e de bom prognóstico, com maior prevalência no nascimento ou no início da vida. Apresenta-se em sua maioria, no pescoço (75%) e na região axilar (20%); apenas 1% tem localização mediastinal. A doença é assintomática até atingir grandes dimensões, quando comprime estruturas adjacentes ou é alvo de infecção secundária. O diagnóstico

é pela detecção de uma lesão cística na radiografia ou tomografia computadorizada de tórax, o definitivo é através do anatomopatológico da peça cirúrgica. O tratamento recomendado é a ressecção cirúrgica completa. A cirurgia está indicada no momento do diagnóstico, visto que o crescimento e a infiltração da lesão em tecidos adjacentes dificulta a sua exérese. **Discussão do caso:** O presente relato trata-se de uma paciente do sexo feminino, 44 anos, solteira, natural de Uirauna (PB), assistente administrativa, sem histórico de tabagismo e etilismo, sedentária, apresentando como comorbidades escleroderma cutânea e hérnia hiatal corrigida. Histórico de linfangioma cístico no pescoço ao nascimento, estendendo -se para região axilar aos cinco meses de idade. Realizou cirurgia para retirada do linfangioma axilar aos seis meses de vida e, posteriormente, aos dois anos de idade, fez cirurgia para retirada do linfangioma cervical, seguida de radioterapia. Após a cirurgia na região cervical, evoluiu com linfedema em MSD que persiste até o presente momento, sem queixas associadas por cerca de 40 anos. Há quatro anos, apresentou tosse improdutivo, sem outros achados sugestivos de infecção da via aérea. Durante a investigação da tosse, com a hipótese de pneumonia, a paciente foi internada e observou-se uma leucocitose importante, a radiografia de tórax não corroborou com a hipótese. Dessa forma, solicitou-se uma ressonância magnética (RM) que evidenciou imagem sugestiva de linfangioma cístico medindo 12, 6 x 6, 5 x 4, 4 cm localizado em região paravertebral direita, iniciando-se na transição cérico - torácica e progredindo até o hilo pulmonar direito, ocupando os compartimentos anterior, posterior e médio do mediastino, em contato anatômico com a traqueia e o seguimento ascendente da aorta torácica, sem infiltrar essas estruturas. A RM evidenciou linfangiomas em região infraclavicular e axilar direita. Além disso, a paciente apresenta um linfangioma situado no baço, descoberto como achado em uma investigação de lombalgia através de USG e tomografia abdominal. **Conclusão:** O linfangioma cístico mediastinal é uma lesão rara, que embora benigna pode atingir grandes dimensões e assim causar sintomas diversos a depender das estruturas que serão comprimidas durante o seu crescimento, portanto, o conhecimento da sua natureza e do seu comportamento ao longo do tempo são de fundamental importância para a condução dos casos.

**Palavras-chave:** Linfangioma cístico; adulto; mediastino

#### **PO277 ANÁLISE DA INCIDÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA DOS PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA SECUNDÁRIOS À FERIMENTOS POR ARMAS DE FOGO E ARMAS BRANCA EM HOSPITAL DE URGÊNCIA E TRAUMA** **ERON MACIEL JERÔNIMO\*;** ANA LUÍSA CASTELO BRANCO; ERIKA JOCELLY MARQUES PEREIRA; NATHÁLIA LIMA SOUSA MEDEIROS; TATIANE BEZERRA DOS SANTOS; PALOMA JANAINA GOMES RAMOS ROLIM FCM-CG, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL.

**Introdução:** A violência no Brasil é expressa através de indicadores epidemiológicos e criminais a partir de eventos letais e não letais, se apresentando em curva de crescimento ascendente e elevando os indicadores de morbimortalidade por causas externas, das quais predominam os ferimentos por arma de fogo e arma branca. Segundo o último Mapa da Violência, o Brasil apresentou uma taxa de 21, 9 mortes a cada 100. 000 habitantes, enquanto Campina Grande apresentou uma taxa média ainda maior, cerca de 44, 8 óbitos por 100. 000 habitantes. **Objetivos:** Diante dos altos índices de morbimortalidade por agressão através de armas de fogo e por artefatos cortantes e/ou perfurantes e seu impacto na sociedade, este trabalho teve como objetivo

avaliar a incidência e epidemiologia dos procedimentos da cirurgia torácica secundários aos ferimentos por arma de fogo e arma branca, em um hospital de urgência e trauma no período de um ano. **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo por meio da análise dos livros de registros da cirurgia torácica no Hospital de Urgência e Trauma de Campina Grande, compreendendo o período de junho de 2015 a junho de 2016, interessando os procedimentos da cirurgia torácica secundários aos ferimentos por arma de fogo e arma branca e o sexo destes pacientes. **Resultados:** Ao longo do período de estudo foram atendidos 828 pacientes pelo Serviço de Cirurgia Torácica e Broncoscopia no Hospital de Urgência e Trauma de Campina Grande, totalizando 994 procedimentos cirúrgicos. Dentre os 962 agentes causais, os ferimentos por arma de fogo representaram 7, 58% e os ferimentos por arma branca 6, 44%. 92 procedimentos cirúrgicos foram secundários aos ferimentos por arma de fogo, sendo a drenagem pleural fechada a de maior ocorrência (71, 74%), seguida pela toracotomia exploradora (10, 87%). Outros procedimentos representaram 14, 13%. Das ocorrências de ferimentos por arma de fogo os pacientes do sexo masculino totalizaram 91, 78%, enquanto que pacientes do sexo feminino representaram 8, 22%. Já os ferimentos por arma branca determinaram 75 procedimentos cirúrgicos, sendo o de maior ocorrência a drenagem pleural fechada (66, 7%), seguida pela toracotomia exploradora (6, 67%) e pela cervicotomia exploradora (4, 11%). Outros procedimentos totalizaram 22, 52%. Do total de vítimas de ferimentos por arma branca o sexo masculino totalizou 90, 32%, enquanto o sexo feminino representou 9, 68%. **Conclusão:** As cirurgias torácicas secundárias aos ferimentos por arma de fogo foram prevalentes em homens, em uma proporção de onze homens para uma mulher. Com resultados semelhantes, as cirurgias torácicas secundárias aos ferimentos por arma branca também foram prevalentes em homens, em uma proporção de nove homens para uma mulher. As cirurgias mais realizadas em ambos os casos foram a drenagem pleural fechada e a toracotomia exploradora. A prevalência de drenagem pleural fechada em pacientes do sexo masculino é resultado da grande violência urbana predominante nesta população. Sabe-se que a violência também está intimamente interligada aos indicadores socioeconômicos baixos e que grande parte dos acidentes e agressões são evitáveis mediante ações promocionais em saúde, tanto educativas como preventivas. As informações obtidas auxiliam na organização hospitalar desta unidade, colaborando na criação de metas de atendimento e implementação de medidas preventivas, bem como na economia de tempo nos atendimentos e de custos hospitalares.

**Palavras-chave:** Ferimentos tórax; incidência; cirurgia torácica

**PO278** FATORES ASSOCIADOS A COMPLICAÇÕES NOS PACIENTES LEVADOS A CIRURGIA PELO TRAUMA PENETRANTE AO TÓRAX NUM HOSPITAL DE TERCEIRO NÍVEL ENTRE JUNHO DE 2015 AO JUNHO DE 2016.

**WILLIAM EZEQUIEL VERGARA RUEDA\***; **KELLY JOHANA SANCHEZ ROBOYO**; **RUBEN FERNANDO REYES NEIRA**  
*HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLÔMBIA.*

**Introdução:** o trauma originado nos fatos civis e militares representa uma grave carga social ao nível mundial, pelo que hoje em dia é reconhecido como problema de saúde pública pela OMS. Suas características epidemiológicas estão condicionadas pelas variadas variáveis socioeconômicas,

particularmente o nível de desenvolvimento da sociedade e a presença dos conflitos armados. Na Colômbia, o trauma constitui a segunda causa de morte depois das doenças cardiovasculares. Pesquisas anteriores evidenciam que um dos segmentos corporais mais frequentemente comprometidos num trauma é o tórax, apresentando uma mortalidade dependendo do mecanismo da lesão pode ser de 4-7%. **Objetivo:** Determinar os fatores de risco associados a complicações nos pacientes levados a cirurgia por trauma penetrante ao tórax num Hospital de terceiro nível de Bucaramanga, Colômbia. **Métodos:** pesquisa de tipo coorte retrospectiva. Tamanho da mostra para um poder de 80% e uma significância de 95% um total de 200 pacientes. Captaram-se 205 sujeitos e foi feita análise descritivo e bivariado. **Resultados:** ingressaram-se num total de 205 pacientes, dos quais o 93, 66% eram de sexo masculino. A idade média de apresentação das lesões foi de 28, 66 anos. O signo radiológico mais prevalente foi o hemo-pneumotórax com um (30, 05%), seguido do pneumotórax 28, 42%, hemotórax 25, 68% y hematoma subpulmonar num 1, 64% dos pacientes. Um aspeto importante documentado na seguinte pesquisa foi à taxa de re-intervenção encontrando-se num 19, 02% dos casos, sendo a causa mais frequente o hemotórax coagulado num 61, 53% dos pacientes. A análise bivariada encontraram-se cinco variáveis independentes com significância estatística com  $P < 0, 05$  que se associaram como fator de risco para apresentar complicações, entre as quais esta o hemotórax encontrado cirurgicamente, abordagem pela toracotomia anterolateral, tempo cirúrgico maior a os 30 minutos, a necessidade de transfusão de hemoderivados no momento da cirurgia e a apresentação de lesões nas outras localizações diferentes ao tórax. **Conclusão:** a atual pesquisa encontrou resultados similares a os descritos na literatura. Cabe ressaltar como resultado principal a alta taxa de re-intervenção e os fatores conhecidos como desencadeantes das complicações mencionadas como são o alto grau de severidade do trauma, hemotórax de grande quantidade, o tempo prolongado desde o momento do trauma até o procedimento cirúrgico e além a necessidade de hemoderivados e lesões em outras localizações o qual sugere trauma maior e pelo conseguinte requerimento de cirurgia de controle de danos.

**Palavras-chave:** trauma penetrante ao tórax; hemotórax; pneumotórax

**PO279** SÍNDROME DE GORHAM-STOUT COM QUILOTÓRAX: UM RELATO DE CASO.

**DAYANNE DOS SANTOS RIBEIRO\***; **CARLOS ALBERTO ALMEIDA ARAÚJO**; **ANDREZA SABOIA DANTAS**; **BEATRIZ AGUIAR DA SILVA CARVALHO**; **EDIMIR CARDOSO JALES FILHO**; **VANESSA SARMENTO PEDROSA**; **IGOR OLIVEIRA DE CARVALHO**; **JÉSSICA ALVES DA SILVA**  
*UFFRN, NATAL, RN, BRASIL.*

**Introdução:** A síndrome de Gorham-Stout é uma malformação vascular e linfática rara, de etiologia desconhecida, que tipicamente acomete os ossos e pode levar a osteólise. A apresentação clínica depende das estruturas comprometidas pela doença que, geralmente, afeta ossos do tórax, baço, ombro, pelve e crânio. O prognóstico é muito variável: de uma mínima disfunção à morte – decorrente do acometimento de estruturas vitais, como a coluna vertebral e caixa torácica. Ainda não há um tratamento padrão-ouro, mas radioterapia, escleroterapia, medicamentos inibidores de osteoclastos e imunoterapia já foram descritos na literatura, com diferentes resultados.

**Relato de caso:** Criança, sexo masculino, 5 anos de



idade, admitida com quadro de dor em região torácica baixa e lombar à esquerda, há uma semana, apresentando hemotórax ipsilateral. Na história pregressa, há relato de pequeno trauma em região torácica baixa, cerca de oito meses antes do início dos sintomas. Tomografia mostrou lesões osteolíticas em costelas e esterno e litíase biliar. O hemotórax tornou-se bilateral cerca de um mês após. Alguns dias em seguida, houve mudança no aspecto do líquido drenado pelo tórax, assumindo aspecto leitoso, de quilotórax. Optou-se por ligação do ducto torácico à direita, sem diminuição dos débitos após procedimento. Rediscutido o caso, chegou-se ao diagnóstico de Síndrome de Gorham-Stout, 77 dias após o início dos sintomas, baseado nos seguintes achados: (1) presença de quilotórax espontâneo bilateral, precedido de hemotórax espontâneo à esquerda; (2) lesões líticas em costelas e esterno; (3) ausência de resposta à ligadura do ducto torácico à direita; (4) litíase biliar; (5) história de trauma em região torácica baixa. Prontamente iniciou-se o tratamento com nutrição parenteral total com triglicerídeos de cadeia média como única fonte de lipídeos, octreotida 0,08 mcg/kg/dia, interferon-alfa 2B 3.000.000 UI, uma vez ao dia e sirolimus 1 mg, duas vezes ao dia. Uma semana após início do tratamento, o paciente apresentou melhora clínica e foi optado por retirar os drenos torácicos. Após 42 dias do início da terapia combinada, o paciente recebeu alta hospitalar, com melhora clínica, ausência de dispneia e de dores. **Conclusão:** A Síndrome de Gorham-Stout é uma doença rara, de difícil diagnóstico e de etiologia ainda desconhecida. No entanto, Gorham percebeu uma associação entre história pregressa de pequeno trauma e a ocorrência da doença, o que foi descrito em outros relatos de caso, assim como nesse apresentado. O quilotórax é uma complicação incomum, mas perigosa da doença, estando associado a um pior prognóstico. Ainda não há um tratamento padrão-ouro para a Síndrome de Gorham-Stout, no caso, foi optado pela terapêutica com nutrição parenteral total, octreotida, interferon-alfa 2B e sirolimus, obtendo boa resposta clínica.

**Palavras-chave:** Síndrome de gorham-stout; osteólise maciça; quilotórax

#### **PO280 RELATO DE CASO: LACERAÇÃO DE TRAQUEIA COM TRATAMENTO CONSERVADOR**

**LUIZA BRUM BORGES<sup>1</sup>; NILTON HAERTEL GOMES<sup>2</sup>; BRUNO DE MORAES GOMES<sup>3</sup>; JULIANA DA CUNHA ROCHA<sup>4</sup>; ANDERSON CASALI DE FREITAS<sup>5</sup>; CRISTIANO FERRARI<sup>6</sup>; FERNANDO PACHECO DOS SANTOS FERREIRA DA SILVA<sup>7</sup>; VANESSA ALBANO BARCELLOS UFPPEL, PELOTAS, RS, BRASIL.**

**Introdução:** A laceração de traqueia é uma moléstia rara que se apresenta de 3 formas. Aproximadamente 75% é decorrência de trauma aberto e geralmente com diagnóstico precoce, sendo a lesão penetrante a mais frequente. Os outros 25% dividem-se em trauma fechado e de origem iatrogênica. O primeiro é ocasionado geralmente em movimentos de desaceleração, como em acidentes automobilísticos, que costuma ter o intervalo entre o dano e a identificação aumentado, e o segundo, a mais rara de todas as causas, tem por este motivo, sua identificação comumente tardia, como na intubação orotraqueal. Em um estudo realizado durante 4 anos, analisaram-se 800 intubações orotraqueais e ocorreram lacerações de traqueia em 0,37% dos casos. Lesões traqueobronquicas possuem diversas manifestações clínicas, que dependem da localização, da extensão e do tempo decorrido até o reconhecimento da injúria, sendo a dispneia a mais frequente, independentemente da etiologia. A broncoscopia é o principal exame eletivo, pois define, além do diagnóstico,

se o tratamento será cirúrgico ou conservador. A intervenção cirúrgica é habitualmente mais utilizada, entretanto, caso o dano seja menor que um terço da circunferência da traqueia, uma conduta conservadora deve ser preconizada. Assim, levando em consideração a singularidade do caso, sentimo-nos entusiasmados a relatá-lo. **Relato do caso:** paciente M. D. B, feminino, 27 anos, branca, natural e procedente de Canguçu, casada, sem comorbidades prévias, interna em Canguçu no dia 18/05/16 para excisão de nódulo mamário. No dia 20/05/16, vem encaminhada de Canguçu com contato prévio, apresentando edema e enfisema subcutâneo de região cervical. Foi atendida no Pronto Socorro de Pelotas e encaminhada diretamente para internação na Santa Casa de Pelotas, onde realizou Tomografia cervical e broncoscopia evidenciando laceração longitudinal de todo terço médio da traquéia. Optou-se então por tratamento conservador, com realização seriada de broncoscopia para acompanhamento. Paciente realizou 2 novas broncoscopias com intervalos de 2 dias cada uma, apresentando melhora significativa do quadro, não sendo necessária intervenção cirúrgica. Recebeu alta hospitalar para acompanhamento com médico assistente. **Conclusão:** o tratamento conservador, portanto, é eficaz e seguro para lesões traqueobronquicas, desde que observados seus critérios indicativos, pois se negligenciados podem haver graves implicações.

**Palavras-chave:** Laceração; traquéia; tratamento conservador

#### **PO281 RELATO DE CASO – EMPIEMA PLEURAL CRÔNICO TRATADO COM IRRIGAÇÃO DE IODOPOVIDONA ASSOCIADA A VNI**

**JOÃO BATISTA RAMOS DA FONSECA FILHO<sup>1</sup>; JULIANA RIBEIRO CONSTANTE<sup>2</sup>; LAILA TEIXEIRA MUSSE<sup>3</sup>; GABRIEL CAETANI<sup>4</sup>; NAYARA CARVALHO GORETTI<sup>5</sup>; DENISE DE OLIVEIRA GONÇALVES<sup>6</sup>; LUIZ EDUARDO NUNES LEITE FILHO<sup>7</sup>; EDUARDO HARUO SAITO UERJ, SÃO GONÇALO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** A tuberculose permanece como uma das causas mais frequentes de derrame pleural. Tuberculose extrapulmonar é a apresentação inicial em 25% dos adultos, sendo a pleura o segundo local mais frequente de infecção extrapulmonar. O empiema torácico é definido como uma coleção purulenta no espaço pleural que pode ser classificada como exsudativa, fibrinopurulenta ou crônica (encarceramento pulmonar). Os derrames plerais que ocorrem durante o curso da tuberculose ou após o mesmo estão associados a grande taxa de morbimortalidade a não ser que sejam tratados precocemente - havendo ocasionalmente a necessidade de drenagem com aspiração contínua. Portanto, a cirurgia na literatura clássica tem um papel importante no manejo do empiema crônico em pacientes selecionados. No empiema em organização cirúrgica agressivas garantem resultados curativos com baixa morbidade. Há métodos alternativos para o tratamento desses pacientes como drenagem aberta (tubular ou pleurostomia) com posterior fechamento com solução de antibiótico (Clagett). **Relato de caso:** V. F. R., 36 anos, negro, solteiro, trabalhador da construção civil, natural de Minas Gerais, residente no Rio de Janeiro. Tratado para tuberculose pleural por 9 meses complicada com empiema. Refere há 4 meses evolução com dispneia aos grandes esforços, tosse produtiva com expectoração esverdeada, episódios de hemoptise, perda de 20Kg em 1 mês e fadiga, necessitando colocar dreno de tórax devido a derrame pleural em outro hospital. Em abril de 2016, é encaminhado pela Pneumologia ao Serviço de Cirurgia Torácica do nosso hospital (HUPE - Hospital Universitário Pedro Ernesto) devido a empiema pleural com encarceramento pulmonar. É, então, internado

nesse setor nesse mesmo mês (abril/2016) com realização de tomografia de tórax (TC) em 03/05/2016 que evidenciava uma cavidade de empiema pleural à esquerda com nível líquido e dreno torácico em posição anterior e superior. Foi realizada a troca de dreno em centro cirúrgico, visto que o dreno torácico se encontrava em um posição mais alta e não drenava de maneira eficaz. Dessa forma, foi retirado segmento da oitava costela e posicionado o dreno numa posição mais baixa. Após a cirurgia evoluiu com fuga aérea sendo encaminhado para acompanhamento ambulatorial. Há um mês (???) notou saída de secreção purulenta e de odor fétido pelo dreno. Internou novamente no nosso hospital para a limpeza do mesmo e avaliação de irrigação da cavidade empiemática pleural com iodopolvidona, aliada a fisioterapia de expansão pulmonar com Ventilação Não Invasiva (VNI) e possível Clagett. Durante essa reinternação foram realizadas, então, fisioterapia respiratória diária (vide programa fisioterápico descrito abaixo) e irrigação de dreno aberto de tórax de 8 em 8 horas com solução de 80 mililitros de soro fisiológico e 20 mililitros de iodopolvidona. Recebeu alta para acompanhamento ambulatorial no dia 13/07/2016 com TC de tórax evidenciando boa expansão pulmonar com uma pequena cavidade de empiema pleural, dreno de tórax bem posicionado e com drenagem de menos de 2ml de secreção purulenta diária. Dessa forma não houve necessidade de qualquer intervenção cirúrgica e o paciente teve alta com orientações para continuidade de fisioterapia respiratória domiciliar e acompanhamento ambulatorial. Conclusão Esse caso relatado descreve bem uma outra opção de tratamento eficaz para conduzir empiemas pleurais que frequentemente complicam os pacientes portadores de tuberculose pleural.

**Palavras-chave:** Vni; empiema tuberculoso; expansão pulmonar

## BRONQUIECTASIAS

### PO282 EFEITOS AGUDOS DO FLUTTER E DA COMPRESSÃO TORÁCICA SOBRE A REMOÇÃO DE SECREÇÕES E RESISTÊNCIA TOTAL DO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS.

**LETICIA HELENA DE SOUZA\***; BRUNA PAULA XAVIER ANDRADE SILVA; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ; DANIELE OLIVEIRA DOS SANTOS; LARISSA PEROSI NASCIMENTO; MAYARA HOLTZ DE PAULA; ADA CLARICE GASTALDI

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

**Introdução:** As bronquiectasias são caracterizadas patologicamente pela dilatação anormal e permanente dos brônquios, causadas, principalmente, pela perpetuação de processos inflamatórios e prejuízo da remoção de secreções. A fisioterapia é parte fundamental do tratamento destes pacientes, utilizando-se de suas diversas técnicas e dispositivos. **Objetivo:** Avaliar o efeito das técnicas flutter e compressão torácica sobre a remoção de secreção e alterações na resistência total do sistema respiratório em indivíduos com bronquiectasias. **Métodos:** Em estudo cruzado, randomizado e cego, pacientes com bronquiectasias e voluntários saudáveis foram avaliados antes e após sessões de 30 minutos de controle, exercícios respiratórios com flutter, ou manobras manuais de compressão torácica, todas na posição sentada, com um intervalo de washout de sete dias. O principal método de avaliação utilizado foi a oscilometria de impulso, onde foram avaliados resistência a 5Hz (R5), reactância a 5Hz (X5) e frequência de ressonância (Fres) do sistema respiratório, avaliados em todo o ciclo

respiratório. Adicionalmente, foram avaliados escala de dispneia do Medical Research Council (MRC); escala de aceitabilidade e tolerância; oximetria de pulso; dificuldade de expectoração; e avaliação do volume, da adesividade e da purulência das secreções expectoradas. Para a análise estatística foi utilizado o Software GraphPadPrism, versão 6.0. Os dados são apresentados em média±desvio padrão e para a comparação entre as intervenções foi utilizado o teste ANOVA ou o teste Kruskal-Wallis. Os dados foram considerados significantes quando  $p < 0.05$ . **Resultados:** Não foram encontradas alterações significativas nos valores de R5, X5 e Fres pré e pós as intervenções flutter, compressão torácica e controle nos indivíduos saudáveis (R5: 0, 38±0, 04 kPa. s/L e 0, 42±0, 15kPa. s/L; 0, 38±0, 05 kPa. s/L e 0, 39±0, 10 kPa. s/L; 0, 37±0, 05 kPa. s/L e 0, 37±0, 06 kPa. s/L) e nos indivíduos com bronquiectasias (R5: 0, 57±0, 19 kPa. s/L e 0, 54±0, 20 kPa. s/L; 0, 58±0, 20 kPa. s/L e 0, 57±0, 17 kPa. s/L; 0, 59±19 kPa. s/L e 0, 54±0, 17 kPa. s/L), respectivamente. Treze pacientes com bronquiectasias apresentaram expectoração de secreção com as intervenções flutter ou compressão torácica, enquanto apenas três expectoraram durante a intervenção controle. O volume total e peso seco das secreções expectoradas foram maiores em ambas as intervenções quando comparadas a intervenção controle (volume total: 7, 02 ±9, 24 g; 4, 98 ± 4, 79 g; 0, 88 ± 1, 71; peso seco: 1, 59±4, 60 g; 2, 05±4, 72 g; 0, 03±0, 07 g, respectivamente) ( $p < 0,05$ ). Não houve diferença nas escalas de adesividade e purulência, nos valores de oximetria de pulso, nas escalas de aceitabilidade, tolerância, e de dispneia pelo MRC. **Conclusão:** Os resultados sugerem que as técnicas flutter e compressão torácica são eficazes na remoção de secreção, seguras e bem toleradas pelos pacientes, sem efeitos agudos na resistência total do sistema respiratório em indivíduos com bronquiectasias

**Palavras-chave:** Fisioterapia respiratória; bronquiectasias; função pulmonar

### PO283 IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL - CONSEQUÊNCIAS DE UM DIAGNÓSTICO TARDIO

THÚLIO MARQUEZ CUNHA\*; JOSÉ RICARDO BENTO SILVA; GUILHERME DE QUEIROZ SILVA; EVERTON GERMANO ARAÚJO; HUMBERTO RESENDE; DANIEL DE MELO MENDES; GUSTAVO ALONSO ARDUINE; TATIANE MARTINS DE LIMA CROSARA BASTOS UFU, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

**Introdução:** A imunodeficiência comum variável (ICV) é caracterizada por deficiência na produção de imunoglobulinas séricas, afetando ambos os sexos na mesma proporção. Os sintomas podem aparecer na infância ou a partir da segunda década de vida. A hipogamaglobulinemia e as infecções por bactérias encapsuladas constituem as características mais marcantes da ICV. Com frequência o diagnóstico é realizado quando o paciente já apresenta doença pulmonar crônica decorrente das infecções de repetição. **Relato de caso:** Mulher, 32 anos com história de pneumonias de repetição, em média 2 episódios ao ano, desde o ano 2000, evoluindo com dispneia progressiva. Espirometria demonstrando distúrbio ventilatório misto acentuado sem resposta ao BD. Ecocardiograma mostrando sinais de hipertensão pulmonar importante. TC de tórax mostrando bronquiectasias difusas e cavitação com nível hidro-aéreo volumoso em LID compatível com abscesso pulmonar. Mostrava níveis reduzidos de IgA, IgG, IgM, IgE dosados em três diferentes ocasiões. Paciente recebendo antibioticoprofilaxia com sulfametoxazol/trimetropim e infusões mensais de imunoglobulina humana. Recebeu tratamento por cerca de 8 semanas para o tratamento do abscesso pulmonar com

regular recuperação do estado geral. **Conclusão:** A ICV, por manifestar com infecções pulmonares recorrentes é um grande desafio diagnóstico. As dificuldades e o atraso deste diagnóstico podem proporcionar um tratamento tardio (reposição de imunoglobulinas e antibiótico profilaxia), com destruição pulmonar e limitações importantes para a paciente. **Referências Bibliográficas:** 1) Knight AK, Cunningham-Rundles C. Inflammatory and autoimmune complications of common variable immunodeficiency. *Autoimmun Rev* 2006;5(2): 156–159. 2) Salzer U, Unger S, Warnatz K. Common variable immunodeficiency (CVID): exploring the multiple dimensions of a heterogeneous disease. *Ann N Y Acad Sci* 2012. 3) Gathmann B, Binder N, Ehl S, Kindle G. The European internet-based patient research database for primary immunodeficiencies: update 2011. *Clin Exp Immunol* 2012. 4) Resnick ES, Cunningham-Rundles C. The many faces of the clinical picture of common variable immune deficiency. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2012. 5) Errante PR, Condino Neto A. Imunodeficiência comum variável: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*. 2008. 6) I Consenso Brasileiro sobre o Uso de Imunoglobulina Humana em Pacientes com Imunodeficiências Primárias. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*. 2010

**Palavras-chave:** Imunodeficiência; hipogamaglobulinemia; bronquiectasia

#### **PO284 SÍNDROME DE SWYER JAMES MACLEOD: RELATO DE CASO**

**BRUNA MACEDO PINTO<sup>1</sup>; RAQUEL SALLES<sup>2</sup>; RAFAEL KLAS DA ROCHA LEAL<sup>3</sup>; WALTER COSTA UERJ/HUPE, NITEROI, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** A síndrome de Swyer James MacLeod caracteriza-se por hipoplasia das artérias pulmonares, resultando em hipoperfusão do parênquima. É uma condição rara, que acredita-se estar associada à bronquiolite obliterante pós infecciosa na infância. **Relato de caso:** Paciente masculino, 44 anos, com tosse produtiva, expectoração mucopurulenta, sem hemoptóicos, e dispnéia aos esforços. Início dos sintomas na infância, apresentando infecções respiratórias de repetição. História de sarampo e coqueluche, nega passado de TB. É hipertenso, em uso de enalapril; não tabagista. Ao exame, sinais vitais dentro da normalidade, oximetria de pulso de 98%, mMRC1; Estertores crepitantes difusos no hemitórax esquerdo; restante dentro da normalidade. A radiografia de tórax exibe redução volumétrica do pulmão esquerdo. A tomografia computadorizada (TC) de tórax revela bronquiectasias saculares neste pulmão. Procedeu-se à investigação da etiologia desses achados. Hemograma e bioquímica normais. Imunoglobulinas e marcadores de autoimunidade sem alterações. Anti HIV negativo. TC de seios da face normal. Espirometria com distúrbio ventilatório restritivo moderado, sem resposta broncodilatadora. Broncofibroscopia normal, análise microbiológica e citológica negativas. AngioTC de tórax mostra leve dilatação da artéria pulmonar principal e seu ramo direito, sem trombos; artéria pulmonar esquerda reduzida de calibre, apresentando interrupção da opacificação antes da origem de seus ramos, provavelmente por hipoplasia. Os achados são compatíveis com a Síndrome de Swyer James MacLeod. **Discussão:** A síndrome de Swyer James MacLeod ou síndrome do pulmão hiperluzente unilateral é tipicamente diagnosticada na infância. No entanto, em pacientes oligossintomáticos, o diagnóstico pode só ocorrer na idade adulta. A patogênese não é inteiramente conhecida, mas acredita-se que seja consequência de infecções respiratórias na infância,

em especial por adenovírus. Essas repetidas infecções poderiam resultar em bronquiolite obliterante pós infecciosa, com gradual alçaonamento de ar distal, distensão da via aérea e, eventualmente, enfisema pan-acinar. As áreas afetadas se tornariam hipoventiladas, com vasoconstricção hipóxica. O quadro clínico inclui história de infecção respiratória de repetição de início precoce, tosse crônica produtiva, dispnéia aos esforços e hemoptise; alguns casos são assintomáticos. A radiografia de tórax pode evidenciar radioluzência pulmonar anormal unilateral, com redução volumétrica, e diminuição no padrão vascular. O exame mais sensível para o diagnóstico é a angioTC do tórax, cujos achados compatíveis são: pulmão hiperluzente unilateral, com aprisionamento aéreo em expiração; um pequeno hemitórax, com graus variáveis de destruição arquitetural e bronquiectasias; artéria pulmonar de calibre reduzido, ipsilateral, com hipoperfusão. O tratamento é sintomático e inclui controle precoce das infecções pulmonares, bem como vacinação anti pneumocócica e influenza.

**Palavras-chave:** Bronquiectasias; infecção de repetição; pulmão hiperluzente

#### **PO285 VALIDAÇÃO INTERNACIONAL DO ESCORE FACED EM 672 PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE CÍSTICA**

**RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO<sup>1</sup>; MÔNICA CORSO PEREIRA<sup>2</sup>; GEORGINA GRAMBlicka<sup>3</sup>; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN<sup>4</sup>; MARA RÚBIA FERNANDES DE FIGUEIREDO<sup>5</sup>; FRANCISCO ARANCIBIA<sup>6</sup>; SAMIA ZAHÍ RACHED<sup>1</sup>; MIGUEL MARTINEZ GARCIA<sup>7</sup>**

**1. INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL; 3. HOSPITAL DEL TÓRAX. DR.A. CETRÁNGOLO, BUENOS AIRES, ARGENTINA; 4. HOSPITAL OCTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 5. HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6. INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, SANTIAGO, CHILE; 7. POLYTECHNIC AND UNIVERSITY LA FE HOSPITAL, VALENCIA, ESPANHA.**

**Introdução:** O escore FACED é um sistema de classificação multidimensional e de fácil aplicação que tem demonstrado um excelente valor prognóstico relacionado a mortalidade respiratória e global em pacientes com bronquiectasias não fibrose cística (BQT não-FC). Inicialmente desenvolvido por um grupo espanhol, a validação internacional desta ferramenta ainda não foi publicada. **Objetivo:** Realizar a validação externa do escore FACED em três países com uma grande população de pacientes com bronquiectasias. **Métodos:** Estudo multicêntrico de coortes históricas em 672 pacientes consecutivos de seis coortes em três países diferentes (Argentina, Brasil e Chile) com o diagnóstico de BQT não-FC feita por tomografia de alta resolução. Os dados foram coletados usando o mesmo protocolo padronizado em todos os centros (variáveis clínicas, microbiológicas, funcionais e radiológicas) e seguindo os mesmos critérios utilizados no escore original. O estado vital de todos os pacientes foi determinado em 5 anos de seguimento, calculado a partir da data do diagnóstico radiológico da bronquiectasia. A área sob a curva ROC (AUC-ROC) foi utilizado para calcular o poder preditivo da pontuação FACED para mortalidade respiratória e por todas as causas. Os pacientes foram divididos através do escore em 3 grupos (tercis). Todos os resultados foram comparados com os obtidos no artigo original. **Resultados:** A idade média (DP) foi: 48, 4 (16, 1) anos; IMC: 22, 4 (11, 5) Kg/m<sup>2</sup>; Dispneia mMRC: 1, 53 (1, 04) e lobos pulmonares afetados:

3, 35 (1, 5). VEF1 foi de 54, 7 (21, 9) % e os pacientes apresentaram 1, 18 exacerbações/ano. Colonização crônica por *Pseudomonas aeruginosa* esteve presente em 39% dos pacientes. Ao final do acompanhamento, 100 pacientes (14, 9%) morreram (67% por causas respiratórias). As principais causas de bronquiectasia foram pós-infecciosa e idiopática em 39, 6% e 27, 5% dos pacientes, respectivamente. A média do escore FACED foi de 2, 31 (1, 64). AUC ROC para prever mortalidade por qualquer causa foi de 0, 81 [IC 95%: 0, 78-0, 85] e para mortalidade respiratória de 0, 84 [IC 95%: 0, 80-0, 88]), não sendo diferentes daqueles calculados na série original (AUC ROC de 0, 87 [IC 95%: 0, 82-0, 91] e 0, 85 [IC 95%: 0, 82-0, 89], respectivamente). A divisão em três grupos através do escore (tercis) diferenciou os pacientes com BQT não-FC em três grupos de mortalidade distinta (0-2 pontos [level: 4, 9% de mortalidade; 3-4 pontos [moderados]: 21, 1% de mortalidade e 5-7 pontos [graves]: 47% de mortalidade;  $p < 0, 001$ ), sem diferenças significativas em relação aos resultados obtidos na série original (0, 9%; 15, 3% e 51, 6% de mortalidade, respectivamente). **Conclusão:** O escore FACED apresenta uma adequada validação externa, mantendo um excelente poder preditivo para mortalidade respiratória e por todas as causas, bem como capacidade de dividir os pacientes com bronquiectasia em três grupos com aumento crescente de mortalidade e gravidade.

**Palavras-chave:** Bronquiectasia; escore de gravidade; validação externa

#### PO286 SÍNDROME DE KARTAGENER

**RONALDO DE SOUZA\***; MARILIA QUEIROZ SOUZA; ALANA KANEDA GARCIA; JONATHAN TAMBORINI; PRISCILA COGO OLIVEIRA; THIAGO FLORENCIO SILVA

INSTITUTO PNEUMOLOGIA E GERIATRIA / RESIDENCIA DE CLINICA HOSPITAL CEMIL, UMUARAMA, PR, BRASIL.

**Introdução:** A síndrome de Kartagener (SK) resulta de uma doença autossômica recessiva rara marcada pela tríade bronquiectasias, pansinusite crônica e situs inversus. Há um defeito que compromete estruturalmente a atividade ciliar normal, ocasionando deficiência no depuramento de secreção do trato respiratório, levando a infecções crônicas e repetidas. Sua incidência é de aproximadamente 1/25.000 pessoas. **Caso Clínico:** Paciente 29 anos, asmática, procurou serviço de pneumologia devido tosse com expectoração amarelada, sibilos e dispneia. Ao exame físico apresentou sibilos difusos, ictus cordis desviado para a direita. À radiografia de tórax notou-se infiltrado paracardíaco esquerdo e coração desviado para a direita. Iniciada antibioticoterapia com amoxicilina/sulbactam, formoterol/budesonida e prednisona. Retornou com tomografia de tórax que evidenciou dextrocardia, bronquiectasias cilíndricas e císticas no pulmão esquerdo, situs inversus totalis. Devido à queixa de sinusite de repetição, realizou tomografia de seios paranasais com sinusopatia inflamatória maxilar e etmoidal bilateral, aplasia do seio frontal, hipertrofia dos cornetos nasais inferiores, desvio do septo nasal para a direita, sendo aventada a hipótese diagnóstica de síndrome de Kartagener. Atualmente a paciente faz uso de formoterol/budesonida com períodos de exacerbações a cada 6 meses, aumento da expectoração e melhora com uso de azitromicina. **Discussão:** A síndrome de Kartagener, um subgrupo da discinesia ciliar primária (DCP), caracteriza-se pela tríade de bronquiectasia, situs inversus e sinusopatia crônica. No indivíduo adulto, a síndrome de Kartagener pode se apresentar como tosse produtiva e sinusopatia crônica, otite média de repetição crônica, mesmo na ausência de situs inversus. Anormalidades ultra-estruturais ciliares,

principalmente por alteração da dineína, são encontradas na SK e na DCP, e comprometem a atividade ciliar, levando ao quadro clínico de tosse produtiva, infecções pulmonares, sinusites, otite média e infertilidade. Portadores da síndrome apresentam internações frequentes por infecções respiratórias crônicas, associadas à bronquiectasias, que podem ser resultado dos estágios finais da doença, sendo acompanhada de dispneia e falência cardíaca. O diagnóstico é baseado na clínica e na tomografia que revela dilatações brônquicas saculares ou cilíndricas. O tratamento visa prevenir a ocorrência de infecções respiratórias e a resolução de qualquer infecção que possivelmente ocorra. O uso de antibióticos pode auxiliar no alívio da sinusite, enquanto fármacos inalatórios e fisioterapia podem ajudar em casos de pneumonia crônica.

**Palavras-chave:** Síndrome; kartagener; bronquiectasia

#### PO287 DESCRIÇÃO DE TRÊS CASOS DE DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA EM ADULTOS

**BARBARA CRISTINA GRIZZO\***; FLÁVIO GNECCO LASTEBASSE; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS; MARIA INÊS DE ANDRÉ VALERY; CAMILA FRANÇA REDIVO; THIAGO GONZALES MARQUES; MARIA BERNARDO TONOLLI; VANESSA DA PENHA RIBEIRO HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

A discinesia ciliar primária (DCP) é desordem genética autossômica recessiva que compromete a estrutura e/ou a função ciliar, causando retenção de muco e bactérias no trato respiratório e levando a infecções crônicas nas vias aéreas superiores e inferiores e problemas de fertilidade. Metade dos pacientes afetados apresenta tríade dextrocardia, rinosinusopatia crônica e bronquiectasia, denominada síndrome de Kartagener (SK) completa; no restante, não ocorre situs inversus, denominada SK incompleta. **Relato de caso:** Foram revisados os prontuários de pacientes com DCP atendidos no serviço de Doenças do Aparelho Respiratório (DAR) do Hospital do Servidor Público Estadual. Foram encontrados três casos de DCP, sendo dois SK completa e um caso SK incompleta. Dois eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade média foi de 43 anos (intervalo de 41 a 46 anos). Todos tinham história de infecções crônicas do trato respiratório, tanto superior (sinusopatias crônicas) quanto inferior (pneumonias de repetição), relato de expectoração mucopurulenta abundante e achados de bronquiectasias na TCAR tórax. Uma paciente do sexo feminino era portadora asma, atopia, polipose nasal e infertilidade. Os pacientes vieram encaminhados de outros serviços, já na fase adulta, com diagnóstico de DCP e mantêm seguimento no HSPE há pelo menos dez anos. Todos estão em acompanhamento no ambulatório do DAR e mantinham uso de macrolídeos pra imunomodulação, apresentando controle dos sintomas e da doença. **Discussão:** Os pacientes apresentam infecções crônicas e de repetição desde a infância e geralmente são portadores de bronquite, pneumonia, hemoptise, sinusite e infertilidade. Podem apresentar polipose nasal e infertilidade. Os pacientes devem ser encaminhados para um centro especializado. Como não há tratamento específico, recomenda-se diagnóstico precoce, tratamento das infecções secundárias e medidas profiláticas. A DCP não apresenta predileção por sexo e em aproximadamente 25% dos irmãos, há uma ou várias manifestações clínicas da DCP. Nas infecções do trato respiratório é essencial a antibioticoterapia contra os agentes mais frequentemente isolados, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae* e imunização contra os mesmos. DCP leva em consideração o diagnóstico diferencial de pacientes portadores de infecções crônicas do trato respiratório.

Suspeita-se de DCP em pacientes acometidos por infecções respiratórias crônicas desde o nascimento e apresentam, também, situs inversus. Portanto, entende-se que o ideal é fazer o diagnóstico precocemente a fim de se prescrever tratamento paliativo adequado e, assim, evitar seqüelas permanentes como as rinosinusites crônicas e as bronquiectasias.

**Palavras-chave:** Discinesia; bronquiectasia; dextrocardia

### **PO288 AVALIAÇÃO FUNCIONAL E CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES PORTADORES DE BRONQUIECTASIA PÓS-TUBERCULOSE**

**FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN\***; ADRIANA TAVARES<sup>1</sup>; JOSE ALEXANDRE DE ANDRADE FERREIRA<sup>1</sup>; RENNY ALMEIDA SEABRA<sup>1</sup>; JULIANA ALVES ACCIOLY LINS<sup>1</sup>; MARA RÚBIA FERNANDES DE FIGUEIREDO<sup>2</sup>

1. HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 2. HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A TB acompanha o homem desde a pré-história e mesmo hoje, mais de cem anos após Robert Koch (1882), ter identificado o agente causador da doença (*Mycobacterium tuberculosis*), ela ainda se mantém como uma das infecções crônicas de maior índice de morbidade e mortalidade. A tuberculose pulmonar mesmo após a cura bacteriológica, pode evoluir com lesões cicatriciais do parênquima pulmonar entre elas as bronquiectasias.

**Objetivo:** Descrever o perfil funcional e sociocultural de pacientes com seqüela de TB pulmonar com o diagnóstico de bronquiectasia pós-tuberculose **Métodos:** 50 casos atendidos sequencialmente em um ambulatório especializado do serviço de residência em pneumologia do Hospital Otavio de Freitas em Recife – PE. Foram coletados dados epidemiológicos, descrição dos sintomas, IMC, espirometria e gasometria destes pacientes. **Resultados:** Dos 50 casos estudados, 32 (64%) eram masculinos, na faixa de idade entre 18 a 35 anos foram 5 pacientes, entre 36 a 60 anos 22 pacientes e maiores de 60 anos 23 pacientes. 35 pacientes tinham estudados até o primeiro grau, 7 eram analfabetos, 6 estudados até o segundo grau, e 1 paciente tinha curso superior. Em relação ao tabagismo 30 pacientes informaram não ser tabagistas, 19 terem parado de fumar e 1 paciente referiu ser tabagista ativo. Sobre grau de nutrição averiguado pelo IMC, o baixo peso estava presente em 30% dos casos, obesidade em 4%, sobrepeso em 22% e 44% tinham o IMC normal. Quanto aos sintomas apresentados, o mais frequente relatado foi a tosse em 92%, seguidos por expectoração e, 76%, dispnéia em 76%, hemoptise em 72% e fadiga em 70%. Os achados de crepitações a ausculta em 30%, sibilos em 26% e roncos em 18% dos casos. A espirometria apresentou achados normais em 16%, restrição em 38% e obstrução leve em 2%, moderada em 16% e grave em 16%. Os achados gasométricos mostraram hipoxemia ( $PaO_2 < 80$  mmHg) em 34% com hipercapnia ( $PaCO_2 > 45$  mmHg) em 6%. 66% dos casos apresentavam oxigenação normal e 92% apresentavam  $PaCO_2$  dentro da normalidade. **Conclusão:** Os achados encontrados neste estudo piloto devem levar em consideração a características destes pacientes. Os pacientes foram selecionados de um ambulatório de referência em um serviço de saúde que atende pacientes do SUS, eram casos encaminhados para diagnóstico dos seus sintomas por serviços da rede primária de atendimento ou da rede secundária para confirmação do diagnóstico. Os nossos dados revelam que pacientes portadores de bronquiectasia pos-tuberculose apresentam sintomas semelhantes aos de pacientes com bronquiectasias de outras causas, exceção a presença de hemoptise em mais

de 70% dos casos. O padrão de espirometria foi amplo, hipoxemia e hipercapnia apesar de presentes não foi o padrão encontrado.

**Palavras-chave:** Tuberculose; função pulmonar; bronquiectasia

### **PO289 ESCORE FACED EM BRONQUIECTASIA NÃO FIBROSE CÍSTICA É CAPAZ DE PREDIZER RISCO FUTURO DE EXACERBAÇÃO E HOSPITALIZAÇÃO**

**RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO\***; MÔNICA CORSO PEREIRA<sup>2</sup>; GEORGINA GRAMBlicka<sup>3</sup>; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN<sup>4</sup>; MARA RÚBIA FERNANDES DE FIGUEIREDO<sup>5</sup>; FRANCISCO ARANCIBIA<sup>6</sup>; SAMIA ZAHÍ RACHED<sup>1</sup>; MIGUEL MARTINEZ GARCIA<sup>7</sup>

1. INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINHAS, SP, BRASIL; 3. HOSPITAL DEL TÓRAX. DR.A. CETRÁNGOLO, BUENOS AIRES, ARGENTINA; 4. HOSPITAL OCTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 5. HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6. INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, SANTIAGO, CHILE; 7. POLYTECHNIC AND UNIVERSITY LA FE HOSPITAL, VALENCIA, ESPANHA.

**Introdução:** Bronquiectasia não fibrose cística (BQT não-FC) é uma doença complexa e heterogênea com escasso conhecimento relacionado a desfechos clínicos importantes. O score FACED é uma ferramenta multidimensional que se mostrou capaz de prever mortalidade nesta população, porém ainda não testado em relação a exacerbações e hospitalizações. **Objetivo:** Avaliar a capacidade do score FACED em prever o risco de exacerbações e hospitalizações em pacientes com BQT não-FC. **Métodos:** Estudo internacional e multicêntrico de coortes históricas em 672 pacientes consecutivos de seis coortes em três países diferentes (Argentina, Brasil e Chile) com o diagnóstico de BQT não-FC feita por tomografia de alta resolução. Os dados foram coletados usando o mesmo protocolo padronizado em todos os centros (variáveis clínicas, microbiológicas, funcionais e radiológicas). O número de exacerbações e internações foi determinado em 5 anos de seguimento, calculado a partir da data do diagnóstico radiológico da bronquiectasia. Exacerbação foi definida como o aumento dos sintomas respiratórios com necessidade de tratamento antibiótico e exacerbação grave quando houve necessidade de admissão hospitalar. Pacientes com mais de duas exacerbações por ano foram classificados como “exacerbadores” e os com pelo menos 1 exacerbação grave por ano como “hospitalização frequente”. A área sob a curva ROC (AUC-ROC) foi utilizada para calcular o poder preditivo da pontuação FACED para estas variáveis. Os pacientes foram divididos através do score em 3 grupos (tercis). **Resultados:** Seguem as variáveis coletadas (média  $\pm$  DP): idade (anos): 48, 4  $\pm$  16, 1; IMC (kg/m<sup>2</sup>): 22, 4  $\pm$  11, 5; Dispneia mMRC: 1, 53  $\pm$  1, 04; lobos pulmonares afetados (tomografia): 3, 35  $\pm$  1, 5; VEF1 (%previsto): 54, 7  $\pm$  21, 9. Média exacerbações/ano: 1, 8. 39% dos pacientes apresentavam colonização crônica por *Pseudomonas aeruginosa*. As principais causas de bronquiectasia foram pós-infecçiosa e idiopática em 39, 6% e 27, 5% dos pacientes, respectivamente. A média do score FACED foi de 2, 31  $\pm$  1, 64. AUC ROC para prever pacientes exacerbadores foi de 0, 74 [IC 95%: 0, 67-0, 81] e para paciente com hospitalização frequente de 0, 82 [IC 95%: 0, 76-0, 87]). A divisão em três grupos através do score (tercis) diferenciou os pacientes com BQT não-FC em três grupos quanto ao risco de se apresentarem

como exacerbadores (0-2 pontos [leve]: 4, 6%; 3-4 pontos [moderados]: 11, 2% e 5-7 pontos [graves]: 35, 7%;  $p < 0,001$ ) e como pacientes com hospitalização frequente (0-2 pontos [leve]: 1, 4%; 3-4 pontos [moderados]: 12, 1% e 5-7 pontos [graves]: 32, 8%;  $p < 0,001$ ). Nos 5 anos de avaliação destas coortes, os pacientes classificados como leve apresentaram 3, 4 (3, 2) exacerbações e 0, 6 (1, 1) hospitalizações enquanto os moderados e graves apresentaram 4, 7 (4, 0) e 1, 4 (2, 1) e 6, 5 (5, 6) e 3, 2 (4, 8), respectivamente. **Conclusão:** O escore FACED apresenta um excelente poder preditivo para identificação de risco futuro de exacerbação e hospitalização em pacientes com BQT não-FC. Trata-se de ferramenta tanto de aplicabilidade prognóstica quanto clínica, identificando pacientes com necessidade de intervenção terapêutica mais agressiva e medidas específicas no controle de exacerbações.

**Palavras-chave:** Bronquiectasia; escore de gravidade; exacerbação

### **PO290 E-FACED: APRIMORANDO O ESCORE FACED COM INCLUSÃO DE EXACERBAÇÃO NA CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM BRONQUIECTASIA**

**RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO\*<sup>1</sup>; MÔNICA CORSO PEREIRA<sup>2</sup>; GEORGINA GRAMBlickA<sup>3</sup>; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN<sup>4</sup>; MARA RÚBIA FERNANDES DE FIGUEIREDO<sup>5</sup>; FRANCISCO ARANCIBIA<sup>6</sup>; SAMIA ZAHÍ RACHED<sup>1</sup>; MIGUEL MARTINEZ GARCIA<sup>7</sup>**

1. INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINHAS, SP, BRASIL; 3. HOSPITAL DEL TÓRAX, DR. A. CETRÁNGOLO, BUENOS AIRES, ARGENTINA; 4. HOSPITAL OCTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 5. HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6. INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, SANTIAGO, CHILE; 7. POLYTECHNIC AND UNIVERSITY LA FE HOSPITAL, VALENCIA, ESPANHA.

**Introdução:** O escore FACED (VEF1, idade, colonização bacteriana, extensão radiológica da doença e dispneia) é uma ferramenta multidimensional validada como preditora de mortalidade e gravidade em bronquiectasia não-Fibrose Cística (BQT não-FC). Entretanto, por se tratar de uma doença complexa e heterogênea de variadas apresentações clínicas, o ponto de corte de 70 anos de idade e a não inclusão do histórico de exacerbações na sua construção pode limitar o seu uso em alguns subgrupos de pacientes. **Objetivo:** Avaliar se o acréscimo da variável exacerbação melhora a habilidade do escore FACED (designado E-FACED) na avaliação prognóstica em pacientes com BQT não-FC.

**Métodos:** Estudo internacional e multicêntrico de coortes históricas em duas diferentes coortes: espanhola (819 pacientes) e latino-americana (651 pacientes de Argentina, Brasil e Chile) com o diagnóstico de BQT não-FC feito por tomografia de alta resolução (TCAR). Os dados foram coletados usando o mesmo protocolo padronizado em todos os centros (variáveis clínicas, microbiológicas, funcionais e radiológicas). O estado vital de todos os pacientes foi determinado após 5 anos de seguimento, calculado a partir da data do diagnóstico radiológico da bronquiectasia. Considerou-se como exacerbadores os pacientes com pelo menos uma exacerbação grave com necessidade de hospitalização no ano anterior ao diagnóstico. A área sob a curva ROC (AUC-ROC) foi utilizada para calcular o poder preditivo da pontuação E-FACED para hospitalização e mortalidade. Os resultados foram comparados com os obtidos no escore original. **Resultados:** Seguem variáveis (média  $\pm$  DP) das coortes espanhola e latino-americana,

respectivamente: idade (anos) (58, 7  $\pm$  17, 6) x (48, 4  $\pm$  16, 1); IMC (Kg/m<sup>2</sup>): (25, 7  $\pm$  4, 7) x (22, 4  $\pm$  11, 5); Dispneia mMRC: (1, 53  $\pm$  1, 16) x (1, 53  $\pm$  1, 04); lobos pulmonares afetados (TCAR): (2, 52  $\pm$  1, 2) x (3, 35  $\pm$  1, 5); VEF1 (% previsto): (68, 9  $\pm$  25, 9) x (54, 7  $\pm$  21, 9). Colonização crônica por *Pseudomonas aeruginosa* esteve presente em 31% e 39% dos pacientes das coortes. A variável exacerbação grave acrescentou 2 pontos ao novo escore E-FACED, podendo apresentar pontuação máxima de 9 pontos, contra 7 do FACED. E-FACED apresentou uma excelente capacidade prognóstica para exacerbações (AUC-ROC: 0, 82 para ao menos duas hospitalizações anuais; 0, 87 para ao menos 1 hospitalização anual) e estatisticamente superior ao FACED (0, 72 e 0, 78 respectivamente). A capacidade preditiva de morte por qualquer causa e respiratória foi de 0, 87 e 0, 86 respectivamente, ambas semelhantes ao FACED. Finalmente, E-FACED e FACED apresentaram uma capacidade discriminatória de gravidade similar. **Conclusão:** O escore FACED acrescido da variável exacerbação grave (hospitalização, "E-FACED"), apresentou excelente poder preditivo para mortalidade. Desta forma, apresentamos uma ferramenta ainda mais robusta, mantendo sua simplicidade e com maior capacidade discriminatória de risco futuro de exacerbações.

**Palavras-chave:** Bronquiectasia; escore de gravidade; exacerbação

### **PO291 ESTUDO MULTICÊNTRICO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM BRONQUIECTASIA NO BRASIL**

**RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO\*<sup>1</sup>; MÔNICA CORSO PEREIRA<sup>2</sup>; GEORGINA GRAMBlickA<sup>3</sup>; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN<sup>4</sup>; MARA RÚBIA FERNANDES DE FIGUEIREDO<sup>5</sup>; FRANCISCO ARANCIBIA<sup>6</sup>; SAMIA ZAHÍ RACHED<sup>1</sup>; MIGUEL MARTINEZ GARCIA<sup>7</sup>**

1. INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINHAS, SP, BRASIL; 3. HOSPITAL DEL TÓRAX, DR. A. CETRÁNGOLO, BUENOS AIRES, ARGENTINA; 4. HOSPITAL OCTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 5. HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6. INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, SANTIAGO, CHILE; 7. POLYTECHNIC AND UNIVERSITY LA FE HOSPITAL, VALENCIA, ESPANHA.

**Introdução:** Bronquiectasia, considerada até pouco tempo uma doença orfã, é caracterizada por dilatação permanente dos brônquios, produção excessiva de muco e infecções respiratórias recorrentes. Os pacientes apresentam declínio funcional acelerado, alta taxa de hospitalização e elevados custos relacionados a gastos com saúde. Apesar de ser uma condição prevalente, são ainda escassos no país dados sobre sua caracterização. **Objetivo:** Descrever as características clínicas, funcionais e o perfil microbiológico de uma população de pacientes com bronquiectasia acompanhados em quatro cidades brasileiras. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, de coortes históricas, multicêntrico e nacional realizado em centros especializados no atendimento de pacientes com bronquiectasias em 4 cidades brasileiras (Campinas, Fortaleza, Recife e São Paulo). Os dados foram coletados a partir dos prontuários médicos, por meio de um único formulário padronizado em todos os centros. O diagnóstico foi considerado na data da evidência de bronquiectasia na tomografia de alta resolução e o estado vital de todos os pacientes foi determinado após 5 anos de seguimento. Foram coletadas variáveis clínicas, microbiológicas, funcionais e radiológicas no momento do

diagnóstico. **Resultados:** Foram avaliados 447 pacientes, maioria do sexo feminino (77, 5%), idade média  $47 \pm 15$  anos, IMC =  $21, 1 \pm 13$ , 9 kg/m<sup>2</sup> e escore de dispneia mMRC =  $1, 3 \pm 1, 0$ . Os dados funcionais revelaram, em média, uma população com distúrbio obstrutivo moderado e com CVF reduzida (VEF1 =  $55, 0 \pm 21, 5\%$  e CVF =  $66, 9 \pm 19, 4\%$ ). A etiologia mais comumente diagnosticada foi pós-infecciosa (37, 6%), seguida de idiopática (28, 6%), discinesia ciliar (8, 5%), colagenoses (4, 7%) e refluxo/aspiração (3, 8%). Em relação ao tratamento, 25% dos pacientes faziam uso de macrolídeos, 31% de corticoides inalados, 35% de broncodilatadores e apenas 6, 1% de antibiótico inalatório. Cerca de 40% dos pacientes apresentavam colonização por *Pseudomonas aeruginosa*. Mais da metade dos pacientes (57%) apresentaram pelo menos uma exacerbação infecciosa e cerca de 30% foram hospitalizados no ano anterior ao diagnóstico. Ao final de 5 anos de seguimento, 15, 7% dos pacientes evoluíram a óbito. Colonização por *Pseudomonas aeruginosa* esteve associada a risco aumentado de morte (26, 5% versus 8, 3% -  $p < 0, 05$ ), assim como pior função pulmonar ( $50, 1 \pm 18, 8\%$  versus  $58, 4 \pm 22, 6\%$  -  $p=0, 004$ ). **Conclusão:** Embora não haja até o momento dados nacionais, provavelmente bronquiectasias são uma condição frequente no nosso país. Apresentamos aqui uma grande população portadora de bronquiectasias, cuja descrição pode contribuir para uma melhor conhecimento do problema na nossa realidade, o que é essencial para planejamento de ações publicas voltadas ao manejo desta condição. Os dados revelaram uma população relativamente jovem, com considerável limitação funcional e predomínio do sexo feminino. A presença de colonização por *Pseudomonas aeruginosa* foi frequente (como em coortes internacionais), e foi um fator associado a um risco aumentado de morte.

**Palavras-chave:** Bronquiectasia; caracterização; colonização pseudomonas

**PO292 PERFIL DE EXACERBAÇÕES DE BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE CÍSTICA EM PACIENTES DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**RAFAEL KLAS DA ROCHA LEAL\*;** LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; RAQUEL SALLES; WALTER COSTA  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Bronquiectasia consiste em dilatação anormal, permanente e irreversível de brônquios e bronquíolos, com infecções recorrentes, inflamações, hipersecreção e redução da limpeza mucociliar. As exacerbações têm grande impacto na qualidade de vida desses pacientes, levando ao aumento de mortalidade e de internações ao longo dos anos. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo identificar o comportamento das exacerbações em pacientes com bronquiectasia não fibrose cística em serviço de Pneumologia. **Métodos:** Foi realizado levantamento de dados de exacerbações de 112 pacientes com diagnóstico de bronquiectasia não fibrose cística. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a etiologia da bronquiectasia, pós Tuberculose (TB) e outras causas de bronquiectasia. **Discussão:** 59% dos casos eram decorrentes de seqüela de TB. A presença de *Pseudomonas aeruginosa* no grupo não TB foi de 50% versus 31% do grupo pós TB. Não houve diferença na taxa de hospitalização entre os dois grupos. Os sintomas mais comuns foram o aumento da dispneia e aumento da expectoração. **Conclusão:** Apesar do grupo TB ter uma função pulmonar pior, não houve aumento da incidência de hospitalização. A mudança na expectoração e dispnéia foram os sintomas mais comuns,

enquanto febre e hemoptise foram observados em uma menor parcela dos pacientes.

**Palavras-chave:** Bronquiectasias; tuberculose; exacerbações

**PO293 SÍNDROME DE SWYER-JAMES MAC-LEOD: DIAGNÓSTICO DE UM CASO NA VIDA ADULTA.**  
**BRUNA MARABITA;** ENRICO FORTUNATO; JOÃO CARLOS CARLOS DE JESUS; ILMA APARECIDA PASCHOAL; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME; RONALDO FERREIRA MACEDO; MÔNICA CORSO PEREIRA  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

**Introdução:** A síndrome do pulmão hiperlucente unilateral, conhecida como síndrome de Swyer-James Mac-Leod, tem como componente maior uma bronquiolite constrictiva (ou obliterativa) ocorrida na infância, em geral nos primeiros anos de vida. Dano nos bronquíolos terminais gera um desenvolvimento incompleto do tecido alveolar. A hiperlucência se deve à redução do suprimento sanguíneo do pulmão afetado, possivelmente decorrente de vasoconstrição hipóxica secundária à hipoventilação de um dos pulmões. **Relato do caso:** Mulher, 21 anos, branca, com história de tosse seca desde a infância, sem evidências de infecção recorrente na adolescência. Tem antecedente de prematuridade, evoluindo, no quinto dia de vida com enterocolite necrotizante com necessidade de laparotomia exploradora e colectomia (ascendente e transversa). Com um ano de idade apresentou dois episódios de pneumonia, um deles com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Seguiu acompanhamento com a pneumopediatria após essa ocasião, e, com a pneumologia em seqüência. Nega tabagismo, refere síndrome dos ovários policísticos e faz uso de formoterol e budesonida inalatórios. Tem radiografia de tórax de março de 2016 mostrando redução volumétrica e hiperlucência de pulmão direito, e tomografia de tórax de março de 2016 com área fibroatelectásica com bronquiectasias de perimeio em lobo inferior direito e oligoemia em todo campo pulmonar direito. Laudos de exames de imagem prévios (1995, 2000, 2002, 2005, 2009) relatam estes mesmos achados. Realizada cintilografia de perfusão pulmonar que mostrou acentuada redução do parênquima funcionante e da perfusão do pulmão direito (média de perfusão de 14% à direita, sendo 3% no terço superior, 6% no médio e 5% no inferior, e 86% no pulmão esquerdo). Mantida em acompanhamento, com radiografias seriadas e atenção a infecções de repetição, ausentes neste momento. **Conclusão:** As características radiológicas que definem a síndrome de Swyer-James Mac-Leod são a presença de pulmão hiperlucente unilateral com redução de volume e do padrão vascular, e bronquiectasias. Para alguns autores a infecção por adenovírus é a principal causa de bronquiolite obliterativa, porém, outros fatores podem estar envolvidos, como aspiração de corpo estranho, inalação de ácidos, radioterapia, tuberculose e outros agentes infecciosos. O quadro clínico é variável, mas a maioria apresenta infecções pulmonares recorrentes e, ainda, tosse crônica, hemoptise e dispneia. O diagnóstico é feito, normalmente, na infância, diferente do caso relatado, diagnosticado na vida adulta. Diagnósticos diferenciais, como agenesia de artéria pulmonar, caracterizam-se pela hiperlucência no pulmão com volume normal, conseqüente à hiperinsuflação compensatória. A conduta nesses casos é quase sempre clínica, com medidas para prevenção e tratamento das infecções, broncodilatadores e medidas para insuficiência respiratória crônica (oxigenioterapia, reabilitação pulmonar, encaminhamento para transplante).

**Palavras-chave:** Síndrome do pulmão hiperlucente unilateral; síndrome de swyer-james mac-leod; bronquiolite constrictiva

**PO294 DEFICIÊNCIA SELETIVA DE IGM: UMA ETIOLOGIA POUCO RECONHECIDA PARA BRONQUIECTASIAS.**

**JOÃO CARLOS CARLOS DE JESUS<sup>1</sup>; ENRICO FORTUNATO<sup>1</sup>; BRUNA MARABITA<sup>1</sup>; ILMA APARECIDA PASCHOAL<sup>1</sup>; MÔNICA CORSO PEREIRA<sup>1</sup> FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A tomografia de tórax de alta resolução (TC) facilitou o diagnóstico de bronquiectasias, mostrou que esta é uma condição muito mais frequente do que se pensava. Independente da causa, o prejuízo no transporte mucociliar e inflamação crônica nas pequenas vias aéreas são fatores determinantes. As causas mais frequentes são fibrose cística, discinesia ciliar, imunodeficiências (IgG), deficiência de alfa1 antitripsina, aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA), tuberculose, colagenoses e até doença do hospedeiro versus enxerto. A imunodeficiência seletiva primária de IgM está associada com várias manifestações clínicas como infecções de vias aéreas superiores, sinusites, pneumonias, rinite, asma, entre outras. Mas, a sua importância como causa isolada para bronquiectasias ainda não está estabelecida. **Objetivos:** Investigar a deficiência seletiva de IgM como causa de bronquiectasias em adultos e descrever as características clínicas, funcionais e microbiológicas desta população. Métodos Estudo retrospectivo, observacional. Foram revisados os prontuários de pacientes com bronquiectasias definidas por TC, acompanhados no ambulatório de Pneumologia do HC-Unicamp, nos quais a investigação etiológica excluiu deficiência de IgG, fibrose cística, deficiência de alfa-1 antitripsina, ABPA, micobacterioses, e detectada a deficiência de IgM. Coletadas as variáveis clínicas, funcionais, microbiológicas e analisadas as tomografias. Resultados De 200 pacientes com bronquiectasias, foram identificados seis com deficiência seletiva de IgM. Coletas seriadas dos níveis de IgM variaram de 31, 5 a 53 (VR. 57-212mg/dL), enquanto os níveis de IgG se mantiveram normais, 1060 a 1840 (VR. 830-2040mg/dL). A idade variou de 40 a 85 anos, predominaram mulheres (2: 1). Os sintomas principais foram tosse e dispneia. A idade de início dos sintomas variou de 22 a 51 anos e o tempo do início dos sintomas até a primeira consulta no especialista variou de 2 a 35 anos. Todos com distúrbio ventilatório obstrutivo, sendo metade com CVF reduzida. Em todos o acometimento em TC é extenso, mas não há padrão de distribuição de bronquiectasias. Metade dos pacientes é colonizada por *Pseudomonas aeruginosa*. Conclusão Embora pouco descrita na literatura a deficiência seletiva de IgM tem se mostrado uma condição potencial em produzir dano pulmonar, nos pacientes descritos, tal deficiência foi a única causa identificável para o surgimento de bronquiectasias. Até o momento eles têm sido conduzidos clinicamente como aqueles com outras causas ou idiopática, uma vez que não se sabe se haveria benefícios com a reposição de imunoglobulinas. Embora a reposição de imunoglobulinas seja eficiente em reduzir a gravidade das infecções em pacientes com imunodeficiências, é incerto se para este grupo específico haja reposição adequada de IgM, uma vez que a maior concentração no soro de reposição é de IgG. Além disso, não se sabe se tal medida teria algum efeito na evolução clínica e funcional neste grupo de pacientes com bronquiectasias.

**Palavras-chave:** Bronquiectasias; deficiência de igm; imunodeficiência

**PO295 BENEFÍCIO DO USO DA AZITROMICINA EM PACIENTES COM BRONQUIOECTASIA**

**BRENDON DA SILVA SANTANA<sup>1</sup>; JOSÉ ALVARO AMARAL JÚNIOR<sup>1</sup>; HENRIQUE MURAGUCHI<sup>1</sup>; THAIS FERES MOREIRA LIMA<sup>1</sup>; RAYSSA DAIANA SILVEIRA OKORO<sup>1</sup>; MARCELO MARTINS ARAGÃO<sup>1</sup>; POLLIANA CAROLINA DA SILVA SOUZA<sup>1</sup>; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA<sup>1</sup>**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA, SAO LUIS, MA, BRASIL.**

**Introdução:** Estudos anteriores têm demonstrado que a azitromicina pode ser benéfica em pacientes com bronquiectasia devido a sua ação imunomoduladora.

**Objetivo:** Avaliar o benefício do uso contínuo da azitromicina na qualidade de vida, melhora clínica, funcional e na capacidade física de pacientes com bronquiectasia.

**Métodos:** Trata-se de um estudo analítico, observacional e longitudinal. Foram avaliados dois grupos de pacientes com bronquiectasia não fibrocística tratados em um ambulatório de pneumologia de um hospital universitário. Um grupo fez uso da azitromicina na dose de 500 mg por via oral, 3 vezes por semana, durante seis meses. O outro grupo não fez uso da azitromicina. Foram analisados dados clínicos, espirométricos, qualidade de vida e a capacidade física dos pacientes. Os dados foram comparados no início e após 6 meses de tratamento. O teste de T de Student foi utilizado para comparar variáveis numéricas paramétricas. O teste de Qui-quadrado analisou variáveis categóricas independentes e o teste de Friedman foi utilizado para realizar comparações entre variáveis não-paramétricas dependentes. O valor de  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

**Resultados:** No grupo que utilizou a azitromicina houve redução significativa da tosse, dispneia e das exacerbações ( $p < 0,05$ ). No outro grupo, houve aumentada frequência do uso de antibiótico para tratar as crises. Os pacientes que utilizaram a azitromicina, a melhora, embora não significativa, também foi observada ao se analisar os seguintes parâmetros: o Índice de Tiffeneau que variou de 63, 9% para 69% ( $p > 0,05$ ); o Teste de Caminhada de seis minutos, com aumento da distância percorrida em 77, 2m ( $p > 0,05$ ) e melhora em todos os domínios do Questionário de Qualidade de Vida de Saint George ( $p > 0,05$ ). **Conclusão:** Os resultados indicam que os pacientes com bronquiectasia se beneficiam do uso de azitromicina como droga imunomoduladora, principalmente em relação aos parâmetros clínicos relativos a tosse, expeção e dispneia além de reduzir as exacerbações.

**Palavras-chave:** Bronquioectasia; droga imunomoduladora; azitromicina

**PO296 UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE LEICESTER PARA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA TOSSE NA VIDA DE PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS**

**DIVINO APARECIDO PINTO-JUNIOR<sup>1</sup>; MATHEUS RABAHI<sup>2</sup>; MARCELO FOUAD RABAHI<sup>1</sup>**

**1. UFG, GOIANIA, GO, BRASIL; 2. PUC, GOIANIA, GO, BRASIL.**

**Introdução:** Bronquiectasia é uma doença crônica e debilitante, caracterizada por tosse com produção excessiva de muco e exacerbações recorrentes. A tosse é um sintoma persistente para o paciente com bronquiectasia e de se esperar que este tenha um impacto relevante em todos os aspectos da vida dos mesmos, seja para realização de atividades físicas, na saúde psicológica ou nas relações sociais. **Objetivos:** Avaliar o impacto da tosse crônica na vida de pacientes com bronquiectasias. **Métodos:** Trata-se de um



estudo descritivo conduzido com pacientes diagnosticados com bronquiectasias no ambulatório de Pneumologia em um hospital universitário em Goiânia, Goiás. Os prontuários dos pacientes eram revisados e aqueles com diagnóstico de bronquiectasias foram convidados a responderem o questionário de Leicester (LCQ). O Leicester Cough Questionnaire (LCQ), foi desenvolvido para avaliar o impacto da tosse crônica na vida de pacientes e contém 19 perguntas subdivididas em domínios: físico (8 variáveis), psicológico (7 variáveis) e social (4 variáveis). As respostas são quantificadas pelo paciente em uma escala Likert que varia de 1 a 7 pontos. Para o cálculo do LCQ, deve-se realizar uma soma da pontuação das perguntas de cada domínio. Divide-se esse valor pelo número de perguntas do respectivo domínio. O escore total é o resultado da adição dos escores de cada domínio e varia de 3 a 21, sendo que uma pontuação mais próxima de 21 indica um melhor estado de saúde ou uma menor influência da tosse na qualidade de vida do paciente. **Resultados:** Foram avaliados 11 pacientes com média de idade de 46, 91 anos variando entre 17 e 85 anos, com 9 (81, 8%) mulheres e 2 (18, 2%) homens. Com relação a pontuação global do questionário, após a média dos resultados obtidos entre os domínios e a soma das mesmas, a média dos pacientes estudados foi de 12, 73 com valores que podiam variar entre 3 e 21. As médias dentro domínios foi de 4, 17; 4, 13 e 4, 43 quanto as variáveis físicas, psicológicas e sociais, respectivamente. A pergunta 5 do questionário diz respeito a quantas vezes o paciente ficou envergonhado por conta de sua tosse, nesta pergunta 45, 5% dos pacientes afirmaram não ter se envergonhado em nenhum momento, enquanto que 27, 3% afirmaram se sentir envergonhados o tempo todo e estão em uma faixa etária entre 27 e 42 anos. **Conclusão:** A avaliação do paciente com bronquiectasia através do questionário LCQ mostrou como a tosse crônica impacta de forma negativa na vida dos pacientes com bronquiectasias. Neste estudo pudemos perceber que a tosse tem um impacto semelhante nos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Outro ponto importante foi com relação a variável vergonha, onde os pacientes se sentem mais envergonhados por conta da tosse são aqueles que estão em uma fase ativa da vida, com maiores contatos sociais.

**Palavras-chave:** Tosse; questionário; impacto na vida

**PO297 SÍNDROME DE MOUNIER KUHN: RELATO DE CASO ADRIANA CARLA DE MORAIS DANTAS\*; THIAGO COSTA DE ARAÚJO DANTAS; ELIANE PEREIRA DA SILVA UNIVERSIDADE POTIGUAR - UNP, NATAL, RN, BRASIL.**

**Introdução:** O clínico deve ficar atento à ocorrência de resposta terapêutica ineficiente de pneumonia comunitária, pois esse fato tende a apontar para uma diversidade de fatores que podem acarretar em danos irreversíveis ao paciente. Dentre esses fatores, podemos citar patógenos incomuns, prescrição de antibioticoterapia inadequada, imunodeficiências ou alguma deformidade anatômica. Como alteração anatômica responsável pelo aumento da suscetibilidade de desenvolver pneumonias, bem como complicadora da cura da infecção presente, configura-se a Síndrome de Mounier Kuhn, ou traqueobroncopatia congênita. **Relato de caso:** Paciente com 65 anos, com história de dispnéia progressiva aos esforços (MRC 3), ortopnéia, sibilância e tosse cheia produtiva. Ex-tabagista (+/- 45 m/a), abstêmio a +/- 2 anos. Diagnosticado com insuficiência cardíaca e valvopatia aórtica em 2015, HAS e DM tipo 2 há 15 anos. Faz uso regular de formoterol/budesonida. Relata que desde a infância apresenta episódios frequentes de infecções respiratórias, que se intensificaram

após adquirir o hábito de fumar, com utilização média de 4 ciclos de antibiótico ao ano. O resultado da espirometria mostra distúrbio ventilatório obstrutivo moderado, sem resposta ao broncodilatador; Raio X com hiperinsuflação; Tomografia de tórax elucidando traqueobroncomegalia, divertículos traqueais, bronquiectasias cilíndricas em lobo médio, lúgula e lobos inferiores, e enfisema centrolobular em lobos superiores. Foi internado no Hospital Universitário Onofre Lopes para submeter-se a cirurgia de troca valvar aórtica, sendo essa complicada com pneumonia e dificuldade para desmame do ventilador, necessitando de traqueostomia. No decorrer de sua internação, foram diagnosticadas mediastinite e endocardite. Conclusão A Síndrome de Mounier Kuhn foi descrita inicialmente em 1932, sendo caracterizada por acentuada dilatação traqueobrônquica e infecções de vias aéreas superiores recorrentes. Nos indivíduos assintomáticos, a Síndrome de Mounier Kuhn é um achado eventual. Já nos sintomáticos, são comuns pneumonias recorrentes que evoluem para tosse crônica produtiva, podendo cursar com dispnéia aos esforços e hemoptise. No caso supracitado, admite-se que a síndrome foi responsável pela resposta ineficaz da antibioticoterapia, levantando-se a suspeita de que as vias aéreas apresentavam uma possível anormalidade estrutural. O raio X de tórax em perfil é um exame simples e pode ser usado como meio diagnóstico dessa síndrome, através da observação do diâmetro traqueal, porém, a TC de Tórax é mais precisa. Não existe tratamento específico para essa doença. Diagnósticos diferenciais para doenças que cursam com alargamento das vias aéreas inferiores devem ser cuidadosamente analisados, dentre os quais, podemos citar algumas síndromes de causas congênitas como Ehlers-Danlos e de Willians-Campbell. Apesar de rara, a síndrome de Mounier Kuhn deve ser aventada como diagnóstico para pacientes com o quadro clínico semelhante ao exposto.

**Palavras-chave:** Traqueomegalia; bronquiectasias; mounier kuhn

**PO298 AVALIAÇÃO DO SCORE "FACED" COMO PREDITOR DE EXACERBAÇÃO EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROCÍSTICAS**

**LUANA FORTES FARIA\*; RAFAEL KLAS DA ROCHA LEAL; RAQUEL SALLES; WALTER COSTA; LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** As Bronquiectasias compõem um espectro de doença com diferentes formas e gravidades. Desta forma é importante o reconhecimento dos casos mais graves e com pior prognóstico como parte da condução destes pacientes. Recentemente foi validado um escore denominado FACED com o objetivo de determinar a gravidade da doença baseada em análise de critérios clínicos, radiológicos e laboratoriais. **Objetivo:** A frequência de exacerbações possui sabidamente um impacto direto na qualidade de vida e no prognóstico dos pacientes com bronquiectasias. Nosso objetivo é avaliar o escore FACED como preditor de exacerbação em pacientes com bronquiectasias não fibrocísticas do ambulatório do Hospital Universitário Pedro Ernesto. MétodoS Foram realizadas análises retrospectivas dos prontuários dos pacientes acompanhados no ambulatório de bronquiectasias do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. Estes pacientes foram avaliados segundo os critérios e pontuação propostos pelo escore FACED, que utiliza as seguintes variáveis dicotômicas: presença de colonização por Pseudomonas aeruginosa (máx. 1 pontos); dispnéia: ponto de corte grau II na escala MMRC (máx. 1 ponto); percentil VEF1: ponto de corte

em 50% (máx. 2 pontos); Idade: ponto de corte 70 anos (máx. 2 pontos) e número de lobos acometidos: ponto de corte 2. (máx. 1 ponto). **Resultados:** Foram levantadas as informações de 59 pacientes. A idade média foi de 54 anos com predomínio de indivíduos do sexo feminino (70%). Foi identificada pelo menos uma exacerbação no último ano em 24 pacientes (40%). A colonização por *Pseudomonas* foi identificada em 54% dos pacientes com exacerbação em comparação com 28% dos indivíduos que não exacerbaram. O VEF1 médio dos exacerbadores foi de 55% e 62% nos não exacerbadores. O número de lobos acometidos foi de 2, 7 e 1, 8 entre os que apresentaram e não apresentaram agudização da doença respectivamente. A avaliação subjetiva de dispneia pelo índice do mMRC recebeu nota 2 no grupo com exacerbação contra 1 no grupo que permaneceu estável. A pontuação final média do score FACED em ambos os grupos foi 3, 6 e 4, 7 com o valor maior alcançado pelo grupo de pacientes com exacerbação. Pacientes que não apresentaram exacerbação tiveram FACED médio de 3, 69 e os que exacerbaram tem FACED médio de 4, 71 ( $p = 0, 006$ ). **Conclusão:** No nosso grupo estudado o escore FACED se mostrou mais elevado no grupo com exacerbação com significância estatística ( $p = 0, 006$ ), demonstrando que é possível utilizá-lo não só como escore de gravidade, mas também como preditor de exacerbação em pacientes com bronquiectasias. Dentre os critérios avaliados pelo FACED o item com maior relação com a ocorrência de exacerbação foi a colonização por *Pseudomonas*.

**Palavras-chave:** Bronquiectasias; exacerbação; escore faced

**PO299 SÍNDROME DE KARTAGENER - RELATO DE CASO**  
SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA\*; DAIANE AMARO SAMPEDRO;  
RICARDO HADDAD AUADA DE OLIVEIRA; RENATA BONADIO  
GONÇALVES; RONE EDER DE SOUZA SILVA; TIAGO HENRIQUE  
PALMA; VANESSA RODRIGUES UNGARO; PRISCILLA ANGELI BOCCHI  
UNIVERSIDADE DE MARILIA, MARILIA, SP, BRASIL.

**Introdução:** Kartagener caracterizou a tríade de situs inversus, bronquiectasia e sinusopatia crônica como uma entidade clínico-patológica distinta. A síndrome de Kartagener é um subgrupo da síndrome da imotilidade ciliar, também chamada discinesia ciliar primária, causada por uma doença autossômica recessiva rara e apresenta-se na tríade composta por pansinusite crônica, bronquiectasias e situs inversus com dextrocardia. A incidência desta desordem genética é estimada em 1/25. 000 pessoas. Sabe-se que esta síndrome completa é a forma extrema em gravidade da doença dos cílios imóveis, causada por defeitos ciliares em diferentes partes do organismo, a discinesia ciliar primária é uma doença hereditária caracterizada por anormalidades estruturais que comprometem a atividade ciliar normal, com consequências diretas sobre a depuração mucociliar. O Situs inversus é uma alteração congênita rara, caracterizada pelo desenvolvimento das vísceras no lado oposto de sua topografia, como se fosse uma imagem espelhada. **Relato do caso:** F. L., feminina, 30 anos, solteira, católica, brasileira, procedente atual de Marília/SP, gerente comercial. Paciente apresenta história de pneumonias recorrentes há 23 anos (maior frequência de 5 episódios/ano) caracterizadas por: febre (aferida em 40), dispneia de repouso, tosse produtiva com expectoração purulenta, sibilos, rinorréia serosa por vezes hemoptoica e astenia. Entre os quadros referia dispneia aos mínimos esforços (ao tomar banho e pentear o cabelo, SIC), chiado no peito e tosse produtiva com expectoração purulenta em grande quantidade (aproximadamente 200ml SIC), com piora no período noturno

e em altas temperaturas ambientes. Os primeiros sintomas respiratórios, evidenciados durante sua adolescência, eram: congestão nasal, cefaleia frontal, lacrimejamento ocular e edema facial; tendo como diagnóstico sinusite aguda, recebendo antibiótico terapia. Há 10 anos, em dos episódios de pneumonia fora iniciado o acompanhamento especializado, recebendo há 5 anos o diagnóstico de Síndrome de Kartagener, mantendo tratamento contínuo com fisioterapia respiratória, medicamentos via inalatória e oral. Apresenta como antecedentes pessoais: tabagismo passivo por 27 anos, etilismo social, nega tabagismo ativo e doenças de base, nega antecedentes familiares de mal formações e/ou doenças graves respiratórias. Em sua história clínica houveram 2 internações, sendo a última há 15 anos, onde foram solicitados avaliação por Tomografia computadorizada de alta resolução dos seios da face e tórax, observando-se: sinais de sinusopatia crônica, situs inversus com dextrocardia e bronquiectasias em segmento inferior do lobo superior direito e no lobo médio esquerdo, este último associado a importante redução volumétrica do mesmo. **Conclusão:** O prognóstico da síndrome relatada é geralmente bom e a grande maioria dos pacientes tem expectativa de vida próxima do normal. Levando em consideração que a Síndrome de Kartagener se caracteriza por situs inversus, sinusite crônica, otite média serosa e processos pulmonares. O caso relatado apresenta possibilidades de se enquadrar na síndrome acima descrita devido à correlação dos achados clínicos e de imagem com a etiopatogenia da síndrome descrita. Porém para o diagnóstico definitivo, é necessária a obtenção de exames complementares para verificação da movimentação ciliar através de microscopia eletrônica.

**Palavras-chave:** Situs inversus; bronquiectasia; sinusopatia cronica

**PO300 SÍNDROME DE MOUNIER KÜHN**  
RICARDO DOMINGOS DELDUQUE\*; FLÁVIO HENRIQUE SILVA  
ZAGO; DIEGO DE PAULA FERREIRA NUNES; FERNANDA RIGO  
STANZANI; RENATO EUGENIO MACCHIONE; ROGERIO LIMA DUARTE  
FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA, SP,  
BRASIL.

**Introdução:** A síndrome de Mounier-Kuhn é caracterizada por dilatação traqueobrônquica secundária a atrofia de tecidos muscular e elástico das paredes da traqueia e dos brônquios principais, mais prevalente em homens. Sua descrição aponta para origem congênita e pode estar associada a diversas malformações. Clinicamente, alguns casos são diagnosticados acidentalmente, porém comumente apresenta-se com infecções respiratórias crônicas, tosse produtiva ou seca, escarro purulento, dispneia e hemoptise, que podem incidir desde a infância. O diagnóstico é principalmente tomográfico, com o diâmetros transversos da traqueia e brônquios principais direito e esquerdo, sendo maiores que 3 cm, 2, 4 cm e 2, 3 cm respectivamente. **Relato de caso:** M. L. B., feminina, 50 anos, com quadro de dispneia, febre, tosse com expectoração purulenta e dor torácica. Tabagista 50 maços-ano, com 10 pneumonias desde a infância. Relatava tosse crônica entre as pneumonias. Ao exame - emagrecida, desidratada, taquipneica - 24 irpm - febril. AR - sibilos difusos e estertores em região axilar esquerda. Foi internada, recebendo antibioticoterapia empírica - Levofloxacina - corticoterapia EV, nebulizações com fenoterol + ipratrópio e fisioterapia respiratória. Rx de tórax com opacidades nodulares em lobos inferiores e TC com atelectasia sub-segmentar lingula e nódulos com padrão de árvore em brotamento em lobos inferiores,

divertículos traqueais e aumento importante de traqueia e brônquios fontes. Feito diagnóstico de Broncopneumonia e Síndrome de Mounier-Kühn. Feita broncoscopia com dilatações importantes de traqueia, brônquios principais e brônquios segmentares. Espirometria compatível com distúrbio inespecífico com estudo dos volumes pulmonares mostrando aumento do volume residual. Ainda na internação, prescrita terapia anti-tabágica que foi mantida após a alta. Indicadas imunizações para pneumonia, influenza e pertussis, além de manutenção de fisioterapia respiratória com ênfase em drenagem postural. Há 2 anos, não apresenta mais pneumonia, com boa melhora da tosse crônica. **Discussão:** O caso apresentado foi de uma mulher de 50 anos, com tosse crônica e pneumonias de repetição desde a infância, HIV- negativo e tabagista de longa data. Os sintomas de tosse crônica eram atribuídos exclusivamente ao cigarro e as pneumonias, ao acaso. Certamente o hábito tabágico colabora para a tosse e para a pneumonia, porém, pneumonias de repetição dever ser investigadas para imunodeficiências congênitas ou adquiridas e fatores mecânicos como tumores, sequestros pulmonares, bronquiectasias, DRGE ou anomalias congênitas. Outras doenças podem ser confundidas com a Síndrome de Mounier-Kühn como fibrose cística, Síndrome de Williams-Campbell e Síndrome de Ehlers-Danlos, além de doenças traqueais como traqueobroncopatia osteocondroplástica. Em suma, embora rara, o diagnóstico de Mounier-Kühn, deve ser lembrado em casos de infecções pulmonares de repetição ou pouco responsivas ao tratamento. **Referências:** 1. Genta PR, Costa MV, Stelmach R, Cukier A. A 26-yr-old male with recurrent respiratory infections. *Eur Respir J.* 2003;22(3): 564-7. 2. Woodring JH, Howard RS II, Relun SR. Congenital tracheobronchomegaly (Mounier-Kuhn syndrome): a report of 10 cases and a review of the literature. *J Thorac Imaging.* 1991;6(2): 1-10. 3. Marom EM, Goodman PC, McAdams HP. Diffuse abnormalities of the trachea and main bronchi. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;176(3): 713-7.

**Palavras-chave:** Mounier-kühn; traqueobroncomegalia; pneumonias de repetição

### **PO301 COMPARAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EM PACIENTES ADULTOS COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROCÍSTICA CLINICAMENTE ESTÁVEIS QUE APRESENTAM OU NÃO APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO – ESTUDO OBSERVACIONAL.**

**NEWTON SANTOS FARIA JUNIOR\*<sup>1</sup>; LUIS VICENTE FRANCO OLIVEIRA<sup>2</sup>; ANGELA HONDA<sup>3</sup>; OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO<sup>3</sup>; JOSÉ ROBERTO JARDIM<sup>3</sup>; ROBERTO STIRBULOV<sup>4</sup>**

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, DIVINÓPOLIS, MG, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4. FACULDADE DE MEDICINA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Embora a literatura apresente pesquisas sobre o sono e pacientes com outras doenças respiratórias, a relação entre distúrbios do sono e bronquiectasias não fibrocística não está bem descrito, assim como a presença de apneia obstrutiva do sono (AOS). Existem somente dois artigos envolvendo bronquiectasias e sono e, em nenhum deles, foi realizado a Polissonografia noturna completa (PSG), exame padrão-ouro para AOS. **Objetivo:** Comparar as características clínicas de pacientes adultos com bronquiectasias não fibrocística clinicamente estáveis, que apresentam ou não AOS. Método: Um estudo observacional transversal foi realizado com 49 pacientes com diagnóstico clínico de bronquiectasias não fibrocística.

Todos os pacientes foram submetidos à avaliação clínica, espirometria, PSG. Para o tratamento estatístico, foi utilizado o software estatístico SPSS 13. 0® (Chicago, IL, USA). O nível de significância estatística foi definido em 5% para todos os testes ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** A média de idade foi de 50,  $3 \pm 13$ , 6 anos; 51, 1% dos pacientes eram do sexo masculino e apresentavam um índice de massa corporal médio de  $23, 8 \pm 3$ , 4 kg / m<sup>2</sup>. Nós dividimos todos os 49 pacientes em dois grupos de acordo com a presença (IAH > 5) ou ausência (IAH  $\leq$  5) da AOS. A comparação dos grupos (AOS vs. não-AOS) demonstraram diferença estatisticamente significativa na circunferência do pescoço, presença de colonização de *Pseudomonas aeruginosa* e alto risco para AOS (maiores valores no grupo AOS), SpO<sub>2</sub> mínima noturno, índice de dessaturação de oxihemoglobina (IDO)/h e tempo total de sono (TTS) < SpO<sub>2</sub> 90% (menores valores no grupo AOS). O VEF1% predito não apresentou diferença estatisticamente significativa para presença ou não de SAOS, porém no grupo SAOS o valor foi < 50% do predito, que é um preditor de severidade para bronquiectasias. Outro preditor de severidade, a presença de *Pseudomonas aeruginosa*, foi maior nos pacientes com AOS ( $p = 0,026$ ). Além disso, pacientes com bronquiectasias não fibrocística com colonização por *Pseudomonas aeruginosa* apresentaram maior IAH e alterações de oxigenação, com maior IDO e TTS < SpO<sub>2</sub> 90% e menor SpO<sub>2</sub> mínima. No grupo AOS, a circunferência de pescoço, IDO/h, TTS < SpO<sub>2</sub> de 90%, e colonização *Pseudomonas aeruginosa* foram maiores e SpO<sub>2</sub> mínima noturna foi menor em comparação com os valores correspondentes no grupo sem AOS. **Conclusão:** Pacientes adultos clinicamente estáveis com bronquiectasias não fibrocística com AOS apresentaram, em relação aqueles sem a presença de AOS, maiores valores de circunferência do pescoço, presença de colonização de *Pseudomonas aeruginosa* e alto risco para AOS, além de menores SpO<sub>2</sub> mínima noturno, índice de dessaturação de oxihemoglobina (IDO)/h e tempo total de sono (TTS) < SpO<sub>2</sub> 90%.

**Palavras-chave:** Bronquiectasia; sono; síndromes da apneia do sono

## **PLEURA**

### **PO302 DERRAME PLEURAL INDUZIDO POR MEDICAMENTOS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

**MATHEUS RABAHI\*<sup>1</sup>; LUCIANA VILELA GOMIDE<sup>2</sup>; PEDRO PAULO TEIXEIRA E SILVA TORRES<sup>3</sup>; MARCELO FOUD RABAHI<sup>2</sup>**

1. PUC-GO, GOIANIA, GO, BRASIL; 2. FM-UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 3. UNIEVANGÉLICA, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A presença de derrame pleural representa uma importante causa de sintomas respiratórios, sendo a busca pela etiologia mandatória para uma correta abordagem terapêutica. Pode ser decorrente de infecções bacterianas, tuberculose ou neoplasia, entretanto existem casos de derrame pleural onde o diagnóstico não é possível. Algumas drogas tem sido implicadas nessa etiologia. **Relato do caso:** Paciente masculino 80 anos, retorna para consulta de acompanhamento com relato de ter apresentado episódio de pneumonia com derrame pleural há 3 meses, na ocasião apresentou tosse seca e dor torácica, o laudo radiológico descreveu opacidade mal definida e derrame pleural à esquerda. Fez uso de levofloxacina 750mg por 10 dias, com discreta melhora do quadro. A dor torácica persistiu nas duas semanas seguintes, quando foi realizado nova radiografia de tórax, com persistência do derrame pleural à esquerda. Em

seguida, foi submetido à angiogramografia computadorizada de tórax, ocasião em que o tromboembolismo pulmonar (TEP) foi descartado. Fez uso de moxifloxacina por 10 dias. O derrame, não obstante, persistiu e um mês após o referido tratamento, adquiriu maior dimensão. Nesse ínterim, relatou inapetência e perda de 2 kg. Refere as seguintes patologias progressas: hipertensão arterial em uso de losartana 5mg/anlodipino 100mg por dia, fibrilação atrial em uso de amiodarona 200mg/dia, Hipotireoidismo (secundário à amiodarona) em uso de puran T4 e apneia obstrutiva do sono (AOS) em uso regular do CPAP, sendo que à época do diagnóstico da AOS foi sugerido que houvesse re-avaliação do uso da amiodarona. Frente à situação descrita, a conduta foi a toracocentese sob a impressão diagnóstica de tuberculose pleural. O resultado da análise do líquido pleural evidenciou exsudato, adenosina deaminase normal, e a citologia oncológica não descreveu o predomínio de nenhum tipo de células, em seguida foi realizado pleuroscopia com biópsia e após análise cito e histopatológica o único achado representativo foi a presença de macrófagos espumosos. Dessa forma, após a exclusão de outras causas, foi feita a suspeita diagnóstica de efusão pleural consequente ao uso da amiodarona, sendo suspenso a medicação e prescrito prednisolona 0, 5mg/kg por dia. Houve melhora progressiva do quadro clínico e resolução completa do derrame pleural constatado em TC tórax realizada dois meses depois. **Discussão:** Apesar de incomum, o diagnóstico de derrame pleural induzido por medicamentos é desafiador. Cinco mecanismos estão envolvidos: (1) hipersensibilidade ou reação alérgica; (2) efeito tóxico direto; (3) aumento da produção de radicais livres de oxigênio; (4) supressão de antitoxinas defensivas; (5) inflamação induzida quimicamente. A amiodarona é um antiarrítmico e seus efeitos são extensivos, portanto, qualquer órgão pode ser afetado. Reações adversas pulmonares podem acontecer em 6% dos pacientes, como infiltrados alveolares e intersticial bem como espessamento pleural e, em casos mais raros, nódulos pulmonares e derrame pleural. Pacientes em uso de amiodarona que apresentam dor pleurítica e desenvolvem efusão exsudativa pleural sem outra explicação devem ter o medicamento como possibilidade etiológica. Esse raciocínio é importante para o diagnóstico e manejo adequados, uma vez que a deterioração é perpetuada se a droga não for interrompida. Faz-se mandatório considerar esse diagnóstico diferencial frente a pacientes com de derrame pleural refratário ao tratamento.

**Palavras-chave:** Derrame pleural; amiodarona; diagnóstico

**PO303 TERAPIA-ALVO INTRAPLEURAL (ANTI-VEGF AND ANTI-EGFR) REDUZ O DERRAME PLEURAL MALIGNO E MORBIDADE EM MODELO EXPERIMENTAL DE ADENOCARCINOMA**

**LISETE RIBEIRO TEIXEIRA\*<sup>1</sup>; VANBSSA ADÉLIA ALVARENGA<sup>1</sup>; JULIANA PUKA<sup>1</sup>; GABRIELA HIDAÇA SILVA<sup>1</sup>; GABRIELA MACEDO BENEDITO<sup>1</sup>; EVALDO MARCHI<sup>2</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>3</sup>; MILENA M P ACENCIO<sup>1</sup>**

1. LABORATÓRIO DE PLEURA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O câncer de pulmão é a principal causa de morte por câncer em todo o mundo e o adenocarcinoma é o tipo celular mais comum. Muitos pacientes apresentam derrame pleural em um estágio avançado da doença, com alta morbidade e mortalidade. Entretanto, a patogênese do

derrame pleural maligno é ainda pouco compreendida e as opções terapêuticas são limitadas. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da terapia intrapleural com anti-VEGF e anti-EGFR em modelo experimental de derrame pleural maligno. **Métodos:** Cento e vinte camundongos C57BL/6 receberam injeção intrapleural de 0, 5x10<sup>5</sup> células *Lewis Lung Carcinoma* (LLC). Os animais foram divididos em quatro grupos que receberam injeção intrapleural de anti-VEGF, anti-EGFR, anti-VEGF + anti-EGFR ou PBS (controle) após 3, 7, 10 e 14 dias da indução da neoplasia pleural. Dez animais de cada grupo foram observados até a morte para a avaliação da curva de sobrevivência. Oitenta animais foram submetidos à eutanásia após 7, 10, 14 ou 21 dias. Foram avaliados o peso (g), a mobilidade (escore 0-3), o volume de líquido pleural recuperado (mL) dos animais, além da presença de tumor na pleura e pericárdio, células inflamatórias no parênquima pulmonar, alterações histológicas no rim, fígado e baço. Apoptose tumoral (TUNEL) e a proliferação (PCNA) foram também avaliados por escores (0-4). Análise estatística: One Way ANOVA, Kaplan-Meier, p < 0, 05. **Resultados:** Na análise de sobrevivência, a carcinomatose pleural foi letal com sobrevivência máxima de 25 dias, sem diferença estatística entre os grupos (p = 0, 739). Redução de peso corporal dos camundongos foi observada em todos os grupos após 21 dias (p < 0, 05). No entanto, a mobilidade dos animais foi melhor nos grupos que receberam anti-EGFR (p = 0, 026). O volume de líquido pleural foi maior no grupo controle durante todo o tempo do estudo (p = 0, 010). Implantes tumorais na pleura foram mais evidentes no grupo controle em comparação com os demais grupos após 14 dias (p = 0, 001). A inflamação pulmonar parenquimatosa foi mínima em todos os grupos, entretanto, foi observada infiltração neoplásica no parênquima pulmonar somente em alguns animais independente do tratamento instituído. A avaliação histológica do pericárdio e do músculo cardíaco demonstrou implantes tumorais principalmente após 21 dias no grupo controle. Esteatose hepática e renal foi observada após 14 dias no grupo controle (p < 0, 001). Hiperplasia de polpa branca foi notada em todos os tempos de avaliação com maior evidência no 21º dia no grupo controle (p < 0, 001). Altos índices de apoptose e menores índices de proliferação tumoral foram observados nos grupos que receberam tratamento com anti-EGFR e anti-VEGF + anti-EGFR. **Conclusão:** Neste modelo experimental, as terapias-alvo reduziram significativamente o volume de líquido pleural, morbidade e parâmetros histológicos principalmente nas terapias com anti-EGFR, embora a sua ação não aumentou a sobrevivência dos animais. APOIO: FAPESP, CNPq, Fundação Zerbini

**Palavras-chave:** Derrame pleural maligno; terapia-alvo; adenocarcinoma de pulmão

**PO304 PRODUÇÃO DE MEDIADORES INFLAMATÓRIOS E INDUÇÃO DE APOPTOSE EM CÉLULAS MESOTELIAIS E NEOPLÁSICAS EXPOSTAS A PARTÍCULAS DE TALCO**

**LISETE RIBEIRO TEIXEIRA\*<sup>1</sup>; VANBSSA ADÉLIA ALVARENGA<sup>1</sup>; ZENAIDE SALES NUNES BRITO<sup>1</sup>; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES<sup>1</sup>; ROBERTO ONISHI<sup>1</sup>; EVALDO MARCHI<sup>2</sup>; MILENA M P ACENCIO<sup>1</sup>**

1. LABORATÓRIO DE PLEURA DA DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL.

**Introdução:** O derrame pleural maligno é um envolvimento do espaço pleural frequentemente associado a metástases em que os sítios primários como pulmão e mama são comuns. A indução de pleurodese com talco é o método

mais utilizado para prevenir a recorrência de derrame pleural maligno. É ainda motivo de discussão fisiopatológica o papel da resposta inflamatória produzida por células pleurais mesoteliais (CMP) e células neoplásicas e a relação destas células com a eficácia da pleurodese induzida por talco. **Objetivo:** Determinar o papel do CMP e / ou células neoplásicas na fase inicial e regulação da resposta inflamatória aguda após a instilação de talco através da produção de mediadores inflamatórios e apoptose. **Métodos:** Culturas de CMP de humanos extraídas a partir de líquido pleural transudativo e linhagens celulares de adenocarcinoma de pulmão (A549) e de mama (MCF7) obtidas da American Type Culture Collection (ATCC) foram divididas em 5 grupos: (1) 100% de CMP; (2) 100% de A549 ou MCF7; (3) 25% de CMP + 75% de A549 ou MCF7; (4) 50% de cada linha celular e (5) 75% de CMP + 25% de A549 ou MCF7. Todos os grupos foram expostos a 48mm/cm<sup>2</sup> de talco por 48 horas. Foram avaliados os níveis de IL-1beta, IL-6 e TNF-RI (ELISA) e o percentual de apoptose (TUNEL). Análise estatística: One Way Anova, p < 0,05. **Resultados:** A produção de IL-6 foi mais elevada na cultura de 100% CMP, diminuindo progressivamente de acordo com os menores percentuais de CMP; a cultura que continha apenas A549 ou MCF7 tiveram os mais baixos níveis dessa citocina. As maiores concentrações de IL-1beta e TNF-RI foram obtidas quando se associou CMP com A549 ou MCF7. Os níveis mais baixos de IL-1beta e TNF-RI foram observados na cultura somente com as células neoplásicas. Por outro lado, a porcentagem de apoptose foi mais evidente nas culturas de 100% células neoplásicas de pulmão ou mama (MCF7 ou A549). **Conclusões:** O contato do talco com o mesotélio é fundamental para o início do processo inflamatório com a produção de mediadores que levam à inflamação pleural. Esses dados também permitem observar que o talco tem ação nas células neoplásicas induzindo maiores índices de apoptose que em células mesoteliais normais, contribuindo assim para um melhor controle do derrame pleural maligno. Apoio: FAPESP, CNPq

**Palavras-chave:** Células mesoteliais; pleurodese com talco; neoplasia

#### **PO305 RARA METÁSTASE PLEURAL DE MELANOMA UVEAL POSTERIOR: RELATO DE CASO**

**LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR<sup>1</sup>; DULCE GISELLA DA SILVA CÂMARA BARROSO<sup>1</sup>; FLAVIA MATOS SALAME<sup>2</sup>**

**1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - UFAM, MANAUS, AM, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.**

**Introdução:** Ao longo das últimas décadas a incidência de melanoma maligno vem crescendo. De acordo com os dados fornecidos pela OMS, cerca de 132 mil casos estão sendo diagnosticados a cada ano no mundo. O melanoma ocular é o segundo tipo mais comum, sendo a localização uveal a mais incidente, compreendendo 82, 5% dos casos. Metástases tardias podem disseminar em qualquer órgão, mas há uma propensão mais elevada para fígado (93%), seguido de pulmão (24%) e ossos (16%). Focos pleurais metastáticos são raros. **Relato de caso:** W. P. S., sexo masculino, 44 anos, iniciou quadro de diminuição da acuidade visual associado a dor intensa, sendo diagnosticado com melanoma ocular em olho direito. Foi realizada enucleação, cujo laudo histopatológico confirmou tratar-se de melanoma em região uveal posterior. O paciente foi submetido a rastreamento para metástase através de PET SCAN oncológico, que não evidenciou alterações. Após 01 ano e 06 meses, apresentou quadro de febre noturna, associado à síndrome consumptiva e mialgia

intensa. Evoluiu com tosse seca, dispnéia e hiporexia. Ao exame físico apresentava taquipnéia, murmúrio vesicular e frêmito tóracovocal abolidos em terço médio e base de pulmão direito, além de taquicardia. A radiografia de tórax demonstrou derrame pleural de grande volume em hemitórax direito, sendo indicada toracocentese diagnóstica e de alívio, com retirada de 1.500 ml de líquido de aspecto enegrecido. A citologia oncológica mostrou-se negativa. A tomografia computadorizada de tórax apresentou lesões multifocais pleurais à direita, à esquerda e justacardiacas. A videotoracoscopia evidenciou múltiplas lesões metastáticas, de até 6cm, em pleura parietal e visceral, cuja biópsia, seguida de estudo histopatológico, identificou melanoma metastático em pleura. Foi realizado rastreamento para outros focos metastáticos através de tomografias seriadas que não demonstraram lesões suspeitas. Conclusão Metástases pleurais por melanoma ocular são raras e a ausência de sintomas em seus estágios iniciais pode atrasar o diagnóstico. O prognóstico é reservado e há risco de sangramento local. A busca ativa de alterações pleurais em exames de seguimento deve fazer parte da rotina nesse perfil de paciente. O paciente segue em tratamento clínico em unidade de referência em oncologia.

**Palavras-chave:** Metástases pleurais; melanoma uveal; derrame pleural

#### **PO306 MIXOMA PLEURAL: RELATO DE CASO**

**JOÃO CARLOS CARLOS DE JESUS<sup>1</sup>; VICTOR MILITÃO VINHAS LOPES; BRUNA MARABITA; ENRICO FORTUNATO; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO; MAURICIO WESLEY PERROUD; LAIR ZAMBON; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Mixomas são lesões benignas que raramente geram metástases à distância. Esse tipo de lesão é mais comum em cavidades cardíacas como atrial. O tratamento de eleição é exérese cirúrgica com margens pela infiltração local dos mesmos. O intuito de relatar esse caso é a raridade da localização da lesão bem como discutir a conduta a ser instituída. **Relato:** Paciente masculino, 69 anos, hipertenso, diabético. Assintomático, realizou radiografia de tórax de rotina, que evidenciou opacidade homogênea justa pleural à direita. Paciente sem alterações ao exame físico. Foi encaminhado ao serviço de Pneumologia, onde foi realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax, na qual foi observado nódulo pleural à direita, bem delimitado, medindo 4,5 cm x 2,3 cm com aparente extensão para musculatura intercostal e costela. Realizada biópsia percutânea guiada por TC, cujo anatomopatológico evidenciou degeneração mixoide do estroma compatível com mixoma, paucicelular, sem atipias, com feixes de musculatura esquelética. Encaminhado a Cirurgia Torácica para exérese da massa. **Discussão:** Os mixomas pleuro-pulmonar são lesões benignas de crescimento lento frequentemente assintomáticas, descobertas incidentalmente em exames de imagem de rotina. Na TC se evidenciam lesões bem definidas, de baixa densidade, com discreta captação de contraste iodado. Na Ressonância Magnética, são lesões homogeneamente hipodensas em T1 e extremamente hiperdensas em T2, sendo a presença de uma cápsula de gordura ou edema perilesional altamente sugestivas do diagnóstico. O diagnóstico definitivo é histopatológico com identificação células estreladas e arranjo irregular de fibras reticulares em uma matriz mucoide composta por ácido hialurônico. As lesões são bem delimitadas, mas apresentam infiltração microscópica. Outros elementos como condroblastos, rabiomioblastos ou lioblastos excluem

o diagnóstico de mixoma e sugerem, por outro lado, degeneração mixoide de outros tumores malignos, como sarcomas e mesenquimomas. Os principais diagnósticos diferenciais são: lipossarcoma mixoide, condrossarcoma mixoide, histiocitoma fibroso mixoide maligno, hamartoma, angiomiolipoma e lipoma. O tratamento de escolha é excisão cirúrgica com margens extensas, sendo a recorrência rara. Sugere-se excisão de uma pequena porção da musculatura perilesional para prevenir recorrência local, pois mixomas intramusculares tendem a ser infiltrantes e suas bordas podem se estender além das margens visíveis. Não há relatos de metástases a distância ou transformação maligna.

**Palavras-chave:** Mixoma; pleura; nódulo pleural

### **PO307 TORACOCENTESE E BIÓPSIA PLEURAL GUIADAS POR ULTRASSONOGRÁFIA TORÁCICA EM PACIENTES DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO**

**THIAGO THOMAZ MAFORT\***; **THAIS JACHELLI CORREA**; **MARIANA ALMEIDA SILVA**; **ANA CAROLINA OLIVEIRA SOARES**; **RAQUEL DA SILVA CORRÊA**; **BRUNA MACEDO PINTO**; **LUCIANA SILVA RODRIGUES**

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O uso da ultrassonografia torácica aprimorou o manejo dos pacientes com doenças pleurais, permitindo uma avaliação dinâmica, com ausência de radiação, portabilidade e menor taxa de complicações, entre elas principalmente o pneumotórax. Também apresenta melhor sensibilidade na detecção de derrame pleural quando comparado à radiografia de tórax. Porém, é um método diagnóstico operador dependente e de limitada janela acústica (espaço intercostal). Nosso objetivo é relatar uma série de casos de paciente encaminhados para o setor de doenças pleurais abordados com ultrassonografia, toracocentese e, quando possível, biópsia pleural por agulha de Cope e o rendimento desses procedimentos. **Métodos:** Foram avaliados dados de 49 pacientes no período de março de 2015 a julho de 2016. Todos realizaram ultrassonografia torácica com marcação do local para punção imediatamente antes do procedimento. Os dados foram coletados a partir da observação retrospectiva de prontuários e questionários próprios do Serviço. **Resultados:** No total foram realizadas 49 toracocenteses. 30 pacientes eram masculinos e 19 eram femininos. A média da idade foi de 52, 2 anos (20-88). Do total de 49 indivíduos, 9 (18, 4%) eram negros, 21 (42, 8%) eram pardos, 18 (36, 8%) eram brancos e 1 (2%) era indígena. Em relação aos achados da ultrassonografia, 11 pacientes tiveram a classificação do exame como complexo não septado, 6 tiveram a classificação de complexo septado, 28 foram classificados como homogeneamente ecogênico e 4 não foram classificados. Foi evidenciado exsudato em 41 pacientes, transudato em 5 e em 3 pacientes não foi possível a classificação. Nos casos de transudato os diagnósticos firmados foram: insuficiência renal 1; insuficiência cardíaca 2; neoplasia 1; e inconclusivo 1. 26 pacientes foram submetidos a toracocentese + biópsia pleural. A biópsia não foi realizada nos demais pacientes por intolerância ao procedimento ou pela ausência de líquido livre (evidenciada pelo US pré procedimento) ou por presença de alteração na coagulação. O procedimento combinado (toracocentese + biópsia) propiciou diagnóstico em 20 pacientes (76, 9% dos casos). Nos 23 pacientes que não realizaram biópsia, apenas 12 obtiveram diagnóstico (52, 1% dos casos). Em 17 pacientes o resultado foi inconclusivo. **Discussão:** A ultrassonografia de tórax pré procedimento de toracocentese e biópsia pleural é uma ferramenta útil no diagnóstico e propedêutica do paciente com derrame pleural. Conforme observado em

ossos pacientes, pudemos reduzir o risco da radiação ao excluirmos do nosso protocolo a radiografia de tórax antes e após procedimento. Muitas vezes o doente chegava ao serviço com radiografia não compatível com a USG realizada em tempo real, evitando dessa forma procedimentos desnecessários e até mesmo de risco ao paciente. Também passamos a dispor da análise ultrassonográfica pós procedimento, principalmente visando excluir a presença de complicações. Além dessas vantagens, pudemos aumentar o número de biópsias pleurais com agulha de Cope, o que aumentou consideravelmente o rendimento diagnóstico, quando comparamos com os exames realizados apenas com toracocentese. **Conclusão:** A ultrassonografia de tórax é um exame de fácil realização técnica, porém examinador dependente. Reduz os riscos de pneumotórax inerentes ao procedimento, assim como a exposição à radiação, aumenta o número de exames com biópsia pleural o que leva ao diagnóstico mais rápido dispensando outros métodos mais invasivos.

**Palavras-chave:** Ultrassonografia; torocentese; biópsia pleural

### **PO308 RELATO DE CASO DE HEMOTÓRAX ESPONTÂNEO, UMA URGÊNCIA DE DIFÍCIL MANEJO**

**RONILZE LAURA ARRUDA DE MORAES\*<sup>1</sup>**; **THAYSSA VITURI FAGLIONI<sup>2</sup>**; **NELSON ARAUJO VEGA<sup>3</sup>**; **ELISA SEBBA TOSTA DE SOUZA<sup>3</sup>**

1. HOSPITAL SANTA CASA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2. SANTA CASA RIBEIRÃO PRETO, MATÃO, SP, BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Hemotórax espontâneo é uma subcategoria de hemotórax que envolve o acúmulo de sangue no espaço pleural na ausência de trauma e sem outras causas óbvias. A apresentação clínica é variável e inclui uma rápida progressão dos sintomas, podendo evoluir com instabilidade hemodinâmica e choque hipovolêmico. Hemotórax espontâneo é comumente associado à formação de aderências na cavidade pleural. O hemotórax espontâneo pode ser secundário à hemopneumotórax, que é a etiologia mais comum, coagulopatias congênitas (ex. hemofilias) ou decorrentes do uso de drogas anticoagulantes e trombolíticas, alterações vasculares, neoplasias e miscelâneas. Apresenta-se caso de hemotórax espontâneo em homem de 43 anos, tabagista, com história prévia de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e em uso de antiplaquetários. **Relato de caso:** Homem, 43 anos, branco, jornalista, iniciou dor torácica súbita em região esternal e inframamária direita de início há cinco horas. Dor em pontada, contínua e de forte intensidade. Evoluiu com dispnéia e hemoptise de moderada quantidade. Antecedentes de tabagismo (105 anos/maço), Hipertensão Arterial Sistêmica, três IAM prévios e tuberculose pulmonar há 20 anos. Medicamentos em uso: atenolol, sinvastatina, ácido acetilsalicílico e clopidogrel. Ao exame, encontrava-se em regular estado geral, taquipnéico, descorado (+++/4+), afebril, acianótico e com saturação periférica de O<sub>2</sub> de 99% (com máscara de reservatório de O<sub>2</sub>). Ausculta pulmonar abolida em terço inferior de hemitórax direito e com estertores grossos em terço médio. Os exames de imagem demonstraram opacidade pleural heterogênea de moderado volume, compatível com hemotórax e presença de coágulos à direita, associada a áreas de atelectasia pulmonar e sequela de tuberculose em ápice direito. A hemoglobina inicial foi de 11, 8 g/dL e após 18 horas diminuiu para 7, 6 g/dL. Realizou arteriografia pulmonar e brônquica que não evidenciou sangramento ativo ou outras

alterações. Indicado toracotomia exploradora direita com drenagem de hemotórax e retirada de grande quantidade de coágulos. Lavagem da cavidade com soro fisiológico 0,9%. Não observado sangramento ativo no intra-operatório. Visualizada expansão pulmonar e feito rafia de lesão cística em lobo inferior direito. Evoluiu sem intercorrência no período pós-operatório (PO), recebendo alta hospitalar cinco dias após o procedimento cirúrgico. Está em seguimento ambulatorial há 16 meses e não foi diagnosticada doença ou coagulopatia associada. A principal hipótese diagnóstica foi de hemotórax espontâneo secundário a uso de antiplaquetário em paciente com aderências por sequela de Tuberculose. Conclusão Pacientes sem história de traumatismos torácicos podem desenvolver hemotórax espontâneo. Há diferentes causas de hemotórax espontâneo e identificar a etiologia é fundamental para o prognóstico e tratamento.

**Palavras-chave:** Hemotórax espontâneo; aderências pulmonares; antiplaquetários

## CÂNCER

### **PO309** 13 GENES ENVOLVIDOS NA TRANSIÇÃO EPITÉLIO-MESENQUIMAL DESPONTAM COMO POTENCIAIS BIOMARCADORES PARA DETECÇÃO DE METÁSTASE EM CARCINOMAS NEUROENDÓCRINOS DE PULMÃO

**TABATHA GUTIERREZ PRIETO<sup>1</sup>; VANESSA KAREN DE SÁ<sup>2</sup>; ELOISA HELENA RIBEIRO OLIVIERI<sup>2</sup>; EDUARDO CAETANO ALBINO DA SILVA<sup>3</sup>; RUI MANUEL REIS<sup>3</sup>; DIRCE MARIA CARRARO<sup>2</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>1</sup>**

1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. AC CAMARGO CANCER CENTER, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL.

**Introdução:** A metástase encontra-se fortemente associada ao grande número de mortes por câncer de pulmão, razão pela qual é imprescindível conhecer as múltiplas vias de sinalização envolvidas em seu mecanismo. Carcinomas neuroendócrinos (CNE) abrangem um amplo espectro de tumores. As variantes neuroendócrinas compreendem desde os tumores de baixo grau, como o carcinóide típico (CT) e o carcinóide atípico (CA), até os tumores de alto grau, como o carcinoma neuroendócrino de grandes células (CNGC) e o carcinoma neuroendócrino de pequenas células (CNPC). Os CNE de baixo grau são indolentes, ao passo que os CNE de alto grau são mais invasivos e metastáticos. Devido à complexidade atribuída à variante neuroendócrina, biomarcadores capazes de determinar sua agressividade ainda não tiveram sua eficácia totalmente validada. Nesse contexto, uma assinatura gênica que compreende os genes da transição epitélio-mesenquimal (EMT) envolvidos no mecanismo de invasão e metástase tumoral surge como potencial biomarcador. **Objetivo:** Avaliar a diferença entre as expressões dos genes da EMT em CNE e a suas variantes histológicas, bem como verificar a existência de impacto da expressão sobre o comportamento e o grau de agressividade dos tumores. **Métodos:** Incluíram-se no estudo pacientes diagnosticados com CNPC (n = 10), CNGC (n = 5), CA (n = 2) e CT (n = 7); quantificou-se a expressão dos genes da EMT através do método quantitativo da (RT) - PCR em tempo real com o kit RT2 Profiler PCR Array para EMT; e avaliou-se a associação da assinatura gênica com as características clínico-patológicas e os fatores prognósticos. **Resultados:** A análise, de uma assinatura gênica relacionada à EMT e referente aos genes AHNAC, COL3A1,

DSP, IL1RN, MSN, PDGFRB, SNAI1, SNAI3, TCF3, TGF- $\beta$ 1, TGF- $\beta$ 2, TGF- $\beta$ 3 e VIM apresentou os seguintes resultados: a) os genes apresentaram-se hiperexpressos, em todos os pacientes com CNE, principalmente nos CNE de alto grau; b) os genes DSP, TCF3 e TGF- $\beta$ 3 estavam hiperexpressos nos CNPC em comparação com os CT, os CA e os CNGC, e apresentaram associação para as metástases linfonodais com significância estatística, respectivamente, para DSP (p = 0,03 e 0,02), TCF3 (p = 0,02) e significância relativa para TCF3 e TGF- $\beta$ 3 (p = 0,08 e p = 0,08); c) o TCF3 também foi associado ao tabagismo (p = 0,04); d) uma correlação significativa foi encontrada entre a Enolase e IL1RN (p = 0,03), a Cromogranina e TGF- $\beta$ 2 (p = 0,04), a Sinaptofisina e TGF- $\beta$ 1 e TGF- $\beta$ 2, respectivamente (p = 0,04 e p = 0,02). **Conclusão:** Durante a análise da expressão gênica da EMT, foram identificados genes que participam dos mecanismos da proliferação, da motilidade e da invasão celular nos CNE. De forma relevante, os genes DSP, TCF3 e TGF- $\beta$ 3 demonstraram-se envolvidos na metástase tumoral, despontando como possíveis alvos terapêuticos contra a invasão e agressividade em carcinomas neuroendócrinos de pulmão.

**Palavras-chave:** Assinatura gênica da emt; carcinomas neuroendócrinos; câncer de pulmão

### **PO310** ASSOCIAÇÃO ENTRE OS SINTOMAS CLÍNICOS E O TIPO HISTOLÓGICO DE TUMORES DE MEDIASTINO

**TIAGO SPIAZZI BOTTEGA<sup>1</sup>; HENRIQUE EDUARDO DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; DANIEL DI PIETRO<sup>1</sup>; CAMILA HELENA DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO ZANCHET<sup>1</sup>; RAFAELLE DE OLIVEIRA SOUZA<sup>2</sup>; JÉSSICA ECHEVERRÍA<sup>2</sup> 1. HRSJ - SC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2. UNISUL - SC, PALHOÇA, SC, BRASIL.**

**Introdução:** Os tumores de mediastino são patologias raras que englobam uma variedade de tipos histológicos. Além disso, são tumores que mantêm uma alta taxa de letalidade. Devido ao quadro clínico inespecífico, estudos que possam esclarecer quais são sintomas que estão associados ao tipo histológico dos tumores, podem delinear estratégias futuras que impactem no diagnóstico mais precoce e sobrevida dos pacientes. **Objetivo:** Associar os sintomas clínicos e o tipo histológico de tumores de mediastino na Grande Florianópolis. **Métodos:** Estudo análise de sobrevida realizado no HRSJ em São José, SC e hospital São Sebastião em Florianópolis, SC. A população incluiu 127 pacientes com tumores de mediastino de junho de 1995 à dezembro de 2014. Os tumores foram divididos em tipos histológicos benignos e malignos. Os dados foram extraídos por uso do instrumento de coleta desenvolvido para o estudo. A análise estatística foi feita no programa Stata® versão 16 e aplicaram-se o método Kaplan-Meier para as funções de sobrevida, para a associação foi utilizado a teste do qui-quadrado e o teste de Log-rank. Aprovado no CEP UNISUL e HRSJ. **Resultados:** Dos 127 pacientes, a sobrevida global foi 77,5% em 5 anos. A proporção quanto ao sexo era praticamente 1:1, com idade média de 44,31 anos. Nos tumores benignos 61,7% eram assintomáticos, sendo nos malignos apenas 38,3%, com significância estatística à associação (p=0,03). Além disso, sintomas como dor torácica e síndrome da veia cava superior tiveram maior ocorrência nos tumores malignos (p=0,05 e p=0,02). Outros sintomas foram mais frequentes nos tumores malignos, porém sem significância estatística. **Conclusão:** A sobrevida global dos tumores de mediastino foi de 77,5% em 5 anos. Os tumores malignos se mostraram os mais letais, sendo os tumores de células germinativas o principal tipo histológico. Apesar da sintomatologia inespecífica, houve associação entre o quadro clínico sintomático nos

tumores malignos e os assintomáticos entre os tumores benignos.

**Palavras-chave:** Tumor de mediastino; células germinativas; neoplasia pulmão

**PO311 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO BILATERAL PÓS-QUIMIOTERAPIA EM PORTADOR DE SARCOMA SINOVIAL DE PAREDE ABDOMINAL.**

**JOSÉ RODRIGUES PEREIRA\*<sup>1</sup>; AUGUSTO TAKAO AKIKUBO RODRIGUES PEREIRA<sup>2</sup>; LEANDRO PICHETH PEREIRA<sup>2</sup>; VINÍCIUS LUDERER DIAS<sup>2</sup>; MILENA TENÓRIO CEREZOLI<sup>3</sup>; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA<sup>3</sup>; JOSÉ GUSTAVO BARIAN ROMALDINI<sup>3</sup>**

1. SERVIÇO DE ONCOLOGIA HOSPITAL SÃO CAMILO - IPIRANGA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA HOSPITAL SÃO CAMILO - IPIRANGA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA HOSPITAL SÃO CAMILO - IPIRANGA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Sarcoma de partes moles (SPM) engloba mais de 50 diferentes tipos de tumores de origem mesenquimal e responde por 1% de todas as malignidades. O sarcoma sinovial (SS) faz parte desse grupo e tem incidência em torno de 10% do total de SPM diagnosticados. Em 85-90% das ocasiões há preferência pelas extremidades, com predomínio das inferiores. Regiões cervical, torácica e pélvica são localizações menos frequentes. SS localizado em parede abdominal anterior é considerado raro. Em recente revisão, apenas 47 casos são citados pela literatura em língua inglesa. Metástases pulmonares podem ser observadas em até 38% dos SPM e, em frequentes ocasiões, a disseminação restringe-se ao órgão. Em 20% das ocasiões, os sarcomas de extremidades evoluem com metástases pulmonares muitas delas cavitadas. Pneumotórax espontâneo (PE) não é uma complicação infrequente podendo ocorrer em até 25% dos casos tratados. O caso agora relatado é único, por se tratar de SS que se desenvolveu em uma localização atípica e evoluiu com PE logo após iniciar tratamento quimioterápico. **Relato de caso:** Homem branco, 68 anos, não-fumante, portador de sarcoma sinovial monofásico de parede abdominal anterior direita desde 2012. O tumor foi ressecado em meados de 2014 e alguns meses após foram observados múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, alguns escavados. Dias antes havia recebido ifosfamida em alta dose (14 g/m<sup>2</sup> em infusão contínua D1-D6) quando surgiu dispnéia progressiva aos esforços e dor torácica. RX do Tórax confirmou pneumotórax bilateral e TC do tórax identificou vários nódulos escavados, alguns de aspecto cístico e com localização periférica. Submetido a drenagem torácica bilateral com boa evolução clínica. Desospitalizado após doze dias com pulmões expandidos na sua totalidade. **Discussão:** Nódulos pulmonares escavados e PE estão intimamente relacionados ao pré e pós-tratamento da uma malignidade. Presume-se incidência inferior a 1% dos casos tratados, embora PE tenha maior frequência no SPM. Pode estar presente, inclusive, na doença primária pleuropulmonar ou metastática ocultas. Na maioria dos casos o PE é unilateral, mas 41, 6% deles têm apresentação bilateral. Necrose tumoral é comumente manifesta nesses tumores e, após o início do tratamento sistêmico, quando o componente necrótico se acentua, não só a dimensão das cavidades pré-existentes costuma aumentar como também é comum o aparecimento de novas lesões escavadas, principalmente naqueles sarcomas mais responsivos ao tratamento - osteossarcoma, sarcoma sinovial e angiossarcoma. Essas lesões podem adquirir aspecto cístico em decorrência do progressivo adelgaçamento de suas paredes. Se porventura uma dessas lesões de localização periférica e em intimidade

com a pleura visceral sofrer ruptura espontânea haverá comunicação entre vias aéreas e espaço pleural permitindo o desenvolvimento de uma fístula broncopleural, às vezes de difícil resolução. A instalação de mecanismo valvar em bronquíolos terminais perilesionais com subsequente distensão de pequenas bolhas enfisematosas subpleurais é outro possível mecanismo etiopatogênico para a formação do PE. Nesses casos, o tabagismo é um conhecido fator de risco no desenvolvimento de PE. Nos portadores de SPM com disseminação pulmonar e submetidos a tratamento sistêmico, o início súbito de desconforto respiratório deve favorecer o diagnóstico de PE.

**Palavras-chave:** Sarcoma sinovial; pneumotórax espontâneo; evento adverso

**PO312 HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE EM TRANSPLANTADO RENAL: RESPOSTA TERAPEUTICA AO SIROLIMUS**

**LUCAS CARLESSO\*; GABRIEL RICARDO SIEBGER; ELIZETE KEITEL; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE PORTO ALEGRE, SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** O hemangioendotelioma epitelióide é um raro tumor vascular de origem endotelial. É caracterizado histologicamente por apresentação epitelióide e baixo grau de malignidade. Fígado, pulmão e partes moles são as regiões mais comumente acometidas. Mais de 75% dos casos ocorrem no sexo feminino, com registro de ocorrências dos 7 aos 83 anos de idade. Apesar de usualmente assintomáticos, podem ocorrer dor torácica, dispnéia e tosse produtiva. Condições como hemoptise e hemorragia extensa são possíveis, porém ainda mais raras. Na maioria dos casos de acometimento pulmonar, há a presença de nódulos menores que 1 cm, bilaterais e de crescimento lento. Em muitos dos relatos prévios, lavado broncoalveolar (LBA) e biópsia transbrônquica (BTB) não permitiram o diagnóstico, necessitando biópsia pulmonar cirúrgica para confirmação. Não há terapia padrão para este tipo de tumor e seu prognóstico, segundo o histórico dos casos, é variável. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 55 anos, cirurgião pediátrico, previamente diagnosticado com doença renal policística do adulto e com história médica progressiva de diálise peritonial ambulatorial foi submetido a transplante renal. Mantinha imunossupressão com ciclosporina, micofenolato mofetil e prednisona. Após 11 anos do transplante, inicia episódio de tosse com escarro hemoptoico, negando presença de febre. Tomografia computadorizada de tórax inicial demonstrou opacidades leves do tipo vidro fosco bilaterais. Submetido à broncoscopia com LBA, pôde-se observar espirais de Curschmann (citopatológico) e positividade para adenovírus (PCR). Ficou inicialmente diagnosticado como pneumonia por adenovírus, mas após dois meses e meio, como persistiam os mesmos achados de tomografia de tórax, nova broncoscopia com LBA e BTB foram realizadas. O anátomopatológico dos fragmentos de BTB mostrou mucosa com infiltrado inflamatório crônico e agudo, acúmulo de histiócitos na luz alveolar e presença de hemossiderina. O aspecto da amostra sugeria pneumonia descamativa. Como o diagnóstico não era compatível com a história clínica e radiológica, optou-se por videotoracoscopia para biópsia pulmonar mais ampla. O anátomopatológico demonstrou achados compatíveis com neoplasia vascular. A imunohistoquímica confirmou o diagnóstico de hemangioendotelioma epitelióide. Optou-se pela substituição da terapia imunossupressora de



micofenolato por sirolimus, com desaparecimento dos sintomas e das alterações observadas na TC de tórax. Paciente apresenta seguimento de 2 anos após início do tratamento e se mantém sem novos sintomas e lesões pulmonares. Conclusão O caso apresentado ilustra 24 meses de remissão da doença neoplásica após substituição de micofenolato por sirolimus, já que o inibidor da mTOR trata-se de um antiangiogênico.

**Palavras-chave:** Tumor vascular; sirolimus; pulmão

### **PO313 SÍNDROME DE ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA POR RADIATION RECALL INDUZIDA PELO USO DE PEMETREXEDE.**

**ISLA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS\***; DAMILLE SANDES MOREIRA; MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO; SÓRIA RAMOS BARBOSA; MARCEL LIMA ALBUQUERQUE; JOÃO CARLOS COELHO FILHO; CÉSAR AUGUSTO DE ARAÚJO NETO; JORGE LUIZ PEREIRA E SILVA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** Síndrome de Angústia Respiratória Aguda (SARA) é uma forma de insuficiência respiratória que se caracteriza por edema pulmonar não-cardiogênico, deflagrado por estímulos diretos ou indiretos para os pulmões. Conforme os níveis da PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>, é classificada em leve (200-300), moderada (100-200) e grave (<100). Radiation recall é uma resposta inflamatória aguda confinada às áreas de tecido previamente irradiadas, deflagrada pelo uso subsequente de quimioterápicos. Pemetrexede é um potente agente antifolato que inibe múltiplas vias enzimáticas, indicado para tratamento do mesotelioma pleural e do carcinoma brônquico de não pequenas células, tanto na adjuvância quanto na doença metastática, associado ou não a platino. Sua toxicidade pulmonar, embora infrequente, ocorre sob a forma de infiltrado intersticial difuso alguns dias ou semanas depois do início do tratamento oncológico. O pemetrexede, por ser um agente antimetabólico que inibe a di-hidrofolato redutase, altera a síntese das purinas e a replicação do DNA, compromete a atividade dos linfócitos, suprime as células-T e causa depleção da imunidade celular, predispondo à infecção pelo P. jirovecii. A distinção entre a toxicidade pulmonar e pneumocistose em pacientes em uso de pemetrexede é um desafio diagnóstico. **Relato do caso:** Homem, 65 anos. Fumante de 15 maços/ano. Diabético e hipertenso, em uso de losartana, metformina, liraglutida, AAS e omeprazol. Perda ponderal: 15Kg/88Kg/6meses. Identificada linfonodomegalia na fossa supraclavicular esquerda (FSCE). TC do tórax: linfonodomegalias mediastinais e no hilo direito sem alterações pulmonares intersticiais. Exérese do linfonodo da FSCE. A imunohistoquímica sugeriu o pulmão como sítio primário do carcinoma de não pequenas células. EGFR negativa. Usou pemetrexede e carboplatina por seis ciclos com resposta parcial. Devido ao surgimento de dissonia foi realizada radioterapia. Três semanas depois de concluída a radioterapia, reiniciou-se o pemetrexede como terapia de manutenção. Última dose em 05/04. Admitido em 20/04, com SARA grave e o padrão tomográfico de pavimentação em mosaico difuso. Iniciou-se TMP/SMZ, prednisona e cefepima. Por orientação da pneumologia, recebeu pulsoterapia com metilprednisolona (1g/dia por 3 dias) e foi interrompido o tratamento para o P. jirovecii no D4. Houve rápida reversão dos sintomas e melhora tomográfica.

**Conclusão:** relatos de radiation recall induzidos por pemetrexede têm sido descritos sob a forma de dermatites. A toxicidade pulmonar caracterizada por SARA, associada a radiation recall, embora seja uma ocorrência muito rara e de

difícil distinção com a pneumocistose, deve ser considerada em pacientes previamente submetidos a radioterapia e que se apresentem com evolução rapidamente progressiva. Considerando-se a semelhança dos padrões tomográficos, tais informações são imprescindíveis ao correto manejo do caso.

**Palavras-chave:** Pemetrexede; radiation recall; síndrome da angústia respiratória aguda

### **PO314 TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS (YOLK SAC) EM PACIENTE ADULTO: RELATO DE CASO**

**MARIA BERNARDO TONOLLI\***; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS; BARBARA CRISTINA GRIZZO; CAMILA FRANÇA REDIVO; THIAGO GONZALES MARQUES; RICARDO MILINAVICIUS; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; VANESSA DA PENHA RIBEIRO

IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Os tumores de células germinativas primários do mediastino correspondem de 10% a 20% das neoplasias mediastinais. Ocorrem devido à transformação maligna de elementos germinativos sem um foco gonadal primário. São classificados de acordo com suas características morfológicas em: teratomas, seminomas, não seminomas (tumores do saco vitelino, carcinomas embrionários e coriocarcinoma) e tumores de células germinativas combinados sem componentes teratomatosos. **Relato de caso:** Paciente masculino, 49 anos, queixa de tosse seca, dispnéia aos médios esforços, dor torácica anterior, emagrecimento de 5 kg em 2 meses. Ao exame físico: regular estado geral, dispnéico e afebril. Avaliação pulmonar: murmúrio diminuído em 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, SpO<sub>2</sub> 94% (AA). Radiografia de tórax: opacidade ténue em 2/3 inferiores de HTX esquerdo, com desvio contralateral do mediastino. TC de tórax: massa mediastinal anterior, heterogênea, predominantemente cística, medindo 8,5 x 12,8 x 9,8 cm, em contato com arco aórtico, tronco da pulmonar, esterno e parede torácica, sem sinais evidentes de invasão. Tais achados são compatíveis com neoplasia primária do mediastino. Toracocentese diagnóstica: citologia e diferencial: Leucócitos 3360 ( N 20% Eo 3% LI 37% Histiócitos 33% Células mesoteliais 2% ), glicose: 128, DHL: 607, proteína: 4,6, amilase: 15, triglicérides: 27, CA 125: 933, ADA: 12,3. Broncoscopia: compressão extrínseca de traquéia e brônquio principal. Lavado broncoalveolar: negativo para BAAR e fungos. Citologia oncótica: negativo para células neoplásicas. Alfafetoproteína: 19,195ng/ml (0 a 9), BHCG: 2,1mUI/ml (<3,5). Biópsia guiada por TC de tórax: carcinoma com áreas de necrose. Imunohistoquímica: conjunto de achados morfológicos associado a perfil imunohistoquímico correspondente a tumor de seio endodérmico (Yolk Sac). **Discussão:** tumor de Yolk Sac pertence ao grupo dos tumores de células germinativas, podendo ser seminomatoso ou não seminomatoso. Nos adultos é geralmente uma combinação entre teratoma e carcinoma embrionário, acomete o mediastino, corresponde a 10 a 20% de todos os casos. Quando malignos são classificados em teratomas imaturos ou com componentes malignos, coriocarcinomas, carcinomas de células embrionárias, tumores de células endodérmicas e de células germinativas mistas. Os tumores não seminomatosos são mais agressivos e tendem a produzir BHCG ou alfafetoproteína. Estadiamento: I: Tumores restritos ao mediastino sem envolvimento de estruturas adjacentes; II: restritos ao mediastino com evidência macroscópica ou micro de infiltração em estruturas vizinhas com pleura, pericárdico, grandes vasos; III: evidência de metástase intra ou extra torácicas. **Conclusão:** relatamos um caso de Tumor

de células germinativas (Yolk Sac) em mediastino. São tumores pouco frequentes e com prognóstico reservado.

**Palavras-chave:** Yolk sac; células; germinativas

### **PO315** LINFANGÍTE CARCINOMATOSA DE FOCO PRIMÁRIO DESCONHECIDO EM PACIENTE JOVEM

**JAMILE DA COSTA RIECHI\***; RENATO RICCI KAUFFMANN; MAISA MONSEFF RODRIGUES DA SILVA; FLAVIO HENRIQUE VALICELLI; RICARDO CAPELLO PAPI; FATIMA MITSIE CHIBANA SOARES; MARCOS RIBEIRO; RENATA MACIULIS DÍPUEL, LONDRINA, PR, BRASIL.

**Introdução:** A linfangíte carcinomatosa é uma neoplasia infiltrativa difusa de distribuição linfática. Representa cerca de 6% dos cânceres pulmonares metastáticos. Geralmente, tem origem por disseminação hematológica da neoplasia primária, mas pode ocorrer disseminação retrógrada a partir de linfonodos mediastinais e hilares. A faixa etária mais acometida varia de 40-49 anos, estando relacionada à neoplasia primária. É incomum em pacientes jovens. Em cerca de 46% dos pacientes os sintomas respiratórios são o quadro clínico inicial do carcinoma primário. **Relato de caso:** AM, 35a, autônomo, procedente de Londrina. Encaminhado ao hospital universitário com queixa de tosse seca e dispnéia há mais de 40 dias, febre intermitente. Tratamento durante o período com antibiótico por uma semana. Antecedente de hipertensão arterial sistêmica em tratamento. Negava doença pulmonar prévia ou em familiares. Na entrada encontrava-se taquicárdico, hipoxêmico, afebril. Radiografia de tórax com infiltrado reticular difuso. Tomografia de tórax com espessamento de septos interlobulatares sugestivo de linfangite. Feito rastreio oncológico com usg abdominal e tireoide, tomografia de abdômen, endoscopia digestiva alta, avaliação urológica. Não foram encontrados focos de tumor primário. Submetido a biópsia pulmonar e pericárdica a céu aberto. Anatomopatológico com numerosos êmbolos neoplásicos em vasos linfáticos com padrão de adenocarcinoma e pericárdio com características de adenocarcinoma infiltrativo. Paciente teve piora do quadro respiratório e evoluiu para óbito. Realizado necropsia: adenocarcinoma disseminado em pulmão, estômago, pâncreas, coração e pericárdio. Sem identificação de sítio primário. **Conclusão:** A linfangite carcinomatosa é mais comumente originada de adenocarcinomas primários, sendo o câncer de mama o principal. Outras neoplasias associadas são pulmão, estômago, cólon, próstata, pâncreas, tireoide. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com outras doenças que têm predileção por disseminação linfática, como sarcoidose, linfomas, leucemias, paracoccidiodomicose, sarcoma de Kaposi, linfangiomatose pulmonar difusa e linfangiectasia. Até um quarto dos pacientes pode ter radiografia de tórax normal, sendo a tomografia de tórax a preferência para avaliação. Alterações mais típicas estão relacionadas ao espessamento interlobular septal, nodular e irregular. O tratamento é direcionado ao câncer primário, mas o prognóstico é ruim com sobrevida de meses. Nosso paciente apresentou quadro clínico com sintomas pulmonares proeminentes, com várias possibilidades diagnósticas, tendo a suspeita confirmada através da biópsia. Apesar da idade incomum para surgimento de LC, foi realizado rastreio oncológico para as principais neoplasias associadas a LC, sem resultado satisfatório. O paciente foi a óbito e ainda em avaliação de necropsia, não foi encontrado sítio primário. **Referências:** 1- Edson Marchiori El al. Neoplasias pulmonares difusas, correlação da tomografia de alta resolução com a anatomopatologia. Radiologia Brasileira, 2002. 2- FG Gilchrist ET al, pulmonary

lymphangitic carcinomatosis present as severe interstitial lung disease in a 25 year old female.

**Palavras-chave:** Linfangite carcinomatosa; cancer pulmão; metástase

### **PO316** OSTEOARTROPATIA HIPERTRÓFICA SECUNDÁRIA A UM CÂNCER DE PULMÃO

**ENNARA NASCIMENTO BORGES\***; ROBERT RODRIGUES PEREIRA; ROSINELI LEOPOLDINO DE OLIVEIRA; FILADÉLFIA PASSOS RODRIGUES; MAYARA ÁVILA PICCHI; JOÃO NATAN MOREIRA GOMES; LIANA COSTA LIMA PENHA SILVA; TALITA MACIEL BEZERRA HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A osteoartropatia hipertrófica (OAH) é uma alteração sistêmica que acomete os ossos, articulações e partes moles, na maioria das vezes, secundária a alguma doença intratorácica. A forma primária (3-5% dos casos) é uma doença genética, autossômica dominante, benigna e autolimitada. Apresenta-se com um pico no primeiro ano de vida e o outro mais comumente na puberdade. Já a forma secundária representa 95-97% dos casos e é uma alteração associada a doenças neoplásicas, infecciosas, pulmonares e cardíacas crônicas. As alterações ósseas são mais agudas e dolorosas. Adenocarcinoma pulmonar é descrito como a principal causa neoplásica. Artralgia é bastante comum, ocorrendo em torno de 40% dos casos, e, artrite, entre 10-30%, sendo mais acometidos os joelhos, tornozelos e punhos. O diagnóstico é essencialmente clínico. VHS e fosfatase alcalina podem estar elevados; fator reumatoide e FAN são negativos. Exames radiológicos demonstram aumento de cortical e periostite de ossos longos. A tomografia computadorizada é extremamente útil para o diagnóstico etiológico da OAH secundária, principalmente nas patologias intratorácicas. A ressonância magnética é mais sensível que a tomografia para detectar as alterações inflamatórias nos músculos. O tratamento mais efetivo da OAH secundária é a retirada do fator casual, geralmente neoplásico ou distúrbio crônico. O estudo relata um caso de OAH secundária à neoplasia pulmonar. **Relato de caso:** Paciente masculino, 52 anos, pedreiro, natural de Paramoti – CE, com quadro de hemoptise, dor torácica em 1/3 inferior do hemotórax esquerdo e dispnéia progressiva, edema e dor em membros, mais evidente em punhos, joelhos e tornozelos bilateralmente e febre diária não mensurada. Tabagista -40 maços/ano- e etilista. Apresentava-se em estado geral bom, hipocorado, eupneico e afebril. Ausculta pulmonar com crepitações finas em base pulmonar esquerda. Artrite em punhos, tornozelos e joelhos bilateralmente. Exames laboratoriais apresentavam VHS, PCR e fosfatase alcalina aumentados. Fator reumatoide, FAN negativos. PPD não reator e pesquisa de BAAR negativo. Broncoscopia evidenciou sinal de sangramento oriundo do lobo inferior esquerdo; lavado broncoalveolar sem alterações. Radiografias de ossos longos mostraram espessamento das camadas corticais, com alargamento das diáfises e reação periosteal. Tomografia computadorizada evidenciou massa sólida de aspecto em “vidro fosco”, medindo cerca de 5, 6 x 4, 2 cm no lobo inferior esquerdo sugestiva de neoplasia primária e linfonodomegalia mediastinal. Realizado biópsia percutânea, sendo caracterizado neoplasia maligna indiferenciada de não pequenas células. Submetido a biópsia de linfonodos mediastinais e lobectomia inferior esquerda, sem intercorrências, por mediastinoscopia. No pós-operatório, paciente evoluiu com grande melhora clínica e regressão do quadro de artrite. **Conclusão:** OAH é uma síndrome caracterizada por periostite de ossos longos, baqueteamento digital e artrite. É uma entidade rara na

prática clínica e o seu diagnóstico se baseia através dos achados clínicos e confirmado pelos achados radiológicos. Devendo ser diagnosticada precocemente, já que esta enfermidade pode ser um indicador de possível afecção grave em outra parte do organismo. Devido a grande variedade de condições associadas à OAH torna-se difícil encontrar uma teoria comum para explicar a sua patogênese.

**Palavras-chave:** Osteoartropatia hipertrófica; câncer de pulmão; artrite

#### **PO317 CÂNCER CAVITADO SIMULANDO ABSCESSO PULMONAR**

**RICARDO DOMINGOS DELDUQUE\***; RENATO EUGENIO MACCHIONE; ANA CAROLINA MONEZI ALVARES DE ABREU E SILVA; ALINE YURI TOMA; MARINA PEROZIM DE FAVERI; MAIRA TIEMI CAVAZZANA SONODA; NATALIA FIGUEIRA MEDINA GOMIDE; MILLENE ABO ARRAGE

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA, SP, BRASIL.

**Introdução:** O câncer de pulmão é o câncer que mais mata e o 3º mais prevalente no mundo. Se classifica histologicamente em: carcinoma não pequenas células (carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma neuroendócrino e de grandes células) - 80% dos casos e carcinoma de pequenas células - 20% dos casos. O subtipo carcinoma de células escamosas é o mais relacionado com o tabagismo, predomina em homens e é o que mais sofre cavitação (20% dos casos). **Relato de caso:** J. F. F., masculino, 68 anos, veio com história de tosse seca, dispneia progressiva e emagrecimento de 5 Kg nos últimos 3 meses, com piora há 1 mês quando a dispneia passou aos pequenos esforços. História de tabagismo 40 maços-ano, negou etilismo. Ao exame encontrava-se corado, desidratado +/4+ e afebril, dentes bem conservados, AR - 24 irpm, MV reduzido em 1/3 inferior de pulmão direito, com sibilos. Exames laboratoriais normais, exceto por Cálcio sanguíneo elevado. Rx e tomografia de tórax com opacidade em base de pulmão direito, com cavitação e nível hidro-aéreo e adenomegalia hilar direita. Feita HD de abscesso pulmonar, sendo internado, recebendo ceftriaxona + clindamicina EV, corticoides e hidratação EV; após 10 dias de internação houve piora clínica, sendo submetido à broncoscopia que não revelou lesão endobrônquica e as amostras do LBA vieram negativas para bactérias, fungos e micobactérias. Foi realizada punção aspirativa transtorácica da lesão que revelou: carcinoma de células escamosas e exsudato purulento porém com culturas para bactérias negativas. Com a definição diagnóstica, a neoplasia foi estadiada como IIIA (T4N1M0), com o paciente sendo submetido à QT ( cisplatina e docetaxel ), com previsão de RT, após o fim da QT. Atualmente, após 3 ciclos de QT, houve discreta melhora do quadro clínico e radiológico. Os antibióticos foram mantidos por 4 semanas, apesar da persistência da imagem. **Discussão:** As neoplasias malignas de pulmão têm potencial para cavitarem, principalmente quando apresentam crescimento muito rápido e a rede vascular não supre tal crescimento e, conseqüentemente, ocorrendo necrose central do tumor; tal cavitação pode representar um desafio diagnóstico, como neste caso acima, em que tratamentos desnecessários podem ser utilizados; os abscessos pulmonares que não apresentam boa evolução clínica ou cujas paredes sejam espessas, devem ser punccionados para elucidação diagnóstica, estudos mostram que paredes de cavidades menores que 5mm, sugerem benignidade em 95% dos casos, maiores que 15mm, sugerem malignidade em 95% dos casos e entre 5 e 15mm, apresentam a mesma probabilidade de serem

benignos ou malignos. A possibilidade de coexistência de neoplasia maligna e infecção existe e deve ser cogitada nas neoplasias malignas cavitadas que provocam febre persistente. **Referências:** 1 - Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65: 87. 2 - Silvestri GA, Gonzalez AV, Jantz MA, et al. Methods for staging non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2013; 143: e211S. 3 - Tuddenham WJ. Glossary of terms for thoracic radiology: Recommendations of the Nomenclature Committee of the Fleischner Society. AJR Am J Roentgenol. 1984;143: 509-517. 4 - C. A. C. Pereira. Medicina Respiratória, 2014, Editora Atheneu.

**Palavras-chave:** Neoplasia cavitada; pseudoabscesso pulmonar; carcinoma de células escamosas cavitado

#### **PO318 LEIOMIOMATOSE METASTATIZANTE PULMONAR**

**PALOMA FERREIRA MEIRELES VAHIA\***; MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO; OMAR MOTÉ ABOU MOURAD; ANTONIO BENTO DA COSTA BORGES CARVALHO FILHO; JESSE ELY BARROS SILVEIRA JUNIOR; PABLO MARINHO MATOS; GRAÇA HELENA M DO CANTO TEIXEIRA; CAROLINA I. BRUM

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A leiomiomatose metastatizante benigna (LMB) é uma doença rara, caracterizada por lesões leiomiomatosas extraterais sem sinais histológicos ou citológicos de malignidade. Até setembro de 2008, foram publicados na literatura apenas 132 casos. **Relato de caso:** Mulher de 40 anos, afrodescendente, estudante de hotelaria, encaminhada ao Serviço de Pneumologia para investigação de múltiplos nódulos pulmonares visualizados em tomografia computadorizada (TC) de abdôme, de pré-operatório de correção de hérnia infraumbilical mediana. Assintomática do ponto de vista respiratório. Relatou que há oito anos foi submetida à histerectomia por miomatose e endometriose uterina. Não tabagista. O exame físico foi normal. Foram solicitados radiografia e TC de tórax que evidenciaram múltiplos nódulos de dimensões variadas, densidade de partes moles e contornos regulares, distribuídos em ambos os pulmões. A espirometria demonstrou parâmetros funcionais dentro da normalidade. Foi também submetida à broncoscopia e lavado brônquico, com resultados inconclusivos. Exames laboratoriais foram normais. A paciente foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Torácica para a realização de biópsia à céu aberto. O exame histopatológico demonstrou neoplasia muscular, sem atipias citológicas, necrose ou hemorragia, e com mitoses inconspícuas. O quadro morfológico e imunohistoquímico foi consistente com leiomioma metastatizante pulmonar. Imunomarcagem positiva difusa para AML, desmina, RE, RP Ki-67. **Discussão:** A leiomiomatose metastatizante benigna (LMB) é uma doença rara, caracterizada por múltiplas lesões, geralmente nos pulmões, em pacientes com história prévia de tratamento cirúrgico para leiomioma uterino. O leiomioma uterino é o tumor benigno mais comum do miométrio, descrito em cerca de 90% dos casos de LMB. A patogênese da LMB é muito controversa, sendo a disseminação vascular a mais bem aceita. Na literatura médica, foram relatados apenas 132 casos de leiomiomatose metastatizante benigna. A média de idade das pacientes com LMB é 48 anos, com variação de 23 a 80 anos. O local mais acometido pelas metástases é o pulmão. Normalmente as pacientes são assintomáticas, porém sintomas como tosse, dor torácica e dispneia podem estar presentes. A radiografia é bem característica, normalmente

com lesões nodulares não calcificadas e sem o realce ao contraste venoso. Entretanto, outros órgãos, como músculo bíceps braquial, retroperitônio, cérebro, coração e coluna vertebral também foram relatados. O diagnóstico definitivo é estabelecido com o estudo histopatológico. O uso de drogas com ação de bloqueio hormonal, como o tamoxifeno, são efetivas nestes casos.

**Palavras-chave:** Leiomiomatose mestastizante pulmonar; nódulos pulmonares; diagnóstico

### **PO319 METÁSTASES DE ADENOCARCINOMA PULMONAR COMO CAUSA DE INFARTOS HEPÁTICOS E SEU DIAGNÓSTICO IMAGINOLÓGICO**

**RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE<sup>1</sup>; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO<sup>1</sup>; RAFAEL SARTORI TARTAGLIA<sup>1</sup>; RAFAEL RODRIGUES DE MIRANDA<sup>1</sup>; MARCELA ARAÚJO CASTRO<sup>1</sup>; TERESA YAE TAKAGAKI**

*DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** A neoplasia maligna pulmonar configura como a mais letal dentre as neoplasias, proporcionalmente, tendo sua sobrevida comparada ao câncer de cabeça de pâncreas em 1930. Tem como o tabagismo seu principal fator de risco, apesar de ocorrer em pessoas expostas passivamente ou sem histórico do hábito. A atuação do pneumologista neste sentido é ímpar, principalmente quanto ao diagnóstico precoce e estadiamento acurado. Doença de caráter agressivo, com respostas iniciais ao tratamento em torno de 30%, ganha em sobrevida atualmente com o avanço das terapias-alvo, os inibidores de tirosina-quinase e a imunoterapia. Com prolongamento de tratamento destes pacientes, cada vez mais ocorrem situações pouco usuais relacionadas com a progressão de doença. **Objetivos:** Relatar caso de paciente portador de neoplasia maligna pulmonar com metástases hepáticas como causadoras de áreas de infarto por constrição vascular, atendido em hospital oncológico, além de apresentar singularidade de imagens registradas e uso de meio contrastado hepatobiliar.

**Métodos:** Revisão de prontuário e registros médicos de paciente em hospital oncológico. **Resultados/relato:** Paciente masculino, 78 anos, coronariopata, ex-tabagista com carga de 64 anos-maço, diagnosticado há 8 meses com adenocarcinoma pulmonar invasivo EGFR selvagem, com TNM inicial T3 Nx Mx. Foi submetido à lobectomia superior esquerda e linfadenectomia, quando então foi confirmado N2. Iniciou quimioterapia com paclitaxel e carboplatina, evoluindo com neuropatia periférica. Tentada segunda linha com gencitabina semanal, suspensa pelo desenvolvimento de sepse. Em evolução, foi evidenciado em tomografia computadorizada de abdômen a presença de lesões suspeitas de metástases hepáticas, porém ao realizar ressonância magnética, houve dúvida entre o diagnóstico de progressão de doença ou áreas de infarto hepático de outra causa. Por perda de status funcional, decidido por observação do quadro, visto não haver janela terapêutica ou benefício de biópsia. Evoluindo com perda de função hepática, realizou ultrassonografia de abdômen com Doppler hepático, quando novamente foi sugerida área de infarto, com hipertensão portal associada. Em seguida, discutido entre grupos de oncologia clínica, pneumologia e radiologia, quando decidido por Ressonância Nuclear Magnética com uso de ácido gadoxético (primovist), sendo então evidenciadas áreas hipovascularizadas bilobares sugerindo acometimento metastático com acometimento vascular secundário, causando extensos infartos do parênquima hepático, assim como encontrados sinais de carcinomatose peritoneal. Evoluiu com óbito cerca de 11

meses após diagnóstico. **Conclusão:** A neoplasia maligna pulmonar configura-se como de elevada agressividade. A riqueza e pluralidade de acometimentos secundários desta patologias ainda são um desafio diagnóstico aos que cuidam destes pacientes. Os meios de contraste hepatobiliar acrescentam uma nova perspectiva no manejo de lesões focais hepáticas, e tem se demonstrado uma valiosa adição na solução de questões diagnósticas pontuais destas lesões.

**Palavras-chave:** Câncer de pulmão; metástases; imagem por ressonância magnética

### **PO320 SARCOMA DE EWING NO MEDIASTINO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

**EUNICE MARIA FERREIRA DA EIRA MARQUES DIAS<sup>1</sup>; LUÍS MANUEL PEREIRA PIRES<sup>2</sup>; MARIA FÁTIMA LOPES TEIXEIRA<sup>1</sup>**

*1. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - PÓLO HOSPITAL GERAL, SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, COIMBRA, PORTUGAL; 2. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - PÓLO HUC, SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR, COIMBRA, PORTUGAL.*

**Introdução:** O Sarcoma de Ewing é o segundo tumor ósseo maligno primário mais frequente, a seguir ao osteossarcoma. A sua frequência na população com menos de 20 anos é de, aproximadamente, 2,9 por milhão de pessoas. A família dos tumores de Ewing incluem o Sarcoma de Ewing clássico, o Sarcoma de Ewing atípico, o tumor primitivo neuroectodérmico (PNET) e o tumor de Askin. São derivados de células primordiais pós-ganglionares parassimpáticas e podem ocorrer em qualquer parte do corpo. Esta entidade deve ser considerada no diagnóstico diferencial das massas mediastínicas. Embora o Sarcoma de Ewing extraesquelético muitas vezes se apresente como uma doença local, deve ser considerado como uma doença sistêmica, ainda que curável. Assim, uma estratégia complexa que englobe várias fases de tratamento deve ser formulada. A sobrevida livre de doença aumentou pela administração de quimioterapia associada a ressecção cirúrgica, com ou sem radioterapia. A taxa de sobrevivência aos 5 anos, livre de doença, é estimada em 60% - 70%.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 10 anos, enviada do Hospital de Viseu para o Serviço de Oncologia do Hospital Pediátrico de Coimbra, para esclarecimento de massa mediastínica. Tinha iniciado há 3 meses queixas de dor dorsal, que agravava com a tosse. Noção de anorexia e emagrecimento com um mês de evolução. Perda ponderal não quantificada. Referência também a astenia. Ao exame objetivo sem alterações, para além do engurgitamento dos vasos do pescoço, bilateralmente na posição de decúbito. Realizou análises das quais se destaca leucocitose, neutrofilia e PCR ligeiramente elevada. Radiografia do tórax com massa mediastínica no mediastino posterior, arredondada, aparentemente central, com 10 cm de maior diâmetro. Ecocardiograma e electrocardiograma sem alterações. Efetuou TC tóraco-abdomino-pélvica que evidenciou volumosa massa sólida no mediastino médio e posterior, medindo 10 x 10 x 8 cm; não apresentava planos de clivagem com os corpos vertebrais de D4 a D8; metástase óssea em D6; condiciona por efeito de massa desvio anterior das estruturas mediastínicas, com moldagem da aurícula esquerda. Foi colocada a hipótese de Ganglioneuroma/Neuroblastoma. Resultado anatómopatológico após biópsia cirúrgica: "Tumor de células pequenas redondas e azuis morfologicamente compatível com o diagnóstico de sarcoma de Ewing/PNET". Iniciou quimioterapia em Maio e Radioterapia em Agosto de 2010. Terminou os tratamentos em Dezembro de 2012,

mantendo apenas lesão residual paravertebral. Nunca reuniu condições para intervenção cirúrgica. Em Julho de 2016 faz mais uma FDG-PET de controlo: "sem alterações funcionais suspeitas de doença em actividade, loco-regional ou à distância." Atualmente é seguida em Consulta de Nefrologia por DRC, Hiperparatiroidismo e Enurese; de Endocrinologia por Hipogonadismo hipogonadotrófico; de Cardiologia por antecedentes de derrame pericárdico com janela pleuromediastínica. **Conclusão:** Apesar do presente caso clínico ser relativo a uma doente seguida no Hospital Pediátrico de Coimbra devido à idade das primeiras manifestações clínicas, o objetivo deste trabalho é alertar para a causa raríssima que estava na origem das queixas de dorsalgia, tosse, emagrecimento e astenia. Motivos de vinda a um serviço de urgência que poderiam encaminhar um doente jovem para a especialidade de Pneumologia. Esta entidade deve ser considerada no diagnóstico diferencial das massas mediastínicas.

**Palavras-chave:** Sarcoma de ewing; massas mediastínicas; tomografia por emissão de positrões

#### **PO321 LINFOMA DE HODGKIN MIMETIZANDO PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE – RELATO DE CASO**

**LAÍS CIBELE SOUSA MELO\*<sup>1</sup>; CAMILA MELO COELHO LOUREIRO<sup>1</sup>; DALVA VIRGINIA OLIVEIRA BATISTA NEVES<sup>1</sup>; JOSE ALVES ROCHA FILHO<sup>2</sup>; JULIANE PENALVA COSTA SERRA<sup>3</sup>; JAMOCYR MOURA MARINHO<sup>1</sup>**

1. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL SANTA IZABEL - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL SANTA IZABEL - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 3. SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL SANTA IZABEL - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** O linfoma de Hodgkin é a neoplasia mais comum da infância e da adolescência, com uma prevalência de 29/1.000.000/ano. A sobrevida média em 05 anos é de 94%. São conhecidos dois picos de incidência: adultos jovens e indivíduos acima dos 50 anos. Na adolescência, a incidência é maior em meninas (relação de 0,8) e 25 a 50% dos casos de LH são EBV positivos. Caso Clínico Paciente LAAO, 18 anos, sexo feminino, estudante, natural e procedente de Salvador, portadora de Traço Falcêmico e precedente de Salvador, portadora de Traço Falcêmico, admitida em 10/03/16, com relato de que em 06/03/16, iniciou quadro de tosse produtiva com expectoração amarelada e rajadas de sangue em alguns momentos, dor torácica à esquerda, febre com calafrios e dispneia. Negava perda ponderal, sudorese noturna e linfonomegalias. Negou uso de medicamentos e outras comorbidades. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, lúcida e orientada, emagrecida, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada e eupneica. PA 112 x 78 mmHg, FC: 104 bpm, FR: 16ipm e com SpO<sub>2</sub> de 97% em ar ambiente. Apresentava expansibilidade torácica preservada, frêmito tóraco-vocal simétrico, som claro pulmonar à percussão, murmúrio vesicular presente em ambos os hemitórax e com estertores crepitantes em região infra-clavicular esquerda. Aparelho cardiovascular, abdome, extremidades e exame neurológico sem alterações. Ausência de linfonomegalia palpável. Os exames mostravam leucocitose (23.960, 2%BT; 76%S; 11%L; 10%M), PCR 0,5, função renal preservada e sem distúrbio hidroeletrólítico. Radiografia de tórax de 10/03/16 mostrava consolidação para – aórtica esquerda (Figura 1) e tomografia de tórax sem contraste de 11/03/16 mostrava área de consolidação irregular na porção medial do segmento anterior de LSE, com broncogramas aéreos de permeio (Figura 2). Fez uso de Rocefin e Claritromicina

por 07 dias, recebendo alta hospitalar em 22/03/16, estando com tosse seca esporádica e com resolução da leucocitose. Baciloscopias (1ª e 2ª amostra) e teste rápido molecular negativos. Estava em acompanhamento ambulatorial com Pneumologista, sendo solicitadas radiografia de tórax (Figura 3) e TC de tórax com contraste (Figura 4), as quais mostraram aumento da lesão, sendo descrita como formação expansiva sólida em LSE, de contorno irregular, medido 6,5x5,5x6,9cm, com vasos de permeio, relacionando-se com estruturas do mediastino, como o timos e os vasos intratorácicos, mas sem invasão das estruturas vasculares. Nesse momento, apresentava tosse seca. Foi então, readmitida no Hospital em 29/04/16 para investigação. Apresentava leucocitose (24.470 sem desvio), sendo introduzido Avalox. Submetida fibrobroncoscopia em 06/05/16, com realização de LBA e BTB, recebendo alta em 10/05/16. Como a biópsia transbrônquica não foi diagnóstica, foi novamente internada em 30/05/16 para nova investigação. Em 03/06/16 foi submetida à toracoscopia, com biópsia de massa mediastinal e retirada de fragmento pleural, sendo vista tumoração em mediastino anterior com acometimento de parede anterior, esterno e LSE além de linfonomegalia mediastinal. Anátomo-patológico foi compatível com Linfoma de Hodgkin subtipo esclerose nodular. Conclusão A relevância desse caso reside no fato da necessidade do acompanhamento ambulatorial dos pacientes após a alta hospitalar, mesmo sendo pacientes jovens. O quadro clínico da nossa paciente era muito sugestivo de PAC, contudo no acompanhamento ambulatorial foi detectada a não resolução da lesão, o que suscitou a investigação mais aprofundada.

**Palavras-chave:** Linfoma de hodgkin; pneumonia adquirida na comunidade; tuberculose pulmonar

#### **PO322 CÂNCER DE PULMÃO INOPERÁVEL, QUAL TRATAMENTO?**

**THAÍS CAMILA VIVI\*<sup>1</sup>; SERGIO JAMNIK; ILKA SANTORO LOPES UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A incidência de câncer de pulmão esta aumentada nos pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. A procura ativa da doença aumenta o achado de nódulos portadores de neoplasia de pulmão, porém o paciente portado de DPOC Gold C e principalmente D muitas vezes não possuem critérios de operabilidade devido às suas funções pulmonares e outras comorbidades. A radioterapia conformacional é uma opção terapêutica nesses pacientes. Descrição do caso Paciente, sexo masculino, 71 anos, com asma grave desde a infância, DPOC Gold C, ex-tabagista (50 maços/ano), cardiopatia isquêmica com fração de ejeção de 42%, dispnéia aos mínimos esforços (MMRC: 4). Foi evidenciado na tomografia de tórax um nódulo em lobo superior direito de 1,7cm, com probabilidade pré-teste de 88%. Realizada biópsia transparietal do nódulo com anatomopatológico de adenocarcinoma de pulmão. Exame físico: Frequência Respiratória=22ipm; saturação de pulso de oxigênio (SpO<sub>2</sub>)=94% em ar ambiente;. Temperatura=36,4 °C, pulso de 76 bpm e pressão arterial =100/60 mmHg. Ausculta respiratória com sons respiratórios reduzidos em bases simetricamente e crepitações finas na expiração. Sem outras anormalidades no restante. Espirometria: CVF 2,51 (60%); pós BD: 3,09 (74%); VEF1 pré: 0,99 (31%); VEF1 pós: 1,17 (37%); VEF1/CVF: 39,5 (52%); VEF1/CVF pós BD: 38,0 (50%). Optado por realizar radioterapia estereotáxica, realizada 6 sessões com 750 cGY cada aplicação. Após as 6 sessões houve regressão do nódulo localizado em Lobo superior direito. Paciente em

acompanhamento há 2 anos após tratamento. **Discussão:** A técnica da radioterapia conformacional 3D, permite que os feixes de radiação possam ser conformados exatamente para o contorno determinado da área do tratamento com margens de segurança determinada (maior precisão na localização da doença). Com isso, permite doses de radiação mais elevadas no pulmão e menor exposição à radiação de tecidos saudáveis e menos efeitos colaterais, sendo especialmente indicada nos pacientes portadores de DPOC com neoplasia de pulmão que não apresentem condições clínicas de serem submetidos a um procedimento cirúrgico. Podendo alcançar taxa de cura de 30 a 40% nesse tipo de paciente. Bibliografia 1. CHANG, Joe y et al. Stereotactic ablative radiotherapy versus lobectomy for operable stage I non-small-cell lung cancer: a pooled analysis of two randomised trials. *The Lancet Oncology*, Houston, Texas, v. 16, n. 1, p. 630-637, jun. 2015. 2. HOHBERGER, Laurie A. et al. Correlation of Regional Emphysema and Lung Cancer: A Lung Tissue Research Consortium Based Study. *Journal Of Thoracic Oncology*. Minnesota, p. 639-645. maio 2014. 3. RAVIV, Stacy et al. Lung Cancer in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Enhancing Surgical Options and Outcomes. Resultados da Pesquisa American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine Home. Chicago, p. 1138-1146. dez. 2010. Disponível em: <www.atsjournals.org>. Acesso em: 22 dez. 2010.

**Palavras-chave:** Câncer pulmão; dpo; tratamento

#### **PO323 TUMOR SOLITÁRIO FIBROSO DE PLEURA MALIGNO**

**VANESSA DA PENHA RIBEIRO\***; MARIA INÊS DE ANDRÉ VALERY; FLÁVIO GNECCO LASTEBASSE; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS; BARBARA CRISTINA GRIZZO; CAMILA FRANÇA REDIVO; MARIA BERNARDO TONOLLI; THIAGO GONZALES MARQUES IAMSPE, JUNDIAI, SP, BRASIL.

**Introdução:** O Tumor Solitário Fibroso de Pleura (TSFP) é uma neoplasia rara, menos de 5% de todos os tumores pleurais. Geralmente com apresentação benigna, contudo cerca de 10 a 12 % podem ser malignos. Apresentaremos um relato de caso de paciente com tumor solitário fibroso de pleura com comportamento maligno. **Relato do caso:** Masculino, 64 anos, história de tosse com expectoração purulenta e sibilância com piora progressiva há 1 semana. Negava febre, dor torácica e dispnéia. Sem comorbidades, negava tabagismo. Ausculta com diminuição do ruído pulmonar nos dois terços inferiores a esquerda. RX de tórax: presença de opacidade nos 2/3 inferiores a esquerda, quando realizado método de Laurel, não apresentou movimentação de líquido. TC de tórax: presença de massa de grandes dimensões em hemitórax esquerdo. Broncoscopia: compressão extrínseca a esquerda, sem sinais infiltrativos. Tratado cirurgicamente com exérese do tumor e segmentectomia se LIE. AP: macroscopiade tumor solitário fibroso, com dimensão máxima de 23, 0 cm, presena de áreas de necrose coagulativa, índice mitótico de até 8 mitoses por 10 CGA, mostrando tendência a maior agressividade, com margens comprometidas. Paciente apresentou após 6 meses recidiva do tumor, tendo complicações relativas ao mesmo, e desfecho com óbito. **Conclusão:** TSFP é uma neoplasia rara, indolente, geralmente benigna. A apresentação maligna é rara. O diagnóstico é tardio, justificando dimensões encontradas. Pode fazer diagnóstico diferencial de opacidades de grandes dimensões em imagem radiológica. O tratamento de escolha é a exérese completa.

**Palavras-chave:** Tumor; fibroso; solitário

#### **PO324 PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM NEOPLASIA PULMONAR MALIGNA**

**IGOR FERREIRA BOTTO\***; GUILHERME EVANGELISTA REZENDE; LUCAS ASSIS LEÃO LUZ; ANELISE FERRANTE MAIA SANTOS; WILSON CUNHA JUNIOR; MARCELO DE PAULA LIMA; EDUARDO RUAS MARTINS BATISTA; CIRO DE CASTRO BOTTO SANTA CASA DE FRANCA, FRANCA, SP, BRASIL.

**Introdução:** Pseudotumor inflamatório de pulmão representa uma afecção benigna, rara, que acomete predominantemente indivíduos jovens, mais de 50% dos casos são encontrados na faixa etária abaixo dos 40 anos de idade, sendo este o tumor pulmonar mais frequente antes dos 16 anos. De etiologia indeterminada, alguns autores o relacionam a resposta inflamatória crônica a antígenos ou infecções pulmonares. Tem apresentação clínica e radiológica inconclusivas, o que dificulta o diagnóstico, sendo por vez necessária a realização de procedimento cirúrgico para elucidação, algumas vezes mostrando dificuldade diagnóstica mesmo no exame anatomopatológico. **Relato de caso:** Paciente masculino, negro, de 65 anos, admitido na Santa Casa de Franca com quadro de emagrecimento progressivo, 12 Kg, tosse seca, dor ventilatório dependente na região torácica anterior direita e dispneia de esforço mMRC 4 há 60 dias. Negava febre, sudorese noturna ou hemoptise. Tabagista ativo com carga tabágica de 60 anos maço. Diagnóstico prévio de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. O estudo radiológico do tórax evidenciou uma massa pulmonar em região de ápice pulmonar direito, detectando-se na tomografia computadorizada do tórax lesão sólida, de contornos irregulares, medindo aproximadamente 3,6 x 2,8 cm, justa pleural, anteriormente à direita, associado a parênquima pulmonar com coeficiente de atenuação reduzido difusamente pela presença de áreas hipoatenuantes compatível com dilatação dos espaços aéreos. Realizada punção aspirativa por agulha fina da lesão, que se mostrou inconclusiva ao exame histopatológico. Optou-se então por biópsia pulmonar a céu aberto, evidenciando-se na anatomia patológica lesão fusocelular, mínimo pleomorfismo, intercaladas com células inflamatórias constituídas por plasmócitos, macrófagos, linfócitos e células multinucleadas. Não foi visualizado figuras de mitose ou áreas de necrose. Presença de depósito de antracose no parênquima pulmonar. Quadro histológico sugerindo pseudotumor inflamatório, subtipo fibro-histiocítico. Procedeu-se estudo imuno-histoquímico da amostra, que evidenciou positividade para CD68 nos histiócitos, Citoceratinas de 40, 48, 50 e 50, 6, KDa positivo nas células epiteliais e TTF-1 fator de transcrição tireoide/pulmão positivo nos pneumócitos. Pesquisas de fungos e BAAR foram negativas. Corroborando com o diagnóstico de proliferação histiocitária benigna, uma das muitas denominações do pseudotumor inflamatório. **Conclusão:** Pseudotumor inflamatório de pulmão, apesar de ser uma entidade rara, 0, 7% dos tumores pulmonares, se manifestar em mais de 50% das vezes na faixa etária abaixo dos 40 anos, de serem considerados essencialmente inflamatórios ou reacionais, não podem ser esquecidos nos diagnósticos diferenciais de nódulos ou massas pulmonares, mesmo em pacientes fora da faixa etária mais prevalente, com importante carga tabágica e com imagens sugestivas de neoplasia maligna.

**Palavras-chave:** Pseudotumor inflamatório; neoplasia pulmonar maligna; diagnóstico diferencial

#### **PO325 MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO E CONTROLE DA DOENÇA COM USO DE PEMETREXEDE MONOTERAPIA: RELATO DE CASO**

**RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE<sup>\*</sup>; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; RAFAEL SARTORI TARTAGLIA; BRUNA MAMPRIM PILOTO; DIEGO ANDRES GUARANGO JARAMILLO; TERESA YAE TAKAGAKI**

*DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** O mesotelioma pleural maligno (MPM), apesar de raro, é a principal neoplasia maligna primária da pleura. Tem aumento na incidência observada devido à sua associação com o asbesto, refletindo a maior exposição ocorrida no pós-guerra. Pela longa latência (30-40 anos), apesar das restrições impostas à exposição ao asbesto a partir dos anos 70, é esperada sua recrudescência. A importância do MPM não se restringe apenas à sua crescente incidência, mas também à agressividade demonstrada pela escassa sobrevida (média: 6 a 8 meses), mesmo com tratamento adequado. A quimioterapia (QT), mesmo com a introdução de novos protocolos terapêuticos, não ultrapassa 41% de resposta, com sobrevida média de 12 meses. A radioterapia (RT) como procedimento isolado traz pouco benefício, pois a proximidade de estruturas nobres não permite a administração de doses adequadas. Os melhores resultados são obtidos com o tratamento multimodal que associa cirurgia (pleuropneumectomia), RT e QT, com ganho de 6 meses de sobrevida às custas de alta morbidade.

**Objetivos:** Relatar caso de paciente portador de MPM que após falhar 3 linhas de quimioterapia manteve controle de doença com esquema de Pemetrexede monodroga.

**Métodos:** Revisão de prontuário e registros médicos de paciente em hospital oncológico. **Resultados/Relato:** Paciente, 61 anos, tabagista 47 anos/maço, trabalhador da construção civil por toda vida laboral, há 5 anos procurou Pronto-Socorro por dor pleurítica. Histórico de irmão e pai falecidos por neoplasia. Evidenciado derrame pleural, foi submetido à toracocentese e biópsia, que evidenciaram diagnóstico de MPM, confirmado por imunohistoquímica. Iniciou tratamento na cidade de origem, submetido à QT 1ª linha com 3 ciclos de cisplatina e etoposídeo, 2ª linha com 3 ciclos de oxaliplatina e 5-fluorouracil e 3ª linha com 3 ciclos de cisplatina + vinorelbina, sempre com progressão de doença. Após 5 meses, encaminhado para centro de referência estadual, onde foi reestadiado e decidido por iniciar Pemetrexede, droga ao qual nunca fora exposto. Foi submetido à 13 ciclos, com redução de doença e controle mantido, necessitando interromper por anemia, efeito colateral conhecido da medicação. Recuperado, retornou ao tratamento, realizando 4 ciclos, completando 3 anos de controle de doença. Por longo tratamento e efeitos de QT, o próprio recusou seguir com aplicações, mesmo após esclarecimentos médicos. Após 3 meses, evoluiu com óbito. **Conclusão:** O MPM é neoplasia maligna pulmonar de elevada agressividade. Esquemas de QT propostos têm resultados pouco animadores. Obtém-se taxa de resposta inferior a 20% e sobrevida média de 6 a 12 meses, tendo melhores resultados pemetrexede/cisplatina (sobrevida média: 12, 1 meses/ progressão da doença: 5, 7 meses/ taxa de resposta 41%). Apesar da consagração de cisplatina como monoterapia, o tratamento deve ser individualizado, podendo pemetrexede ser escolha.

**Palavras-chave:** Mesotelioma pleural maligno; pemetrexede; quimioterapia

**PO326** **NEOPLASIA PULMONAR SIMULANDO PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC) EM PACIENTE DE 23 ANOS, NÃO-TABAGISTA E GRÁVIDA**

**OLÍVIA SORATO BEZERRA<sup>\*</sup>; MARA RÚBIA ANDRÉ ALVES DE LIMA; PAULO JOSÉ ZIMMERMANN TEIXEIRA; JACKELINE LARISSA**

**SOUZA; MANOELA BEATRIZ MARTINS; CHARIEL ISERHARDT CIOCHETTA; GILCILENE MATOS LIMA; PATRÍCIA YURI NOGUCHI UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**

**Introdução:** O adenocarcinoma pulmonar ocorre geralmente em homens tabagistas após a quinta década de vida. Imagens típicas são lesões periféricas unilaterais invadindo a pleura ou causando obstrução brônquica. Raramente, adenocarcinomas simulam pneumonias adquiridas na comunidade (PACs), em pacientes abaixo dos 30 anos e não tabagistas. Quando ocorre durante a gravidez é associado a alto risco de morte. **Relato do caso:** Mulher, 23 anos, não-tabagista, mãe de um bebê de sete meses. Novembro 2013: no fim da gravidez, apresenta tosse com secreção purulenta e dispneia, quadro associado a vacina contra influenza recebida naquele mês. Negava dor torácica, hemoptise, febre. Decide esperar o nascimento do seu filho em dezembro 2013 para receber tratamento, mas somente em janeiro de 2014 inicia antibioticoterapia, sem resposta. Perda de 14 quilos em 6 meses. Realiza mensalmente novos raio-x de tórax e troca de antibióticos. Junho 2014: em uso de Azitromicina e Cefuroxima, admitida em hospital terciário em mau estado geral, estertores e sibilâncias bilaterais dispersas, SatO<sub>2</sub> 85-90% com oxigenoterapia. Raio-X tórax: consolidações extensas bilaterais, pneumotórax direito. TC tórax: consolidações bilaterais, especialmente em lobos inferiores e porções basais de lobos superiores. Resultados negativos para sorologia de HIV e hepatites e BAAR no escarro. Leucocitose (21.580/mm<sup>3</sup>), com 83% neutrófilos e 5.4% eosinófilos. Hemoglobínúria (bβp). Anatomopatológico obtido por biópsia transbrônquica: adenocarcinoma com foco invasivo em parede brônquica. Tratada com Carbamazepina por seis meses (gene EGFR negativo excluiu quimioterapia oral). Paciente veio a óbito em dezembro de 2014 devido a sepsis secundária a infecção pulmonar por KPC. **Discussão e conclusão:** Quando um adenocarcinoma de pulmão apresenta-se na forma de consolidação em um paciente jovem não tabagista, é comum serem diagnosticados como PACs. Apesar de raro durante a gravidez, o câncer de pulmão apresenta pior prognóstico e maior atraso diagnóstico devido a relutância do médico e do paciente em expor o feto a radiação e medicações. Neste caso, os sintomas iniciaram durante a gravidez, mas o adenocarcinoma pulmonar foi investigado com broncoscopia somente meses depois o fracasso terapêutico. A lição trazida por esse caso é a necessidade de investigar com fibrobroncoscopia os diagnósticos diferenciais de consolidação pulmonar em casos de falha terapêutica, mesmo em pacientes não tabagistas e especialmente em mulheres grávidas.

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma; neoplasia simulando pac; paciente gestante

**PO327** **LEIOMIOMA UTERINO BENIGNO COM METÁSTASES PULMONARES: UM CASO RARO.**

**ENRICO FORTUNATO<sup>\*</sup>; JOÃO CARLOS CARLOS DE JESUS; BRUNA MARABITA; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO; LAIR ZAMBON; RONALDO FERREIRA MACEDO; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME; MÔNICA CORSO PEREIRA UNICAMP, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Leiomioma é um tumor benigno de células musculares. Raramente, apesar da benignidade pode ocorrer a metastatização do mesmo para sítios distantes, sendo o pulmão um órgão frequentemente afetado. Em geral o paciente se mantém assintomático, e tais metástases são diagnosticadas por achado acidental em exame de imagem, como múltiplos nódulos pulmonares, ou, mais raramente, nódulo solitário. **Relato de caso:**

Paciente feminina, 34 anos, não tabagista apresentou-se para consulta com queixa de dispnéia de início há 4 meses, progressiva até aos mínimos esforços, associada à dor ventilatória dependente em hemitórax direito, tosse seca e sudorese noturna. Como antecedente referia histerectomia total devido à miomatose 6 anos antes. Ao exame físico mostrava-se taquipneica, hipoxêmica (SpO<sub>2</sub>: 89%). Na ausculta pulmonar, havia estertores crepitantes em bases bilateralmente. Apresentava nódulo indolor, móvel e fibroelástico em mama esquerda. No abdômen apresentava massa palpável em fossa ilíaca esquerda. RX e TC tórax mostravam múltiplos nódulos pulmonares sólidos, não calcificados, difusos. Ultrassonografia de mama esquerda com nódulo provavelmente benigno (BIRADS 3). TC abdome demonstrando lesão expansiva no músculo ilíaco esquerdo e outra em plano muscular na transição entre a pelve e a raiz da coxa esquerda. Broncoscopia mostrou diminuição da luz do óstio da língua, colhido lavado brônquico para culturas e citologia oncológica, que foram negativas. Realizada revisão do exame anatomopatológico da histerectomia prévia, demonstrando apenas material necrótico. Realizada biópsia de lesão pélvica palpável ao exame físico, cujo análise anatomopatológica foi sugestiva de leiomioma, diagnóstico confirmado pelo perfil imunohistoquímico do material. Realizada abordagem cirúrgica (biópsia transtorácica) de um dos nódulos pulmonares, cujo diagnóstico histopatológico confirmou tratar-se de neoplasia fusocelular compatível com metástase de leiomioma em nódulo pulmonar. Iniciado tratamento com bloqueio hormonal, indicada oxigenioterapia, e seguimento clínico/radiológico. Paciente evoluiu estável até este momento. **Discussão:** Leiomioma uterino benigno metastático é raro, com menos de 200 casos relatados na literatura até 2010. Trata-se de tumor responsivo a hormônios, e de bom prognóstico. O curso da doença pode variar de acordo com os níveis de estrógeno da paciente, e parece haver relação entre menopausa e regressão da doença. Não há protocolo de tratamento definido, sendo que as opções incluem histerectomia/ooforectomia, bloqueio hormonal em longo prazo, além da abordagem cirúrgica dos nódulos.

**Palavras-chave:** Leiomioma; metástase; nodulos pulmonares

**P0328 RELATO DE CASO: LINFOMA DO TECIDO LINFÓIDE ASSOCIADO AO BRÔNQUIO (BALT) EM PACIENTE COM DOENÇA AUTOIMUNE**

**MICHELLE CAILLEAUX CEZAR<sup>1</sup>; CAROLINY SAMARY SILVA LOBATO<sup>1</sup>; RAFAELA VIEIRA FERREIRA DA SILVA<sup>1</sup>; JOÃO PEDRO STEINHAUSER MOTTA<sup>2</sup>; JOSÉ CARLOS O DE MORAIS<sup>2</sup>; LUIZ PAULO LOIVOS<sup>1</sup>**

1. INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL;  
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O linfoma mucosa-associated lymphoid tissue (MALT, tecido linfóide associado à mucosa) é um linfoma B extranodal que surge em diferentes tecidos epiteliais, tais como em estômago, glândulas salivares, pulmões e intestino delgado. O linfoma MALT pulmonar também é conhecido como linfoma do tecido linfóide associado ao brônquio (do inglês bronchial-associated lymphoid tissue - BALT). É uma doença rara e apresenta-se como a forma mais comum de linfoma primário de baixo grau dos pulmões. Na literatura há relatos que associam a doença com a síndrome de Sjögren e a outras doenças imunológicas. Assim, relatamos um caso de linfoma BALT em portadora de lúpus eritematoso sistêmico (LES) cuja investigação diagnóstica realizou-se

em função de um achado radiográfico. **Relato do caso:** Paciente feminina, 48 anos, divorciada, comerciante, natural do Rio de Janeiro (RJ), residente em São João do Meriti (RJ). Portadora de Lupus eritematoso sistêmico (LES) em uso de azatioprina e hidroxicloroquina, com dispnéia aos grandes esforços há cerca de 4 meses. Em avaliação pré-operatória para colecistectomia por colelitíase sintomática, identificado consolidação não homogênea de aspecto inflamatório em terço médio e inferior do pulmão direito e obliteração do seio costofrênico direito em radiografia de tórax. Não tabagista, sem doença pulmonar prévia. Ao exame físico apresenta artrite deformante de mãos bilateralmente; ausculta pulmonar com estertores crepitantes em base esquerda. Tomografia computadorizada de tórax: opacidades nodulares e vidro fosco com broncogramas aéreos de permeio em ambos os pulmões, maior lesão medindo 3.8 cm em lobo superior direito. Broncoscopia sem alterações, citopatológico de lavado broncoalveolar negativo para malignidade. Submetida a biópsia pulmonar por toracotomia com histopatológico e imunohistoquímica confirmatórios de linfoma BALT. Paciente encontra-se em tratamento quimioterápico atualmente. **Conclusão:** O linfoma BALT tem curso indolente, de tal modo que um terço dos casos é descoberto incidentalmente. Trata-se de caso raro, diagnosticado rapidamente devido à suspeita tomográfica, possibilitando início de tratamento adequado visando à cura da doença.

**Palavras-chave:** Linfoma; neoplasia de pulmão; lupus eritematoso sistêmico

**P0329 METASTASE GÁSTRICA DE ADENOCARCINOMA PRIMÁRIO DE PULMÃO: RELATO DE CASO**

**MARCELO BASSO GAZZANA<sup>1</sup>; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI<sup>1</sup>; RUI FERNANDO WESCHENFELDER; JONATHAS STIFFT<sup>1</sup>; GUILHERME GONÇALVES PRETTO<sup>1</sup>; GUILHERME GEIB<sup>1</sup>; RAFAEL DA LUZ BOENO<sup>1</sup> HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**

**Introdução:** Metástases gastrointestinais de sítio primário pulmonar são raras. Estima-se que metástases gástricas ocorrem em menos de 2% dos casos. Geralmente são sintomáticas, apresentando-se como hemorragia digestiva e/ou anemia ferropriva. Na literatura, há escassos relatos desta apresentação em pacientes com neoplasia pulmonar.

**Relato do caso:** Paciente masculino de 68 anos, tabagista ativo (índice tabágico 50 maços-ano), em bom estado geral, tinha diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica com predomínio de enfisema pulmonar (GOLD A), oligossintomático. Referia dispnéia somente aos grandes esforços e pigarro matinal crônico, sem mudança de característica recente. Não utilizava nenhum medicamento para doença respiratória. Negava sintomas constitucionais, dor torácica, hemoptise ou sintomas gastrointestinais. Adicionalmente era portador de hipertensão arterial sistêmica, gota e doença do refluxo gastroesofágico. Paciente iniciou com sintomas prostáticos (polaciúria, estrangúria e urgência miccional) há 4 meses, sendo diagnosticado adenocarcinoma de próstata (Gleason 9). No estadiamento desta neoplasia, a radiografia e a tomografia computadorizada do tórax evidenciaram massa no segmento anterior do lobo superior do pulmão esquerdo, medindo 3,5 por 3,5 cm. Foi submetido a punção transtorácica, cujo anatomopatológico diagnosticou adenocarcinoma de sítio pulmonar. Realizou PET-TC que demonstrou captação na massa pulmonar (SUV 7,3), bem como em duas áreas nodulares na parede gástrica, uma no fundo (1,4 cm com SUV 10,2) e outra na pequena curvatura (1,8 cm com SUV 9,5). A ressonância magnética de encéfalo foi normal. Foi submetido a endoscopia digestiva alta que



demonstrou lesões ulceradas nas regiões descritas no PET-TC. A biópsia destas lesões evidenciou adenocarcinoma. A imunohistoquímica desta biópsia, bem como daquela realizada no tórax, foi compatível com adenocarcinoma de sítio pulmonar. Os marcadores foram positivos para CK-7 e TTF-1, e negativos para CK-20, PSA e CDX-2. Em reunião multidisciplinar, embora houvesse relatos na literatura de ressecção de metástase gástrica, optou-se pela conduta padrão de manejo da neoplasia pulmonar metastática com tratamento quimioterápico sistêmico (pemetrexede e carboplatina). A revisão do anátomo-patológico da biópsia prostática confirmou o diagnóstico prévia de adenocarcinoma com origem prostática, para o qual vem recebendo hormonioterapia (fulvestranto). Paciente permanece em acompanhamento clínico com boa evolução até o momento deste relato. **Conclusão:** Metástase gástrica de adenocarcinoma pulmonar é uma forma incomum de disseminação desta doença. Um estadiamento detalhado, que inclua o PET-TC, pode evitar que o paciente seja submetido a procedimentos desnecessários (cirurgia não curativa), na medida que identifica lesões não perceptíveis nos exames de imagem convencionais.

**Palavras-chave:** Cancer de pulmão; metastase gastrica; pet-tc

#### **PO330 ACOMETIMENTO PULMONAR SECUNDÁRIO POR LINFOMA DE HODGKIN - RELATO DE CASO**

**THIAGO THOMAZ MAFORT<sup>1</sup>; CAROLINA ANDRADE LEITE<sup>2</sup>; LÍVIA PESSÓA SANT'ANNA<sup>3</sup>; BRUNA MACEDO PINTO<sup>4</sup>; RAFAEL VARGAS DA SILVA<sup>5</sup>**

*UERJ, NITERÓI, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** O envolvimento linfomatoso pulmonar pode ser primário ou secundário. Os linfomas pulmonares primários são raros e, em geral, localizados em um pulmão e do tipo não-Hodgkin. São tipicamente linfomas de células B de baixo grau que se originam do tecido linfóide associado à mucosa. O acometimento pulmonar secundário é mais frequente, particularmente na doença de Hodgkin, podendo ser bilateral e difuso e está quase sempre associado a linfonodomegalias mediastinais ou hilares. Neste trabalho, apresentamos um caso de linfoma de Hodgkin com infiltração de pulmão e discutimos dados epidemiológicos e métodos diagnósticos. **Relato de caso:** Homem, 23 anos, previamente hígido, começou a apresentar dispnéia e febre em agosto/2013. Radiografia de tórax evidenciou alargamento mediastinal, e tomografia computadorizada (TC) revelou volumosa formação expansiva em mediastino, medindo 13, 2 x 9, 4 x 13, 7 cm, com efeito compressivo sobre estruturas adjacentes, sugestiva de conglomerado linfonodal, além de derrame pleural pequeno bilateral e derrame pericárdico moderado. Foi feita biópsia de linfonodo, cuja análise histopatológica foi compatível com linfoma de Hodgkin subtipo celularidade mista. Paciente foi classificado como estágio IV BX e submetido à quimioterapia (oito ciclos de ABVD) e radioterapia (vinte sessões de 180 cGy sobre as cadeias linfáticas acometidas). TC pós-tratamento evidenciou massa linfonodal de 8 x 10 cm no mediastino, e PET-Scan mostrou aumento do metabolismo com SUV de 8, 0. Foi feita terapia de resgate (três ciclos de ICE), com resposta parcial, seguida de transplante autólogo de medula óssea (BuMEL). Avaliação no D+100 de transplante com PET-TC revelou linfonodomegalias mediastinais com SUV variando entre 2, 8 e 12, 0, além de consolidação parenquimatosa com densidade de partes moles na região paramediastinal do pulmão direito com SUV máx de 20, 4. Biópsia de pulmão por pleuroscopia revelou infiltração por linfoma, quando foi iniciada terapia

com brentuximabe. Após primeira dose da medicação, paciente apresentava febre vespertina e tosse seca. TC de tórax e broncoscopia revelaram extensa caverna com acometimento quase completo do lobo superior direito, tendo aspecto macroscópico de infecção fúngica com preenchimento total da cavidade por tecido brancoacento. Iniciou-se tratamento empírico com voriconazol, porém exame micológico direito e cultura para fungos do lavado bronquico foram negativos. Biópsia de brônquio mostrou infiltração de mucosa brônquica pelo linfoma. Paciente evoluiu com insuficiência respiratória e foi a óbito em março/2016. **Discussão:** O achado de envolvimento do pulmão não é tão raro em necropsias de pacientes com linfoma, apesar de as radiografias de tórax serem normais na grande maioria dos casos. Quando há alteração, esta costuma ser inespecífica, devendo-se considerar infecções oportunistas e reações ao tratamento como diagnósticos diferenciais. À tomografia, os achados incluem massas ou consolidações, nódulos, opacidades em vidro fosco e espessamentos peribroncovascular ou septal. O padrão mais comum é a presença de nódulos ou massas, solitários ou, mais comumente, múltiplos. Cavitações são raras, ocorrendo em menos de 10% dos casos.

**Palavras-chave:** Linfoma; lesão cavitada; broncoscopia

#### **PO331 LINFOMA MALT PULMONAR: RELATO DE CASO**

**MARIA BERNARDO TONOLLI<sup>1</sup>; THIAGO GONZALES MARQUES<sup>2</sup>; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS<sup>3</sup>; CAMILA FRANÇA REDIVO<sup>4</sup>; VANESSA DA PENHA RIBEIRO<sup>5</sup>; BARBARA CRISTINA GRIZZO<sup>6</sup>; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO<sup>7</sup>; RICARDO MILINAVICIUS<sup>8</sup>**

*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

São linfomas de células B da zona marginal extranodal de tecido linfóide associado à mucosa (MALT) representam cerca de 8% de todos os linfomas não Hodgkin. Os tumores surgem no interior de tecidos com inflamação crônica como a glândula salivar (síndrome de Sjögren), tireóide (tireoidite de Hashimoto) e estômago. Os linfomas primários de pulmão são raros e correspondem a 0, 5-1% de todos os tumores pulmonares e menos de 1% dos linfomas não Hodgkin. O MALT é um grupo heterogêneo de tumores que surgem no interior de tecidos extranodais. **Relato de caso:** Feminino, 78 anos, com internação prévia para tratamento de pneumonia, com tosse e dispnéia, retornando ao ambulatório para controle radiológico. RX de tórax: opacidade tênue em lobo superior direito. TC de tórax: Extensa área de consolidação com broncogramas aéreos e cavidades de permeio, localizada no lobo superior direito, sendo suspeito para neoplasia primária. Pesquisa de BAAR: negativo. Broncoscopia: sem alterações. Lavado Broncoalveolar: negativo para BAAR e fungos. Citologia oncológica: negativo para células neoplásicas. Biópsia transbrônquica: infiltração celular atípica difusa de células pequenas. Imunohistoquímica: Linfoma não Hodgkin, podendo corresponder a linfoma linfocítico pequeno ou linfoma da zona marginal de tipo MALT. Biópsia transparietal: Linfoma B da zona marginal. Imunohistoquímica: achados consistentes com linfoma B da zona marginal. **Discussão:** O linfoma pulmonar primário (LPP) é bastante raro e definido por proliferação linfóide monoclonal no parênquima pulmonar ou tecido brônquico, com localização uni ou bilateral, onde não existe evidência de envolvimento extrapulmonar no momento do diagnóstico ou nos 3 meses posteriores. Se apresenta, na maioria dos casos, como o LNH-B de baixo grau, originado no tecido linfóide associado à mucosa (Mucosa Associated Lymphoid Tissue – MALT). **Conclusão:** O achado acidental

em pacientes assintomáticos ocorre com frequência nesta patologia. Em cerca de 50% dos casos, ocorre dificuldade no diagnóstico através de biópsia pulmonar transbrônquica ou punção aspirativa transtorácica. É importante o diagnóstico e terapêutica em pacientes assintomáticos e com doença localizada, o que pode garantir melhor prognóstico.

**Palavras-chave:** Linfoma; malt; pulmonar

### **PO332 SARCOMA DE EWING COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA PULMONAR**

**ISABELA MAGGIONI HOLZ\*<sup>1</sup>; LIANA PINHEIRO; JOSE LEONIDAS ALVES JUNIOR; LUCAS CASOTTI PEREIRA DAS POSSES; JAMILI LEITE DA SILVA; RAFAEL YANAGIZAWA MENDES DE OLIVEIRA; ALE MAHMID ABDUNI**

*HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** O Sarcoma de Ewing (SE) é um dos tumores ósseos mais agressivos. Acomete mais crianças e adolescentes (2ª década), comumente masculino. Predomina em ossos como fêmur, tíbia, úmero, fíbula, pelve, vértebra e arcos costais. Embora o acometimento pulmonar por metástase seja comum, a manifestação como massa pulmonar é rara. **Objetivo:** Relatar um caso Sarcoma de Ewing que se apresentou inicialmente como uma massa pulmonar. **Relato de caso:** Feminino, 17 anos, solteira, estudante, natural e procedente de São Paulo – SP. Há 2 meses iniciou dor em região dorsal irradiando para região lombar, com febre intermitente, perda ponderal (8kg) e dispnéia aos médios esforços. Exame físico: corada, eupneica em repouso, murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios. Radiografia revelava massa em base direita e tomografia mostrava lesão sólida parenquimatosa, heterogênea, não captante, medindo 5, 5cm em lobo inferior direito com sinais de extensão intercostal e paracostal/vertebral. Derrame pleural pequeno. À broncoscopia, não se visualizou lesões endobrônquicas. Foi encaminhada a um centro terciário para prosseguir investigação, evoluiu com síndrome de compressão medular e realizou laminectomia T10-11 com exérese microcirúrgica. Exame anatomopatológico com imunohistoquímica compatível com SE. **Discussão:** Os tumores primários de ossos são responsáveis por 6% de todos os cânceres na infância. SE é a segunda malignidade primária de osso mais comum, afetando crianças e adolescentes. Os locais mais comuns de acometimentos são parede torácica, pelve e ossos das extremidades. SE que surgem no parênquima pulmonar sem envolvimento da parede torácica são extremamente raros em adultos. Pacientes com doença localizada têm apenas 10 a 20 por cento de probabilidade de cura se tratado com cirurgia ou radioterapia apenas. Este resultado é melhorado dramaticamente com quimioterapia. Essa paciente está sendo submetida à quimioterapia e vem em recuperação com a fisioterapia do déficit motor. Este relato nos alerta o quanto devemos ser rápidos no diagnóstico de tumores em paciente jovem, haja vista o potencial acometimento medular que pode trazer danos irreversíveis à qualidade de vida e de sobrevida reduzida.

**Palavras-chave:** Sarcoma; ewing; tumor

### **PO333 CANCRO DO PULMÃO - TRÊS ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE ONCOLOGIA**

**EDGAR PRATAS\*<sup>1</sup>; ANA RITA GARCIA<sup>1</sup>; ISABEL DOMINGUES<sup>1</sup>; JOÃO CARVALHO<sup>1</sup>; SARA PINHEIRO<sup>1</sup>; SUSANA AMARAL<sup>1</sup>; MARIA HELENA LIMA<sup>2</sup>; EMANUEL JESUS<sup>1</sup>**

*1. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA, COIMBRA, PORTUGAL; 2. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, COIMBRA, PORTUGAL.*

**Introdução:** O cancro do pulmão é a principal causa de morte por cancro em ambos os sexos. A Organização Mundial de Saúde estima que as mortes por cancro do pulmão continuem a aumentar, devido ao consumo de tabaco. A cessação tabágica, hábitos saudáveis e diagnóstico precoce podem melhorar o prognóstico dos doentes. Com a introdução da imunoterapia, a doença metastática pode ser melhor gerida, obtendo melhores taxas de sobrevivência. **Métodos:** Doentes com diagnóstico de cancro do pulmão ao longo de três anos (2010-2012). Dados clínicos e demográficos foram analisados, análises da mediana e sobrevivência global (SG) aos 5 anos. **Resultados:** Diagnosticados 253 doentes com cancro do pulmão, com predomínio no sexo masculino (72. 4%; 184 doentes). A média foi de 63. 7 anos ( $\pm$  11. 6) (22-89 anos), 19% dos doentes com mais de 75 anos. De acordo com a classificação da OMS (2004), o tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma (53. 8%), seguido do carcinoma espinhocelular (23. 3%). Os tumores carcinóides e neuroendócrinos foram diagnosticados em 8. 3% e 2. 8%, respectivamente. O carcinoma de grandes células e bronquioalveolar representaram 1, 2%. O carcinoma do pulmão de pequenas células foi diagnosticado em 21% dos doentes. Tumores pleomórficos (2 doentes) e linfoma pulmonar (1) foram achados raros. Ao diagnóstico, 51% dos doentes apresentavam doença em estadio IV, 10. 3% estadio IIIB, enquanto 13. 4% estadio IIIA. Apenas 3. 7% apresentavam-se em estadio II e 18. 2% estadio I (7ª edição AJCC). Dois doentes não completaram o estadiamento. Os doentes foram submetidos a cirurgia (23. 7%), quimiorradioterapia (9. 1%) ou tratamento sistémico com quimioterapia/inibidores da tirosina quinase (50. 9%) - quimioterapia paliativa em 32. 8%, definitiva em 13. 8% e adjuvante em 4. 3%. Radioterapia paliativa foi realizada em 13. 4%, enquanto 2% efectuaram radioterapia definitiva. Best supportive care foi o tratamento de escolha em 11, 1%. O duplete de platina a escolha em 45. 6% dos doentes com doença disseminada, sendo o esquema Cisplatina + Pemetrexed mais frequentemente utilizado. Doença metastizada com envolvimento de um órgão presente em 62. 5%, sendo os pulmões, ossos e sistema nervoso central os órgãos mais afectados, com 14. 1%, 13. 2% e 11. 7%, respectivamente. Envolvimento metastático de múltiplos órgãos foi diagnosticado em 7%. O número de metástases e sua localização não influenciou a SG ( $p=0, 078$ ,  $p=0, 564$ ), respectivamente. Em doentes com estadios iniciais da doença, a SG mediana não foi alcançada, com SG de 55. 1% aos 5 anos. Nos tumores localmente avançados, a SG mediana foi de 11 meses, enquanto a SG foi de 10% aos 5 anos. Para doentes com doença metastizada, a SG mediana foi de 5 meses e a G aos 5 anos foi de 2, 3%. **Conclusões:** O cancro do pulmão é diagnosticado mais comumente em doentes do sexo masculino, afectando em quase 20% os mais idosos. Mais de metade apresentava doença metastizada e cerca de 11% eram apenas elegíveis para Best supportive care. Doentes em estadios iniciais apresentaram boas taxas de sobrevivência, enquanto a doença disseminada teve um prognóstico sombrio. O número de metástases e sua localização não influenciou a SG.

**Palavras-chave:** Cancro; quimioterapia; pulmão

### **PO334 TUMORES DO PULMÃO - CASUÍSTICA DE 6 ANOS DE UM SERVIÇO**

**EDGAR PRATAS\*<sup>1</sup>; ANA RITA GARCIA<sup>1</sup>; JOÃO CARVALHO<sup>1</sup>; ISABEL DOMINGUES<sup>1</sup>; SUSANA AMARAL<sup>1</sup>; SARA PINHEIRO<sup>1</sup>; MARIA HELENA LIMA<sup>2</sup>; EMANUEL JESUS<sup>1</sup>**

1. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA, COIMBRA, PORTUGAL; 2. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, COIMBRA, PORTUGAL.

**Introdução:** O cancro do pulmão é a neoplasia com maior incidência e taxa de mortalidade no homem e o segundo com maior taxa de mortalidade na mulher, apenas superado pelo cancro da mama. A incidência tem aumentado significativamente no sexo feminino nos últimos anos. Apenas 20% dos tumores do pulmão são diagnosticados em estadios iniciais, permitindo tratamento curativo.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes admitidos no Serviço, relativo a um período de 6 anos (2010-2015). Dados clínicos, demográficos e sobrevivência global (SG) foram analisados. Doentes com mesotelioma foram excluídos.

**Resultados:** De Janeiro 2010 a Setembro 2015, foram diagnosticados 635 doentes com tumores do pulmão, com maior prevalência no sexo masculino (71.3%; 453 doentes). A idade média foi de 66 anos (25-89); 56.7% dos doentes com idade superior a 65 anos. Deste grupo, apenas 1.6% tinham lesões benignas. De acordo com a classificação WHO 2004, o tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma (57%), seguido do carcinoma espinhocelular (21.8%); o carcinoma de grandes células e bronquíolo-alveolar foram diagnosticados em 2.1% e 1% dos doentes, respectivamente. Tumores carcinóides e neuroendócrinos foram diagnosticados em 4.6% e 2.6%, respectivamente. O carcinoma de pequenas células do pulmão foi diagnosticado em 9.3% dos doentes. Tumores pleomórficos (5 doentes), Linfoma Pulmonar (2), Hemangioendotelioma epitelíóide (2), Carcinoma mucoepidermoide (1) e carcinoma adenóide cístico (1) foram achados raros. Cerca de 10% dos doentes tinham o diagnóstico prévio de neoplasia (cancro da cabeça e pescoço foi o mais frequente). À data do diagnóstico, 51.7% dos doentes apresentavam estadios IV, 11.2% estadios IIIb, 13% estadios IIIa, 5.9% estadios II e 16.5% estadios I (AJCC, 7ª edição). Em 11 doentes não foi possível completar o estadiamento. Os doentes foram submetidos a cirurgia (21.1%), quimiorradioterapia (10.7%) e terapêutica sistémica com quimioterapia/inibidores da tirosina quinase (47.4%) - paliativa (32.5%), definitiva (11.4%) e adjuvante (3.5%). Radioterapia paliativa foi o tratamento de escolha em 21.6% dos doentes, enquanto 2.1% realizou radioterapia adjuvante. Best Supportive care foi o tratamento de escolha em 11.7% dos doentes. O duplo de platina foi o tratamento de escolha em 36.5% dos doentes com doença disseminada, sendo o esquema Cisplatina + Pemetrexed mais frequentemente usado. Doença metastazada com envolvimento de um órgão esteve presente em 53.9%, sendo o osso, sistema nervoso central e pulmões os mais afectados com 14.6%, 12.4% e 9.6%, respectivamente. Envolvimento metastático de múltiplos órgãos foi diagnosticado em 12.7%. A sobrevivência global mediana foi de 11 meses, enquanto a sobrevivência global para doentes metastazados foi 6 meses. **Conclusões:** O cancro do pulmão foi mais frequentemente diagnosticado em doentes do sexo masculino, representando quase 75% da população. O adenocarcinoma foi a histologia mais comum. Mais de metade apresentavam doença disseminada ao diagnóstico e menos de 22% foram diagnosticados em estadios iniciais. Devido ao facto de 10% dos doentes terem o diagnóstico prévio de neoplasia, permitindo o diagnóstico precoce e tratamento do cancro do pulmão. Doentes em estadios IV apresentaram sobrevivência global sombria, sendo necessário desenvolver melhores terapêuticas locais e sistémicas.

**Palavras-chave:** Cancro; quimioterapia; pulmão

### PO335 CÂNCER DE PULMÃO E TUBERCULOSE. RELATO DE CASO.

FERNANDA ALVES DE SOUSA COSTA<sup>1\*</sup>; ANDRESSA NARRARA PINHEIRO COSTA<sup>1</sup>; THAIS FERNANDES BORGES<sup>2</sup>; WILLIAM ALVES SCHWARTZ<sup>2</sup>; JEFFERSON FONTINELE SILVA<sup>2</sup>; MELÂNIO DE PAULA BARBOSA<sup>2</sup>

1. HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2. HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

**Introdução:** A primeira descrição sobre a associação de cancro de pulmão e tuberculose foi em 1810. Acredita-se que a imunodepressão causada pelo cancro ou pela quimioterapia possa causar a reativação da tuberculose.

**Relato de caso:** Mulher de 80 anos, ex-fumante e portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica, em setembro de 2013 com quadro de infecção respiratória que não respondeu ao tratamento convencional. Foi realizada radiografia de tórax evidenciando opacidade em base pulmonar esquerda. A broncoscopia diagnóstica mostrou lesão vegetante e hiperemiada em lobo inferior esquerdo. A biópsia da lesão foi compatível com carcinoma de células escamosas pouco diferenciado. Realizada investigação de doença metastática sendo negativa. Submetida a lobectomia inferior esquerda e quimioterapia. Após 14 meses da lobectomia, a tomografia mostrou nódulo pulmonar em lobo inferior direito. Realizada a ressecção em cunha da lesão e o histopatológico foi sugestivo de tuberculose, sendo iniciado esquema RIPE.

**Conclusão:** Tem sido sugerido que a inflamação e a fibrose pulmonar decorrente da tuberculose possam induzir ao dano genético, bem como a imunodepressão causada pelo cancro possa causar a reativação da tuberculose, ou seja, a ocorrência pode ser simultânea ou sequencial. Observou-se que a maioria dos pacientes eram fumantes ou ex-fumantes. A própria infecção pulmonar por tuberculose está associada com maior risco de cancro de pulmão, sugerindo-se então uma monitorização para neoplasia mais atenta nesses pacientes.

**Palavras-chave:** Cancro de pulmão; tuberculose; tabagismo

### PO336 RELATO DE CASO: LINFOMA NÃO HODGKIN DE PULMÃO

CAMILA VENTURA BATTAGLIA\*; MARA RÚBIA ANDRÉ ALVES DE LIMA; BRUNO HOCHHEGGER; FELIPE DUENHAS SANCHES; BEATRIZ CRISTOFARO MANTUAN; GABRIELA BUFFON; VICTÓRIA KRELING LAU; ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A denominação linfoma Não-Hodgkin descreve vários tipos de cancro de origem linfóide que constituem um grupo heterogêneo de doenças definidas por características morfológicas, imunofenóticas e genéticas que podem afetar o tecido linfóide associado à mucosa (MALT), que não é identificada em tecido pulmonar normal, mas pode se desenvolver após a estimulação antigênica crônica e sofrer uma transformação linfomatosa secundária. Os linfomas pulmonares primários são raros (<1% dos tumores malignos primários de pulmão, <1% de todos os linfomas).

**Relato do caso:** Mulher de 67 anos, professora aposentada, ex-tabagista (30 anos/maço), com asma desde a infância. Começou a apresentar, em agosto de 2010, fadiga, dispneia MMRC 2, tosse persistente e azia. Ao exame clínico, apresentava-se com estado geral regular, acianótica, com sibilos no quadrante inferior esquerdo e não apresentava hipocratismo digital. Foi diagnosticada com Doença do Refluxo Gastroesofágico através de pHmetria. Espirometria normal. Radiografia de tórax, Tomografia de tórax e PET-CT mostraram lesão de tecido mole em região retrocardíaca medindo 7cm no maior eixo. O estadiamento sistémico

de câncer não apresentava anormalidades. Foi realizada uma Biópsia guiada por Tomografia Computadorizada que obteve uma amostra que foi analisada através de imunohistoquímica e confirmou linfoma de tecido linfóide associado a mucosa (MALT). A paciente realizou quimioterapia, utilizando com o protocolo R-CVP durante 6 ciclos, sem eventos adversos. A tosse desapareceu progressivamente. Atualmente, a paciente está assintomática e apresenta TC e PET-CT de tórax sem alterações. **Discussão:** Um terço dos pacientes são assintomáticos. Os sintomas mais frequentes são tosse, febre baixa, perda de peso e fadiga crônica. O diagnóstico pode ser difícil, pois existem uma grande variedade de padrões que podem ser mostrados pela TC. Métodos híbridos, tais como PET-TC, podem ser úteis, mas o diagnóstico definitivo deve ser feito através de análise patológica. Existem dois tipos de linfoma de células B, de baixo e de alto grau. Mais de 90% dos linfomas MALT são de células B de baixo grau e normalmente respondem bem à quimioterapia e com possibilidade de remissão, como no caso desta paciente. **Conclusão:** Mesmo sendo uma condição rara, o diagnóstico precoce de Linfoma Não Hodgkin pulmonar é muito importante. Além disso, esta doença responde bem à quimioterapia, podendo levar, inclusive, à remissão da doença.

**Palavras-chave:** Linfoma não hodgkin de pulmão; linfoma não hodgkin; linfoma pulmonar

#### **PO337 SÍNDROME DE CUSHING SECUNDÁRIA A CÂNCER DE PULMÃO: RELATO DE CASO.**

**HELEN MELO OLIVEIRA<sup>1\*</sup>; RAQUEL TELLES QUIXADÁ LIMA<sup>1</sup>; LUCAS ANDRADE SALES<sup>1</sup>; ÍTALO RAMON DE ARAÚJO<sup>2</sup>; RAFAEL PONTES DE SIQUEIRA<sup>3</sup>; FRANCISCO MARTINS NETO<sup>3</sup>; ALAN BRENO MOURA PONTES<sup>3</sup>; MOISES EDERLANIO TAVARES DE ARAÚJO<sup>3</sup>**  
1. HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. FACULDADE UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3. HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A síndrome de Cushing define um fenótipo resultante da exposição crônica a glicocorticóides, sejam eles endógenos ou exógenos. A causa endógena mais frequente é a produção de ACTH por um adenoma hipofisário. Todavia, podemos ter também síndrome de Cushing devido à produção ectópica de ACTH, manifestando-se como uma síndrome paraneoplásica de um tumor neuroendócrino, sendo as principais etiologias os carcinóides brônquicos e os carcinomas pulmonares tipo pequenas células. Outros tumores também podem, mais raramente, secretar ACTH, como o adenocarcinoma pulmonar. **Relato de caso:** Paciente A. S. C. M. L., 41 anos, sexo feminino, comerciante, sem comorbidades prévias, admitida no hospital devido a queixas iniciadas há cerca de quatro meses com edema de membros inferiores (MMII), fraqueza proximal de membros, escurecimento da pele, ganho progressivo de peso e picos hiperglicêmicos e hipertensivos. Negava tabagismo. Referia uso esporádico de fogão à lenha. Ao exame físico, apresentava-se com fáceis em lua cheia, escurecimento da pele, acantose nigricans, edema simétrico de MMII (2+/4+), fraqueza muscular proximal de MMII e ausculta pulmonar com redução do murmúrio vesicular em base direita. Durante o internamento, evidenciou-se hipertensão arterial, hipocalemia refratária à reposição venosa e hiperglicemia de difícil controle. Na investigação diagnóstica, foram deflagrados níveis elevados de cortisol basal e de cortisol na urina de 24 horas. Prosseguiu-se a investigação com tomografia de tórax, a qual evidenciou uma massa com realce pós-contraste medindo 6 x 3, 8 cm no lobo inferior direito (LID). A biópsia guiada por tomografia

dessa massa revelou um adenocarcinoma invasivo predominantemente acinar. A paciente foi submetida à lobectomia de LID, sem intercorrências. No pós-operatório, evoluiu com melhora do edema e da fraqueza de MMII, melhora na coloração da pele e melhora considerável dos picos hiperglicêmicos, hipertensivos e da hipocalemia. **Conclusão:** Adenocarcinoma de pulmão secretor de ACTH é uma entidade mais prevalente no sexo masculino, em uma faixa etária entre 40 e 60 anos, que, apesar de ser rara, precisa ser aventada como um diagnóstico diferencial em pacientes com sinais e sintomas de síndrome de Cushing. Essa conduta diminui os riscos deletérios do hipercortisolismo crônico, reduz o risco de metástase, além de evitar adrenalectomia ou hipofisectomia desnecessárias. Quanto ao tratamento, esses tumores não são sensíveis à radioterapia, sendo a única terapêutica curativa a ressecção completa.

**Palavras-chave:** Câncer de pulmão; síndrome de cushing; síndrome paraneoplásica

#### **PO338 RELATO DE CASO: TUMOR CARCINOIDE BRÔNQUICO COM INVASÃO DE ÁTRIO ESQUERDO**

**JULIANE PENALVA COSTA SERRA<sup>1\*</sup>; MAYANA SILVA CISNEIROS MASCARENHAS<sup>2</sup>; CAMILA MELO COELHO LOUREIRO<sup>1</sup>; VANESSA CARVALHO FREITAS<sup>3</sup>; LAÍS CIBELE SOUSA MELO<sup>1</sup>; GUSTAVO FORTUNATO<sup>1</sup>; JOSE ALVES ROCHA FILHO<sup>1</sup>**

1. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA - HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL; 3. HOSPITAL BARRA D'OR, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Os tumores carcinóides brônquicos são neoplasias pouco comuns, representando 1-2% dos tumores malignos do pulmão em adultos. Possuem diferenciação neuroendócrina e evolução clínica indolente. **Relato do caso:** Paciente 56 anos, assintomática respiratória, hipertensa, portadora de fibrilação atrial crônica em anticoagulação plena com cumarínico e valvulopatia mitral reumática, submetida a cirurgia de valvuloplastia mitral com colocação de bioprótese. No pós-operatório tardio, evoluiu com atelectasia total do pulmão direito. A broncoscopia revelou obstrução em torno de 95% do brônquio fonte direito, por lesão de aspecto tumoral (anatomopatológico: neoplasia fusocelular de histogênese incerta e imunohistoquímica sugestiva de leiomioma brônquico). A tomografia de tórax evidenciou volumosa formação expansiva heterogênea, predominantemente sólida, com áreas de calcificações em seu interior, em mediastino inferior direito, comprimindo átrio esquerdo (AE), esôfago e a entrada das veias pulmonares deste lado, além de se estender para o interior do brônquio fonte direito, associada a linfonodomegalia pré-traqueal. Posteriormente, foi submetida à mediastinoscopia cujo anatomopatológico e imunohistoquímica apontaram para neoplasia neuroendócrina com acometimento linfonodal. A ressonância de tórax mostrou massa central sólida, vascularizada, com epicentro no brônquio intermédio do pulmão direito, com infiltração do mediastino, invasão da artéria pulmonar direita e compressão das veias pulmonares a direita, apresentando íntima relação com o AE. Foi realizada pneumectomia direita, linfadectomia, biópsias múltiplas para estadiamento e plastia do AE com redução de aproximadamente 30% de seu volume. Anatomopatológico cirúrgico revelou tumor carcinóide típico, medindo cerca de 5. 5 cm x 6. 0 cm, com invasão de AE, margens livres e metástase linfonodal em cadeias 2D e 7. A paciente segue em acompanhamento com oncologia clínica e cirurgia torácica. **Conclusão** Os tumores carcinóides são tumores

neuroendócrinos que podem acometer diversos órgãos. Histologicamente, os carcinoides típicos são de baixo grau, crescimento lento e raras metástases. A maioria dos casos são assintomáticos e apresentam diagnóstico incidental. Quando sintomáticos, podem manifestar com tosse, hemoptise e pneumonias recorrentes no mesmo lobo pulmonar. Na radiografia, apresentam-se como opacidade ovoide de 2-5 cm em região hilar, perihilar ou na periferia, podendo haver alterações parenquimatosas secundárias. A tomografia computadorizada do tórax possui papel fundamental no diagnóstico e estadiamento ao determinar extensão, localização e relação do tumor com o lúmen brônquico (lesão polipoide, exclusivamente extraluminal ou lesão "iceberg"). Permite também avaliar a presença de calcificações, focos necróticos de permeio, o padrão de vascularização e detecção de linfadenopatia mediastinal e hilar. Metástases de tumor carcinóide brônquico são usualmente vistas em linfonodos intratorácicos, podendo ocorrer em outros órgãos. Existem poucos casos relatados de metástase carcinóide confirmada no coração, com incidência de 4% dos pacientes. Pouco se sabe sobre a patogênese e apresentação das metástases do carcinóide brônquico típico. O tratamento de escolha para esse tipo de tumor permanece cirúrgico, sendo o benefício da quimioterapia e radioterapia ainda incerto, sobretudo para doença metastática.

**Palavras-chave:** Tumor carcinóide brônquico; neoplasias pulmonares; metástase neoplásica

### **PO339 CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMÃO: A IMPORTÂNCIA DO ESTADIAMENTO**

**MARILIA NEVES CIPRIANO\***; LARISSA CAMELO ABRAHAO; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA

HOSPITAL GERAL DE GOIANIA, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** O câncer é um crescimento celular anormal, incontrolado, que invade os tecidos vizinhos e à distância, e é conhecido há vários séculos. Entre os de maior incidência encontra-se o câncer de pulmão. É o câncer que mais leva a óbito é o único câncer cuja incidência de morte tem aumentado progressivamente, a despeito da melhora e da maior agressividade terapêutica nos últimos anos. Uma característica própria deste câncer de incidência alta de mortalidade é a sua causa, que é o hábito de fumar, o qual entretanto, possibilita uma ação profilática concreta e com bons resultados, que é o combate ao tabagismo. **Relato de caso:** A. J. S, masculino, 63 anos, branco, natural e procedente de Ceres-GO, previamente hígido, 150 maços/ano, estilista de longa data. Em junho de 2015 iniciou quadro de adinamia importante, tosse seca, perda ponderal de 15kg em 2 mês, dispnéia progressiva mmrc 3, nesse período foi tratado como pneumonia. Em agosto de 2015 apresentou uma piora súbita da dispnéia que na ocasião se encontrava mmrc 4 associado a tosse com secreção esbranquiçada. Tomografia de tórax realizada em 15/07/15 evidenciava espessamento das paredes dos brônquios segmentares e subsegmentares do pulmão esquerdo associado a hepatização do mesmo e preenchimento dos brônquios distais por secreção possivelmente relacionada à neoplasia pulmonar primária endobrônquica. Linfonodomegalia nas cadeias para-aórtica, paratraqueal superior e inferior bilateralmente e no espaço pré-vascular, o maior deles medindo 2,5cm. Pequeno derrame pleural junto ao lobo superior esquerdo. Extenso enfisema centrolobular. Evidenciando alterações tomográficas sugestivas de câncer foi realizada broncoscopia dia 20/07/15 que mostrou lesão infiltrativa/vegetante ocluindo a luz dos brônquios

do lobo superior esquerdo e lobo inferior esquerdo com invasão da carina secundária e intensa reação inflamatória adjacente. Realizada biópsia transbrônquica que evidenciou neoplasia epitelial maligna, pleomórfica, indicativo de tumor misto. Gradação histológica grau III de anaplasia. Moderada desmoplasia de estroma. Infiltrado inflamatório linfomononuclear moderado. Durante internação foi realizado ressonância de crânio e tomografia de abdome que descartaram metástases à distância. Realizado também uma segunda tomografia de tórax no dia seis de agosto de 2015 que evidenciou atelectasia total do pulmão esquerdo com obliteração dos brônquios lobares superior e inferior. Não foram realizados no serviço Pet-tc, mediastinoscopia ou cintilografia óssea, prejudicando assim o estadiamento mais preciso da doença. Após avaliação da equipe de oncologia clínica do serviço foi instituído tratamento clínico com quimioterapia. Conclusão A escolha do melhor método para o seu diagnóstico depende de diferentes aspectos relacionados ao tumor, ao paciente e à habilidade da equipe médica. Dentre os métodos mais comumente utilizados para o diagnóstico do câncer do pulmão são exames radiológicos, a citologia do escarro, a broncofibroscopia, a punção aspirativa transtorácica e a toracoscopia. O estadiamento reflete a extensão anatômica do câncer e é muito importante para orientar o tratamento e estimar o prognóstico. Com o advento de novas modalidades de tratamento, o estadiamento tende a assumir importância cada vez maior, tanto na escolha da modalidade terapêutica mais adequada quanto na comparação dos resultados.

**Palavras-chave:** Cancer; escamoso; pulmão

### **PO340 HISTÓRIA DE PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO POR TRÊS ANOS NO MESMO LOCAL ASSOCIADA A UM TUMOR CARCINÓIDE BRÔNQUICO TÍPICO**

**FERNANDA ALTMANN OLIVEIRA\***; MARA RÚBIA ANDRÉ ALVES DE LIMA<sup>1</sup>; JOSÉ DA SILVA MOREIRA<sup>2</sup>; SPENCER CAMARGO<sup>2</sup>; BRUNO HOCHHEGGER<sup>1</sup>; JACKELINE LARISSA SOUZA<sup>2</sup>; MANOELA BEATRIZ MARTINS<sup>2</sup>; ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA<sup>1</sup>

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** História de repetidas pneumonias no mesmo local e sibilância unilateral sugerem obstrução das vias aéreas, que pode ser devido ao tumor carcinóide. Esse tumor, que é caracterizado como uma neoplasia neuroendócrina de baixo grau de malignidade, responde por 0,4 a 3% de todos os cânceres de pulmão. De acordo com a histopatologia, os tumores carcinoides subdividem-se em: típico (correspondendo a 85% dos casos, mais comumente unilaterais, com localização intraluminal e em brônquios proximais) e atípico (assintomáticos, localização periférica e capacidade de gerar metástases). **Relato de caso:** Em setembro de 2014, uma paciente não-fumante, 38 anos de idade, chega na sala de emergência referindo dor no peito, tosse produtiva e expectoração purulenta que começou há três dias. Ao exame físico, bom estado geral, sibilos no pulmão direito, febre de 39°C. Diagnosticada com pneumonia, iniciou tratamento com antibiótico. Exames de raio-x de tórax de 2011 e de 2012 mostram pneumonia no lobo inferior direito. Antes de 2011, paciente não apresentava sintomas respiratórios e não tinha comorbidades. A tomografia computadorizada (TC) mostrou obstrução do lobo intermediário, atelectasia do lobo inferior direito e lobo médio. A fibrobroncoscopia revelou lesão vegetante ocluindo o brônquio intermediário. Foi então realizada biópsia da lesão sem grandes sangramentos e o exame anatomopatológico e imuno-histoquímica indicaram tumor

carcinóide típico. A paciente recebeu alta hospitalar cinco dias após a cirurgia de bilobectomia e broncoplastia com reexpansão pulmonar, apresentando dor leve na incisão cirúrgica e permanecendo assintomática em consultas de seguimento. Os testes de função pulmonar eram normais.

**Discussão:** Tumor carcinóide não tem preferência de gênero e costuma ocorrer entre a 4ª e 6ª década da vida. Além disso, 60-80% dos pacientes são não-fumantes. A localização central é responsável pela sibilância unilateral, tosse, dor no peito e a obstrução, que pode levar à pneumonia recorrente no mesmo local, requerindo a fibrobroncoscopia para investigação mais aprofundada. Quando o diagnóstico é precoce, a cirurgia mostra um melhor prognóstico. A lição trazida por este caso é que tumor carcinóide deve ser avaliado por broncoscopia em pacientes jovens não-fumantes com pneumonias repetidas no mesmo local que apresentam sibilos unilaterais e imagens de obstrução central. A importância da suspeição clínica e consequente diagnóstico precoce deve-se ao fato de a cirurgia fornecer um tratamento eficaz para este tumor.

**Palavras-chave:** Pneumonias de repetição; tumor carcinóide brônquico típico; não-fumante

## ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

**PO341** O PAPEL DA BRONCOSCÓPIA NA SALA DE EMERGÊNCIA: ANÁLISE DE EXAME REALIZADOS ENTRE 2013 A 2015 NA MAIOR EMERGÊNCIA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS **TIAGO SPIAZZI BOTTEGA\***; DANIEL DI PIETRO<sup>1</sup>; MARCELO ZANCHET<sup>1</sup>; ANGELO FERREIRA DA SILVA JUNIOR<sup>1</sup>; JÉSSICA ECHEVERRÍA<sup>2</sup>; RAFAELLE DE OLIVEIRA SOUZA<sup>2</sup>; HENRIQUE EDUARDO DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO GNATA VIER<sup>1</sup>

1. HOSPITAL REGIONAL SÃO JOSÉ - SC, SÃO JOSÉ, SC, BRASIL; 2. UNISUL - SC, PALHOÇA, SC, BRASIL.

**Introdução:** A broncoscopia apresenta papel fundamental em diversos eventos agudos em pacientes clínicos e cirúrgicos. A Emergência do Hospital Regional São José-SC é referência em trauma e também recebe pacientes com diversas patologias pulmonares agudas. Como o setor de emergência apresenta leitos de SEMI-UTI e reanimação, muitas broncoscopias são realizadas neste setor como urgência enquanto aguardam leito na UTI geral do hospital.

**Objetivos:** O objetivo primário é avaliar a indicação do exame neste ambiente de trabalho para o broncoscopista. Os objetivos secundários são avaliar a taxa de sucesso direto do procedimento, o índice de complicações, as formas de realização do exame e por fim, o desfecho final do paciente. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional, em que foram incluídos 29 pacientes no período de Junho de 2013 a Dezembro de 2015. Os dados clínicos dos pacientes foram obtidos através de prontuário eletrônico. Os dados demográficos foram avaliados por estatística descritiva e incluíram informações sobre as medianas, frequências e a relação entre as variáveis estudadas. **Resultados:** A principal indicação de broncoscopia na nossa emergência foi Atelectasia (32% dos exames) sendo que mais da metade destes necessitaram de ventilação mecânica antes do exame. Avaliação de doenças infecciosas agudas e hemoptise corresponderam a 13% dos exames cada um, sendo que mais da metade das vezes hemoptise se relacionou a hemorragia alveolar e leptospirose. Doenças infecciosas na sua maioria se relacionou a infiltrado pulmonar difuso e tuberculose miliar. Foram realizados 2 exames em ventilação não-invasiva (atelectasia e biópsia de massa hilar) em pacientes limítrofes quanto a oximetria. Três exames foram realizados para retirada de corpo

estranho, os 3 intubados por hipoxemia e atelectasia mas retirados corpo estranho em 13% dos exames (4 exames) a principal suspeita clínica do broncoscopista não se o com sucesso. Ainda, houveram 2 avaliação de lesão inalatória de via aérea de grande queimado, uma lesão grave (grau 2) e um exame para avaliação de deglutição em semi-UTI. Por fim, confirmou. Para entendermos a gravidade dos pacientes atendidos neste setor, a mortalidade intra-hospitalar da população deste estudo foi de 34% (10 pacientes). **Conclusão:** Quando disponível, a broncoscopia flexível pode ser de grande auxílio diagnóstico e terapêutico em grandes emergências. Nosso estudo demonstrou as inúmeras indicações e formas de auxílio diagnósticos e terapêuticos da broncoscopia mesmo em um ambiente não considerado ideal.

**Palavras-chave:** Broncoscopia flexível; sala de emergência; semi-uti

**PO342** AVALIAÇÃO GERAL DAS INDICAÇÕES DE BRONCOSCÓPIAS FLEXÍVEIS REALIZADAS EM HOSPITAL GERAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS NO PERÍODO DE 2013 A 2015

**TIAGO SPIAZZI BOTTEGA\***; DANIEL DI PIETRO<sup>1</sup>; MARCELO ZANCHET<sup>1</sup>; ANGELO FERREIRA DA SILVA JUNIOR<sup>1</sup>; JÉSSICA ECHEVERRÍA<sup>2</sup>; RAFAELLE DE OLIVEIRA SOUZA<sup>2</sup>; HENRIQUE EDUARDO DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; MARCELO GNATA VIER<sup>1</sup>

1. HRSJ - SC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2. UNISUL - SC, PALHOÇA, SC, BRASIL.

**Introdução:** O uso da broncoscopia flexível é fundamental para o auxílio diagnóstico e terapêutico em muitas doenças. O Hospital regional de São José apresenta a maior emergência da Grande Florianópolis e é referência para diversas doenças em cirurgia torácica e pneumologia. **Objetivos:** Os objetivos do estudos são descrever as principais indicações de broncoscopia flexível no nosso centro, locais de realização do exame, prevalência de complicações e descrever a realização do exame em setores particulares do Hospital.

**Métodos:** Trata-se de estudo observacional transversal que apresenta como critérios de inclusão pacientes que realizaram broncoscopias tanto no centro endoscópico quanto na UTI ou emergência do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes - SC e do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina-SC, no período de Março de 2013 a Dezembro de 2015. Neste período foram incluídos 802 pacientes. Foram excluídos pacientes com dados incompletos em prontuário. Os dados clínicos dos pacientes foram obtidos através de prontuário eletrônico. Os dados demográficos foram avaliados por estatística descritiva e incluíram informações sobre as medianas, frequências e a relação entre as variáveis estudadas.

**Resultados:** A principal indicação de broncoscopia no nosso Hospital foi avaliação de provável neoplasia de pulmão com 29% das indicações (232 exames), seguido de infecções respiratórias à investigar com 16% (130 exames) e avaliação e acompanhamento de estenose benigna de traqueia com 14% dos exames (111 exames). Avaliação de infiltrado pulmonar e investigação de nódulo pulmonar foram menos frequentes (12% e 5% respectivamente). Indicações menos comuns foram avaliação de lesão inalatória de via aérea (4 exames), retirada de corpo estranho (11 exames), Nasofibro da deglutição (3 exames), Estadiamento de Ca de esôfago (23 exames) e Avaliação de hemoptise (43 exames). Trinta exames foram realizados na UTI em pacientes intubados, todos sem complicações graves. Na emergência (setor de reanimação e semi-UTI foram realizados 26 exames, 55% deles em pacientes intubados e 10% realizados em ventilação não-invasiva. Apenas 4 pacientes necessitaram

ser intubados por dessaturação durante o exame e não houve nenhum óbito durante os exames no período. A média de idade foi de 57 anos. **Conclusão:** A broncoscopia é de extremo auxílio em Hospital de referência. Como o setor de cirurgia torácica do nosso Hospital é referência no Estado para diversas patologias, o setor de broncoscopia também torna-se resolitivo em muitas patologias específicas. Em pelo menos 3 setores a broncoscopia é atuante em nosso Hospital (sala de broncoscopia, Emergência/semi-UTI e centro cirúrgico).

**Palavras-chave:** Broncoscopia flexível; indicações de broncoscopia; hospital geral

#### **PO343 AMILOIDOSE TRAQUEOBRÔNQUICA**

**ANDREA CARLA DE SOUZA CARLA CONTENÇAS\*; VANESSA FRANCINE CAMARGO DURELLO; CRISTIANO TORRES DA SILVA; IGOR BASTOS POLONIO; DÉBORAH MADEU PEREIRA; ARTHUR FELTRIN; CARLOS LUIS BOTTO ROSA; LUCIANA ALVES DE OLIVEIRA LOPES**

*SANTA CASA DA MISERICORDIA DE SAO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Amiloidose é uma desordem sistêmica, idiopática que é caracterizada pela deposição de proteínas fibrilares e insolúveis em órgãos ou tecidos. Considerado uma condição clínica altamente incomum. O termo amilóide foi criado por Virchow em meados do século 19 em estudos de autópsias referindo-se as propriedades de coloração de depósitos no tecido hepático de uma substância semelhante ao amido, logo após a aplicação de iodo e ácido sulfúrico.

**Relato de caso:** FFL, 56 anos, sexo masculino, natural do Ceará, procedente de São Paulo há 38 anos, aposentado., anteriormente metalúrgico, com Ensino Médio completo. Com antecedentes pessoais de ser ex tabagista há 22 anos de 14 maços/anos, diagnosticado com amiloidose laringea em 1993 e realização de exérese de amiloidose na laringe e traqueia no mesmo ano em outro serviço. Referia rouquidão há 23 anos e há 2 anos com piora da rouquidão e dispneia aos moderados esforços. Ao exame físico se encontrava em bom estado geral, apresentando rouquidão, roncus difusos à ausculta e saturação de 89% em ar ambiente. A prova de função pulmonar havia um distúrbio ventilatório obstrutivo moderado e na broncoscopia, infiltração da mucosa laringea, traqueal e brônquica, com relevo irregular e coloração amarelada (na região supraglótica com lesões de 2-5 mm; subglote com tênue elevação da mucosa em região cricóide, também com aspecto amarelado. Traquéia com mucosa de relevo irregular e árvore brônquica direita com diminuição da luz do óstio do segmento posterior do lobo superior, devido a mesma alteração encontrada na mucosa da traqueia). Como tratamento foi optado por ressecção das lesões. **Discussão:** A amiloidose pode acometer pulmões, vias aéreas ou mesmo outros órgãos em sua forma difusa. A forma pulmonar primária pode ocorrer como traqueobrônquica (nodular ou difusa) e parenquimatosa (septo alveolar ou nodular). O diagnóstico é realizado através de coloração vermelho do Congo, caracterizado pelo tom esverdeado da birrefringência à luz polarizada. Comum a todos os tipos de depósitos amilóides é a presença de uma proteína sérica designada por componente P amilóide, uma glicoproteína importante na detecção por método radionuclear. A maioria dos casos são classificados como primário ou secundário, porém a OMS define ainda outros grupos e subgrupos, todos com base no tipo e estrutura do componente de proteína precursora. A incidência geral da amiloidose é de cerca de oito casos por milhão por ano, estimando-se que a incidência de amiloidose primária do aparelho respiratório seja cerca de 20%. O tipo mais comum

de envolvimento pulmonar é a forma traqueobrônquica, caracterizada pela deposição da substância amilóide na parede das vias aéreas (traqueia e/ou brônquios) que frequentemente existe invasão para o interior do lúmen que resulta em padrões obstrutivos mais ou menos graves à depender do grau de deposição desta substância. A clínica de apresentação pode variar entre a dispneia de esforço, sibilância, tosse, hemoptises e infecções respiratórias de repetição. O diagnóstico de qualquer das formas requer a confirmação anatomopatológica após a obtenção de material através de biópsia por via broncoscópica, transtorácica dirigida ou cirúrgica. O prognóstico da doença varia de acordo com o grau de comprometimento e as características do paciente. Na amiloidose traqueobrônquica difusa, a taxa de sobrevivência estimada de cinco anos é de 30-50%, embora o tratamento com radioterapia pode melhorar este prognóstico

**Palavras-chave:** Amiloidose; traqueobrônquica; desordem sistêmica

#### **PO344 SEQUÊNCIA ANESTÉSICA SEGURA PARA DILATAÇÃO DE ESTENOSE DE TRAQUEIA EM CRIANÇAS EM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: RELATO DE CASO**

**LUIZ FERNANDO GRESENBERG OKAMOTO\*; ELISABETE CAMPOS GRESENBERG OKAMOTO; VÍCTOR EMANOEL GREGÓRIO DE ANDRADE; VINÍCIUS GUERRA GARCIA; MARCELO GERVILLA GREGÓRIO; THIAGO FERREIRA DE SOUZA; EDUARDO GRECCO; MITUSO YOSHIDA**

*FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.*

**Introdução:** estenose de traqueia após intubação orotraqueal, em terapia intensiva pediátrica, é uma complicação frequente da ventilação mecânica prolongada, para suporte de neonatos e crianças com desconforto respiratório. Sintomas da estenose ocorrem alguns dias após a extubação. O manejo endoscópico pode ser complexo pela dificuldade ventilatória durante a anestesia, devido ao estreitamento da via aérea e às sequelas pulmonares que prejudicam a hematose. Os pontos críticos da broncoscopia com dilatação são a indução anestésica, o relaxamento para laringoscopia rígida e o início da dilatação, quando pode ocorrer acentuada dessaturação. Este relato visa descrever uma sequência de ações sincronizadas entre anestesiista e endoscopista, que aumente a segurança da técnica até o alívio da obstrução pela dilatação. **Relato do caso:** FCRN, sexo masculino, 2 anos e 1 mês, portador da Síndrome de VACTERL e histórico de diversas cirurgias prévias, em virtude de sua patologia de base. Foi encaminhado ao serviço para realização de broncoscopia diagnóstica, devido ao quadro de desconforto respiratório após período recente de intubação orotraqueal. Técnica utilizada: paciente em DDH monitorizado com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. Realizada indução anestésica inalatória com sevoflurano a 4%, através de máscara facial e sistema Rees-Baraka. Após plano anestésico, feita venóclise e administrado propofol 2, 5mg. Kg<sup>-1</sup> via endovenosa. Devido ao comprometimento da via inalatória pela estenose, a administração de agentes endovenosos é essencial para garantir a manutenção da anestesia. A seguir, foi acoplado à máscara facial um tubo T corrugado, cujo orifício permite a passagem do broncoscópio pela boca até região acima da estenose, sem interrupção do suporte ventilatório. Realizada introdução de fio guia pelo canal de trabalho através da estenose até a carina. Retirado o aparelho e introduzido um balão dilatador de CPRE de 6mm pelo orifício, com auxílio do fio guia, por poucos centímetros, sem chegar à região da estenose. Reintroduzido broncoscópio pelo

orifício, paralelamente ao balão. Durante o procedimento, a ventilação com pressão positiva foi executada quando houve necessidade. Com a ponta do broncoscópio defronte à estenose, o balão foi posicionado e insuflado por alguns segundos, promovendo dilatação e, após desinsuflação, melhora imediata da ventilação. Ventilação e dilatação foram realizadas intermitentemente até o fim do procedimento. Após a dilatação, realizou-se intubação orotraqueal com cânula 3, 5 mm, sem cuff. Interrompeu-se o fluxo de anestésicos inalatórios, mantendo a FIO<sub>2</sub> em 100%. Após 7 minutos, o paciente acordou, foi extubado e encaminhado à RPA. **Conclusão:** o método descrito evitou a interrupção da ventilação, o emprego do laringoscópio rígido e a progressão de sondas dilatadoras de forma incerta pela subglote. O sucesso da dilatação dependeu não apenas da habilidade do broncoscopista, mas também da interação com a equipe anestésica. A técnica ofereceu ao broncoscopista plano anestésico adequado, com menor risco de complicações como bronco ou laringoespasmos, e ao anestesista, a possibilidade de ventilação assistida. Após melhora da ventilação com a dilatação, as novas condições favorecem a laringoscopia rígida, dilatações usais com sondas e aplicação de corticoide tóxico.

**Palavras-chave:** Estenose de traqueia; dilatação em crianças; anestesia segura

**PO345 USO DE ELETROCAUTÉRIO EM ESTENOSE DE TRAQUEIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO VINICIUS GUERRA GARCIA\*; LUIZ FERNANDO GRESENBERG OKAMOTO; VICTOR EMANOEL GREGORIO DE ANDRADE; MARCELO GERVILLA GREGORIO; THIAGO FERREIRA DE SOUZA; EDUARDO GRECCO; ELISABETE CAMPOS GRESENBERG OKAMOTO; MITUSO YOSHIDA**  
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

**Introdução:** a ocorrência de estenose de traqueia pós intubação orotraqueal em pacientes pediátricos aumentou devido a melhor sobrevida de prematuros e crianças com infecções pulmonares graves que necessitaram de ventilação invasiva prolongada. A traqueostomia é uma opção frequentemente empregada para tratamento. As crianças recebem alta traqueostomizadas e, muitas delas, apresentam integridade neurológica e desenvolvimento normal, o que leva a grande sofrimento psicológico pelo estigma da cânula e pela incapacidade de desenvolver a fala. O tratamento endoscópico da estenose acima da traqueostomia deve ser empregado com dois objetivos: evitar fechamento completo da traqueia e retirar a cânula assim que possível. Um dos motivos que dificulta o tratamento com sondas de dilatação é a cicatrização fibrosa e extensa do tecido que compõe a estenose, que ocorre principalmente na região cartilaginosa. Tal condição dificulta a expansão radial e simétrica da área estenosada pela ação do balão ou das sondas metálicas, obtendo-se um maior vetor de força na região membranosa posterior, em detrimento da porção fibrótica anterior. **Relato do caso:** LFBF, masculino, 1 ano e 3 meses, proveniente de outro serviço, com antecedente de bronquiolite aos 3 meses de idade. À época, necessitou de 2 semanas de intubação orotraqueal, que complicou com estenose tardia, com a necessidade de traqueostomia. A criança estava traqueostomizada há vários meses, sem nenhuma dilatação, e broncoscopia mostrava estenose puntiforme com menos de 2 mm de diâmetro. Foi optado pela realização de corte da porção anterior do anel utilizando-se agulha de corte Olympus KD-31C. O eletrocautério utilizado foi programado para o modo monopolar, com 5 Watts de potência, na

função “corte puro”, utilizando-se pulsos breves (1 a 2 segundos) de aplicação. A função “corte puro” selecionada atuou com corrente alta, que fica operante a maior parte do tempo, e voltagem baixa, o que permitiu a vaporização do tecido devido à densa concentração de energia elétrica, com mínimo escape calórico lateral. A necrose produzida pela corrente do eletrocautério depende da diferença de potencial entre o tecido e o “probe”, da superfície de contato, da duração da energia aplicada, da presença de muco e/ou sangue e da resistência elétrica tecidual. Neste caso atuamos com probe laminar e pulsos breves em tecido altamente condutor e pouco vascularizado. Instantes antes da aplicação de energia, a oferta de oxigênio foi minimizada a fim de evitar combustão. Após o corte, procedeu-se com a dilatação da estenose com balão de CPRE de 6 mm e sondas metálicas até N° 6, 5. Obteve-se diâmetro de 6mm permitindo a passagem do aparelho de 5, 1mm. A ação da lâmina do cauterio produziu o efeito de corte esperado ao diminuir a resistência do anel fibrótico anterior, o que facilitou a ação radial do balão dilatador e das sondas metálicas.

**Conclusão:** o eletrocautério aplicado através de lâmina permite uma ação pontual e segura em anéis fibróticos endurecidos de estenoses em pacientes pediátricos.

**Palavras-chave:** Estenose de traqueia; eletrocauterio; pediátrico

**PO346 HAMARTOMA TRAQUEAL – A IMPORTÂNCIA DA CORRELAÇÃO CLÍNICO-IMAGIOLÓGICA**  
JOÃO PEDRO ABREU CRAVO<sup>1</sup>; ISABEL DOMINGUES<sup>2</sup>; ALEXANDRA CATARINO<sup>1</sup>; ANTONIO JORGE FERREIRA<sup>1</sup>; TIAGO POMBO ALFARO<sup>1</sup>  
1. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, COIMBRA, PORTUGAL; 2. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA, COIMBRA, PORTUGAL.

**Introdução:** Os tumores primários da traqueia são raros e localizam-se habitualmente na sua metade superior. O hamartoma traqueal é especialmente invulgar, apenas existindo 13 relatos na literatura, correspondendo a 3% do total dos hamartomas. Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 53 anos, enviado à consulta em julho de 2015 após 2 vindas ao Serviço de Urgência (SU) por exacerbação de asma. Era um ex-fumador de 20 UMA, técnico de eletrônica e asmático controlado com medicação SOS até 2015. Já tinha sido observado em Pneumologia 5 anos antes por exacerbação de asma. A medicação inalada instituída no SU permitiu melhora da dispnéia e tosse, mas persistia sensação de desconforto dorsal. Na consulta, a observação dos exames prévios de 2011 levou à suspeita de imagem endotraqueal, não previamente identificada em angio-TC e posterior TCAR, ambas realizadas em 2011. Foi assim optado pela realização de broncoscopia, a qual revelou lesão mamilonada, homogênea e vascularizada, na vertente lateral direita do terço inferior da traqueia, sem convergência de pregas e com restante anatomia normal. Realizaram-se escovado e biópsia brônquica, esta última compatível com hamartoma, verificando-se ausência de células neoplásicas. Uma nova TC torácica demonstrou estabilidade da lesão traqueal e um micronódulo de 5 mm no pulmão direito. O doente manteve-se assintomático sob inalador combinado em consulta de seguimento, para reavaliação com TAC torácica a 12 meses. **Discussão:** As melhorias na resolução da imagem de TC têm permitido a identificação de lesões de vias aéreas centrais cada vez mais pequenas. A valorização dos achados é dependente de uma boa correlação com os achados cínicos, salientando-se a boa comunicação entre o Pneumologista e o Imagiologista. Neste caso a reavaliação dos exames antigos à luz da sintomatologia persistente permitiu a identificação de um tumor benigno da traqueia.



Este caso demonstra também a necessidade de incluir a patologia traqueal no diagnóstico diferencial do desconforto cervical/dorsal, bem como a inclusão do hamartoma no diagnóstico diferencial de lesões traqueais. O hamartoma traqueal normalmente não traz complicações e pode ser removido através de broncoscopia quando associado a sintomas.

**Palavras-chave:** Hamartoma; fibroscopia; traqueia

#### **PO347** CORPOS ESTRANHOS ENDOBRÔNQUICOS NO ADULTO – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL CENTRAL.

**JOÃO PEDRO ABREU CRAVO\***; MARIA ALCIDE TAVARES MARQUES  
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA,  
COIMBRA, PORTUGAL.

**Introdução:** A aspiração de um corpo estranho no adulto é uma situação rara, que pode ser percebida imediatamente pelo doente, mas que frequentemente permanece oculta por períodos de tempo prolongados. O elevado índice de suspeição clínica constitui o fator determinante para o diagnóstico desta situação, dada a frequente ausência de sintomas ou sinais específicos. A broncoscopia rígida desde há muitos anos que é referenciada na literatura como a técnica de eleição, contudo, ultimamente, tem-se utilizado com sucesso a broncoscopia flexível. **Objetivo:** Realizar uma casuística sobre a remoção de corpos estranhos no nosso serviço, conhecer qual os tipos mais frequentes, onde se localizavam, e avaliar a realização da broncoscopia flexível como primeira abordagem. **Método:** Os autores apresentam um estudo retrospectivo, de 2011 a 2014, dos doentes que tiveram indicação para a realização de broncoscopia flexível para diagnóstico e remoção de corpos estranhos, no Serviço de Pneumologia do nosso hospital. **Resultados:** A amostra incluiu 48 doentes, 22 do sexo masculino e 26 do sexo feminino, com uma média de idade de 66, 04 anos; 28 foram observados inicialmente em contexto de urgência, e 20 eletivamente. Em 36 (75%) casos a broncofibroscopia foi suficiente para a remoção. Dos restantes, 10 necessitaram de broncoscopia rígida; 1 de cirurgia e num doente verificou-se a expulsão do corpo estranho imediatamente após a entubação. Não houve nenhuma intercorrência com qualquer das técnicas utilizadas. O recurso à broncoscopia rígida deveu-se à impossibilidade de remoção quer pela localização (8) quer pela existência de aderências (2), num destes últimos casos recorreu-se à anestesia por intolerância do doente. Dos corpos estranhos encontrados, 26 eram orgânicos; 8 fragmentos ósseos; 3 próteses fonatórias; 2 compressas cirúrgicas; 2 peças dentárias, 2 corpos metálicos e 5 indefinidos. Relativamente ao tempo que mediou entre a aspiração e a remoção, e que quando não foi consciente (58, 3%), se calculou pela data inicial dos sintomas, refere-se: em 14 doentes - 1 semana; em 10 doentes - 1 a 4 semanas e, finalmente em 24 doentes, mais de 4 semanas. Nos primeiros (1 semana), todos recorreram ao serviço de urgência, enquanto que os de diagnóstico mais tardio o fizeram em apenas 17, 6% casos. Em relação à sintomatologia, 42 doentes apresentavam tosse, 24 dispneia, 20 hipertermia, 8 toralgia e 6 sibilância localizada. Apenas uma doente não apresentava qualquer sintoma. No exame endobrônquico, as principais consequências detectadas foram: edema da parede (14), sinais de atelectasia, (12); tecido de granulação (10) e 2 com coágulos. A localização preferencial da aspiração envolveu a árvore brônquica direita em 66, 7%, dos casos, sobretudo nos lobos inferior e médio. A telerradiografia torácica não apresentava alterações em 22 doentes, nos restantes os achados mais frequentes foram: a condensação e o reforço broncovascular. **Conclusão:** Muitas vezes desvalorizada no

contexto da Pneumologia, os autores consideram que deve estar presente esta entidade, pois pode apresentar sintomas comuns, e por isso, arrastar-se pelo seu diagnóstico tardio. Neste trabalho os autores salientam o valor da broncoscopia flexível como primeiro exame a efetuar na confirmação diagnóstica da aspiração de corpo estranho, principalmente pela rapidez, segurança e menor invasibilidade.

**Palavras-chave:** Corpos estranhos; broncoscopia flexível; endoscopia respiratória

#### **PO348** RELATO DE CASO: TUMORES CARCINOIDES SINCRÔNICOS OBSTRUTIVOS BILATERAIS EM PACIENTE JOVEM

**RAQUEL BEZERRA ESTRELA RODRIGUES\*<sup>1</sup>**; DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS<sup>2</sup>; EDUARDO SALVADOR GERACE<sup>2</sup>; RAFAEL NEGRÃO COLINI<sup>3</sup>; ANTONIO TOMAZELLI NETO<sup>3</sup>; EDUARDO GRECCO<sup>3</sup>; THIAGO FERREIRA DE SOUZA<sup>3</sup>; MARCELO GERVILLA GREGORIO<sup>3</sup>

1. UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. HOSPITAL STA HELENA, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA HELENA, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

**Introdução:** Os tumores carcinóides são neoplasias pulmonares raras (aproximadamente 2% de todas as neoplasias pulmonares). Os tumores carcinóides típicos podem ter cura após ressecção cirúrgica e tem bom prognóstico (87% em 10 anos de sobrevida). Relatamos um caso incomum de carcinóide típico bilateral pulmonar.

**Relato de caso:** Fem, 15 anos com histórico de pneumonias de repetição no lobo inferior direito a partir dos 9 anos de idade e com aparecimento subsequente de chiado no peito, em uso de formoterol e budesonida com piora progressiva. Tomografia de tórax recente com lesão obstrutiva na altura do brônquio intermédio com atelectasia segmentar do lobo inferior e imagem esférica no brônquio do lobo inferior esquerdo (figuras 1, 2 e 3) A espirometria mostrava distúrbio obstrutivo leve com redução da capacidade vital forçada (figuras 4 e 5) A broncoscopia confirmou a presença de tumoração com aspecto carcinóide obstruindo o tronco dos segmentos basais do lobo inferior (figura 6) e uma lesão esférica pedunculada de coloração violácea obstruindo a porção distal do brônquio fonte esquerdo. A biópsia da lesão a direita confirmou tratar-se de tumor neuroendócrino classificado como carcinóide típico. **Conduta:** Remoção do tumor pedunculado do brônquio principal esquerdo com alça de polipectomia e cauterização da base com probe de eletrocautério com broncoscópico flexível terapêutico através de broncoscópico rígido de 12mm para facilitar acesso, controlar da via aérea e aumentar segurança em caso de sangramento (figura 7, 8 e 9). Paciente evoluiu com melhora clínica. Na espirometria o componente obstrutivo desapareceu restando apenas o componente restritivo devido a atelectasia lobar inferior direita (figuras 8) e a paciente foi submetida a lobectomia duas semanas após tratamento endoscópico. O anatomo patológico confirmou tratar-se da mesma neoplasia já diagnosticada à direita (figura 10) **Discussão:** O tratamento do carcinóide brônquico deve ser realizado através de remoção cirúrgica do brônquio e do segmento, lobo ou pulmão correspondente quando possível. O tratamento endoscópico pode ser empregado quando o tratamento cirúrgico não pode ser realizado por questões técnicas, condições clínicas ou recusa do paciente **Conclusão:** Neste caso a presença de tumor bilateralmente impossibilitava a prática de uma pneumectomia esquerda e lobectomia inferior direita e a obstrução do brônquio esquerdo impedia o posicionamento de um tubo orotraqueal de duplo lumen seletivo para a esquerda para cirurgia do pulmão direito. A remoção do tumor esquerdo melhorou as condições clínicas para a cirurgia, permitiu ventilação

pulmonar seletiva e lobectomia direita. A base da lesão cauterizada será controlada periodicamente para controle de recidivas

**Palavras-chave:** Tumores carcinóides pulmonares; sincrônicos; bilateral

**PO349 QUANTO MAIS MELHOR? RENTABILIDADE DIAGNÓSTICA DAS TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS MENOS INVASIVAS NA SUSPEITA DE NEOPLASIA**

**LÍLIA MAIA SANTOS\***; MARIA ALCIDE TAVARES MARQUES  
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA – CHUC, COIMBRA, PORTUGAL.

**Introdução:** A neoplasia do pulmão é a mais comum e a principal causa de morte relacionada com cancro. A realização de broncoscopia e as suas técnicas subsidiárias são pouco invasivas e de grande utilidade no seu diagnóstico. A combinação entre elas é muitas vezes efetuada objetivando o aumento da precisão diagnóstica necessária à adequada abordagem da doença. **Objetivo:** Avaliar a utilidade da combinação da análise citológica do aspirado brônquico com o LBA e/ou escovado brônquico em pacientes com suspeita de neoplasia, como meio de aumentar a sua precisão diagnóstica. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos resultados da análise citológica do aspirado brônquico, LBA e/ou escovado brônquico, de uma amostra de indivíduos aos quais foi realizada broncoscopia por suspeita de neoplasia entre Março e Maio de 2016, no Setor de Técnicas Endoscópicas do Serviço de Pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Os dados clínicos foram registados numa base de dados e tratados pelos métodos estatísticos apropriados. Valores de  $p < 0.05$  foram considerados significativos. **Resultados:** Em todos os indivíduos incluídos ( $n = 41$ ) foi feita recolha e análise citológica do aspirado brônquico que foi diagnóstica em 14, 6%: metaplasia epidermóide (4. 9%), carcinoma não especificado (2. 4%), adenocarcinoma (2. 4%), carcinoma adenoescamoso (2. 4%) e invasão da traqueia por carcinoma epidermóide do esófago (2. 4%). Em 22 deles foi feita a mesma análise do LBA, diagnóstica em 9%: metaplasia epidermóide (4. 5%) e adenocarcinoma (4. 5%). Os resultados das duas técnicas foram iguais em 95. 5% dos casos, apresentando uma concordância significativa e substancial ( $kappa = 0.776$ ,  $p < 0.001$ ). Foi realizado escovado brônquico e respetiva análise citológica em 30 indivíduos, que foi diagnóstica em 20% (metaplasia em 3. 3% e carcinoma não especificado em 16. 7%). Estes resultados apresentaram uma concordância significativa e substancial ( $kappa = 0.447$ ,  $p < 0.001$ ), com os da citologia do aspirado brônquico, mas não apresentaram concordância ( $p = 0.101$ ) com a mesma análise do LBA. A sensibilidade calculada para o diagnóstico de neoplasia das três técnicas e das suas combinações foram: 23. 1% para a citologia do aspirado brônquico, 18. 2% para o LBA e 14. 3% para o escovado brônquico. Tanto para as combinações do aspirado com o escovado brônquico ou com o LBA, como para a do LBA com o escovado brônquico, a sensibilidade foi de 23. 1%. A especificidade calculada foi de 100% para todas exceto para o escovado brônquico e para a sua combinação com aspirado ou LBA (66. 7% e 80%, respetivamente). **Conclusões:** Apesar de muitas vezes se recorrer à combinação de várias técnicas subsidiárias da broncoscopia verificámos que, na população estudada, à exceção do escovado brônquico, os resultados das várias técnicas são muito concordantes, a especificidade igual e a sensibilidade das várias combinações não se mostrou superior à da citologia do aspirado brônquico, que se revelou a mais sensível. Assim, podemos concluir que é

essencial análise criteriosa de cada situação, não se tendo mostrado vantajoso a combinação das várias técnicas nesta população.

**Palavras-chave:** Aspirado brônquico; escovado brônquico; cancer

**PO350 CAVITAÇÃO PULMONAR – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ATEMPADO**

**LÍLIA MAIA SANTOS\***; PAULO MIGUEL MATOS; ANTONIO JORGE FERREIRA

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA – CHUC, COIMBRA, PORTUGAL.

**Introdução:** As cavitações pulmonares podem ter várias etiologias, nomeadamente infecciosa e neoplásica. Os tumores pulmonares cavitados podem ser dissimulados inicialmente por um processo infeccioso, levando ao diagnóstico tardio e, conseqüentemente, apresentação avançada ou metastática da doença. **Caso Clínico:** Homem de 68 anos que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de tosse produtiva, expectoração mucopurulenta e hemoptóica, anorexia e perda ponderal  $> 10\%$ , com cerca de 3 meses de evolução. Já teria cumprido dois ciclos de antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e encontrava-se no 7º dia de levofloxacina, sem melhoria. Tratava-se de um doente reformado (construção civil), ex-fumador (40 UMA), com consumo alcoólico moderado (46g/dia), diabetes mellitus insulino-dependente, hipertensão arterial, dislipidémia e úlcera duodenal. À observação no SU apresentava placas brancas na orofaringe sem outras alterações no exame objetivo e, analiticamente, elevação dos parâmetros inflamatórios (leucócitos  $20.0 \text{ G/L}$ , PCR  $22.0 \text{ mg/dL}$ ), anemia normocítica hipocrômica, trombocitose e aumento da LDH ( $487 \text{ U/L}$ ), com valores gasimétricos normais. A pesquisa de BAAR e antígenos urinários de Legionella e Strept. pneumoniae foi negativa. A radiografia do tórax mostrava uma cavitação de contornos irregulares e grandes dimensões no terço superior do campo pulmonar direito. Foi internado sob antibioterapia empírica com Piperacilina/Tazobactam e Nistatina oral tópica e, ao 3º dia de internamento, por picos febris vespertinos, associou-se Metronidazol. Ao 7º dia realizou videobroncofibroscopia que mostrou sinais inflamatórios difusos da mucosa brônquica e secreções espessas no orifício de entrada do brônquio lobar superior direito que conduzia a cavitação de grandes dimensões, com destruição completa da arquitetura e presença de pus aderente à parede. Efetuaram-se biópsias para análise histopatológica e microbiológica (pesquisa de micobactérias) e LBA para pesquisa de PCR de micobactérias. Todos se revelaram negativos, exceto a biópsia pulmonar, que resultou em carcinoma adenoescamoso do pulmão sobreinfetado por fungos filamentosos. A TC toraco-abdominal mostrou volumosa lesão cavitada ( $11.8 \times 8.5 \text{ cm}$ ), parede espessa e irregular, nos segmentos apical e posterior do lobo superior direito (LSD) com extensão transcular para o apical do lobo inferior direito (LID). Mostrava ainda outras lesões cavitadas de parede fina ao nível dos segmentos anterior do LSD, lobo médio e segmentos basais do LID, dois nódulos no segmento póstero-basal do LID e várias opacidades nodulares irregulares infra-centimétricas, algumas cavitadas, em todo o campo pulmonar esquerdo, sugestivas de corresponder a metastases. Adenopatia subcarinal e lesões líticas em algumas vértebras dorsais e na omoplata esquerda, também estavam presentes, sem lesões suspeitas a nível abdominal. A cintigrafia óssea confirmou a metastização óssea. A TC-CE não mostrou alterações. **Conclusão:** A maioria das neoplasias pulmonares cavitadas são carcinomas escamosos. O carcinoma

pulmonar cavitado está associado a pior prognóstico pela dificuldade diagnóstica. A hipótese de neoplasia deve sempre estar presente no diagnóstico diferencial perante pneumonias extensas e de difícil resolução associadas a tabagismo. A ausência de sinais e sintomas clínicos de infecção e a presença de hemoptises podem ser a sugestão para o diagnóstico correto.

**Palavras-chave:** Cavitação; neoplasia; carcinoma adenoescamoso

**PO351 BRONCOSCOPIA RÍGIDA NUM CASO DE INFLUENZA A COMPLICADO COM HEMORRAGIA ALVEOLAR**  
**LÍLIA MAIA SANTOS<sup>1</sup>; ANTONIO JORGE FERREIRA<sup>2</sup>; TIAGO POMBO ALFARO<sup>3</sup>**

**SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA – CHUC, COIMBRA, PORTUGAL.**

**Introdução:** A infecção por vírus influenza A (H1N1) é uma causa importante de morbi-mortalidade, especialmente se complicada por pneumonia grave e SDR. A broncoscopia rígida é bastante eficaz e essencial no alívio da obstrução das vias aéreas centrais, revestindo-se de grande importância em alguns casos, como neste caso clínico. Contudo, apresenta algumas limitações como o acesso aos brônquios mais periféricos e aos lobos superiores, que podem ser ultrapassadas usando a broncofibroscopia. **Relato de caso:** Homem de 59 anos, obeso (IMC=51. 2 kg/m<sup>2</sup>), que recorre ao serviço de urgência por quadro de dispneia, odinofagia e febre. De ressaltar dos antecedentes patológicos dislipidemia, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica e prótese bilateral do joelho, medicado cronicamente com amlodipina, lecanidipina, losartan, alopurinol, rosuvastatina e fenofibrato. Analiticamente apresentava leucopenia (4, 5 G/L), trombocitopenia (97 G/L), elevação da LDH (430 U/L) e da PCR (23, 17 mg/dL) com procalcitonina negativa e, na gasimetria (FiO<sub>2</sub> 0, 21) pH 7, 3, PaO<sub>2</sub> 49 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 47 mmHg, HCO<sub>3</sub> 23, 1 mmol/L e SpO<sub>2</sub> 82%. A radiografia torácica mostrava opacidades bibasais. Foi internado com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e acidemia respiratória com hipoxemia moderada, tendo iniciado antibioterapia (amoxicilina/ácido clavulânico + azitromicina) e VNI (modo BiPAP). No segundo dia de internamento, dado o seu agravamento clínico e analítico, com sépsis grave e acidemia respiratória com hipoxemia grave refratárias ao VNI (SDRA com pH 7, 03 e PaCO<sub>2</sub> 128 mmHg) foi transferido para o SMI, tendo iniciado VMI, ECMO e Oseltamivir (considerando a positividade para RNA de vírus Influenza A). A radiografia torácica mostrava opacidades bilaterais, pelo que se realizou broncofibroscopia que mostrou mucosa hemorrágica bilateralmente, predominantemente à direita, sem obstrução brônquica. Dois dias depois apresentou hemoptises condicionando atelectasia do pulmão direito. A broncofibroscopia mostrou obstrução completa do brônquio principal direito por coágulos sanguíneos que não se conseguiram aspirar, prosseguindo-se com broncoscopia rígida para a sua remoção e controlo da hemorragia com adrenalina tópica e soro fisiológico a 8°C. O procedimento terminou com broncofibroscopia através do broncoscópio rígido para aspiração das vias mais periféricas. O doente apresentou melhoria clínica gradual e, após 23 dias, foi transferido para o Serviço de Pneumologia sob oxigenoterapia a 35% por máscara de venturi, apresentando melhoria dos valores gasimétricos (pH 7, 4, PaCO<sub>2</sub> 44, 9 mmHg) e das alterações da radiografia torácica. **Conclusões:** Os autores apresentam este caso para mostrar a utilidade da broncoscopia rígida na abordagem do doente com SDR e hemorragia alveolar, neste caso por falência respiratória aguda condicionada por

H1N1. O maior calibre do canal de trabalho e a capacidade de manter melhor ventilação durante o procedimento, tornam-na efetiva e essencial no alívio da obstrução das vias aéreas centrais, permitindo uma ventilação adequada e fundamental para recuperação do doente.

**Palavras-chave:** Broncoscopia rígida; influenza a; hemorragia alveolar

**PO352 ABSCESSO PULMONAR E BRÔNQUIO ACESSÓRIO**  
**VANESSA DA PENHA RIBEIRO<sup>1</sup>\*; MARIA INÊS DE ANDRÉ VALERY<sup>2</sup>; FLÁVIO GNECCO LASTEBASSE<sup>3</sup>; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS<sup>4</sup>; BARBARA CRISTINA GRIZZO<sup>5</sup>; CAMILA FRANÇA REDIVO<sup>6</sup>; MARIA BERNARDO TONOLLI<sup>7</sup>; THIAGO GONZALES MARQUES IAMSPE<sup>8</sup>, JUNDIAI, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Brônquio traqueal foi primeiramente descrito por Sandifort em 1785. É uma anomalia congênita rara que tem origem mais comumente na parede lateral direita da traquéia, aproximadamente 2 cm acima da carina e se direciona para o LSD. Apresentaremos um caso de abscesso pulmonar relacionado ao brônquio traqueal supranumerário. **Relato do caso:** Masculino, 42 anos, com tosse produtiva purulenta fétida, associada a dispnéia e febre, há uma semana. AP: Pneumonia de repetição, etilismo e tabagismo ativos. A TC de tórax e a broncoscopia revelaram brônquio traqueal supranumerário a direita, 1cm acima da carina. Diagnóstico definitivo: Abscesso pulmonar. Isolado no LBA *Krebsiella pneumoniae*. O tratamento foi realizado com ceftriaxone e clindamicina. Evoluiu com melhora clínica e radiológica, recebendo alta após 12 dias. Indicado acompanhamento ambulatorial e continuidade do uso da clindamicina por mais 7 dias. **Conclusão:** Crianças com atelectasia de lobo superior direito após intubação orotraqueal e adultos com pneumonias de repetição na mesma localização, devem ser estudados para diagnóstico de possível brônquio traqueal.

**Palavras-chave:** Brônquio; acessório; abscesso

**PO353 REALIZAÇÃO DE LAVAGEM PULMONAR NA PROTEINOSE ALVEOLAR – DA TEORIA À PRÁTICA.**  
**MICHELLE CAILLEAUX CEZAR<sup>1</sup>; RAFAELA VIEIRA FERREIRA DA SILVA<sup>2</sup>; CAROLINY SAMARY SILVA LOBATO<sup>3</sup>; JOÃO PEDRO STEINHAUSER MOTTA<sup>4</sup>; AMIR SZKLO<sup>5</sup>; CARLOS RIBEIRO BOASQUEVISQUE<sup>6</sup>**  
**INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX /UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença caracterizada pelo acúmulo progressivo de material lipoproteínico no interior dos alvéolos, levando a distúrbio das trocas gasosas. A apresentação clínica é variável, sendo os sintomas mais comuns a dispnéia e tosse. O diagnóstico pode ser firmado com achados de lavagem broncoalveolar e de biópsia transbrônquica associados a um quadro clínico e radiológico compatível porém, o padrão ouro é a biópsia pulmonar a céu aberto. A lavagem pulmonar total e considerada o padrão ouro no tratamento desta patologia. **Relato de caso:** Paciente R. M. V., sexo feminino, 59 anos, portadora de proteinose alveolar diagnosticada por biópsia pulmonar em 2012, apresentando nos últimos 5 meses dispnéia progressiva. Exame físico com estertores crepitantes em bases pulmonares e SpO<sub>2</sub> 88%. Havia queda da SpO<sub>2</sub> para 84% após esforço físico. Exames tomográficos confirmaram evolução da doença, com padrão de pavimentação em mosaico difuso. Proposta realização de lavagem pulmonar unilateral. Realizada em centro cirúrgico com auxílio de anestesiologista, cirurgião torácico e pneumologista. Optou-se aleatoriamente pela realização da lavagem do pulmão esquerdo. Procedimento sob

anestesia geral, intubação com tubo duplo lúmen esquerdo n35, ventilação mecânica em modo pressão controlada. Monitorização cardíaca, de temperatura axilar, saturação periférica de O<sub>2</sub> e pressão arterial invasiva durante toda a lavagem. A ventilação pulmonar foi feita pelo lúmen traqueal direcionando o fluxo para o pulmão direito e o cuff bronquial esquerdo foi insuflado, bloqueando a ventilação para este lado. Com um extensor estéril de 2 vias montou-se um circuito de 3 pontas, no formato de um Y. Em uma via foi conectado o soro fisiológico morno, na outra um coletor, e na outra extremidade foi acoplada ao lúmen traqueal do tubo. Após o posicionamento adequado e a montagem do circuito, a via conectada ao coletor era fechada, angulava-se a maca, elevando-a entre 30-45°, e abria-se o soro fisiológico morno que fluía pelo circuito até pulmão esquerdo. No momento em que nível líquido surgia no tubo orotraqueal, a infusão de soro fisiológico era suspensa por clampeamento dessa via, e eram realizados 3 minutos de tapotagem. Na sequência, a paciente era colocada em posição de Trendelenburg, e aberta a via do coletor, fazendo com que o lavado refluisse até ele. Realizadas 12 infusões de soro fisiológico, total de 6litros. Paciente apresentou estabilidade durante todo o procedimento. A coloração amarelada e o aspecto turvo e espesso do primeiro lavado pulmonar apresentou gradual redução com as consecutivas lavagens. Ao fim do procedimento, a paciente foi extubada e permaneceu em observação no CTI por 48h. No quinto dia após a lavagem, recebe alta hospitalar com spO<sub>2</sub> em repouso de 96%. Segue em acompanhamento ambulatorial e em avaliação para um segundo procedimento se necessário. Conclusão. O caso demonstra a aplicabilidade da lavagem pulmonar total no tratamento da proteinose alveolar.

**Palavras-chave:** Broncofibroscopia; lavagem pulmonar; proteinose alveolar

#### **PO354** ACHADOS TÍPICOS DE TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA.

**KAROLINE BENTO RIBEIRO\***; DIEGO HENRIQUE RAMOS; SERGIO EDUARDO DEMARZO; PAULO ROGÉRIO SCORDAMAGLIO; STEPHANIA SILVA MARGOTTO; ANDRÉ LOBO NAGY; MÁRCIA JACOMELLI; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO  
*INCOR FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** A tuberculose se mantém como problema de saúde pública em nosso meio, assumindo as primeiras posições entre as principais causas de morte infecciosas. A apresentação, no adulto jovem, das formas pleural ou pulmonar ainda representa desafio diagnóstico levando a um aumento de complicações e morbidade. **Relato de caso:** Paciente feminina, 18 anos, natural e procedente de São Paulo, estudante. Atendida com queixa de não resolução dos sintomas após tratamento para pneumonia. Há dez meses recebeu atendimento em serviço de urgência com prescrição de antimicrobiano para uso domiciliar mediante queixas de tosse produtiva, febre, astenia, perda ponderal e dor ventilatório dependente à direita. Mediante manutenção do quadro algíco, compareceu ao atendimento médico dois meses após e recebeu diagnóstico de derrame pleural. Nova prescrição de antimicrobiano, sem abordagem do líquido pleural e encaminhada para ambulatório de referência. Na abordagem em centro terciário, apresentava-se com manutenção da hiporexia e febre episódica, sobretudo noturna. Negava tosse produtiva. Ao exame: descorada, eupnéica e ausculta pulmonar com estertores finos na base direita. Nega contato domiciliar com casos de tuberculose e não relata antecedentes patológicos ou tabagismo. Foi descartada a abordagem pleural e solicitado tomografia de tórax. A imagem de tórax demonstrou

miconódulos centrolobulares e árvore em brotamento no lobo inferior direito, com atelectasia parcial do mesmo. Optou-se por broncoscopia para investigação. Os achados consistiam em enanema associado a friabilidade nos segmentos basais à direita, recobertos com secreção amarelada e com redução importante do calibre dos segmentos. Foram coletados múltiplos fragmentos de biópsia transbrônquica e endobrônquica, lavado broncoalveolar com baciloscopia e pesquisa por PCR para tuberculose. Os resultados foram positivos para tuberculose no PCR, baciloscopia por Ziehl-Neelsen. A biópsia transbrônquica e endobrônquica apresentavam processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose caseosa, compatível com micobacteriose pulmonar. A pesquisa para fungos foi negativa. A paciente iniciou o tratamento antimicrobiano ambulatorial com esquema I e está em acompanhamento. **Conclusão:** Tuberculose endobrônquica é uma manifestação da micobacteriose pulmonar que apresenta potencial para complicação local. A incidência não é bem definida na literatura. O aspecto endoscópico varia entre caseoso ativo, enanema, edema e fibroestenose. Em 10% dos casos assume aspecto tumoral. Mesmo com a terapia antimicrobiana adequada, complicações como a fibroestenose brônquica ocorrem, o que faz necessário a revisão endoscópica do caso.

**Palavras-chave:** Tuberculose; broncoscopia; diagnóstico

#### **PO355** OSSIFICAÇÃO PULMONAR DIFUSA. RELATO DE CASO CONFIRMADO POR BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA THAYSSA VITURI FAGLIONI\*<sup>1</sup>; RONILZE LAURA ARRUDA DE MORAES<sup>1</sup>; NELSON ARAUJO VEGA<sup>2</sup>; ELISA SEBBA TOSTA DE SOUZA<sup>2</sup>; MARCUS VINICIUS NASCIMENTO VALENTIN<sup>3</sup>; JULIANA CARVALHO BRITO<sup>2</sup>

1. SANTA CASA RIBEIRÃO PRETO, MATAO, SP, BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, RIBEIRÃO PRETO, TO, BRASIL; 3. CLÍNICA DOCUMENTA, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Ossificação Pulmonar Difusa (OPD) é uma forma rara de doença intersticial pulmonar, indolente, lentamente progressiva e principalmente diagnosticada em autópsias. Pode ser idiopática ou secundária. Mais comumente relacionada a estenose mitral. Outras doenças pulmonares (fibrose pulmonar idiopática e pneumonia de aspiração recorrente), doenças sistêmicas autoimunes e transplante de órgão sólido podem estar associados. É classificada em dendriforme ou nodular, de acordo com características radiológicas e patológicas. As alterações na tomografia computadorizada de tórax de alta resolução incluem pequenas opacidades micronodulares, calcificadas, mais visíveis no pulmão direito e nos lobos inferiores. Nenhum tratamento específico é conhecido. Trata-se de um homem com tosse seca, hemoptise e com exames de imagem apresentando opacidades intersticiais reticulares e micronodulares. A biópsia por broncofibroscopia confirmou o diagnóstico de Ossificação Pulmonar Difusa (OPD). **Relato de caso:** Homem, 51 anos, branco, vigilante, apresentou tosse seca de início há 5 dias, associada a mialgia, episódios de hemoptise (moderado volume) e dispnéia aos moderados esforços (escala de dispnéia – MRC 2). Negou febre, dor torácica e expectoração. Ex-tabagista (25 anos/maço) e diabético (glibenclamida e metformina). Ao exame, encontrava-se em regular estado geral, taquipnéico, afebril, normocorado e acianótico. Saturação periférica de O<sub>2</sub> de 94% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com presença de estertores finos em terço inferior de hemitórax direito. Realizou exames de imagem que demonstraram área de consolidação pulmonar

em todo lobo inferior direito, associada a outras áreas de consolidações, de menores tamanho, localizadas em Lobo médio, lúngua e lobo inferior esquerdo. Também apresentava micronódulos centrolobulares difusos associados a árvore em brotamento. Foi realizado broncofibroscopia que não evidenciou alterações em mucosas brônquicas ou presença de hemorragia ativa. O lavado broncoalveolar foi negativo para pesquisa de doenças neoplásicas, granulomatosas ou fúngicas. A biópsia transbrônquica apresentou alvéolos preservados com área de ossificação pulmonar sem atipias. Durante seguimento ambulatorial de dois anos, foi investigado e descartado a presença de doenças associadas.

**Conclusão:** A OPD é uma doença pulmonar rara, indolente e de difícil diagnóstico. Na maioria dos casos o diagnóstico é confirmado por autópsias ou biópsias pulmonares. Todavia, a broncofibroscopia com biópsia transbrônquica é um método diagnóstico que deve ser considerado nessa situação.

**Palavras-chave:** Ossificação pulmonar difusa; doença pulmonar intersticial; biópsia transbrônquica

### **PO356 ACOMETIMENTO TRAQUEOBRÔNQUICO DE LINFOMA NÃO HODGKIN: RELATO DE CASO**

**GUSTAVO TRINDADE MICHEL; AMANDA REIS GUIMARAES; ROSEANE CARDOSO MARCHIORI; ARIIVALDO LEAL FAGUNDES; ALESSANDRA NAIMAIEI BERTOLAZI; KELI CRISTINA MANN; ABDIAS BAPTISTA DE MELLO NETO; GRAZIELLI DOS SANTOS LIDTKE UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL.**

**Introdução:** Os linfomas são neoplasias hematológicas que formam um grupo amplo de entidades malignas que podem apresentar padrão histológico e comportamento clínico diferenciado. Os linfomas não-Hodgkin (LNH) são todos aqueles não caracterizados como linfomas de Hodgkin (LH), sendo, portanto, um grupo de mais de 30 doenças diferentes, com apresentações clínicas e prognósticos muito variados. Correspondem a mais de 70% dos linfomas. O Linfoma LNH envolve as estruturas do tórax em até 43% dos casos em algum momento no curso da doença. Enquanto o envolvimento de linfonodos mediastinais e do parênquima pulmonar sejam mais prevalentes, o acometimento da traquéia e dos brônquios é extremamente raro e mais comum na Doença de Hodgkin que no LNH. Os Linfomas de Células B são responsáveis por 2/3 dos casos de LNH, e quando o acometimento endobrônquico ocorre o padrão histológico mais frequentemente encontrado é o linfoma difuso de grandes células. Relatamos aqui um raro caso de LNH de células B periféricas, de padrão difuso e pequenas células com acometimento extranodal traqueobrônquico. **Relato de caso:** Paciente masculino, branco, 66 anos, agricultor, não tabagista, foi recebido no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) para realização de fibrobroncoscopia por quadro de tosse seca e dispnéia iniciadas há 7 meses, acompanhadas de febrícula, sudorese noturna, linfadenomegalias cervicais, submandibulares e axilares e perda ponderal de 6kg neste período. Ao exame físico, além dos linfonodos aumentados apresentava diminuição do murmúrio vesicular em ápice do pulmão direito. TC de tórax evidenciou linfadenopatia mediastinal, em cadeiras pré-aórtica, subaórtica, paratraqueais direita e esquerda, e subcarinal, além de linfadenopatia axilar e supraclavicular bilateral. Apresentava também pequeno derrame pleural loculado à direita, área de atelectasia em ápice pulmonar direito, com focos calcícos de permeio, retração hilar ipsilateral, associada a bronquiectasias cilíndricas e espessamento pleural adjacente, de aspecto cicatricial. Na endoscopia respiratória, constatou-se a presença lesões

nodulares acometendo circunferencialmente toda a árvore traqueobrônquica. Foram observadas lesões infiltrando a mucosa da região supraglótica, cordas vocais, traquéia e carena primária. A mucosa do brônquio principal, do brônquio do lobo superior e lobo inferior esquerdo também estavam acometidas. A árvore brônquica direita apresentava carena secundária romba, além de lesão infiltrando a mucosa do brônquio principal direito e se estendendo principalmente para o brônquio intermediário. Foi realizado LBA do lobo superior direito e biópsias de vários sítios endobrônquicos. O exame microbiológico do lavado brônquico alveolar não demonstrou presença de germes, enquanto o exame anatomopatológico evidenciou infiltração difusa das amostras biopsiadas por células linfóides pequenas, CD5+ e CD20+ compatível com LNH. Foi iniciado tratamento quimioterápico Rituximabe, Ciclofosfamida e Vincristina (R-CVP). Evoluiu com melhora clínica e redução do tamanho dos linfonodos. Atualmente aguardo o 5º ciclo de R-CVP. **Conclusão:** Envolvimento endobrônquico do LNH é raro e é necessário alto grau de suspeita clínica para estabelecer o diagnóstico. A biópsia endobrônquica e a análise imunohistoquímica das amostras coletadas são necessárias para estabelecer o diagnóstico e os pacientes tendem a responder bem ao tratamento quimioterápico.

**Palavras-chave:** Linfoma não hodgkin; endoscopia respiratória; imunohistoquímica

### **PO357 EPISODIO ISQUEMICO TRANSITÓRIO CEREBRAL DURANTE A VIDEONAROFARINGOLARINGOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO: RELATO DE CASO**

**MARCELO BASSO GAZZANA; CARINE DIAS DE FREITAS; ANTONIO CARLOS MACIEL; LUCIANO FOLADOR; ALINE GASPARIN RABAIOLI; TATIANE MACHADO LIMA HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**

**Introdução:** A videonarasofaringolaringoscopia da deglutição constitui-se de um método seguro e amplamente utilizado, fornecendo informações estruturais das vias aéreas e digestivas superiores. A fase faríngea da deglutição pode ser objetivamente avaliada, permitindo um exame funcional da deglutição, ao mesmo tempo em que abrange a avaliação da efetividade das intervenções comportamentais, posturais e de dieta/consistências, por meio da introdução de um broncoscópio flexível pela fossa nasal sem anestesia tópica ou sedação, enquanto o paciente ingeri alimento em diferentes consistências, contrastadas com anilina azul, sob orientação da fonoaudióloga. O exame é realizado por médico treinado em conjunto com fonoaudiólogo especializado, sendo de responsabilidade médica a avaliação fisiopatológica e diagnóstica faringo-laríngea, e o papel do fonoaudiólogo avaliar a funcionalidade da deglutição e a implementação terapêutica. Vários estudos descrevem o método, indicações, contra-indicações e riscos da videoendoscopia da deglutição. Dentre as complicações e riscos, podemos ter: sangramento nasal, lesão em mucosa, náuseas e/ou vômitos, efeitos colaterais ao uso de vasoconstritores tópicos nasais, laringoespasmos e reação vagal. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 60 anos, história médica progressiva de tabagismo, Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia, Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca de etiologia Isquêmica, recorrentes Ataques Isquêmicos Transitórios (AIT), e dois episódios de Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos (AVC). Último AVC sofrido em Fevereiro de 2013, território de Fossa Posterior, quando evoluiu com quadro de hemiparesia direita, disfagia e disfonía, tendo sido indicado dieta por sonda nasoenteral exclusiva e terapia

fonaaudiológica três vezes por semana pela equipe de Fonoaudiologia após exame de NFL. Ao exame, observou-se paresia de hemilaringe à direita, paralisia de prega vocal à direita em posição paramediana, aspiração traqueal do conteúdo ofertado após a deglutição sem clareamento apesar de a paciente responder com tosse reflexa, e estase em hemifaringe à direita sem resposta as manobras terapêuticas. Retorna para reavaliação instrumental da deglutição por meio de nova videoesoscopia 45 dias pós-fonoterapia, no qual se obteve piora dos achados em relação ao exame prévio, apresentando escape posterior de todo conteúdo ofertado e franca aspiração traqueal por ausência do eliciamento da deglutição. Após aspiração da estase em recessos faríngeos e vestibulo laringeo por meio de sonda sucção conectado o fibrobroncoscópio flexível, percebeu-se que a paciente apresentava desvio de comissura labial à direita e queixa de parestésias em hemíciprio direito. Imediatamente foi acionada a equipe de Neurologia, e iniciado protocolo de AVC com encaminhamento da paciente ao Serviço de Radiologia. Paciente evoluiu com resolução dos déficits, tendo sido diagnosticado AIT de Fossa Posterior relacionado a baixo débito por alteração hemodinâmica - hipotensão arterial. **Conclusão:** Embora a videonasofaringolaringoscopia da deglutição seja considerado um exame seguro quando comparado a Videofluoroscopia da Deglutição, por não expor o paciente a irradiação e a aspiração de sulfato de bário, complicações potencialmente graves, como eventos cerebrovasculares, podem ocorrer. Então, deve-se considerar o risco-benefício no momento da indicação deste exame.

**Palavras-chave:** Disfagia; laringoscopia; evento cerebrovascular

## INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E MICOSES

### **PO358** DESCRIÇÃO DE UM CASO DE PNEUMONIA E ABSCESSO PULMONAR EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE MELIOIDOSE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

**ROBERT RODRIGUES PEREIRA\***; **ENNARA NASCIMENTO BORGES**; **LINDENBERG ARAGÃO**; **TALITA MACIEL BEZERRA**; **ROSINELI LEOPOLDINO DE OLIVEIRA**; **FILADÉLFIA PASSOS RODRIGUES**  
*HOSPITAL DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Introdução:** Relata-se um caso de paciente com pneumonia e abscesso pulmonar, causados pela *Burkholderia pseudomallei*, agente etiológico da melioidose, proveniente do município de Fortaleza, estado do nordeste brasileiro

**Relato de caso:** J. S. R., masculino, 64 anos, natural de Beberibe-CE, procedente de Fortaleza, bairro Lagoa redonda, pedreiro, deu entrada no Hospital de Messejana Dr Carlos Alberto Studart em fevereiro de 2016, com quadro de tosse produtiva, dor torácica do tipo pleurítica em hemitórax direito, que irradiava para o dorso e membro superior direito, de forte intensidade, dispnéia aos moderados esforços, febre não aferida associada a calafrios. Informa que o quadro iniciou há duas semanas, com piora nos últimos dois dias. Nega banho de agude ou contato com cavernas, porém informa banho na lagoa do Uruau no município de Beberibe há 3 meses. Iniciado antibioticoterapia com Moxifloxacino 400mg EV uma vez ao dia no momento da internação por 02 dias e modificado para Tazocin 4, 5g de 6/6h, devido quadro clínico inalterado do paciente. Exames laboratoriais: hemograma com leucócitos de 24350 com desvio a esquerda e discreto aumento de escórias nitrogenadas. Exames complementares: No Rx de tórax foi observado opacidade em lobo inferior de pulmão direito. Na TC de

tórax foi identificada imagem de aspecto cavitado e paredes espessadas com presença de nível líquido em região laterobasal do lobo inferior direito de 2, 4cm. O Lavado Broncoalveolar continha amostra esverdeada moderadamente turva, com moderada celularidade e ausência de células neoplásicas. Nos resultados da hemocultura, a amostra foi positiva para *Burkholderia* sensível a imipenem e meropenem. Modificado Tazocin para Meropenem 2g EV de 8/8h. Após dois dias da mudança do antibiótico para carbapenêmico, o paciente evoluiu com importante melhora clínica, com cessação da febre, dispnéia e da tosse e melhora da dor torácica. **Discussão:** A Melioidose é causada pelo bacilo gram-negativo facultativo intracelular *Burkholderia pseudomallei*, que é um microorganismo saprófita ambiental que se encontra no solo de regiões endêmicas e, se apresenta com quadro de pneumonia e abscessos múltiplos. A magnitude da Melioidose nas Américas permanece incerta. O primeiro surto que ocorreu no Brasil foi no ano de 2003, em São Gonçalo, uma comunidade do município de Tejuçuoca do Estado do Ceará. A infecção pelo *B. pseudomallei* tem manifestações clínicas variáveis, que varia de choque séptico para uma infecção crônica. Pneumonia é a mais comum forma de apresentação sendo descrita em pouco mais da metade dos casos, na sua forma aguda pode ocorrer tosse com expectoração, calafrios, desconforto respiratório, sintomas semelhantes aos que o paciente descrito apresentou. Cerca de 20% dos casos desenvolvem abscessos abdominais e focos secundários nos pulmões e articulações. Uma cultura de *B. pseudomallei* a partir de qualquer amostra clínica é a condição indispensável para o diagnóstico de Melioidose. Amostras para o diagnóstico de Melioidose incluem sangue, escarro, urina, aspirado traqueal, swab de garganta ou retal. Os carbapenêmicos como o meropenem e imipenem, têm concentrações inibitórias mínimas mais baixas e resultados superiores em estudos in vitro. O conhecimento da doença por parte dos profissionais de saúde e a Vigilância epidemiológica, é extrema importância, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento precoces, impedindo assim que a doença evolua para formas suas mais graves.

**Palavras-chave:** Melioidose; pneumonia; abscesso pulmonar

### **PO359** MURCOMICOSE PULMONAR EM PACIENTE PORTADOR DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA

**VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN\***; **RAFAEL BALDISSERA CARDOSO<sup>2</sup>**; **RENATA BALDISSERA<sup>3</sup>**; **FABRÍCIO MAZOTTI<sup>4</sup>**; **TATIANE CRISTINA OLIVEIRA GIGEK<sup>2</sup>**; **SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA<sup>2</sup>**; **VÍTOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN<sup>2</sup>**; **TIAGO HENRIQUE PALMA<sup>2</sup>**

1. FAMEMA E UNIMAR, MARÍLIA, SP, BRASIL; 2. UNIMAR, MARÍLIA, SP, BRASIL; 3. UNIMAR E FAMEMA, MARÍLIA, SP, BRASIL; 4. FAMEMA, MARÍLIA, SP, BRASIL.

**Introdução:** A incidência e prevalência das infecções fúngicas oportunistas vem aumentando em decorrência de tratamentos imunossupressores como quimioterapia e transplante de medula óssea nas doenças onco-hematológicas. Atualmente é o principal fator de risco devido à imunossupressão prolongada. A mucormicose é uma micose profunda causada pelo *Zigomicetos*, da ordem dos *Mucorales*, e em 70% dos casos pelo agente etiológico *Rhizopus arrhizus*. Na maioria dos casos, apresenta-se na forma rino-órbito-cerebral, podendo haver disseminação para outros órgãos, como por exemplo pulmões e fígado. A mortalidade da mucormicose é de aproximadamente 90%.

**Relato de caso:** Paciente masculino, 15 anos, com queixa de fraqueza, mialgia, cansaço e manchas roxas. Ao exame físico:

REG, mucosas descoradas, ausência de linfadenomegalias e visceromegalias. O hemograma evidenciou leucocitose extrema de 425.000/mm<sup>3</sup> leucócitos com 92% de células blásticas. Mielograma e imunofenotipagem evidenciaram o diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda com diferenciação mínima (LMA-M0). Iniciado tratamento de indução de remissão com quimioterapia mielossupressora. Durante uma segunda fase de neutropenia prolongada, após novo ciclo de quimioterapia, apresentou edema de face em região maxilar direita com edema periorbital ipsilateral, obstrução nasal, rinorréia e presença de lesão ulcerada em palato. Concomitantemente, tosse seca e queda do estado geral. Tomografia computadorizada de seios da face mostrou velamento de seios maxilares com pansinusite e áreas de necrose em septo nasal. Sendo feita hipótese diagnóstica de mucormicose. Tomografia de tórax evidenciou grande lesão pulmonar de aspecto arredondado, em vidro fosco, em lobo pulmonar inferior à direita. Iniciado Anfotericina B, na dose de 50 mg/dia e drenagem endoscópica com debridamento cirúrgico de seios da face. A análise microbiológica e anátomo-patológica do material mostraram hifas características dos Zigomicetos. O paciente recebeu um total de 2g de Anfotericina B, com resolução do quadro de sinusopatia e do acometimento pulmonar. Porém, em decorrência da não obtenção de remissão da leucemia, durante re-tratamento houve reativação da infecção fúngica com grande comprometimento clínico, evoluindo para óbito precocemente. **Discussão:** Este caso demonstra que condições de imunossupressão profunda pode levar à infecções oportunistas graves como a mucormicose. A suspeição precoce em situações de risco como neutropenia prolongada, deve levar à imediata introdução do tratamento, mesmo antes da confirmação histopatológica, devido às altas taxas de mortalidade associadas a esse tipo de micose profunda. Essa medidas associadas à correção dos fatores de risco como a recuperação da neutropenia, diminuição da saturação sérica de ferro e suspensão da imunossupressão são fundamentais para diminuir a alta morbimortalidade associada a essa patologia.

**Palavras-chave:** Micose pulmonar; leucemia aguda; imunossupressão

#### **PO360 PARACOCCIDIOIDOMICOSE PULMONAR: RELATO DE CASO**

**VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN\*<sup>1</sup>; RAFAEL BALDISSERA CARDOSO<sup>2</sup>; TATIANE CRISTINA OLIVEIRA GIGEK<sup>2</sup>; SAYARA STEFANI GOUBETI MELOCRA<sup>2</sup>; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN<sup>2</sup>; TIAGO HENRIQUE PALMA<sup>2</sup>**

1. FAMEMA E UNIMAR, MARILIA, SP, BRASIL; 2. UNIMAR, MARÍLIA, SP, BRASIL.

**Introdução:** A Paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica, causada pelo fungo dimórfico Paracoccidoides brasiliensis, originalmente descrita por Adolfo Lutz em 1908, endêmica na América Latina, ocorrendo em regiões tropicais e subtropicais, sendo a maior incidência em países da América do Sul. Recebeu denominações, tais como Blastomicose Sul-Americana e Doença de Lutz-Splendore-Almeida. A infecção ocorre através da inalação de propágulos do fungo, presentes no solo, que darão origem a formas leveduriformes que constituirão sua forma parasitária nos pulmões e se disseminam por via hematogênica e/ou linfática para outros órgãos, como mucosas (oral e anal), pele, baço, fígado e linfonodos. O acometimento é preferencialmente no sexo masculino, em até 80% dos casos. Em relação ao comprometimento pulmonar, os sintomas configuram tosse de início seca, podendo evoluir com secreção purulenta e hemoptoica, dispnéia, febre,

astenia e emagrecimento. A radiografia torácica acusa infiltrado reticulonodular predominante nos dois terços superiores de ambos os pulmões, com característica simétrica, configurando a imagem em “asa de borboleta”, e mesmo após o tratamento eficaz da patologia, pode haver a ocorrência de cicatrizes fibróticas pulmonares persistentes. O tratamento é de longa duração, variando de 6 meses a 2 anos, dependendo da droga escolhida, a qual pode ser do grupo dos antimicóticos, tais como Itraconazol, Cetoconazol ou Fluconazol, ou a Sulfametoxazol + Trimetropim, e em casos graves é indicado o uso de Anfotericina B. **Relato de caso:** Os autores relatam o caso de um paciente do sexo masculino, 67 anos, aposentado, tendo trabalhado anteriormente como garçom e em madeira, ex-tabagista de 40 cigarros/dia durante 15 anos, e cessado há 30, etilista social, natural de Uraí (SP) e procedente de Pompéia (SP), que apresentou em Setembro de 2014, quadro de tosse, com hemoptise, dor torácica intensa e dispnéia evolutiva. Foi internado para investigação, tendo sido diagnosticada Paracoccidiodomicose Pulmonar, através de exame de imagem e de escarro, e iniciado tratamento com Anfotericina B endovenosa e submetido à entubação endotraqueal, com assistência ventilatória em UTI, e apresentou intercorrências importantes tais como 3 episódios de parada respiratória, com reversão. Permaneceu internado durante 5 meses, e obteve alta com o quadro controlado em uso de Sulfametoxazol + Trimetropim 400mg/80mg 3 cps de 12/12 horas, de forma contínua por 2 anos. Em Fevereiro de 2016, veio assintomático ao Ambulatório de Pneumologia da UNIMAR, em uso da medicação. Ao exame físico pulmonar não apresentava alterações. Portava Radiografia de Tórax e Tomografia Computadorizada de Tórax, ambas de 2014, as quais evidenciavam extensas condensações conglomeradas bilateralmente, acometendo principalmente terços superiores e médios. A conduta foi mantida e marcado retorno para seguimento em 4 meses. Retornou em Junho de 2016, estável, sem sintomas. Radiografia de Tórax da mesma época era normal. O tratamento foi mantido e marcado retorno em 3 meses, tendo sido solicitada TC de Tórax pós tratamento. **Discussão:** o presente caso mostra relevância médica pelo fato de que uma patologia de comprometimento extenso e severo, como é a Paracoccidiodomicose Pulmonar, quando submetida à tratamento adequado, associado à eficaz resposta orgânica do paciente, pode evoluir de forma surpreendente, havendo recuperação completa da arquitetura tecidual, evidenciando imagens radiológicas normais.

**Palavras-chave:** Micose pulmonar; sulfametoxazol; antimicóticos

#### **PO361 ACTINOMICOSE: RELATO DE CASO ROSEMERI MAURICI DA SILVA\*<sup>1</sup>; ALESSANDRA AKEMI KAWASSAKI UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.**

**Introdução:** A actinomicose é uma doença rara causada por bactéria anaeróbia gram-positiva microfilamentosa do gênero *Actinomyces*. Apresenta manifestação clínica diversa, podendo assumir a forma de infecções supurativas ou pseudotumorais, e acometer diversos órgãos. **Relato do caso:** Paciente feminina, 59 anos, caucasiana, portadora de *diabetes mellitus* e HAS, ex-tabagista há 45 anos. Encaminhada ao ambulatório de Pneumologia após internação hospitalar por pneumonia cerca de cinco meses antes. Na internação a TC de tórax evidenciou consolidação alveolar com broncograma aéreo em LSD e atelectasia adjacente. Biópsia brônquica revelou infiltração linfoplasmocitária, sem granuloma ou malignidade. Cerca

de 15 dias depois iniciou com tosse produtiva purulenta, hemoptoicos e emagrecimento de 8kg. Um Rx de tórax recente demonstrava atelectasia em região de cissura direita, alargamento do mediastino e imagem nodular hilar direita. Nesta ocasião, foi realizada nova internação hospitalar para investigação. Exames laboratoriais não revelaram alterações, exceto pela hemoglobina glicada de 12, 4%. Nova TC tórax demonstrou opacidade no LSD, com bronquiectasia, e linfonodo proeminente na cadeia paratraqueal inferior direita. Nova broncoscopia evidenciou vegetação em brônquio principal direito e obstrução parcial do brônquio lobar inferior. Efetuada biópsia e LBA. Cultura para germes comuns e pesquisa de BAAR foram negativas. O anatomopatológico demonstrou edema e inflamação crônica moderada em atividade, e presença de raras estruturas na superfície da mucosa compatíveis com *Actinomyces sp.* Condições imunossupressoras como HIV e hepatites virais B e C, tiveram resultados negativos. Foi iniciada amoxicilina associada a clavulanato, com remissão dos sintomas. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, assintomática. **Discussão:** A actinomicose é uma doença infecciosa crônica causada por bactéria anaeróbia facultativa, gram-positiva, microfilamentosa, que faz parte da microbiota da cavidade oral e trato intestinal e urogenital, podendo eventualmente causar repercussões clínicas. A infecção pulmonar, em geral, é causada pela aspiração de secreções orais colonizadas. Tipicamente causa lesões abscedadas, e mais raramente consolidação. A forma mais comum de apresentação da doença são os abscessos cérvico-faciais. A forma pulmonar é de difícil diagnóstico, sendo diferencial de abscesso pulmonar, tuberculose e neoplasias. O curso da doença é insidioso com tosse, expectoração, febre, perda ponderal, e, em um número menor de pacientes, hemoptise e dor pleurítica. Radiologicamente demonstra mais frequentemente opacidades bem delimitadas, que podem cavitir. Na fase inicial pode-se observar opacidades de difícil diferenciação das pneumonias comunitárias. A TC pode evidenciar o sinal do brônquio aberto (visto no carcinoma bronquíolo-alveolar), necrose e cavitação, perdas de volume, bronquiectasias e espessamento de septos e de brônquios. Menos de 10% dos casos são diagnosticados na apresentação inicial. O diagnóstico definitivo requer biópsia O padrão áureo consiste no achado de grânulos sulfurosos que são massas basofílicas ovais ou redondas com superfície espiculada. O tratamento baseia-se na utilização de Penicilina G cristalina em altas doses por 2-6 semanas, seguida por amoxicilina via oral até completar 6 meses. A mortalidade é baixa, com chances de cura de aproximadamente 90%, a depender do diagnóstico correto e sítio de infecção.

**Palavras-chave:** Actinomicose; infecção; pneumonia

### PO362 HISTOPLASMOSE DISSEMINADA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DA SIDA

**MARIANNA ALEGRO FONTES RIBEIRO\***; ISLA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS; DAMILLE SANDES MOREIRA; MARCEL LIMA ALBUQUERQUE; KARLA GRAMACHO; FABIANNA BAHIA HOSPITAL DAS CLÍNICAS, SALVADOR, BA, BRASIL,;.....

**Introdução:** A histoplasmose disseminada é uma micose sistêmica muito comum no Brasil. É uma doença granulomatosa sistêmica, causada pelo *Histoplasma capsulatum*, acometendo preferencialmente pacientes com imunodeficiência celular como portadores de HIV/AIDS. **Relato do caso:** 1) Paciente feminina, 34 anos, iniciou quadro com tosse crônica, seca, associada a perda de peso (05kg/01mês) e dispneia aos esforços habituais. Na admissão hospitalar apresentava-se emagrecida,

taquipneica, febril, candidíase em orofaringe e fígado palpável há 04 cm do RCD. Sorologia para HIV (ELISA): reagente, baciloscopia escarro: negativa, LDH: 626, linfócitos T CD4+: 22 cels/mm<sup>3</sup> e carga viral HIV: 711. 249 cópias/ml, HB: 7, 1. Tomografia de tórax: micrônódulos de distribuição randômica, associados com vidro fosco difuso e áreas de consolidações em 2/3 inferiores. Mielograma: visualizado *Histoplasma capsulatum*. Foi introduzido Sulfametoxazol + Trimetoprima, seguido de Anfotericina B lipossomal. Paciente evoluiu com melhora, tendo alta hospitalar após 40 dias em uso de terapia antirretroviral (TARV) e terapia de manutenção da histoplasmose com Itraconazol. 2) Homem, 22 anos, iniciou quadro de tosse com secreção hialina, dispneia aos esforços habituais, febre, perda ponderal 05 kg nos últimos 02 meses. Na admissão o paciente estava emagrecido, taquipneico, candidíase em orofaringe. A palpação do abdômen com fígado a 04 cm do RCD e baço palpável a 03 cm do RCE. Sorologia para HIV (Elisa): reagente, Hb: 8, 0, LDH= 579, linfócitos T CD4+: 46cels/mm<sup>3</sup>, carga viral HIV: 770. 000. Foi iniciado terapia empírica para Pneumonia por *P jirovecii* com Sulfametoxazol + Trimetoprima e piperacilina+tazobactam. O paciente evoluiu em 48 horas, com insuficiência respiratória, sendo transferido para a UTI. Evoluiu com quadro de abdome agudo, sendo optado por laparotomia exploradora, onde foram evidenciadas perfurações em íleo, sendo colocado colostomia. TC de tórax: Múltiplos nódulos pulmonares de distribuição randômica, com predominância em campos superiores, sendo 01 nódulo escavado, área de consolidação associada a derrame pleural em lobo inferior direito. Mielograma com mielocultura: histoplasmose capsulatum, sendo introduzido Anfotericina B lipossomal. Paciente evoluiu com melhora clínica, tendo alta hospitalar após 03 meses em uso de TARV e Itraconazol. **Discussão:** Mesmo após 30 anos de epidemia causada pelo HIV e terapia antirretroviral altamente ativa disponível no Brasil, ainda encontramos pacientes com Aids avançada e doenças oportunistas graves como Histoplasmose disseminada. A histoplasmose é uma doença granulomatosa sistêmica, de apresentação clínica variável desde infecção autolimitada ou subclínica até disseminação hematogênica do fungo pelo organismo do hospedeiro, com acometimento principalmente os órgãos hematolinfopoiéticos, além de lesões pulmonares, hepáticas e cutâneas. O diagnóstico baseia-se no encontro do fungo em fluidos orgânicos (escarro, sangue, líquor) ou tecidos (histopatologia), na cultura de materiais biológicos e na sorologia. O padrão da tomografia de tórax é variável, o mais comum é micronodular difuso, compatível com disseminação hematogênica, como observados nos casos descritos. O mielograma com mielocultura também é um excelente exame diagnóstico. A histoplasmose é uma micose endêmica muito comum no Brasil, devendo entrar no diagnóstico diferencial de infecções oportunistas graves como Tuberculose ou Leishmaniose em pacientes com Aids.

**Palavras-chave:** Histoplasmose; pneumonia; imunodeficiência

**PO363 AVALIAÇÃO DE PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, COMPLICAÇÕES E TAXA DE MORTALIDADE DE PACIENTES INTERNADOS POR GRIPE (INFLUENZA A - H1N1) ENTRE 2013 A 2016 EM HOSPITAL GERAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS TIAGO SPIAZZI BOTTEGA<sup>1</sup>; JÉSSICA ECHEVERRÍA<sup>2</sup>; JOSIMERI DA SILVA SCHEIDT<sup>1</sup>; MARCELLO VIEIRA<sup>1</sup>; MARCELO ZANCHET<sup>1</sup> 1. HRSJ - SC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2. UNISUL - SC, PALHOÇA, SC, BRASIL.**



**Introdução:** A influenza é uma infecção respiratória aguda, causada pelos vírus A e B. O vírus A está associado a epidemias e pandemias. Devido ao seu comportamento sazonal pode haver um aumento no número de casos entre as estações climáticas mais frias. O Hospital Regional São José Dr Homero de Miranda Gomes-SC apresenta a maior emergência da grande Florianópolis com média de 19 mil atendimentos mensais sendo referência e triagem para muitos casos de gripe nos últimos anos. óprio em 27 pacientes maiores de 18 anos internados no HRSJHMG com diagnóstico comprovado de H. **Métodos:** Estudo transversal descritivo observacional, com aplicação de questionário próprio em 27 pacientes maiores de 18 anos internados no HRSJHMG com diagnóstico comprovado de H1N1 após realização de swab nasal no período de janeiro de 2013 a julho de 2016. Avaliadas condições sócio-demográficas e clínicas dos pacientes, exames solicitados, uso de antibiótico e Oseltamivir, necessidade de suporte ventilatório mecânico e unidade de terapia intensiva, avaliação da evolução dos pacientes, identificando complicações pulmonares, sepse de foco pulmonar, insuficiência renal aguda e taxa de mortalidade durante a internação. **Resultados:** A média de idade foi 54, 77 ( $\pm 19, 66$ ) anos, dos quais 63% mulheres. As principais comorbidades foram diabetes (40, 7%) e HAS (37%), sendo 33, 3% previamente hígidos. Dentre as doenças respiratórias, DPOC estava presente em 33, 3% dos pacientes e asma em 18, 5% dos pacientes. Tosse e dispneia foram igualmente os sintomas mais frequentes. A média de tempo entre início dos sintomas e o atendimento médico foi de 5 dias, mesmo assim mesmo assim praticamente 100% dos pacientes receberam Oseltamivir. Quanto às terapias de suporte, 37% dos pacientes necessitaram de ventilação mecânica e 33, 3% de unidade de terapia intensiva. Quanto a descrição inicial ou mesmo após a internação a evolução do paciente, sepse pulmonar, pneumonia bacteriana e pneumonia viral foram termos igualmente descritos (11, 1%). Insuficiência renal aguda foi uma complicação em 22% dos pacientes. O tempo médio de internação foi 10 dias. Aproximadamente um terço dos pacientes internados evoluíram a óbito (33, 3%). **Conclusão:** Apesar do nosso Hospital não ser o maior centro de referência do Estado, nos últimos anos atendeu um grande número de pacientes com Influenza grave. Nosso dados demonstram, assim como a literatura atual, que comorbidades como diabetes, HAS e pneumopatias são fatores de riscos para complicações graves e pior desfecho. Chama atenção a demora a procura ao atendimento médico. A taxa de mortalidade foi de 33%, compatível com a literatura atual quando comparamos pacientes da mesma gravidade, assim como representa a complexidade de pacientes atendidos em nosso Hospital e UTI.

**Palavras-chave:** Gripe; influenza; h1n1

**PO364 MICOSES PULMONARES: A EXPERIÊNCIA DE 1 ANO DE AMBULATÓRIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA PAULA GOMES DOS SANTOS; RAQUEL SALLES UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** As micoses pulmonares (MP) permanecem como doença infecciosa pulmonar comum em nosso meio, embora os serviços de acompanhamento dessas entidades nosológicas estejam em extinção, tornando a sua lembrança menos frequente entre os diagnósticos diferenciais na formação do aluno de medicina e residentes de Pneumologia. **Objetivos:** Resgatar a importância das micoses pulmonares no ambiente universitário, criando

um ambulatório específico desta doença e descrever o perfil clínico e laboratorial desses pacientes. **Métodos:** Estudo descritivo baseado em dados sócio-demográficos, clínicos, laboratoriais e radiológicos de pacientes com MP acompanhados no Núcleo de Micoses Pulmonares do HUPE deste sua implementação em julho/2015. As características foram descritas em valores percentuais e médias com respectivos desvios padrão (DP). **Resultados:** No período de 1 ano, foram incluídos 17 casos de MP no ambulatório recém instituído. 76% eram homens e a idade média foi de 48 anos ( $DP \pm 17$ ). A maioria dos casos (58, 8%) apresentavam aspergilose manifestada como "bola fúngica" secundária à sequelas de tuberculose pulmonar. 17, 7% apresentaram histoplasmose, 11, 8% criptococose pulmonar, e 5, 9% paracoccidiodomicose e esporotricose cada um. A principal manifestação clínica apresentada foi tosse (71, 6%) seguido de hiporexia e perda ponderal (41, 2%). Em 23, 3% dos casos houve sangramento respiratório. A principal forma de diagnóstico foi através de cultura do material respiratório, com a identificação do fungo em 64, 7% dos casos. Já as sorologias foram positivas em 53% dos pacientes. O exame histopatológico ratificou o diagnóstico em 18% dos casos. Em 35% dos pacientes a hipótese diagnóstica inicial não foi uma MP, sendo incluído entre os diagnósticos diferenciais tuberculose e neoplasia. 88% foram tratados com antifúngico e 12% estão apenas em acompanhamento clínico. **Conclusão:** Mesmo em um ambiente universitário, em um grande percentual de casos, a suspeita de micose pulmonar foi suplantada por outras hipóteses. No entanto, a busca pelo diagnóstico utilizando meios microbiológicos, sorológicos ou histopatológicos foi essencial para a conclusão e o tratamento adequados. A suspeita desta doença infecciosa deve ser sempre incluída no diagnóstico diferencial de doenças pulmonares principalmente no meio acadêmico e na formação de novos especialistas.

**Palavras-chave:** Micoses; infecção; ensino

**PO365 APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA ATÍPICA DE UM CASO DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE JAMILÉ DA COSTA RIECHI; RENATO RICCI KAUFFMANN; FATIMA MITSIE CHIBANA SOARES; RENATA MACIULIS DIP; MARCOS RIBEIRO; ALCINDO CERCI NETO; ISABEL KAZAHAYA BORGES UEL, LONDRINA, PR, BRASIL.**

**Introdução:** A paracoccidiodomicose (PCM) é causada pelo fungo termo-dimórfico Paracoccidiodoides brasiliensis, mais comum nas zonas rurais do Brasil e da América do Sul. Afeta principalmente agricultores, a infecção ocorre através de inalação, com quadro crônico sendo o mais usual. No Brasil a maior incidência ocorre no sul e sudeste, o contato com esporos ocorre entre os 10 e 20 anos de idade e os sintomas aparecem entre os 30 e 60 anos. **Relato de caso:** M. S, masculino, 60 anos, branco, casado, lavrador aposentado, natural e morador Astorga-PR. Transferido para o Hospital UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA para avaliação de alterações radiológicas. Tabagista 100anos/maço, sem diagnóstico prévio de doença pulmonar, fazia tratamento para diabetes mellitus e dislipidemia. História de tosse produtiva há 3 meses, perda de 5kg no período, dispnéia aos moderados esforços. Paciente em bom estado geral, sem sinais de insuficiência respiratória, sem baqueteamento ou cianose, com estertores discretos bibasais. Radiografia de tórax na cidade de origem demonstrando infiltrando reticulonodular bilateral e nodulações perihilares, sendo encaminhado para investigação complementar. Afastado tuberculose por exame de escarro. Rastreamento oncológico sem alterações. Manteve-se sem novas alterações ao

exame físico durante toda internação. Exames laboratoriais normais e HIV negativo. Tomografia de tórax com múltiplas cavitações pulmonares difusas e bilaterais, de paredes espessas, com superfície interna e externa irregulares, associadas a opacidades em vidro fosco adjacentes, medindo até 5, 2 x 3, 3 cm no segmento basal posterior do lobo inferior direito e no segmento superior do lobo inferior esquerdo, opacidades nodulares centrolobulares no segmento posterior do lobo superior direito, no lobo médio, no segmento basal posterior do lobo inferior direito e no segmento superior do lobo inferior esquerdo. Sorologia para PCM por Imunodifusão negativa para PCM e método ELISA com títulos baixos. Solicitado novo escarro com pesquisa de fungos, no qual foram visualizadas estruturas fúngicas compatíveis com *P. brasiliensis* nas duas amostras. Iniciado tratamento com itraconazol, recebeu alta hospitalar e segue em acompanhamento. **Conclusão:** Apesar da paracoccidiodomicose ser considerada uma doença sistêmica, predominam as formas pulmonares e cutâneo-mucosas. Em aproximadamente 75% dos casos os pulmões são comprometidos, sendo que a manifestação pulmonar pode ser o único achado. A radiografia de tórax apresenta limitação na avaliação das lesões pulmonares, sendo a tomografia o método de escolha. O padrão tomográfico com presença de cavitações é pouco visualizado em paracoccidiodomicose, sendo o espessamento dos septos interlobulares o achado mais comum. Nosso paciente apresentava história clínica arrastada e sintomatologia compatíveis com PCM, no entanto sorologias negativas e imagens tomográficas com padrão pouco visto em infecções por *Paracoccidiodomycosis*, no entanto a visualização direta do fungo confirmou o diagnóstico. **Referências:** 1- Maria Aparecida Shikanai-Yasuda et al. Consenso em paracoccidiodomicose. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2006

**Palavras-chave:** Paracoccidiodomicose; cavitações pulmonares; pcm

### PO366 ASPERGILOSE PULMONAR NECROTIZANTE CRÔNICA (APNC): RELATO DE CASO

KAROLINY SCHMITZ SCHMITZ NUNES\*; ROGER PIRATH RODRIGUES; DANIELA HELENA HELENA MACHADO DE FREITAS  
HU UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

**Introdução:** O *Aspergillus* ssp. é um fungo que causa uma variedade de síndromes clínicas decorrentes da alteração nas defesas mecânica e imunológica pulmonares ou da presença de doença pulmonar crônica. **Relato de caso:** Homem, 26 anos, estoquista, residente em área urbana. Procurou serviço médico por tosse produtiva, febre e dispnéia há sete dias. Relatava uso frequente de prednisona de modo irregular por asma brônquica, sem acompanhamento médico. Negava tabagismo, etilismo. Ao exame físico encontrava-se dispnéico e tinha crepitações finas em base direita e sibilos difusos à ausculta pulmonar. Após resultado da radiografia tórax, foi realizada pesquisa seriada de BAAR no escarro e sorologia para HIV, ambas negativas. Dosagem de imunoglobulinas foi normal e o hemograma mostrou leucocitose com desvio a esquerda. A tomografia (TC) de tórax evidenciou grande cavitação com consolidação periférica em lobo inferior direito e bronquiectasias cilíndricas em lobos superiores. Foi feita broncoscopia e houve crescimento de *Staphylococcus aureus* e *Aspergillus niger* com galactomanana aumentada no lavado broncoalveolar (LBA). Baseado nos achados clínicos, radiológicos e microbiológico foi feito o diagnóstico de APNC. O tratamento foi iniciado com voriconazol, via oral, associado à antibioticoterapia. No entanto, ocorreu piora

clínica e laboratorial e nova TC mostrou aumento da cavitação com nível líquido e derrame pleural. Houve, também, isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* no escarro. Então, foi iniciado anfotericina B, ampliado espectro de antibiótico guiado pela cultura, porém não houve resposta clínica e foi feito drenagem percutânea do abscesso pulmonar. Após 31 dias em UTI, 23 dias de intubação orotraqueal o paciente evoluiu clinicamente bem, com melhora radiológica significativa. Recebeu alta, após 70 dias de internação, com itraconazol e acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** A APNC é uma das formas de aspergilose pulmonar crônica encontrada em pacientes com imunossupressão leve, com elevada morbidade. Os sintomas incluem dispnéia, tosse, hemoptise, emagrecimento e febre. O diagnóstico requer evidência direta ou uma resposta imunológica a *Aspergillus*, achados radiológicos e histopatológicos. A TC tórax pode mostrar áreas de consolidação uni ou bilateral associadas a cavidades de paredes espessas e espessamento pleural. O "sinal do halo" quando presente consiste numa área de baixa atenuação em torno de uma lesão nodular (edema ou hemorragia em torno de uma área isquêmica) e, mais tarde, o "sinal do crescente" (um crescente aéreo na periferia do nódulo) causado pela contração de tecido infartado. As cavidades persistentes podem ser infectadas com bactérias, como no caso em questão, com formação de abscesso pulmonar e sepses com evolução rápida. As imunoglobulinas IgG ou precipitinas séricas são positivas frequentemente, mas não específicas. Exames de escarro ou LBA podem apresentar culturas positivas para *Aspergillus*, mas negativos não descartam a doença. O biomarcador 1, 3  $\beta$ -D glucana é confiável. O tratamento é feito com voriconazol ou itraconazol por via oral e anfotericina B ou voriconazol endovenoso nos pacientes graves. Nas infecções secundárias ou abscesso pulmonar, o tratamento baseia-se na etiologia bacteriana e drenagem percutânea nos casos refratários como no caso exposto. A melhora radiográfica e clínica acompanha a diminuição fúngica. A resposta terapêutica é lenta, sendo necessário um período de 6 meses ou mais.

**Palavras-chave:** Aspergilose; infecção fúngica; pneumopatia fúngica

### PO367 SÍNDROME DE DEVIC

RODRIGO SANTOS PEREIRA<sup>1</sup>\*; MARCO AURÉLIO DE ALMEIDA DIAS<sup>1</sup>; MEYER STOLAR<sup>1</sup>; BRUNA PRISCILA COLOMBO<sup>2</sup>

1. HOSPITAL NEXT SEISA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A Síndrome de Devic é definida como a associação de neurite óptica com mielopatia aguda. A concomitância desta doença com a tuberculose pulmonar tem sido descrita. Sua fisiopatologia talvez seja atribuída a uma resposta imunológica dos nervos e da medula ao bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, mediada por antígeno comum a estes elementos. **Descrição do caso:** Mulher de 31 anos, internada com história de diminuição da acuidade visual bilateral seguida de amaurose bilateral, acompanhada perda ponderal estimada em 15 kg, tosse produtiva, dispnéia, parestesia e diminuição de força muscular de membros inferiores há 1 mês. Há uma semana evoluiu com piora da paresia de MMII, dispnéia em repouso necessitando de O<sub>2</sub>, febre intermitente, retenção urinária e constipação, necessitando de sondagem vesical de demora. Sem antecedentes patológicos. O exame físico demonstrou emagrecimento, midríase bilateral, fundoscopia normal e edema de papila, força muscular grau 1 em MMII, sem sinais de irritação meníngea, hiporreflexia de MMII, com diminuição da sensibilidade superficial e profunda,

ausculta pulmonar com estertores crepitantes em ápice de hemitórax direito. As análises laboratoriais revelaram anemia (Hb 10.2, VCM 82), leucocitose (18.000/mm<sup>3</sup>) com desvio à esquerda, líquido sem alterações (cels 2, hemácias 0, proteínas 41, glic neg, c culturas negativas), sorologias para hepatites b/c/toxo/cmv e FAN negativos. Dosagens de ceruloplasmina e cobre sérico normais. TC de tórax com extensa consolidação bilateral, opacidade em árvore em brotamento bilateral e pequenas áreas cavitadas de permeio. RNM de encéfalo, órbita e coluna cervical sugestiva de neurite óptica e mielite aguda. Amostra de escarro positiva para BAAR 3+. Iniciado tratamento com COXCIP e pulsoterapia com metilprednisolona 1g/dia. Houve melhora parcial da acuidade visual e aumento de força muscular em MMII (FMg3) com melhora da sensibilidade superficial e profunda. Do ponto de vista respiratório houve melhora clínica e radiológica importantes. A paciente está no 3º mês de tratamento de manutenção com prednisona e COXCIP. **Comentários:** A Síndrome de Devic deve sempre ser um diagnóstico de exclusão, especialmente se combinada à Tuberculose Pulmonar. Diversos diagnósticos diferenciais impõem-se: aracnoidite granulomatosa, tuberculose medular, endarterite do quiasma ou dos nervos ópticos e meningite tuberculosa. Em sua patogenia, postula-se que o Mycobacterium tuberculosis teria antígenos em comum com uma partícula proteica de mielina, sensibilizando linfócitos e atacando em conjunto micobactéria e mielina. O caso relatado corrobora com os dados da literatura que citam a tuberculose pulmonar como uma possível causa para a Síndrome de Devic.

**Palavras-chave:** Síndrome de devic; tuberculose; neurite óptica

#### **PO368** MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DA SÍNDROME DE LÖFFLER

**THÚLIO MARQUEZ CUNHA\*;** DANIEL DE MELO MENDES; RAIF ANTOUN JUNIOR; GUSTAVO ALONSO ARDUINE; EVERTON GERMANO ARAÚJO; HUMBERTO RESENDE; JOSÉ RICARDO BENTO SILVA; TATIANE MARTINS DE LIMA CROSARA BASTOS UFU, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

**Introdução:** Nos países em desenvolvimento, as helmintíases constituem enorme problema de saúde pública, onde os fatores de ordem econômica, social e cultural são revelantes para sua disseminação. O *Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis*, *Ancilostoma duodenale*, *Necator americanus* e *Toxocara canis*, por suas características evolutivas de passagem através dos pulmões em um dos estágios de seu ciclo reprodutivo, podem causar comprometimento respiratório nos pacientes infectados. A Síndrome de Loeffler representa um infiltrado pulmonar migratório evidenciado nos exames radiológicos associado a eosinofilia em sangue periférico. Descrita inicialmente por Loeffler em 1932, como uma síndrome relacionada principalmente a infecção parasitária causada por *Ascaris lumbricoides*. Ela também pode ser causada por outros parasitas (*Strongyloides stercoralis*, *Ancilostoma duodenale*, *Necator americanus* e *Toxocara canis*). O decorso pode ser agudo e autolimitado ou tornar-se crônico, através do ciclo enteropulmonar. As alterações radiológicas habituais são múltiplas lesões, pouco delimitadas, do tipo alveolocondensante, migratórias ou evanescentes. Contudo, nos casos mais graves, podem-se observar pneumonia franca e bronquiectasias. A eosinofilia sangüínea é um achado freqüente na estrogiloidíase, devido às características biológicas do parasita. Devemos salientar, no entanto, que nos casos de hiperinfecção a eosinofilia é discreta, podendo mesmo o número de eosinófilos

estar dentro ou abaixo dos limites normais. O encontro de larvas no escarro ou a presença de grande número delas nas fezes confirma o diagnóstico. **Relato de caso:** Mulher, 33 anos, portadora de retardo mental secundário a hipóxia neonatal, internada por insuficiência respiratória aguda do tipo I. Radiografia de tórax mostrava consolidação em terço médio de pulmão direito. Iniciado Ceftriaxone+Clindamicina pela suspeita de pneumonia aspirativa. Pela não resposta adequada, escalonado a antibioticoterapia para Meropenem e Vancomicina (isolado *S. epidermidis* com resistência a oxacilina na hemocultura). Realizado Tomografia de Tórax que confirmou a presença de consolidação pulmonar no lobo médio e inferior do pulmão direito. Manteve febre nas próximas 2 semanas, sendo submetida biópsia da lesão: presença de helmintos e reação inflamatória inespecífica. Iniciado tratamento com Albendazol e Ivermectina pela presença de síndrome de Loeffler com resolução do quadro. **Conclusão:** A paciente apresentou um quadro atípico da Síndrome de Loeffler com a presença de consolidação única, não migratório, sem eosinofilia e com parasitológicos de fezes negativos. Após a confirmação diagnóstica por biópsia pulmonar e instituição de tratamento específico a paciente evoluiu de forma satisfatória. Referências **Bibliográficas:** 1) Lopes AJ, Jansen U, et al. Pneumopatias infecciosas. In: Coisa JR (es. ) - Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guanabara Koogan 2005;319-44 2) Zille AI, Perin C, Geyer GR, Hetzel JL, Rubin AS. Pneumonia eosinofílica crônica. J Pneumol 2002;28(5): 281-4 3) Cottin V, Courdier JF. Eosinophilic pneumonias. Allergy 2005; 60: 841-57 4) Jawa A, Lessnau K-D. Eosinophilic pneumonia. In: Peterson M, Talavera F, Quillet DR, Rice TD, Mohsenifar Z, editors. www. emedicine. com. /topic 695. 2005 5) Cordry JF, Cotrim V. Eosinophilic lung diseases. In: Murray BW, Nadel JA, editors. Textbook of respiratory medicine, 4th edn. Philadelphia: Saunders, 2005

**Palavras-chave:** Síndrome de loeffler; pneumonia; insuficiência respiratória

#### **PO369** HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA POR ESTRONGILOIDÍASE DISSEMINADA - RELATO DE CASO

LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS\*;  
LUANA FORTES FARIA;  
BRUNA MACEDO PINTO;  
RAFAEL VARGAS DA SILVA;  
THIAGO THOMAZ MAFORT;  
CAMILA SILVA MIRANDA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A infecção pelo *Strongyloides stercoralis* (Ss) em paciente imunossuprimidos pode se manifestar com lesões em múltiplos órgãos e sistemas, incluindo manifestações pulmonares. A seps por gram-negativos também faz parte do espectro da infecção pelo *Strongyloides*. **Objetivo:** O presente trabalho teve como objetivo descrever quadro de hemorragia pulmonar em paciente com Doença de Takayasu em uso de terapia imunossupressora. **Metodologia:** Foi feito levantamento de prontuário e revisão da literatura sobre forma disseminada da doença. **Relato de caso:** Apresentamos um relato de caso de paciente de 27 anos com doença de Takayasu, com quadro de insuficiência respiratória aguda após administração de Tocilizumab, evoluindo com hemorragia alveolar difusa e meningite por *Echerichia coli*. **Conclusão:** A estrogiloidíase disseminada é uma entidade clínica relacionada a estados de imunossupressão como os que ocorrem na síndrome da imunodeficiência aguda (SIDA), nas neoplasias hematológicas e nos tratamentos imunossupressores. No caso em questão, paciente fazia uso crônico de corticosteroides devido Doença de Takayasu, e por se tratar de uma doença de acometimento

vascular grave, com relato prévio de lesão em artérias mesentéricas, a dor abdominal inicialmente relatada foi atribuída a injúria mesentérica, mascarando os sintomas da infecção subjacente. A dificuldade de diagnóstico nesse paciente se deu a dúvida inicial se a lesão era pelo uso do imunomodulador ou atividade de doença. O lavado brônquico foi de suma importância para a definição diagnóstica. Nosso trabalho vem mais uma vez lembrar a importância de fazer a profilaxia de *estrongiloidiase* disseminada em todos os pacientes que serão submetidos a terapia imunossupressora.

**Palavras-chave:** *Estrongiloidiase*; hemorragia alveolar; tocilizumab

**P0370 ADIASPIROMICOSE. RELATO DE CASO.**  
**THAIS FERNANDES BORGES\*<sup>1</sup>; WILLIAM ALVES SCHWARTZ<sup>1</sup>;**  
**JEFFERSON FONTINELE SILVA<sup>1</sup>; DUNYA BACHOUR BASÍLIO<sup>1</sup>;**  
**MELÂNIO DE PAULA BARBOSA<sup>1</sup>; ANDRESSA NARRARA PINHEIRO**  
**COSTA<sup>2</sup>; FERNANDA ALVES DE SOUSA COSTA<sup>2</sup>**

1. HBDF, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2. HRS, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

**Introdução:** A *adiaspiromicose* é uma micose profunda rara. É causada pelo fungo *Emmonsia crescens*. Acredita-se que seja uma doença autocrível, sendo assim, subdiagnosticada em muitos casos. A biópsia transbrônquica é o procedimento de escolha para o diagnóstico, o qual é firmado pela revelação dos *adiconídios* presentes nos pulmões do hospedeiro humano. **Relato do caso:** J. I. S, homem, 35 anos, lavrador, casado, previamente hígido, há 1 mês iniciou quadro de mialgia, astenia, febre, sudorese noturna, tosse seca, dor torácica esquerda ventilatório dependente, dispnéia progressiva e perda ponderal de 10 kg. Exames de imagem demonstraram infiltrado intersticial difuso, micronodular, sugestivo de processo miliar. Pesquisa direta e cultura para BAAR foram negativas. Análise histopatológica da biópsia transbrônquica evidenciou o fungo *Emmonsia crescens*. **Conclusões:** Não se sabe a real frequência dessa infecção, pois geralmente é uma doença autocrível, sendo assim, subestimada. É de extrema importância o conhecimento sobre essa patologia, principalmente diante de casos com imagem radiológica de infiltrado miliar, a fim de se evitar diagnósticos e tratamentos equivocados.

**Palavras-chave:** *Adiaspiromicose*; micose pulmonar; *emmonsia crescens*

**P0371 RELATO DE CASO – RADIOTERAPIA EM PACIENTE COM HEMOPTISE POR ASPERGILOSE INTRACAVITÁRIA**  
**MARCELO FERREIRA NOGUEIRA\*<sup>1</sup>; BRUNA MEDEIROS; PAULO JOSÉ**  
**ZIMERMANN TEIXEIRA; ADALBERTO SPERB RUBIN; MARIANNA**  
**LINS SALERNO; LUCAS ELIAS LISE SIMONETI; ANA FLÁVIA**  
**ZERBIN MAZZIA**  
UFCSA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** Hemoptise é uma condição geralmente grave, de urgência e que apresenta alta mortalidade, associada com doenças como bronquiectasias, bola fúngica, neoplasia pulmonar e tuberculose pulmonar ativa. Pode variar desde um quadro leve (<100mL/24h) até maciça (>300-600mL/24h), podendo haver instabilidade hemodinâmica e necessidade de terapias invasivas. **Relato de caso:** Paciente de 40 anos, emagrecido, relata quadro de hemoptise moderada há 3 dias associada a febre, piora da dispnéia e fraqueza importante. Paciente com diagnóstico de HIV em 1995, sem tratamento atualmente, história de tuberculose pulmonar tratada em 2013, ex-tabagista e ex-usuário de drogas injetáveis. Apresentou diagnóstico há 1 ano de *aspergilose* intracavitária em lobo superior esquerdo e interrompeu tratamento medicamentoso

logo depois da internação. Na internação atual, paciente manteve hemoptise, sendo realizadas fibrobroncoscopias com injeção de soro gelado para controle do sangramento e embolização de artéria brônquica esquerda e ramos pleural e intercostal. Paciente avaliado pela cirurgia torácica, sem performance status para cirurgia no momento, recebendo alta hospitalar após melhora com Itraconazol e plano de iniciar antirretrovirais (TARV). Paciente retorna após 2 meses por hemoptise maciça (> 500mL/24h) e fraqueza, sem instabilidade hemodinâmica, com tratamento antifúngico interrompido há 2 semanas e sem início de TARV. Paciente mantido em decúbito lateral esquerdo, iniciado codeína para controlar a tosse e realizado novo controle de sangramento por broncoscopia e nova embolização brônquica esquerda e de ramos da mama e subclávia. Paciente reinicia com hemoptise volumosa após 10 dias, sem melhora com medidas conservadoras e sem evidência de novos ramos para embolização. Após discussão interdisciplinar, optado por realização de 10 sessões de radioterapia hemostática com 10 Gray. Paciente apresentou controle total do sangramento durante tratamento, sem novos episódios de sangramento, recebendo alta com Itraconazol e início de TARV. **Discussão:** A principal causa de morte no paciente com hemoptise volumosa é a asfixia e não hipovolemia como muitos pensam. Portanto, a abordagem desses pacientes deve ser rápida e invasiva para conter o sangramento, além das medidas iniciais como posicionar o paciente em decúbito sobre o lado acometido, suporte ventilatório e controle da tosse. Na maioria dos casos, o controle por broncoscopia e a embolização arterial costumam ser efetivos em mais de 75% dos pacientes. Na *aspergilose* intracavitária, ocorre hemoptise em 50-80% dos pacientes, e em 20% ocorre recidiva após embolização. A cirurgia nesses pacientes deve ser evitada ao máximo por medidas menos invasivas. Se contra-indicação à cirurgia, a radioterapia, mesmo sendo uma opção secundária, deve ser considerada nos pacientes com bola fúngica, causando oclusão vascular local. Vários relatos de caso já foram reportados com importante cessação do sangramento e pequeno número de recidivas.

**Palavras-chave:** Hemoptise; radioterapia; bola fúngica

**P0372 TORULOMA EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO**  
**MELIANE DE OLIVEIRA DAUD\*<sup>1</sup>; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO;**  
**PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE; PAULO TARSO MULLER; CAROLINE**  
**ARAUJO TORRES; NATÁLIA SICUTI FERREIRA; LIS REGINA CALIXTO**  
**ALVES; LORENA CASTOLDI TAVARES**  
UFMS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL.:

**Introdução:** *Criptococose* ou *torulose* é uma micose sistêmica de maior ocorrência em pacientes portadores de imunidade celular reprimida. É uma infecção que tem tropismo pela pele, pulmão e meninges, sendo a principal porta de entrada o pulmão devido inalação do fungo presente no meio ambiente. As duas espécies do basideomiceto encapsulado envolvidos são *Cryptococcus neoformans*, que causa infecção em pacientes imunocomprometidos, e *Cryptococcus gattii* em hospedeiros imunocompetentes. As manifestações clínicas são variadas, sendo que o comprometimento pulmonar, em geral, cursa com tosse seca, febre, dor pleural, hemoptise e emagrecimento. O paciente com diagnóstico de *criptococose* pulmonar deve ser submetido a avaliação do sistema nervoso central, pois a meningoencefalite é a principal complicação associada a essa micose. O diagnóstico laboratorial pode ser obtido com exame a fresco corado com tinta da China, látex, cultura, imuno ou histopatológico do órgão acometido. As anormalidades radiológicas mais frequentes em tomografia

computadorizada (TC) de tórax são nódulos pulmonares múltiplos ou solitários, massas ou consolidações e lesões localizadas em lobos inferiores. Em pacientes imunocompetentes assintomáticos e com foco apenas pulmonar o tratamento pode ser feito com fluconazol de 3 a 6 meses. Já em pacientes sintomáticos o tratamento pode se estender por até 12 meses e ainda pode ser usado o itraconazol ou a anfotericina B na doença progressiva e grave. **Relato de caso:** Paciente masculino, 36 anos, hígido, trabalhador em meio rural com manipulação de fezes de suínos para produção de gás, apresentando quadro de cefaléia há 3 meses, frontal e occipital do tipo latejante, com melhora parcial após uso de analgésicos evoluindo com piora progressiva da dor associada a hiporexia, fraqueza, insônia e vômitos nas crises de dor. Nega dispneia, tosse, dor torácica, sibilância, hemoptise e expectoração. Foi atendido no serviço de Infectologia do Hospital Universitário Maria Pedrossian de Mato Grosso do Sul e em exames apresentava anti HIV não reagente, tomografia computadorizada de crânio sem alterações, ressonância magnética de crânio compatível com meningoencefalite, exame microscópico direto do líquido com tinta da China sugestivo de *Cryptococcus* sp e cultura para fungos em líquido positiva. A avaliação pulmonar através TC de tórax de alta resolução demonstrou massa pulmonar medindo 4, 2cm de diâmetro em lobo inferior esquerdo. Realizado tratamento com anfotericina B (30mg/dia) por 30 dias, mantendo sintomas neurológicos. Devido sintomas de meningoencefalite criptocócica refratária ao tratamento, mantendo exame a fresco e cultura positivos, foi optado por toracotomia com lobectomia inferior esquerda. Em anatomopatológico houve a confirmação de criptococoma. Após procedimento o paciente apresentou regressão total dos sintomas e negativação de cultura líquórica, completando, em 60 dias, dose de 2g de anfotericina B associada, nos últimos 30 dias, a fluconazol 900 mg/dia, e depois mantendo tratamento com 900mg /dia de fluconazol até completar 12 meses. **Conclusão:** a disseminação progressiva do agente para sistema neurológico em pacientes imunocompetentes não é comum. Dessa forma, é necessário suspeitar de criptococose pulmonar em pacientes imunocompetentes que apresentam sintomas neurológicos e o paciente tem boa resposta ao tratamento antifúngico na maioria dos casos relatados na literatura.

**Palavras-chave:** Criptococose pulmonar; meningoencefalite criptocócica; imunocompetente

### **PO373 PARACOCCIDIOMICOSE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUBERCULOSE GANGLIONAR: RELATO DE CASO**

**TADEU PEIXOTO LOPES\***; MORGANA BARBOSA DUARTE; LÍVIA NETTO CHAER; JOANNY DE LIMA E SILVA BARBOSA; RAPHAEL LINS MOTA; FERNANDO ANTÔNIO MENDONÇA GUIMARÃES  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA, MACEIO, AL, BRASIL.

**Introdução:** Paracoccidiodomicose (PCM) é uma doença sistêmica, de caráter granulomatosa, progressão insidiosa, relacionada à atividade agrícola e manejo do solo contaminado, acometendo mais os homens em idade produtiva. Apresenta-se sob duas principais formas clínicas: aguda ou subaguda (juvenil) e crônica (adulto). A forma crônica representa mais de 90% dos casos, em geral envolve mais de um órgão simultaneamente, comprometendo sítios extrapulmonares, como pele e mucosas. Exige diagnóstico diferencial com doenças que afetam mucosas como câncer, leishmaniose cutâneo-mucosa, sífilis secundária ou terciária, sarcoidose, histoplasmose. Grande diagnóstico

diferencial deve ser feito com tuberculose (TB) devido à sobreposição do quadro clínico-epidemiológico e, além disso, as duas doenças podem coexistir numa frequência aproximada de 5, 5 a 14, 4% dos casos. O padrão ouro para diagnóstico de paracoccidiodomicose é a presença de manifestações clínicas associadas à presença de *P. brasiliensis* em exame a fresco de espécime clínico (escarro, raspado de lesão, aspirado de linfonodo) ou biópsia de órgão acometido. **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, 52 anos, natural de Alagoas, agricultor, ex tabagista (24, 5 maços/dia) e ex etilista, no 4º mês de tratamento para tuberculose ganglionar com rifampicina e isonizida, após confirmação diagnóstica por biópsia de linfonodo. Evolui com persistência de fistulização de gânglios, perda ponderal, dispnéia, astenia e surgimento de ulcerações em região do lábio superior, pavilhão auricular e ombros. Realizada punção de linfonodo supraclavicular com exame a fresco com KOH a 10% com encontro de *Paracoccidiodomicose brasiliensis* no esfregaço. Iniciada terapêutica com Anfotericina B e mantido tuberculostáticos. No entanto, paciente evoluiu com Insuficiência respiratória aguda e óbito. **Discussão:** A combinação de PCM e TB é reconhecida de longa data, podendo ocorrer de forma simultânea ou sequencial. Contudo, sabe-se que a forma crônica da PCM é diagnóstico diferencial para tuberculose, devido à semelhança em relação às alterações radiográficas e manifestações clínicas. No caso descrito, não é possível afirmar com precisão se o paciente teve PCM unicamente ou se sofria das duas doenças, visto que apresentava uma biópsia ganglionar com presença de linfadenite granulomatosa e um exame a fresco de linfonodo com presença do fungo. A resposta terapêutica ao uso da Anfotericina B não pode ser avaliada, pois o paciente foi à óbito por quadro respiratório.

**Palavras-chave:** Tuberculose; paracoccidiodomicose; linfodomegalia

### **PO374 EPIDEMIOLOGIA DOS CASOS DE INFLUENZA A EM CLÍNICA PRIVADA TERCIÁRIA DURANTE O SURTO DE 2016**

**PAULA WERNECK STEIMBACK\***; BARBARA DE SEIXAS CARVALHO; LETICIA LOURENCO DEFILIPPO; SIMONE POLONINE; FELIPE CAMILLIS; CLAUDIA ESPANHA; ARTHUR OSWALDO DE ABREU VIANNA

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

**Introdução:** A infecção por influenza A H1N1 pode levar a casos graves. A estimativa real da gravidade da doença está limitada a dificuldade no diagnóstico dos pacientes infectados que desenvolveram os sintomas. E destes, quantos foram hospitalizados, necessitaram suporte ventilatório e evoluíram para óbito. Um estudo feito nos Estados Unidos estimou que apenas 1, 44% dos pacientes sintomáticos durante o inverno foram hospitalizados, sendo 0, 239% os que necessitaram de suporte intensivo ou ventilação mecânica e 0, 048% os que foram à óbito. **Objetivo:** Avaliar a incidência e evolução da doença nos pacientes atendidos na Clínica São Vicente no período de janeiro a maio de 2016. **Método:** Foram avaliados retrospectivamente todos os casos positivos (PCR H1N1-swab oral) através de revisão de prontuário no caso dos pacientes internados e contato telefônico nos casos de tratamento ambulatorial. **Resultados:** Foram realizados 8360 atendimentos no setor de emergência da Clínica São Vicente no período de janeiro a maio de 2016. Destes, 70 pacientes apresentavam sintomas compatíveis com gripe A e foram submetidos a pesquisa do vírus por PCR no swab oral. A pesquisa foi positiva em 27 casos (38, 57%), sendo 12 homens e 15 mulheres com idade média 47 anos, 4 pacientes maiores que 60 anos. Cinco pacientes

foram hospitalizados, sendo 4 em terapia intensiva. Todos pacientes hospitalizados apresentavam comorbidades (diabetes, doença pulmonar, doença hematológica, doença cardiovascular ou imunológica). Somente 1 caso evoluiu com síndrome da angústia respiratória aguda e necessitou intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Não houve óbitos. **Conclusão:** A infecção por influenza A é tratada ambulatorialmente na maioria dos casos. A presença de comorbidades contribui para a necessidade de hospitalização e desenvolvimento de falência respiratória.

**Palavras-chave:** H1n1; sara; insuficiência respiratória

### PO375 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ACOMETIMENTO NEOPLÁSICO PULMONAR E INFECÇÃO FÚNGICA: RELATO DE CASO

**RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE\***; **JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO**; **RAFAEL SARTORI TARTAGLIA**; **FELIPE MARQUES DA COSTA\***; **FELIPE NOMINANDO DINIZ OLIVEIRA**; **ELLEN TOLEDO NASCIMENTO**; **ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES**; **ANDRE NATHAN COSTA**  
*DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Infecções pulmonares, ocasionalmente, apresentam-se indistinguíveis de lesões neoplásicas. Esta situação apresenta um desafio diagnóstico e pode atrasar significativamente o tratamento. Processos infecciosos causados por bactérias (*Fusobacterium*, *Pseudomonas*, *Streptococcus*), micobactérias (*Mycobacterium tuberculosis*, *M. kansasii*), parasitas (*Dirofilaria*), fungos, e, raramente, vírus (*Citomegalovírus*), podem simular câncer. Os fungos incluem as coccidioidomicose, histoplasmoze, aspergilose, blastomicose e criptococose. A clínica dessas infecções é inespecífica e os achados radiológicos podem ser semelhantes aos das neoplasias. Infecção fúngica simulando câncer de pulmão causa efeitos nocivos, atrasando o tratamento adequado. Este cenário é especialmente importante em áreas endêmicas. **Objetivos:** Relatar caso de paciente portadora de infecção fúngica pulmonar, à princípio diagnosticada como neoplasia, atendida em ambulatório especializado em hospital terciário. **Métodos:** Revisão de prontuário e registros médicos de paciente em hospital terciário. **Relato:** Paciente, 60 anos, procura serviço de pronto atendimento com queixa de febre há 1 mês. Associa dispnéia mMRC1 e tosse seca neste mesmo período. Sem outros sintomas, relata como comorbidade quadro de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) adequadamente controlada, sem exposições ocupacionais ou ambientais relevantes. Nega tabagismo. Internada para elucidação diagnóstica e iniciada antibioticoterapia, sem melhora clínica. Realizou Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax com achado de volumosa consolidação à direita. Ainda, durante 15 dias em serviço de saúde foi vista perda ponderal de 15 kg. Solicitado PET-TC, que mostrou ser esta lesão captante, e assim realizada biópsia transtorácica, com diagnóstico de Carcinoma de Células Claras. Já em programação de tratamento quimioterápico, sem lesão renal associada e após avaliação de pneumologia, a mesma é transferida daquele serviço, quando é feita revisão de caso e da lâmina, com achado de reação xantogranulomatosa com estruturas fúngicas compatíveis com *Cryptococcus* sp, assim como antigenemia para *Cryptococcus Neoformans* reagente, e sorologia para HIV e pesquisa de líquido negativas. Iniciado tratamento com fluconazol via oral, sendo obtida remissão clínica completa e resolução radiológica. **Conclusão:** Em virtude de um manejo e tratamento completamente diferente entre infecção fúngica e malignidade, além de um prognóstico inteiramente distinto, o estabelecimento de

um diagnóstico adequado é crítico para obtenção de uma terapia apropriada. A partir de achados clínicos e radiológicos suspeitos de neoplasia, todos envolvidos no cuidado do paciente devem estar cientes de que outras condições, incluindo infecções fúngicas, devem ser incluídas entre os diagnósticos diferenciais, de modo especial quando não há uma adequada correlação com a história clínica ou evolução habitual dos quadros.

**Palavras-chave:** Infecção fúngica; criptococose; diagnóstico diferencial

### PO376 INFECÇÃO PULMONAR POR LOPHOMONAS. UM RELATO DE CASO.

**BRUNA MARABITA\***; **PAULO ROBERTO ARAÚJO MENDES**; **ENRICO FORTUNATO**; **JOÃO CARLOS CARLOS DE JESUS**; **ILMA APARECIDA PASCHOAL**; **EDUARDO MELLO DE CAPITANI**; **RONALDO FERREIRA MACEDO**; **MÔNICA CORSO PEREIRA**  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.*

**Introdução:** *Lophomonas* é um protozoário encontrado no trato intestinal de baratas, não sendo, até pouco tempo atrás, considerado um patógeno humano. É identificado, muito raramente, em casos de broncopneumonia em adultos, sobretudo com algum grau de imunossupressão (como transplantados), crianças com doença pulmonar grave, e asmáticos. O quadro clínico descrito na maioria dos casos é inespecífico, apresentando como principais sintomas tosse, expectoração e febre, podendo evoluir com bronquiectasia e abscesso pulmonar. **Relato do caso:** Homem, 70 anos, comerciante, apresentou início de tosse seca em maio de 2015, associado à astenia e perda de 4Kg em cinco meses, sem febre ou outros sintomas. No mesmo período citado, referia tratamento com diversos antimicrobianos, sem melhora. Tabagista com carga acumulada de 100 anos/maço, sem comorbidades conhecidas. Trabalhava em comércio de bebidas, com eventual contato com baratas e roedores ao realizar a limpeza dos estoques. Necessitou internação em serviço de saúde da cidade de origem em junho de 2015, por piora clínica, onde manteve-se com exame físico sem alterações, ausculta pulmonar normal e saturação periférica de oxigênio de 97%. Radiografia de tórax da época mostrava opacidade reticulonodular à direita e à tomografia de tórax, grande área de vidro fosco e consolidações em todo campo pulmonar à direita e lobo inferior esquerdo, sugestivas do padrão tomográfico de pavimentação em mosaico. A pesquisa de BAAR nos escarros foi negativa (3 amostras), com uma cultura também negativa, e a broncoscopia, com lavado broncoalveolar de lobo superior direito, mostrou a presença de *Lophomonas*. Na biópsia transbrônquica dos lobos superior e inferior direitos não houve evidência do protozoário. Após tal resultado, iniciado metronidazol por três semanas com melhora completa da tosse e melhora parcial da dispnéia. Exames de imagem de controle revelaram melhora do padrão anteriormente citado. **Conclusão:** A infecção pulmonar causada pela *Lophomonas* é extremamente rara, com poucos relatos na literatura. A maioria deles está distribuída pelo Oriente, com uma única série de casos em crianças, com doença pulmonar grave, descrita no Peru. O primeiro caso encontrado foi em 1993, na China. Não foram encontrados, em pesquisa de banco de dados do Pubmed, casos em adultos nas Américas. O diagnóstico é baseado na presença do protozoário em lavado broncoalveolar ou biópsia endo/transbrônquica. O tratamento proposto, com metronidazol, parece ser suficiente para controle da infecção e resolução dos sintomas. Novos relatos de caso são fundamentais para avaliação de prevalência da infecção e manejo adequado dos pacientes.

**Palavras-chave:** Infecção pulmonar; lophomonas; protozoário

**PO377 RELATO DE CASO: ASPERGILOSE PULMONAR CRÔNICA CAVITÁRIA**

**DOUGLAS MAIA DE CARVALHO\***; GABRIELA PIZARRO OSSA FERRO HENRIQUES; FELIPE SANTOS TEIXEIRA MARTINIANO; ROBERTO GABRIEL SANTIAGO NOVELLO; ANA PAULA ROCHA VEIGA; JOSE EDUARDO GREGORIO RODRIGUES; ELISABETH MARIA HEINS

HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO, SANTOS, SP, BRASIL.

**Introdução:** A aspergilose é uma doença com múltiplas variantes cujas manifestações clínicas são determinadas pela resposta imune do hospedeiro, podendo se apresentar de forma alérgica, crônica ou invasiva. As espécies de *Aspergillus* têm surgido como uma importante causa de infecção em pacientes imunocomprometidos e também em indivíduos imunocompetentes ou com disfunção imunológica leve que apresentam doença pulmonar subjacente cavitária. **Relato de caso:** C. B., masculino, 69 anos, admitido no pronto socorro referindo hemoptise há 3 meses com piora nos últimos 4 dias. Paciente negou febre, perda de peso e qualquer outro sintoma sistêmico. Negou comorbidades. Ex-tabagista, com carga de 20 maços/ano. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, descorado +/-, eupneico e afebril, com oximetria = 98% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios. Sem alterações nos demais aparelhos. Exames laboratoriais como hemograma, função hepática e renal não demonstraram alterações. Após resultado da radiografia de tórax, foi realizada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou quatro formações com aspecto cavitário de paredes espessas e irregulares em lobo superior direito, sendo a maior com 2, 7cm. Em uma delas apresentou conteúdo heterogêneo e mal definido, com densidade de partes moles e coleção de ar periférica, caracterizado como sinal do crescente aéreo. Observaram-se também opacidades esparsas bilaterais, mal definidas, com aspecto em vidro fosco, notadamente à direita. Foi realizada pesquisa seriada de bacilo álcool-ácido resistente e fungo no escarro, sorologia para HIV, pesquisa sérica de anticorpo de *Aspergillus fumigatus*, cujos resultados foram negativos. O paciente foi submetido a uma fibrobroncoscopia diagnóstica cujo lavado bronquico apresentou pesquisa de galactomanana negativa e biópsia transbrônquica inconclusiva. Obteve-se 2 amostras de cultura do escarro positivas para *Aspergillus flavus*. Introduziu-se Itraconazol como tratamento. Posteriormente, foi submetido à lobectomia superior direita, com melhora clínica do quadro. Conclusão A aspergilose pulmonar crônica cavitária tende a afetar indivíduos de meia idade do sexo masculino, tem curso progressivo indolente, podendo ocorrer tosse produtiva, perda de peso, hemoptise, dispnéia e fadiga. Os achados radiográficos típicos incluem a presença de cavidades que podem ou não conter bola fúngica, frequentemente localizadas em lobos superiores. O diagnóstico se confirma pelo isolamento do fungo ou com a presença de anticorpos séricos (os quais podem ser negativos), afastadas outras condições, tais como tuberculose ativa, infecção micobacteriana atípica, histoplasmosse cavitária crônica e coccidioidomicose. Dentre as espécies de *Aspergillus*, destacam-se o *A. fumigatus* (85% das infecções) e, menos frequente, o *A. flavus* (5-10%). O caso relatado apresenta uma infecção fúngica por *A. flavus* em um paciente imunocompetente, o que é pouco documentado na literatura médica.

**Palavras-chave:** Aspergilose; aspergillus; doença pulmonar

**PO378 NOCARDIOSE PULMONAR EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE - RELATO DE CASO**

**LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS\***; RAQUEL SALLES; DEBORA RIGO GUIMARÃES DE MACEDO BENTO; THIAGO THOMAZ MAFORT; LUANA FORTES FARIA; LUCIANA MARTINS KROHLING  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Nocardiose é uma infecção bacteriana subaguda ou crônica que acomete principalmente pulmão e pele de pacientes imunossuprimidos, com apresentação clínica variável podendo ter elevada mortalidade com um diagnóstico tardio. **Objetivos:** Descrever caso atípico de nocardiose pulmonar em paciente imunocompetente em hospital universitário no Rio de Janeiro. **Metodologia:** Realizado levantamento de dados do prontuário e revisão de literatura. Caso clínico: Apresentamos um caso de paciente jovem imunocompetente com quadro de Nocardiose pulmonar crônica com consolidação pulmonar e abscesso de parede torácica esquerda, que deu entrada no Hospital universitário Pedro Ernesto com quadro de sepse pulmonar, sendo isolado em lavado brônquico seletivo *Nocardia brasiliensis*. **Discussão:** A Nocardiose é de difícil diagnóstico quando em pacientes imunocompetentes. As manifestações clínicas da forma pulmonar são, geralmente, mal-estar geral, perda de peso, febre, suores noturnos e tosse produtiva, sendo a Tuberculose seu principal diagnóstico diferencial. A sua incidência é desconhecida em nosso meio. A dificuldade do diagnóstico se deve principalmente a dificuldade de positivação de culturas e da suspeição clínica. A mortalidade varia como as suas formas de apresentação, podendo chegar em torno de 44 a 85%, sendo imprescindível um diagnóstico precoce. No caso apresentado, paciente apresentou uma evolução subaguda da doença, com várias intercorrências clínicas durante diagnóstico, porém com evolução favorável após início de terapia com linezolida e rifampicina.

**Palavras-chave:** Nocardiose; actinomiceto; rifampicina

**PO379 PARACOCCIDIOIDOMICOSE CRÔNICA EM ADULTO INTERNADO EM EM HOSPITAL GERAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS – RELATO DE CASO**

**JÉSSICA ECHEVERRÍA\***; TIAGO SPIAZZI BOTTEGA<sup>2</sup>; MATHEUS ACCIOLY KWIATKOWSKI<sup>1</sup>; LUIZA LEONARDI<sup>1</sup>; GUSTAVO DE ARAUJO PINTO<sup>2</sup>; REINALDO ROLDÃO DÁVILA<sup>2</sup>; **CLAUDIA PINTO VIEIRA<sup>2</sup>**; OTAVIO MARCOS DA SILVA<sup>2</sup>

1. UNISUL, PALHOCA, SC, BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ, SC, BRASIL.

**Introdução:** A Paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, cuja incidência atinge 3 novos casos/100 mil habitantes ao ano, em zonas endêmicas. No Brasil, algumas regiões podem atingir 50% da população. A forma disseminadas pode ser grave e letal, com envolvimento pulmonar e de outros órgãos de maneira rápida e progressiva. **Relato de caso:** Paciente masculino, 60 anos, branco, pedreiro, natural e procedente de Garopaba-SC. Iniciou com dispneia progressiva há 1 ano e 4 meses, inicialmente aos médios esforços que evoluiu para repouso em 3 semanas. Refere perda ponderal, odinofagia, disfagia, ortopneia e tosse seca. Realizou investigação e tratamento por 8 meses para tuberculose sem melhora. Ex-tabagista (50 maços-ano) e ex-etilista, ambos cessados há 1 ano. Refere humidade em casa. Nega contato com animais. Durante 20 anos trabalhou como auxiliar de construção civil, sem uso de EPI's. Ao exame: Regular estado geral, acianótico, afebril, taquidispneico e saturação de oxigênio de 84%, ausculta pulmonar com

murmúrio vesicular difusamente diminuído principalmente em bases pulmonares e estertores difusos. Laboratório da entrada sem alterações, radiografia de tórax com opacidades em interstícios alveolares bilaterais e difusas, de aspecto reticulo-nodular. Tomografia computadorizada de tórax com intenso infiltrado reticulo nodular difuso, em vidro fosco e bolhas enfisematosas em base, que embora atípicas para esta patologia, em conjunto com o quadro clínico sugeriu a infecção em questão. Iniciou-se o tratamento antifúngico com anfotericina B, evoluindo com importante elevação de creatinina sendo trocada para forma lipossomal. Após 7 dias de tratamento e progressiva piora da função renal, substituiu-se temporariamente a anfotericina por itraconazol, reintroduzindo-a no 17º dia de internação. Realizou-se ainda TC de abdômen que revelou um nódulo indeterminado na glândula adrenal medindo 2, 4x1, 9x2, 6cm. Foi realizada biópsia guiada por TC que mostrou discreto infiltrado linfocitário e estruturas eosinofílicas concêntricas, com crescimento de fungos compatível com Paracoccidiomicose. Recebeu alta hospitalar no 49º dia de internação com remissão do quadro respiratório, e TC de controle evolutivo com importante melhora radiológica das lesões em vidro fosco, porém demonstrando ainda imagens de enfisema pulmonar justificados pela carga tabágica do paciente. **Conclusão:** A paracoccidioidomicose (PCM) é um importante problema de saúde pública devido mortalidade e letalidade elevadas. Ocorre principalmente na faixa etária entre 10-20 anos, podendo evoluir para doença sistêmica tardiamente, entre 30-50 anos, por reativação do fungo latente no hospedeiro. Embora imagem radiológica atípica para o fungo em questão, o paciente apresentou importante comprometimento clínico, sendo necessária internação hospitalar para manejo e tratamento, configurando uma forma grave de PCM.

**Palavras-chave:** Paracoccidiomicose; infecção respiratória; pneumopatias fúngicas

### **PO380** INFECÇÃO PULMONAR: CRIPTOCOCOSE VERSUS HISTOPLASMOSE - RELATO DE CASO

**MARCELA ARAÚJO CASTRO\***; BRUNA MAMPRIM PILOTO; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE; ANDRE NATHAN COSTA INCOR/HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A criptococose é uma infecção provocada pelo *Cryptococcus* spp, um basidiomiceto endêmico no mundo. A meningoencefalite criptocócica é a apresentação mais grave e frequente em pacientes HIV-positivos e em HIV-negativos. A doença pulmonar é a segunda forma mais comum e se manifesta com infiltrados pulmonares e/ou criptococomas. Pacientes com doença pulmonar isolada podem ser assintomáticos, alguns relatam tosse, pouca expectoração, febre, dispneia e dor no peito, indistinguível de outras doenças subagudas, como tuberculose, micobacteriose não tuberculosa e histoplasmose. A doença pode se apresentar como achado incidental em exame radiológico simulando neoplasia de pulmão. **Relato de caso:** Paciente do gênero feminino, 51 anos, casada, natural de Abaíra/BA, residente em São Paulo/SP, tabagista atual (15 anos-maço). Relata início de astenia, febre, calafrios e taquicardia em 2015, quando procurou o pronto atendimento e recebeu antibiótico para tratamento de pneumonia por 7 dias, sem melhora. Encaminhada à atenção primária, coletou escarro para pesquisa e cultura BAAR (ambas negativas). Tomografia de tórax solicitada evidenciou massa pulmonar em lobo superior direito. A paciente foi encaminhada para o serviço da Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas de São Paulo (HC-FMUSP), onde realizou biópsia transtorácica, cujo resultado anatomopatológico foi sugestivo de

histoplasmose (pesquisa de fungos pelo GROCOTT resultou positiva com esporos sugestivos de *Histoplasma* sp). Iniciou seguimento no ambulatório de infecções pulmonares do HC-FMUSP, onde recebeu Itraconazol por 6 meses. Persistiu com astenia e aumento da massa pulmonar após 1 ano de tratamento, o que suscitou a suspeita de outro agente envolvido, visto que a apresentação radiológica era atípica para histoplasmose pulmonar. Sorologias para fungos foram negativas, assim como a antigenemia para criptococo. Revisão de lâmina da biópsia evidenciou achados histológicos compatíveis com *Cryptococcus* sp. Após troca de medicação para fluconazol, a paciente evoluiu com melhora dos sintomas. **Conclusão:** Este relato de caso vem descrever a epidemiologia, apresentação clínica, diagnóstico e tratamento da criptococose pulmonar a fim de aumentar a consciência do clínico para este diagnóstico. Ressalta a importância da caracterização correta do fungo, o que impacta no diagnóstico e tratamento. A criptococose é mais associada à infecção pelo HIV, estima-se que um milhão de novos casos ocorrem por ano com taxa de mortalidade de 20 a 70%. Um estudo norte-americano cita a incidência de 0,9 casos por 100.000 em pacientes HIV-negativos, como neste caso. Radiografia e tomografia de tórax são fundamentais no algoritmo diagnóstico em pacientes com suspeita de criptococose pulmonar. A cultura da biópsia pulmonar fornece o diagnóstico definitivo, porém muitas vezes é negativa. O diagnóstico pode ser feito através da visualização direta do basidiomiceto por patologista com experiência em infecções pulmonares.

**Palavras-chave:** Criptococose; histoplasmose; patologia

### **PO381** ESTENOSE DE TRAQUEIA SECUNDÁRIA A PARACOCIDIIDOMICOSE

**BRUNA MAMPRIM PILOTO\***; MARCELA ARAÚJO CASTRO; RENATO PIUCCO MATOS; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; ANDRE NATHAN COSTA

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

**Introdução:** A paracoccidioidomicose é uma infecção causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, adquirida através da inalação de conídios. A forma crônica da doença no adulto imunocompetente é caracterizada pelo surgimento de lesões em múltiplos sítios, sendo mais comum haver acometimento pulmonar e mucocutâneo. Os principais sintomas iniciais são tosse, dispneia, perda ponderal e febre baixa, com eventuais odinofagia e disfagia se há comprometimento de região laringea. Homens acima dos 40 anos, tabagistas e estilistas são mais susceptíveis. **Relato do caso:** Homem de 56 anos foi encaminhado ao nosso serviço por quadro de 3 meses de evolução de dispneia, tosse seca, rouquidão, hemoptise, disfagia progressiva, febre e perda de 6kg. Proveniente de área rural no interior de São Paulo, atualmente trabalhando em construção civil. Foi internado e, devido à disfagia, houve necessidade de passar sonda nasoenteral para alimentação. Na investigação, a tomografia de tórax apresentava espessamento circunferencial da traqueia e opacidades pulmonares difusas bilateralmente, com micronódulos centrolobulares e lesões cavitadas bilaterais. Realizada então broncoscopia, que demonstrou lesões infiltrativas ao longo de toda a laringe e da traqueia. ANCA negativo. Imunodifusão para *P. brasiliensis* reagente e contraímunoeletroforese reagente com título 1/32. Biópsia de traqueia demonstrou processo inflamatório crônico granulomatoso com presença de leveduras de tamanho uniforme com gemulação, compatíveis com *P. brasiliensis*. Foi, então, iniciado tratamento com itraconazol. À época, tinha espirometria



normal. No seguimento ambulatorial, apresentou melhora dos sintomas, já sem sonda enteral. Porém, cerca de um mês após o início do tratamento, o paciente evoluiu com tosse, dispneia e corneagem. Espirometria com sinais de obstrução fixa. Nova tomografia demonstrou estenose de traqueia, sendo realizada traqueostomia eletiva. Desde então, paciente evoluiu assintomático, em tratamento com itraconazol, sendo optado por associar corticoterapia visando possível decanulação. **Conclusão:** O diagnóstico diferencial da paracoccidioidomicose inclui tuberculose, vasculites e outras doenças granulomatosas. A chave para o diagnóstico é a suspeita clínica, especialmente em pacientes provenientes de áreas endêmicas. O diagnóstico é histopatológico e através de cultura de tecidos. No caso em questão, o diagnóstico rápido permitiu a instituição de tratamento precoce, com boa resposta terapêutica inicial e evolução para estenose de traqueia de provável origem cicatricial. A estenose de traqueia de causa infecciosa é pouco frequente e a paracoccidioidomicose é sabidamente uma infecção que pode cursar com estenose de laringe, porém a estenose de traqueia secundária a paracoccidioidomicose é uma manifestação rara e pouco descrita. Nesta situação, o papel da corticoterapia seria reduzir a resposta inflamatória, na tentativa de diminuir a lesão tecidual e, assim, prevenir o agravamento das sequelas.

**Palavras-chave:** Paracoccidioidomicose; estenose de traqueia; micose sistêmica

### **PO382** FALÊNCIA RESPIRATÓRIA POR ESPOROTRICOSE DISSEMINADA

**PEDRO LAURINDO FIORIO JR\*<sup>1</sup>; JÚLIA FRANCISS DA SILVA PEREIRA<sup>1</sup>; LEONARDO BRAGA SOARES<sup>1</sup>; ERIKA ALVARENGA CAMEZ<sup>2</sup>; THÁISSA SANTOS MONTEIRO<sup>1</sup>; RICARDO BARBOSA LIMA<sup>2</sup>; ANTÔNIO CARLOS MORAES<sup>1</sup>**

1. REDE D'OR, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A Esporotricose é a micose subcutânea mais comum na América Latina. As lesões costumam ser restritas à pele, tecido subcutâneo e vasos linfáticos adjacentes. A forma extracutânea corresponde a menos de 1% dos casos, sendo raro o acometimento pulmonar. **Relato de caso:** Paciente feminina, 39 anos, com lesão cutânea ulcerativa no abdome há 2 anos e diagnóstico de pioderma gangrenoso. Após inúmeros tratamentos sem melhora foi iniciado infliximab, havendo redução do edema e dor após a 1ª dose. Contudo, após a 3ª dose, houve grave piora da lesão e aparecimento de novas, sendo internada, evoluindo a insuficiência respiratória e choque, sendo tratada com antibioticoterapia de amplo espectro e corticóide, havendo, piora progressiva do quadro. Foi realizada biópsia da úlcera cutânea, a qual foi compatível com micose profunda. Já a tomografia de tórax (TC) evidenciou infiltrado pulmonar intersticial, sendo acrescentado ao esquema anterior, anfotericina B, com melhora do quadro. Após redução do corticóide houve piora do quadro pulmonar e a nova TC revelou imagens sugestivas de pneumonia ou vasculite com hemorragia alveolar. A biópsia pulmonar evidenciou processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose caseosa focal e focos de bronquiólite obliterativa, geralmente associadas à pneumonia em organização secundária à infecção. O esquema antibiótico foi ampliado, com manutenção da anfotericina B, com boa resposta e melhora do quadro pulmonar e desmame ventilatório após 12 dias de ventilação mecânica. Posteriormente os resultados da cultura para fungos do nódulo cutâneo evidenciaram crescimento de *Sporothrix schenckii*. A anfotericina B foi mantida por seis semanas e posteriormente foi iniciado

itraconazol. Após 3 meses a paciente apresentou cicatrização quase completa da lesão. **Conclusão:** No presente caso foi indicado uso de terapia com imunobiológicos a uma paciente com diagnóstico prévio de pioderma gangrenoso e falência dos tratamentos anteriores. Contudo, o uso do Infliximab possivelmente propiciou a evolução de lesão cutânea de esporotricose localizada para disseminada. Após suspeição de micose profunda pela biópsia de pele, foi iniciado tratamento com Anfotericina B, havendo melhora inicial do quadro. No entanto, após a redução do corticóide houve agravamento do quadro pulmonar o que poderia estar relacionado tanto ao quadro de esporotricose ou mesmo por uma síndrome de reconstituição imunológica. Todos os cuidados para o uso de biológicos recomendados por diretrizes internacionais foram adotados. No entanto, estes protocolos não contemplam a realidade epidemiológica brasileira, como a investigação para *Sporothrix schenckii*, um importante agente causador de micoses superficiais especialmente no Rio de Janeiro.

**Palavras-chave:** Esporotricose; imunossupressão; pneumonia

### **PO383** ASPERGILOSE PULMONAR ANGIO-INVASIVA EM PACIENTE PORTADOR DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR CRÔNICA HIPERTENSIVA: RELATO DE CASO

**RAFAEL SARTORI TARTAGLIA\*<sup>1</sup>; LILIANA ELIZABETH PAEZ VARGAS; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; SAMIA ZAHY RACHED; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO**

HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O termo aspergilose pulmonar corresponde a um amplo espectro de apresentações clínicas variando desde reações de hipersensibilidade até quadros invasivos teciduais. Trata-se de uma doença incomum e normalmente associada a estados de imunossupressão como uso de corticóides por tempo prolongado ou imunossupressores, infecção pelo HIV, presença de neoplasias hematológicas e de órgãos sólidos. O diagnóstico de aspergilose pulmonar angio-invasiva é feito pela evidência de invasão tecidual e vascular pelo fungo em associação a culturas positivas. A doença raramente é associada a estágios de menor comprometimento da imunidade como DPOC e não há relatos da associação entre a mesma e a tromboembolia pulmonar crônica hipertensiva (TEPCH). **Relato de caso:** Paciente YO, 67 anos, natural e procedente de SP, portador de DPOC Gold B, ex-tabagista com carga tabágica de 15 anos/maço. Em seguimento ambulatorial por TEPCH, em anticoagulação com rivaroxabana e avaliação para tromboendarterectomia. Em setembro de 2014 realizou angiogramografia para programação cirúrgica, porém a mesma evidenciou nódulo pulmonar em vidro fosco em lobo superior direito sugestivo de doença infecciosa ou neoplásica. Na ocasião foi prescrito tratamento com levofloxacina por via oral e retorno precoce para reavaliação. Três dias após início do tratamento paciente procura o pronto atendimento com piora dos sintomas respiratórios e febre. Radiografia de tórax apresentou infiltrado pulmonar em LSD associado a cavitações. Paciente foi internado em enfermaria para investigação e tratamento, porém evoluiu com choque séptico e encaminhado à UTI. Foi submetido a broncoscopia com lavado broncoalveolar. A culturas do escarro de admissão e do lavado broncoalveolar foram positivas para *Aspergillus*, sem identificação de outras bactérias ou fungos. Dessa forma, além de antimicrobianos (vancomicina e meropenem) foi tratado como aspergilose angio-invasiva, recebendo 28 dias de voriconazol endovenoso e completando 01 ano de tratamento com itraconazol por

via oral. Paciente evoluiu com melhora clínica completa e remissão das lesões pulmonares, restando apenas cavernas de aspecto sequelar e sem sinais de atividade de doença.

**Conclusão:** A aspergilose angio-invasiva se configura como uma doença rara e grave, normalmente manifesta em pacientes com imunossupressão significativa. Não há relatos na literatura da relação entre esta doença e a tromboembolia pulmonar crônica hipertensiva, porém admite-se a hipótese que o déficit perfusional decorrente da doença embólica seja responsável por alterações imunológicas locais, as quais predisporiam infecções oportunistas como a aspergilose pulmonar. Para diagnóstico desta forma de aspergilose faz-se necessária a aquisição de amostra tecidual para confirmar a invasão vascular pelo fungo, além da confirmação laboratorial do mesmo, porém no caso em questão a biópsia transbrônquica foi contraindicada pelo risco de sangramento, já que paciente se encontrava anticoagulado e em regime de hipertensão arterial pulmonar. Ainda assim paciente evoluiu com resolução clínica após tratamento assumindo diagnóstico presuntivo.

**Palavras-chave:** Aspergilose; tromboembolia pulmonar crônica; tromboendarterectomia

#### **PO384 VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA E ANTI-INFLUENZA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

**BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES\***; NATHÁLIA RAMOS LOPES; DANIELA CRISTINA TIAGO; LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA; LUIS MÁRIO MENDES MEDEIROS; MARCELO FOUAD RABAHI UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO, BRASIL.

**Introdução:** O processo de envelhecimento provoca mudanças no funcionamento do corpo humano, deixando-o mais susceptível a diversas infecções, como as que causam gripe e pneumonia. Para proteger a população idosa destas doenças e suas complicações, uma estratégia efetiva tem sido a vacinação anti-influenza e antipneumocócica.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de vacinação anti-influenza e antipneumocócica entre os idosos de Instituições de Longa Permanência (ILPs). **Metodologia:** Estudo observacional e analítico, realizado entre os usuários das ILPs na cidade de Anápolis, Goiás. Foram identificadas seis ILPs e para o presente estudo selecionadas três. Realizado a coleta de dados através de instrumento padronizado contendo dados demográficos, histórico de internações prévias por problemas respiratórios, se utilizaram ou não as vacinas anti-influenza e anti-pneumococcica e os motivos que levaram a adesão ou não adesão vacinal.

**Resultados:** Participaram da pesquisa, 60 indivíduos com idade superior a 60 anos, a faixa etária mais prevalente foi entre 70 e 79 anos (33, 33%), seguida por aqueles entre 60 e 69 anos (25%), e 80 e 89 anos (25%). Em relação ao gênero foi observado que 75% eram mulheres. Nove (15%) dos indivíduos referiram internação prévia por problemas respiratórios no último ano. Na análise da vacinação anti-influenza 86, 66% dos idosos foram vacinados, sendo que desse total 70% dizem ter buscado a vacina devido a comunicação social e 16, 67% por recomendação de um médico. Já a vacinação antipneumocócica foi realizada em 46, 6% dos indivíduos, desse grupo 46, 67% o fizeram por indicação médica. Sobre o fato de adquirir gripe após a vacinação 78, 33% responderam achar isso possível. Quanto à pneumonia, 36, 66% acham que podem adquirir a doença após a dose vacinal. Sobre a iniciativa da vacina, 98, 33% acreditam que a vacina anti-influenza é importante e 86, 66% também aprovaram a vacina antipneumocócica. Por fim, 98, 33% responderam que fariam as duas doses vacinais se um médico recomendasse. **Conclusão:**

Apesar das recomendações existentes para prevenção de doenças respiratórias com as vacinas anti-influenza e antipneumocócica, nesse grupo de idosos estudados a cobertura vacinal ficou abaixo do desejado, 13, 7% deles não receberam a vacina anti-influenza e mais da metade (54, 4%) não receberam a prevenção contra pneumonia. Esses dados são preocupantes e sinalizam para uma atenção maior na vacinação dos idosos.

**Palavras-chave:** Vacinas; idosos; prevenção

#### **PO385 NOCARDIOSE PULMONAR: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA**

**RAFAEL SARTORI TARTAGLIA\***; ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA; RODOLFO AUGUSTO BACELAR DE ATHAYDE; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; ANDRE NATHAN COSTA HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A nocardiose é uma doença infecciosa bacteriana, supurativa, causada por um grupo de bactérias gram-positivas de crescimento lento do gênero *Nocardia*, que tipicamente se coram pelo Ziehl-Nielsen. Trata-se de uma infecção rara, de difícil diagnóstico, com tendência a acometimento pulmonar e em sequência o sistema nervoso central, além de eventual progressão da doença a despeito de terapia adequada. A infecção pelo complexo *Nocardia* asteroides é típica de paciente com algum grau de imunossupressão, porém existem condições associadas a doença como o DPOC, o diabetes mellitus, as doenças inflamatórias crônicas e a proteinose alveolar. As manifestações clínicas são normalmente sintomas constitucionais inespecíficos e radiologicamente se manifestam como nódulos e massas sem predomínio local específico. O curso é crônico, marcado por exacerbações e remissões. O diagnóstico depende do isolamento e identificação da bactéria, que possuem meios próprios ideais para o seu crescimento, lento. Além disso a especiação depende de técnicas caras e pouco disponíveis como a espectrofotometria (MALDI-TOF). **Objetivos:**

Relatar a casuística de pacientes portadores de nocardiose acompanhados no ambulatório de infecções pulmonares do departamento de Pneumologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP), além da realização de revisão de literatura. **Métodos:** Revisão de prontuário e registros médicos de um hospital de referência, além de revisão de literatura dos últimos 5 anos. **Resultados:** De 2012 até a presente data há registro de 4 pacientes portadores de Nocardiose pulmonar em seguimento no ambulatório de infecções pulmonares do HC-FMUSP. Em todos os casos o diagnóstico foi realizado no serviço. Em relação a possíveis fatores de risco, nenhum deles apresentava imunossupressão, porém haviam condições associadas. Um deles é portador de DPOC, um de diabetes mellitus insulino dependente, um de doença inflamatória intestinal e um deles de proteinose alveolar. Também condizente com a literatura mundial, todos eles se apresentavam com sintomas constitucionais inespecíficos e radiologicamente apresentaram nódulos. Nenhum paciente apresentou massas pulmonares ou derrame pleural. Um dos pacientes recebeu diagnóstico por manifestações clínicas, radiológicas e cultura do escarro positivo para a bactéria. Os demais, por apresentarem escarros negativos, necessitaram de procedimentos mais invasivos. Dois deles obtiveram cultura positiva do lavado broncoalveolar e um deles necessitou de biópsia transtorácica guiada por tomografia, a qual identificou a bactéria no espécime. Todos os pacientes apresentaram boa evolução com o tratamento de escolha (Sulfametoxazol/

trimetoprim). Apenas um paciente, portador de proteinose alveolar, apresentou episódios de recidiva, fazendo-se necessária a administração do antibiótico de forma profilática. **Conclusão:** A nocardiose pulmonar representa uma entidade de alta morbimortalidade, difícil diagnóstico e manifestações clínicas e radiológicas pouco específicas. O conhecimento da doença, fatores de risco e sobretudo de seu comportamento microbiológico (BAAR+ e crescimento lento) é de fundamental importância para o adequado diagnóstico e tratamento do paciente. O encaminhamento a centros de referência muitas vezes é necessário devido aos recursos diagnósticos e, eventualmente, à necessidade de tratamento cirúrgico adjuvante.

**Palavras-chave:** Nocardia; pulmonar; nocardiose

**PO386 PNEUMONIA GRAVE ADQUIRIDA NA COMUNIDADE POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EM PACIENTE ADULTO PREVIAMENTE HÍGIDO**  
**IGOR GORSKI BENEDETTO<sup>1</sup>; RODRIGO MEIRELLES BORBA<sup>2</sup>; MARCELO BASSO GAZZANA<sup>3</sup>**  
*HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

**Introdução:** O *Streptococcus pyogenes* é um bactéria Gram-positiva do grupo A dos *Streptococcus* beta-hemolíticos habitualmente associados a infecções de vias aéreas superiores e infecções cutâneas, podendo evoluiu para síndrome do choque tóxico. Adicionalmente, em alguns casos pode provocar manifestações não supurativas, tais como glomerulonefrite e febre reumática. Estudos recentes tem sugerido que é uma bactéria agressiva e associada a casos fatais. O agente etiológico mais comum nas pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) é o *Streptococcus pneumoniae*, tanto em casos leve como graves, sendo que a identificação dos demais presença de agentes dependem do perfil clínico-epidemiológico do paciente. Há poucos casos na literatura descrevendo o *Streptococcus pyogenes* como causador de PAC, sendo que a maior série englobou somente 17 pacientes e cuja mortalidade foi de 47%. **Relato do caso:** Paciente feminina de 22 anos, previamente hígida (exceto por rinite alérgica e asma na infância), não tabagista, iniciou há 4 dias da admissão com tosse seca e dor de garganta leve. Há 2 dias referiu dispneia progressiva e dor pleurítica em hemitórax esquerdo. Negava febre. Ao exame físico apresentava-se taquipneica, normotensa, afebril, com dessaturação pela oximetria de pulso, crepitações finas inspiratórias em hemitórax esquerdo e discreta adenopatia cervical anterior não dolorosa. Na radiografia de tórax observou-se extensa consolidação alveolar em lobo superior do pulmão esquerdo e na língua. Pelo padrão ventilatório limitrofe e pela intolerância ao decúbito relacionada a tosse irritativa foi admitida no centro de tratamento intensivo. Foram prescritos cefuroxima, azitromicina e corticoide sistêmico (dose para PAC), além de suporte de terapia intensiva. As sorologias para HIV e mononucleose foram negativas, assim como antígeno urinário para pneumococo e legionela. Duas hemoculturas foram positivas para *Streptococcus pyogenes*, sensível a penicilina. O eletrocardiograma revelou taquicardia sinusal e o ecocardiograma transtorácico foi normal. Ao longo da internação, a paciente evoluiu favoravelmente do ponto de vista clínico, embora tenha desenvolvido reação leucemóide com formas jovens (leucocitose totais 40.190 células/mm<sup>3</sup>, 7% de mielócitos, 22% de metamielócitos e 14% bastonados). Também desenvolveu derrame pleural a esquerda de volume pequeno a moderado, cuja análise do líquido revelou-se um transudato sem crescimento de microrganismos. Após 14 de internação, paciente recebeu alta hospitalar, assintomática, com leucograma normal e

regressão quase completa da área consolidativa à radiografia de tórax. **Conclusão:** Embora incomum, o *Streptococcus pyogenes* é um potencial causador de pneumonia grave adquirida na comunidade em pacientes adultos previamente hígidos. Com uma investigação etiológica detalhada e uma terapia precoce, a evolução clínico-radiológica pode ser favorável.

**Palavras-chave:** Infecção respiratória; pneumonia comunitária; streptococcus pyogenes

**PO387 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA – UMA APRESENTAÇÃO (A)TÍPICA?**  
**FILIPA DE CASTRO HENRIQUES DE LIMA DE LIMA<sup>1</sup>; RICARDO LIMA<sup>2</sup>; INÊS TAVARES LADEIRA<sup>3</sup>**  
*CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ ESPINHO, VILA NOVA DE GAIA, PORTUGAL.*

**Introdução:** A Pneumonia Eosinofílica Crônica (PEC) é uma doença idiopática rara definida por uma acumulação de eosinófilos no interstício pulmonar e espaços alveolares. Afecta preferencialmente mulheres entre os 30 e os 40 anos, caracterizando-se por uma evolução indolente de tosse produtiva, febre, perda ponderal, hipersudorese nocturna e dispneia, cujo tratamento principal é a corticoterapia oral.

**Relato de caso:** Apresenta-se uma mulher de 52 anos, não fumadora, com antecedentes de rinite e asma. Referenciada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) por clínica com 5 meses de evolução de astenia, hipersudorese nocturna, febre vespertina, tosse não produtiva e perda ponderal superior a 10%, e por hipotransparências heterogêneas em ambos os lobos superiores na radiografia de tórax. À admissão apresentava-se emagrecida, pálida, polipneica e febril, com crepitações em ambos os ápices pulmonares, sem outras alterações no restante exame objectivo. Analiticamente identificada anemia normocítica normocrômica, trombocitose, elevação de proteína C reactiva, leucocitose com eosinofilia e citólise hepática, e imagiologicamente um agravamento do infiltrado difuso nos 2/3 superiores de ambos os hemitórax. Após estudo para exclusão de TP, iniciou empiricamente piperacilina tazobactam e amicacina, sem evidência de resposta. Realizou tomografia computadorizada torácica, biópsia aspirativa transtorácica e broncofibroscopia, observando-se no lavado broncoalveolar (LBA) alveolite eosinofílica intensa (48,8% N), iniciando posteriormente prednisolona 40mg/dia, com francas melhorias clínica, analítica e imagiológica. Doente teve alta mantendo corticoterapia e orientada para consulta externa de Pneumologia – Doenças do Interstício. **Discussão:** Sendo a PEC uma doença de causa desconhecida e rara, uma elevada suspeição clínica é essencial para um diagnóstico correcto e a exclusão de outras entidades com apresentações semelhantes é mandatória. Apesar de não ser um pré-requisito, uma história de atopia encontra-se frequentemente associada e o seu tratamento de eleição, à luz dos conhecimentos actuais, é a corticoterapia oral.

**Palavras-chave:** Pneumonia; eosinofílica; crónica

**PO388 PARACOCCIDIOIDOMICOSE AGUDA ASSOCIADA A HIPEREOSINOFILIA**  
**NAYANNE BULHÕES SANTOS FRANCO<sup>1</sup>; ZAQUEU JEFESON DE OLIVEIRA FRANCO<sup>2</sup>; SIMONE LIGIA SOUSA TEIXEIRA<sup>3</sup>; KESYA FERRARI<sup>4</sup>; BRUNO CUNHA DE OLIVEIRA<sup>5</sup>; DEBORA RUBIA CACAU ARAUJO DE SOUZA<sup>6</sup>; BARBARA MARTON BITTENCOURT SAMPAIO<sup>7</sup>; MARIA CLARA FERREZ DE ARAUJO<sup>8</sup>**  
*HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS, TEIXEIRA DE FREITAS, BA, BRASIL.*

**Introdução:** A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, de distribuição heterogênea na América Latina, com maior prevalência no Brasil. Afeta principalmente homens entre 40 e 60 anos, que trabalham com o manuseio do solo. No adulto a forma clínica predominante é a crônica. O diagnóstico em tempo oportuno é fundamental para prevenção de lesões graves e fatais. Este trabalho objetiva descrever um caso com apresentação da forma aguda, atípica e grave, cuja alteração laboratorial presente encontra-se apenas em relatos isolados na literatura. **Relato de caso:** L. B. A, 28 anos, sexo masculino, lavrador. Sem comorbidades conhecidas e história de tabagismo, etilista social. Apresentou-se com dor abdominal importante em flanco direito e região epigástrica, febre, sudorese vespertina e perda ponderal de 12 kg, no período de 30 dias. Ao exame: emagrecido, febril (38,5°C), presença de pápulas umbilicadas disseminadas, por vezes ulceradas, com aspecto moriforme. Linfonodomegalias cervicais, supraclaviculares, inguinais. Nódulos subcutâneos em face e membros superiores. Exames laboratoriais mostravam hemoglobina 10,1, leucocitose (15.990) com predomínio de eosinófilos 9.890 (63%), função hepática normal. Radiografia de tórax com linfadenomegalia hilar. Tomografia de abdome evidenciou múltiplas lesões nodulares de aspecto coalescente, exibindo zonas de degeneração necrótica predominando junto à aorta e hilo hepático. Teste rápido para HIV negativo. Realizado biópsia cutânea e de linfonodo cervical com evidência de lesão inflamatória associada a presença de estruturas redondas, grandes e pequenas, em meio a infiltrado linfo-histiocítico, sugerindo o diagnóstico de paracoccidiodomicose. O paciente iniciou tratamento com sulfametoxazol-trimetoprim endovenoso, com dose ajustada para formas graves, evoluindo com melhora total da dor abdominal, regressão das lesões cutâneas e das linfonodomegalias e redução parcial da hipereosinofilia. Recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas, em uso de itraconazol 200mg/dia, para acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** A forma clínica aguda/ subaguda da paracoccidiodomicose é rara (<10%) e acomete principalmente crianças e adultos até 30 anos de idade. Afeta o sistema linfático, causando linfonodomegalias das cadeias superficiais e profundas. Sintomas inespecíficos como febre, anemia e perda ponderal podem estar presentes. Síndrome hipereosinofílica constitui um grupo heterogêneo de desordens mieloproliferativas caracterizadas pela presença de eosinófilos periféricos >1500/mm<sup>3</sup>. A hipereosinofilia neste caso é um achado interessante e atípico uma vez que eosinofilia >30% na PCM é muito incomum, com raras descrições na literatura. Faz-se mister excluir Linfoma de Hodgkin associado a micose sistêmica nestas apresentações. PCM portanto deve ser considerada no diagnóstico diferencial de hipereosinofilias em áreas endêmicas.

**Palavras-chave:** Paracoccidiodomicose aguda; hipereosinofilia; paracoccidiodomicose

### **PO389 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DESENCADEANTES DA PNEUMONIA EM IDOSOS**

**DANIELA DIAS AQUINO\***; **ANA LUISA SABINO DE CAMPOS FARIA**; **ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA**  
*PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.*

**Introdução:** Com o envelhecimento, há aumento do risco de colonização bacteriana e consequente aspiração, facilitando o desenvolvimento da pneumonia. Diante disso, a mesma ganha enfoque como uma das causas de morbimortalidade mais prevalentes entre os idosos,

tema relevante frente ao aumento da expectativa de vida. A pneumonia é definida como doença aguda do trato respiratório, podendo apresentar: tosse, falta de ar, dor torácica e achados sistêmicos como: confusão mental, cefaleia, mialgia e temperatura acima de 37,8°C. No entanto, em idosos, apresenta-se em geral de forma atípica; com ausência de tosse, dor torácica e febre. Diante a literatura já existente, é possível traçar os principais fatores epidemiológicos que predispoem ao desenvolvimento da pneumonia em idosos. Sendo essa doença de grande impacto social, gerando altos custos para a saúde pública, torna-se imprescindível detectar tais perfis para que sejam estabelecidas medidas de prevenção adequadas a essa faixa etária. **Objetivos:** Traçar os principais fatores de risco que levam ao desenvolvimento de pneumonia em idosos a fim de facilitar o desenvolvimento de estratégias preventivas. **Metodologia:** Este estudo foi realizado através de um levantamento bibliográfico relacionado ao tema Principais Fatores de Risco Desencadeantes da Pneumonia em Idosos, publicados no período de 2006 a 2014, nas bases de dados Google Acadêmico, Scielo e PubMed usando os descritores: pneumonia, idosos e fatores de risco. **Resultados:** O levantamento bibliográfico identificou os principais fatores de risco relacionados à pneumonia em idosos. Foi comprovada forte associação entre pneumonia e ventilação mecânica, bem como o repouso prolongado no leito, a exposição contínua a procedimentos invasivos e demais ocorrências que limitam a capacidade funcional do idoso, como o delírium. 3 Fatores predisponentes ao desenvolvimento da pneumonia em idosos podem estar relacionados com estilo de vida (tabagismo e desnutrição), doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, desordens do sistema nervoso, insuficiência renal, doenças cardiopulmonares, neoplasias e imunodeficiências). As insuficiências apresentadas podem precipitar a congestão pulmonar e o baixo débito cardíaco, diminuindo a perfusão no órgão, explicando o desenvolvimento da doença. **Conclusão:** Embora muitas características dos idosos acometidos por pneumonias não sejam modificáveis, a identificação e, se possível, eliminação desses fatores de riscos podem conduzir ao estabelecimento de estratégias preventivas e consequente racionalização de recursos.

**Palavras-chave:** Pneumonia; idosos; fatores de risco

### **PO390 HEMOPTISE EM PACIENTE COM DIAGNOSTICO DE ASPERGILOSE PULMONAR CAVITÁRIA CRÔNICA**

**LILIANA ELIZABETH PAEZ VARGAS\***; **RAFAEL SARTORI TARTAGLIA**; **ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA**; **FELIPE MARQUES DA COSTA**; **ELLEN TOLEDO NASCIMENTO**; **ALESSANDRO WASUM MARIANI**; **ANDRE NATHAN COSTA**; **ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA INCOR (INSTITUTO DO CORAÇÃO) - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Aspergilose pulmonar está associada à morbidade e mortalidade significativas em uma ampla gama de hospedeiros susceptíveis. Em pacientes sem imunossupressão a aspergilose pulmonar crônica (CPA) pode ocorrer em pessoas com história de tuberculose (TB), sarcoidose, pneumotórax. A aspergilose pulmonar cavitária crônica é caracterizada por uma evolução lenta, com múltiplas cavidades com áreas de inflamação, podendo conter bolas fúngicas, com localização preferencial em lobos superiores. A cultura microbiológica de *aspergillus* não é muito específica ou sensível, com resultados positivos no escarro ou lavado broncoalveolar (LBA) em apenas 50% dos casos. Os testes sorológicos são úteis, embora o título possa variar ao longo do tempo. A hemoptise na CPA é comum e

relaciona-se a elevada morbimortalidade; seu tratamento cirúrgico, eventualmente curativo, muitas vezes é contra-indicado pela reserva pulmonar reduzida desses pacientes.

**Relato de caso:** Paciente masculino 54 anos, DPOC Gold C, ex-tabagista (20 anos/maço), HIV negativo, antecedente de TB pulmonar tratada. Inicialmente apresentava episódios recorrentes de hemoptóicos com melhora espontânea ou após tratamento com antibióticos. Evoluiu com um quadro de hemoptise maciça com necessidade de internação hospitalar e intubação orotraqueal. Após a estabilização do quadro a broncoscopia evidenciou apenas sinais de sangramento progressivo em lobo superior esquerdo, sem sinais de sangramento ativo. A imunodifusão e contraímuno foram positivas para *Aspergillus*. A tomografia de tórax evidenciava lesão cavitária no subsegmento posterior do lobo superior esquerdo, de paredes finas. Após o segundo episódio de hemoptise, o paciente foi submetido a uma embolização pulmonar. Iniciado tratamento clínico com itraconazol por 12 meses com remissão de sangramentos neste período e melhora clínica. Após 30 dias de suspensão do anti-fúngico iniciou quadro de hemoptise maciça sem instabilidade hemodinâmica. Foi realizada nova broncoscopia para medidas de controle de sangramento que era originário do segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo. Devido às condições pulmonares limitrofes para uma ampla ressecção pulmonar optado por realizar uma trisegmentectomia do LSE. A análise histológica da peça cirúrgica evidenciava inúmeras bronquiectasias caracterizadas por infiltrado inflamatório crônico mural em parede de vias aéreas; presença de hifas fúngicas em lúmens de vias aéreas e invadindo parede brônquica, compatíveis com *Aspergillus* sp. **Conclusão:** A hemoptise é complicação comum da CPA, com uma incidência de cerca de 80%. Sua incidência pode ser reduzida com tratamento de longo prazo usando o itraconazol ou voriconazol, e a embolização da artéria brônquica é um tratamento estabelecido no manejo da hemoptise maciça e recorrente. Apesar dos bons resultados da cirurgia, a maioria dos pacientes com hemoptise não são candidatos à ela devido à reserva pulmonar pobre e comorbidades associadas.

**Palavras-chave:** Hemoptise; aspergilose pulmonar cavitária crônica; bronquiectasias

**P0391 O IDOSO COM PNEUMONIA: ANÁLISE DA FREQUÊNCIA, TENDÊNCIA E MORTALIDADE HOSPITALAR. GUACYARA PRADO DE SOUZA AZEVEDO\*; ANA LUIZA ARAÚJO DE SOUZA; RAQUEL FELISARDO ROSA; RONEY VICENTE DE SOUZA; SAMUEL RIBEIRO DIAS SANTA CASA BH, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.**

**Introdução:** A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em crianças e idosos no mundo, 87% de todos os casos de bacteremia pneumocócica são atribuídos à pneumonia. Como os idosos tem assumido uma proporção significativa na assistência a saúde, tanto por apresentarem multimorbidades quanto por estarmos vivenciando uma virada na pirâmide etária. Este fato traz novos desafios para o controle das doenças infecciosas. **Objetivo:** Descrever a prevalência relativa e perfil de mortalidade hospitalar por PAC entre idosos. **Metodologia:** estudo transversal sobre mortalidade hospitalar entre os anos de 2008 a 2015 da Santa Casa de BH, os dados foram coletados a partir da base do SINAN-SIH-SUS. **Resultados:** A média de internação por PAC nestes últimos 9 anos foi de 1208 internações/ano, significando 3,6% do total das internações por todas as causas e idades, com uma tendência estável. Em relação à taxa de mortalidade por PAC entre 2009 a 2011 e 2012

a 2105 foi respectivamente de 9, 7 para 6, 2 para todas as idades e de 16, 4 para 9, 2 para idosos, significando uma redução de 63, 9% e 56, 1% em cada grupo, na mesma ordem. Já se considerarmos os paciente com  $\geq 70$  anos, a taxa de mortalidade destes mesmos anos foi de 18, 3 para 10, 4 com uma redução de apenas 56, 8%. Outro fato que chama a atenção e que entre 2009 a 2011, 51, 3% de todas as internações por PAC neste serviço eram de idosos, subindo para 57, 7% entre 2012 a 2105; e 25, 7% de todas as internações por esta condição de saúde eram de pacientes com mais de 80 anos com uma taxa de mortalidade de 12, 9. **Conclusão:** apesar da mortalidade geral por PAC ter um comportamento detendo a queda nos últimos 8 anos, está queda e mais tímida entre os idosos, além disso este grupo etário apresenta mais da metade de todas as internações por PAC com nítida tendência crescente, fato este que reforça a necessidade de reestruturação do processo de trabalho dos profissionais de saúde em relação a saúde do idoso, já que esta população tem características distintas das demais e necessidade de tecnologias de assistência a saúde especiais no que diz respeito a promoção de saúde e prevenção de agravos.

**Palavras-chave:** Pneumonia; idoso; mortalidade

**P0392 CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE ATENDIDA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO (HUJM/UFMT)**

**FERNANDO ROSSATO SALVI\*; CAROLLINA DALL'ASTA MIOTTO; ANNA KAROLYNA ROSA MACHADO; MARINA DE LA CRUZ MOTA; ANDREIA FERREIRA NERY; WILIAN BENEDITO DE PROENÇA JUNIOR; EVA CLARICE ABDO GRIGOLI; DAYANNE LUIZA DE CARVALHO UFMT, CUIABA, MT, BRASIL.**

**Introdução:** A criptococose é uma infecção aguda, subaguda ou crônica causada por fungos do complexo *Cryptococcus neoformans*, cuja porta de entrada é respiratória. A doença é geralmente sistêmica e os pulmões e o sistema nervoso central são os mais acometidos. Está associada a pacientes com infecção por HIV/AIDS, mas pode ocorrer em imunocompetentes, principalmente se expostos a ambientes com excretas de aves cheias do patógeno, como aterros sanitários. Logo, este relato retrata a diversa forma clínica desta moléstia numa paciente idosa sem imunossupressão específica. **Relato de caso:** M. L. G., feminino, 75 anos, previamente hígida, moradora próxima de um aterro sanitário, foi encaminhada ao Hospital Universitário Júlio Muller/Universidade Federal de Mato Grosso, com história de linfadenomegalia generalizada há 4 meses e fistulização em cadeia cervical direita. Ao exame físico, apresentava gânglios palpáveis em cadeias inguinais e poplíteas, todavia sem sinais flogísticos ou sinais de fistulização recente. O restante do exame segmentar não demonstrou alterações na admissão. Exames sorológicos (hepatites virais, anti-HIV e VDRL) não reagentes e marcadores neoplásicos negativos. Através das tomografias computadorizadas (TC) de crânio e tórax, foram procurados outros focos infecciosos, não encontrados nessa ocasião. A TC cervical demonstrou áreas liquefeitas, possivelmente necróticas e grande adenomegalia no mediastino superior. Foi solicitado um exame anatomopatológico do linfonodo cervical, que demonstrou a presença de *Cryptococcus* sp. O exame do líquor tinha características bioquímicas de acordo com a normalidade, entretanto, o exame direto evidenciou a presença de exoantígenos para *Cryptococcus* (reagente em 3+), caracterizando o comprometimento concomitante do sistema nervoso central. Foi instituído

tratamento endovenoso com Fluconazol na dose de 400 a 600mg/dia. Durante o tratamento, a paciente transcorreu com piora progressiva do quadro respiratório, apresentando febre, dispnéia e tosse com expectoração mucoamarelada, além de estertores crepitantes em base direita. A radiografia de tórax não evidenciou áreas de consolidação, apesar da pesquisa positiva para *Cryptococcus sp.* no escarro, o que salientou o caráter de disseminação da doença. Foi realizado tratamento endovenoso com Anfotericina B Lipossomal na dose 2000 mg (dose acumulada), com avaliação diária dos eletrólitos e das funções hepática e renal para controle da resposta terapêutica e monitorização dos efeitos adversos. A paciente evoluiu com melhora do quadro respiratório, sem outras queixas, tendo recebido alta 25 dias após internação, com indicação de uso oral de Fluconazol 300mg/dia. Segue em acompanhamento ambulatorial da linfonodomegalia cervical ainda presente, apesar da progressiva melhora. **Conclusão:** A criptococose é rara em indivíduos imunocompetentes, nos quais a prevenção é evitar a exposição a locais com evidência epidemiológica do fungo. O diagnóstico precoce é fundamental para o prognóstico e para a evolução da doença, o que ressalta a relevância de uma história clínica detalhada e cuidadosa, visando identificar o quanto antes os aspectos sociais que podem ter contribuído para que se instalasse o processo patológico ora vigente.

**Palavras-chave:** Criptococose; imunocompetente; disseminada

### **PO393** HÁ ESPAÇO PARA ANTIBIOTICOTERAPIA INALATÓRIA NO TRATAMENTO DAS INFECÇÕES PULMONARES? UMA ATUALIZAÇÃO

**FELIPE DE OLIVEIRA RAMALHO\*<sup>1</sup>; CAIO MARQUES FERNANDES<sup>1</sup>; EDUARDO DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>2</sup>; HELEN MELO OLIVEIRA<sup>1</sup>; FRANCISCO HÉLIO OLIVEIRA JÚNIOR<sup>3</sup>**

1. HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR DE ALCÂNTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA, CE, BRASIL.

**Introdução:** Com cerca de 50.000 mortes somente nos Estados Unidos e União Européia atribuídos a resistência antibacteriana, sobretudo relacionados a germes Gram negativos, urge a necessidade de novas estratégias para evitar a multidrogarresistência (MDR). A antibioticoterapia inalatória surge como opção promissora nesse sentido, apresentando muitas vantagens em relação a terapia sistêmica nas infecções pulmonares. **Objetivo:** Fazer análise crítica sobre o papel da antibioticoterapia inalatória no arsenal terapêutico atual e os desafios de sua implementação.

**Metodologia:** Trata-se de revisão bibliográfica utilizando os descritores "nebulized", "aerolized", "antibiotic", "inhaled", utilizando plataformas Scielo, Lilacs e Pubmed de artigos publicados nos últimos 05 anos sobre o tema. **Resultados:** O uso de antibióticos por via inalatória parece reduzir a incidência de MDR em casos de Pneumonia Associada a Ventilação (PAV), em contraste com estudos prévios sobre o tema, além de possuir taxas de cura adequada. Estudos recentes com novas formas de administração dessas medicações, como uso de doses ultrassônicas ou via placas vibratórias ou ainda nanopartículas permitem penetração nas vias aéreas 30-60% melhor do que as antigas formulações em sprays, e assim melhor atividade no sítio de infecção, essencial para otimizar o tratamento, com menor incidência de efeitos adversos, apresentando assim potencial para reduzir o uso de antibióticos sistêmicos. A grande barreira a introdução dessas medicações e a escassez de grandes estudos com alta qualidade metodológica para solidificar

o achado desses trabalhos, além da falta de aparelhos específicos para nebulização de antibióticos. **Conclusão:** A Antibioticoterapia inalatória demonstra ser opção promissora para o tratamento de infecções pulmonares, em associação a ATB sistêmica, sobretudo com o avanço tecnológico que proporcionará métodos eficazes por essa via de administração, porém necessita de mais estudos com metodologias sólidas para que se possa realmente ter avaliação adequada a respeito de seu benefício.

**Palavras-chave:** Antibioticoterapia; inalatória; infecções pulmonares

### **PO394** COLONIZAÇÃO INTRACAVITÁRIA PULMONAR ASPERGILAR

**LARISSA CAMELO ABRAHÃO\*<sup>1</sup>; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA<sup>1</sup>; MARILIA NEVES CIPRIANO<sup>1</sup>; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO<sup>1</sup>; PAULO CÉZAR VAZ DE ALMEIDA FILHO<sup>2</sup>**

1. HOSPITAL GERAL DE GOIANIA, GOIANIA, GO, BRASIL; 2. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO, BRASIL.

**Introdução:** Aspergilose é uma doença causada por fungos filamentosos do gênero *Aspergillus*. Estes organismos podem ser encontrados no solo, na água e em materiais orgânicos em decomposição. As infecções pelas espécies de *Aspergillus* causam um largo espectro de doenças dependendo do estado imune do hospedeiro. A aspergilose pulmonar pode apresentar-se de várias formas de acordo com a arquitetura do pulmão, a resposta imune do hospedeiro e o grau de inóculo inalado, sendo classificada em Aspergiloma ou Colonização intracavitária pulmonar aspergilar (CIPA), Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA), Aspergilose Pulmonar Necrotizante Crônica (APNC) ou semi-invasiva e Aspergilose Invasiva Aguda (AIA). **Relato de caso:** Paciente masculino, 46 anos, solteiro, vidreiro, natural e procedente de Goiânia - Goiás, tabagista 35 anos/maço. Procurou o serviço médico queixando-se de dispnéia progressiva, inicialmente aos médios esforços evoluindo para mínimos esforços, associada a tosse com expectoração em grande quantidade de cor amarronzada e febre. Início dos sintomas há mais ou menos 3 meses. Ao exame físico encontrava-se emagrecido, dispnéico. Apresentava à ausculta pulmonar roncos difusos à direita. Radiografia de tórax com evidência de cavitação em ápice pulmonar à direita. Tomografia computadorizada de tórax demonstrava cavitação em lobo superior direito com "bola fúngica" no interior. Sorologia para HIV e BAAR do escarro eram negativos e o hemograma era normal. Baseado nos critérios clínicos e radiográficos foi aventada hipótese diagnóstica de Aspergiloma e então encaminhado para avaliação da cirurgia torácica. Optou-se por realização de Cavernostomia e envio de material para histopatológico, que evidenciou numerosas hifas septadas, constituindo "bolas fúngicas". **Conclusão:** A colonização intracavitária pulmonar aspergilar (CIPA) é uma enfermidade nosológica incluída nos estudos das afecções pulmonares provocadas por fungos oportunistas. Constitui-se de cavidades contendo bola fúngica no seu interior. É considerada uma doença de grande importância nos sintomáticos respiratórios com cavidades preexistentes, como tuberculose curada, bolha de enfisema, sarcoidose. O diagnóstico é suscitado ao exame radiográfico do tórax, pela presença de massa móvel ocupando quase toda a cavidade, com formação de um halo aéreo ("sinal de Monod"). O diagnóstico definitivo é realizado com o exame de massa intracavitária. O tratamento é eminentemente cirúrgico, com remoção da cavidade com a bola fúngica. Em pacientes que não podem se submeter à cirurgia é indicada a remoção da massa por cavernostomia. No presente caso, o paciente teve uma evolução favorável

após “remoção” da bola fúngica, com melhora importante dos sintomas constitucionais e pulmonares.

**Palavras-chave:** Micose; pulmonar; oportunistas

### **PO395 RELATO DE CASO - PARACOCCIDIOIDOMICOSE CUTÂNEOPULMONAR**

**AMANDA TONON CAMPOY\*<sup>1</sup>; EDUARDO DE CASTRO COSTA<sup>2</sup>; JAMILÉ BREDÁ NEVES<sup>2</sup>; RICARDO BENETI<sup>1</sup>; GUILHERME ZIMMERER LORENTZ<sup>1</sup>; ENIO RODRIGUES MAIA FILHO<sup>1</sup>; GABRIELA DE BRITTO DONADI<sup>2</sup>**

1. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL;

2. HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

**Introdução:** A paracoccidiodomicose apresenta um caráter endêmico entre as populações da zona rural, acometendo os indivíduos do sexo masculino, na faixa etária produtiva da vida e está relacionada as atividades agrícolas. A porta de entrada é via inalatória e o órgão mais acometido é o pulmão. A forma crônica é a mais frequente, caracteriza-se sintomas de fraqueza, emagrecimento, febre, tosse, dispneia. O principal diagnóstico diferencial é com tuberculose pulmonar. O diagnóstico definitivo é o achado do fungo em espécimes clínicos ou de biópsia tecidual. Na radiografia de tórax pode ser visualizado infiltrado reticulonodular, assimétrico, com hipertransparência junto às bases pulmonares. Na TC tórax podem ser visualizados nódulos, opacidades em vidro fosco, aspecto em árvore em brotamento, cavidades, sinal do “halo invertido”, bronquiectasias de tração. O itraconazol e sulfametoxazol-trimetoprim é a alternativa mais utilizada na terapêutica ambulatorial. **Relato de caso:** J. A. A., 77anos, masculino, branco, casado, natural de martinópolis, residente Tecendá, lavrador. Compareceu ao ambulatório queixando-se de lesão em couro cabeludo e ombro há dois meses, relata tratamento prévio com itraconazol e ciprofloxacino, porém não houve melhora. Foi realizado biópsia da lesão. Após a consulta paciente apresentou mal estar e procurou o Pronto Socorro na qual relatou que apresentava uma dispnéia de início progressivo há meses, com piora do quadro, referia limitações das suas atividades diárias, negava febre, tosse e expectoracoes. Referiu emagrecimento. Ex-tabagista de longa data. REG, acianótico, anictérico, afebril, corado, hidratado, eupneico, emagrecido; Mv presente bilateralmente com sibilos difusos e estertores em bases; Tegumentar: lesão vegetativa secretiva na região temporal esquerda e ombro esquerdo. Placas com bordas eritematosas centralmente com secreção amarelada. Realizado hemograma (Hb: 13, 4g/dL; Ht: 40, 6%; Plaquetas: 420K/ul; Leucócitos: 11, 61K/ul; Neut. Seg. e Totais: 74%; Linfócitos: 14%; Monócitos 9, 6%) sorologias (VDRL, HIV, hepatite C e hepatite B negativas), RX de tórax (evidenciou uma condensação bilateral assimétrica, principalmente em regiões medianas e bases e biópsia de região tegumentar, TC de tórax opacidades em vidro fosco, aspecto em árvore em brotamento, lesões acinares e Biópsia de Pele: histopatológico compatível com o da Paracoccidiodomicose. Esta em tratamento com sulfametoxazol/trimetoprima. **Conclusão:** A paracoccidiodomicose ocorre principalmente em homens, de meia idade, devendo-se na maioria dos casos, a exposição às atividades agrícolas. O quadro clínico sugestivo da doença permitiu o diagnóstico através do exame histopatológico de pele. Os casos mais comuns são de pacientes que apresentam primariamente queixas respiratórias, o que os fazem procurarem o serviço médico, neste caso, o paciente evoluiu com queixas respiratórias no intercurso da doença, o que então fez procurar outro serviço a fim de achar um diagnóstico diferencial, mesmo já em tratamento, sem

resultados. O paciente apresentou resposta satisfatória ao tratamento com Sulfametoxazol + trimetoprim. Concluiu-se então que o paciente apresentou incompatibilidade do quadro clínico que pela literatura, predomina sintomas respiratórios e pela idade por ser avançada, porém, pela forte suspeita diagnóstica e o resultados de exames fechou-se o diagnóstico e iniciado o tratamento, no qual houve resposta clínica satisfatória.

**Palavras-chave:** Micose pulmonar; paracoccidiodomicose; blastomicose

### **PO396 CRIPTOCOCOSE EM PACIENTE COM DPOC**

**RICARDO DOMINGOS DELDUQUE<sup>1</sup>; RENATO EUGENIO MACCHIONE<sup>1</sup>; ANA CAROLINA MONEZI ALVARES DE ABREU E SILVA<sup>1</sup>; ALINE YURI TOMA<sup>1</sup>; MARINA PEROZIM DE FAVERI<sup>1</sup>; MAIRA TIEMI CAVAZZANA SONODA<sup>1</sup>; NATALIA FIGUEIRA MEDINA GOMIDE<sup>1</sup>; MILLENE ABO ARRAGE<sup>1</sup>**

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA, SP, BRASIL.

**Introdução:** Criptococose é uma micose sistêmica causada por duas espécies do basidiomiceto encapsulado, *Cryptococcus neoformans* e *C. gattii*, que, respectivamente, causam infecção em indivíduos imunocomprometidos e em hospedeiros imunocompetentes, respectivamente. Pacientes com deficiência em células T são mais suscetíveis. Os pulmões são os órgãos mais acometidos, seguidos pelo SNC. A via transmissão é inalatória, a partir de fezes ou árvores infectadas pelo fungo. As manifestações pulmonares vão desde casos assintomáticos até a insuficiência respiratória aguda; a importância médica da criptococose aumentou significativamente em consequência da epidemia da AIDS e dos transplantes de órgãos. **Relato de caso:** S. P., 65 anos, portador de DPOC há 5 anos, estável até 2 meses atrás, quando iniciou com dispneia até aos mínimos esforços, tosse com expectoração purulenta, dor torácica pleurítica e emagrecimento. Recebeu neste período 2 cursos de antibióticos (levofloxacina) e corticoides orais, porém com melhora apenas parcial. Tabagista 60 maços-ano, com DPOC grau 2 - SBPT -, em uso de budesonida+formoterol 12/400, 2x ao dia e antidiabéticos orais. No momento da consulta estava taquicárdico - 26irpm, com retração esternal e intercostal, sibilos difusos à expiração e estertores em 1/3 inferior de hemitórax direito; feito Rx de tórax com diversos nódulos de tamanhos variados em lobo inferior direito, confirmados com TC de tórax; inicialmente, pensou-se em broncopneumonia e prescrito cefepime 4g/dia, em regime hospitalar, pesquisa de fungos, bactérias e micobactérias no escarro foram negativas; como não houve resposta após 5 dias de internação, feita biópsia transtorácica que definiu diagnóstico de criptococose pulmonar; diante deste diagnóstico, foi iniciado itraconazol 200 mg ao dia e feita coleta de LCR, que afastou neurocriptococose, sorologia para *Cryptococcus* positiva; alguns dias após o início do antifúngico, iniciou com melhora dos sintomas, sendo o tratamento mantido por 1 ano. Desde então - 2 anos atrás - não apresentou mais dispneia e recuperou plenamente o peso. **Discussão:** quando um paciente com DPOC piora dos sintomas pulmonares, sempre se lembra das infecções brônquicas, virais ou bacterianas, que respondem por 80% das exacerbações; os casos restantes são relacionados a pneumotórax, embolia pulmonar, descompensações cardíacas ou poluição ambiental; pouco se fala sobre infecção fúngica agravando quadro de DPOC como neste caso; o fato do paciente ser diabético que causa um certo grau de imunossupressão, colaborou muito para o aparecimento da criptococose, que embora rara nos não-HIV, pode acontecer, principalmente nos que utilizam

imunossupressores ou tenham doenças como câncer, diabetes, entre outras. O caso mostra a importância em se pensar em infecção fúngica nos pneumopatas com infecções resistentes ao tratamento, com imagens compatíveis com micoses pulmonares ou que tenham comorbidades imunossupressoras. **Referências:** 1. Aberg JA, Mundy LM, Powderly WG. Pulmonary cryptococcosis in patients without HIV. *Chest* 115: 734-740, 1999. 2. Baddour LM, Perfect JR, Ostrosky-Zechener L. Successful use of amphotericin B lipid complex in the treatment of cryptococcosis. *Clinical of Infectious Diseases* 40 (suppl 6): 409-413, 2005. 3. Casadevall A, Perfect JR. *Cryptococcus neoformans*. ASM Press, Washington DC, 1998.

**Palavras-chave:** Criptococose pulmonar; criptococose em dpoc; criptococose em hivnegativo

## DOENÇAS OCUPACIONAIS

**PO397** EXPOSIÇÃO PROLONGADA A QUEIMA DE BIOMASSA CAUSA ALTERAÇÕES NO PERFIL INFLAMATÓRIO NASAL E SISTÊMICO DE CORTADORES DE CANA-DE-AÇÚCAR **IARA BURIOLA TREVISAN\***; **ERCY MARA CIPULO RAMOS**; **TAMARA DOS SANTOS GOUVEIA**; **CAROLINE PEREIRA SANTOS**; **ALINE DUARTE FERREIRA CECCATO**; **GABRIEL FAUSTINO SANTA BRÍGIDA**; **GUILHERME YASSUYUKI TACAO**; **DIONEI RAMOS**  
*FCI-UNESP DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.*

**Introdução:** A colheita manual de cana-de-açúcar ainda é um método utilizado nas usinas do setor sucroalcooleiro, e a inalação de poluentes advindos da queima de biomassa, como o material particulado (MP), acaba sendo inevitável pelo trabalhador rural, o que pode induzir desde uma inflamação local nas vias aéreas até alterações sistêmicas. No entanto, a exposição repetida à um ambiente com altos níveis de MP pode também induzir mecanismos de compensação na tentativa de atenuar processos inflamatórios. **Objetivos:** Avaliar os efeitos a longo prazo da colheita manual da cana-de-açúcar queimada sobre o perfil inflamatório nasal e sistêmico. **Métodos:** Participaram do estudo 45 cortadores de cana-de-açúcar de uma usina de açúcar e álcool no interior do Brasil (masculino com 40, 5±10, 6 anos de idade), com índice de massa corporal (IMC) de 25, 1±4, 1 Kg/m<sup>2</sup>. Foram avaliados quanto ao perfil inflamatório nasal (IL-6, IL-10 e IL-4) e sistêmico (TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-8 e IL-10), além da contagem total de monócitos e neutrófilos durante os períodos de pré-safra (março), meio (julho) e final da safra (outubro) de 2014. Durante os mesmos períodos foram registrados valores de MP2. 5. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP, Presidente Prudente, Brasil (parecer nº 644. 598). A análise estatística foi realizada pelo software SPSS 15. 0. Foram feitos ajustes para idade, tabagismo, tempo de serviço e quantidade de cana cortada/dia em toneladas. Os resultados obtidos durante o período pré, meio e final da safra foram comparados por meio do teste de medidas repetidas com pós-teste de Bonferroni. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Entre os participantes do estudo 53% nunca fumaram, 18% foram classificados como fumantes leves e moderados e 29% relataram ser ex-fumantes. Na pré-safra, as concentrações de IL-6 em lavado nasal sofreram influência de 34, 7% quando ajustados para anos-maço, idade, IMC e safras trabalhadas anteriormente (-0, 059 (-0, 113; -0, 005); p=0, 034). O período de safra foi associado com maiores concentrações de IL-6 em lavado nasal, principalmente durante o meio da safra (6, 0±8, 7 pg/ml) quando foram ajustados para idade, IMC (p=0, 004),

anos-maço e safras trabalhadas (p=0, 007) em comparação com a pré-safra (3, 4±2, 3 pg/ml) e final da safra (5, 6±6, 5 pg/ml). Em relação ao perfil inflamatório sistêmico houve diminuição da concentração de IL-8 e neutrófilos no final da safra (14, 6±10, 1 pg/ml; 57, 2±9, 7%, respectivamente) em comparação com o meio da safra (20, 3±13, 3 pg/ml; 62, 9±8, 1%, respectivamente; p<0, 0001). As concentrações de MP2, 5 foram significativamente maiores (p<0, 0001) durante o meio (111, 5 (96, 4-122, 5  $\mu$ g/m<sup>3</sup>) e final (90, 6 (36, 4-131, 9  $\mu$ g/m<sup>3</sup>) da safra comparado com a pré-safra (28 (24-37, 4  $\mu$ g/m<sup>3</sup>). **Conclusão:** O trabalho na colheita manual da cana-de-açúcar queimada foi associada com o aumento da inflamação nasal e diminuição da resposta pró-inflamatória sistêmica em cortadores de cana, o que fica evidenciada a influência de fatores como anos-maço e quantidade de safras trabalhadas após exposição prolongada à queima de biomassa.

**Palavras-chave:** Exposição ocupacional; cana-de-açúcar; material particulado fino

**PO398** PNEUMONIA INTERCICIAL DE CÉLULAS GIGANTES SECUNDÁRIO A NITROFURANTOINA **THÚLIO MARQUEZ CUNHA\***; **DANIEL DE MELO MENDES\***; **TATIANE MARTINS DE LIMA CROSARA BASTOS\***; **RIMARCS GOMES FERREIRA\***; **RODRIGO MIQUELANTI MELO\***; **VINÍCIUS PAFUME OLIVEIRA\***  
*1. UFU, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL; 2. UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** A Pneumonia Intersticial de Células Gigantes (GIP) é uma doença rara tipicamente associada à exposição a metal duro, caracterizada pela presença proeminente de células gigantes fagocíticas com características de "canibalismo" e fibrose controlobular. Há poucos casos descritos sem associação com metal duro e apresentamos o quarto caso na literatura relacionado ao uso crônico de Nitrofurantoina. **Relato de caso:** Mulher, 61 anos, com tosse seca, dispneia aos esforços e dor torácica há 5 meses. Sem febre ou sintomas constitucionais. Referia uso de travesseiro e edredon com penas de ganso nos últimos 6 meses. Portadora de epilepsia em uso de Topiramato, síndrome dispéptica em uso de Pantoprazol e Infecção do Trato Urinário (ITU) de repetição em uso de Nitrofurantoina nos últimos 6 meses. Exame físico: acianótica, sem baqueteamento digital, taquipneia e SpO<sub>2</sub>=91% (ar ambiente). Pressão arterial=120x80 mmHg e pulso=105 bpm. Mostrava crepitações em velcro em ambas as bases pulmonares. A espirometria mostrou distúrbio ventilatório restritivo (CVF=1, 66/58% VEF1/CVF=0, 94). TCAR do tórax com opacidades em vidro fosco generalizada com predomínio periférico e espessamento irregular de septos inter e intralobulares sugerindo pavimentação em mosaico nos lobos inferiores. Biópsia a céu aberto (lobo inferior direito) mostrou extensas áreas de preenchimento alveolar por macrófagos volumosos, permeado por células gigantes multinucleadas, bizarras, por vezes com atividade canibal, características da GIP, e também Bronquiolite Obliterante e Pneumonia em Organização (BOOP) focal e eosinofilia tecidual focal. **Discussão:** A Nitrofurantoina é um antimicrobiano que tem sido largamente utilizado como droga de primeira linha no tratamento da ITU baixo e na profilaxia da ITU recorrente. A maioria das reações adversas por Nitrofurantoina, que ocorrem principalmente em mulheres e idosos, são pulmonares e de caráter agudo com apresentação de sintomas como febre, tosse seca, rash e dispnéia em até um mês do uso da medicação. A doença intersticial crônica é bem mais rara que a forma aguda e responsável pela grande maioria dos casos de óbito. As apresentações histopatológicas mais comuns são



fibrose e inflamação intersticial difusas e BOOP. A GIP é uma forma mais rara de apresentação, sendo esse o quarto caso descrito na literatura. Os sintomas iniciam em poucas semanas a vários meses de uso e o tempo de retirada da droga influencia na evolução. Neste caso, o tempo entre a primeira visita e o diagnóstico definitivo foi de 40 dias. Neste intervalo a paciente já havia interrompido o uso da Nitrofurantoína e iniciado Prednisona 60 mg/dia. Evoluiu com melhora importante dos sintomas em 3 meses e em 6 meses foi suspenso a corticoterapia. Nesse momento, após 1 ano do início dos sintomas a paciente apresenta-se assintomática. TCAR tórax apresentando quase total remissão dos achados iniciais. Referências Magee F, et al. Two unusual pathological reactions to nitrofurantoin: case reports. *Histopathology* 1986; 10: 701-6 Hargett CW, Sporn TA, Roggli VL, Hollingsworth JW. Giant Cell Interstitial Pneumonia Associated with Nitrofurantoin. *Lung* 2006; 184: 147-9 Lee B, et al. Recurrent nitrofurantoin-induced giant cell interstitial pneumonia: Case report and literature review. *Respiratory Medicine Case Reports* 2015; 14: 49-52 Vahid B, Wildemore B. Nitrofurantoin Pulmonary Toxicity: A Brief Review. *The Internet Journal of Pulmonary Medicine* 2006; 6 (2): 1-5

**Palavras-chave:** Pneumonia intersticial; células gigantes; nitrofurantoína

#### **PO399** INALAÇÃO DE VAPORES DE ÁCIDO NÍTRICO-CASO GRAVE DE FALÊNCIA RESPIRATÓRIA COM EVOLUÇÃO FAVORÁVEL.

**JOÃO PEDRO ABREU CRAVO<sup>1</sup>; ANTONIO M. ESQUINAS<sup>2</sup>; ALEXANDRA CATARINO<sup>1</sup>**

**1. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, COIMBRA, PORTUGAL; 2. HOSPITAL MORALES MESEGUER, MURCIA, ESPANHA.**

**Introdução:** O ácido nítrico é um ácido mineral corrosivo, volátil à temperatura ambiente. Tem várias utilizações, como por exemplo, no tratamento de madeiras, indústria química e na produção de fertilizantes. A inalação dos seus vapores e gases de decomposição pode causar doença grave que com frequência culmina com a morte. Atualmente e devido ao uso de dispositivos de proteção individual é um acontecimento raro. A inalação destes vapores, a nível das vias aéreas pode provocar irritação, toracalgia, dispneia, e pode evoluir para falência ou edema pulmonar, o que quase sempre resulta em morte. Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 80 anos, sexo masculino, ex-fumador, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. Doente assintomático até 2 horas antes de dar entrada no serviço de urgência, na sequência de inalação acidental de ácido nítrico, com início imediato de dispneia, de agravamento progressivo. Deu entrada na sala de emergência com cianose labial, taquipneia e com saturação arterial de O<sub>2</sub> de 82%. Ao exame objetivo, estava apirético, Glasgow 15, com FR de 38cpm, com tiragem supraclavicular e uso de músculos acessórios, e auscultação pulmonar com crepitações bilaterais, roncospinos e sibilos. Iniciou de imediato terapêutica com corticoides, broncodilatadores e oxigênio sem evidência de resposta clínica. A radiografia de tórax inicial, apresentava infiltrados alveolares bilaterais. Analiticamente, de realçar leucocitose (18 x 10<sup>9</sup> /L), com predomínio de neutrófilos. Gasometria arterial (Fi O<sub>2</sub> 28%) apresentava Insuficiência Respiratória parcial, com PaO<sub>2</sub> de 48 mmHg. Foi internado na unidade de cuidados intensivos (UCI), onde foi submetido a VNI durante 24 horas e posteriormente oxigênio de alto fluxo, com boa resposta clínica e gasométrica, não se tendo verificado necessidade

de entubação e VI. Permaneceu durante 4 dias na UCI, sendo que nas últimas 24h em ventilação espontânea, teve alta para o serviço de Pneumologia. No global verificou-se evolução clínica favorável sob terapêutica com corticoides endovenosos e apoio de VNI e O<sub>2</sub> de alto fluxo. Do ponto de vista imagiológico torácico verificou-se melhoria das alterações iniciais. Alta clínica ao 10<sup>o</sup> dia de internamento, com orientação para consulta de Pneumologia. Conclusão Neste caso descreve-se a história natural após inalação aguda de vapores de ácido nítrico, o que apesar de ocorrer raramente poderá ter consequências graves, devendo ser tratado de forma rápida e eficiente, por forma a evitar um desfecho fatal. Destaca-se também o uso e benefício de suporte ventilatório não invasivo na gestão terapêutica destes doentes. Assim, de realçar que nas situações de inalação de vapores de ácido nítrico, a vigilância intensiva do aparelho respiratório, o adequado suporte ventilatório e o uso de corticoides melhoram a sobrevivência e previnem as sequelas, nomeadamente bronquiolite obliterante.

**Palavras-chave:** Acido nítrico; inalação; pneumonia

#### **PO400** RELATO DE CASO – TALCOSE PULMONAR

**MARCELO FERREIRA NOGUEIRA<sup>\*</sup>; BRUNA MEDEIROS; BRUNO HOCHHEGGER; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA; ADALBERTO SPERB RUBIN; MARIANNA LINS SALERNO; LUCAS ELIAS LISE SIMONETI; ANA FLÁVIA ZERBIN MAZZIA**  
*UFCSA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

**Introdução:** Em 1990, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre teve o seu segundo transplante pulmonar realizado em um paciente com diagnóstico de talcose pulmonar, uma condição raramente vista na clínica médica, que se deve, na maioria das vezes, à injeção endovenosa de medicamentos ou substâncias em pó (a mais comum, metilfenidato), causando microêmbolos pulmonares que se alojam nos capilares e migram para o interstício, causando reação granulomatosa tipo corpo estranho e necrose isquêmica dos septos alveolares, deteriorando a função pulmonar progressivamente. **Relato de caso:** Paciente masculino de 50 anos, bancário, consulta no ambulatório com queixa de dispneia progressiva há 1 ano, inicialmente aos grandes esforços e posteriormente aos pequenos esforços. Tabagista ativo desde os 17 anos (atualmente fumando 5 cigarros ao dia), usuário de maconha (1 cigarro ao dia), ex-usuário de crack, cocaína e drogas injetáveis, abstinente há 3 anos. Paciente com diagnóstico de HIV, em uso de terapia antirretroviral há 18 anos, com carga viral indetectável, e Hepatite C tratada há 10 anos. Paciente saturando 86% em ar ambiente, eupneico, sem esforço respiratório. Raio-X de tórax com infiltrado intersticial difuso e espirometria realizada no consultório com distúrbio com padrão restritivo (CVF 20% VEF1 21% VEF1/CVF 86%). Realizada fibrobroncoscopia com culturas e citopatológico do lavado broncoalveolar negativos. Paciente interna para investigação diagnóstica e possível biópsia pulmonar a céu aberto. Realizada TC de tórax com áreas de enfisema associada a áreas micronodulares e conglomerados formados provavelmente por pó de talco injetado. Conversado novamente com paciente que confirma ter usado diversas drogas em pó destiladas por via injetável previamente, última vez há 5 anos, confirmando diagnóstico de talcose pulmonar. Realizado exame de fundo de olho com presença de depósitos de talco hialinos perimaculares, visualizados em polo posterior, poupando a mácula. O paciente teve alta hospitalar com tratamento para DPOC e seguimento ambulatorial. **Discussão:** Os sintomas mais comuns em pacientes com talcose pulmonar são tosse e dispneia. Os achados radiológicos variam desde

um padrão micronodular difuso até grandes opacidades conglomeradas peri-hilares com áreas de alta atenuação. Os achados na história clínica associados com os achados radiológicos podem fazer o diagnóstico, comprovado através da histopatologia, mostrando presença de partículas birrefringentes nas áreas de fibrose. O achado de cristais de talco em vasos retinianos pode corroborar o diagnóstico. Não existe tratamento clínico específico para estes pacientes, visto que o talco se deposita e infiltra de maneira irreversível, sendo as medidas de suporte como a principal terapêutica, assim como tratar outras doenças associadas. Se hipertensão pulmonar presente, pode-se beneficiar com o uso de vasodilatadores. Em casos mais graves, o transplante pulmonar acaba sendo o tratamento definitivo.

**Palavras-chave:** Talco; doença pulmonar; talco pulmonar

**PO401 SILICOSE ENDOBRÔNQUICA: RELATO DE CASO LAENE SOUSA RIBEIRO\*; MIGUEL ANGEL CORRALES COUTINHO; EVANDRO SCUSSIATO; MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA; MARCELO FOUAD RABAH**  
*HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFV, GOIANIA, GO, BRASIL.*

**Introdução:** Silicose é uma doença pulmonar fibrosante que acomete trabalhadores expostos ao dióxido de silício ou sílica. Essa está relacionada com silicose, tuberculose, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, doenças autoimunes (esclerodermia, artrite reumatóide), doença renal crônica e outras infecções pulmonares (micobacteriana, fúngica ou bacteriana). **Relato do caso:** Paciente masculino, 47 anos, com dispneia há 6 anos evoluindo progressivamente para dispneia os mínimos esforços já com suspeita diagnóstica de Silicose desde o início dos sintomas. Nos últimos 6 meses com tosse produtiva, expectoração amarelada e sibilância. Trabalhou no garimpo 24 anos e parou há 2 anos. Ex-tabagista 30maços/ano, ex-etilista e ex-usuário de drogas ilícitas. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, PA 120x80mmHg, FC 72bpm, eupnéico e com sibilos difusos, mais evidentes à direita, sem alterações demais aparelhos. Radiografia de tórax com opacidade homogênea em terço inferior do hemitórax direito de limites parcialmente definidos e TC de tórax com consolidação em segmentos apical posterior e lateral do LID, moderado derrame pleural à direita com derrame loculado junto à parede lateral com realce e espessamento da pleura visceral compatível com empiema, nódulos calcificados difusos em mediastino e hilos pulmonares, bolhas enfisematosas difusas em LSD, enfisema centrolobular difuso em ambos os pulmões e panlobular em bases. Broncoscopia mostrou carina do lobo superior direito alargada, lesão endobrônquica de superfície irregular ocluindo o brônquio intermediário direito com edema e hiperemia na mucosa adjacente. Citologia do LBA com reação inflamatória crônica não agudizada em vias aéreas inferiores contendo grãos de Actinomicetos e fungos que morfológicamente é compatível com Aspergilose e biópsia com espécime de parede brônquica que exibe reação inflamatória crônica não granulomatosa, contendo extensas áreas de metaplasia escamosa madura, calcificação estromal, ulceração e colonização por Actinomicetos e Aspergillus. Iniciou o uso de Amoxicilina e Clavulanato e Itraconazol. Após 3 meses realizou nova broncoscopia que manteve as mesmas alterações. Foi submetido à broncoscopia rígida com retirada de toda a “lesão endobrônquica”. Histopatológico mostrou fragmentos de epitélio brônquico com metaplasia escamosa, tecido fibroesclerótico com aspecto nodular e presença de actinomicetos, além de focos de calcificação

e material compatível com lesão endobrônquica pela sílica. **Discussão:** O diagnóstico de silicose é feito pela história de exposição à poeira da sílica (tipo e o tempo de exposição) e achados radiológicos típicos, após exclusão de diagnósticos diferenciais. Radiografia de tórax mostra pequenas opacidades arredondadas, simétricas, predominantemente em campos superiores. Casos de fibrose progressiva maciça podem formar opacidades maiores que aumentam de tamanho e tendem a confluir com o tempo. devemos solicitar TCAR de tórax para casos duvidosos ou para diagnóstico diferencial, que mostra micronódulos, alguns coalescentes e enfisema, com predomínio em regiões superiores e posteriores. Apesar de não haver relato na literatura, paciente com silicose e piora do quadro clínico devemos suspeitar de lesão endobrônquica por nódulo silicótico. Não existe tratamento específico para silicose. A melhor forma de prevenir é não se expor à sílica ou usar equipamentos de proteção individual para minimizar efeitos da exposição.

**Palavras-chave:** Silicose; silicose endobrônquica; doença ocupacional

**PO402 INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM PACIENTES PORTADORES DE SILICOSE PULMONAR EM ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOPATIAS OCUPACIONAIS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.**  
**MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO\*; WALTER COSTA; AGNALDO JOSÉ LOPES; ARNALDO JOSE NORONHA; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; SIMONE PAULO MATEUS; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; CLAUDIA HENRIQUE COSTA**  
*UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NITEROI, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A associação entre silicose e tuberculose tem sido estudada desde o início do século passado. O risco de portadores da silicose em desenvolver tuberculose pulmonar comparado aos controles sadios pode estar aumentado em até 39 vezes. **Objetivo:** Avaliar a incidência de tuberculose em 39 pacientes portadores de silicose em acompanhamento no ambulatório de Pneumopatas Ocupacionais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Métodos:** Estudo transversal com 39 pacientes portadores de silicose em acompanhamento regular no ambulatório de Pneumopatas Ocupacionais da UERJ. Utilizou-se escala Medical Research Council modificada para a avaliação do grau de dispneia. Foram utilizados os parâmetros funcionais percentuais do predito: capacidade vital forçada (CVF%), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1%) e a relação (VEF1/CVF). As radiografias de tórax foram classificadas em silicose simples e complicada de acordo com a Classificação de Radiografias de Pneumoconioses da OIT. Foram pesquisados a atividade profissional exercida, o tempo de exposição na atividade profissional, além do hábito do tabagismo e da incidência de tuberculose na amostra. **Resultados:** Dos 39 pacientes avaliados, 35 (89, 7%) eram homens. As atividades profissionais mais prevalentes foram a de marleteiro e de jateamento, que juntos foram responsáveis por 21 (53, 9%) pacientes. A média e desvio padrão do tempo de exposição à sílica nas ocupações exercidas foram de 19, 74±10, 47 anos. Quanto ao grau de dispneia (mMRC), 24 (61, 6%) foram classificados nos graus 1 ou 2. Quanto aos achados espirométricos, o distúrbio ventilatório obstrutivo foi o mais prevalente (66, 7%). As médias e desvios-padrão para o CVF (%), VEF1/CVF e VEF1 (%) e foram de 77, 80±19, 37; 66, 35±16, 98; 67, 87%±26, 18, respectivamente. Quanto à classificação radiológica, 14 (36%) pacientes foram classificados como silicose simples e 25 (64%), complicada. Quanto ao hábito do tabagismo,

25 (64%) pacientes apresentaram história pregressa de tabagismo. A incidência de tuberculose na amostra foi de 54% (21 pacientes). **Conclusão:** Neste estudo, a incidência de tuberculose (54%) se encontrou elevada nos pacientes portadores de silicose pulmonar. Em vigência deste dado, tornando-se sempre imprescindível a exclusão da coexistência de tuberculose ativa em pacientes silicóticos com evolutivas alterações clínicas e/ou radiológicas.

**Palavras-chave:** Silicose; tuberculose; doença ocupacional

#### **PO403 DANO ALVEOLAR DIFUSO (PNEUMONITE QUÍMICA) PÓS INALAÇÃO DE ÓXIDOS DE NITROGÊNIO EM AMBIENTE DE TRABALHO.**

**JOÃO CARLOS CARLOS DE JESUS\***; BRUNA MARABITA; ENRICO FORTUNATO; RONALDO FERREIRA MACEDO; CARLA FERNANDA BORRASCA-FERNANDEZ; CAMILA PRADO; EDUARDO MELLO DE CAPITANI

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

**Introdução:** Os óxidos de nitrogênio (NOx) são pouco hidrossolúveis podendo atingir vias aéreas baixas e alvéolos sem sintomas agudos. No trato respiratório baixo pode haver formação de ácido nítrico, nitritos, e nitratos causando danos celulares por toxicidade direta, peroxidação dos lipídios da membrana celular, liberação de radicais livres, inibição do surfactante, destruição de colágeno e formação de metahemoglobina. Relato Homem, 44 anos, foi admitido em unidade de emergência durante a madrugada, queixando-se de dispneia progressiva havia cerca de 3 horas associada a tosse intensa e expectoração amarelada, cefaleia e mialgia. Apresentava-se com taquipneia, taquicardia, hipóxia (SpO<sub>2</sub>=80%), normotenso, afebril, estertores em campos médios e sibilos esparsos. Evoluiu com melhora ao uso de ventilação não invasiva, oxigênio, broncodilatadores e corticosteróide sistêmico. Mais confortável, o paciente informou trabalhar havia 3 anos em uma empresa de galvanoplastia limpando peças de ferro e alumínio, utilizando banhos químicos com ácidos nítrico e sulfúrico, soda cáustica e desengraxante quente. Contava que no dia anterior houvera mudança no processo de trabalho orientada pela equipe de segurança do trabalho. A princípio os banhos com HNO<sub>3</sub> eram realizados em tanques rasos e amplos, e a mudança consistia em utilizar tanques mais profundos para minimizar risco de acidentes cutâneos. Com esse novo procedimento teve de trabalhar inclinando o tronco para o interior do tanque para conseguir alcançar as substâncias que ficavam no fundo. Embora estivesse em uso de máscara e luvas, não havia ventilação ou exaustão adequadas, assim inalou NOx por cerca de 3 horas, sendo que após os primeiros 20 minutos sentiu cansaço, mas sem limitação, após 8 horas da exposição iniciou a dispneia que o motivou procurar atendimento de urgência. Rx inicial mostrou opacidade medular bilateral sugerindo preenchimento alveolar e a TC com áreas em vidro fosco alveolares e peribroncovasculares com espessamento de septos, sugestivo de dano alveolar difuso. Após 3 dias, evoluiu com melhora clínica e radiológica, recebeu alta com manutenção da corticoterapia. Em seguimento ambulatorial permaneceu assintomático, porém provas de função pulmonar demonstraram distúrbio ventilatório obstrutivo com resposta a broncodilatador, após 6 meses da exposição e tratamento com LABA/ICS não houve reversão.

**Discussão:** A manifestação clínica por inalação de NOx ocorre 30 min a 30 horas após exposição, cursa com tosse seca ou produtiva, sibilos, dispneia, febre, sudorese, dor torácica, estertores, hipóxia e até hipotensão, configurando dano alveolar difuso. Alguns evoluem com uma segunda

fase de melhora, mas voltam a piorar com bronquiolite obliterante. O tratamento inicial recomendado é suporte de oxigênio e ventilação não invasiva, corticoterapia nesta fase é controversa, mais indicada na fase de bronquiolite. Levantamento bibliográfico não mostrou casos semelhantes na literatura nacional.

**Palavras-chave:** óxido de nitrogênio; dano alveolar difuso; banhos químicos

#### **PO404 EFEITOS TERAPÊUTICOS DO BOSUTINIB, UM INIBIDOR DE RECEPTOR TIROSINA QUINASE, EM MODELO EXPERIMENTAL DE SILICOSE**

**REBECCA LEÃO DE PAULA BOSE MADUREIRA\***; PRISCILA DE JESUS CARNEIRO; GISELE DE ARAUJO PADILHA; JOHNATAS D SILVA; JAMIL ZOLA KITOKO; PRISCILLA CHRISTINA OLSEN; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO; FERNANDA FERREIRA CRUZ UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A silicose é uma doença pulmonar fibrótica progressiva que resulta na formação de granulomas e extenso processo inflamatório, que cursam com a destruição do parênquima pulmonar. O Bosutinib (BOS) é um potente inibidor da família Src de receptores tirosina-quinase, capaz de modular a resposta imune, reduzir a inflamação e a fibrose pulmonar. Esse estudo investiga os efeitos do Bosutinib na mecânica e histologia pulmonares, na inflamação e fibrose em um modelo de silicose. **Material e métodos:** 68 camundongos C57BL/6 (20-30 g) foram aleatoriamente divididos em dois grupos. No grupo sílica, os animais foram instilados com cristais de sílica (20 mg/50µl salina, i. t. ), enquanto o grupo controle foi instilado com salina. No 16<sup>o</sup>, dimetilsulfoxida (DMSO) ou Bosutinib (1 mg/kg/dose in 0. 1 ml de DMSO) foi administrado por gavagem, 2 vezes ao dia, por 15 dias. 24 horas após o último dia de tratamento, a mecânica pulmonar foi analisada pelo método de oclusão ao final da inspiração que permite avaliar os componentes elásticos, resistivos e viscoelásticos e/ou inomogêneos. Ao final do experimento os pulmões foram retirados para análise histológica, quantificação do número total e diferencial de células no tecido pulmonar, análise da polarização de macrófagos M1 e M2, quantificação de leucócitos totais, células T no BALF, linfonodo e timo e fibras colágenas no parênquima e granuloma. Além disso, uma linhagem de células de macrófagos (RAW264. 7) foi exposta à partículas de sílica em um ensaio in vitro, na presença ou ausência de Bosutinib. Após 24 horas, foram avaliadas as expressões dos genes de arginase-1, interleucina (IL) -10, IL-12, iNOS, metaloproteinase (MMP) -9, inibidor tecidual de metaloproteinase (TIMP) e caspase-3. **Resultados:** O Bosutinib reduziu a fração de área de colapso alveolar, o tamanho e o número de granulomas, a infiltração de células mononucleares no granuloma e a quantidade de fibras colágenas no parênquima pulmonar; melhorando, assim, a mecânica do pulmão. A terapia ainda induziu uma diminuição de células M1 e um aumento de macrófagos M2 no tecido pulmonar. Além disso, o Bosutinib levou à redução de IL-12 e iNOS, e um aumento de IL-10, arginase-1, MMP-9, e TIMP in vitro. Nos linfonodos que drenam o pulmão, o Bosutinib reduziu leucócitos totais, linfócitos T reg, CD4+ e CD8+, sem afetar a celularidade no timo. **Conclusão:** Neste modelo de silicose, o Bosutinib promoveu efeitos benéficos no pulmão através da melhoria na mecânica pulmonar, bem como na redução do colapso alveolar, tamanho dos granulomas, inflamação e fibrose pulmonar, e também na drenagem dos linfonodos. Nossos resultados sugerem que o Bosutinib pode ser uma estratégia promissora para a silicose.

**Palavras-chave:** Silicose; bosutinib; modelo terapeutico

**PO405 TÉCNICA DE DIRECIONAMENTO MAGNÉTICO AUMENTA A RETENÇÃO DE CÉLULAS MESENQUIMAIS NOS PULMÕES DE ANIMAIS SILICÓTICOS**

**LUIZA HELENA ANDRADE DA SILVA\***; **FERNANDA FERREIRA CRUZ**; **PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO**

*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Tem sido demonstrado que a técnica de direcionamento magnético (DM) auxilia o enxerto de células mesenquimais (CMs) em diversos órgãos, promovendo sua retenção em longo prazo e aumentando seus efeitos terapêuticos. Apesar do seu potencial, o DM nunca foi explorado para o tratamento de doenças pulmonares. **Objetivos:** Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos do DM de CMs em um modelo murino de silicose. **Métodos:** Para tal, 24 camundongos *black* (C57BL/6) foram instilados intratraquealmente com solução salina (grupo controle – *Cont*) ou partículas de sílica suspensas em solução salina (grupo silicótico – *Sil*). Após 15 dias, os animais do grupo *Sil* foram novamente divididos e tratados intravenosamente com solução salina (grupo *Sil-Sal*) ou com  $10^5$  CMs (grupo *Sil-Cel*). Estas CMs foram previamente magnetizadas, expondo-as a nanopartículas de óxido de ferro (80 µg/ml) durante 24 horas. Imediatamente após a inoculação das CMs, fixaram-se ímãs circulares de neodímio no tórax de alguns dos animais (grupo *Sil-Cel-Ima*). Dois dias após a administração das CMs, avaliou-se a mecânica pulmonar dos animais, em seguida, realizou-se a eutanásia destes e, por fim, seus pulmões foram removidos para análises histológicas e quantificação de ferro. **Resultados:** De acordo com a dosagem de ferro, os animais do grupo *Sil-Cel-Ima* apresentaram maior quantidade de ferro nos pulmões em comparação aos animais dos demais grupos (*Cont*: 34. 3±5. 1; *Sil-Sal*: 30. 3±6. 7; *Sil-Cel*: 64. 5±5. 4; *Sil-Cel-Ima*: 81. 4±1. 5 µg de ferro por grama de tecido pulmonar). As análises histológicas com coloração azul da Prússia corroboram com esses dados. Paralelamente, observou-se uma redução qualitativa do espessamento alveolar e uma redução quantitativa da elastância estática pulmonar (*Cont*: 27. 9±1. 5; *Sil-Sal*: 37. 9±10. 6; *Sil-Cel*: 33. 6±2. 7; *Sil-Cel-Ima*: 28. 5±5. 1 cmH<sub>2</sub>O. ml<sup>-1</sup>) nos animais do grupo *Sil-Cel-Ima* em relação aos do grupo *Sil-Sal*. Nestes casos, não houve diferenças entre os grupos *Sil-Cel-Ima* e *Sil-Cel*. Por fim, a pressão viscoelástica era menor nos camundongos tratados com as CMs, independentemente do ímã (*Cont*: 0. 69±0. 14; *Sil-Sal*: 1. 23±0. 15; *Sil-Cel*: 0. 70±0. 11; *Sil-Cel-Ima*: 0. 71±0. 08 cmH<sub>2</sub>O). **Conclusão:** Os dados sugerem que o DM (representado pelo grupo *Sil-Cel-Ima*) promove maior retenção das CMs; no entanto, tal fato não acarretou um reforço da função pulmonar em relação ao grupo *Sil-Cel*. Isso pode ser devido ao fato de que a análise foi realizada 48 horas após a inoculação das CMs, período em que seus efeitos parácrinos ainda estão presentes. Logo análises em longo prazo são necessárias a fim de melhor avaliar os possíveis efeitos benéficos associados à maior retenção de CMs.

**Palavras-chave:** Silicose; terapia celular; direcionamento magnético

**PO406 EPISÓDIO DE PNEUMOPATIA OCUPACIONAL AGUDA EM 14 TRABALHADORES EXPOSTOS A CARBONATO DE NÍQUEL EM ESPAÇO CONFINADO, COM DOIS ÓBITOS**

**JEFFERSON BENEDITO PIRES DE FREITAS\***; **JOSÉ TARCÍSIO PENTEADO BUSCHINELLI**

*DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Por solicitação do Ministério Público Federal do Trabalho de Uberlândia (MG), foi analisada uma ocorrência de casos de pneumopatia aguda em um grupo de 14 empregados que trabalharam por dois dias na retirada de uma carga de Carbonato de Níquel de uma carreta acidentada naquela região. Todos foram acometidos de um quadro respiratório agudo após o evento, com seis internados e dois óbitos. **Objetivos:** Avaliar a situação ocorrida através de entrevista com os trabalhadores que efetuaram a retirada daquela carga acidentada. **Métodos:** Anamnese ocupacional com os trabalhadores que executaram aquela atividade na Procuradoria Regional do Trabalho da 7ª Região, em Uberlândia. **Resultados:** Compareceram nove trabalhadores, além de familiares de outros dois trabalhadores que vieram a falecer alguns dias depois. A idade média dos 11 trabalhadores era de 46, 7 anos (24 anos o mais jovem, e o mais velho com 71 anos). Cinco deles exerciam a atividade de chapas, outros cinco eram chapas ocasionalmente e um deles era operador de *munk*. Relataram que, quando adentraram o interior da carreta para a retirada do produto, havia uma intensa nuvem de poeira. Ficavam cerca de 20 minutos no seu interior e saíam com objetivo de poderem respirar e lavarem a única máscara semi-facial oferecida a eles. Todos relataram que as queixas se iniciaram durante o trabalho e que, exceto um, procuraram assistência médica na cidade no dia ou imediatamente depois do ocorrido, com piora das queixas dois a três dias depois da exposição. Seis deles foram internados, cinco deles com passagem pela Unidade de terapia intensiva (UTI), inclusive os dois que vieram a óbito. O operador de *munk* não trabalhou dentro da carreta, mas mesmo assim, três dias após a atividade, apresentou queixas de urticária, falta de ar, tosse e vômitos. Oito trabalhadores permanecem com queixas de tosse seca e falta de ar, sendo que quatro deles também apresentam queixas de prurido pelo corpo, principalmente com exposição solar. Embora a dosagem de níquel urinário não tenha relação com os efeitos do metal, todos os trabalhadores apresentaram dosagem de níquel urinário muito acima do valor de referência da normalidade da SCOEL (0, 1 mcg/L), existindo resultados muito elevados como 67, 9 mcg/L (679 vezes maior que o valor de referência da normalidade); o menor resultado foi de 2, 6 mcg/L. Estes valores foram obtidos em coleta realizada quase um mês depois do episódio, sendo impossível saber quais eram os valores urinários do níquel nos dias subsequentes ao episódio, mostrando uma inequívoca absorção muito elevada do agente. **Conclusão:** O Carbonato de Níquel, apesar de ser um sal insolúvel, provocou um quadro de pneumopatia aguda grave com dois óbitos e a causa principal foi a condição de trabalho em espaço confinado sem a proteção respiratória adequada para esta situação, o que levou uma a superexposição aos trabalhadores. A gênese do quadro provavelmente foi um efeito sinérgico entre os íons Carbonato e Níquel. A absorção do níquel foi confirmada com a elevada excreção de níquel através da urina mesmo quase um mês após o episódio de exposição. Por conta do risco do aparecimento de fibrose pulmonar intersticial, câncer de pulmão e asma, e queixas dermatológicas, os trabalhadores devem ser objeto de acompanhamento de saúde nos próximos 20 anos em serviços especializados.

**Palavras-chave:** Exposição ocupacional; pneumopatia aguda; carbonato de níquel

**PO407 ÁRVORE EM BROTEAMENTO RADIOPACA.**

**JOÃO CARLOS CARLOS DE JESUS\***; **RENAN SCANTAMBURLO**; **MARIANA BALDINI CAMPOS**; **PABLO ANDRADE VALE**; **BRUNA**

**MARABITA; ENRICO FORTUNATO; MÔNICA CORSO PEREIRA; ILMA APARECIDA PASCHOAL**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Os profissionais que fabricam próteses dentárias estão expostos a uma série de substâncias químicas que, quando inaladas em longo prazo, podem eventualmente resultar em doenças pulmonares ocupacionais, principalmente naqueles que não utilizam equipamentos de proteção individual. **Relato de caso:** Mulher, 48 anos, trabalha como protética há 19 anos. Procurou assistência médica devido a quadro de tosse seca há 13 anos associado a prurido faríngeo, acentuados após processo infeccioso de vias aéreas superiores. Negava asma/bronquite na infância e tabagismo. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, SpO<sub>2</sub> 98% em ar ambiente, aparelho cardiovascular e respiratório sem alterações. Tomografia Computadorizada de alta resolução (TCAR) de tórax apresentava imagens sugestivas de doença crônica de pequenas vias aéreas (ramificação milimétrica do pulmão visível a menos de um centímetro da superfície pleural), difusas, com aspecto de árvore em brotamento. Espirometria evidenciava distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com boa resposta a broncodilatador. Exame do escarro foi negativo para pesquisa e cultura de micobactérias e fungos, mas positivo para *Enterobacter cloacae* multisensível. Orientada a usar máscara N95 durante os procedimentos que geravam poeira e enclausurar estes procedimentos, quando possível. Foi prescrito salmeterol e fluticasona inalatórios. Evoluiu com melhora gradativa da tosse. Nova TCAR de tórax mostrou sinais de doença de pequenas vias aéreas com dilatação bronquiolar preenchida frequentemente com material radiopaco e micronódulos centrolobulares esparsos nos pulmões, sendo a maioria com densidade de partes moles e alguns semelhante ao calcio; no mediastino havia linfonodos com maiores diâmetros de 1, 1x0, 7cm. **Discussão:** Muitos materiais usados no laboratório de prótese podem causar danos ao organismo; dentre eles destacam-se peróxido de benzoíla, aminas aromáticas terciárias, hidroquinona, sílica, belírio, níquel e as misturas de polímeros orgânicos de monômeros acrílicos com outras substâncias inorgânicas. A paciente aqui discutida se expunha quase exclusivamente a estas resinas acrílicas. Resinas compostas são similares na sua composição e além da matriz polimérica, que normalmente é um metacrilato, agregam partículas inorgânicas, que são geralmente fibra de vidro. Em aplicações relacionadas ao uso em odontologia a fibra de vidro empregada é da categoria E (uma mistura de óxidos de silício, de cálcio, de bário, de alumínio e alguns outros traços de óxidos metálicos). Esta mistura é definitivamente radiopaca. A matriz orgânica (o polímero de metacrilato) confere à mistura as suas propriedades manipulativas (moldagem e escultura de próteses). A inclusão do material inorgânico aumenta a resistência mecânica do composto. Neste caso chama a atenção a presença de doença bronquiolar, já visível na primeira tomografia (2012), ainda mais inusitada na segunda(2015) quando as imagens de dilatação bronquiolar (árvore em brotamento) aparecem radiopacas. Na literatura há referência à árvore em brotamento radiopaca apenas em relatos de casos de metástases hematogênicas de osteossarcoma e embolia de cimento ósseo (resina de metacrilato). Nestas circunstâncias a imagem de árvore em brotamento se deve ao preenchimento de ramificações arteriolares pelo material radiopaco e não ao preenchimento bronquiolar. Presume-se que nesta paciente aconteceu o preenchimento bronquiolar pelo material radiopaco inalado.

**Palavras-chave:** Bronquiolite; árvore em brotamento; metacrilato

**PO408 MANUTENÇÃO DA MATRIZ EXTRACELULAR NO PROCESSO DE DESCELULARIZAÇÃO PULMONAR EM ANIMAIS SILICÓTICOS**

**VANESSA MARTINS\*<sup>1</sup>; FERNANDA FERREIRA CRUZ<sup>1</sup>; MARIANA ALVES BELLEZZIA<sup>1</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>2</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO<sup>1</sup>**

**1. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Doenças pulmonares fibrosantes como a silicose, são doenças destacadas mundialmente por sua alta taxa de morbi-mortalidade. Ademais, pacientes em estágio terminal fibrótico possuem como única opção terapêutica definitiva, o transplante pulmonar. Entretanto, tal procedimento está associado a elevados índices de complicações: (i) o desbalanço entre a demanda de órgãos e a escassez de doadores que leva a uma alta mortalidade na lista de espera, (ii) à rejeição, e (iii) às complicações decorrentes da terapia imunossupressora. Assim, estudos de abordagens terapêuticas são imprescindíveis para auxiliar a reversão desse quadro. Diante disso, a bioengenharia tecidual surge como alternativa terapêutica potencial no domínio da regeneração de tecidos através da utilização de matrizes tridimensionais biocompatíveis e biodegradáveis que servem como suporte estrutural para elementos celulares, fatores de proliferação e diferenciação celular, que são o ingrediente fundamental para essa estratégia. Deste modo, o presente trabalho apresenta como objetivo avaliar os efeitos do processo de descclularização pulmonar em um modelo animal de silicose. **Métodos:** A silicose foi induzida em camundongos C57Bl/6 pela via intratraqueal com partículas de sílica e, para o grupo controle, foi instilado pela mesma via somente salina. Após 14 dias, com a doença já estabelecida, os animais foram submetidos a mecânica respiratória, eutanaziados e os pulmões coletados para o processo de descclularização. Após descclularização, nova mecânica respiratória foi aferida e os pulmões foram processados para: análise histológica, morfométrica e imunohistoquímica. **Resultados:** Após 14 dias foi possível observar colapso alveolar, bem como fibrose tecidual nos animais silicóticos comparados ao controle. Além disso, a imunohistoquímica revelou aumento na expressão de alfa actina de músculo liso em animais silicóticos, contudo, nos grupos descclularizados, controle e sílica, não houve diferença na expressão de marcadores relacionados a integridade da matriz extracelular. Houve diferença significativa em relação a mecânica pulmonar no grupo silicótico comparado ao controle, antes do processo de descclularização (CTRL: 121, 37 +- 8, 32; SIL: 60, 00 +- 11, 12; \*P<0, 01). Após descclularização, ambos os grupos apresentaram dados similares quanto a mecânica pulmonar (CTRL: 150, 28 +- 4, 93; SIL: 127, 41 +- 7, 61). **Conclusão:** Os resultados obtidos demonstram que o processo de decelularização foi capaz de tornar a mecânica pulmonar de um pulmão em processo crônico fibrosante semelhante à mecânica de um pulmão controle descclularizado, mantendo a sua macro-arquitetura tridimensional constituída de proteínas da matriz extracelular intacta, bem como os espaços aéreos e vasos pulmonares. **Suporte Financeiro:** CNPq, FAPESP.

**Palavras-chave:** Descclularização; silicose; imunohistoquímica

**TABAGISMO**

**PO409 AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DE CESSAÇÃO TABÁGICA APÓS A ALTA HOSPITALAR**  
ANA NATÁLIA RIBEIRO BATISTA<sup>1</sup>; THAIS GARCIA; ANDRE LUIS BERTANI; MILENE REGINA BAILO GOMES; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO; SIMONE ALVES DO VALE; SUZANA ERICO TANNI UNESP BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL.

O tabagismo é considerado atualmente um problema de saúde pública com recomendações de tratamento ainda durante a hospitalização com seguimento posterior à alta. Entretanto, há poucos dados nacionais em relação à intervenção de cessação tabágica iniciada durante a hospitalização com seguimento posterior. **Objetivo:** Avaliar a aderência do tratamento de cessação tabágica iniciada durante a hospitalização em hospital terciário. **Métodos:** Foram tratados 290 pacientes tabagistas (170 homens e idade: 56, 19 ± 11, 41 anos) durante a hospitalização com fornecimento de fármacos e uma sessão de orientação comportamental individualizada nas primeiras 48 horas de internação. Após a alta todos foram encaminhados para continuação do tratamento semanal no grupo de cessação tabágica do hospital. **Resultados:** Do total dos pacientes abordados e tratados, 96 (33, 1%) tiveram internação por doenças respiratórias e 194 por doenças cardíacas. Apenas 28, 9% dos pacientes aderiram ao seguimento no grupo de cessação tabágica após a alta hospitalar. Os pacientes com doença respiratória (25%) utilizaram em maior proporção fármacos para controle dos sintomas de abstinência em relação aos com doença cardíaca (11, 8%; p<0, 001) após a alta hospitalar. Não foram identificadas diferenças entre as causas de internação e a aderência ao tratamento pós-alta (p=0, 06). **Conclusão:** Os pacientes apresentaram baixa aderência ao tratamento no grupo de cessação do tabagismo após alta, o que reforça a necessidade de que no momento da alta a equipe de saúde possa orientar a importância da aderência ao tratamento.

**Palavras-chave:** Aderência; cessação tabagismo; alta hospitalar

**PO410 COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DO CIGARRO PARA MULHERES EX-FUMANTES EM TRATAMENTO DO CÂNCER MAMA**  
MARIA PAULA SOARES POZATI<sup>1</sup>; ILDA DE GODOY<sup>1</sup>; MICHELLE WENTER<sup>2</sup>

1. UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2. CENTRO PAULA SOUZA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O câncer de mama é considerado uma doença de extrema relevância para saúde pública em nível mundial. Estudos apontam que a mulher ex-fumante e na fase de pós-menopausa possui 9% de para adquirir câncer de mama, e as fumantes está em torno de 16%. Estudos apontam que mulheres após vivenciarem experiências negativas na vida aumentaram o consumo do cigarro, aliado a uma sensação de autonomia, conquista do seu próprio espaço na sociedade, sendo considerada também como uma alternativa de fuga para problemas de ordem emocional. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho foi compreender o significado do cigarro em mulheres ex-tabagistas em tratamento de câncer de mama. **Método:** Pesquisa de abordagem pesquisa qualitativa, empregando a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo desenvolvida no ambulatório de oncologia da Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB. A amostra foi composta de dez mulheres com diagnóstico de câncer de mama tabagista, tendo como questão norteadora: "O que o cigarro significa para você após o diagnóstico do câncer de mama?" **Resultados:** De acordo com as falas identificamos que o cigarro é considerado como incomodo, raiva, medo e algo que faz mal, conforme explicitados nas falas: a.

Ah. Agora. Eu fumava por prazer né! Agora, hoje eu não sinto nem vontade. As pessoas fumam perto de mim me incomoda. ". b. "Hoje ele não representa nada sabe, tenho raiva dele, tenho ódio do cigarro. Tenho pavor dele de tanto fumar. Infelizmente eu convivo com gente que fuma. Peguei raiva, sabe. Quando você vê pega aquele ódio, aquela raiva, daquele ódio, daquilo ali, sabe. Você pensa porque eu fui pôr o primeiro cigarro na boca? O que eu ganhei com isso? Não ganhei nada com isso. Então hoje, depois você para e você vê que aquilo era tudo ilusão da sua cabeça, sabe. Você tenta fazer o outro também parar, difícil". c. "Uma coisa que faz mal, que prejudica a saúde das pessoas. Hoje não quero nem ver perto de mim". d. "Eu comecei a fumar por brincadeira com as colegas. Achava bonito fumar, dava prazer. Mas hoje vejo o quanto ele faz mal pra gente e queria muito que as pessoas não fumasse, porque a gente sabe que faz muito mal". **Conclusão:** Diante dos resultados apresentados neste estudo, podemos identificar na visão das mulheres em tratamento para o câncer de mama que após o diagnóstico o cigarro tornou-se um ameaçador a vida, haja vista que o mesmo promove danos ao organismo. Urge a necessidade de fortalecimento de redes de apoio integrada que promova o empoderamento das mulheres que cessaram o tabagismo após o diagnóstico.

**Palavras-chave:** Significado; câncer de mama; ex tabagista

**PO411 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO ATIVO EM PACIENTES COM DPOC EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR<sup>1</sup>; NATHÁLIA AIDAR BITTAR<sup>1</sup>; NATÁLIA BUENO SPICACCI<sup>1</sup>; GABRIELA REZENDE DO AMARAL<sup>1</sup>; ANDRÉ GUIMARÃES ARAÚJO<sup>1</sup>; GABRIEL MASCARENHAS BERGOHALZ SAHIUM<sup>1</sup>; SHEILA ALVES PEREIRA<sup>2</sup>; MARCELO FOUAD RABAH<sup>1</sup>

1. UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO, BRASIL; 2. UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** Atualmente no mundo temos cerca de 1, 3 bilhões de fumantes, sendo 80% destes residentes em países em desenvolvimento. A relação entre o tabagismo e a DPOC já está bem estabelecida e o risco de morte por DPOC apresentado pelos fumantes é de 10 a 14 vezes maior.

<sup>1</sup> Os inquéritos epidemiológicos formam os alicerces nos quais se assentam todas as ações de tratamento e controle de qualquer doença de caráter epidêmico. <sup>2</sup> Baseados nas evidências disponível atualmente, todos os profissionais de saúde devem ter um papel ativo e contínuo na motivação cessação tabágica e no tratamento do tabagismo. <sup>3</sup>

**Objetivos:** Verificar a prevalência de tabagismo ativo em pacientes com DPOC em acompanhamento ambulatorial na atenção básica e verificar se tabagistas apresentam característica clínica ou funcional que os diferenciam de ex-tabagistas e de indivíduos com exposição a biomassa.

**Métodos:** Um estudo transversal foi conduzido nos Centros Integrados de Assistência Médica e Social Novo Horizonte e no Programa de Saúde da Família Caravelas e Santa Rita em Goiânia-GO. Sessenta e um pacientes consecutivamente diagnosticados com DPOC por avaliação clínica e espirometria, foram avaliados para determinar a presença de tabagismo em atividade. Os resultados foram analisados com o programa STATA 13. 0. As variáveis foram descritas utilizando-se proporção, média e desvio padrão. Este estudo foi realizado de acordo com as boas práticas clínicas e foi aprovado pelo Comitê do Hospital Geral de Goiânia Ética sob o número 195/2011. **Resultados:** Ao longo de um período de 17 meses, 570 indivíduos foram avaliados para elegibilidade. Destes, 61 indivíduos (10, 7%) foram diagnosticados com DPOC, 52, 5% do sexo masculino. A

amostra foi constituída por pacientes de idade avançada (68, 4±7, 2 anos), com sobrepeso (26, 5±5, 4), baixa escolaridade (75, 4% com nível fundamental incompleto ou analfabetos), e sem doença pulmonar avançada (64% com DPOC leve a moderada). Destes pacientes 17 (27, 9%) eram tabagistas em atividade, 29 (47, 5%) eram ex-tabagistas e 15 (24, 6%) tinham somente história de significativa exposição a queima de biomassa. Não havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação a idade (p=0, 58), gênero (p=0, 23), pressão arterial sistólica (p=0, 26), pressão arterial diastólica (p=0, 26), tempo de estudo em anos (p=0, 12), tempo de moradia em ambiente rural (p=0, 46), presença de tosse (p=0, 71), presença de dispneia (p=0, 25), presença de escarro (p=0, 62), presença de sibilância (p=0, 14), CVF préBD em litros (p=0, 75), VEF1 préBD em litros (p=0, 99), relação VEF1/CVF préBD (p=0, 34), CVF pósBD em litros (p=0, 83), VEF1 pósBD em litros (p=0, 83), relação VEF1/CVF pósBD (p=0, 27) e saturação de oxigênio em repouso (p=0, 23). **Conclusão:** A prevalência de tabagismo em atividade foi elevada (27, 9%). Nenhuma característica clínica ou funcional diferencia esse subgrupo em relação aos indivíduos ex-tabagistas e em relação aos indivíduos com exposição a queima de biomassa.

**Palavras-chave:** Tabagismo; prevalência; atenção básica

#### **PO412 PREVALÊNCIA DE SENTENCIADOS TABAGISTAS DE UMA PENITENCIÁRIA DO INTERIOR PAULISTA**

**DANIELA DE LIRA EIRAS DOMENE\***; ILDA DE GODOY; MARIA HELENA BORGATO  
FAÇULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, SAO MANUEL, SP, BRASIL.

Conhecer a prevalência, e o perfil dos usuários de tabaco são fundamentais para planejar ações de prevenções eficazes em determinada população, como é o caso dos sentenciados. **Objetivo Geral:** Verificar a prevalência e as características dos sentenciados tabagistas. **Método:** Estudo transversal realizado com uma amostra de 385 sentenciados que cumprem pena em uma Penitenciária do Estado de São Paulo. **Resultados:** Dos participantes, 24, 5% (94) são fumantes, com média de idade de 42, 9 (±13, 6) anos. A idade média no início do tabagismo foi de 15, 6 (±7) anos. A maioria (92, 5%) relatou fumar todos os dias, consumiam em média 11, 3 (±10) cigarros por dia, correspondendo a 3 (±2, 4) maços por semana, gerando custo mensal de R\$ 52, 1 (±74, 5). A carga tabágica foi em média 16, 2 (±17, 3) maços-ano. 93% deles relataram já ter tentado parar de fumar. Em relação ao uso de drogas, 66% relataram o uso alguma vez na vida. Dentre as drogas mais usadas estão: Cocaína 35, 1%, Maconha 44, 6% e Bebida Alcoólica 10, 6%. O grau de dependência demonstrou, nível muito baixo (33%), baixo (31%), médio (15%), elevado (17%) e muito elevado (4%). O sintoma mais relato foi a tosse (22, 3%). O estágio motivacional para cessação do tabagismo foi 92, 6% pré-contemplação, 6, 4% contemplação, 1% preparação, 0% ação e 0% manutenção[1]. A escala de estresse percebido foi 11 (±7, 2) pontos. O grau de ansiedade foi classificado como possível em 21, 2% e provável em 12, 8%, quanto o grau de depressão 8, 5% foi classificado como possível e 5, 1% como provável.

**Conclusão:** Estes sentenciados estão expostos a diversos fatores de risco inerentes a sua condição de vida, como o consumo de drogas lícitas e ilícitas, o sedentarismo, entre outros. Portanto, ao tentarmos abordar o tabagismo teríamos que abordar todos os outros problemas envolvidos na vida destes homens, sendo a redução de danos uma estratégia importante a ser trabalhada nesse grupo que vive em uma situação de vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** Tabagismo; prisioneiros; sistema penitenciário

#### **PO413 CARACTERÍSTICAS DO TABAGISMO E PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO EM AMOSTRA NÃO ALEATÓRIA, DIA MUNDIAL SEM TABACO, CUIABÁ/MT**

**WEMERSON JOSÉ CORRÊA DE OLIVEIRA\***; VITOR HIROSHI NUNES MOTIZUKI; REBECA MELO ZURITA; CLAUDIA BONADIMAN LIMA; ALEXANDRE FIGUEIREDO ZOBIOLE; CLOVIS BOTELHO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL.

**Introdução:** Uma das formas de ação da luta contra o tabagismo é conscientização da população sobre os malefícios que esta dependência acarreta. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde criou o Dia Mundial sem Tabaco, que tem como foco principal a atuação dos profissionais da saúde na comunidade onde está inserido, divulgando sobre os riscos inerentes ao uso do tabaco. Nestas datas, além de palestras e apresentações sobre o tema, são realizadas algumas entrevistas e avaliações da função pulmonar como forma de estimular a participação popular. A medida do Pico de Fluxo Expiratório (PFE) é um teste de volume esforço dependente, não invasivo, econômico e prático, de fácil realização e auxilia no diagnóstico de doenças pulmonares, principalmente relacionadas ao tabagismo.

**Objetivo:** Descrever as características do tabagismo e dos resultados do PFE em amostra não aleatória. **Metodologia:** Estudo transversal com voluntários que participaram da Ação Dia Mundial Sem Tabaco em Cuiabá – MT em 2014 e 2015. Inicialmente os participantes responderam ao questionário elaborado especificamente para esta pesquisa, contendo dados demográficas, presença ou não de doença respiratória e status do tabagismo. Também foi realizada a mensuração do PFE, com três medidas coletadas e escolhida a melhor performance do participante. O PFE previsto foi determinado através da idade e altura de acordo com o sexo de cada indivíduo conforme a tabela de Godfrey et al (1970). Os resultados foram agrupados em Normal e Anormal, sendo os normais aqueles em que o PFE encontrado foi igual ou maior que o PFE previsto. A análise dos dados foi realizada através do programa Epi Info, considerando intervalo de confiança de 95%, sendo o teste de qui-quadrado utilizado para avaliar as diferenças estatísticas. **Resultados:** Participaram 168 voluntários, dos quais 44, 6% eram mulheres e 55, 4% eram homens. Deste total, 22 eram Fumantes (13, 1%), 33 (19, 6%) Ex-fumantes e 113 (67, 3%) Não Fumantes, sendo que a maioria dos fumantes eram masculinos (19, 3% X 5, 3%). A distribuição por faixa etária mostra que a prevalência aumenta com a idade, com taxa de 2, 6% entre os participantes de 15-30 anos e de 36, 7% entre os com mais de 60 anos. A maior prevalência de presença de doença respiratória foi entre os não fumantes, quando comparados com os fumantes, possivelmente pela oportunidade de realizar exames gratuitamente desta população sabidamente doente (Fumantes 4, 5% x Não fumantes com 16, 2%). Corroborando com esta interpretação dos dados, a análise do PFE mostrou que dentre os fumantes a prevalência de resultados considerados como Anormal foi maior que a dos Não fumantes (Fumantes Anormal = 77, 3% X Não fumantes Anormal = 53, 5%). **Conclusão:** A prevalência do tabagismo aumenta com a idade e é maior no sexo masculino, sendo que os piores resultados do Pico de fluxo expiratório foram encontrados dentre os fumantes.

**Palavras-chave:** Tabagismo; pico de fluxo expiratório; função pulmonar

**PO414 AVALIAÇÃO DA DEPOSIÇÃO DE TRIGLICÉRIDES NO MIOCÁRDIO POR ESPECTROSCOPIA DE PRÓTONS EM TABAGISTAS**

**THAIS GARCIA\***; ANA NATÁLIA RIBEIRO BATISTA; THYEGO MYCHEL MOREIRA SANTOS; PAULA SCHMIDT AZEVEDO GAIOLLA; MAURÍCIO FREGONESI BARBOSA; JOSÉ WILLIAM ZUCCHI; ANDRÉ LUIS BERTANI; SUZANA ERICO TANNI  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

**Introdução:** O tabagismo pode alterar o metabolismo dos lipídeos no miocárdio, o que pode contribuir na remodelação cardíaca. Entretanto, a avaliação não invasiva da deposição de triglicérides no miocárdio ainda está sendo desenvolvida com o uso da ressonância magnética cardíaca. **Objetivo:** utilizar a espectroscopia por ressonância magnética para avaliar potenciais diferenças na deposição de triglicérides no miocárdio em indivíduos tabagistas e não tabagistas. **Métodos:** Foi realizada ressonância magnética cardíaca de 1,5 T para obter informações funcionais e morfológicas do coração em seguida foi utilizada a espectroscopia de prótons para quantificar a deposição de triglicérides no miocárdio. Foi calculado tamanho amostral de 20 indivíduos para cada grupo. **Resultados:** Até o momento foram avaliados 20 sujeitos saudáveis (idade: 35, 68 ± 35 anos, 40% mulher) e 13 tabagistas sem outras doenças crônicas (idade: 34, 69 ± 35 anos, 61, 5% mulher). Os tabagistas apresentaram carga tabágica: 18, 72 ± 16, 5 anos/maço. Em relação à espectroscopia a mediana encontrada foi 0, 55 (0, 001 – 3, 54) nos saudáveis vs 0, 81 (0, 025 – 3, 57) nos tabagistas (p=0, 09). **Conclusão:** O estudo mostrou que a espectroscopia é uma ferramenta não invasiva capaz de quantificar a deposição de triglicérides no miocárdio. A concentração de triglicérides no miocárdio apresentou tendência em ser maior nos tabagistas em relação aos saudáveis.

**Palavras-chave:** Espectroscopia; tabagismo; deposição de triglicérides

**PO415 AS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS E CLÍNICAS PROMOVIDAS PELO CIGARRO E SUAS MANIFESTAÇÕES PULMONARES E SISTÊMICAS EM FUMANTES ASSINTOMÁTICOS**

**THYEGO MYCHEL MOREIRA SANTOS\***; IRMA GODOY; JOÃO PAULO DE CASTRO MARCONDES; SUZANA ERICO TANNI; THAIS GARCIA; CAROLINA BONFANTI MESQUITA; ILDA DE GODOY; DUELENE LUDIMILA NOGUEIRA  
UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

**Introdução:** - O tabagismo é importante fator de risco para desenvolver várias doenças e considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública. No entanto, os fumantes assintomáticos não se consideram doentes. **Objetivo:** - Avaliar os efeitos dos produtos do cigarro sobre os parâmetros hematológicos, bioquímicos, imunológico e fisiológicos relacionados a função pulmonar em fumantes com a carga tabágica > 10 anos-maço. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal em 30 fumantes (idade média de 40 ± 11, 05 anos) e 30 indivíduos saudáveis que nunca fumaram / controles (idade média de 36 ± 5, 77 anos). Foram coletados sangue periférico e processado para análise de colesterol total, glicose, PCR, HDL, LDL, insulina basal, triglicérides, hemoglobina, hematócrito, plaqueta, leucograma e neutrófilos, linfócitos, monócitos. A função respiratória foi analisada pelos níveis de COex, PEF, VEF1, FVC e a relação entre VEF1/VFC. **Resultados:** - Diferenças significativas foram observadas entre os valores de COex (11, 4±8, 69 vs 2, 3±1, 40; p <0, 001), PEF (379, 0±91, 10 vs 505, 0±124, 00; p<0, 001) e CVF (3, 42±0, 76 vs 4, 5±1,

01; p<0, 005), HDL (45, 3±9, 44 vs 55, 6±3, 11, p=0, 007), PCR (1, 04±1, 22 vs 0, 78±0, 33; p<0, 001), leucograma (8, 0±2, 67 vs 5, 8±1, 28, p<0, 001), neutrófilos (62, 6±7, 10 vs 56, 9±7, 41, p=0, 004) e monócitos (5, 52±1, 26 vs 6, 55±1, 65, p=0, 01) dos indivíduos tabagistas comparados aos não-tabagistas (tabagistas vs não-tabagistas). **Conclusão:** - Nossos resultados reforçam que o cigarro promove alterações pulmonares e manifestações sistêmicas mesmo em indivíduos assintomáticos. Assim, estas alterações devem ser conhecidas pelos fumantes e pode ajudar a prevenir a iniciação do tabagismo e promover a cessação tabágica em idade mais jovem.

**Palavras-chave:** Tabagismo; fumantes assintomáticos; função respiratório

**PO416 CHARUTOS: DO ENCANTO DE COLOMBO A FREUD, O QUE HÁ ALÉM DO STATUS SOCIAL?**

**ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO\***; SARITA BONETTE<sup>2</sup>; PAULA LAGE FREIRE<sup>2</sup>; LARISSA PINHEIRO ALVES<sup>2</sup>; ISABELA FERREIRA<sup>2</sup>; CAROLINE DOS SANTOS SILVA<sup>2</sup>; CARLA CONCEICAO DOS SANTOS<sup>3</sup>; ANA LUISA ROCHA MALLETT<sup>4</sup>

1. NETT-IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. F. MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. TELEMEDICINA - IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4. CPST-UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** As inscrições em cerâmica maia do século X são os registros mais antigos de charutos. Em 1492, Colombo encantou-se com nativos fumando cilindros de folhas de tabaco enroladas em palhas de milho ou palma. A partir do séc. XVII, em Sevilha, os charutos se popularizaram, se tornando acessório para cavalheiros e nobres. O Rei Eduardo VII anunciou ruptura das políticas antifumo da Rainha Vitória, com a frase "Se pode fumar". Enquanto Freud analisava complexos edipianos suprimidos, seus clientes suportavam o odor ocre de seus charutos. **Objetivo:** apresentar dados para reflexão sobre os riscos de fumar charutos e discutir aspectos de um produto que confere status social, e seus usuários creem que seja menos perigoso para a saúde. O estudo é parte de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo, denominado "Tabaco e seus disfarces: mitos & crenças", que visa a realização de campanhas de prevenção sobre uso de derivados de tabaco junto à comunidade universitária e à população em geral; conta com a participação de alunos em iniciação científica dos cursos da área de saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ. **Metodologia:** foi realizada revisão da literatura, com busca nas bases PUBMED, MEDLINE de informações em artigos e sites de instituições científicas sobre origem, consumo, dependência, composição, riscos e tratamento. **Resultados:** havia 0, 7% de fumantes de charutos e cachimbos em área urbana, e 1, 1% em área rural, predomínio de homens, segundo a PeTab-IBGE (2008). Nos EUA, pesquisa Gallup & Healthways (2015) revelou que 4, 1% dos jovens universitários consomem charutos, enquanto a média nacional é 2, 3%. O pH alcalino das folhas favorece absorção pela mucosa bucal. O charuto não é inalado e não possui filtro, aspiradas são mais intensas e concentradas. Os charutos emitem teores mais elevados de nicotina, alcatrão, monóxido de carbono e nitrosaminas quando comparados ao cigarro. Fumar charuto leva a dependência à nicotina. A exposição a fumaça do charuto causa tabagismo passivo. Fumantes de charutos, comparados a não fumantes, tem maior risco de Coronariopatia (27%); DPOC (45%); duplicam o risco para câncer de esôfago, estômago e de pulmão, com evidência de efeitos dose-resposta. O risco para câncer de boca, língua e garganta é elevado. Há relação sinérgica entre o fumo de charutos



e consumo de álcool em relação ao câncer de orofaringe, esôfago e estômago. Fumar charutos está associado com aumento do risco para câncer de boca, língua e garganta; doenças gengivais e perdas dentárias. O tratamento para os tabagistas de charuto segue as mesmas diretrizes para o cigarro. **Conclusões:** os charutos apesar de não serem inalados, são tão ou mais nocivos quanto os cigarros, pois contêm nicotina, alcatrão, nitrosaminas e monóxido de carbono em níveis superiores, não sendo alternativa segura aos cigarros. Independentemente de outros fatores de risco, fumar charuto, de forma regular, aumenta o risco de Coronariopatia, DPOC e Câncer. Os efeitos à saúde no uso ocasional de charuto não são claros. É fundamental que as autoridades sanitárias elaborem campanhas para conscientizar a população em geral e os e jovens sobre os riscos à saúde decorrentes do uso de charuto.

**Palavras-chave:** Charuto; dependência química; controle do tabagismo

**PO417 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA POR USO DE OXI EM PACIENTE JOVEM. RELATO DE CASO**  
**MARILIA FLAVIANE DACIA\*;** MARCIO CESAR DO REINO GAGGINI;  
**PABLO OSCAR TOMBA;** MAISA STEFANI LEMES; ISABELLA GOMES CARVALHO; RAFAEL FERRARI  
**UNICASTELO, FERNANDÓPOLIS, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A nova droga Oxi foi revelada a alguns anos atrás por uma ONG, a Reard, a qual era financiada pelos EUA para pesquisa do uso da mescla (droga produzida a partir do refugo da cocaína). Além disso, a ONG expôs sua suposta composição, a qual era feita a partir da cocaína, assim como o crack, e usado para fumar. A denominação "oxi" ou "oxidado" indica que se trata do processo de preparação a partir da oxidação da cocaína com a mistura de solventes de alta combustão - querosene, gasolina, até solução de bateria e cal virgem. Os materiais usados são mais tóxicos e também mais baratos do que quando se produz o crack, e isso facilitou a propagação mais rapidamente para outras regiões do país. Aqui relatamos um caso de uma paciente jovem que teve quadro de insuficiência respiratória aguda após inalação do oxi. **Relato de caso:** mulher de 24 anos, admitida no setor de emergência 4 horas após o uso inalado de oxi, com queixa de dispneia aos mínimos esforços e dor torácica. Teve perda da consciência ao inalar a substância e acordou com intensa dispneia. Negava tosse e hemoptoico. Tabagista 7 anos-maço e usuária de cocaína e crack. Tinha internação prévia há 1 ano por quadro semelhante por uso de crack. Ao exame físico apresentava-se em REG, descorada +/4, hidratada, taquipneica com FR: 29 irpm, FC: 104 bpm, com saturação em ar ambiente de 86%, com melhora da saturação para 94% com máscara de O<sub>2</sub> – 5l/min. Aparelho respiratório: tórax simétrico com expansibilidade preservada, apresentando dor à palpação esternal. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular reduzido bilateralmente, com presença de estertores em 2/3 inferiores. Exames séricos: Hb: 13, 4; Ht: 30, 3; GB: 29, 700 (81% segmentados) Plaquetas: 155. 000. Ureia: 23. Creatinina: 1, 10. Sorologias negativas. Gasometria ar ambiente: pH: 7, 45; PO<sub>2</sub>: 50, 6; PCO<sub>2</sub>: 29, 8; Sat O<sub>2</sub>: 88%. RX tórax: infiltrado alveolar predominantemente em bases pulmonares. Paciente foi encaminhada ao CTI onde permaneceu por 5 dias, fez uso de VNI e medicações sintomáticas e corticoide, evoluiu satisfatoriamente, não precisando de ventilação invasiva. Após melhora clínica foi liberada para enfermaria. Recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** as complicações respiratórias por uso de drogas ilícitas variam dependendo da droga que foi usada e da via de administração. Existem várias complicações respiratórias agudas devido ao

uso de cocaína e crack, incluindo exacerbações agudas de asma, pneumotórax, edema pulmonar não cardiogênico, pneumonite intersticial, hemorragia alveolar difusa, bronquiolite obliterante com pneumonia em organização, pulmão de crack e lesão térmica da via aérea. Além de que cocaína e seus derivados são agentes simpaticomiméticos; o aumento da pressão arterial resultante da sua utilização predispõe a dissecação da aorta e eventos isquêmicos. Entretanto, pouco se sabe sobre os efeitos do oxi.

**Palavras-chave:** Insuficiência respiratória; droga; oxi

**PO418 CAPACITAÇÃO DE FUTUROS MÉDICOS NA ABORDAGEM DO TABAGISMO.**  
**LUCAS DE PAULA COSTA E SOUZA\*;** IGOR CARNEIRO VALVERDE;  
**LÍGIA MENEZES DO AMARAL**  
**UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.**

**Introdução:** O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável segundo a Organização Mundial de Saúde. Estudos revelam que existem aproximadamente 2 bilhões de fumantes no mundo. É fundamental a capacitação de futuros médicos para que auxiliem os tabagistas na cessação. De acordo com a U. S. Preventive Services Task Force's, a abordagem adequada para a cessação do tabaco é nível de recomendação "A". Contudo na prática, essa rotina é um desafio recorrente para os profissionais de saúde. Para realizarmos uma intervenção eficaz, é importante desenvolver e treinar nos futuros médicos as habilidades necessárias para ajudar o fumante a superar suas dificuldades no percurso para cessação, oferecendo abordagem comportamental e farmacológica adequadas. Para uma abordagem de qualidade é necessário que o profissional conheça os passos da abordagem básica do tabagista, o método pergunte, avalie, aconselhe, prepare e acompanhe (PAAPA). Através desse avaliamos a história tabágica, o grau de motivação e promovemos aconselhamento e acompanhamento. **Objetivos:** Relatar a experiência do treinamento de graduandos do curso de medicina na abordagem do paciente tabagista, através da inserção dos mesmos em cenário de prática do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) **Métodos:** A partir do ano de 2015 foi desenvolvido projeto de treinamento profissional oferecido a graduandos em medicina, com duração de 6 a 12 meses, visando desenvolver e aprimorar habilidades na abordagem do tabagismo. Os alunos participam das atividades do Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção do Tabagismo (CIPIIT) do HU-UFJF, onde atuam nas abordagens diárias de pacientes utilizando o método PAAPA. **Resultados:** No decorrer do treinamento os alunos além de aprenderem os passos do método PAAPA, tem valiosa oportunidade de desenvolver habilidades de comunicação interpessoal, e treinamento da escuta realizando abordagem centrada no paciente tabagista. **Conclusão:** A literatura relata um bom nível de conhecimento pelos médicos da primeira parte (perguntar) do método PAAPA, já que questionar sobre o tabagismo é parte da prática diária do médico. A segunda parte do método (avaliar) também tem sido oferecida de forma adequada. No que se refere aos demais passos (aconselhar, preparar e acompanhar) a maioria dos médicos não tem conhecimento suficiente para a obtenção de sucesso nessa abordagem. No currículo das faculdades de medicina ainda há pouco espaço para o treinamento da abordagem dos pacientes tabagistas. A utilização de metodologias de aprendizagem inovadoras como "flipped classroom" e "Team Based Learning" podem em parte suprir a deficiência na capacitação dos alunos, porém não parecem superar a exposição em cenários de prática, onde

o aluno, sob atenta supervisão, se expõe a diversidade das situações reais. Formar o futuro médico para que esse ofereça o cuidado ao tabagista baseado nas melhores práticas é um grande desafio que deve ser suplantado considerando a importância do tabagismo enquanto um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo.

**Palavras-chave:** Abordagem; capacitação; tabagismo

#### **PO419 CIGARROS DE BIDIS E KRETEKS NÃO SÃO INOCENTES COMO APARENTAM SER**

**ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO<sup>1</sup>; EDUARDO VASCONCELLOS BELGA<sup>2</sup>; SARITA BONETTE<sup>3</sup>; DEBORAH BOTTI<sup>3</sup>; DANIELLE MEJIDO PIMENTEL<sup>2</sup>; CARLA CONCEICAO DOS SANTOS<sup>4</sup>**

1. NETT-IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. F. MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. PSICOLOGIA-HU/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4. TELEMEDICINA-IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Os bidis são cigarros pequenos e finos, enrolados à mão em folhas temburni, importados da Índia onde são produzidos desde o final do séc. 17. Kreteks (cigarros de cravo) são importados da Indonésia, onde são produzidos desde o final do séc. 19, e que contêm mistura de tabaco, cravo e outros aditivos. Por serem aromatizados e adocicados exercem atratividade para os jovens.

**Objetivo:** Apresentar dados para reflexão sobre os riscos de fumar bidis e kreteks que aparentam ser agradáveis e inofensivos para seus usuários. O estudo é parte de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo, denominado "Tabaco e seus disfarces: mitos & crenças", que visa a realização de campanhas de prevenção sobre uso de derivados de tabaco junto à comunidade universitária e à população em geral; conta com a participação de alunos em iniciação científica dos cursos da área de saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ. **Metodologia:** foi realizada revisão da literatura, com busca nas bases PUBMED, MEDLINE a partir da seleção de de 18 artigos científicos e de sites de instituições científicas voltadas ao público em geral sobre bidis e o kreteks, buscando dados sobre origem, consumo, e efeitos à saúde, dependência, atratividade, agravos subestimados e, associação com outros tipos de tabaco. **Resultados:** esses tipos de cigarros são comuns na Ásia, onde a tradição no uso de ervas medicinais leva à falsa percepção que possam produzir benefícios para a saúde. O consumo de bidis em universitários (EUA, 2014) foi 0, 9% e o de kreteks 0, 8%. Em S. Paulo, 0, 6% dos adolescentes fumavam bidis (VIGESCOLA, 2009). Alguns estados americanos proíbem venda e distribuição; Austrália proíbe venda a menores de 18 anos. O teor de nicotina nos bidis (21, 2 mg/g de tabaco) é maior do que no cigarro com filtro (16 mg/g de tabaco). Outros compostos tóxicos e cancerígenos estão presentes também em maior quantidade, como hidrocarbonetos policíclicos aromáticos e benzopireno. Os fumantes de bidis e de kretek inalam fumaça com nicotina que causa dependência. A exposição a fumaça destes cigarros também causa tabagismo passivo, e sujeita-se a lei antifumo. Os kreteks são menores do que os cigarros comuns, mas eles podem conter níveis similares de nicotina e monóxido de carbono, e até 60 mil vezes mais eugenol, substância anestésica que pode causar câncer de pulmão. Ambos aumentam risco de câncer (oral, pulmão, esôfago, estômago) e; estão associados com enfisema e bronquite crônica; fumar bidis triplica o risco de infarto do miocárdio. Fumantes de kretek têm 20 vezes mais risco de alterar a função pulmonar comparados aos não fumantes. O tratamento segue os mesmos protocolos do tabagista de cigarros. **Conclusões:** O consumo dessas formas de

tabaco não é tão inofensivo quanto parece, visto o grau de dependência e agravos à saúde, que podem ser similares ou até piores em relação aos cigarros comuns, e causam câncer em vários órgãos, asma, DPOC e coronariopatias. Apesar de não serem tão difundidos quanto os cigarros comuns, seu controle é fundamental, pois a população não está devidamente esclarecida quanto aos seus malefícios, o seu consumo pode ser estímulo ao uso de outras formas de tabaco, principalmente entre os jovens.

**Palavras-chave:** Cigarros bidis; dependência química; controle do tabagismo

#### **PO420 TABACO MESMO SEM FUMAÇA É UMA AMEAÇA A SAÚDE**

**ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO<sup>1</sup>; CAROLINE DOS SANTOS SILVA<sup>2</sup>; LARISSA PINHEIRO ALVES<sup>2</sup>; PAULA LAGE FREIRE<sup>2</sup>; EDUARDO VASCONCELLOS BELGA<sup>2</sup>; ISABELA FERREIRA<sup>2</sup>; ANA LUISA ROCHA MALLET<sup>3</sup>; FATIMA MARCIAL CASTRO ORTOLAN<sup>4</sup>**

1. NETT-IDT/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. F. MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. CPST-UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4. PSICOLOGIA-HU/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Os nativos americanos foram precursores no uso de tabaco mascado ou aspirado (smokeless). Américo Vespúcio (1499) encontrou índios na Venezuela que mascavam erva verde ou aspiravam em tubo de bambu em Y ("tobago" ou "tobaca"). Em 1724, o papa Bento XIII aprendeu a usar rapé e revogou bulas papais contra o tabagismo clerical em 1724. Em 1730, surgem as primeiras fábricas de rapé, o séc. XVIII foi a época de ouro do rapé. Seu uso ressurgiu no séc. XXI, com forte atração entre jovens, pela crença que seja alternativa menos prejudicial e mais barata comparada ao cigarro comum, além de saída para lugares onde é proibido fumar. O tabaco smokeless inclui uma variedade de produtos, tabaco aspirado (rapé), mascado (snus, picado) e dissolúvel.

**Objetivo:** apresentar dados para reflexão sobre os riscos de consumir tabaco mascado, dissolúvel ou aspirado (tabaco sem fumaça), produtos aparentemente inofensivos, mas que representam riscos para a saúde. O estudo é parte de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo, denominado "Tabaco e seus disfarces: mitos & crenças", que visa a realização de campanhas de prevenção sobre uso de derivados de tabaco junto à comunidade universitária e à população em geral; conta com a participação de alunos em iniciação científica dos cursos da área de saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ. **Metodologia:** foi realizada busca nas bases PUBMED e MEDLINE em artigos e sites científicos sobre origem, consumo, dependência, composição, riscos e tratamento. **Resultados:** o consumo de tabaco não fumados foi de 0, 4% no Brasil (2011), sendo 420 mil homens e 200 mil mulheres. Nos EUA (2012), o uso de smokeless na população foi de 3, 6%, maior em homens (7, 1%); entre adultos jovens as taxas foram de 10, 5%. O consumo de smokeless, ao contrário do que se imagina, se associa a muitos problemas de saúde. É altamente aditivo, por liberar nicotina que é absorvida pela mucosa oral. Seu uso na gravidez se associa a risco aumentado de parto prematuro e morte fetal, além de afetar o desenvolvimento do cérebro do bebê. Pode causar intoxicação por nicotina nas crianças. Os jovens que usam smokeless podem se tornar dependentes da nicotina, e mais chances de se tornarem fumantes de cigarros comuns. Contêm carcinogênicos como nitrosaminas específicas do tabaco; além de metais pesados, polônio-210 e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos. Causa câncer na boca, esôfago

e pâncreas. Aumenta o risco de morte por infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico. Aumenta risco de doença periodontal, cárie dentária e perda de dentes, além de leucoplasia que pode ser precursora do câncer bucal. **Conclusões:** os usuários de tabaco sem fumaça estão mais expostos à nicotina e a substâncias cancerígenas do que os dependentes do cigarro comum (FDA, 2015). O tabaco sem fumaça causa dependência. Seu uso pode causar sérios problemas de saúde, as campanhas de saúde pública devem alertar para os riscos destas formas de tabaco cada vez mais populares entre os jovens. A mensagem deve ser clara: proteger a saúde; não começar a usar, e se consumir, procurar ajuda para deixar estes produtos do tabaco.

**Palavras-chave:** Tabaco sem fumaça; dependência química; controle do tabagismo

**PO421 ESTUDO DE CORRELAÇÃO ENTRE CARGA TABÁGICA E PARÂMETROS FUNCIONAIS DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE)**

**MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO<sup>1</sup>; ANGELA SANTOS FERREIRA<sup>2</sup>; TÚLIO MARTINS VIEIRA<sup>3</sup>; CYRO TEIXEIRA SILVA JUNIOR<sup>4</sup>; MARIA BERNADETE SHORT<sup>5</sup>; ELIEL CLASS DE SOUZA<sup>6</sup>; YVE CARDOSO DE OLIVEIRA<sup>7</sup>; ANNA CHRISTINA PINHO DE OLIVEIRA<sup>8</sup>**  
*UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crônica é a maior causa de morbidade e mortalidade no mundo. É uma doença comum tratável e prevenível, caracterizada pela limitação fixa do fluxo aéreo de caráter progressivo que apresenta como principal agente causador o tabagismo. O tabagismo é considerado uma doença crônica sujeita a recaídas e permanece como um problema crítico de saúde pública, resultando em mortes evitáveis em todo o mundo. **Objetivo:** Avaliar a existência de correlação entre a carga tabágica e os valores espirométricos capacidade vital forçada (CVF%), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1%) e a relação (VEF1/CVF) em pacientes tabagistas que foram atendidos no ambulatório de tabagismo do Hospital Universitário Antônio Pedro (Universidade Federal Fluminense). **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo através da revisão dos prontuários de 172 pacientes atendidos no ambulatório de tabagismo do Hospital Universitário Antônio Pedro entre os anos de 2011 e 2015. Os seguintes dados foram analisados: sexo, idade (anos), IMC (m<sup>2</sup>) e carga tabágica (maços/ano). Todos os pacientes realizaram espirometria antes do tratamento do tabagismo. Foram utilizados para o estudo os parâmetros funcionais percentuais do predito: capacidade vital forçada (CVF%), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1%) e a relação (VEF1/CVF). Utilizou-se o Teste de Correlação de Pearson para correlacionar a carga tabágica e os valores espirométricos CVF%, VEF1/CVF e VEF1. **Resultados:** Dos 172 pacientes tabagistas avaliados, 110 (64%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 53, 75±10, 04, do IMC de 27, 27±5, 56 e da carga tabágica de 45, 35±32, 58 maços/ano Quanto aos resultados encontrados na espirometria, os valores médios obtidos dos parâmetros CVF (%), VEF1/CVF e VEF1 (%) foram, respectivamente, 91, 81%±13, 89; 74, 08%±10, 67; 84%±16, 87. Uma fraca correlação foi observada entre a carga tabágica e os parâmetros funcionais CVF% (r = -0, 17), VEF1/CVF (r = -0, 26) e VEF1 (r = -0, 27). **Conclusão:** Embora a o tabagismo seja a principal causa evitável para o desenvolvimento da doença pulmonar obstrutiva crônica, a carga tabágica (maços/ano) apresentou apenas uma fraca correlação com os valores espirométricos estudados,

demonstrando que múltiplos fatores estão envolvidos no aparecimento da doença.

**Palavras-chave:** Tabagismo; carga tabágica; espirometria

**PO422 INTRODUÇÃO: DE METODOLOGIAS LÚDICAS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE TABAGISMO EM ESCOLAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**CELY CAROLYNE PONTES MORCERF<sup>1</sup>; ANA CLARA FANDINHO MONTES<sup>2</sup>; LAURA LERMEIN<sup>3</sup>; TAÍS MUNIZ DO CARMO MORAES UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** O tabagismo e todo o envolvimento psíquico da dependência é uma doença crônica e recorrente. O diagnóstico e a identificação do nível de dependência estão relacionados ao desequilíbrio entre o paciente e o consumo da substância, envolvendo estreitamente questões familiares ou relacionadas ao ambiente de convívio, fragilidade emocional por desamparo e outros acontecimentos no desenvolvimento do indivíduo desde a infância até a vida adulta. **Objetivos:** Tendo em vista o crescimento de ações e campanhas em combate ao tabagismo, acadêmicos de medicina criam projeto de educação em saúde utilizando metodologias lúdicas e inovadoras, com o intuito de utilizar a linguagem do público-alvo e facilitar a compreensão, fixação e intervenção de ações preventivas na infância e adolescência. **Metodologia:** Trabalho qualitativo, tipo relato de experiência. **Resultados:** O projeto, inicialmente chamado “Que Droga de Projeto” teve início em uma escola pública do Rio de Janeiro, com a participação de 100 estudantes entre 12 a 17 anos. Inicialmente foi realizado um estudo com agentes comunitários de saúde e médicos da clínica da família da região sobre o problema do tabagismo e a relação da abertura de bocas de fumo nas proximidades. Após grupos de estudo guiados e pesquisas em bases de dados, escreveu-se um projeto, apresentado à equipe, e que foi implementado para crianças em outras escolas do Rio de Janeiro, com ações anuais e expansão para um núcleo no Nordeste do Brasil. Tendo como foco o tabagismo, iniciou-se uma palestra dinâmica e interativa com os adolescentes envolvendo temas como substâncias psicoativas, patofisiologia da dependência do tabaco, nicotina e abstinência, que extraíram a percepção dos estudantes sobre os temas e esclareciam mitos e dúvidas com a teoria ensinada por acadêmicos de medicina. Posteriormente foi realizado uma gincana com perguntas e respostas para fixação e esclarecimento do que foi discutido. Foi apresentado teatro do oprimido e o musical “vícios e drogas” abordando sofrimento psíquico, compulsão e perda do controle do tabagismo. Ao final da atividade os estudantes criaram cartazes com lemas e pinturas que simbolizassem a luta contra o tabagismo e a presença do mesmo na realidade da comunidade. **Conclusão:** Fortemente associada ao desamparo, à fragilidade afetiva e a perpetuação de hábitos familiares em ambientes desestruturados, a gênese do tabagismo, apesar de complexa, quando estudada aponta para uma necessidade crescente de intervenções preventivas e educativas, assim como o suporte de saúde mental, acolhendo e educando o público de risco para o início da dependência do fumo. Propõe-se a ampliação de metodologias lúdicas para uma maior efetividade, aliando a promoção de saúde e a prevenção em escolas como a melhor forma de tratar o crescimento do problema. Necessita-se, portanto, engajamento e olhar diferenciado dos acadêmicos da saúde, assim como uma maior valorização de projetos educativos e preventivos.

**Palavras-chave:** Educação em saúde; pneumologia; tabagismo

**PO423 FATORES ASSOCIADOS AO TABAGISMO ENTRE GRADUANDOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO**

**REBECA MELO ZURITA\***; CLAUDIA BONADIMAN LIMA; WEMERSON JOSÉ CORRÊA DE OLIVEIRA; ALEXANDRE FIGUEIREDO ZOBIOLE; RAISSA CAROLINA DE ASSIS PINHEIRO; LUIS GUILHERME VAL RODRIGUES; PEDRO EDUARDO MUNIZ FLORES; VICTOR FRANCISCO FIGUEIREDO ROCHA SOARES E SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL.

**Introdução:** O tabagismo é uma doença crônica, além de ser fator de risco para diversas patologias. Atinge mundialmente 1,3 bilhão de indivíduos com 15 anos ou mais. São 6 milhões de óbitos/ano relacionados ao tabaco, sendo a principal causa de morte evitável, demonstrando a necessidade de políticas e ações de saúde e estudos que caracterizem a prevalência e o perfil do tabagismo na população brasileira. O conhecimento das características do tabagismo em grupos específicos pode propiciar ações dirigidas e, possivelmente, mais eficazes. A abordagem a estudantes de graduação, na maioria jovens, pode ser importante artifício no combate ao tabagismo, pois a interrupção precoce do uso do tabaco e seus derivados minimiza os riscos à saúde dos indivíduos a longo prazo.

**Objetivo:** Descrever os fatores associados ao tabagismo entre graduandos da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). **Metodologia:** Estudo transversal, realizado no primeiro semestre de 2015, com aplicação de questionários nos graduandos de todos os cursos da UFMT, em que foram coletados dados demográficos e sobre o status do tabagismo. A unidade amostral foi selecionada com os cursos separados por grandes áreas de conhecimento (CNPq). Realizou-se amostragem aleatória sistemática, proporcionalmente a quantidade de turmas de cada área. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2013 e analisados no EpiInfo. **Resultados:** Dentre os 489 graduandos pesquisados, 52,7% são do sexo masculino, sendo 5,7% Fumantes, 4,9% são Ex-fumantes e 89,4% Não Fumantes. Dentre os Fumantes, a maioria (67,9%) são homens e a faixa etária com maior prevalência foi dos 15-25 anos e 26-35 anos, ambas com 46,1%. Dentre os cursos, a Geologia encontra-se a maior prevalência de fumantes (14,3%); e a área de conhecimento com mais fumantes é a Ciências Exatas e da Terra (32,1%), seguidas de Ciências Humanas e Ciências Sociais, ambas com 21,4%. Entre os estudantes de Medicina 3,6% são fumantes. A idade do início do tabagismo foi entre 16-20 anos para 75% deles e a maioria o fizeram por simples curiosidade (71,4%). Quanto ao grau de dependência, 14,8% apresentam nível alto, 11,1% moderado e 74,1% leve. Destaca-se que apenas 37,1% desejam parar de fumar. **Conclusões:** Conclui-se que a maioria dos fumantes são do sexo masculino, tiveram a iniciação precoce e com baixo grau de dependência. A área do conhecimento com maior percentual de fumantes é a de Ciências Exatas e da Terra, sendo que a maior prevalência foi encontrada no curso de Geologia. Além disso, destaca-se a pequena percentagem de fumantes que desejam a cessação.

**Palavras-chave:** Tabagismo; universitários; prevalência

**PO424 CONHECIMENTO SOBRE O CIGARRO ELETRÔNICO ENTRE UNIVERSITÁRIOS**

**WEMERSON JOSÉ CORRÊA DE OLIVEIRA\***; CLAUDIA BONADIMAN LIMA; ALEXANDRE FIGUEIREDO ZOBIOLE; REBECA MELO ZURITA; PEDRO EDUARDO MUNIZ FLORES; RAISSA CAROLINA DE ASSIS PINHEIRO; LUIS GUILHERME VAL RODRIGUES; VICTOR FRANCISCO FIGUEIREDO ROCHA SOARES E SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL.

**Introdução:** O cigarro eletrônico surgiu em 2003 e desde então seu consumo tem se difundido. Trata-se de um produto ainda não regulado pela OMS, cujo uso é proibido no Brasil. Não se tem informações a respeito da quantidade de tabaco e demais substâncias liberadas por esse tipo de dispositivo, fato que gera grande discussão no meio científico. É grande temor que a divulgação do seu uso, corrobore para a reabilitação do tabagismo, desestabilizando as políticas para controle e prevenção do tabagismo. **Objetivos:** Descrever o conhecimento sobre o cigarro eletrônico entre graduandos da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). **Metodologia:** Estudo transversal, realizado no primeiro semestre de 2015, através da aplicação de questionário em graduandos de todos os cursos da UFMT. Foram coletados dados demográficos, status do tabagismo e questões sobre conhecimento e uso do cigarro eletrônico. A unidade amostral foi selecionada com os cursos separados por grandes áreas de conhecimento (CNPq). Realizou-se amostragem aleatória sistemática, proporcionalmente a quantidade de turmas de cada área. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2013 e analisados no Epi Info. **Resultados:** Participaram 489 voluntários, sendo que 52,7% deles são do sexo masculino, sendo 5,7% Fumantes, 4,9% são Ex-fumantes e 89,4% Não Fumantes. Dentre todos os pesquisados, 37% deles conhecem o cigarro eletrônico, sendo que a maioria tem entre 15-25 anos (84,71%), são solteiros (89,9%), não são fumantes (85,1%), não realizam trabalho remunerado (74,4%), e os pais possuem nível superior de escolaridade (51,9% das mães e 45,3% dos pais). Além disso, 63,4% acham o cigarro eletrônico prejudicial à saúde, aproximadamente 2,7% já experimentaram o cigarro eletrônico (7,18% entre os que conhecem o cigarro eletrônico) e 0,61% declarou fumar cigarro eletrônico frequentemente principalmente em locais públicos e festas. **Conclusões:** Conclui-se que a prevalência do uso do cigarro eletrônico é pequena. Todavia, detecta-se que a iniciação do uso do tabaco com este dispositivo é um fato e que os graduandos pesquisados tem o conhecimento sobre os malefícios deste uso, tanto dentre os fumantes quanto os não fumantes.

**Palavras-chave:** Cigarro eletrônico; tabagismo; universitários

**PO425 MOTIVAÇÃO E BARREIRAS PARA A CESSAÇÃO EM TABAGISTAS HOSPITALIZADOS**

**WILLIAM DE ALMEIDA CRUZ\***; LUCAS DE PAULA COSTA E SOUZA; LÍGIA MENEZES DO AMARAL

UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

**Introdução:** O tabagismo é um sério problema de saúde pública, a hospitalização é uma janela de oportunidade para a abordagem do tabagista. O conhecimento dos motivos e das barreiras para mudanças de hábitos relacionados ao uso do cigarro é fundamental para se realizar a abordagem motivacional e auxiliar o tabagista a alcançar a cessação.

**Objetivo:** Conhecer os motivos e as barreiras para a cessação do fumo dos pacientes tabagistas admitidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG (HU-UFJF). **Métodos:** Foi conduzido um estudo transversal retrospectivo, realizado no HU-UFJF. A amostra foi constituída por 102 usuários de tabaco internados no referido hospital de fevereiro de 2015 a maio de 2016. Os critérios de inclusão foram: pacientes maiores de 18 anos e com história de consumo de tabaco nos últimos 30 dias. Os de exclusão foram: Pacientes admitidos em

unidade de terapia intensiva e de transplante, pacientes sem condições de comunicação ou com comprometimento da consciência. Os participantes foram submetidos a uma entrevista semi-estruturada com perguntas que versavam sobre as motivações e barreiras para a cessação do fumo. **Resultados:** Dos 102 pacientes, 84, 31% apontaram a saúde como o motivo para abandonar o cigarro. 26, 47% fumantes afirmaram que problemas atuais de saúde, atribuídos ao tabagismo, eram os motivos para a cessação. Outra motivação apontada por 26, 47% foi referente aos gastos financeiros com cigarro. Na amostra estudada, 15, 68% relataram preocupação com os fumantes passivos, 14, 71% queixaram-se do mau cheiro do cigarro e 7, 8% alegaram prejuízo do convívio social. Dentre as barreiras para parar de fumar, a ansiedade foi a mais relatada por eles (23, 53%). O estresse foi considerado como barreira para a cessação em 13, 72% dos pacientes. A facilidade de aquisição do produto, a rotina em fumar e a dependência química à nicotina foi respondida, cada uma, por 12, 74% dos tabagistas. O sentimento de angústia foi atribuído como barreira para 10, 78% deles. **Conclusão:** A preocupação com a própria saúde foi o motivo mais citado no estudo, tal achado reforça a importância da abordagem do tabagismo durante a hospitalização, momento em que o paciente se torna especialmente sensibilizado para as questões da sua saúde. A motivação econômica citada por quase um terço desses pacientes nos alerta para o impacto do baixo custo dos cigarros contrabandeados. A preocupação com os fumantes passivos, em especial com a saúde dos familiares, o incômodo com o mau cheiro do cigarro e a exposição ao tabagismo passivo imposta a coabitantes são questões a serem valorizadas durante a abordagem. Dentre as barreiras, destacam-se as de natureza psicológica, visto que um grande número de fumantes atribui, equivocadamente, propriedades ansiolíticas ao tabaco. Informações sobre a motivação e as barreiras para parar de fumar são fundamentais para que se ofereça o tratamento do tabagista baseado nas melhores práticas.

**Palavras-chave:** Hospitalização; cessação; tabagismo

#### **PO426 FUMANTES QUE CESSAM O TABAGISMO AUMENTAM DE PESO?**

**EDNA JEREMIAS MARTINS\*;** NÓRIS COIMBRA SCAGLIA; GUSTAVO CHATKIN; JOSÉ MIGUEL CHATKIN

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, TAQUARA, RS, BRASIL.

**Introdução:** O aumento ponderal é uma das principais preocupações dos pacientes que procuram tratamento para cessação do tabagismo, principalmente para os do sexo feminino, aspecto importante para manutenção da abstinência. A modificação de peso clinicamente relevante é descrita por alteração de 5% do peso. **Objetivo:** Analisar a variação ponderal nos pacientes que cessaram o tabagismo, estimando o número necessário para causar dano (NNH - Number Needed to Harm), ou seja, para aumento de peso clinicamente significativo. **Métodos:** Trata-se uma coorte, onde pacientes (n=310) foram submetidos ao mesmo regime de terapia cognitivo comportamental associada à farmacoterapia no Ambulatório de Cessação de Tabagismo do Hospital São Lucas, em Porto Alegre, Brasil, de junho de 2007 a junho de 2016. Foi aferido o peso na avaliação inicial e no final do programa. Os pacientes foram agrupados conforme % de alteração de peso (5% como ponto de corte) O sucesso foi confirmado por teste de monóxido de carbono exalado <10ppm, além do relato do paciente. **Resultados:** Foram incluídos 310 pacientes, sendo que 168 obtiveram o sucesso no tratamento de cessação ao

tabagismo e 142 foram considerados como fracasso. No grupo sucesso, somente 1 (0, 6%) paciente perdeu mais de 10% do peso e 1 (0, 6%) de 10% à 5%, 24 (14, 3%) pacientes perderam de 5% à 0%, 7 (4, 2%) pessoas permaneceram com o peso inalterado, a maioria aumentou até 5% do peso inicial (n=67, 39, 9%), 46 (27, 4%) pessoas aumentaram de 5 à 10% e 22 (13, 1%) aumentaram mais de 10% do peso inicial. Observou-se um NNH de 3, 4 (IC95% 2, 6-5, 2). **Conclusão:** Este trabalho mostra que a cessação tabágica não está necessariamente relacionada a aumento clinicamente significativo de peso. A maioria dos pacientes que cessaram o tabagismo aumentaram até 5% do peso, não sendo considerado clinicamente relevante, sendo que 26 (15, 5%) dos pacientes perdera peso e 7 (4, 2%) permaneceram inalterado, e ainda a cada 3, 4 pessoas tratadas, 1 delas sofre aumento de peso maior que 5%.

**Palavras-chave:** Tabagismo; cessação; peso

#### **PO427 LEUCOCITOSE EM TABAGISTA – MITO OU REALIDADE?**

**LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS\*;** FERNANDA OLIVEIRA CHIBANTE; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; THIAGO PRUDENTE BÄRTHOLO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O tabagismo é fator de risco para diversos agravos de saúde principalmente pneumopatias, cardiopatias e neoplasias diversas. Nos exames laboratoriais de rotina o tabagismo classicamente está associado a aumento de hematócrito levando a eritrocitose. Além desta última, a presença de leucocitose no sangue periférico tem sido descrita em pacientes tabagistas. **Objetivos:** Avaliar a presença de leucocitose nos pacientes tabagistas atuais em acompanhamento no Ambulatório de Tabagismo da Pneumologia UERJ **Métodos:** Foram recrutados 50 pacientes tabagistas atuais do ambulatório de Tabagismo de Pneumologia UERJ entre janeiro e maio de 2016. Destes 33 mulheres e 17 homens com média de idade de 62, 8 anos. Todos os pacientes realizaram coleta de sangue periférico para avaliação de hemograma com contagem de leucócitos totais. Os critérios de inclusão foram tabagistas atuais com carga tabágica maior que 20 maços ano. Os critérios de exclusão foram presença de história pregressa ou atual de doença hematológica e presença de intercorrência infecciosa / inflamatória nas últimas 6 semanas anteriores a coleta de amostra sérica. **Resultados:** Na avaliação dos leucócitos totais dos pacientes recrutados neste estudo apenas 1 paciente (2%) apresentou leucocitose. Nenhum paciente apresentou leucopenia. A média dos leucócitos totais foi de 7101 leucócitos / mm<sup>3</sup>. **Conclusão:** De acordo com os dados deste estudo não há correlação entre tabagismo atual e presença de leucocitose no sangue periférico. Outros estudos com uma amostra mais robusta devem ser conduzidos para definir ou descartar esta associação.

**Palavras-chave:** Tabagismo; leucocitose; hemograma

#### **PO428 PREVALÊNCIA DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM PACIENTES EM TRATAMENTO NO AMBULATÓRIO DE TABAGISMO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.**

**MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO\*;** TÚLIO MARTINS VIEIRA; ANGELA SANTOS FERREIRA; MARINA REZENDE DO NASCIMENTO; CYRO TEIXEIRA SILVA JUNIOR; ELIAS DE OLIVEIRA TOLEDO; EDUARDO MORENO DE MELLO ARRUDA E SILVA; PALOMA FERREIRA MEIRELES VAHIA

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crônica é a maior causa de morbidade e mortalidade no mundo. É uma doença comum tratável e prevenível, caracterizada pela limitação fixa do fluxo aéreo de caráter progressivo que apresenta como principal agente causador o tabagismo. O tabagismo é considerado uma doença crônica sujeita a recaídas e permanece como um problema crítico de saúde pública, resultando em mortes evitáveis em todo o mundo. Embora 70% dos fumantes afirmem que gostariam de deixar de fumar, menos de 10% param por conta própria. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da doença pulmonar obstrutiva crônica em pacientes tratados no ambulatório de tabagismo do Hospital Universitário Antônio Pedro (Universidade Federal Fluminense). **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo através da revisão dos prontuários de 172 pacientes atendidos no ambulatório de tabagismo do Hospital Universitário Antônio Pedro que realizaram espirometria entre os anos de 2011 e 2015. Os seguintes dados foram analisados: sexo, idade (anos), IMC (kg/m<sup>2</sup>) e carga tabágica (maços/ano). Todos os pacientes realizaram espirometria antes do tratamento do tabagismo. Foram excluídos os pacientes portadores de asma. Foram utilizados para o estudo os parâmetros funcionais percentuais do predito: capacidade vital forçada (CVF%), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1%) e a relação (VEF1/CVF). Por se tratar de pacientes tabagistas, utilizou-se como critério diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica o Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) de 2015, que estabelece o diagnóstico de DPOC quando a relação VEF1/CVF pós prova broncodilatadora é <0,70. Os resultados foram apresentados em média e desvio padrão. **Resultados:** Dos 172 pacientes tabagistas avaliados, 110 (64%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 53, 75 ± 10, 04, do IMC de 27, 27 ± 5, 56 e da carga tabágica de 45, 35 ± 32, 58 maços/ano. Quanto aos resultados encontrados na espirometria, os valores médios obtidos dos parâmetros CVF (%), VEF1/CVF e VEF1 (%) foram, respectivamente, 91, 81% ± 13, 89; 74, 08% ± 10, 67; 84% ± 16, 87. Dentre os pacientes avaliados, 40 (23, 12%) apresentaram critérios diagnósticos de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Conclusão:** O tabagismo é principal fator de risco prevenível para o desenvolvimento da doença pulmonar obstrutiva crônica. Dos pacientes tabagistas tratados no ambulatório de tabagismo tratados no hospital universitário Antonio Pedro, 40 (23, 12%) foram diagnosticados como portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. Esses achados estão de acordo com os estudos descritos na literatura, que é de aproximadamente 21, 9%.

**Palavras-chave:** Tabagismo; doença pulmonar obstrutiva crônica; espirometria

#### PO429 PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO

**CARLOS LEONARDO CARVALHO PESSÔA\*<sup>1</sup>; SORAIA SOUZA CERQUEIRA<sup>2</sup>; NEIZA CRISTINA PEREIRA DA SILVA<sup>2</sup>; MARILENE GONZAGA VIEIRA<sup>2</sup>; ROBERTA SUAREZ PESSÔA<sup>2</sup>**

1. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL; 2. SAMCORDIS, NITERÓI, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Organização Mundial da Saúde considera o tabagismo a principal causa de morte evitável no mundo. É um problema de saúde pública e fator causal de várias doenças. **Objetivo:** Caracterizar perfil de pacientes participantes de um programa de cessação de tabagismo (PCT) **Métodos:** Análise retrospectiva de questionários preenchidos por participantes de um PCT privado das cidades de Niterói e São Gonçalo no Rio de Janeiro. O

programa inclui 7 encontros, com palestras educativas e motivacionais, acompanhamento médico, orientação nutricional, prescrição de medicações e terapia cognitiva comportamental (TCC). Foram avaliados: idade, idade do início do tabagismo, sexo, origem do encaminhamento, escolaridade, estágio motivacional, teste de Fagerström, tentativas prévias, motivo da tentativa de interromper tabagismo, presença de comorbidades psiquiátricas, uso de apoio farmacológico **Resultados:** Cento e doze participantes, entre 30 e 80 anos, média 55, 5 ± 9, 5. A média de idade do início do tabagismo foi 16, 6 anos (± 6, 3). Setenta (62, 5%) do sexo feminino. Pacientes foram encaminhados mais comumente por médicos 62 (55, 4%) ou por amigos ou parentes 37 (33%). Cinquenta e três (47, 3%) participantes com no mínimo o segundo grau incompleto. Dez (8, 9%) pacientes encontravam-se na fase pré-contemplativa, 74 (66%) na contemplativa e 28 (25, 1%) na de preparação. Dezoito (16, 1%) apresentavam grau de dependência de nicotina médio, 39 (34, 9%) elevado e 33 (29, 5%) muito elevado. Cem (89, 3%) pacientes referiram ao menos uma tentativa anterior de interrupção do tabagismo. Os principais motivos para a busca da interrupção foi preocupação com a saúde no futuro 95 (84, 8%). Setenta e oito (69, 3%) tinham história prévia ou atual de transtorno psiquiátrico, 39 (34, 8%), tratamento atual ou prévio na psiquiatria ou psicologia, 78 (69, 6%) tiveram ansiedade e/ou depressão consideradas possível ou provável segundo a escala HAD (hospital anxiety and depression scale) e 25 (22, 3%) referiram história de ideação suicida. Noventa e sete (86, 6%) receberam alguma forma de apoio farmacológico no tratamento. Setenta e oito (69, 6%) interromperam o tabagismo. **Discussão:** A predominância de mulheres na busca da interrupção do tabagismo é quase unanimidade na literatura. As médias das idades do início do tabagismo e do início do tratamento evidenciam o tempo que esta amostra expôs-se a esta dependência e seus riscos. A elevada escolaridade deste grupo difere do habitualmente visto nos estudos. Uma das razões do alto índice de interrupção nesta amostra, talvez seja o fato da maioria já ter realizado ao menos uma tentativa anterior, pois quanto maior o número de tentativas, mais próximo se está da interrupção definitiva do tabagismo. Por outro lado, o alto grau de dependência a nicotina e a elevada prevalência de transtornos psiquiátricos do grupo poderiam aumentar a possibilidade de insucesso no tratamento. Some-se a estas dificuldades, o frequente relato de ideação suicida que também pode limitar o uso de alguns fármacos. Apesar disso, quase 70% interrompeu o tabagismo, similar aos melhores resultados observados em outros estudos. **Conclusões:** Nesta amostra há predominância de mulheres, elevada escolaridade, frequente relato de tentativas anteriores, elevada prevalência de transtornos psiquiátricos e de ideação suicida. Fundamental a avaliação das características individuais e do grupo em tratamento para aperfeiçoamento da TCC e da droga auxiliar.

**Palavras-chave:** Tabagismo; programa de cessação de tabagismo; ideação suicida

#### PO430 AMBULATÓRIO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO E RASTREAMENTO PRECOZO DA DPOC

**BARBARA CRISTINA GRIZZO<sup>1</sup>; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO<sup>2</sup>; SAULO EMMANUEL FREIRE SANDES SANTOS<sup>2</sup>; THIAGO GONZALES MARQUES<sup>2</sup>; MARIA BERNARDO TONOLLI<sup>2</sup>; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS<sup>2</sup>; CAMILA FRANÇA REDIVO<sup>2</sup>; VANESSA DA PENHA RIBEIRO<sup>2</sup>**  
IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada pela limitação crônica do fluxo

aéreo e o tabagismo é o fator de risco mais comumente encontrado. A DPOC apresenta prevalência elevada e grande impacto sócio econômico. Existe uma tendência ascendente do número de casos diagnosticados com a manutenção das taxas de prevalência do tabagismo e envelhecimento da população. A DPOC é frequentemente subdiagnosticada. Há vários anos o programa para cessação do tabagismo do HSPE/ Iamspe inclui espirometria entre os exames solicitados na avaliação inicial dos tabagistas. Esta conduta é importante para o diagnóstico precoce da DPOC. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de DPOC entre os tabagistas atendidos no ambulatório para cessação de tabagismo. **Métodos:** Análise retrospectiva dos dados demográficos, clínicos, espirométricos e teste de Fargestrom. Os dados foram obtidos através da análise dos prontuários de 65 pacientes que procuraram ambulatório para cessação de tabagismo de janeiro a setembro 2015. Foi utilizado o critério de VEF1/CVF < 0, 7 para diagnóstico DPOC e classificação GOLD. **Resultados:** Foram avaliados 65 pacientes sendo 72, 3% do sexo feminino, com idade média de 57, 7 anos (29-75 anos). O teste de Fargestrom (média  $\pm$  desvio padrão) foi 5, 90  $\pm$  2, 06. Não houve relato de comorbidades em 20% da amostra. As comorbidades relatadas pelos demais pacientes foram Câncer (1/0, 01%), Diabetes Mellitus (9/14%), Psicopatias (10/15%), Hipertensão (23/35%), DPOC (12/18%). Pelo critério espirométrico 44, 6% dos pacientes foram diagnosticados com DPOC, sendo que 41% destes já apresentavam diagnóstico prévio. Segundo classificação de GOLD na amostra avaliada: DPOC leve 48%, DPOC moderado 45%, DPOC grave 7% e DPOC muito grave 0%. **Conclusão:** Entre os pacientes atendidos no ambulatório para cessação do tabagismo do HSPE/Iamspe 44, 6% tem diagnóstico de DPOC. Como em estudos prévios a prevalência de DPOC na nossa amostra foi maior do que a descrita na população geral, embora tenhamos encontrado um maior número de casos de DPOC leve e moderado, ao contrário do descrito por de Godoy em 2007. O subdiagnóstico da DPOC pode causar aumento da morbidade e mortalidade decorrentes da doença. O diagnóstico correto, nas fases iniciais de doença, permite o tratamento para cessação do tabagismo e controle sintomático, reduzindo o impacto da doença. Os programas para cessação do tabagismo podem funcionar como meio de diagnóstico da DPOC em fases precoces.

**Palavras-chave:** DPOC; espirometria; tabagismo

#### **PO431 A ATUAÇÃO NO SERVIÇO DE TABAGISMO COMO OPORTUNIDADE DE CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EM ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

**FREDERICO CASTRO COSTA PÓVOA\*;** JAYSA LADEIRA RAMOS;  
**LAIS RODRIGUES DO VALE;** MARIA ANGÉLICA VIEIRA TEIXEIRA;  
**MARIANA CRISTINA DIAS GOMES;** MIRELA DE OLIVEIRA ANDRÉ;  
**THAMIRIS VILELA PEREIRA;** LÍGIA MENEZES DO AMARAL  
UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

**Introdução:** A entrevista motivacional (EM) é um estilo de abordagem realizada por meio de uma conversa colaborativa, que almeja a resolução da ambivalência/conflicto para fortalecimento da motivação e comprometimento do usuário em relação à modificação de um determinado comportamento de risco. Foi desenvolvida em 1983 como uma contribuição efetiva ao tratamento da dependência química. A literatura tem demonstrado a importância da utilização da EM em diversos campos de intervenção, dentre eles o tabagismo, por se tratar de uma abordagem que tem uma meta específica. Esse tipo de entrevista, requer um estilo colaborativo, evocativo e respeito à autonomia do usuário, tendo como base os seguintes princípios: expressar

empatia, desenvolver discrepância, evitar argumentação, acompanhar a resistência e promover a auto eficácia.

**Objetivos:** Descrever a importância da experiência da EM para os profissionais de saúde, no serviço de tabagismo, como oportunidade para a familiarização com este instrumento e sua aplicação nas demais intervenções em saúde. **Métodos:** A equipe de residência multiprofissional em saúde do adulto composta por psicólogo, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, farmacêutico, enfermeiro, assistente social e médico, participa das ações do Centro Interdisciplinar de Pesquisas e Intervenção em Tabagismo HU-UFJF, recebendo treinamento e realizando a EM nos pacientes tabagistas admitidos na instituição. **Resultados:** Durante o período de inserção do profissional de saúde no Serviço de Tabagismo, o mesmo é exposto aos preceitos da EM e da sua aplicabilidade nas situações que demandam mudanças comportamentais, sendo capaz de desenvolver as habilidades necessárias para transpor esses conhecimentos às suas diversas áreas de atuação. **Conclusão:** A motivação é condição imprescindível para promover a cessação do tabagismo e a manutenção da abstinência. A EM busca o fortalecimento da motivação e o comprometimento com a mudança. Essa é alicerçada em seus elementos, parceria, aceitação, evocação, compaixão e atuação profissional com equilíbrio e equanimidade. Capacitar o profissional de saúde para conduzir a EM e construir o seu trabalho com a escuta ativa é um dever das instituições formadoras em saúde. A atuação no serviço de tabagismo apresenta-se como uma experiência oportuna para o desenvolvimento e treinamento de habilidades de comunicação deste estilo de abordagem. Dessa forma, o conhecimento adquirido poderá ser utilizado nas mais diversas áreas de atuação.

**Palavras-chave:** Tabagismo; capacitação; entrevista motivacional

#### **PO432 TERAPIA DE REPOSIÇÃO À NICOTINA EM TABAGISTAS ADMITIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

**FREDERICO CASTRO COSTA PÓVOA\*;** JAYSA LADEIRA RAMOS;  
**LAIS RODRIGUES DO VALE;** MARIA ANGÉLICA VIEIRA TEIXEIRA;  
**MARIANA CRISTINA DIAS GOMES;** MIRELA DE OLIVEIRA ANDRÉ;  
**THAMIRIS VILELA PEREIRA;** LÍGIA MENEZES DO AMARAL  
UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

**Introdução:** A maior causa de morte evitável no mundo é o tabagismo. Pesquisas mostram uma redução constante no percentual de tabagistas no Brasil, de 15, 7% para 10, 4%, no período de 2006 a 2015. A nicotina é a substância responsável pela adicção ao tabaco, sem a qual o indivíduo fumante estará sujeito às manifestações de abstinência. Entre os sintomas da abstinência física à nicotina, estão: dificuldade de concentração, alterações de humor, raiva, ansiedade e aumento do apetite. Uma das opções de terapia medicamentosa visa fornecer doses progressivamente menores de nicotina para reduzir esses sintomas, enquanto poupa o paciente dos efeitos nocivos dos outros componentes do cigarro. O Teste de Fagerström é um instrumento que tem por objetivo estimar o grau de dependência à nicotina. Foi validado no Brasil no ano de 1991, e é utilizado como uma das ferramentas na terapia para ajudar a cessação ao tabaco. Para prevenir o desconforto e promover auxílio na cessação aos tabagistas admitidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), o serviço de tabagismo fornece tratamento motivacional e medicamentoso, quando indicado. **Objetivos:** Determinar o grau de dependência à nicotina dos pacientes tabagistas admitidos no HU-UFJF e avaliar a importância da TRN na prevenção e redução dos

sintomas de abstinência. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal retrospectivo de prevalência de dependência à nicotina através do Teste de Fagerstrom em 196 pacientes tabagistas admitidos no HU-UFJF, no período de julho de 2015 a julho de 2016, baseado na revisão do banco de dados do Serviço de Tabagismo. Foi realizada análise estatística descritiva. **Resultados:** Dos 196 pacientes tabagistas avaliados, 24% apresentaram grau de dependência à nicotina Muito Baixo (0-2); 23% Baixo (3-4); 15, 8% Médio (5); 27, 5% Elevado (6-7) e 9, 7% Muito Elevado (8-10). O grau de dependência Elevado foi o que agrupou o maior número de tabagistas. **Conclusão:** A dependência à nicotina pelos pacientes hospitalizados no HU-UFJF alcançou um valor expressivo. Neste cenário, a disponibilidade da TRN e a realização da abordagem motivacional tornam-se estratégias fundamentais para aliviar os sintomas da abstinência à nicotina durante a internação além de otimizar a oportunidade da hospitalização para se alcançar a abstinência a longo prazo.

**Palavras-chave:** Terapia de reposição de nicotina; hospital; tabagismo

### **PO433 A AUTOEFICÁCIA PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**ALINE SILVA FERAZ LOPES\***; **IGOR CARNEIRO VALVERDE**; **MARIA RITA SOARES FONSECA**; **SARA LUA BUENO MARTINS DE SOUZA**; **MARIANE APARECIDA DA SILVA**; **THAMIRES ALVES TOMAZ DOS SANTOS**; **LÍGIA MENEZES DO AMARAL**  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.*

**Introdução:** O tabagismo é considerado uma pandemia pela OMS e mata mais que a soma das outras causas de mortes evitáveis. O serviço realizado pelo Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Tabagismo (CIPIT) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) promove a intervenção em pacientes tabagistas hospitalizados por meio de abordagens motivacionais e farmacológicas, com o objetivo de auxiliar na cessação. A autoeficácia é o julgamento do sujeito sobre sua habilidade em desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, a autoeficácia se relaciona intimamente com o sucesso ou não da cessação do tabagismo. É essencial a avaliação da autoeficácia para aprimoramento da entrevista motivacional, para melhores resultados na cessação. **Objetivos:** Avaliar a autoeficácia para cessação do tabagismo em pacientes hospitalizados no HU-UFJF e o percentual de cessação alcançados nos 30 dias após a alta hospitalar. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, onde avaliou-se registros de 66 pacientes tabagistas hospitalizados no HU-UFJF, no período de março a junho de 2016, dos quais 48 tiveram seguimento por telefone pós-alta. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos, ou sem condição clínica para responder os questionários. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFJF e os pacientes incluídos concordaram em participar, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Avaliou-se: grau de dependência à nicotina pelo teste de Fagerstron, cessação, recaídas após a alta hospitalar e autoeficácia. A abordagem da autoeficácia se deu em uma escala de 0 a 10, em que 0 significava nenhuma autoeficácia, demonstrando baixa autoconfiança para alcançar a cessação, e 10 o valor máximo de autoeficácia. Os pacientes foram alocados segundo suas respostas em Grupo 1 – Baixa autoeficácia (valores de 0 a 4), Grupo 2 – Média autoeficácia (5 a 7) e Grupo 3 – Elevada autoeficácia (8 a 10). Resultados O valor de moda encontrado para o teste de Fagerstron foi 6, considerado como dependência elevada, aparecendo em 18, 18% dos

casos relatados. Com relação à autoeficácia o valor mais frequentemente encontrado foi de 10, aparecendo em 36, 36% dos casos relatados. Em 18 pacientes não foi possível contato após a alta e em 48 pacientes foi realizado follow up por telefone. Dos 66 pacientes avaliados, 26 (39, 4%) relataram estar abstinentes desde que saíram do hospital, 20 (30, 3%) relataram recaída e 2 (3, 03%) não informaram sobre o consumo de cigarros pós-alta. Não foi possível contato por telefone com 18 (27, 27%) pacientes, sendo esses considerados, para efeito de análise, como não abstinentes. Dos pacientes abstinentes após a alta, 17 (65, 38%) apresentavam elevado grau de autoeficácia (Grupo 3), entre os pacientes que mantiveram o tabagismo, 23 (57, 50%) estavam no mesmo grupo. Conclusão Observamos maior porcentual de indivíduos com elevada autoeficácia no grupo que permaneceu abstinente após a alta, em comparação com o grupo que manteve o tabagismo. Visto que optamos por considerar todos os pacientes com os quais não foi possível contato como não abstinentes, essa diferença pode ser ainda mais expressiva. A avaliação de autoeficácia é um importante componente da entrevista motivacional, sendo parte fundamental da abordagem da ambivalência do tabagista. Estratégias que reforcem a autoconfiança do indivíduo no processo de mudança devem ser estimuladas para o sucesso no alcance da abstinência.

**Palavras-chave:** Autoeficácia; cessação; tabagismo

### **PO434 PROGRAMA DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TABAGISMO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO: PRINCIPAIS COMORBIDADES RELACIONADAS AO TABAGISMO**

**MARINA REZENDE DO NASCIMENTO\***; **YVE CARDOSO DE OLIVEIRA**; **TÚLIO MARTINS VIEIRA**; **EDUARDO MORENO DE MELLO ARRUDA E SILVA**; **ANGELA SANTOS FERREIRA**; **REGINA CELIA SIQUEIRA SILVA**; **VILMA APARECIDA DA SILVA FONSECA**; **MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO**  
*UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** O tabagismo é um problema de saúde pública mundial, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável no mundo. A exposição ao tabaco é importante fator de risco para várias comorbidades, predispondo o indivíduo fumante à ocorrência de aproximadamente 50 doenças não transmissíveis e fatais, principalmente as doenças cardiovasculares (HAS e IAM), respiratórias (DPOC) e neoplasias (câncer de pulmão), entre outras. **Objetivos:** Analisar as principais comorbidades relatadas pelos pacientes tabagistas ao ingressarem nos grupos de tratamento do tabagismo. **Métodos:** Foram avaliados 224 pacientes, que participaram de pelo menos 4 das 6 sessões de grupo do tratamento do tabagismo no Hospital Universitário Antônio Pedro no período entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2015. Os dados foram coletados através das fichas das entrevistas iniciais dos participantes. **Resultados:** Dos 224 pacientes avaliados, 147 (66%) eram do sexo feminino, sendo a média de idade do grupo de 57, 04 ± 9, 83 anos. Os pacientes fumavam em média 21, 47 ± 10, 2 cigarros por dia. A maioria (69%) possuía grau elevado ou muito elevado de dependência à nicotina. Dentre as comorbidades relatadas, 103 (45, 98%) referiram hipertensão arterial sistêmica (HAS), 84 (37, 5%) gastrite, 52 (23, 12%) DPOC, 59 (26, 34%) gengivite, 41 (18, 3%) alcoolismo, 33 (14, 73%) distúrbios mentais (ansiedade e/ou depressão) e 27 (12, 05%) diabetes mellitus. **Conclusões:** A maioria dos pacientes apresentou diversas comorbidades. Hipertensão arterial sistêmica (45, 98%), gastrite (37, 5%) e DPOC (23, 12%) foram as principais doenças associadas.



Dentre estas, observou-se elevado índice de HAS se comparado a estudos de prevalência de base populacional no Brasil, nos quais se observam valores médios de 32, 5% para essa doença.

**Palavras-chave:** Tabagismo; comorbidades; dependência à nicotina

#### **PO435** CENÁRIO DO TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA

**REBECA MELO ZURITA\*<sup>1</sup>; ROBSMEIRE CALVO MELO ZURITA<sup>2</sup>; TIEMI THAIS TOMONAGA<sup>1</sup>; ANDRE GUSTAVO DE CASTRO E SILVA<sup>2</sup>; DENIZE DALCIN MOREIRA POSSATO<sup>2</sup>; SOLANGE APARECIDA BRAZIEL<sup>2</sup>**

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL.

**Introdução:** O Brasil é considerado referência mundial no controle do tabaco, resultado de um longo trabalho voltado a este propósito, intensificado desde a década de 1980. O município de Maringá-Paraná desenvolve ações para o tratamento de cessação do tabagismo na atenção básica e na atenção secundária desde a década de 90. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) implantadas do município, a maioria dos profissionais recebeu treinamento e capacitação para realizarem os grupos de tratamento do tabagismo. A equipe de saúde na atenção básica tem entre suas ações na prática cotidiana, acolher e avaliar o usuário tabagista. Essa avaliação deve incluir uma investigação das principais doenças e fatores de risco relacionados ao tabagismo, bem como da avaliação do grau de dependência da pessoa ao cigarro, seu estágio de motivação para a cessação do tabagismo e suas preferências para o tratamento. **Objetivo:** Descrever o nível de dependência a nicotina, o perfil epidemiológico dos usuários tabagistas e o cenário de tratamento do tabagismo na UBS Iguacu. **Metodologia:** Estudo transversal com oito grupos de tabagismo, com um total de 124 entrevistados, no período de junho de 2015 a julho de 2016, para cessação do tabagismo na UBS Iguacu, no município de Maringá-Paraná. As reuniões dos grupos tabagista eram semanalmente, com um total de 5 sessões. Houve a aplicação do teste de Fagerstrom no início do tratamento e um questionário com dados epidemiológicos. Esses dados foram calculados no programa Microsoft Office Excel 2013. **Resultados:** A partir do teste aplicado com todos os 124 participantes, sete pessoas foram classificadas com dependência muito baixa de nicotina; 22 pessoas com resultado baixo, 26 com resultado médio; 52 com resultado elevado e 17 pessoas classificadas com resultado muito elevado de dependência. Destas pessoas, 69 são do sexo feminino (55, 6%) e 55 do sexo masculino (44, 35%). Em relação a idade dos participantes, 9 pessoas possuíam menos de 30 anos (7, 25%), 33 tinham entre 31-40 anos (26, 6%), 34 pessoas tinham 41-50 anos (27, 4%), 30 pessoas tinham entre 51-60 anos (24, 2%) e 19 indivíduos tinham mais de 60 anos (15, 3%). Estavam sem fumar na quarta sessão 36 pacientes (29, 03%). Dentre estes, receberam apoio medicamentoso 58 pacientes (46, 77%). **Conclusão:** Os profissionais da atenção básica assumem um papel de destaque nesse cenário já que, a partir da oferta de cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, se encontram em posição privilegiada para o fortalecimento do vínculo, aumentando sensivelmente a efetividade do tratamento para cessação de tabagismo. Para tanto, foram fundamentais o incentivo e a adoção de ações educativas e de tratamento, aliados a medidas legislativas, publicitárias e econômicas.

**Palavras-chave:** Tabagismo; abandono do uso de tabaco; programa nacional de controle do tabagismo

#### **PO436** CAMPANHA ANTI-TABACO 31/5/2016 HSPE: QUEM SÃO OS INTERESSADOS?

**CAMILA FRANÇA REDIVO\*<sup>1</sup>; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; MARIA BERNARDO TONOLLI; THIAGO GONZALES MARQUES; VANESSA DA PENHA RIBEIRO; BARBARA CRISTINA GRIZZO; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS; RICARDO MILINAVICIUS**  
HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

O tabagismo é a causa de mais de 50 doenças, entre estas várias doenças respiratórias crônicas. As campanhas nas datas comemorativas têm por finalidade prevenir a iniciação do tabagismo e estimular a cessação. O público alvo são tabagistas e ex-tabagistas interessados em obter informações e orientações. Existem várias revisões que confirmam a efetividade das campanhas (Durkin, Brennan, & Wakefield, 2012; Nacional Cancer Institute, 2008; US Department of Health and Human Services, 2012). As campanhas têm efeitos diretos influenciando crenças, atitudes, intenções e comportamentos dos tabagistas. Entre os efeitos indiretos estão a discussão pública sobre o tabagismo e possíveis mudanças de política de saúde pública. O dia mundial sem tabaco (31 de maio) foi instituído pela OMS, em 1987, com o objetivo de alertar os governos e a sociedade em geral sobre as questões relacionadas ao tabagismo. O HSPE realiza anualmente campanha nesta data, quando são distribuídos panfletos educativos, aplicado o teste de Fagerström e medido monóxido de carbono no ar exalado (COex), além de orientações sobre os locais onde há tratamento para tabagismo. **Objetivo:** avaliar as características do público que procurou atendimento para orientação sobre cessação do tabagismo em uma campanha. **Métodos:** estudo retrospectivo de dados coletados de usuários do hospital e público geral atendidos no dia 31 de maio de 2016. Foram analisados dados demográficos e informações sobre a dependência à nicotina (teste de Fagerström e medidas de monóxido de carbono no ar exalado). A medida do monóxido de carbono no ar exalado (COex) foi realizada com a técnica padronizada utilizando-se o monoxímetro Micro Medical®. **Resultados:** Após divulgação com cartazes afixados no HSPE foi realizado atendimento do público que espontaneamente procurou o local onde ocorreu a campanha das 9 às 16h. Foram atendidos 66 tabagistas, sendo 30 usuários do HSPE (45, 4%) e 36 externos (54, 6%); 57, 6% eram do sexo feminino; a idade média foi de 55, 42 anos (mínimo 31 a e máximo 76 a); o teste de Fagerström foi 4, 53 ± 2, 71; CO (ppm) 18 ± 12, 21 e %COHb 2, 88 ± 1, 95. **Conclusões:** Na campanha avaliada neste estudo foram atendidos 66 tabagistas, sendo a maioria do sexo feminino, com mais de 50 anos e não usuário do hospital, com teste de Fagerström compatível com dependência física a nicotina moderada à elevada e monoximetria que evidenciou consumo elevado de cigarros nas últimas 8 horas. Concluímos que foram alcançados os objetivos da campanha: informar os tabagistas sobre o grau de dependência à nicotina, o resultado da monoximetria e orientar sobre os aspectos práticos da cessação do tabagismo. Campanhas de tabagismo esclarecem a população sobre a importância das medidas de controle do tabaco e provavelmente têm impacto sobre o consumo de cigarros e os indicadores de saúde. Possivelmente, estas medidas motivem os fumantes a tentarem parar de fumar.

**Palavras-chave:** Campanha; tabagismo; cessação

#### **PO437** ABSTINÊNCIA AO TABACO PRÉ ESPIROMETRIA: MITO OU VERDADE? (2009-2016)

**VANESSA DA PENHA RIBEIRO\*<sup>1</sup>; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS;**

**BARBARA CRISTINA GRIZZO; CAMILA FRANÇA REDIVO; MARIA BERNARDO TONOLLI; THIAGO GONZALES MARQUES; GUILHERME NOGUEIRA SPINOSA**  
*IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Os pacientes encaminhados para espirometria no Serviço de Provas de Função Pulmonar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo são informados, previamente ao exame, que não devem fumar no dia da realização do mesmo. O Consenso Brasileiro de Espirometria recomenda que o paciente não fume pelo menos 2 horas antes do exame. Na literatura há diversos estudos que relatam várias alterações funcionais que ocorrem em resposta à exposição aguda ao tabagismo. **Objetivos:** Verificar se os pacientes que informam serem tabagistas, não fumaram antes da realização da prova de função pulmonar. Comparar os resultados obtidos em 2016 com os resultados de 2009. Métodos Nos meses de junho e julho de 2016 e 2009 foram avaliados os pacientes que realizaram espirometria e referiam ser tabagistas. Foram avaliados dados demográficos, carga-tabágica, medido o monóxido de carbono no ar exalado (COex) por técnica padronizada utilizando-se o monoxímetro Micro Medical. Realizada análise retrospectiva dos dados obtidos nas amostras. Resultados Foram avaliados em 2016 uma amostra de 12 pacientes com idade média de 55, 8 anos (34-66 anos), sendo 9 mulheres (75%). A carga tabágica média foi de 29(5-54) maços/ano. A monoximetria resultou 9, 58 (3-17)ppm. Entre os pacientes avaliados, 8(66%) preenchem critérios espirométricos para DPOC. Na amostra de 2009(28 pacientes), 57% eram homens, com idade média de 61 anos (37-81 anos). A carga tabágica média foi de 19, 5 (11-55)maços/ano. A monoximetria foi de 11, 5 (2, 0-34, 0)ppm. Conclusão Embora as amostras analisadas sejam pequenas, observamos que a prevalência de tabagistas com monoximetria elevada previamente à realização da espirometria se mantém alta: 95% em 2009 e 92% em 2016. A maioria dos fumantes, embora instruído para a abstenção do fumo antes dos testes de função pulmonar, tem altos níveis de COex por ocasião do teste, mostrando não adesão às recomendações dadas pelo laboratório.

**Palavras-chave:** Tabagismo; provas de função pulmonar; monoximetria

**PO438 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TABAGISTAS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CUIABÁ/MT**  
**VITOR HIROSHI NUNES MOTIZUKI\*;** ANNA KAROLYNA ROSA MACHADO; FERNANDO ROSSATO SALVI; CAROLLINA DALL'ASTA MIOTTO; GEOVANNA ESTHER PASSARINI; CLEIDE LÚCIA MEIRA JESUS; MARINA DE LA CRUZ MOTA; WEMERSON JOSÉ CORRÊA DE OLIVEIRA  
*UFMT, CUIABA, MT, BRASIL.*

**Introdução:** O tabaco é a maior causa externa de doenças não transmissíveis e é responsável por mais morte do que obesidade, tanto em países desenvolvidos quanto mundialmente. Nessa perspectiva, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo desenvolve três ações centrais: prevenir a iniciação, incentivar a cessação do tabagismo e promover ambientes livres de tabaco. A promoção da saúde no SUS contribui para ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Para que essas ações sejam efetivas, é necessário analisar os determinantes sociais dos tabagistas, avaliando quais são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença. **Objetivos:** Determinar o perfil e a prevalência dos usuários de tabaco em nove Unidades

Básicas de Saúde em Cuiabá-MT. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com usuários tabagistas de nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Cuiabá – MT, em agosto de 2016. Os dados, obtidos através de questionário elaborado pelos autores especificamente para esta pesquisa, foram digitados e tabulados no programa Microsoft Excel 2013, analisados através do programa Epi Info 3. 5. 2., considerando intervalo de confiança de 95%, sendo o teste de qui-quadrado utilizado para avaliar as diferenças estatísticas. **Resultados:** Dos 99 usuários pesquisados, a média de idade foi de 47, 15 anos ( $\pm$  23, 33) e proporção entre homens e mulheres foi de 1: 2, 09. Dos entrevistados, 43, 43% tem renda entre R\$ 724, 00 e R\$ 2. 172, 00 e 63, 2% cursaram até o Ensino Fundamental. Além disso, 63, 15% dos indivíduos não fumam, 16, 85% são ex-fumantes e 18, 94% são fumantes, sendo que a carga tabágica média dos dois últimos foi de 25, 4 maços/ano. Dos fumantes, 63% são casados, 89, 4% consomem cigarros diariamente, 84, 5% já pararam de fumar alguma vez na vida, 52, 6% apresentaram algum sintoma respiratório no último ano e nenhum pratica esporte. Ainda no grupo dos fumantes, a prevalência entre os que cursaram apenas o ensino fundamental foi 1, 7 vezes maior em comparação àqueles que estudaram por mais de 8 anos. Por fim, 42% declaram os familiares como fator decisivo para o início do tabagismo e 36, 8% os amigos. **Conclusão:** Nesta amostra, os índices de consumo do tabaco foram tão elevados quanto os encontrados no Brasil, sendo que a maioria dos tabagistas fuma todos os dias. Tal fato, associado a uma alta carga tabágica média, aumenta o risco de comorbidades, principalmente DPOC, o que poderia justificar a presença de sintomas respiratórios em metade dos fumantes. Pode-se observar, também, que o tabagismo concentrou-se entre o grupo de menor escolaridade, que pode ser também o de menor nível socioeconômico. Ademais, as tentativas frustradas de cessação do tabagismo foram muito prevalentes, mostrando a necessidade de maiores incentivos aos programas de controle do tabagismo, considerando as características epidemiológicas para maior eficácia.

**Palavras-chave:** Tabagismo; perfil; atenção básica

**PO439 CONHECIMENTO PRÉVIO SOBRE TABAGISMO ENTRE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CUIABÁ-MT**

**ANNA KAROLYNA ROSA MACHADO\*;** VITOR HIROSHI NUNES MOTIZUKI; MARINA DE LA CRUZ MOTA; CAROLLINA DALL'ASTA MIOTTO; FERNANDO ROSSATO SALVI; WEMERSON JOSÉ CORRÊA DE OLIVEIRA; GEOVANNA ESTHER PASSARINI; CLEIDE LÚCIA MEIRA JESUS  
*UFMT, CUIABA, MT, BRASIL.*

**Introdução:** O tabagismo é a principal causa de morte evitável do mundo, e é importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, pulmonares e neoplasias. Apesar disso, a tendência ao consumo de tabaco continua preocupante. Ainda há poucos estudos no Brasil sobre este tema, sendo necessário um aprofundamento nesta área, para o auxílio no desenvolvimento de estratégias para abordagem desses pacientes, o que permite melhor adesão ao tratamento e redução das comorbidades associadas ao tabaco. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento prévio sobre o tabagismo e suas implicações dos usuários de nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Cuiabá - MT **Metodologia:** Estudo transversal com usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Cuiabá – MT realizado em agosto de 2016. Inicialmente os participantes responderam ao questionário adaptado da Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab). Os dados foram digitados,

tabulados e analisados pelo programa Microsoft Excel 2013. **Resultados:** Dos 95 pacientes pesquisados, a média de idade foi de 46,35 anos ( $\pm 16,86$ ) e proporção H: M de 1:2,16. Dos entrevistados, 43,75% tem renda entre R\$ 724,00 e R\$ 2.172,00, 36,85% possuem Ensino Fundamental Incompleto. Além disso, 63,1% indivíduos não fumam, 17,89% são ex-fumantes e 19,01% são fumantes, sendo que a carga tabágica média dos dois últimos foi de 22,7 maços/ano. A respeito da entrevista, 75,78% declararam saber o que era tabagismo, dos quais 20,83% eram fumantes. 98,9% sabem que o cigarro é prejudicial à saúde e a maioria afirmou que o tabaco pode causar câncer de pulmão e doenças cardiovasculares. Entre os não fumantes e os ex-fumantes, 85,9% não sabiam o que é tabagismo passivo, dos quais 63,93% moram com fumantes e 24,59% trabalham com pessoas que fumam. **Conclusão:** Apesar de quase a totalidade dos entrevistados saberem dos efeitos nocivos do cigarro, ainda há uma prevalência significativa de tabagistas com uma carga tabágica média elevada, o que constitui maior risco para DPOC. Além disso, a maioria dos não-fumantes e ex-fumantes não tinham conhecimento acerca do tabagismo passivo, entretanto, a maior parte deles convive com usuários diários do tabaco, estando expostos às implicações deletérias que ele pode acarretar. Diante disso, é interessante considerar ações de educação em saúde para a conscientização dos perigos do fumo passivo, e também incentivar os programas de controle do tabagismo na UBS, promovendo maior adesão do usuário.

**Palavras-chave:** Tabagismo; atenção básica; conhecimento prévio

#### **PO440 TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA**

**ROBSMEIRE CALVO MELO ZURITA\*<sup>1</sup>; CLAUDIANE FERNANDES ROSA<sup>2</sup>; REBECA MELO ZURITA<sup>3</sup>; ANDRÉ GUSTAVO DE CASTRO E SILVA<sup>2</sup>; DENIZE DALCIN MOREIRA POSSATO<sup>2</sup>; SOLANGE APARECIDA BRAZIEL<sup>2</sup>**

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL; 2. SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, MARINGÁ, PR, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL.

**Introdução:** O tabaco é responsável por cerca de seis milhões de mortes em todo o mundo. No Brasil, estima-se que o tabagismo seja responsável por 200 mil óbitos ao ano, reconhecidamente, uma doença crônica e um fator de risco para cerca de 50 doenças (BRASIL, 2016). Apesar da queda progressiva do seu uso, o tabaco ainda gera um alto custo social e econômico para o país, somando custos diretos de assistência e indiretos por redução da produtividade com absenteísmo, aposentadoria por invalidez e morte prematura (BRASIL, 2015). A Atenção Básica (AB) ocupa posição privilegiada e estratégica para controle do tabaco dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como para diversos outros agravos crônicos à saúde, resultado de seus atributos essenciais: o acesso; a integralidade; a longitudinalidade; e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2010). O município de Maringá-Paraná desenvolve ações para o tratamento de cessação do tabagismo na atenção básica e na atenção secundária desde a década de 1990. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município a maioria dos profissionais recebeu treinamento e capacitação para realizarem os grupos de tratamento do tabagismo em concordância com a proposta do Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos usuários tabagistas no município de Maringá-Paraná no ano de 2015. **Metodologia:** Estudo ecológico, longitudinal, com dados coletados das fichas individuais preenchidas

para os grupos de cessação de tabaco que ocorreram no ano de 2015 nas 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Maringá-Paraná. Os dados utilizados foram calculados no programa Microsoft Office Excel 2013. **Resultados:** Todas as UBS tiveram grupos em pelo menos um trimestre do ano de 2015. Das 733 pessoas que iniciaram o tratamento e fizeram a entrevista individual, destas, 480 pessoas (65,5%) concluíram o tratamento, ou seja, as quatro sessões preconizadas pelo Ministério da Saúde. O abandono foi de 34,5%, ou seja, 253 pessoas desistiram do tratamento. Foram 287 (39,2%) pessoas que cessaram de fumar durante as sessões realizadas. O apoio medicamentoso foi utilizado por 536 (73,1%) pessoas durante as sessões. **Conclusão:** Informar os usuários da AB acerca dos malefícios do tabagismo e disponibilizar acesso ao tratamento são ferramentas importantes para a cessação do tabagismo, bem como estabelecer parcerias intersectoriais para divulgação dessas informações. Os profissionais da atenção básica assumem um papel de destaque nesse cenário já que, a partir da oferta de cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, se encontram em posição privilegiada para o fortalecimento do vínculo, aumentando sensivelmente a efetividade do tratamento para cessação de tabagismo. Para tanto, foram fundamentais o incentivo e a adoção de ações educativas e de tratamento, aliados a medidas legislativas, publicitárias e econômicas no município.

**Palavras-chave:** Tabagismo; programa nacional de controle do tabagismo; abandono do uso de tabaco

#### **PO441 TABAGISMO EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**MURIEL BOSSLE SARMENTO<sup>1</sup>; CAROLINA UBER GHISI<sup>2</sup>; ALAIDE MEZALIRA GUSO<sup>3</sup>; LAURA GRAZZIOTTIN VEDANA<sup>1</sup>; GABRIELA BUFFON<sup>3</sup>; TIELLE MULLER DE MELLO<sup>1</sup>; MARCELO BASSO GAZZANA<sup>2</sup>; MARLI MARIA KNORST<sup>1</sup>**

1. UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** O tabagismo é um problema importante de saúde pública, que lidera as causas de morte no mundo passíveis de prevenção. A cessação do tabagismo altera a história natural da maioria das doenças. A internação é um bom momento para intervenções que visem à cessação.

**Objetivos:** Estudar a prevalência de tabagismo entre os pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Métodos:** Estudo transversal realizado através de entrevista com pacientes adultos hospitalizados em enfermarias clínicas e cirúrgicas do HCPA. Foram excluídos pacientes em isolamento protetor, baixa cognição ou alteração do sensorio. Os dados quantitativos são apresentados como média  $\pm$  desvio padrão e os dados qualitativos são descritos através de frequência absoluta e relativa. Um valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

**Resultados:** Do total de 308 pacientes entrevistados, 148 eram mulheres (48,1%) e 160 (51,9%) eram homens. A média de idade foi de  $56,9 \pm 15,1$  anos. Quarenta e seis pacientes (14,9%) eram tabagistas ativos, com índice tabágico de  $42,7 \pm 28,3$  maços-ano, 128 (41,6%) eram ex-tabagistas e 134 (43,5%) nunca fumaram. Quase metade dos pacientes (48,4%) referia tabagismo passivo, que em 79,9% dos casos era decorrente de tabagismo de cônjuges e familiares, em 12,1% de amigos e em 8,1% de colegas de trabalho. Entre os 46 tabagistas ativos, 89,1% usavam cigarro industrializado, 80,4% tentaram parar de fumar em algum momento da vida, sendo que 75,7% tentaram mais de duas vezes e 34,8% usaram medicação nas tentativas.

A maioria (87%) relatou desejo de parar de fumar e 71, 7% referiram como motivo melhorar a saúde. Em uma escala de zero a 10, em 66, 7% a motivação foi maior que 5, 67, 4% concordariam em receber tratamento para cessação e 63% aceitariam participar de grupo de tabagistas. Dependência alta à nicotina (Fagerstrom > 5) foi registrada em 66, 8% dos pacientes e destes 8, 7% estavam em pré-contemplação.

**Conclusões:** A prevalência de tabagismo ativo foi de 14, 9%. A maioria dos pacientes relatou desejo de parar de fumar e aceitaria tratamento para a cessação.

**Palavras-chave:** Tabagismo; prevalência; internação

#### **PO442 TABAGISMO E NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS**

**MURIEL BOSSLE SARMENTO<sup>1</sup>; CAROLINA UBER GHISI<sup>2</sup>; LAURA GRAZZIOTIN VEDANA<sup>3</sup>; GABRIELA BUFFON<sup>3</sup>; LARISSA NICÁCIO GRIMALDI<sup>1</sup>; NATÁLIA PASETO PILATI<sup>1</sup>; MARCELO BASSO GAZZANA<sup>2</sup>; MARLI MARIA KNORST<sup>1</sup>**

1. UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** Parar de fumar não é fácil e a internação hospitalar é uma ótima oportunidade para a cessação do tabagismo. Vários fatores podem dificultar a cessação, entre esses estão os níveis de ansiedade e depressão.

**Objetivos:** Estudar os níveis de ansiedade e depressão em pacientes internados de acordo com a situação tabágica, a dependência à nicotina e a motivação para parar de fumar. **Métodos:** Estudo transversal realizado por meio de entrevista com pacientes adultos hospitalizados em enfermarias clínicas e cirúrgicas. Os níveis de ansiedade e depressão foram avaliados por meio da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD), a motivação para parar de fumar por meio de uma escala de 0 a 10, o estágio no processo de cessação por meio da escala de Prochaska e DiClemente e a dependência à nicotina por meio do teste de Fagerström. Os dados são apresentados como número e porcentagem, média ± DP ou mediana [IIQ 25% - 75%]. A comparação entre grupos foi realizada com o teste de Kruskal-Wallis e a associação entre variáveis foi analisada por meio do teste de correlação de Spearman. Um valor de p<0, 05 foi considerado significativo. **Resultados:** Foram entrevistados 307 pacientes com idade de 57 ± 15 anos. Quarenta e seis pacientes (15%) eram tabagistas, 127 (41, 4%) eram ex-tabagistas e 134 (43, 6%) nunca fumaram. Os níveis de ansiedade não diferiram entre os grupos (não tabagistas 5 [2-9], tabagistas 5 [2-8], ex-tabagistas 6 [3-9]; p=0, 71), assim como os níveis de depressão (não tabagistas 3 [0, 75-7], tabagistas 4[1-6], ex-tabagistas 4[1-8]; p=0, 57). Não houve diferença na proporção de indivíduos com diagnóstico de ansiedade e depressão entre os grupos (p>0, 05). Não houve associação entre níveis de ansiedade e depressão e motivação para parar de fumar ou estágios de mudança (p>0, 05). Houve associação entre níveis de ansiedade e dependência à nicotina (r=0, 412; p=0, 005). **Conclusões:** Os níveis de ansiedade e depressão não variaram com a situação tabágica e não se associaram com a motivação para parar de fumar. Entretanto, os níveis de ansiedade se associaram com o grau de dependência à nicotina. O papel deste achado no processo de cessação necessita ser melhor investigado.

**Palavras-chave:** Tabagismo; dependência; ansiedade

#### **PO443 DESEMPENHO DO AMBULATÓRIO DE ABANDONO AO TABAGISMO, COM 1. 187 PACIENTES NO PERÍODO DE 1999 A 2013**

**LUCIANA ZANI<sup>\*</sup>; JOSE MIGUEL CHATKIN; SABRINA MACHADO; BRUNA FISCHER; CARLOS EDUARDO CUNHA PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**

**Objetivo:** Avaliar o desempenho do ambulatório de Abandono ao tabagismo quanto ao sucesso. Analisar o perfil dos pacientes e relacionar carga tabágica e dependência nicotínica ao desfecho apresentando durante do seguimento. **Métodos:** Este é um estudo retrospectivo que incluiu informações de todos os pacientes cadastrados no banco de dados específico do ambulatório de abandono ao tabagismo no Hospital São Lucas da PUCRS. Desde a sua fundação, o ambulatório tem um banco que é atualizado com dados e peculiaridades dos pacientes cadastrados. A partir disso, traçamos um perfil de pacientes e relacionamos a taxa de sucesso atingida, caracterizada por um ano de seguimento sem recaídas. **Resultados:** Foram analisados 1. 187 pacientes que realizaram atendimento no ambulatório de abandono ao tabagismo no Hospital São Lucas da PUCRS. Apresentaram uma média de idade de 48, 5 anos, além de um predomínio do sexo feminino. Quanto a escolaridade, 47, 9% apresentavam ensino fundamental completo e 54, 7% eram casados. O tempo médio de consumo de cigarros foi 30 anos e praticamente metade da amostra (47, 8%) apresentava um índice de Fagerstrom nível 6 (seis) o que significava uma dependência moderada a nicotina. O sucesso do ambulatório obteve um nível de 44, 5% como média, sendo que nos últimos três anos apresentou um aumento discrepante em relação aos anos anteriores. Este estudo não mostra associação entre terapias medicamentosas e sucesso. **Conclusão:** Neste estudo, analisados diversas variáveis do banco de dados do ambulatório de abandono ao tabagismo. Constatamos um predomínio do sexo feminino na busca pela cessação tabágica, além de uma média de idade na faixa dos 48 anos. A taxa de sucesso anual do ambulatório condiz com a observada na literatura, exceto nos últimos três anos que apresentaram sucesso elevado. Ainda sobre o sucesso, não houve relação com tratamento medicamentoso, visto que a terapia cognitiva comportamental foi tão eficiente quando as drogas analisadas, sejam via oral ou transdérmicas. Contudo, ressaltamos a importância da abordagem sobre mudanças de hábitos para atingir o sucesso na cessação ao tabagismo.

**Palavras-chave:** Tabagismo; abandono; sucesso

#### **PO444 AÇÕES DE COMBATE AO TABAGISMO NUM HOSPITAL PRIVADO RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**JULIANA CARDOZO FERNANDES<sup>\*</sup>; RAQUEL AMARO; CLARISSA GARCIA SOARES LEAES; TATIANA GALLI; JULIA ROMERO HOSPITAL ERNESTO DORNELES PORTO ALEGRE/RGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**

**Introdução:** O tabagismo é a maior causa prevenível de morbidade e de mortalidade em muitos países, mas a dependência da nicotina é um comportamento tão virulento que embora 70% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas 5% destes conseguem com cessação espontânea. O Hospital Ernesto Dornelles, (HED) pertence à Associação dos Funcionários Públicos – APERGS. É um hospital privado, que oferece atendimento à saúde nos níveis de média e alta complexidade, tendo como usuários, pacientes que possuem planos assistenciais (convênios). Promoção de ações de saúde em vários níveis são mantidas e estimuladas nos setores. **Metodologia:** Descrição do histórico e cronograma de atividades desenvolvidas e resultados dos grupos de tratamento realizados no HED desde constituição do grupo de trabalho. Os dados foram coletados dos registros tabulados no serviço social, onde são realizadas reuniões de equipe e inscrições para

participação do grupo de tratamento. **Resultados:** Com apoio da direção da instituição em 2010 Constituiu-se então uma equipe multiprofissional, com objetivo de desenvolver uma cultura de controle ao tabagismo na instituição, de promoção da saúde mediante a definição deste espaço como livre do tabaco, oferecendo aos colaboradores e usuários do hospital uma proposta de tratamento para o tabagismo, entre outras atividades. O tratamento consiste em consultas médicas individuais e um trabalho em grupo com abordagem multiprofissional, com a 1 médica pneumologista, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social, usando metodologia de terapia cognitivo-comportamental nos encontros de grupo e com objetivo de acompanhar e auxiliar o fumante de forma mais global, na identificação de mudanças na rotina e hábitos, buscando reconstruir uma vida sem o cigarro com estratégias planejadas e sustentáveis. Desde 2010, a Comissão promoveu as seguintes ações: 1) Realização de 21 grupos de apoio ao tabagista, com 4 sessões estruturadas de 90 minutos semanais no período de 30 dias com equipe multiprofissional, totalizando 306 pessoas inscritas com um percentual de 29% de sucesso na cessação do tabagismo em 30 dias. 2) Realização de 44 reuniões de manutenção mensais no período de 5 anos; 3) Ações educativas, assistenciais e reguladoras do fumo nas dependências do hospital para tornar o hospital um espaço 100% livre do tabaco, conforme a portaria 1.498 de 2012 da lei 9.294 de 15/07/1996. Em 31/05/2013 o HED tornou-se 100% livre do tabaco com evento e sinalização efetiva que permanece. Dentre as ações destacamos as seguintes: Treinamento para os seguranças e monitores vigilantes do fumo; confecção de manual e bôtons referentes ao controle do tabagismo; distribuição de material informativo nas dependências da instituição; mobilização das chefias para encaminhamento funcionários ao grupo de tratamento; Atividades alusivas nas datas de combate nacional e mundial contra o fumo: 4 eventos de caminhadas e corridas em ambiente externo ( Parque da Redenção e Centro de Treinamento Esportivo do Estado), 1 evento para funcionários (sessão de filme "Fumando Espero"), 1 evento nas dependências do ambulatório onde foi realizada abordagem breve estimulando cessação tabagismo, verificação de peso, altura, pressão arterial, monoximetria de CO. **Conclusão:** a mobilização das instituições de saúde em prol do combate ao tabagismo é fundamental para aumento da busca por tratamento e consequentemente aumento dos índices de sucesso de cessação tabagismo em comparação com cessação espontânea

**Palavras-chave:** Tabagismo; cessação; grupos de apoio

**PO445 ESTUDO OBSERVACIONAL DA QUALIDADE E DISTÚRBIOS DO SONO EM INDIVÍDUOS TABAGISTAS ASSISTIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS/MG – RESULTADOS PRELIMINARES.**

**WALQUIRIA DA MATA SANTOS\*;** LUISA TEIXEIRA PASQUALOTTO;  
CÍNTIA APARECIDA SANTOS; INGRID JORDANA SILVA CAMILO;  
MARCOS EUGÊNIO MATTOS ROCHA FARIÁ; NEWTON SANTOS FARIA JUNIOR  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, DIVINÓPOLIS, MG, BRASIL.

**Introdução:** O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde a principal causa de morte evitável em todo o mundo e um forte fator de risco para doenças e agravos não transmissíveis, sendo elevadas as taxas de morbimortalidade. Segundo a American Academy of Sleep Medicine (AASM), o tabagismo é atualmente considerado um dos fatores de risco para a apneia obstrutiva do sono.

**Objetivo:** Verificar a prevalência de distúrbios do sono em indivíduos assistidos nas Unidades Básicas de Saúde e Programa Saúde da Família em Divinópolis e assim estimar a prevalência destes distúrbios na população de Divinópolis. **Método:** Um estudo observacional transversal foi realizado com 13 indivíduos sabidamente tabagistas, recrutados a partir de uma Unidade Básica de Saúde do município de Divinópolis-MG. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Minas Gerais, sob número de protocolo 1.475.521/2016. Todos estes idosos foram avaliados clinicamente e responderam ao Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), Escala de Sonolência de Epworth (ESE), Questionário de Berlim e Teste de Severidade de Insônia, avaliando assim a qualidade do sono, presença de distúrbios do sono, de sonolência diurna excessiva (SDE), de risco para apneia obstrutiva do sono (AOS) e insônia. **Resultados:** A média de idade foi de 58, 3 ± 3, 14 anos; 53, 85% dos pacientes eram do sexo feminino e apresentaram um índice de massa corporal médio de 25, 9 ± 3, 7 kg/m<sup>2</sup>. A pontuação média da ESE foi de 11, 1 ± 6, 4, sendo que 53, 8, 2% dos pacientes apresentaram SDE. Cerca de 46, 1% dos tabagistas apresentaram alto risco para AOS. Quanto ao PSQI, 64, 7% dos tabagistas apresentaram má qualidade de sono e 23, 1% distúrbios de sono. A presença de insônia foi observada em 61, 5% dos pacientes, dos quais 15, 4% considerados severa. **Conclusão:** Indivíduos tabagistas apresentaram má qualidade de sono, distúrbios do sono e considerável presença de risco para AOS, além de insônia e SDE.

**Palavras-chave:** Sono; distúrbios do sono; tabagismo

**PO446 AVALIANDO O PERFIL DOS TABAGISTAS TRATADOS EM UM SERVIÇO DE USUÁRIOS COM MÚLTIPLAS CONDIÇÕES CRÔNICAS.**

**MARILDA APARECIDA FERREIRA\*;** BÁRBARA ANY ANDRADE BOTTARO BIANCHI; MARIANA MUNIZ GUSMÃO; TATIANE DA SILVA CAMPOS; RAQUEL SEVERO MILIONE LOMEU; ARTHUR DA SILVA GOMES; ELIANE FERREIRA CARVALHO BANHATO; ARISE GARCIA DE SIQUEIRA GALIL  
UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

**Introdução:** Tabaco é uma droga legal que mata a maioria de seus usuários, se usada exatamente como indicada por seus produtores. Embora o tabagismo, na maioria das vezes, esteja associado à morte por DCNT, ele também está associado a um aumento do risco de morte por doenças transmissíveis<sup>1</sup>. Segundo dados da OMS, a carga global de DCNT como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer vem aumentando, sendo o tabagismo um dos principais fatores de risco para tais doenças, representando uma barreira no alcance das metas para o desenvolvimento mundial no milênio<sup>2</sup>. Segundo dados do MS, o tabagismo é responsável por 200 mil mortes todos os anos no Brasil - 25% delas por angina e infarto do miocárdio (45% desses em indivíduos abaixo de 65 anos) e 85% das mortes por bronquite e enfisema pulmonar<sup>3</sup>. **Objetivos:** Avaliar o perfil dos tabagistas quanto ao uso de medicações para cessação e o índice de cessação tabágica em um ambulatório de múltiplas condições crônicas e suas características sócio-demográficas e psicossociais. **Métodos:** A amostra foi constituída por tabagistas que participaram dos grupos de tratamento do tabagismo, realizado na UAI-T (Unidade de Atenção Integral ao Tabagista, da Fundação IMEPEN, Juiz de Fora/ MG/ Brasil, centro de atenção secundária, voltado à assistência de hipertensos, diabéticos e renais crônicos, atendidos no período de 2012 a 2016. Foi realizada análise das fichas

de atendimento de todos os usuários participantes do tratamento no período. **Resultados:** foram assistidos 213 usuários portadores de MCC neste período. Idade de 55, 9±8, 72, 60. 3% do sexo feminino, 51, 9% de cor branca, 62. 6% eram sedentários, com rastreio positivo para depressão em 48, 8%. O tempo de vício foi de 37, 66±11, 34, o número de cigarros/dia de 22, 59±14, 05 e o grau de dependência a nicotina pelo teste de Fargestron de 6, 16±2, 19. Entre as comorbidades observamos que 91% eram hipertensos, 51% portadores de diabetes tipo II, 22, 2% portadores de DRC auto relacionada, 23, 9% com passado de IAM, 23, 9% com DPOC, 20, 1% com DVP, 13% com asma e 12, 6% com passado de AVC, além de 3% de câncer. Com relação a abordagem medicamentosa, observamos que 34, 7% fizeram uso de TRN, 34, 3% de Bupropiona, 14, 6% da associação dos dois, 4, 2% de amitriptilina, 3, 3% desta com TRN e 1, 9% de Clonidina. Com relação a cessação do tabaco, observamos um índice de cessação de 16%, 27, 2%, 24, 9% e 8, 9% respectivamente na 4ª, 8ª, 12ª e 24ª semanas. **Conclusão:** Observamos que a maioria dos indivíduos fez uso de TRN e em segundo lugar de Bupropiona, sendo baixa a proporção de indivíduos que fizeram uso da associação dos dois medicamentos, o que nessa população de alto risco pode ter gerado impacto no resultado do tratamento. Notamos ainda que o índice de cessação se apresentou maior na 8ª semana, com uma queda importante na 24ª semana, denotando um índice de recaída que deve ser considerado, principalmente no que diz respeito ao tratamento de manutenção.

**Palavras-chave:** Tabagismo em múltiplas condições crônicas; tratamento; índice de cessação

## FUNÇÃO PULMONAR

### PO447 EFEITO DOS DIFERENTES DECÚBITOS SOBRE A RESISTÊNCIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM SUJEITOS EUTRÓFICOS E OBESOS

MAYARA HOLTZ DE PAULA\*; LARISSA PEROSI NASCIMENTO; JÉSSICA PEROSI NASCIMENTO; DANIELE OLIVEIRA DOS SANTOS; LETICIA HELENA DE SOUZA; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ; HUGO CELSO DUTRA DE SOUZA; ADA CLARICE GASTALDI FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Para um bom funcionamento do sistema respiratório é necessário que haja um bom sincronismo entre as estruturas envolvidas na respiração. Alterações na atuação da força da gravidade sobre essas estruturas, promovidas pela mudança de postura podem influenciar na função do sistema respiratório. Variações dos volumes e da mecânica do sistema respiratório relacionadas aos decúbitos já foram avaliadas em sujeitos eutróficos e obesos, mas o comportamento das propriedades elásticas e plásticas do pulmão frente às mudanças de decúbito utilizando a técnica de oscilometria de impulso, ainda não está bem esclarecido na literatura. **Objetivo:** Avaliar o efeito dos diferentes decúbitos sobre a resistência do sistema respiratório em sujeitos eutróficos e obesos, ambos sem comorbidades associadas, utilizando a técnica de Oscilometria de Impulso (IOS). **Métodos:** 72 voluntários, 36 obesos (idade: 33, 4±8, 4 anos e IMC: 44, 6±8, 3 Kg/cm<sup>2</sup>) e 36 eutróficos (idade: 26, 9±3, 9 anos e IMC: 23, 3±2, 9 Kg/cm<sup>2</sup>). Os obesos foram recrutados do Ambulatório de Cirurgia Bariátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e os voluntários não obesos na comunidade. As coletas foram realizadas na FMRP-USP, no Laboratório

de Avaliação Respiratória no prédio da Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Após a seleção dos participantes foi realizado um sorteio para a sequência das posições avaliadas pela IOS (sentado (Se), supino (Su), decúbito lateral esquerdo (DLE) e decúbito lateral direito (DLD)) sendo obtidos os seguintes parâmetros: resistência (R) e reatância (X), a 5 e 20 Hz, e também foi calculado R5-R20 que se refere às vias aéreas mais periféricas. **Resultados:** Comparando as variáveis do IOS nas diferentes posições encontramos diferenças ( $p < 0, 05$ ) no grupo dos obesos para R5 (Se vs. Su; 0, 52±0, 14 e 0, 56±0, 14); R20 (Se vs. DLE; 0, 39±0, 07; 0, 43±0, 08), (Se vs. DLD; 0, 39±0, 07; 0, 42±0, 09); R5-R20 (Se vs. Su; 0, 13±0, 09; 0, 16±0, 09), (Su vs. DLE; 0, 16±0, 09; 0, 13±0, 08), (Su vs. DLD; 0, 16±0, 09; 0, 13±0, 08); X5 (Se vs. Su; -0, 21±0, 09; -0, 27±0, 12), (Su vs. DLE; -0, 27±0, 12; -0, 23±0, 08), (Su vs. DLD; -0, 27±0, 12; -0, 23±0, 09). No grupo dos eutróficos, houve diferenças para R5 (Se vs. Su; 0, 35±0, 07; 0, 40±0, 07), (Su vs. DLE; 0, 40±0, 07; 0, 38±0, 06), (Su vs. DLD; 0, 40±0, 07; 0, 38±0, 07); R5-20 (Se vs. Su; 0, 02±0, 05; 0, 06±0, 05) (Su vs. DLD; 0, 06±0, 05; 0, 03±0, 04) (Su vs. DLE; 0, 06±0, 05; 0, 03±0, 04); X5 (Se vs. Su; -0, 10±0, 02; -0, 15±0, 03) (Se vs. DLE; -0, 10±0, 02; -0, 13±0, 03) (Se vs. DLD; -0, 10±0, 02; -0, 13±0, 03).

**Conclusão:** Tanto para o grupo dos obesos como para o grupo dos eutróficos, há aumento da resistência central e periférica da posição sentada para supina. Em ambos os grupos, os decúbitos laterais apresentam menor resistência em relação à posição supina, com maior comprometimento da reatância no grupo dos obesos.

**Palavras-chave:** Obesidade; avaliação; mecânica respiratória

### PO448 MEDIDAS DE PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO EM OBESOS NAS POSIÇÕES ORTOSTÁTICA, SENTADA E DECÚBITOS

MAYARA HOLTZ DE PAULA\*; JÉSSICA PEROSI NASCIMENTO; LARISSA PEROSI NASCIMENTO; DANIELE OLIVEIRA DOS SANTOS; LETICIA HELENA DE SOUZA; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ; HUGO CELSO DUTRA DE SOUZA; ADA CLARICE GASTALDI FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Atualmente a obesidade é um dos maiores desafios da saúde pública do século XXI devido ao aumento de sua prevalência desde a década de 80. A função pulmonar em indivíduos obesos é afetada principalmente pelo acúmulo de gordura na região toracoabdominal que pode causar disfunções nas estruturas que constituem o sistema respiratório. Outro fator que pode influenciar a função pulmonar é a mudança de decúbito, uma vez que diferentes posições corporais podem afetar a distribuição da ventilação, com predomínio nas áreas dependentes da força da gravidade. O pico de fluxo expiratório (PFE), que integra mecânica pulmonar e força muscular, também pode ser alterado dependendo do grau de obesidade e da posição corporal. **Objetivo:** Analisar o PFE em obesos nas posições ortostática, sentada, decúbito dorsal (DD), decúbito ventral (DV), decúbito lateral direito (DLD) e decúbito lateral esquerdo (DLE). **Metodologia:** Voluntários obesos (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) foram submetidos a uma avaliação composta pela antropometria (idade, peso, altura, IMC, circunferência da cintura e do quadril e adipometria), questionário internacional de atividade física (IPAQ), espirometria simples (CVF, VEF1, VEF1/CVF e FEF25-75%) e medidas de PFE (Mini Wright®) em ordem aleatória, nas diferentes posições. **Resultados:** Foram incluídos 36 voluntários com média de idade igual a 27, 3±7, 4 anos e IMC igual a 38, 6±6, 2kg/m<sup>2</sup>. Os valores obtidos na espirometria não apresentaram

alterações em relação à porcentagem do previsto (CVF: 101, 74%, VEF1: 96, 83%, VEF1/CVF: 94, 79% e FEF25-75%: 85, 79%). Os valores do PFE analisados apresentaram-se dentro da faixa de normalidade. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as posições ortostática e sentada (428, 61±100, 86 L/min e 432, 22±101, 14 L/min, respectivamente). Comparando a posição sentada (432, 22±101, 14 L/min) com os decúbitos, houve diminuição em DD (410, 0±103, 01 L/min), DV (401, 39±92, 43 L/min), DLD (397, 22±93, 83 L/min) e DLE (410, 28±93, 98 L/min) ( $p < 0, 05$ ). Também houve diferença entre as posições DD e DLD ( $p < 0, 05$ ) e entre DLE e DLD ( $p < 0, 05$ ). **Conclusão:** As taxas de PFE de obesos saudáveis podem ser alteradas de acordo com a posição corporal, sendo menor nos decúbitos e mais afetada em DLD.

**Palavras-chave:** Obesidade; função pulmonar; pico de fluxo expiratório

#### **PO449 RESISTÊNCIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO E CAPACIDADE FUNCIONAL SUBMÁXIMA DE PACIENTES COM OBESIDADE GRAU III**

**LARISSA PEROSSI NASCIMENTO\***; MAYARA HOLTZ DE PAULA; JÉSSICA PEROSSI NASCIMENTO; DANIELE OLIVEIRA DOS SANTOS; LETICIA HELENA DE SOUZA; WILSON SALGADO JUNIOR; HUGO CELSO DUTRA DE SOUZA; ADA CLARICE GASTALDI  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A obesidade é um dos principais problemas atuais de saúde pública, com consequentes riscos à saúde, incluindo possíveis alterações da função respiratória devido ao acúmulo de tecido adiposo em volta da caixa torácica, com ou sem sintomas ou queixas. O sistema de oscilometria de impulso (IOS) tem se mostrado eficiente para detectar alterações das vias aéreas tanto centrais quanto periféricas mesmo quando o exame de espirometria está dentro da normalidade. **Objetivo:** Avaliar a resistência do sistema respiratório pelo IOS e correlacionar os resultados do IOS com o teste de caminhada de seis minutos (TC6) em sujeitos obesos com espirometria normal. **Metodologia:** Os pacientes foram recrutados no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A avaliação foi composta pela antropometria (idade, peso, altura, IMC), espirometria simples (CVF, VEF1, VEF1/CVF e FEF25-75%), oscilometria de impulso (R5: resistência das vias aéreas centrais, R20: resistência total das vias aéreas, R5-20: resistência das vias aéreas periféricas e X5: reatância), TC6, escala de percepção de dispneia (modified Medical Research Council - mMRC) e questionário internacional de atividade física (IPAQ). **Resultados:** Foram avaliados 37 pacientes com média de idade de 35. 8±7. 8 anos e IMC de 47. 3±6. 2 kg/m<sup>2</sup>, com valores obtidos na espirometria sem diferenças em relação aos valores previstos (%) (CVF: 96. 0; VEF1: 93. 7; VEF1/CVF: 97. 6 e FEF25-75%: 87. 9). A oscilometria de impulso detectou alterações na resistência das vias aéreas centrais e periféricas na comparação dos valores previstos com os obtidos (kPa/(L/s)) (R5: 0. 35 e 0. 56; R20: 0. 29 e 0. 40; R5-20: 0. 06 e 0. 15; X5: -0. 02 e -0. 23, respectivamente) ( $p < 0, 05$ ). A distância percorrida no TC6 (DTC6) foi adequada em relação à distância prevista (494. 74±63. 28m e 491. 70±45. 71m, respectivamente). Houve uma correlação negativa de R5-20 com a DTC6 ( $r = -0, 50$ ) e uma correlação de X5 com a DTC6 ( $r = 0, 54$ ). Além disso, 41% dos pacientes referiram dispneia ao andar apressadamente ou ao subir uma rampa leve e 38% referem dispneia durante exercício intenso; corroborando com o nível de atividade física pelo IPAQ onde 59% foram considerados regularmente ativos. **Conclusão:**

Sujeitos obesos com espirometria normal e sem queixas de dispneia apresentam obstrução tanto das vias aéreas centrais quanto periféricas quando avaliados pelo IOS. As correlações entre R5-20 e X5 com a DTC6 sugerem que quanto menor a resistência das vias aéreas periféricas melhor o desempenho no TC6.

**Palavras-chave:** Obesidade; resistência do sistema respiratório; capacidade funcional submáxima

#### **PO450 COMPARAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR E RESISTÊNCIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO ENTRE SUJEITOS EUTRÓFICOS E OBESOS GRAU III**

**LARISSA PEROSSI NASCIMENTO\***; MAYARA HOLTZ DE PAULA; JÉSSICA PEROSSI NASCIMENTO; DANIELE OLIVEIRA DOS SANTOS; LETICIA HELENA DE SOUZA; WILSON SALGADO JUNIOR; HUGO CELSO DUTRA DE SOUZA; ADA CLARICE GASTALDI  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A prevalência mundial da obesidade dobrou nas últimas três décadas e hoje a população obesa corresponde a 13% da população adulta. Alterações funcionais pulmonares, como diminuição do volume de reserva expiratório (VRE) e da capacidade residual funcional (CRF) e estreitamento das vias aéreas periféricas, podem ser observadas nessa população, devido ao acúmulo de tecido adiposo no entorno da caixa torácica e na cavidade abdominal, além de estar infiltrado no músculo diafragma. O sistema de oscilometria de impulso tem sido bastante utilizado para avaliar a resistência do sistema respiratório principalmente das vias aéreas mais periféricas, consideradas como zona silenciosa na espirometria. **Objetivo:** Comparar os resultados obtidos na espirometria e na oscilometria de impulso entre sujeitos eutróficos e obesos com IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>. **Metodologia:** Os voluntários eutróficos foram recrutados na comunidade e os obesos foram selecionados no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A avaliação foi composta pelo exame de espirometria simples (CVF, VEF1, VEF1/CVF e FEF25-75%) e pela oscilometria de impulso (R5: resistência das vias aéreas centrais, R20: resistência total das vias aéreas, R5-20: resistência das vias aéreas periféricas e X5: reatância). **Resultados:** Sessenta voluntários foram incluídos no estudo: 25 eutróficos (IMC: 21. 88±1. 75 kg/m<sup>2</sup>) e 35 obesos (IMC: 47. 54±6. 62 kg/m<sup>2</sup>). Todos apresentaram o exame de espirometria dentro da normalidade, porém a oscilometria de impulso mostrou aumento significativo na resistência do sistema respiratório na comparação entre eutróficos e obesos (R5: 0. 34 e 0. 56 KPa/(L/s); R20: 0. 33 e 0. 41 KPa/(L/s); R5-20: 0. 01 e 0. 15 KPa/(L/s), respectivamente) ( $p < 0, 05$ ), com valores mais negativos da reatância das vias aéreas entre os dois grupos (X5: -0. 10 e -0. 24 KPa/(L/s), respectivamente) ( $p < 0, 05$ ). **Conclusão:** A resistência das vias aéreas centrais e periféricas, detectada pela oscilometria de impulso, está aumentada em sujeitos obesos com espirometria normal, confirmando a maior sensibilidade do IOS em detectar alterações de vias aéreas mais precocemente.

**Palavras-chave:** Obesidade; função pulmonar; oscilometria de impulso

#### **PO451 EQUAÇÃO DE REFERÊNCIA DO TESTE DO DEGRAU EM SEIS MINUTOS PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES.**

**KENIA MAYNARD DA SILVA\***; YVES RAPHAEL DE SOUZA; ADALGISA IEDA MAIWORM; MARIANA DA CAL; BIANCA FIGUEIRAS; DIEGO CONDESSO; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; CLAUDIA HENRIQUE COSTA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O Teste de Caminhada em Seis Minutos (TC6M) avalia a capacidade respiratória durante o exercício. Recentemente, o Teste do Degrau em Seis Minutos (TD6M) está sendo estudado como uma proposta para essa mesma avaliação. Diante do exposto, o desenvolvimento de uma equação de referência se torna importante. **Objetivo:** Desenvolver uma equação de referência padrão para o teste do degrau em seis minutos. **Metodologia:** Estudo transversal. Foram selecionados 452 indivíduos, após a avaliação pelos critérios de inclusão/exclusão, foram incluídos 326 sujeitos saudáveis e sedentários com idade entre 20 e 80 anos. Para serem considerados saudáveis, os participantes não podiam ter história de doenças (exceto hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus em tratamento) e foram submetidos a radiografia de tórax, espirometria e eletrocardiograma, que deveriam ser normais. O nível de sedentarismo foi avaliado através do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Foram coletados os seguintes dados demográficos: idade, peso e altura. Todos os indivíduos realizaram TD6M, na sua própria cadência (autocadenciado) em um degrau de 16, 5 cm de altura, 65 de largura e 30 cm de comprimento. O número de subidas e descidas foi contado por um pedômetro digital e foram transformadas em metros (número de subidas e descidas x 16, 5 / 100). Foram mensuradas a pressão arterial, a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio antes e depois do TD6M. A análise estatística foi realizada pelo software STATA 12. 0 e as equações foram desenvolvidas pelo modelo estatístico de regressão linear múltipla. **Resultados:** 326 participantes apresentaram exames normais, sendo 135 homens e 191, mulheres. O IPAQ demonstrou que 157 eram ativos, 114 irregularmente ativos, 40 inativos e 14 não responderam. A regressão linear analisou a relação entre o número de subidas e descidas alcançadas com as variáveis idade, peso e altura e os dados foram estratificados por gênero. A equação desenvolvida para o gênero masculino foi: Distância (m): 117- (idade x 0, 58) e o ponto de corte calcula-se diminuindo 31. 38 do valor predito. Para o gênero feminino foi: Distância (m): 102- (idade x 0, 43) e o ponto de corte calcula-se diminuindo 35. 15 do valor predito. Essas equações apresentaram ótima correlação com as desenvolvidas por Arcuri (r=1) para ambos os gêneros. Também mostraram muito boa correlação com as equações de Enright & Sherril para o TC6M (r=0, 86 para o gênero masculino e r=0, 96 para o gênero feminino). **Conclusão:** As equações de referência desenvolvidas neste estudo foram realizadas em uma população de indivíduos saudáveis e sedentários. e pode ser usada como padrão de referência para o TD6M.

**Palavras-chave:** Teste do degrau; saudáveis; sedentários

#### **PO452** HÁ CORRELAÇÃO ENTRE A FUNÇÃO PULMONAR E A FUNÇÃO MUSCULAR PERIFÉRICA EM PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA?

AMANDA CRISTINA JUSTO<sup>1\*</sup>; BRUNO RANGEL ANTUNES DA SILVA<sup>2</sup>; ÁDREA LEAL DA HORA<sup>1</sup>; CARLOS EDUARDO DO AMARAL GONÇALVES<sup>1</sup>; FERNANDO SILVA GUIMARÃES<sup>1</sup>; MAURICIO DOS SANTOS SOARES<sup>3</sup>; PRISCILA DOS SANTOS BUNN<sup>3</sup>; AGNALDO JOSÉ LOPES<sup>2</sup>

1. PAM NEWTON BETHLEM, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA ALMIRANTE ADALBERTO NUNES, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A esclerose sistêmica é uma doença reumática, crônica, de caráter autoimune, que tem como característica a fibrose e a disfunção vascular que envolve vários órgãos e sistemas, incluindo os pulmões, o sistema osteomioarticular e o coração. O envolvimento dos pulmões é esperado em praticamente todos os pacientes, sendo considerado atualmente o principal responsável pela mortalidade. À longo prazo, há também manifestações vasculares e de órgãos internos, sendo comum a hipertensão arterial pulmonar. No sistema osteomioarticular, o acometimento ocorre em mais de 80% dos casos, podendo levar a importantes limitações físicas e redução da capacidade funcional. Mais recentemente, a dinamometria isocinética para mensuração da função muscular periférica tem sido cada vez mais utilizada na avaliação clínica de pacientes que potencialmente podem desenvolver lesões osteomioarticulares. Entretanto, pelo nosso conhecimento, nenhum estudo prévio buscou avaliar a função muscular periférica através desse método em portadores de esclerose sistêmica e, com isso, avaliar uma possível relação entre função pulmonar e função muscular periférica. **Objetivos:** Correlacionar a função pulmonar através dos testes de função respiratória com a função muscular periférica medida por dinamometria isocinética em portadores de esclerose sistêmica. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com análise quantitativa dos dados amostrais em 21 portadores de esclerose sistêmica. Estes pacientes foram submetidos aos testes de função pulmonar (espirometria e medida da capacidade de difusão do CO), sendo analisados os seguintes parâmetros: capacidade vital forçada (CVF), capacidade de difusão ao CO (DLco) e relação CVF/DLco. Através da dinamometria isocinética, foram avaliados os músculos quadríceps e isquiotibiais do membro inferior dominante do corpo com medição do pico de torque (PT) em extensão e flexão à 75°/s (PTE75°/s e PTF75°/s, respectivamente), além do PT em extensão e flexão à 240°/s (PTE240°/s e PTF240°/s, respectivamente). A correlação entre as variáveis foi feita através do teste de correlação de Spearman. **Resultados:** A média da idade foi de 52, 4 ± 6, 62 anos, sendo 17 pacientes do sexo feminino e 4 pacientes do sexo masculino. Houve correlação significativa entre as seguintes variáveis: CVF e PTE75°/s (r = 0, 42; P = 0, 02); CVF e PTF75°/s (r = 0, 53; P = 0, 006); CVF e PTF240°/s (r = 0, 46; P = 0, 02); DLco e PTE75°/s (r = 0, 37; P = 0, 03); DLco e PTF75°/s (r = 0, 52; P = 0, 008); DLco e PTF240°/s (r = 0, 45; P = 0, 01). Entretanto, as maiores correlações foram notadas entre a razão CVF/DLco com PTE75°/s (r = -0, 67; P < 0, 001), PTF75°/s (r = -0, 64; P < 0, 001), PTE240°/s (r = -0, 66; P < 0, 001) e PTF240°/s (r = -0, 74; P < 0, 001). **Conclusão:** Em pacientes com esclerose sistêmica, a razão CVF/DLco tem sido considerada um importante fator preditivo de doença vascular pulmonar, especialmente hipertensão arterial pulmonar. Entretanto, as fortes correlações observadas no presente estudo entre a razão CVF/DLco e os parâmetros de força e resistência do quadríceps sugerem um impacto do dano vascular na musculatura periférica, o que se justifica por se tratar de uma afecção sistêmica que compromete praticamente todos os órgãos do corpo. Estudos futuros com maior número de pacientes poderão avaliar mais detalhadamente essa associação entre função pulmonar e função muscular periférica.

**Palavras-chave:** Esclerose sistêmica; função pulmonar; função muscular periférica

#### **PO453** EFEITO DE BETA-BLOQUEADORES NA FUNÇÃO PULMONAR DE PACIENTES HIPERTENSOS SEM DOENÇA BRÔNQUICA.



**JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR\***; THIAGO FERNANDES BARCELOS<sup>1</sup>; DANIEL CAVALCANTE FONSECA<sup>1</sup>; RODOLFO AUGUSTO AQUINO MACHADO<sup>1</sup>; EDUARDO SANTOS GODOY FREITAS<sup>1</sup>; SHEILA ALVES PEREIRA<sup>2</sup>; MARCELO FOUAD RABAHI<sup>2</sup>

1. UNIRV, APARECIDA DE GOIANIA, GO, BRASIL; 2. UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** O bloqueio dos receptores beta-2 causam efeitos colaterais bem descritos (vasoconstrição, resposta retardada a hipoglicemia em pacientes diabéticos e broncoconstrição). 1 Em relação ao último, vários ensaios clínicos randomizados estudaram esse efeito em indivíduos com doença brônquica. 2 No entanto, estudos de vida real, avaliando pacientes sem doença são escassos na literatura.

**2 Objetivos:** Verificar o efeito do uso de betabloqueadores seletivos e não seletivos na função pulmonar de pacientes hipertensos em tratamento e se o uso dos mesmos está associado a maior prevalência de sintomas respiratórios.

**Métodos:** Um estudo transversal foi conduzido nos Centros Integrados de Assistência Médica e Social Novo Horizonte e no Programa de Saúde da Família Caravelas e Santa Rita em Goiânia-GO. Quatrocentos e cinquenta e três pacientes consecutivamente avaliados em tratamento para hipertensão, assintomáticos do ponto de vista respiratório e que negavam diagnóstico prévio de doença pulmonar, e que forma especificamente questionados sobre diagnóstico prévio de asma, bronquite ou enfisema realizaram avaliação clínica, medida da saturação de oxigênio e espirometria completa com broncodilatador. As variáveis foram descritas utilizando-se proporção, média e desvio padrão. A comparação entre as medianas dos parâmetros de função pulmonar foi realizada utilizando o Teste de Kruskal-Wallis. Este estudo foi realizado de acordo com as boas práticas clínicas e foi aprovado pelo Comitê do Hospital Geral de Goiânia Ética sob o número 195/2011. **Resultados:** Ao longo de um período de 17 meses, 453 indivíduos sem doença respiratória foram avaliados para elegibilidade. Destes, 58 indivíduos (12, 8%) não foram incluídos devido a espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo. A amostra de 395 indivíduos avaliada apresentava predominância do sexo feminino (76, 5%), idade avançada (62, 7±9, 7anos), sobrepeso (29±5, 4Kg/m<sup>2</sup>), autodenominados brancos (46, 8%), 264 (66, 8%) nunca fumantes, 112 (28, 4%) ex-tabagistas e 19 (4, 8%) fumantes ativos. Foi observada diferença estatisticamente significativa da relação VEF1/CVF entre os grupos de indivíduos em uso de anti-hipertensivos beta-bloqueadores seletivos [BBsel], beta-bloqueadores não seletivos [BBnSel] e em uso de outras classes de medicação para HAS [Outros] (mediana da relação VEF1/CVF BBnSel 80, 8 menor que mediana do BBsel 83, 3; p=0, 002 e menor que mediana de Outros 83; p=0, 0002; não havendo diferença estatisticamente significativa entre a mediana dos grupos BBsel e Outros; p=0, 47). Resultados similares foram encontrados em relação ao VEF1 pós BD. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação presença de tosse, dispneia e sibilância. **Conclusão:** Observou-se redução da relação VEF1/CVF e do VEF1 em indivíduos sem doença brônquica em uso de beta-bloqueadores não seletivos. Não observou-se associação entre sintomas respiratórios e a redução da função pulmonar observada.

**Palavras-chave:** Beta-bloqueadores; função pulmonar; hipertensão arterial sistêmica

**PO454** EXPOSIÇÃO A COMBUSTÃO DE BIOMASSA EM INDIVÍDUOS ASSINTOMÁTICOS SEM DOENÇA BRÔNQUICA E ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR: UM ESTUDO TRANSVERSAL

**JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR\***; CAROLINA ARAUJO GONÇALVES<sup>1</sup>; IAGO AKEL DE FARIA<sup>1</sup>; LUCAS MARTINS DE CASTRO BORGES REBELLO<sup>1</sup>; LUISA OLIVEIRA AMORIM<sup>1</sup>; SHEILA ALVES PEREIRA<sup>2</sup>; MARCELO FOUAD RABAHI<sup>2</sup>

1. UNIRV, APARECIDA DE GOIANIA, GO, BRASIL; 2. UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A queima de biomassa é a maior fonte doméstica de energia nos países em desenvolvimento, sendo utilizada por mais de 90% das residências rurais. 1-2 A exposição aos produtos resultantes desse processo, como gases tóxicos, metais e material particulado, pode levar a alterações na função pulmonar. 3, 4 **Objetivos:** Avaliar associação entre função pulmonar e a exposição a combustão de biomassa em indivíduos assintomáticos sem doença brônquica. **Métodos:** Um estudo transversal foi conduzido nos CIAMS Novo Horizonte e no PSF Caravelas e Santa Rita em Goiânia-GO. Quatrocentos e cinquenta e três pacientes consecutivamente avaliados, assintomáticos do ponto de vista respiratório e que negavam diagnóstico prévio de doença pulmonar, e que forma especificamente questionados sobre diagnóstico prévio de asma, bronquite ou enfisema realizaram avaliação clínica, medida da saturação de oxigênio e espirometria completa com broncodilatador. As variáveis foram descritas utilizando-se proporção, média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. Análise de correlação foi realizada entre a exposição a biomassa e as variáveis funcionais espirométricas, com ajuste de significância por Bonferroni. Regressão linear foi utilizada para avaliar relação de causa e efeito. Este estudo foi aprovado pelo Comitê do Hospital Geral de Goiânia Ética sob o número 195/2011. **Resultados:** Ao longo de um período de 17 meses, 453 indivíduos sem doença respiratória foram avaliados para elegibilidade. Destes, 58 indivíduos (12, 8%) não foram incluídos devido a espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo. A amostra de 395 indivíduos avaliada apresentava predominância do sexo feminino (76, 5%), idade avançada (62, 7±9, 7anos), sobrepeso (29±5, 4Kg/m<sup>2</sup>), autodenominados brancos (46, 8%), a mediana da exposição a biomassa foi de 28 horas/ano; IQR 8-60, 264 (66, 8%) nunca fumantes, 112 (28, 4%) ex-tabagistas e 19 (4, 8%) fumantes ativos. A mediana do VEF1 pós BD no grupo de exposição a biomassa é significativamente menor que no grupo sem exposição (p=0, 04). A análise de correlação mostrou correlação negativa entre carga de exposição a biomassa e: CVF préBD em litros (coeficiente -0, 27; p<0, 0001), VEF1 préBD em litros (coeficiente -0, 29; p<0, 0001), PFE pré BD em litros (coeficiente -0, 23; p<0, 0001), CVF pós BD em litros (coeficiente -0, 27; p<0, 0001), VEF1 préBD em litros (coeficiente -0, 28; p<0, 0001), relação VEF1/CVF (coeficiente -0, 10; p<0, 04) e PFE pós BD em litros (coeficiente -0, 25; p<0, 0001). A regressão linear mostrou que somente VEF1 pré e pós VD é predito significativamente pela carga de exposição a biomassa. VEF1 préBD em litros = 2, 21 - 0, 0023. carga de biomassa em horas/ano (p<0, 0001; r<sup>2</sup>=0, 08); e VEF1 pós BD em litros = 2, 29 - 0, 0023. carga de biomassa em horas/ano (p<0, 0001; r<sup>2</sup>=0, 08). **Conclusão:** A exposição a queima de biomassa produz redução do VEF1, tanto pré quanto pós broncodilatador em indivíduos assintomáticos sem doença brônquica.

**Palavras-chave:** Função pulmonar; biomassa; epidemiologia

**PO455** FUNÇÃO PULMONAR EM INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS: EM ESTUDO TRANSVERSAL. JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR<sup>1</sup>; RAFAEL CAMPOS OLIVEIRA<sup>1</sup>; WILTON ADRIANO DA SILVA NETO<sup>1</sup>; LUIZ HENRIQUE

**BRITO ROCHA<sup>1</sup>; JULIANO DE FARIA MENDONÇA JUNIOR<sup>1</sup>; SHEILA ALVES PEREIRA<sup>2</sup>; MARCELO FOUAD RABAHI<sup>2</sup>**

1. UNIRV, APARECIDA DE GOIANIA, GO, BRASIL; 2. UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A diabetes mellitus sendo uma doença sistêmica, poderia produzir distúrbio ventilatório restritivo através de glicosilação do tecido conjuntivo e por dano microvascular. Alguns estudos demonstraram redução da CVF, do VEF1 e do pico de fluxo de fluxo expiratório em pacientes diabéticos em relação a controles sem a doença.

**Objetivos:** Avaliar o efeito da diabetes mellitus na função pulmonar **Métodos:** Um estudo transversal foi conduzido nos Centros Integrados de Assistência Médica e Social Novo Horizonte e no Programa de Saúde da Família Caravelas e Santa Rita em Goiânia-GO. Quinhentos e setenta pacientes em acompanhamento clínico nas unidades em estudo foram avaliados para verificar a presença de sintomas respiratórios e fatores de risco para doença pulmonar. O indivíduo foi considerado portador de diabetes mellitus quando relatava diagnóstico por médico assistente e acompanhamento no programa de diabetes da unidade básica de saúde. Todos os pacientes realizaram avaliação clínica e espirometria completa com broncodilatador. As variáveis foram descritas utilizando-se proporção, média e desvio padrão. A comparação entre as medianas dos parâmetros de função pulmonar foi realizada utilizando o Teste de Mann-Whitney. A regressão logística foi realizada entre a variável binária presença/ausência redução da CVF e a função pulmonar, presença de diabetes e os parâmetros antropométricos. Este estudo foi realizado de acordo com as boas práticas clínicas e foi aprovado pelo Comitê do Hospital Geral de Goiânia Ética sob o número 195/2011. **Resultados:** Ao longo de um período de 17 meses, 570 indivíduos foram avaliados. A amostra de 570 indivíduos avaliada apresentava predominância do sexo feminino (71, 8%), idade avançada (63, 5±9, 6 anos), sobrepeso (28, 7±5, 5Kg/m<sup>2</sup>), e em relação ao tabagismo, 329 (57, 7%) nunca fumantes, 188 (33%) ex-tabagistas e 53 (9, 3%) de fumantes ativos. Dentre esses indivíduos, 146 (25, 6%) eram portadores de diabetes mellitus. Somente a mediana da CVF pré BD em litros foi estatisticamente menor nos portadores de diabetes mellitus em relação aos indivíduos sem diabetes (2, 45l versus 2, 57l; p=0, 03). No entanto, a mediana do IMC foi estatisticamente maior nos portadores de diabetes mellitus em relação aos indivíduos sem diabetes (29, 9Kg/m<sup>2</sup> versus 28, 3Kg/m<sup>2</sup>; p=0, 01). A regressão logística verificou que a presença de diabetes não era variável preditora da redução da CVF. **Conclusão:** A redução da CVF observada nos pacientes diabéticos foi ocasionada pelo maior IMC desses pacientes na amostra estudada.

**Palavras-chave:** Diabetes mellitus; função pulmonar; epidemiologia

#### **PO456 VALORES DE REFERÊNCIA EM ESPIROMETRIA PARA UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA**

**ROGERIO LOPES RUFINO ALVES<sup>1</sup>; CLAUDIA HENRIQUE COSTA<sup>1</sup>; AGNALDO JOSÉ LOPES<sup>1</sup>; ADALGISA IEDA MAIOWORM<sup>1</sup>; KENIA MAYNARD DA SILVA<sup>1</sup>; LUANA RUFINO SILVA<sup>2</sup>; RICARDO MARQUES DIAS<sup>3</sup>**

1. UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A espirometria é a base para o diagnóstico funcional das doenças pulmonares, para a avaliação de risco cirúrgico, para a prevenção e acompanhamento de doenças. Esse método necessita de valores de referência atuais

e que se adequam as mudanças populacionais e étnicas.

**Objetivo:** Desenvolver novas equações de referência em espirometria para uma amostra da população brasileira saudável e sedentária para os seguintes parâmetros: capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1), razão VEF1 / CVF, pico de fluxo expiratório (PEF), fluxo expiratório forçado (FEF) e médio (FEF 25-75%) e tempo de fluxo expiratório médio (FEFT). Método Estudo prospectivo, randomizado, de dezembro de 2010 a julho de 2014, em indivíduos > 20 anos, utilizando exames complementares (radiografias de tórax, eletrocardiograma) e duplo questionário para identificação de sintomas respiratórios, sedentarismo e comorbidades (Charlson índice). Se os indivíduos preenchessem os critérios de inclusão (índice de Charlson <1), não tabagista, sedentariedade (<150 minutos de atividade moderada por semana) e sem doença cardiopulmonar e neurológica identificável pela entrevista por telefone, eles eram selecionados. Na seleção, eles realizavam ECG, RX de tórax, exame físico e repetição da aplicação de questionários respiratórios e de Charlson. Eram excluídos as pessoas com anormalidades nos métodos complementares e com doença respiratória, cardíaca e neurológica. Todos os indivíduos foram examinados na parte da manhã e realizada a espirometria por um único técnico, no mesmo laboratório e com o mesmo espirômetro, calibrado diariamente. Todos os valores obtidos por espirometria foram tabulados para a desenvolvimento de três propostas de equações: regressão linear, regressão logarítmica e logarítmica com o método LMS. Além disso, avaliou-se os valores obtidos nas novas equações e comparados com os de Pereira et al. <sup>1</sup>, Knudson et al. <sup>2</sup>, Crapo et al. <sup>3</sup>, Hankinson et al. <sup>4</sup>, Pérez et al. <sup>5</sup>, Falaschetti et al. <sup>6</sup>, Brandli et al. <sup>7</sup>, Kubota et al. <sup>8</sup> e Quanjer et al. <sup>9</sup>. Resultados Foram contactados por telefone 7.003 indivíduos, de ambos os sexos, de diferentes regiões, na etapa de pré-seleção, e selecionados 454 indivíduos e que preenchiam os critérios de inclusão 399 pessoas. Foram derivadas as equações de referências para as variáveis espirométricas e para cada sexo. Verificou-se que elas tinham em geral excelente correlação (r > 0, 9). Os valores derivados pelo método de regressão linear e LMS foram muito semelhantes entre eles (p > 0, 5). Não se encontrou diferença entre os gêneros (p < 0, 5). Houve diferença dos valores determinados para as equações do Brasil (CVF e VEF1) (p > 0, 5), porém sem diferenças com as equações de Knudson et al. <sup>2</sup> Conclusões Esse trabalho elaborou um conjunto de equações que podem ser utilizadas para a prática clínica. Pela proposta de várias etapas para inclusão no estudo, necessidade de sedentariedade e métodos complementares houve diferença entre as equações brasileiras para CVF e VEF1. Referências 1- Pereira CAC, et al. J Bras Pneumol. 2007; 33: 397. 2- Knudson RJ, et al. Am Rev Respir Dis. 1983;127: 725. 3- Crapo RO, et al. Am Rev Respir Dis. 1981;123: 659. 4- Hankinson JL, et al. Am J Respir Crit Care Med. 1999;159: 179. 5- Pérez-Padilla R, et al. Arch Bronconeumol. 2006;42: 317. 6- Falaschetti E, et al. Eur Respir J. 2004;23: 456. 7- Brändli O, et al. Chest. 1996;51: 277. 8- Kubota M, et al. Respir Investig. 2014;2: 242. 9- Quanjer PH, et al. Eur Respir J. 2012;40: 1324.

**Palavras-chave:** Valores de referência; espirometria; cvf

#### **PO457 A SUBUTILIZAÇÃO DA ESPIROMETRIA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL.**

**JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR<sup>1</sup>; ALEXANDRE ABDELAZIZ RODRIGUES<sup>1</sup>; HELOISA RODRIGUES SOARES DA SILVA<sup>1</sup>; ANA LUIZA BARROS PARREIRA<sup>1</sup>; JOAO MIGUEL DA SILVA CARVALHO<sup>1</sup>; SHEILA ALVES PEREIRA<sup>2</sup>; MARCELO FOUAD RABAHI<sup>2</sup>**

1. UNIRV, APARECIDA DE GOIANIA, GO, BRASIL; 2. UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A espirometria é uma ferramenta de imenso valor para investigação e manejo de pacientes com suspeita de doença pulmonar, pois possibilita detectar, confirmar e acompanhar essas enfermidades. No entanto existe ainda a subutilização da espirometria, sendo, muitas vezes erroneamente substituída apenas pela anamnese e exame físico. **Objetivos:** Verificar a taxa de solicitação de prova de função pulmonar em pacientes com sintomas respiratórios em acompanhamento clínico na atenção básica. **Métodos:** Um estudo transversal foi conduzido nos Centros Integrados de Assistência Médica e Social Novo Horizonte e no Programa de Saúde da Família Caravelas e Santa Rita em Goiânia-GO. Quinhentos e setenta pacientes em acompanhamento clínico nas unidades em estudo foram avaliados para verificar a presença de sintomas respiratórios, fatores de risco para doença pulmonar, e se já tinham realizado espirometria durante acompanhamento com seu médico assistente. Todos os pacientes realizaram avaliação clínica e espirometria completa com broncodilatador. As variáveis foram descritas utilizando-se proporção, média e desvio padrão. Este estudo foi realizado de acordo com as boas práticas clínicas e foi aprovado pelo Comitê do Hospital Geral de Goiânia Ética sob o número 195/2011. **Resultados:** Ao longo de um período de 17 meses, 570 indivíduos foram avaliados. A amostra de 570 indivíduos avaliada apresentava predominância do sexo feminino (71, 8%), idade avançada (63, 5±9, 6 anos), sobrepeso (28, 7±5, 5Kg/m<sup>2</sup>), 45 indivíduos (7, 9%) tinham tosse todos os dias por pelo menos 3 meses a cada ano, 69 (12, 1%) relatavam crises de sibilância e dispneia e 133 (23, 3%) apresentavam dispneia MMRC 2 a 4, e em relação ao tabagismo, 329 (57, 7%) nunca fumantes, 188 (33%) ex-tabagistas e 53 (9, 3%) de fumantes ativos. Entre esses indivíduos, 61 (10, 7%) referiam ter realizado espirometria solicitada pelo seu médico assistente. Em relação aos subgrupos, somente 13% dos tabagistas em atividade, 8% dos indivíduos com carga tabágica maior que 20 maços/ano, 15, 6% dos indivíduos com tosse todos os dias por pelo menos 3 meses e 23, 2% dos indivíduos que referiam crises de sibilância e dispneia haviam realizado espirometria solicitada pelo seu médico assistente. Dentre todos os pacientes 129 (22, 6%) apresentavam distúrbio ventilatório obstrutivo na espirometria. **Conclusão:** A taxa de solicitação de espirometria na assistência básica é baixa. A solicitação de espirometria abaixo de 25% em várias situações em que ela deveria ser indicada, sugere uma subutilização da mesma em nosso meio.

**Palavras-chave:** Espirometria; atenção básica; epidemiologia

#### **PO458** ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA E FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES SEM DOENÇA BRÔNQUICA.

JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR<sup>1</sup>; ANA CLAUDIA SILVA DUARTE<sup>2</sup>; GEOVANA THEES PERILLO RODRIGUES<sup>1</sup>; ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO<sup>1</sup>; MURILO CARVALHO ALEIXO<sup>1</sup>; SAYRA RAYANE TITOTO LABRE<sup>1</sup>; SHEILA ALVES PEREIRA<sup>2</sup>; MARCELO FOUAD RABAH<sup>2</sup>

1. UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO, BRASIL; 2. UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A obesidade é uma doença crônica e epidêmica no mundo. Uma das possíveis complicações decorrentes da obesidade é a alteração da função pulmonar<sup>1</sup>. A obesidade promove deterioração da mecânica respiratória pela diminuição da expansibilidade do tórax, decorrente do aumento de tecido adiposo na parede torácica e cavidade

abdominal, o que eleva a redução da complacência pulmonar e da caixa torácica e resultando em diminuição dos volumes pulmonares e sobrecarga dos músculos respiratórios<sup>2</sup>. Esclarecer a relação entre obesidade e frequência de distúrbios ventilatórios em indivíduos assintomáticos são temas críticos com relevantes implicações e ramificações para prevenção e tratamento de doenças respiratórias<sup>3</sup>.

**Objetivos:** Verificar efeito do aumento do IMC na função pulmonar de indivíduos sem doença brônquica. **Métodos:** Um estudo transversal foi conduzido nos Centros Integrados de Assistência Médica e Social Novo Horizonte e no Programa de Saúde da Família Caravelas e Santa Rita em Goiânia-GO. Quatrocentos e cinquenta e três pacientes consecutivamente avaliados, assintomáticos do ponto de vista respiratório e que negavam diagnóstico prévio de doença pulmonar, e que forma especificamente questionados sobre diagnóstico prévio de asma, bronquite ou enfisema realizaram avaliação clínica, medida da saturação de oxigênio e espirometria completa com broncodilatador. As variáveis foram descritas utilizando-se proporção, média e desvio padrão. Análise de correlação foi realizada entre o IMC e as variáveis funcionais espirométricas, com ajuste de significância por Bonferroni. Regressão linear foi utilizada para avaliar relação de causa e efeito. Este estudo foi realizado de acordo com as boas práticas clínicas e foi aprovado pelo Comitê do Hospital Geral de Goiânia Ética sob o número 195/2011. **Resultados:** Ao longo de um período de 17 meses, 453 indivíduos sem doença respiratória foram avaliados para elegibilidade. Destes, 58 indivíduos (12, 8%) não foram incluídos devido a espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo. A amostra de 395 indivíduos avaliada apresentava predominância do sexo feminino (76, 5%), idade avançada (62, 7±9, 7anos), sobrepeso (29±5, 4Kg/m<sup>2</sup>), autodenominados brancos (46, 8%), 264 (66, 8%) nunca fumantes, 112 (28, 4%) ex-tabagistas e 19 (4, 8%) fumantes ativos. A análise de correlação mostrou correlação negativa entre o IMC e CVF préBD em litros (coeficiente -0. 18; p=0, 02) e entre IMC e CVF pósBD em litros (coeficiente -0. 17; p=0, 04). A regressão linear mostrou que IMC prediz significativamente a CVF préBD em litros: CVF préBD predita = 32. 3 – 1, 26. IMC (p<0, 0001; r<sup>2</sup>=0, 03) e que o IMC prediz significativamente a CVF pósBD em litros: CVF pósBD predita = 32. 3 – 1, 22. IMC (p=0, 001; r<sup>2</sup>=0, 03). **Conclusão:** O aumento do IMC produz redução da capacidade vital forçada, tanto pré quanto pós broncodilatador.

**Palavras-chave:** Imc; função pulmonar; epidemiologia

#### **PO459** COMPARAÇÃO ENTRE OS VALORES MEDIDOS E PREVISTOS DE IMPEDÂNCIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES SAUDÁVEIS DO SUL DO BRASIL

MARCUS H. JONES<sup>1</sup>; ALESSANDRA VACCARI<sup>1</sup>; JOÃO PAULO HEINZMANN FILHO<sup>1</sup>; JULIANA SEVERO DA SILVA<sup>1</sup>; KATY ARIANE DOS SANTOS CORRÊA

PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Objetivos:** comparar os valores impedância respiratória obtidos em crianças saudáveis com os valores previstos por diferentes equações de referência. **Materiais e métodos:** Foram incluídas crianças e adolescentes saudáveis, com idade entre 9 e 14 anos, livres de sintomas respiratórios e história de doenças crônicas, de acordo com o questionário do International Study on Asthma in Children. Os participantes foram recrutados por conveniência, em escolas públicas da cidade Porto Alegre-RS. Coletaram-se medidas demográficas, antropométricas, seguidas da avaliação da impedância do sistema respiratório. A impedância foi realizada através do teste de oscilometria

de impulso (IOS), por meio do aparelho Master Screen, Jaeger, Germany. Os parâmetros medidos incluíram a resistência (R) nas frequências 5 e 20, além da reatância (X) na frequência 5 e a frequência de ressonância (FRES). A normalização dos resultados foi realizada utilizando-se cinco equações de referência: equação 1 (Nowowiejska B et al. 2008; Polônia), equação 2 (Dencker M et al. 2006; Finlândia/Suécia), equação 3 (Gochicoa-Rangel L et al. 2015; México), equação 4 (Frei J et al. 2005; Canadá) e equação 5 (Assumpção M et al. 2016; Brasil). Para fins estatísticos, utilizou-se estatística descritiva e o teste de Kruskal Wallis (pós-teste de Dunn). **Resultados:** foram incluídos 85 crianças e adolescentes saudáveis, com uma idade média de 12, 1±2, 1 anos, sendo 50, 4% do sexo feminino. A mediana (KPa//s) de R5 foi de 0, 60 (0, 51-0, 71), R20 de 0, 45 (0, 37-0, 53), X5 de -0, 18 (-0, 22-[-0, 14]) e do FRES (hertz) de 17, 1 (13, 5-19, 9). Ao compararmos os valores medidos nessa amostra com os previstos por diferentes equações, percebeu-se que as equações 1, 2, 3 e 5 subestimam e/ou superestimam (p<0, 001) os valores de R5. Somente a equação 4 obteve valores previstos semelhantes ao medido na amostra. Quanto ao R20, as equações internacionais 1, 3, 4 também estimaram valores significativamente diferentes (p<0, 001) do mensurado nesse grupo. Apenas as equações 2 e 5 apresentaram valores previstos próximos ao medido. Da mesma forma, as fórmulas de predição 3 e 5 apresentaram valores previstos diferentes do obtido para o X5, enquanto os estudos 1, 2 e 4 demonstraram valores semelhantes. Já no FRES, as equações 1, 3, 4 e 5 estimaram valores significativamente diferentes (p<0, 001), quando comparado aos medidos. **Conclusão:** os achados sugerem que a equação europeia (equação 2) parece ser a mais semelhante para os dados mensurados em nossa amostra, indicando que deva ser utilizada para a normalização dos parâmetros oscilométricos em sujeitos oriundo do sul do país na faixa etária pediátrica.

**Palavras-chave:** Forced oscillation technique; reference values; children

#### **PO460 SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO ASSOCIADA A OBESIDADE**

**MARCOS VINICIUS DE SOUZA FERNANDES\***; SIDNEY TEIXEIRA JUNIOR; STEFANO DE AVELAR ALCHORNE TRIVELIN; CYNTHIA DOS SANTOS SAMARY; MILENA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA; PEDRO LEME SILVA; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO; LIGIA MAIA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ), RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A prevalência de obesidade vem aumentando mundialmente. Embora estudos observacionais tenham relatado que a obesidade diminui a mortalidade na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), outros estudos têm demonstrado elevada mortalidade quando a SDRA está associada a obesidade. Em função de tal controvérsia, é fundamental o entendimento da fisiopatologia da SDRA em presença de obesidade. **Objetivo:** Caracterizar o modelo de SDRA associada a obesidade. **Métodos:** (CEUA/006/2009) A obesidade foi induzida pelo modelo de supernutrição pós-natal, onde o tamanho da ninhada foi reduzido para três filhotes no 3º dia de lactação até o desmame (grupo supernutrido (SN), n = 18), o grupo controle permaneceu com 10 filhotes até o desmame (Controle, n = 18). 120 dias pós-natal (PN120), os ratos foram submetidos a um teste de tolerância oral à glicose e em 150 dias (PN150) foram subdivididos em 4 grupos (n = 9): Controle-Salina; Controle-LPS; SN-Salina e SN-LPS. Grupos salina e LPS receberam solução salina estéril ou lipopolissacarídeo de *Escherichia coli* (LPS, 200 µg em 100 µL) intratraquealmente,

respectivamente. Após 24 horas, função e histologia pulmonares foram avaliadas, assim como a expressão de interleucina (IL) 6 no tecido pulmonar. **Resultados:** Em PN150, comparado ao Controle-Salina, o grupo SN-Salina apresentou maior massa corporal (446±24g vs 494±26g, respectivamente; p<0, 0001), maior massa de tecido adiposo visceral (16±3g vs 26±4g, respectivamente; p<0, 0001) e hiperglicemia de jejum (94±11 mg/dL vs 110±9g, respectivamente; p<0, 01). O grupo Controle-LPS comparado ao Controle-Salina apresentou maior elastância tanto do sistema respiratório (4, 3±0, 6 cmH2O/mL vs 3, 4±0, 6 cmH2O/mL, respectivamente; p=0, 02), quanto do pulmão (3, 7±0, 6 cmH2O/mL vs 2, 7±0, 7 cmH2O/mL, respectivamente; p=0, 01). Não houve diferença significativa entre os grupos SN-LPS e SN-Salina no que diz respeito à elastância do sistema respiratório e do pulmão (3, 7±0, 5 cmH2O/mL vs 3, 1±0, 4 cmH2O/mL, respectivamente; p=0, 13, and, 3, 1±0, 5 cmH2O/mL vs 2, 7±0, 4 cmH2O/mL, respectivamente; p=0, 49). Após a instilação de LPS, os animais Controle e SN apresentaram maior colapso alveolar em comparação com seus respectivos grupos Salinas (333% e 198% de aumento, respectivamente). O nível de IL-6 no tecido pulmonar foi maior no grupo Controle-LPS comparado ao grupo SN-LPS [0, 028 (0, 007-0, 042) vs 0, 007 (0, 002-0, 016), respectivamente; p=0, 03]. **Conclusão:** Após a indução de SDRA, os animais controles, mas não os obesos, apresentaram significativa deterioração da função pulmonar. Embora estes resultados preliminares sugiram que a obesidade pode proteger contra a disfunção pulmonar na fase inflamatória aguda da doença, os mecanismos fisiopatológicos precisam ser melhor elucidados. Financiamento: CNPq, FAPERJ, CAPES, MS/DECIT

**Palavras-chave:** Obesidade; síndrome do desconforto respiratório agudo; inflamação

#### **PO461 AVALIAÇÃO DE PARAMETROS VENTILATÓRIOS DOS PACIENTES EM PRÉ OPERATÓRIO PARA CIRURGIA BARIATRICA DO HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS DE SANTO ANDRÉ**

**PAMELA OLIVIERI VALELONGO\***; VITOR AUGUSTO QUEIROZ MAUAD; STEPHANIE KIM AZEVEDO DE ALMEIDA; JESSICA LOPES DE SOUZA; ELIE FISS; WILLIAM SALIBE-FILHO FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.

**Introdução:** A obesidade vem aumentando no mundo, em países como Estados Unidos ao menos 1/3 dos americanos seria classificado como obeso, sendo mais alarmante nos grupos com obesidade extrema (Índice de massa corporea - IMC)>40Kg/m<sup>2</sup> - obesidade grave; e IMC>50Kg/m<sup>2</sup> - obesidade morbida). A correlação entre obesidade morbida e distúrbios pulmonares foi primeiramente descrita por Bickelmann AG, em 1956, que verificava a presença de hipoventilação tecidual. Estudos posteriores vem tentando explicar a relação entre aumento de IMC e alterações ventilatórias, e ainda que a obesidade não seja fator unico para o desenvolvimento dos sintomas respiratórios, a perda de peso parece se relacionar com melhora dos sintomas, como foi demonstrado em estudo do American College of Chest Physicians em 2005. **Objetivo:** Descrever uma população de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica do ambulatório do Hospital Estadual Mario Covas, bem como verificar a existência de distúrbios ventilatórios e avaliar a prevalência e correlação linear entre obesidade e esses distúrbios. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo por análise de prontuário de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica nos anos de 2014 a 2016, no hospital estadual Mario Covas, que tenham realizado, em sua rotina pré

operatória, ao menos uma prova de função pulmonar. Os critérios diagnósticos foram tirados da IV Diretriz Brasileira para o Manejo de Asma. Distúrbios obstrutivos foram considerados quando a relação VEF1/CVF inferior a 0,7 (70%) e para distúrbios restritivos CVF < 0,8 (80%). Para diagnóstico de asma era necessário uma melhora pós broncodilatador de 200ml em VEF1 e 7% do previsto ou melhora de 350ml na CVF associado há antecedentes da doença. **Resultados:** Esse levantamento resultou em 150 pacientes sendo 134 mulheres e 16 homens, com média de idade de 39, 2 anos (mediana 38, Dp 9, 15), variando entre 23 e 63 anos. IMC entre 31, 5 e 68, 1 Kg/m<sup>2</sup>, dois terços nunca haviam fumado (n=100) e 13 mantinham tabagismo ativo; 56 eram sabidamente hipertensos e 33 portadores de diabetes melitus já diagnosticado. Seguindo os critérios da diretriz brasileira, 16 pacientes asmáticos (prevalência de 10, 7%) e 6 pacientes com distúrbios restritivos (prevalência 4%). 2 pacientes evoluíram no pós operatório com tromboembolismo pulmonar e uma paciente apresentou trombose venosa profunda. Na análise de correlação linear não houve correlação evidente entre IMC e parâmetros espirométricos. **Conclusão:** Pacientes obesos tem sabidamente acometimento respiratório, apnéia do sono e síndrome da hipoventilação da obesidade são entidades definidas, ainda que os mecanismos de correlação com a obesidade não sejam totalmente esclarecidos. Young SY demonstrou correlação entre IMC e asma, porém sem confirmação espirométrica, já em nosso estudo, ao utilizarmos critérios funcionais para diagnóstico de asma, a prevalência foi de aproximadamente 10%, bastante semelhante a referida na população geral. Um estudo, com 16171 pacientes, encontrou correlação entre obesidade e asma referida, mas não se sustentava quando o diagnóstico era feito por parâmetros espirométricos. Em nossos resultados não ocorreu correlação entre obesidade, alterações funcionais e asma, no entanto a avaliação evolutiva pode ser dado valioso para melhor explicar esses achados.

**Palavras-chave:** Obesidade e asma; distúrbios ventilatórios na asma; cirurgia bariátrica

#### **PO462 OXÍMETROS DE PULSO PORTÁTEIS: CONCORDÂNCIA DE QUATRO APARELHOS, EM UNIDADES DE CUIDADO A IDOSOS**

**NATÁLIA COSTA MONTEIRO<sup>1</sup>; SAULO MAIA DAVILA MELO<sup>1</sup>; JULIANA SILVA SANTANA<sup>2</sup>; ISADORA SOUZA MACHADO<sup>1</sup>; JOÃO GUILHERME DE CARVALHO NETO<sup>1</sup>; MARÍLIA FERRAZ DE OLIVEIRA MACEDO<sup>1</sup>; RACHEL CHOUCAIR FERREIRA<sup>1</sup>**

**1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL; 2. CLÍNICA GERIATRIA INTEGRADA, ARACAJU, SE, BRASIL.**

**Introdução:** A população idosa está em constante crescimento, com várias comorbidades, sendo responsabilidade dos médicos priorizarem o diagnóstico precoce. Atualmente, a oximetria de pulso é considerada o quinto sinal vital auxiliando na detecção precoce da hipoxemia, devendo-se fazer parte da avaliação clínica dos idosos. No Brasil, existem vários aparelhos de oximetria de pulso que verificam a saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>), de diferentes marcas e preços, porém, a confiabilidade destes para sua escolha, na prática médica ambulatorial, não está clara. Desconhece-se a existência de pesquisas sobre o tema em idosos estáveis, a nível ambulatorial. Nossos objetivos foram comparar a concordância da SpO<sub>2</sub> obtida com quatro diferentes oxímetros de pulso, de marcas e preços diferentes, e avaliar qual o melhor tempo para a mensuração da SpO<sub>2</sub>. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em três instituições de cuidados à saúde do idoso (uma privada e

duas públicas) no município de Aracaju, de janeiro a junho 2016. Foram incluídos idosos estáveis, maiores de 60 anos, escolhidos consecutivamente, de acordo com a demanda e excluídos portadores de hipotensão arterial, hipotermia, fenômeno de Raynaud, baqueteamento digital e artefatos que interferissem na oximetria. A mensuração da SpO<sub>2</sub> foi avaliada por quatro oxímetros de pulso: Nonin GO2, ChoiceMMed, Rossmax SB 100 e oximeter finger type, em três diferentes tempos: 30 segundos, 1 e 2 minutos, sendo escolhido para avaliação da concordância entre os aparelhos as maiores médias de cada aparelho, nos diversos tempos avaliados. O coeficiente de correlação intraclass foi utilizado para avaliar a concordância entre os oxímetros e os resultados foram interpretados usando o critério de Landis-Koch. A detecção de possíveis erros sistemáticos foi explorada por meio de diagramas de Bland Altman. A comparação entre as diferenças na mensuração da SpO<sub>2</sub> nos três diferentes tempos (30 segundos, 1 minuto e 2 minutos) foi realizada pelo teste ANOVA, seguido do pós-teste de Bonferroni. O nível de significância estatística utilizado foi de  $p \leq 0,05$ . **Resultados:** Avaliados 100 pacientes, 73 (73%) eram mulheres e 45% (45/100) eram brancos. A média da idade foi 81, 22±7, 83 anos (IC95%: 79, 67-82, 77). A maior média de SpO<sub>2</sub> no aparelho Choice MMed foi 96, 51±1, 35% (IC95%: 96, 24-96, 77), no aparelho Nonin 95, 96±1, 39% (IC95%: 95, 68-96, 24), no aparelho Rossmax 95, 88±1, 43% (IC95%: 95, 60-96, 16) e no aparelho oximeter 95, 44±1, 53% (IC95%: 95, 14-95, 74). A concordância entre os aparelhos foi de 0,83, considerada boa. Não houve diferença significativa da SpO<sub>2</sub> entre os três diferentes tempos mensurados, em nenhum dos aparelhos. **Conclusão:** Houve uma concordância boa entre os aparelhos de oximetria de pulso portátil, das diferentes marcas e preços testados, permitindo aos profissionais da saúde a opção de escolherem qualquer um dos aparelhos citados para utilização na sua vida prática. A mensuração ambulatorial da SpO<sub>2</sub> pode ser avaliada a partir de 30 segundos, com segurança e confiabilidade, em idosos estáveis.

**Palavras-chave:** Oximetria; saturação periférica de oxigênio; envelhecimento

#### **PO463 ACURÁCIA E CONCORDÂNCIA DA SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÊNIO EM QUATRO DIFERENTES OXÍMETROS DE PULSO PORTÁTEIS**

**JOÃO GUILHERME DE CARVALHO NETO<sup>1</sup>; SAULO MAIA DAVILA MELO<sup>1</sup>; NATÁLIA COSTA MONTEIRO<sup>1</sup>; ISADORA SOUZA MACHADO<sup>1</sup>; ISABELLE SAMPAIO LISBOA<sup>1</sup>; MARÍLIA FERRAZ DE OLIVEIRA MACEDO<sup>1</sup>; MARINA SANTANA FREIRE<sup>2</sup>; ISABELLA SOUZA CARVALHO<sup>1</sup>**

**1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL; 2. HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL.**

**Introdução:** Atualmente, a aferição da saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) através de oxímetros de pulso portáteis é considerada o quinto sinal vital auxiliando na detecção precoce de hipoxemia, devendo-se fazer parte da avaliação clínica ambulatorial, sendo considerada uma ferramenta indispensável para os pneumologistas. No Brasil, existem vários aparelhos portáteis de oxímetro de pulso utilizados a nível ambulatorial que verificam a SpO<sub>2</sub>, de diferentes marcas e preços, porém, a confiabilidade destes para sua escolha, na prática médica, não está clara. Desconhece-se a existência de pesquisas sobre o tema em nosso meio. **Objetivos:** Avaliar a acurácia e concordância da SpO<sub>2</sub> obtida com quatro oxímetros de pulso digitais portáteis, sem fio, de marcas e preços diferentes que são utilizados na prática ambulatorial, comparando-os a gasometria arterial. **Métodos:** Estudo transversal realizado na UTI do Hospital

de Urgência de Sergipe de janeiro a junho de 2016 com aprovação do CAAE (n: 53370816. 3. 0000. 537). Foram incluídos consecutivamente, de acordo com a demanda, pacientes com indicação clínica de realizar gasometria arterial. Foram excluídos menores de 18 anos de idade, hipotermia, hipoxemia grave, hipotensão arterial, anemia importante e artefatos que interferissem na oximetria. A mensuração da SpO2 foi avaliada em três diferentes tempos: 30 segundos, 1 e 2 minutos, e escolhido as maiores médias de cada aparelho, nos diversos tempos avaliados para comparação com a gasometria. O coeficiente de correlação intraclasse (CCI) foi utilizado para avaliar a concordância dos oxímetros entre si e com a gasometria, e os resultados foram interpretados usando o critério de Landis-Koch. A acurácia da SpO2 comparada a SaO2 foi realizada pelo teste ANOVA seguido do teste de Bonferroni. No banco de dados da pesquisa denominou-se saturação de oxigênio de 1 a 5, que correspondia às SpO2 obtidas com os quatro oxímetros e SaO2, impossibilitando o estatístico ter ciência de quais oxímetros (nomes) e SaO2 estavam sendo avaliados. **Resultados:** Foram selecionados 43 pacientes. A média da SaO2 foi de 97, 19 ± 1, 71% e os maiores valores da SpO2 em cada aparelho foram: Choice MMed (96, 30 ± 2, 23%; IC 95%: 95, 62 a 96, 99%), Rossmax (96, 05 ± 2, 89%; IC 95%: 95, 16% a 96, 93%), Finger type & oxymeter (95, 63 ± 2, 7%; IC 95%: 94, 80% a 96, 46%) e Nonin (95, 19 ± 3, 07%; IC 95%: 94, 24% a 96, 13%). A concordância da SpO2 de cada aparelho entre si demonstrou uma concordância muito boa (CCI: 0, 918). A concordância de cada aparelho, individualmente, com a SaO2 demonstrou uma concordância boa com os aparelhos Rossmax e ChoiceMMed (CCI: 0, 745 e 0, 720, respectivamente) e uma concordância moderada com os aparelhos Oxymeter e Nonin (CCI: 0, 646 e 0, 609, respectivamente). As acurácias da SpO2 dos aparelhos com a SaO2 foram: Choice: 0, 89±0, 27%; IC95%: 0, 10-1, 68; Rossmax: 1, 14±0, 30%; IC95%: 0, 26-2, 03; Oximeter: 1, 56±0, 31%; IC95%: 0, 63-2, 49 e Nonin: 2, 00±0, 35%; IC95%: 0, 97-3, 04. **Conclusão:** Os aparelhos das diferentes marcas e preços testados apresentaram muito boa concordância entre si e as melhores concordâncias e acurácias com a gasometria arterial foram obtidas pelos aparelhos ChoiceMMed e Rossmax, sendo demonstrado segurança e confiabilidade dos aparelhos testados para seu uso na assistência ambulatorial pelos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Oximetria de pulso; saturação periférica de oxigênio; oxigênio

#### **PO464 SINDROME DA HIPOVENTILAÇÃO PULMONAR ASSOCIADA A OBESIDADE: RELATO DE CASO**

**PEDRO CAMPOS MATTA\***; WILLIARA BATALHA ROSIGNOLI; MARIA CARULINA MALAFAIA DE AQUINO GUARÇONI; LUANE LANDIM DE ALMEIDA; SILMARA MACHADO  
HOSPITAL MATERINIDADE THEREZINHA DE JESUS, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

**Introdução:** A hipoventilação associada à obesidade consiste na incapacidade do aparelho respiratório do paciente obeso (IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>) em eliminar gás carbônico, na mesma proporção em que ele chega aos pulmões, sem que existam outras doenças respiratórias ou neurológicas que justifiquem o quadro. Tal distúrbio é caracterizado por hipercapnia (Paco<sub>2</sub> > 45 mmHg), acompanhada de equivalente grau de hipoxemia (PaO<sub>2</sub> baixa)<sup>1,3</sup>. Na síndrome de Pickwick, o paciente deve ser obeso (IMC>30 kg/m<sup>2</sup>) e apresentar obrigatoriamente insuficiência cardíaca direita, hipertensão arterial pulmonar, sonolência diurna excessiva, policitemia e hipercapnia quando acordado, sem outras

causas conhecidas. Deve haver também aumento da PaCO<sub>2</sub> >10 mmHg do valor acordado e em posição supina (padrão ouro), além de hipoxemia arterial sustentada, sem outra causa pulmonar ou extrapulmonar, e não relacionada a apneias e hipopnéias periódicas<sup>1,3</sup>. Caracteristicamente trata-se de um paciente obeso, cianótico, com fácies pleurótica e rubor facial, apresentando dispneia e edema de membros inferiores<sup>1,3</sup>. A prevalência da síndrome da hipoventilação associada à obesidade ainda é desconhecida na população geral, embora tenha sido estimada que seja entre 0, 3 – 0, 4%<sup>2</sup>. O objetivo do presente estudo é relatar o caso de um paciente portador de síndrome de Pickwick, admitido na unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), com quadro de insuficiência respiratória aguda. Abordaremos os princípios do diagnóstico e da terapêutica. **Relato de caso:** PLG, 41 anos, masculino, caminhoneiro, procurou atendimento médico com queixa de dispneia progressiva com início há um mês, intensificada nos últimos dias. Foi internado na UTI do HMTJ em 01/03/16. Hipertenso, em uso irregular das medicações, referia sonolência diurna, roncos noturnos e apetite aumentado. Sedentário, tabagista 24 anos/maço, etilista social e usuário eventual de cocaína para manter a vigília durante o trabalho. Ao exame apresentava-se cianótico, com pletora facial, edema em membros inferiores, IMC: 57, 19 Kg/m<sup>2</sup>, murmúrio vesicular hipoávido difusamente à ausculta pulmonar e SpO<sub>2</sub>: 80% em ar ambiente. Raio X de tórax evidenciando área cardíaca aumentada e sinais de edema pulmonar bilateralmente, gasometria arterial PH: 7, 27; PCO<sub>2</sub>: 102; PO<sub>2</sub>: 75; HCO<sub>3</sub>: 46, 8; BE: 15, 4; Sat O<sub>2</sub>: 93%, além de hemograma demonstrando hemoglobina: 21, 3 e hematócrito: 64, 9. Iniciados restrição hídrica e de sódio, diurético de alça intravenoso, heparinização plena, sendo submetido à ventilação mecânica não-invasiva, visando a correção da hipoxemia e da acidose respiratória.

**Discussão:** Houve boa resposta às medidas terapêuticas instituídas, com melhora clínica e laboratorial. Recebeu alta em 19/04/2016, sendo enfatizada a necessidade de manutenção do suporte ventilatório e oxigenoterapia em domicílio, perda ponderal através de dieta adequada, uso de anti-hipertensivos e cessação do tabagismo. **Referências:** 1. Glass H. Nem tudo é apnéia obstrutiva no capítulo dos distúrbios respiratórios do sono: a síndrome de pickwick. Brasília Med 2007; 44: 260-270. 2. Masa JF, Corral J, Alonso ML, Ordaz E, Troncoso MF, Gonzalez M, et al. Efficacy of Different Treatment Alternatives for Obesity Hypoventilation Syndrome: Pickwick Study. Am J Respir Crit Care Med 2015; 192: 86-95. 3. Silva GA. Síndrome Obesidade-Hipoventilação Alveolar. Medicina 2006; 39: 195-204.

**Palavras-chave:** Hipoventilação alveolar; obesidade; ventilação não invasiva

#### **PO465 FUNÇÃO PULMONAR, HÁBITO TABÁGICO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL**

**ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA\***; ELIZABETH RODRIGUES DE MORAIS<sup>2</sup>; ADRIANA MÁRCIA MONTEIRO FANTINATI<sup>3</sup>; SALVADOR RASSI<sup>4</sup>; DANIELLY BARBOSA REIS<sup>3</sup>; LAÍS EUQUERES<sup>5</sup>; JULIANA CRISTINA RIBEIRO DE SOUZA RODRIGUES<sup>1</sup>; THALISSA CRISTINE DE MELO<sup>1</sup>

1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 3. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIÂNIA, GO, BRASIL;

##### 5. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica caracterizada por uma disfunção do coração em bombear sangue para suprir as necessidades do organismo. As alterações hemodinâmicas encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. Alterações na função pulmonar são observadas em indivíduos com IC, apesar das causas ainda não serem bem esclarecidas. Estudos sugerem que ocorram em consequência do processo crônico da insuficiência cardíaca, e do aumento progressivo do tamanho e da área cardíaca. A cardiomegalia está envolvida no processo de padrão respiratório restritivo, com redução dos volumes e fluxos pulmonares.

**Objetivos:** Avaliar o nível de atividade física, o hábito tabágico e a função pulmonar (CVF, VEF1 e VEF1/CVF) de portadores de insuficiência cardíaca em acompanhamento ambulatorial. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e analítico, foram avaliados 81 portadores de IC atendidos no ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital das Clínicas de Goiânia, sendo a função pulmonar avaliada por meio do microespirômetro One Flow® seguindo as recomendações da SBPT e o Nível de Atividade Física por meio do questionário IPAQ. Os participantes foram também questionados quanto ao hábito tabágico. Os dados foram expressos em média±desvio padrão, frequências e proporções e analisados pelo pacote estatístico SPSS (v. 18, 0), os seguintes testes foram utilizados: Kolmogorov Smirnov, Test t simples, ANOVA, Mann Whitney e Kruskal Wallis, com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Os valores da espirometria foram expressos em % dos valores preditos.

**Resultados:** A média de idade dos participantes foi de 56, 71±12, 42 anos, 65, 4% (n=53) eram do sexo masculino, a fração de ejeção encontrada foi de 33, 33±7, 34, sendo 58 deles (71, 6%) da classe funcional II (NYHA). Quanto ao hábito tabágico 49, 4% (n=40) eram não tabagistas, 42% (n=34) eram ex-tabagistas e 8, 6% (n=7) eram tabagistas. Quanto ao nível de atividade física, os sedentários e insuficientemente ativos foram agrupados no grupo 1 correspondendo a 56, 79% (n=46) da amostra e os ativos e muito ativos foram agrupados no grupo 2 correspondendo a 43, 21% (n=35). A CVF foi de 102, 87±17, 71, o VEF1 de 95, 13±22, 31 e a relação VEF1/CVF de 75, 12±10, 90%. Quanto à classificação dos distúrbios 84% (n=68) eram normais. Os resultados das três variáveis espirométricas não diferiram quanto aos grupos do IPAQ, CVF ( $p=0,13$ ), VEF1 ( $p=0,41$ ) e VEF1/CVF ( $p=0,40$ ) e os tabagistas apresentaram uma VEF1/CVF menor em relação aos não tabagistas e tabagistas ( $p=0,008$ ). **Conclusão:** A maioria dos portadores de insuficiência cardíaca era sedentária ou irregularmente ativa, apresentaram parâmetros espirométricos normais, a minoria apresentou hábito tabágico, o nível de atividade física não influenciou nos parâmetros espirométricos e os tabagistas apresentaram menores valores do VEF1/CVF.

**Palavras-chave:** Função pulmonar; insuficiência cardíaca; tabagismo

##### **PO466** INVESTIGAÇÃO DO COMPORTAMENTO CINÉTICO DA CAPACIDADE INSPIRATÓRIA DURANTE O EXERCÍCIO E SUA RELAÇÃO COM A FORÇA DOS MÚSCULOS INSPIRATÓRIOS EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

**RICARDO GASS<sup>1\*</sup>; FRANCIELE PLACHI<sup>1</sup>; FERNANDA MACHADO BALZAN<sup>2</sup>; NADINE OLIVEIRA CLAUSELL<sup>3</sup>; PAULO STEFANI SANCHES<sup>4</sup>; DANTON PEREIRA DA SILVA JUNIOR<sup>4</sup>; JOSÉ ALBERTO NEDER<sup>5</sup>; DANILO CORTOZI BERTON<sup>1</sup>**

1. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS, UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. SERVIÇO DE FISIOTERAPIA, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, CARDIOLOGIA E CIÊNCIAS CARDIOVASCULARES, UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4. DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA BIOMÉDICA, UFRGS, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5. DEPARTMENT OF MEDICINE, DIVISION OF RESPIROLOGY, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADÁ.

**Introdução:** Foi previamente descrito que pacientes com insuficiência cardíaca (IC) podem desenvolver limitação ao fluxo aéreo expiratório (LFE) durante o exercício e consequente hiperinsuflação pulmonar dinâmica avaliada por medidas seriadas de capacidade inspiratória (CI). Entretanto, fraqueza/fadiga muscular inspiratória é comum nesses indivíduos e poderia estar relacionada com queda da CI ao esforço. **Objetivos:** Avaliar a variação da CI durante o exercício e a sua relação com a força muscular inspiratória em pacientes com IC. **Métodos:** Estudo transversal em que indivíduos com IC por disfunção sistólica (fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) <40%), sem distúrbio ventilatório obstrutivo e com IMC <30 kg/m<sup>2</sup>, realizaram teste de exercício cardiopulmonar (TECP) incremental em cicloergômetro. Medidas seriadas de CI, percepção de dispneia e fadiga de membros inferiores, bem como mensuração contínua de pressões esofágicas (Pes) foram realizadas durante o exercício. Pressões inspiratórias máximas (Sniff) foram feitas antes e após o exercício.

**Resultados:** Somente 3 (20%) dos 15 indivíduos estudados apresentaram queda inequívoca da CI ao esforço (> 5%) (CI Repouso vs Pico: 2, 11±0, 25 vs 2, 03±0, 26L). Não foi observada redução significativa da força muscular inspiratória máxima após o exercício nos indivíduos com (Grupo 1) ou sem queda da CI (Grupo 2) (Sniff Repouso vs Pós-exercício: G1= -68±7 vs -71±14; G2= -63, 3±17, 2 vs -66, 3±13, 63cmH<sub>2</sub>O). Da mesma forma, a Pes nas manobras de CI no repouso e pico do exercício não tiveram queda em ambos os grupos (G1= -25, 5±8, 13 vs -30, 0±9, 9;  $p=0,01$ ; G2= -20, 2±1, 7 vs -25, 6±2, 8 cmH<sub>2</sub>O;  $p=0,001$ ).

**Conclusão:** Queda da CI com o exercício é um fenômeno infrequente em indivíduos com IC e não está relacionada com fraqueza ou fadiga da musculatura inspiratória. Dessa forma, parece tratar-se de uma verdadeira hiperinsuflação pulmonar dinâmica e a sua influência na percepção da dispneia ao exercício em indivíduos com IC merece ser investigada em futuros estudos.

**Palavras-chave:** Exercício; capacidade inspiratória; músculos respiratórios

##### **PO467** OS EFEITOS DO TREINAMENTO MUSCULAR INSPIRATÓRIO SOBRE O CONSUMO DE OXIGÊNIO DE PICO E A REDISTRIBUIÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO EM UM INDIVÍDUO COM PARAPLEGIA

**RICARDO GASS<sup>1\*</sup>; GABRIELA FISCHER<sup>1</sup>; FRANCISCO BUSOLLI DE QUEIROZ<sup>1</sup>; MARCELO COERTJENS<sup>1</sup>; PAULA AVER BRETANHA RIBEIRO<sup>2</sup>; LEONARDO ALEXANDRE PEYRÉ TARTARUGA<sup>1</sup>**

1. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS, UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. EPIC CENTER - INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, MONTRÉAL, CANADÁ.

**Introdução:** A fadiga precoce dos músculos respiratórios durante exercício intenso é um fator limitante em indivíduos com paraplegia. O Treinamento Muscular Inspiratório (TMI) promove adaptações como o aumento da força e da resistência de músculos inspiratórios e expiratórios nesta

população. Contudo, não existem evidências suficientes capazes de estabelecer os efeitos do TMI sobre o consumo de oxigênio de pico (VO<sub>2</sub>pico) e estabelecer os mecanismos pelos quais ocorreriam o aumento do VO<sub>2</sub>pico. Uma hipótese recai sobre a redistribuição de fluxo sanguíneo. Durante um exercício intenso, a demanda por oxigênio e fluxo sanguíneo pelos músculos respiratórios poderia diminuir após o TMI. Consequentemente, maior fluxo sanguíneo estaria disponível para os músculos locomotores, no caso, os músculos dos membros superiores. **Relato de caso:** com o objetivo de testar esta hipótese, um homem com lesão medular completa na vértebra torácica 10, idade de 46 anos, 66 kg de massa corporal, 182 cm de estatura, tempo de lesão 23 anos e sem comorbidades realizou testes de função pulmonar, teste cardiopulmonar de esforço em ergômetro de braço e pletismografia de oclusão venosa pré e pós TMI. O TMI consistiu em 30 respirações, 2 vezes ao dia, 6 vezes por semana ao longo de 8 semanas. Utilizou-se o equipamento Power Breathe com carga de 60% da pressão inspiratória máxima (PI<sub>max</sub>). A carga foi ajustada semanalmente de acordo com a PI<sub>max</sub> mensurada por manovacuometria digital. **Conclusão:** a CVF (Pré: 5, 15 L Pós: 4, 9 L pós) e a VEF1 (Pré: 3, 99L e Pós: 4, 08L pós) permaneceram inalterados após TMI. A PI<sub>max</sub> aumentou de 160 cmH<sub>2</sub>O para 195cmH<sub>2</sub>O após treinamento. Entretanto, os valores de VO<sub>2</sub>pico não alteraram (Pré: 2 L/min e Pós: 1, 9 L/min pós). Algumas mudanças ocorreram na ventilação minuto (Pré: 100 L/min e Pós: 85 L/min) e no tempo de realização do teste cardiopulmonar (+2min no pós TMI) indicando um aumento na tolerância ao exercício. No teste de pletismografia, o fluxo sanguíneo monitorado no antebraço apresentou variações semelhantes tanto pré quanto pós TMI durante o repouso (Pré: 3, 17 e Pós: 2, 8 mL/100 mL/min) e durante exercício muscular respiratório a 60% da PI<sub>max</sub> (Pré: 3, 71 e Pós: 3, 3 mL/100 mL/min). Isto significa que a redistribuição de fluxo não sofreu alterações com o treinamento neste paciente (delta repouso – exercício em torno de 0, 5 mL/100 mL/min pré e pós TMI). Estes achados podem ter sido influenciados pelo tipo de TMI utilizado, que priorizou o aumento da força dos músculos inspiratórios e não o aumento da resistência. Este tipo de TMI pode não estar relacionado com a melhora da função endotelial nesta população. Além disso, a posição em decúbito dorsal pode ter facilitado o retorno venoso dos membros inferiores e região esplâncnica suprimindo a demanda de fluxo dos músculos respiratórios. Uma amostra maior deve ser avaliada para fins inferenciais.

**Palavras-chave:** Exercício; treinamento muscular inspiratório; músculos respiratórios

#### **PO468 ANÁLISE COMPARATIVA DO TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR RESTRITIVA E OBSTRUTIVA**

**MARTA QUEIROZ PIMENTEL\*;** CLAUDIA HENRIQUE COSTA; YVES RAPHAEL DE SOUZA; LUCIANE VALENTIM; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; KENIA MAYNARD DA SILVA; ADALGISA IEDA MAIWORM

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** As doenças pulmonares restritivas estão associadas à diminuição da capacidade pulmonar total (CPT), podendo ser divididas em doenças intrínsecas do parênquima e aquelas causadas por amputação ou compressão do parênquima. A esclerose sistêmica (ES) e a fibrose pulmonar idiopática (FPI) são doenças intersticiais (DI) prevalentes. As doenças obstrutivas são caracterizadas pelo aumento da resistência ao fluxo aéreo, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). O Teste de Caminhada

de Seis Minutos (TC6) é um teste submáximo, utilizado como indicador clínico da capacidade funcional, sendo um método objetivo para mensurar a capacidade de realizar atividades da vida diária. **Objetivo:** Avaliar as diferenças nos parâmetros obtidos no TC6 de pacientes com DPI (ES e FPI) em relação aos pacientes com DPOC. **Métodos:** Estudo transversal realizado no Ambulatório de Pneumologia da Policlínica Piquet Carneiro/UERJ. Foi realizada uma seleção aleatória de pacientes com ES com doença do interstício pulmonar, segundo critérios do American College of Rheumatology, com FPI, através dos critérios da American Thoracic Society e com DPOC, segundo definição do Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Foram excluídos pacientes com co-morbidades não controladas, com comprometimento articular que comprometesse a deambulação e hipoxemia grave (saturação arterial de oxigênio inicial menor que 90%). Pacientes com doenças respiratórias, como DPOC, foram excluídos dos grupos com DPI. No grupo de ES, também foram excluídos indivíduos com doença mista do colágeno ou de superposição. No caso dos pacientes com DPOC, foram selecionados apenas ex-tabagistas com carga tabágica > 20 maços-ano e foram excluídos pacientes tabagistas ativos, com histórico de exacerbação nas últimas 8 semanas e doenças associadas como asma e seqüela de tuberculose. O TC6 foi realizado segundo as normas da ATS (2002), pela manhã, respeitando os princípios da cronobiologia, em ambiente com temperatura controlada, em um corredor de 40 metros de comprimento, com marcações a cada metro. O TC6 foi repetido três vezes, com intervalo de meia hora entre cada teste. Antes e após cada tentativa, eram aferidas a frequência cardíaca, a pressão arterial, a frequência respiratória e a saturação arterial de oxigênio (SatO<sub>2</sub>). Foram analisadas as variáveis distância percorrida e SatO<sub>2</sub> obtidas antes e após a realização do TC6M. **Resultados:** Foram selecionados 64 pacientes com DPI, sendo 32 com diagnóstico de ES (28 mulheres; 4 homens – idade média de 55, 38±11, 54 anos) e 32 pacientes com FPI (13 mulheres; 19 homens – idade média de 67, 59±8, 89 anos), e 50 pacientes com diagnóstico de DPOC (28 mulheres; 22 homens – idade média de 67, 40±9, 95 anos). Os pacientes com DPI caminharam, em média, 52 metros a mais que os pacientes com DPOC (DPI=404, 6 ± 1, 09 m; DPOC=352, 4 ± 10, 80 m) e alcançaram em média 113, 5% ± 3, 72 do predito, enquanto os obstrutivos alcançaram 84, 36% ± 4, 81 (p<0, 0001). Observamos uma queda maior da saturação de oxigênio ao final do teste no grupo com DPI (DPI=10, 33 ± 1, 09% e DPOC 4, 60 ± 0, 37; p<0, 0001), apesar de obterem melhor performance em relação à distância percorrida. **Conclusão:** No TC6, o principal parâmetro a ser avaliado na DPI deve ser a queda da saturação e não a distância percorrida como ocorre na DPOC.

**Palavras-chave:** Tc6m; dpoC; fibrose pulmonar

#### **PO469 TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS E PROVA DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA EM PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA E DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR DEVIDO À ESCLEROSE SISTÊMICA**

**MARTA QUEIROZ PIMENTEL\*;** CLAUDIA HENRIQUE COSTA; YVES RAPHAEL DE SOUZA; LUCIANE VALENTIM; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; KENIA MAYNARD DA SILVA; ADALGISA IEDA MAIWORM

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença intersticial prevalente e a esclerose sistêmica (ES) pode cursar com importante comprometimento do



interstício pulmonar. Pacientes com FPI e ES apresentam inicialmente redução da difusão do monóxido de carbono (DLCO) e posteriormente da capacidade pulmonar total (CPT) nas provas de função respiratória (PFR). O Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6) é um teste submáximo, de fácil execução e ampla aplicabilidade, utilizado como indicador clínico da capacidade funcional em pacientes com doenças pulmonares. **Objetivo:** Avaliar se os parâmetros obtidos no TC6 e na PFR em pacientes ES com doença intersticial (DI) são diferentes daqueles apresentados pelos indivíduos com FPI. **Métodos:** Estudo transversal realizado no Ambulatório de Pneumologia da Policlínica Piquet Carneiro/UERJ. Foram selecionados pacientes com diagnóstico de ES, segundo critérios do Colégio Americano de Reumatologia e DI devido à atividade da doença e com FPI, através dos critérios da American Thoracic Society. Pacientes com hipertensão arterial pulmonar ou comprometimento osteoarticular limitante, foram excluídos. Os TC6 foram realizados segundo as normas da ATS (2002). Antes e após cada tentativa, eram aferidas a frequência cardíaca, a pressão arterial, a frequência respiratória e aplicada a Escala Modificada de Esforço Percebido de Borg. A saturação arterial de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) era verificada antes, imediatamente após e um minuto após o término do teste de caminhada. Foram analisadas as variáveis distância percorrida, SatO<sub>2</sub>, dispneia e fadiga (escala de Borg) obtidas antes e após a realização do TC6. **Resultados:** Foram recrutados 32 pacientes de cada grupo (ES - 28 mulheres; 4 homens - idade média de 55, 38±11, 54 anos; FPI - 13 mulheres; 19 homens - idade média de 67, 59±8, 89 anos). A média da distância caminhada foi maior nos pacientes com ES (ES = 434, 3 ± 14, 77m, FPI = 374, 8 ± 21, 79m; p=0, 0279), entretanto, este grupo era em média mais jovem. Quando comparado o percentual em relação à distância prevista, não encontramos significância estatística (ES = 111, 5% ± 4, 41, FPI = 115, 5% ± 6, 24; p=0, 5908). A queda da SatO<sub>2</sub> após o TC6 foi intensa nos dois grupos (ES = 9, 65 ± 1, 64, FPI= 10, 88 ± 1, 49; p=0, 5837). Todos os pacientes apresentaram acréscimo na frequência cardíaca e frequência respiratória após o teste, conforme esperado. A avaliação da dispneia e fadiga mensuradas pela escala de Borg, também foi semelhante nos dois grupos. A PFR também não mostrou diferenças relevantes em relação ao percentual do previsto da CVF (ES = 63, 46% ± 3, 663; FPI = 66, 07% ± 3, 614; p=0, 6141) e do VEF1 (ES = 73, 22% ± 3, 913; FPI = 62, 20% ± 3, 891; p=0, 0505). O percentual da difusão de monóxido de carbono (DLco) foi estatisticamente mais baixo nos pacientes com FPI (ES = 53, 52 ± 4, 35; FPI = 37, 90 ± 3, 27; p=0, 0061) e a relação VEF1/CVF foi semelhante nos dois grupos (ES = 79, 02 ± 1, 71; FPI = 87, 92 ± 1, 59; p=0, 0003). A capacidade pulmonar total (CPT) confirmou o distúrbio restritivo, mas não apresentou diferença entre os grupos (ES = 68, 22 ± 3, 86; FPI = 59, 19 ± 2, 82; p=0, 0657). **Conclusão:** Os pacientes com ES e FPI tiveram comportamento semelhante no que tange aos dados do TC6. Houve maior impacto na redução da DLco e aumento dos fluxos nos pacientes com FPI o que reflete a maior gravidade desses pacientes. Salientamos a necessidade de estudos envolvendo outras DI visando observar o comportamento distinto de cada uma delas e avaliar se podem ser consideradas uma entidade única frente ao TC6.

**Palavras-chave:** Tc6m; fpi; esclerose sistêmica

**PO470 NOVO TESTE DE CAMPO SUBMÁXIMO PARA ACOMPANHAMENTO DE DOENÇAS CARDIORRESPIRATÓRIAS: TESTE DA CAMINHADA DE 200METROS**

**ADALGISA IEDA MAIWORM\*; KENIA MAYNARD DA SILVA; YVES RAPHAEL DE SOUZA; MARIANA DA CAL; BIANCA FIGUEIRAS; LUCIANE VALENTIM; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES**

*UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** O teste de caminhada de 200 metros (TC200m) é um teste cardiopulmonar proposto no acompanhamento do tratamento de doenças cardiopulmonares e em idosos. Pode ser uma alternativa ao teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) e se distingue pela metragem fixa independente do tempo. **Objetivos:** Desenvolver equações de referências para o TC200m em uma população brasileira e aplicar em pacientes com doença cardiopulmonar. Metodologia Estudo transversal realizado no período de 2010 a julho de 2016, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Ele foi desenvolvido em dois momentos: subestudo1 (SE1), para desenvolver os valores de referências em uma população saudável e sedentária. E subestudo2 (SE2), que foi a aplicação do TC200m em pacientes com doença cardiorrespiratória. Todos os sujeitos do SE1 consentiram participar e eles foram selecionados após contato telefônico de diferentes regiões. Os critérios de inclusão do SE1 foram: indivíduos sedentários, radiografia de tórax, eletrocardiograma e prova de função pulmonar. Critérios de exclusão: histórico de tabagismo, doenças pulmonares, cardíacas e neurológicas, anormalidades nos exames complementares ou Índice de Charlson > 1. A execução do teste foi similar ao do TC6M, padronizado pela American Thoracic Society. Foi aplicado um questionário (questionário 1) via telefone para pré-seleção, numa amostra randômica. Foram excluídos os indivíduos que no questionário presencial (questionário 2) apresentavam anormalidades ou alterações nos exames complementares. O TC200m foi aplicado por dois fisioterapeutas previamente treinados. Para a análise estatística, foi considerado o teste com melhor resultado em segundos, e considerado significância estatística quando o p fosse ≤ 0, 05. O SE2 foi realizado com pacientes com doença cardiopulmonar, agendados nas consultas regulares, e que consentiram formalmente. Resultados Nos dois SE, foram envolvidos 556 indivíduos, com pré-seleção de 7. 106 pessoas. Para o SE1, 453 indivíduos foram selecionados, com idade entre 20 a 80 anos, após uma pré-seleção randômica de 7. 003 pessoas, 75 foram excluídos por anormalidade durante o estudo e 51 não finalizaram o protocolo. A idade, peso e altura foram altamente significativos com (p < 0, 001) para ambos os sexos. As equações derivadas foram: Homens: Tempo (segundos) = 108, 55 - (altura x 0, 13) + (peso x 0, 21) + (idade x 0, 32). O limite inferior de referência (LIR) em homens valor previsto subtraindo 19, 87; Mulheres: Tempo (segundos)= 161, 9 - (altura x 0, 55) + (peso x 0, 30) + (idade x 0, 28) - 14, 08, como LIR. No SE2, 103 pacientes realizaram o TC200m, 6 não concluíram os 200m e foram excluídos. 52 mulheres e 45 homens concluíram o teste. 48 mulheres e 24 homens apresentaram valores inferiores ao previsto. Os resultados no Borg para dispneia pré e pós TC200m no SE2 foram respectivamente de 0, 96 (±1, 64) e 4, 98 (±2, 96), com p < 0, 0001. Conclusão O estudo desenvolveu equações de referências para o TC200m estratificadas por sexo: homem e mulher, e que testadas em doentes. Houve aplicabilidade clínica, demonstrando que é mais um instrumento a ser incorporado na avaliação do condicionamento cardiorespiratório e o acompanhamento de pacientes e idosos. As principais vantagens são o tempo para finalizar o exame (< 3min), menor tempo para reprodutibilidade de dois exames na mesma consulta,

percepção do examinado ao final e maior possibilidade de orientação de condicionamento físico domiciliar (TC200m com tempo).

**Palavras-chave:** Teste da caminhada; valores de referência; dispneia

**PO471 TESTE DA CAMINHADA DE SEIS MINUTOS: NOVOS VALORES DE REFERÊNCIA E ANÁLISE COM EQUAÇÕES BRASILEIRAS E INTERNACIONAL**

**ADALGISA IEDA MAIWORM\***; KENIA MAYNARD DA SILVA; YVES RAPHAEL DE SOUZA; MARTA QUEIROZ PIMENTEL; MARIANA DA CAL; BIANCA FIGUEIRAS; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** No Brasil, existem algumas propostas de valores de referência no teste da caminhada de 6 minutos (TC6M) que podem ser utilizadas. Mas, essas equações são diferentes e apresentam valores distintos de referência. No mundo, essa dificuldade também acontece. Isso faz com que alguns pesquisadores optem pela metragem absoluta, identificando pontos de cortes de valores mínimos para definição de gravidade. Isso releva os dados antropométricos e, na realidade, todas as equações desenvolvidas. **Objetivos:** Desenvolver novas equações de referências do TC6M em uma população brasileira e analisar comparativamente com outras duas equações utilizadas no Brasil [Soares et al (J Bras Pneumol 2011;37) e Iwana et al (Braz J Med Biol Res 2009: 42)] e a pioneira no mundo, Enright & Sherrill (Am J Respir Crit Care Med 1998: 158). Metodologia Estudo transversal realizado no período de 2010 a julho de 2016, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Ele foi desenvolvido em duas etapas: a primeira (SE1), para desenvolver os valores de referências em uma população saudável e sedentária. A segunda (SE2), foi a aplicação do TC6M em pacientes com doença cardiopulmonar e comparação dos valores previstos obtidos com os de Soares et al, Iwana et al e Enright & Sherrill. Os critérios de inclusão do SE1 foram: indivíduos sedentários (conforme a Organização Mundial de Saúde), radiografia de tórax, eletrocardiograma e prova de função pulmonar. Critérios de exclusão: histórico de tabagismo, doenças pulmonares, anormalidades nos exames ou Índice de Charlson > 1. O procedimento do TC6M foi o padronizado pela American Thoracic Society. Para a análise estatística foi considerado o teste com melhor resultado em metros. O SE2 foi realizado em doentes cardiopulmonar e feitos os cálculos previstos de cada uma das equações mostradas nos artigos e a desenvolvida por esse estudo. O software utilizado foi o STATA 14 e o  $p \leq 0,05$  foi para significância estatística. Resultados Nos dois SE, foram envolvidos 552 indivíduos, com pré-seleção de 7.106 pessoas. Para o SE1, 453 indivíduos foram selecionados, com idade entre 20 a 80 anos, após uma pré-seleção randômica de 7.003 pessoas, 75 foram excluídos por anormalidade durante o estudo e 51 não finalizaram o protocolo. Destes, 190 do gênero feminino concluíram todas as etapas e 137, do gênero masculino. Derivou-se novas equações de referência considerando a estatura, peso e a idade como variáveis significativas ( $p < 0,05$ ). O SE2 realizado em 100 pacientes (1: 1 – masculino; feminino), com doenças cardiopulmonares, demonstrando que no gênero masculino tanto a equação do estudo quanto a de Enright & Sherrill obtinham valores percentuais diferentes das de Iwana et al e Soares et al ( $p < 0,001$ ), mas não entre elas ( $p = 0,77$ ). Para o gênero feminino, somente a equação de Soares et al obtinha valores percentuais diferentes das outras ( $p < 0,001$ ), mas a do estudo vs Enright & Sherrill ( $p$

$= 0,26$ ) e vs Iwana et al ( $p = 0,30$ ) e Iwana et al vs Enright & Sherrill ( $p = 0,89$ ) foram semelhantes. Conclusão Foram derivadas novas equações de referências para o TC6M. Essas novas equações foram semelhantes na aplicabilidade clínica com as equações de Enright & Sherrill, para ambos os gêneros, e para o gênero feminino, com a Iwana et al. O que fortalece e valida o seu uso para o gênero feminino. No gênero masculino, as três equações brasileiras diferem entre si, porém se considerarmos a primeira equação mundial como o padrão, há equação desenvolvida, deverá ser usada como padrão nacional.

**Palavras-chave:** Tc6m; valores de referência; teste submáximo

**PO472 PREVISTOS PARA DIFUSÃO DE CO EM UMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA DA RAÇA BRANCA EM EQUIPAMENTO SENSORMEDICS - RESULTADOS PRELIMINARES**

**CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA\***; MARIA RAQUEL SOARES<sup>1</sup>; ANDRÉA GIMENEZ<sup>2</sup>; THAMINE LESSA ESPÍRITO SANTO ANDRADE<sup>2</sup>; RENATO LOPES MATOS<sup>3</sup>; ISRAEL SILVA MAIA<sup>4</sup>  
1. CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. CLINICA AMO, SALVADOR, BA, BRASIL; 3. PNEUMA MEDICINA RESPIRATÓRIA, CRICIÚMA, SC, BRASIL; 4. CLINICA DE TÓRAX E SONO, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

Valores para previstos para a DCO e DCO/VA foram sugeridos em 1999 por Neder e cols (Braz J Med Biol Res 32(6): 729) em 50 adultos de cada sexo, em um sistema MedGraphics. O objetivo do presente estudo foi derivar valores de referência para a DCO e DCO/VA em diversos centros no Brasil, os quais utilizam o sistema de função pulmonar da SensorMedics e comparar com os valores de Neder e cols. Métodos Voluntários da população, da raça branca, nunca fumantes, e sem doenças cardiopulmonares progressivas ou atuais (questionário ATS-DLD 1978) ou anemia foram incluídos. Casos que não preencheram os critérios de aceitação e reprodutibilidade foram excluídos (ATS/ERS, 2005). Os valores derivados foram calculados por regressões lineares. O limite inferior foi estabelecido pelo 5º percentil. Os valores obtidos foram comparados aos propostos por Neder, por teste de t pareado. Resultados Até o momento foram incluídos 67 casos de cada sexo. A idade variou no sexo masculino entre 25-80 anos e no sexo feminino entre 21-78 anos. A estatura variou no sexo masculino entre 156-189 cm ( $x=173$  cm) e no sexo feminino entre 140-172 cm ( $x=160$  cm). No sexo masculino a  $x$  da DCO foi 28,  $16 \pm 5$ , 00 ml/min/mmHg, da DCO/VA foi 4,  $73 \pm 0$ , 63 ml/min/mmHg/L. As equações lineares foram: DCO= estatura (cm)  $\times$  0,265 – idade  $\times$  0,162 – 9,895 ( $r^2=0,57$ ,  $p < 0,001$ ); Limite inferior=Previsto-5,45. DCO/VA= 11,21-estatura (cm)  $\times$  0,031 – idade  $\times$  0,022 ( $r^2=0,27$ ,  $p < 0,001$ ). Os valores derivados pela equação de Neder foram significativamente maiores para a DCO: Diferença 7,  $23 \pm 3$ ,  $32$ ,  $t=17,85$   $p < 0,001$ . No sexo feminino a  $x$  da DCO foi 19,  $15 \pm 3$ , 60 ml/min/mmHg, e da DCO/VA foi 4,  $54 \pm 0$ , 69 ml/min/mmHg/L. As equações lineares foram: DCO= estatura (cm)  $\times$  0,228 – idade  $\times$  0,082 – 13,155 ( $r^2=0,46$ ,  $p < 0,001$ ); Limite inferior=Previsto-4,40. DCO/VA= 5,35-idade  $\times$  0,017 ( $r^2=0,17$ ,  $p < 0,01$ ). Os valores derivados pela equação de Neder foram significativamente maiores para a DCO: Diferença 6,  $10 \pm 2$ ,  $66$ ,  $t=18,77$   $p < 0,001$ . Conclusões Novos valores para a DCO e DCO/VA estão sendo derivados em uma amostra da população brasileira adulta de raça branca. Os valores são significativamente menores em comparação aos anteriormente derivados por um equipamento de marca diferente no Brasil.

**Palavras-chave:** Difusão co; valores de referência; testes de função pulmonar

**PO473 A RESISTÊNCIA ESPECÍFICA DE VIAS AÉREAS EM UMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA DE RAÇA BRANCA EM EQUIPAMENTO DE PLETISMOGRAFIA SENSORMEDICS**

**CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA\*<sup>1</sup>; MARIA RAQUEL SOARES;<sup>2</sup> ANDRÉA GIMENEZ<sup>3</sup>**

**CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

Diferentes valores previstos e limites para a resistência específica de vias aéreas têm sido sugeridos na literatura. Em 2012 Piatti e cols derivaram valores de referência em 517 voluntários normais na Itália, através de um pletismógrafo Werner Gut (Respirology 2012;17: 976). Os valores foram discretamente menores no sexo feminino (RVAesp=5, 95 ± 1, 25 vs 6, 24 ± 1, 44 cmH<sub>2</sub>O no sexo masculino). A variação com a idade foi irrelevante. Calculando-se o limite superior pelo IC95%, valores acima de 8, 5 e 8, 0 cmH<sub>2</sub>O nos sexos masculino e feminino poderiam ser considerados anormais. O objetivo do presente estudo foi derivar valores de referência para a RVAesp em um centro no Brasil (CDB, São Paulo) em indivíduos de raça branca e comparar o limite superior de referência pelo 95° percentil com os valores sugeridos por Piatti. Métodos Voluntários da população, da raça branca, nunca fumantes, e sem doenças cardiorrespiratórias progressivas ou atuais (questionário ATS-DLD 1978) foram incluídos. Os testes foram realizados de acordo com a padronização sugerida por Goldman et al (Eur Respir Mon 2005; 31: 15–43) em pletismógrafo da marca SensorMedics. Os resultados foram comparados por teste de t e a relação da RVAesp com idade, estatura e peso foi calculada por regressão linear. Resultados Foram avaliados 109 casos. A idade variou entre 21-80 anos; 57 eram do sexo feminino e 52 do sexo masculino. A RVAesp não diferiu entre os sexos (p=0, 18) e não foi influenciada pela idade (p=0, 08). Os valores de resistência específica foram significativamente menores que os sugeridos por Piatti. No sexo feminino, previstos por Piatti= 5, 95 ± 1, 25 vs 5, 02 ± 1, 39 cmH<sub>2</sub>O na presente amostra (t=4, 64, p<0, 001) e no sexo masculino, previstos por Piatti= 6, 24 ± 1, 44 vs 4, 63 ± 1, 60 na presente amostra (t=6, 74, p<0, 001). O 95° percentil obtido em São Paulo para a RVAesp foi de 7, 36 cmH<sub>2</sub>O para ambos os sexos, valor um pouco abaixo do sugerido por Piatti. Conclusões Os valores derivados para medida de resistência de vias aéreas variam em diferentes equipamentos. Limites de referência devem ser derivados em cada centro. Uma maior amostra será obtida para confirmar os presentes resultados.

**Palavras-chave:** Resistência de vias aéreas; valores de referência; testes de função pulmonar

**PO474 PREVISTOS PARA VOLUMES PULMONARES EM UMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA DA RAÇA BRANCA EM EQUIPAMENTO SENSORMEDICS - RESULTADOS PRELIMINARES**

**CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA\*<sup>1</sup>; MARIA RAQUEL SOARES<sup>2</sup>; ANDRÉA GIMENEZ<sup>3</sup>; THAMINE LESSA ESPÍRITO SANTO ANDRADE<sup>2</sup>; RENATO LOPES MATOS<sup>3</sup>; ISRAEL SILVA MAIA<sup>4</sup>**

**1. CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. CLÍNICA AMO, SALVADOR, BA, BRASIL; 3. PNEUMA MEDICINA RESPIRATÓRIA, CRICIÚMA, SC, BRASIL; 4. CLÍNICA DE TÓRAX E SONO, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.**

Valores previstos para os volumes pulmonares foram sugeridos no Brasil em 1999 por Neder e cols (Braz J Med Biol Res 32(6): 703) em 50 adultos de cada sexo, por lavagem de nitrogênio, em um sistema MedGraphics. O objetivo

do presente estudo foi derivar valores de referência por pletismografia para a os volumes pulmonares em diversos centros no Brasil, os quais utilizam o sistema de função pulmonar da SensorMedics e comparar com os previstos por Neder e cols. Métodos Voluntários da população, da raça branca, nunca fumantes, e sem doenças cardiorrespiratórias progressivas ou atuais (questionário ATS-DLD 1978) foram incluídos. Os testes foram realizados em pletismógrafos da marca SensorMedics, e as normas seguiram as sugeridas pela ATS/ERS (Wanger, et al. Eur Respir J 005;26: 511-22). Os valores derivados foram calculados por regressões lineares, e o limite inferior estabelecido pelo 5° percentil. Os valores obtidos foram comparados aos propostos por Neder, por teste de t pareado. Resultados Até o momento foram incluídos 75 indivíduos do sexo masculino e 83 do sexo feminino. A idade variou no sexo masculino entre 25-80 anos e no sexo feminino entre 21-78 anos. A estatura variou no sexo masculino entre 156-189 cm (x=173 cm) e no sexo feminino entre 140-172 cm (x=160 cm). No sexo masculino a x da CPT foi 6, 56±0, 83 L, a x do volume residual foi 1, 88 ± 0, 47 L e a relação VR/CPT 0, 29 ± 0, 07. As equações lineares no sexo masculino foram: CPT= estatura (cm) x 0, 081 – 7, 497 (r<sup>2</sup>= 0, 50, p<0, 001); VR= 1, 03 + 0, 018 x idade (r<sup>2</sup>=0, 36, p<0, 001). Relação VR/CPT= (41, 84 + idade x 0, 319 – estatura x 0, 162)/ 100, r<sup>2</sup>= 0, 65, p<0, 0001. Os valores derivados pela equação de Neder foram significativamente maiores para a CPT: Diferença 0, 58 ± 0, 64 L, t= 7, 88 p<0, 001. No sexo feminino a x da CPT foi 4, 93±0, 63 L, a x do volume residual foi 1, 57 ± 0, 46 L e a relação VR/CPT 0, 32 ± 0, 08. As equações lineares no sexo feminino foram: CPT= estatura (cm) x 0, 068 + idade x 0, 009 – 6, 372 (r<sup>2</sup>= 0, 40, p<0, 001); VR= estatura x 0, 019 + idade x 0, 021-2, 476 (r<sup>2</sup>=0, 46, p<0, 001). Relação VR/CPT= 14, 55 + idade x 0, 373/ 100, r<sup>2</sup>= 0, 57, p<0, 0001. Os valores derivados pela equação de Neder foram significativamente maiores para a CPT: Diferença 0, 22 ± 0, 56 L, t= 3, 54 p<0, 001. Conclusões Novos valores para volumes pulmonares, medidos por pletismografia estão sendo derivados em uma amostra da população brasileira adulta de raça branca. Os valores para a CPT são menores em comparação aos anteriormente derivados por lavagem de N<sub>2</sub> em um sistema diferente.

**Palavras-chave:** Volumes pulmonares; valores de referência; testes de função pulmonar

**PO475 O FEF25-75 E O FEF75% DEVEM SER VALORIZADOS NA INTERPRETAÇÃO DA ESPIROMETRIA NA SUSPEITA DE DOENÇAS OBSTRUTIVAS**

**CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA\*<sup>1</sup>; NARA LUCIA DE PAIVA;<sup>2</sup> MARIA RAQUEL SOARES;<sup>3</sup> ANDRÉA GIMENEZ<sup>4</sup>**

**CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** A Diretriz Brasileira sobre espirometria de 2002 sugeriu que os fluxos médios e terminais devem ser valorizados se anormais, como indicadores de obstrução ao fluxo aéreo, em fumantes e sintomáticos respiratórios. Entretanto, em um estudo de 2014, Quanjer e cols, concluíram que o FEF25-75 e o FEF75% nada acrescentam na interpretação da espirometria além da relação VEF1/ CVF (Eur Respir J 2014;43: 1051). O objetivo do presente estudo foi comparar a frequência de anormalidades destes parâmetros entre uma amostra de pacientes com suspeita ou diagnóstico clínico de doença obstrutiva e um grupo de indivíduos considerados normais. Métodos Os portadores de suspeita ou diagnóstico clínico de doença obstrutiva apresentavam um ou mais dos sintomas (questionário respiratório) indicativos de possível DPOC ou asma ou resposta a Bd na espirometria -tosse crônica (45%),

expectoração habitual (35%), dois ou mais ataques de sibilância (47%), chiado aliviado com Bd (48%), história de asma progressiva (55%), uso de medicação para doença obstrutiva (35%) e resposta significativa a broncodilatador na espirometria (34%). 23% tinham diagnóstico médico de DPOC e 39% de asma. Os valores de VEF1/CVF x 100 poderiam ser normais com um ou dois dos fluxos alterados ou estar no máximo 5 pontos abaixo do limite inferior. VEF1/CVF abaixo deste valor se associa sistematicamente com fluxos médios e terminais anormais (dados observados) Os indivíduos considerados normais eram não tabagistas, sem sintomas cardiorrespiratórios ou doenças pulmonares ou cardíacas atuais ou progressivas pelo questionário (ATS-DLD 1978). Foram selecionados de dois estudos em andamento. A s espirometrias preencheram os critérios de aceitação e reprodutibilidade sugeridos pela SBPT, 2002. VEF1/CVF, FEF25-75% e FEF75% abaixo da faixa de referência (Pereira, 2007) foram comparados entre os grupos por teste de x2. O papel aditivo dos fluxos à relação VEF1/CVF para diagnóstico de obstrução ao fluxo aéreo foi testado por regressão logística. Resultados Foram avaliados 150 pacientes com diagnóstico ou suspeita de doença obstrutiva, e 187 indivíduos considerados normais. A frequência de testes anormais foram comparados entre os grupos e mostrados na Tabela. Parâmetro anl (abaixo do LI) Normais (n=187) Possível DPO (n=150) p VEF1/CVF 16 (8, 6%) 101 (67, 3%) <0, 001 FEF25-75% 8 (4, 3%) 62 (41, 3%) <0, 001 FEF75% 20 (10, 7%) 78 (52, 0%) <0, 001 Um parâmetro 26 (14%) 65(43%) <0, 001 Dois parâmetros 3(1, 6%) 37(25%) <0, 001 Três parâmetros 4(2, 1%) 34(22, 7%) <0, 001 A relação VEF1/CVF foi o parâmetro mais sensível para diagnóstico de possível DVO, sendo anormal em 101 (67, 3%). Dos 49 restantes com suspeita de DVO com VEF1/CVF na faixa prevista o FEF75% foi anormal em 31(63%) e o FEF25-75% em 17(35%). Dos 50 com suspeita ou diagnóstico de doença obstrutiva pelo questionário, apenas 14(9, 3%) tinham espirometrias normais. Por regressão logística, os três parâmetros permaneceram relevantes para caracterizar DVO, pela ordem em modelo anterógrado: VEF1/CVF, FEF75% e FEF25-75%. Conclusão A relação VEF1/CVF é o parâmetro primário para avaliação de possível DVO, porém o FEF75% e o FEF25-75% podem isoladamente ser anormais em pacientes com suspeita de doenças pulmonares obstrutivas e devem ser valorizados.

**Palavras-chave:** Espirometria; fluxos expiratórios; prova de função pulmonar

#### **PO476 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR EM OBESOS PRÉ-CIRURGIA BARIÁTRICA.**

**EMANOEL PEDRO FREITAS\*;** TATIANA PATRICIA TEIXEIRA BEZERRA; FÁTIMA MARIA MACEDO DOS SANTOS  
UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

**Introdução:** A obesidade pode provocar alterações no tórax, diafragma e músculos abdominais; ocasionando redução dos movimentos respiratórios e consequentemente, dos volumes pulmonares. Em decorrência deste processo, posteriormente, ocorrem distúrbios de troca gasosa pulmonar com diminuição da pressão parcial de oxigênio (PaO2) e elevação da pressão parcial do gás carbônico (PaCO2). **Objetivos:** Avaliar o comprometimento da função pulmonar em pacientes obesos no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Métodos:** Foram estudados 20 pacientes obesos com Índice de Massa Corpórea superior a 40 KJ/m2 não fumantes, de ambos os sexos, com a idade variando entre 25 e 49 anos e ausência de história progressiva de morbidade respiratória. Para isso, foi realizada espirometria e oximetria digital em todos os pacientes. **Resultados:** Observou-se

diminuição dos valores de capacidade vital forçada (CVF) quando comparada aos valores previstos para idade, sexo, altura e peso em 80% das provas de função pulmonar e 20% com valores dentro dos limites de normalidade. Essa diminuição mostrou-se diretamente proporcional à elevação do IMC. A oximetria digital mostrou saturação de oxigênio média de 90% nos pacientes analisados. **Conclusão:** Os obesos com indicação de tratamento na cirurgia bariátrica, assintomáticos respiratórios, apresentaram Capacidade Vital Forçada diminuída e Saturação de Oxigênio dentro do limite de normalidade na amostra analisada.

**Palavras-chave:** Obesidade; função pulmonar; cirurgia bariátrica

#### **PO477 RELAÇÃO ENTRE IDADE GESTACIONAL, PEAK FLOW E OXIMETRIA DIGITAL EM GESTANTES DO AMBULATORIO**

**EMANOEL PEDRO FREITAS\*;** TATIANA PATRICIA TEIXEIRA BEZERRA; CAROLINA GADELHA PIRES; MAURÍCIO CAXIAS DE SOUZA; FÁTIMA MARIA MACEDO DOS SANTOS  
UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

**Introdução:** Durante a gestação, as funções reprodutivas requerem adaptações metabólicas, endócrinas e anatômicas devido ao desenvolvimento fetal. Acredita-se que o crescimento uterino, provoque alterações na posição do diafragma e da parede torácica, interferindo na força dos músculos respiratórios e exigindo mais esforço durante a respiração normal. As modificações pulmonares durante a gravidez podem ser mensuradas através da variação do pico de fluxo expiratório (Peak Flow) e da saturação de oxigênio (SpO2). O Peak Flow, representa o fluxo máximo produzido durante a expiração forçada e é considerado um indicador indireto da obstrução das grandes vias aéreas. Sendo afetado pelo grau de insuflação pulmonar, pela musculatura abdominal e elasticidade torácica. A Oximetria de Pulso permite medir continuamente a saturação de oxigênio da hemoglobina arteriolar. **Objetivos:** Avaliar a variação do pico de fluxo expiratório e da saturação de oxigênio, relacionando-os com a idade gestacional. **Métodos:** Foi feito um estudo transversal do pico de fluxo expiratório (Peak Flow) e da saturação de oxigênio (SpO2) e sua variação conforme a idade gestacional em gestantes sem histórico de doença pulmonar ou gravidez de risco, do ambulatório de Pré-Natal de um Hospital Universitário. Utilizamos um medidor portátil (Mini-Wright Peak Flow Meter) para medida do fluxo máximo expiratório e um Oxímetro Digital (Pulse Oximeter Model 2200) para avaliar a SpO2. A paciente foi orientada sobre a realização correta da manobra, sendo considerado o último valor obtido de três repetições. **Resultados:** Foram analisadas 30 pacientes, na faixa etária de 19 à 43 anos, com idade gestacional variando de 9 à 39 semanas. A medida do Peak Flow variou entre 200L/min e 800L/min, sendo encontrado os menores valores nas idades gestacionais mais avançadas e os maiores valores no início da gestação. A SpO2 não mostrou variação significativa quanto a evolução da idade gestacional, mantendo-se numa média de 98%. **Conclusão:** Nossa amostra mostrou que o Peak Flow é um bom parâmetro de avaliação do esforço respiratório imposto pelo crescimento abdominal, apresentando valores inversamente proporcionais à idade gestacional. Essa variação não foi suficiente para alterar o SpO2 em gestantes sem doença respiratória e sem gravidez de risco.

**Palavras-chave:** Função pulmonar; gestação; oximetria

#### **PO478 VALOR DE PREDITORES CLÍNICOS COMO CRITÉRIO DE SELEÇÃO PARA O TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO COM METACOLINA.**

**MARIA RAQUEL SOARES<sup>1</sup>; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA;  
ANDRÉA GIMENEZ**

**CENTRO DIAGNÓSTICO DO BRASIL, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

Preditores clínicos associados à hiperresponsividade brônquica (HRB) podem auxiliar na determinação da probabilidade pré-teste em pacientes candidatos a teste de broncoprovocação com metacolina (TBP). O objetivo foi determinar a prevalência da HRB em indivíduos sintomáticos e determinar as variáveis preditoras para teste positivo. **Métodos:** Foram avaliados pacientes submetidos a exames de TBP realizados consecutivamente na rotina de um laboratório de função pulmonar em São Paulo. Os testes foram realizados com aplicação de metacolina em concentrações crescentes através de nebulizadores de jato com débito determinado. Os resultados foram expressos em doses cumulativas. Considerou-se teste positivo queda de 20% do VEF1 com dose  $\leq$  4mg. Todos os indivíduos que realizaram o TBP preencheram previamente um questionário específico e as variáveis, foram comparadas com o resultado do TBP. Os dados foram expressos com  $x \pm DP$  e %. Por análise univariada foram selecionadas as variáveis que apresentaram  $p < 0,10$ . As diferenças entre grupos foram determinadas por meio de teste exato de Fischer ou qui-quadrado e teste-t de student. As variáveis a serem incluídas no modelo final foram selecionadas por meio de regressão logística. Foram considerados como significativos os valores de  $p < 0,05$ . Os resultados foram expressos como razão de risco (HR), que representa o risco relativo de TBP positivo como resultado de uma característica específica. **Resultados:** Foram avaliados 300 pacientes em um período de 2 anos. Os testes foram indicados por: tosse ( $n=97$ ); dispneia ( $n=106$ ) e chiado ( $n=16$ ) e os demais por combinação de dois ou mais sintomas. A maioria (68%) era do sexo feminino. A  $X^m$  de idade foi de  $42 \pm 18$  anos (7-80 anos). A  $X^m$  do VEF1 foi de  $93 \pm 14\%$  e da relação VEF1/CVF foi  $0,80 \pm 0,07$ . Os indivíduos foram divididos em dois grupos: teste positivo 129 (43%) e teste negativo 171 (57%) com base na PD20. Os indivíduos com teste positivo eram mais jovens  $37 \pm 18$  vs  $46 \pm 17$  ( $t=4,18$ ;  $p < 0,001$ , tinham menor VEF,  $90 \pm 14$  vs  $96 \pm 13$  ( $t=4,10$ ;  $p < 0,001$ ) e menor relação VEF<sub>1</sub>/CVF:  $78 \pm 7$  vs  $82 \pm 6$  ( $t=4,11$ ;  $p < 0,001$ ). Por regressão logística, os preditores clínicos independentes para o TBP positivo ( $p < 0,05$ ) foram: 1) Idade: HR=0,97; IC95%=0,95-0,99;  $p=0,0001$ . 2) VEF<sub>1</sub>(%): HR=0,96; IC95%=0,94-0,98;  $p=0,001$ . 3) Ataques aliviados com BD: HR=2,12; IC95%=1,18-3,81;  $p=0,012$ . 4) Rinite: HR=3,93; IC95%=2,20-7,0;  $p=0,0001$ e; 5) Distúrbio obstrutivo: HR=10; IC95%=3,71-27;  $p=0,0001$ . **Conclusão:** Cinco variáveis clínicas preditoras de TBP positivo foram identificadas após avaliação de 300 indivíduos sintomáticos: menor idade, ataques de chiado ou falta de ar aliviados com broncodilatador, rinite alérgica, menor VEF1 basal em percentagem do previsto e distúrbio ventilatório obstrutivo.

**Palavras-chave:** Metacolina; teste de broncoprovocação; hiperreatividade brônquica

**PO479 ALTERAÇÕES DA MECÂNICA VENTILATÓRIA SECUNDÁRIAS A SEQUELA DE QUEIMADURA TORÁCICA EXTENSA: RELATO DE CASO.**

**MICHELLE CAILLEAUX CEZAR<sup>1</sup>; CAROLINY SAMARY SILVA LOBATO<sup>1</sup>; RAFAELA VIEIRA FERREIRA DA SILVA<sup>1</sup>; JOÃO PEDRO STEINHAUSER MOTTA<sup>1</sup>; JOSÉ ELABRAS FILHO<sup>1</sup>; MARIA DE FATIMA DO AMPARO TEIXEIRA**

**INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX /UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** As alterações pulmonares em vítimas de queimaduras em geral são decorrentes de inalação da fumaça e lesão térmica (mais comuns) ou de queimadura da caixa torácica (raras). Relatamos um caso de paciente vítima de queimadura em região de tronco, resultando em grave seqüela que repercutiu de forma significativa na sua mecânica ventilatória. **Relato do caso:** Paciente feminina, 59 anos, solteira, auxiliar de serviços gerais, residente no Rio de Janeiro. Há 2 anos apresenta dispnéia e cansaço aos esforços moderado e dor torácica à direita. Há 10 anos refere percepção de "chiado no peito" eventual, geralmente à noite, atribuído ao uso de cigarro. História patológica pregressa: Queimadura extensa em acidente com fogueira aos 7 anos de idade acometendo faces anterior e posterior de tronco e membros superiores, Asma na infância e juventude, Leucemia Mielóide Aguda há 14 anos, Hipertensão arterial sistêmica em tratamento regular, tabagista (40 maços/ano). Exame físico: corada, hidratada, anictérica, acianótica, eupnéia em ar ambiente, PA 170x90 mmHg, FC 114 bpm, FR 16 irpm, SpO<sub>2</sub> 95%; membros superiores e tronco com cicatrizes extensas de queimadura nas regiões anterior e posterior; ausculta pulmonar: murmúrio vesicular universalmente reduzido, com sibilos esparsos por todo tórax; ausculta cardíaca, exame abdominal e de membros inferiores: nada digno de nota. Radiografia de tórax com sinais de hiperinsuflação pulmonar. Tomografia computadorizada de tórax com sinais de aprisionamento aéreo, opacidades lineares em língua e deformidade da caixa torácica. Provas de função respiratória: distúrbio ventilatório obstrutivo com redução de capacidade vital forçada (CVF), com disfunção global em grau muito acentuado mensurado pelo VEF1; prova broncodilatadora positiva em CVF, mantendo a redução de CVF) e disfunção acentuada pelo VEF1; restrição confirmada pela pletismografia, aumento do VR/CPT denotando aprisionamento aéreo, e aumento significativo da resistência das vias aéreas, com resposta broncodilatadora positiva avaliada pelo aumento significativo da condutância das vias aéreas. Valores pré broncodilatação: CV 1.0L (45.5%T), CVF 0.95L (43.3%T), VEF1 0.58L (31.4%T), VEF1/CVF 68.9%T, R0. 5 0.66 KPa\*s/L (219.5%T), Rtot 1.95 KPa\*s/L (649.2%T), sG0. 5 0.6 1/KPa\*s (58%T), sG tot 0.29 1/KPa\*s (27.7%T), VR 1.29L (76.9%T), CPT 2.25L (57.8%T), VR/CPT 148.3%T. Valores pós-broncodilatação: CV 1.1L (50.2%T), CVF 1.15L (52.3%T), VEF1 0.66L (35.9%T), VEF1/CVF 71.4%T, R0. 5 0.28 KPa\*s/L (94.2%T), Rtot 0.78 KPa\*s/L (259.7%T), sG0. 5 2.16 1/KPa\*s (207.3%T), sGtot 0.74 1/KPa\*s (71.1%T), VR 1.2L (77%T), CPT 2.3L (59.1%T), VR/CPT 135.6%T. Conclusão. O caso relatado destaca-se pela exuberância das seqüelas físicas em uma sobrevivente de extensa queimadura ocorrida na sua infância, e que levou a uma grande repercussão funcional pulmonar. Estas seqüelas responsáveis pela restrição pulmonar associadas ao quadro de doença obstrutiva de vias aéreas suprajacentes, justificam a sintomatologia apresentada pela paciente.

**Palavras-chave:** Função pulmonar; seqüela; queimadura

**PO480 FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA DE PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA**

**DANIELLI BARBOSA REIS<sup>1\*</sup>; ELIZABETH RODRIGUES DE MORAIS<sup>1</sup>; ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA<sup>1</sup>; ADRIANA MÁRCIA MONTEIRO FANTINATI<sup>1</sup>; LAÍS EUQUERES<sup>2</sup>; THASSARA MARCELLE SILVA<sup>2</sup>; JULIANA CRISTINA RIBEIRO DE SOUZA RODRIGUES<sup>1</sup>; SALVADOR RASSI<sup>3</sup>**

**1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GÓIAS, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS,**

GOIANIA, GO, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A insuficiência cardíaca (IC) é caracterizada como uma manifestação clínica, na qual uma mudança estrutural ou funcional do coração ocasiona a incapacidade de ejeção e acomodamento sanguíneo dentro dos valores pressóricos normais. Os portadores de IC apresentam como principal sintoma o cansaço aos esforços, o que determina limitação para a realização das atividades de vida diária. Estudos sugerem que a limitação das atividades de vida diária possa ser influenciada pela alteração da função dos músculos respiratórios. Algumas alterações funcionais da musculatura inspiratória podem contribuir para a ativação de reflexos cardiovasculares, destacando-se entre eles, o metaborreflexo, o qual limita a prática de exercício.

**Objetivos:** Avaliar a força muscular respiratória e relacionar com o hábito tabágico e com o nível de atividade física de portadores de insuficiência cardíaca crônica (IC) tratados ambulatorialmente. **Métodos:** Estudo transversal onde participaram 81 portadores de IC atendidos no ambulatório de IC do Hospital das Clínicas de Goiânia, a força muscular respiratória foi avaliada por meio do manovacuômetro Globalmed®, sendo avaliados a força muscular inspiratória (PiMax) e a força muscular expiratória (PeMax). Para classificar os participantes quanto ao nível de atividade física foi utilizado o questionário IPAQ. Os dados foram expressos em média±desvio padrão, frequências e proporções e analisados pelo pacote estatístico SPSS (v. 18, 0), os seguintes testes foram utilizados: Kolmogorov Smirnov, Test t simples, ANOVA, Mann Whitney e Kruskal Wallis, com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Os valores da manovacuometria foram expressos em % dos valores preditos. **Resultados:** A média de idade dos participantes foi de 56, 71±12, 42 anos, sendo a maioria masculina 65, 4% (n=53), a fração de ejeção encontrada foi de 33, 33±7, 34, sendo 58 deles (71, 6%) da classe funcional II (NYHA). Quanto ao hábito tabágico 49, 4% (n=40) não eram tabagistas, 42% (n=34) eram ex-tabagistas e 8, 6% (n=7) tabagistas. Quanto ao nível de atividade física, os sedentários e insuficientemente ativos corresponderam a 56, 79% (n=46) da amostra e os ativos e muito ativos a 43, 21% (n=35). A PiMax encontrada foi de -72, 62±26, 06 cmH<sub>2</sub>O correspondendo a 72, 12±21, 89% do predito, já a PeMax foi de 102, 91±43, 60 cmH<sub>2</sub>O, correspondendo a 95, 79 ±33, 64 % do predito. A força muscular não diferiu entre os grupos do IPAQ tanto para PiMax ( $p=0,76$ ) quanto PeMax ( $p=0,55$ ) tampouco entre os tabagistas, ex tabagistas e não tabagistas: PiMax ( $p=0,11$ ) e PeMax ( $p=0,18$ ).

**Conclusão:** Observou-se redução da força muscular inspiratória comparados com os preditos, a força muscular não sofreu influência do nível de atividade física e nem do hábito tabágico.

**Palavras-chave:** Insuficiência cardíaca; força muscular; atividade física

#### PO481 O EFEITO DA UTILIZAÇÃO DE DIFERENTES BOCAIS NA REALIZAÇÃO DA OSCILOMETRIA DE IMPULSO

LETICIA HELENA DE SOUZA\*; GUSTAVO HENRIQUE DIONÍZIO; DANIELE OLIVEIRA DOS SANTOS; LARISSA PEROSI NASCIMENTO; MAYARA HOLTZ DE PAULA; ADA CLARICE GASTALDI FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO/ UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

O sistema de oscilometria de impulso (IOS) é um método de avaliação e diagnóstico das vias aéreas que fornece dados da mecânica pulmonar. Estudos da literatura descrevem diferentes modelos de bocais ou não há descrição do

modelo utilizado durante os testes com IOS. Este trabalho teve como objetivo comparar os diferentes tipos de bocais utilizados em práticas laboratoriais em respeito à confiabilidade do exame, ao conforto e preferência dos sujeitos. Foi realizado um estudo transversal randomizado, participaram 39 voluntários saudáveis com média de idade entre 23, 85 ± 5, 632 anos, 28 mulheres e 12 homens, não fumantes e sem queixas respiratórias. A função pulmonar foi avaliada pela espirometria simples para descartar comprometimento pulmonar prévio. As avaliações foram feitas utilizando o equipamento Jaeger IOS (Jaeger, Wurzburg, Germany). As variáveis resistência a 5 e 20 Hz (R5 e R20), reatância a 5 Hz (X5), área de reatância (AX), e frequência de ressonância (Fres) foram obtidas com 3 diferentes bocais, em ordem aleatória: filtro com bocal circular (B1), um filtro com bocal oval (B2), e um filtro circular com bocal freeflow com depressor de língua (B3). Foram questionados o grau de desconforto por uma escala de aceitabilidade e tolerância e a preferência no uso dos bocais. Na avaliação do IOS todos os bocais diferiram dos valores previstos em R5 e R20 ( $p < 0,05$ ). Entre os bocais foram encontradas diferenças ( $p < 0,05$ ) entre B2 (0. 375 ± 0. 069) e B3 (0. 356 ± 0. 072) para R5; entre B1 (13. 33 ± 3. 854) e B2 (12. 31 ± 3. 210), e, B1(13. 33 ± 3. 854) e B3 (12. 29 ± 3. 084) para Fres; e entre B1 (0. 431 ± 0. 292) e B3 (0. 372 ± 0. 234) para AX. Não foram encontradas diferenças para R20 e X5. Em relação a avaliação qualitativa, foram encontradas diferenças ( $p < 0,05$ ) no item facilidade para realizar a avaliação entre o B1(1. 15 ± 0. 365) e B3 (1. 51 ± 0. 790); item grau de desconforto apresentou entre B2 (6. 308 ± 0. 766) e B3(5. 795 ± 0. 863) ( $p < 0,05$ ). Quanto a preferência dez participantes preferiram o B1, 15 o B2, e 14 o B3. Os resultados sugerem que B2 e B3 parecem ser os bocais mais adequados para as avaliações da oscilometria de impulso.

**Palavras-chave:** Oscilometria; bocais; espirometria

#### PO482 ALTERAÇÃO ESPIROMÉTRICA E ESCORE DE MADRAS

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ<sup>1</sup>; SHERDSON CHARLES DE SÁ RODRIGUES<sup>2</sup>; IAGO VIEIRA RODRIGUES<sup>2</sup>; ANAMÉLIA COUTINHO TRAVASSOS<sup>2</sup>; RAÍZA ALAPENHA BRITO<sup>2</sup>; GENECY ANDRADE DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; ANDRÉ VINÍCIUS PEREIRA DE SOUZA<sup>2</sup>; CARLOS TEIXEIRA BRANDT<sup>2</sup>

1. UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 2. UNIFACISA, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL.

**Introdução:** Os critérios de Madras, gordura abdominal, sedentarismo, idade e a presença de pais diabéticos na história familiar, são usados como preditores de diabetes melitus e síndrome metabólica. E, mais recentemente, têm sido usados como escore para doença cardiovascular. Neste estudo associamos os critérios de Madras ao tabagismo para observarmos desfecho. **Objetivos:** Descrever uma série de casos onde os participantes, sendo fumantes ou ex- fumantes, e apresentando o escore de Madras maior ou igual a 60, seriam analisados quanto à função pulmonar. MétodoS Estudo de série de casos, onde foram selecionados pacientes com escore de Madras igual ou maior a 60, que fossem tabagistas ou ex-fumantes. **Resultados:** Homens fumantes com VEF1 normal 0%, com distúrbio leve 3 (42%), com distúrbio moderado 2 (28, 6%), com distúrbio severo 2 (28, 6%). Homens ex- fumantes com VEF1 normal 7 (36, 8%), com distúrbio leve 0%, com distúrbio moderado 6 (31, 6%), com distúrbio severo 6 (31, 6%). Tendo um  $p = 0,012$ . Mulheres fumantes com VEF1 normal 0%, com distúrbio leve 1 (50%), com distúrbio moderado 0%, com distúrbio severo 1 (50%). Mulheres ex- fumantes com VEF1

normal 5 (33, 3%), com distúrbio leve 3 (20%), com distúrbio moderado 5 (33, 3%), com distúrbio severo 2 (13, 4%). Tendo um  $p = 0,301$ . Temos a distribuição do VEF1 e VEF1/CVF segundo o hábito de fumo e o sexo. Verifica-se que no grupo masculino que possui hábito de fumar apresenta uma maior prevalência de VEF1 com distúrbio obstrutivo leve (42, 8%). No grupo masculino, que não possui hábito de fumar a maior prevalência foi de VEF1 normal (36, 8%). Ainda, o teste de homogeneidade foi significativo ( $p$ -valor = 0, 012), indicando que há diferença significativa do VEF1 entre o grupo fumante e ex-fumante nos pacientes do sexo masculino. Quanto ao grupo de mulheres fumantes, metade apresentou VEF1 com distúrbio obstrutivo leve e a outra metade apresentou VEF1 com distúrbio obstrutivo grave. No grupo de mulheres ex-fumantes a maior prevalência foi de VEF1 normal (33, 3%) e com distúrbio obstrutivo moderado (33, 3%). Mesmo sendo encontrados valores diferentes para as prevalências em estudo, o teste de homogeneidade não foi significativo ( $p$ -valor = 0, 301), na alteração do VEF1 no grupo de mulheres fumantes e ex-fumantes. **Conclusão:** Os resultados evidenciam naqueles que preenchem os critérios de Madras o hábito de fumar ou ser ex-fumante tem diferença significativa nos homens com relação a apresentação de alteração no VEF1, o que não ocorre no gênero feminino. Porém essa diferença não foi testada para indicar se a variação ocorreu entre os vários níveis de alterações possíveis. Sabemos que o trabalho precisa ser ampliado, inclusive para comparar os que preenchem ou não os critérios de Madras. **Referências:** 1. Expanding role of the Madras Diabetes Research Foundation - Indian Diabetes Risk Score in clinical practice. *Indian J Endocrinol Metab.* 2013 Jan-Feb; 17(1): 31–36. doi: 10. 4103/2230-8210. 107825 2. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among –9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010 Wijnhoven et al. *BMC Public Health* 2014, 14: 806 p: //www. biomedcentral. com/1471-2458/14/806 Wijnhoven et al. *BMC Public Health* 2014, 14: 806 3. Child-caregivers' body weight and habitual physical activity status is associated with overweight in kindergartners Hoffmann et al. *BMC Public Health* 2014, 14: 822 http: //www. biomedcentral. com/1471-2458/14/822

**Palavras-chave:** Espirometria; madras; tabagismo

**PO483 VALIDAÇÃO DE EQUAÇÕES DE REFERÊNCIA DE FUNÇÃO PULMONAR PARA ADULTOS EM AMOSTRA DE IDOSOS SAUDÁVEIS: POTENCIAL IMPACTO CLÍNICO**  
**JULIANA MARTINS ROCHA\*<sup>1</sup>; MARIO TERRA-FILHO<sup>2</sup>; JOAO MARCOS SALGE<sup>2</sup>**

1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - INCOR/HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A tendência de envelhecimento populacional é reconhecida em todos os levantamentos epidemiológicos. A reduzida representatividade de indivíduos acima de 65 anos nos estudos que postularam valores de referência de função pulmonar para a população adulta pode não expressar adequadamente o comportamento funcional dos idosos, com potencial impacto na interpretação clínica de testes realizados nesta faixa etária específica.

**Objetivos:** Verificar o potencial impacto clínico da utilização de equações de referência de função pulmonar derivadas da população adulta de faixa etária ampla na interpretação de testes realizados em idosos saudáveis. **Método:** Estudo prospectivo observacional de corte transversal. Foram realizadas espirometria, difusão e pletismografia em indivíduos  $\geq 65$  anos, saudáveis e não tabagistas, de

ambos os sexos. Os valores obtidos foram classificados em relação às faixas de referência previstas para os diferentes parâmetros segundo diferentes autores (Pereira, NHANES e GLL, para espirometria; Neder, Crapo e ECCS para volumes e difusão). Foi determinada a frequência de casos fora da faixa de referência ("alterados"). **Resultados:** Foram estudados 89 indivíduos (33 homens e 56 mulheres) com idade média de  $75 \pm 6$  anos. De acordo com o conceito de normalidade para interpretação clínica, assume-se como esperada a frequência de até 5% de indivíduos abaixo do limite inferior da normalidade (LIN) e 5% acima limite superior da normalidade (LSN). A frequência de resultados fora da faixa de referência em relação aos autores estudados e o IC95% da proporção são apresentados abaixo. Foram identificadas elevadas frequências de classificação alterada (aumentada ou reduzida) na amostra de idosos saudáveis para diversos parâmetros de função pulmonar. Sexo masculino: CVF>LSN (NHANES): 15% (7 a 30%); CVF>LSN (GLI): 15% (7 a 30%); VEF1>LSN (NHANES): 9% (3 a 24%); VEF1/CVFLSN (Crapo): 27% (15 a 44%); VR>LSN (Neder): 49% (32 a 65%); DLco >LSN (ECCS): 28% (15 a 46%); DLco Sexo feminino: CVF>LSN (NHANES): 11% (5 a 22%); CVF>LSN (GLI): 20% (12 a 32%); VEF1>LSN (NHANES): 11% (5 a 22%); VEF1>LSN (GLI): 11% (5 a 22%); VEF1/CVF>LSN (NHANES): 18% (11 a 30%); CPT>LSN (Crapo): 16% (9 a 28%); CPT>LSN (ECCS): 22% (13 a 34%); CPT>LSN (Neder): 27% (17 a 40%); VR>LSN (Crapo): 18% (10 a 30%); VR>LSN (ECCS): 42% (30 a 55%); VR>LSN (Neder): 75% (62 a 84%); DLco **Conclusão:** Os elevados índices de classificação alterada da função pulmonar de idosos saudáveis sugere potencial influência na interpretação clínica destes testes, com prejuízo de sensibilidade ou risco de superdiagnóstico de condições patológicas. Os dados alertam para a eventual necessidade de revisão das equações de referência para esta faixa etária específica.

**Palavras-chave:** Função pulmonar; idoso; equações preditivas

**PO484 VALIDAÇÃO DAS EQUAÇÕES DE REFERÊNCIAS DE TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCÍCIO PARA UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS SAUDÁVEIS.**

**JULIANA MARTINS ROCHA\*<sup>1</sup>; MARIO TERRA-FILHO; JOAO MARCOS SALGE**  
DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - INCOR/HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O mundo atual assiste ao processo de envelhecimento populacional de forma universal, com mudança demográfica praticamente irreversível, caracterizada pelo declínio persistente dos níveis de fecundidade e queda da mortalidade, ambos associados a longevidade. Tudo isso, graças aos avanços tecnológicos na área da saúde, que vêm proporcionando aumento na expectativa de vida. Entretanto, equações derivadas de amostras específicas de idosos habitualmente têm pouco destaque na literatura e não estão entre as mais frequentemente utilizadas nos laboratórios de função pulmonar. Este aspecto torna-se ainda mais relevante em se tratando das variáveis ao exercício, obtidas com o teste cardiopulmonar de esforço, onde a participação de idosos nos estudos de normalidade é ainda mais escassa e os cálculos existentes são mais antigos. **Objetivos:** Avaliar se as equações preditivas de Teste cardiopulmonar de esforço referentes a carga (W) e consumo máximo de oxigênio (VO<sub>2</sub> máx. ) contemplam valores adequados para os indivíduos acima de 65 anos. **Método:** Trata-se de estudo prospectivo observacional de corte transversal. Foi realizado teste cardiopulmonar de esforço, em indivíduos  $\geq$

65 anos, saudáveis e não tabagistas, de ambos os sexos. Os valores obtidos foram comparados com os valores preditivos das equações de referência Neder, Blackie, Jones e Wasserman. Para análise estatística utilizamos teste T de Student. **Resultados:** Foram estudados 83 indivíduos (32 homens e 51 mulheres). A seguir são apresentados a média das diferenças entre os valores observados e os previstos de acordo com os diferentes autores e que tiveram significância estatística ( $p < 0,05$ ) de acordo com os diferentes autores: Sexo Feminino:  $W(\text{Obs-Neder}) = -16,62 \pm 19,3$ ;  $W(\text{Obs-Jones}) = -12,32 \pm 20,7$ ;  $W(\text{Obs-Wasserman}) = 15,86 \pm 17,5$ ;  $VO_2\text{máx}(\text{Obs-Blackie}) = -1654,57 \pm 170$ ;  $VO_2\text{máx}(\text{Obs-Jones}) = 76,39 \pm 204$ ;  $VO_2\text{máx}(\text{Obs-Wasserman}) = 398,34 \pm 192$ . Sexo Masculino:  $W(\text{Obs-Neder}) = 14,89 \pm 23,95$ ;  $W(\text{Obs-Blackie}) = -16,45 \pm 24,04$ ;  $W(\text{Obs-Jones}) = -15,71 \pm 25,66$ ;  $VO_2\text{máx}(\text{Obs-Blackie}) = -537,29 \pm 301,18$ ;  $VO_2\text{máx}(\text{Obs-Wasserman}) = -283,35 \pm 290,05$ . **Conclusão:** Verificamos que equações preditivas frequentemente utilizadas, podem gerar resultados não aderentes à condição real para variáveis de exercício em indivíduos acima de 65 anos, sugerindo, há necessidade de novos estudos para determinação de equações específicas para idosos.

**Palavras-chave:** Teste ergoespirométrico; idoso; equações preditivas

#### **PO485 DESEMPENHO DO TESTE DE OSCILAÇÃO FORÇADA MODIFICADO EM PRÉ-ESCOLARES, ESCOLARES E ADOLESCENTES COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA: DADOS PRELIMINARES**

MARCUS H. JONES<sup>1</sup>; ALESSANDRA VACCARI<sup>1</sup>; DOROTTYA CZOVEK<sup>2</sup>; ZOLTAN HANTOS<sup>3</sup>; LAÍS CORRÊA BRIDI<sup>1</sup>; CINTIA DIAS DE BARROS<sup>1</sup>; KATY ARIANE DOS SANTOS CORRÊA<sup>1</sup>; PETER SLY<sup>2</sup>  
1. PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. UNIVERSITY OF QUEENSLAND, BRISBANE, AUSTRÁLIA; 3. UNIVERSITY OF SZEGED, SZEGED, HUNGRIA.

**Introdução:** o teste de oscilações forçadas (FOT) é ideal para uso em crianças pequenas, uma vez que não necessita de manobras respiratórias complicadas, sendo de fácil execução. Uma criança pequena, com um tempo relativamente curto de atenção, pode ter sua função pulmonar medida com o FOT durante a respiração normal em 16 a 20 segundos. As medições são efetuadas ao longo de um número de ciclos respiratórios e a média dos resultados (ao longo do tempo e nas variações de volume corrente) proporciona o espectro de impedância (Zrs) como uma função de frequência de medição (FOT espectral). Devido à facilidade nas medidas da impedância por FOT, esta técnica pode ser importante na avaliação funcional de pré-escolares e escolares, onde uma parcela significativa pode apresentar dificuldade com avaliação por manobras expiratórias forçadas. **Objetivo:** investigar o sucesso na obtenção de medidas aceitáveis e reprodutíveis da impedância respiratória em crianças com doença respiratória crônica. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, em que foram incluídos pré-escolares (2 a 6 anos), escolares (7 a 12 anos) e adolescente (14 a 18 anos) com diagnóstico de doenças respiratórias crônicas. O recrutamento foi realizado por conveniência, na emergência, unidades de internação ou ambulatório do Hospital São Lucas da PUCRS de Porto Alegre/RS. Todas as avaliações foram realizadas por dois pesquisadores treinados e nenhum participante possuía experiência prévia com o teste proposto. Coletaram-se medidas demográficas, antropométricas, seguidas da avaliação da impedância do sistema respiratório. O equipamento utilizado foi construído especificamente para este projeto por pesquisadores da universidade de Szeged,

Hungria e as medidas foram realizadas de acordo com diretrizes da European Respiratory Society. Os parâmetros medidos incluíram a resistência (Rrs) e a reatância (Xrs) nas frequências entre 6 e 32 Hz obtidos a partir de 6 medições. Aceitabilidade foi definida por ausência de artefatos como fechamento glótico, vazamento na peça bucal no clipe nasal, movimentos de deglutição, que podem ser observados no traçado em tempo real. A reprodutibilidade foi caracterizada por uma variação menor do que 10% na resistência. **Resultados:** foram incluídos 36 pacientes com diagnóstico de doenças respiratórias crônicas, sendo 26 com o diagnóstico de asma (leve, moderada e grave), 8 com fibrose cística, 1 com bronquiolite obliterante e 1 com discinesia ciliar. A média de idade dos pacientes foi de 10,  $56 \pm 4,00$  anos e 63, 89% da amostra do sexo feminino. Destes, 10 (28%) foram pré-escolares, 16 (44%) de escolares de 6 a 12 anos e 10 (28%) de adolescentes. Todos os pacientes obtiveram medidas aceitáveis e com reprodutibilidade menor que 10% na resistência. Os artefatos foram facilmente identificados durante as medidas. **Conclusão:** Os resultados preliminares indicam que o ST-FOT demonstra ser um método fácil e com boa aplicabilidade em uma amostra jovem composta por pacientes com doenças respiratórias crônicas. Todos os pacientes que concordaram em realizar o teste geraram dados aceitáveis e reprodutíveis. O FOT pode ser aplicado em crianças e adolescentes, mesmo em situações de dificuldades respiratória em sala de emergência.

**Palavras-chave:** Forced oscillation technique; children; feasibility

## SONO

#### **PO486 PARÂMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS DO VENTRÍCULO ESQUERDO E HIPOXEMIA NOTURNA EM PACIENTES PORTADORES DE DPOC.**

JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR<sup>1</sup>; MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA<sup>1</sup>; GABRIELA LANUSSE SOUSA SILVA<sup>1</sup>; VANESSA SILVA TELES<sup>1</sup>; ISABELA DE MOURA ROSA<sup>1</sup>; ANA CLAUDIA SILVA DUARTE<sup>1</sup>; ARTHUR ALVES ROCHA<sup>2</sup>; MARCELO FOUAD RABAHI<sup>3</sup>  
1. UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO, BRASIL; 2. CENTRO MEDICO, GOIANIA, GO, BRASIL; 3. UFG, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** As doenças do sono tem sido consideradas como uma comorbidade da DPOC. A hipoxemia durante o sono pode levar ao espessamento da parede ventricular decorrente de inflamação, liberação de radicais de oxigênio e ativação do sistema nervoso simpático, com conseqüente aumento da pós-carga. **Objetivos:** Verificar a associação entre os parâmetros ecocardiográficos do ventrículo esquerdo e a presença de hipoxemia noturna significativa em pacientes portadores de DPOC com hipoxemia diurna leve. **Métodos:** Um estudo transversal foi conduzido no Centro de Pesquisa Clínica da Clínica do Aparelho Respiratório em Goiânia-GO. Sessenta e quatro pacientes consecutivamente diagnosticados com DPOC por avaliação clínica e espirometria, que apresentavam saturação entre 90 e 94%, que não estavam em uso de oxigenoterapia domiciliar, foram avaliados com polissonografia, ecocardiografia, gasometria arterial, teste de caminhada de 6 minutos e radiografia de tórax. Hipoxemia noturna significativa foi definida como a presença de  $\text{satO}_2 < 85\%$  por mais de 5 min. Os resultados foram analisados com o programa STATA 13.0. Este estudo foi realizado de acordo com as boas práticas clínicas e foi aprovado pelo Comitê do Hospital Geral de Goiânia Ética sob o número 198.344/2013. **Resultados:** Ao longo de um período de 6 meses, 230 pacientes com DPOC foram admitidos no ambulatório e avaliados para elegibilidade.



Deles, 24 pacientes (10, 4%) não foram incluídos devido a oxigenoterapia domiciliar ou por recusa a participar. Dos pacientes restantes, 93 pacientes (45, 1%) foram excluídos por causa de oximetria  $\geq 95\%$  ou  $<90\%$ , e 42 pacientes (20, 4%) foram excluídos devido a  $VEF1/CVF > 70$  e 07 pacientes (9, 9%) foram excluídos devido à presença de evidência radiológica de alterações significativas não imputáveis à DPOC e a  $PaO_2 < 60$  mmHg. Dos 64 sujeitos do estudo, 17 indivíduos (26, 6%) apresentaram hipoxemia noturna significativa. Não havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem hipoxemia noturna considerando a pressão arterial sistólica ( $p=0, 71$ ) ou pressão arterial diastólica ( $p=0, 15$ ). A relação volume massa era significativamente menor no grupo com hipoxemia noturna significativa (relação  $0, 64 \pm 0, 03$  versus  $0, 72 \pm 0, 01$ ,  $p=0, 03$ ), a espessura do septo foi significativamente maior no grupo com hipoxemia noturna significativa ( $9, 7 \pm 0, 2$  versus  $9, 1 \pm 0, 1$ ,  $p=0, 03$ ) e a espessura diastólica da parede posterior do VE foi significativamente maior no grupo com hipoxemia noturna significativa ( $9, 7 \pm 0, 2$  versus  $8, 9 \pm 0, 2$ ,  $p=0, 01$ ). Havia correlação entre a espessura do septo e o tempo com saturação abaixo de 85% no sono REM (coeficiente  $0, 32$ ;  $p=0, 01$ ). O tempo com saturação abaixo de 85% no sono REM prediz significativamente a espessura do septo ( $r^2=0, 09$ ;  $p=0, 01$ ). **Conclusão:** Todos os parâmetros relacionados à hipertrofia de VE avaliados estavam significativamente associados a hipoxemia noturna. O tempo de saturação abaixo de 85% prediz significativamente a espessura do septo.

**Palavras-chave:** Dpoc; hipoxemia noturna; distúrbios do sono

#### **PO487 AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SAOS E SEUS FATORES DE RISCO EM PACIENTES OBESOS**

**DANIELLE QUEIROZ DOURADINHO MENEZES<sup>1</sup>; LUCAS BELLO<sup>2</sup>; ISABELLA CONSTANTINI SOARES DE ANDRADE<sup>3</sup>; VICTÓRIA CECÍLIA DE FIGUEIREDO PINHEIRO<sup>4</sup>; JÚLIA DE ARRUDA CAMPOS FONSECA<sup>5</sup>; ISABELA DE GODOY<sup>6</sup>**

*UNIVERSIDADE DE CUIABÁ, CUIABÁ, MT, BRASIL.*

**Introdução:** Indivíduos obesos possuem risco elevado para desenvolver diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e distúrbios respiratórios do sono. A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é um distúrbio intrínseco do sono caracterizado por episódios repetidos de obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores associados à quedas da saturação de oxigênio e alterações da arquitetura do sono. A SAOS tem na sonolência excessiva diurna um de seus sintomas mais importantes. A obesidade é o principal fator de risco, sendo a elevação do Índice de Massa Corpórea (IMC) e da circunferência do pescoço grandes preditores da sua ocorrência. **Objetivos:** Neste estudo foi pesquisado o índice de sonolência diurna em obesos, assim como, verificado os fatores de risco para SAOS e suas correlações com o Índice de Apneia e Hipopneia (IAH) apresentado na polissonografia. Métodos É um estudo transversal descritivo com 57 pacientes obesos, logo  $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, na Clínica do Sono de Mato Grosso, em Cuiabá. No dia da avaliação foi realizado o questionário de sonolência diurna ou escala de Epworth (ESE) e, em seguida, a pesquisa de outros dois fatores de risco: a circunferência cervical (CC) e o índice de Mallampati (IM). Por último, foram analisados os Índices de Apneia e Hipopneia (IAH) obtidos na Polissonografia dessa população estudada. Quanto à ESE considerou-se 10 como sonolência diurna excessiva e os valores de referência para a CC, foram de 38 cm para mulheres e 43 cm para os homens. Resultados Da população estudada, 74% (42/57) dos obesos possuem algum grau de Apneia do Sono, sendo

que aproximadamente 88, 1% (37/42) apresentou três ou mais fatores de risco para esta doença. No total, 82, 4% (47/57) apresentaram Índice de Mallampati III ou IV. Destes, 27, 6% (13/47) apresentaram SAOS leve e 55, 2% (26/47) moderada a grave. Já com relação a Escala de Epworth, 47, 3% (27/57) dos obesos tiveram sonolência diurna excessiva, sendo que 22% (6/27) apresentou SAOS leve e 55, 5% (15/27) moderada a grave. Por último, quanto à Circunferência Cervical, 70, 1% (40/57) da amostra obteve valores acima da normalidade e destes, 30% (12/40) tiveram IAH menor que 5 e outros 52, 5% (21/40) IAH maior que 15. Quando a obesidade foi associada a CC elevada, houve duas vezes mais chances de desenvolver SAOS do que quando o aumento de peso foi visto de forma isolada. Conclusão Considerando as definições estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para avaliação da SAOS, percebeu-se nesse estudo que o Índice de Mallampati foi o fator de risco mais prevalente, seguido pela Circunferência Cervical na população com  $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Entretanto, a combinação da obesidade com o perímetro cervical alterado se mostrou mais “fatal” do que quando o aumento de peso foi associado a outros fatores de risco, pois os mesmos obtiveram duas vezes mais chance de apresentar SAOS comparados com o aumento do IMC isolado. Sendo que, 75, 4% (43/57) da amostra apresentou, simultaneamente, três ou mais condições relacionadas a esta patologia. Dessa forma, a SAOS é uma condição médica importante que acomete preferencialmente pacientes obesos, sendo fundamental a pesquisa destes fatores de risco (IM, CC, IMC e sonolência diurna) na avaliação clínica para triagem em busca desta doença.

**Palavras-chave:** Saos; obesidade; polissonografia

#### **PO488 PESQUISA DOS SINAIS E SINTOMAS DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM POPULAÇÃO DE HIPERTENSOS**

**DANIELLE QUEIROZ DOURADINHO MENEZES<sup>1</sup>; LUCAS BELLO<sup>2</sup>; MATHEUS LIMA LULA GUIMARÃES<sup>3</sup>; DANIEL MATHEUS ROCHA AZEVEDO<sup>4</sup>; RENATO RAMON DA CRUZ<sup>5</sup>; GUSTAVO DE OLIVEIRA COSTA VIEIRA<sup>6</sup>; ISABELA DE GODOY<sup>7</sup>**

*UNIVERSIDADE DE CUIABÁ, CUIABÁ, MT, BRASIL.*

**Introdução:** A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é encontrada em mais de um terço dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Sendo que, esta doença respiratória do sono, tem na sonolência excessiva diurna o seu principal sintoma. Há evidências crescentes da coexistência das duas doenças, não somente devido a alguns fatores de risco em comum, como também, pelo fato da SAOS contribuir diretamente na gênese da pressão arterial elevada nesta situação. **Objetivos:** Este estudo busca a prevalência de fatores de risco para SAOS e o índice de sonolência diurna em pacientes hipertensos, assim como, correlacionar estes dados com a frequência de exposição dessa amostra às técnicas e perguntas interpeladas. Métodos Este é um estudo transversal descritivo com 69 pacientes diagnosticados com HAS, no ambulatório de clínica médica da Universidade de Cuiabá. Na avaliação, foi realizado, o cálculo do IMC, quantificados: a escala de Epworth (EE), o índice de Mallampati (IM) e a Circunferência Cervical (CC). Quanto à EE considerou-se 10 como sonolência diurna excessiva e os valores de referência para a CC, foram de 38 cm para mulheres e 43 cm para os homens. Como também, os pacientes foram questionados se alguma vez foi investigada a doença nestes e se possuíam qualquer conhecimento sobre a mesma. **Resultados:** Da população estudada, 39, 1% (27/69) são do sexo masculino e 60, 9% (42/69) do sexo feminino. Sendo

que, 43, 5% (30/69) possuíam algum grau de obesidade e 8, 69% (6/69) apresentavam obesidade mórbida. Como também, 49, 3% (34/69) estavam com alteração na CC, 59, 4% (41/69) IM grau III ou IV e 49% com sonolência diurna excessiva. Ademais, 91, 3% (63/69) detinham algum fator de risco para SAOS e 68, 1% (47/69) dois ou mais. Por fim, 66, 7% (46/69) da amostra não obtinha nenhum conhecimento sobre a SAOS ou não houve investigação dos fatores de risco desta síndrome nos mesmos. **Conclusão:** Considerando as definições estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para a avaliação da SAOS, o IM foi o fator de risco mais prevalente seguido pelo IMC. Além disso, percebeu-se que 68, 1% (47/69), da amostra, possuíam, pelo menos, dois fatores de risco para a mesma. Entretanto, 66, 7% (46/69) não havia sido exposta a pesquisa da SAOS ou não detinha nenhum conhecimento sobre esta doença. Diante desses dados e da importância cardiovascular, se torna necessária atenção maior aos sinais e sintomas relacionados a esta síndrome nos hipertensos, pois a mesma, se mostra como uma das principais causas secundárias de HAS, sendo essencial uma adequada avaliação nos mesmos, pois um diagnóstico adequado e precoce poderá mudar o prognóstico desta população.

**Palavras-chave:** Saos; hipertensão arterial; fatores de risco

**PO489 DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE PONTUAÇÃO, CHAMADO NO-APNEA, PARA TRIAGEM DE APNEIA OBTURATIVA DO SONO EM INDIVÍDUOS ADULTOS.**

**RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE<sup>1\*</sup>; MARCELO FOUD RABAHI<sup>2</sup>; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO<sup>1</sup>; FLÁVIO JOSÉ MAGALHÃES-DA-SILVEIRA<sup>3</sup>**

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIANIA, GO, BRASIL; 3. SLEEP - LABORATÓRIO DE ESTUDO DOS DISTÚRBIOS DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Existem vários questionários clínicos para a triagem de apneia obstrutiva do sono (AOS), com o objetivo de identificar pacientes com alto risco para esta doença, que é comumente sub-diagnosticada. Além disso, esses questionários geralmente usam dados subjetivos relacionados ao sono, o que, muitas vezes, requer informações do parceiro de cama reduzindo a sua aplicabilidade prática.

**Objetivos:** Desenvolver um sistema de pontuação de fácil aplicação apenas com variáveis objetivas para triagem de AOS em indivíduos adultos. **Métodos:** Estudo transversal desenvolvido com indivíduos encaminhados para um laboratório do sono num período de 7 anos (Janeiro de 2009 a Dezembro 2015). Todos os pacientes foram avaliados com polissonografia completa (Tipo I). As curvas ROC (Receiver Operator Characteristics) e a área sob a curva (AUC) foram usadas para se obter o poder discriminatório do sistema de pontuação desenvolvido. Os parâmetros preditivos foram calculados por tabelas de contingência 2x2. **Resultados:** 18. 232 pacientes consecutivos (58, 8% homens; média de idade de 45, 9 ± 14, 5 anos) foram estudados. A prevalência AOS (índice de apneia/hipopneia [IAH] ≥ 5/h) foi de 75, 5%; enquanto a prevalência de AOS moderada/grave (IAH ≥ 15/h) foi de 52, 8%. A prevalência AOS foi maior nos homens do que nas mulheres (84, 3% vs. 63, 1%; p < 0, 001). Um sistema de pontuação, chamado No-Apnea, com duas variáveis (circunferência do pescoço [CP] e idade) foi desenvolvido, apresentando uma pontuação total de 0 a 6 pontos: o parâmetro CP (em cm) foi pontuado em quatro valores diferentes: 0 (<37, 0), 1 (37, 0-39, 9), 2 (40, 0-42, 9) e 3 (≥ 43, 0), enquanto o parâmetro de idade (em anos) foi pontuado da seguinte forma: 0 (<30), 1 (30-49), 2 (50-69) e 3 (≥ 70). De acordo com a curva ROC, as AUCs do sistema de

pontuação No-Apnea para o diagnóstico de AOS e de AOS moderada/grave foram: 0, 771 (IC 95%: 0, 763-0, 779) e 0, 746 (IC 95%: 0, 739-0, 753), respectivamente. Utilizando um ponto de corte ≥ 3, os seguintes parâmetros foram encontrados para o diagnóstico de AOS: acurácia de 71, 1%; sensibilidade de 71, 1%; especificidade de 71, 3%; valor preditivo positivo (VPP) de 88, 4% e valor preditivo negativo (VPN) de 44, 4%. Usando o mesmo ponto de corte, os seguintes parâmetros foram encontrados para o diagnóstico AOS moderada/grave: acurácia de 69, 3%; sensibilidade de 78, 4%; especificidade de 59, 1%; VPP de 68, 2% e VPN de 70, 9%. No ponto de corte ≥ 3, as probabilidades pós-teste para AOS e para AOS moderada/grave foram de 88, 4% e 68, 2%, respectivamente. Com o aumento dos escores obtidos (de 0 a 6 pontos), a probabilidade pós-teste de ter AOS, AOS moderada/grave e AOS grave (IAH ≥ 30/h) aumentaram de forma linear. **Conclusão:** O nosso sistema de pontuação, com apenas duas variáveis numéricas pode ser uma ferramenta útil e prática para a triagem de AOS, principalmente em um laboratório do sono, um local de elevada prevalência deste distúrbio.

**Palavras-chave:** Apneia obstrutiva do sono; polissonografia; diagnóstico

**PO490 ACURÁCIA DO TEMPO ABAIXO DE 90% DE SAO2 (T JULIO RODRIGUEZ<sup>1\*</sup>; DENISE DUPRAT NEVES<sup>2</sup>; MARIA HELENA DE ARAÚJO MELLO<sup>2</sup>**

1. TDN - AFIP, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A prevalência da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) ainda é controversa, mas estima-se em torno de 22% entre os homens e 17% nas mulheres. Esta síndrome que avança em prevalência e resulta no aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes, tem problemas no seu diagnóstico, pois o exame padrão ouro a Polissonografia (PSG) é cara, desconfortável e demorada, além de pouco acessível à população. Vários métodos de rastreamento vêm sendo pesquisados. A Oximetria Noturna tem se mostrado um método mais confortável, barato e acessível. **Objetivos:** Este estudo pretende avaliar a acurácia diagnóstica do Tempo em que o paciente passa, durante a noite, com saturação da oxihemoglobina abaixo de 90% (T<90%) na identificação da SAOS, comparado ao Índice de Apneia e Hipopneia (IAH). **Métodos:** Estudo transversal, com análise histórica e consecutiva de todos dos 110 exames de Polissonografia realizados pelo Setor de Sono da Otorrinolaringologia e da Cardiopulmonar (LabSono) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), no período de 17/10/2011 à 16/04/2015. Os critérios de inclusão e exclusão foram os adotados pelo LabSono na seleção dos pacientes que realizaram a PSG. Vale ressaltar que não houve exclusão específica de pneumopatas ou cardiopatas nesta amostra, embora nenhum paciente apresentasse quadro de descompensação na noite do exame. Observamos, às cegas, o T<90% das PSG e posteriormente correlacionamos, pelo Coeficiente de Correlação de Spearman (CCS), com os IAH dos exames, depois calculamos a área abaixo da curva ROC (AUC) pela equação de DeLong para estabelecer a acurácia na identificação de IAH>15/h, os valores discriminatórios com melhor rendimento diagnóstico foi pré-estabelecidos pelo Índice de Youden. **Resultados:** Foi encontrado uma correlação forte entre o T<90% e o valor do IAH, CCS de 0, 790 (p<0, 0001). A AUC foi de 0, 904, com um Intervalo de Confiança (IC) de 95% de 0, 835 a 0, 972. Para o T<90%, o valor discriminatório (VD) de > 19 minutos, obteve o melhor desempenho para, quando presente, identificar um IAH>15/h. A Sensibilidade (S) encontrada foi de 75, 68%

(IC95%=58, 8-88, 2), a Especificidade (E) foi igual a 95, 65% (IC95%=85, 2-99, 5), com Razão de Verossimilhança Positiva de 17, 41 e Negativa de 0, 25. Obtivemos a melhor S (86, 49%) com o VD de  $T < 90\% > 8$  min, mas a E se reduz a 80, 43%. O contrário também acontece, pois o VD  $> 57$  min possui uma E de 97, 83%, mas a S cai a 45, 95%. Portanto o VD  $> 19$  min mostrou-se o melhor. **Conclusão:** O  $T < 90\%$ , um índice oferecido automaticamente pelos softwares de registro das PSG, apresenta-se bastante acurado da identificação de pacientes com IAH $>15/h$  e pode ser obtido de aparelhos portáteis e com aferições na residência.

**Palavras-chave:** Oximetria; sahos; polissonografia

#### **PO491 A UTILIDADE CLÍNICA DO HOLTER NA DETECÇÃO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO**

**CATARINE BENTA LOPES DOS SANTOS\*;** MARCELO LAPA KRUSE;  
JOSÉ CLÁUDIO KRUSE; GERALDO RIZZO; LEONARDO MARTINS  
PIRES; TIAGO LUIZ LUZ LEIRIA; ALEXANDRE KRELING MEDEIROS;  
GUSTAVO GLOTZ DE LIMA

IC-FUC INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO  
SUL - SETOR DE ELETROFISIOLOGIA CARDÍACA, PORTO  
ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** Sabe-se que indivíduos com Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) possuem um risco aumentado para Acidente Vascular Cerebral, arritmias ventriculares, comprometimento na qualidade de vida e desfechos cardiovasculares adversos, como doença arterial coronariana e insuficiência cardíaca congestiva. AOS não tratada está associada com aumento de mortalidade cardiovascular. **Objetivos:** Alguns estudos sugerem que o Holter poderia identificar pacientes com AOS moderada a severa, baseado na Variação Cíclica da Frequência Cardíaca (VCFC), podendo ser utilizado como teste para rastrear desses pacientes. Pretende-se avaliar uma população selecionada, com alta probabilidade pré-teste de ser portadora de AOS, submetida à Polissonografia e Holter. **Métodos:** Foram incluídos, de forma consecutiva, 140 pacientes submetidos a polissonografia entre novembro de 2011 e outubro de 2012 para avaliação de distúrbios respiratórios do sono. Critérios de exclusão foram fibrilação atrial permanente ou paroxística e presença de marcapasso. **Resultados:** Houve moderada correlação entre a duração dos episódios de VCFC e o índice apneia-hipopneia. (Coeficiente de correlação  $r = 0, 5$ ;  $P < 0, 0001$ ; 95% Intervalo de confiança para  $r = 0, 36$  para 0, 62). Em pacientes que tiveram longa duração de VCFC mensurado por monitorização do Holter ( $\geq 200$  min;  $n = 8$  pacientes: 7 AOS (+) e 1 AOS (-); razão de verossimilhança R. V. = 16, 28  $\geq 100$  a 199 min;  $n = 14$  pacientes: 8 AOS (+) e 6 AOS (-); R. V. 3, 10). A curva ROC mostrou uma área abaixo da curva de 0, 770; 95% Intervalo de Confiança 0, 686 – 0, 840. Erro padrão = 0, 050. Para o melhor critério ( $> 76$  minutos de duração da VCFC), encontrou-se 51, 4% (34 – 68, 6%) para sensibilidade, 92% (84, 3 – 96, 7%) para especificidade e 6, 47 e 0, 53 para RV positivo e RV negativo, respectivamente. **Conclusão:** Holter demonstrou ter boa acurácia para a detecção de moderada a severa AOS em uma população selecionada, podendo ser considerado como ferramenta alternativa para identificar OSA subdiagnosticada.

**Palavras-chave:** Apneia obstrutiva do sono; polissonografia; h

#### **PO492 RELAÇÃO ENTRE OS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO E AS VARIAÇÕES HORMONAIS NA VIDA DA MULHER: MENACME, CLIMATÉRIO E PÓS-MENOPAUSA**

**TAMIRES ABLE CARMONA\*;** DENISE DUPRAT NEVES; GUILHERME  
ENGUER LAGÓEIRO RIBEIRO MARTINS  
UNIPIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Mulheres na pós-menopausa têm uma prevalência duas vezes maior de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), o que pôde ser observado em pesquisa que mostrou que estas utilizam duas vezes mais indutores de sono. Devido às variações hormonais e sua relação com a qualidade do sono, muitos autores excluem as mulheres de suas pesquisas tornando a compreensão da SAOS nas mulheres menos clara. **Objetivo:** Quantificar a prevalência de distúrbios relacionados ao sono em mulheres no menacme, no climatério e pós-menopausa. **Metodologia:** Estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Incluídas mulheres maiores de 18 anos, e excluídas as em uso de medicações indutoras do sono ou com doenças graves descompensadas. Aquelas em uso de reposição hormonal foram agrupadas separadamente. Aplicados questionários sobre sono, Escala de Sonolência de Epworth (ESE), Escala de Ronco de Stanford (ERS), Questionário de Berlim (QB) e STOP-BANG (SB), presencialmente ou online no mesmo molde, por meio do programa Google Formulários®, ambos após concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A distribuição de frequência das variáveis por grupo foi avaliada pelo qui-quadrado, considerando valores significativos quando  $p < 0, 05$ , em teste bicaudal e pela Odds Ratio (OR) e respectivo intervalo de confiança a 95%. **Resultados:** Após excluir 14 casos por respostas incompletas, avaliamos 290 mulheres, com idade entre 18 e 87 anos, sendo 8, 3% destas no climatério, 22, 8% na pós-menopausa e 69% no menacme; 36, 6% fazem reposição hormonal, sendo 7, 5% no climatério, 15% na pós-menopausa e 77, 3% no menacme. Não estar no menacme aumentou a chance de ter alto risco para SAOS pelo QB (OR: 8, 6; IC95%: 4, 50-16, 46;  $p < 0, 0001$ ) e pelo SB (OR: 7, 7; IC95%: 3, 41-17, 44;  $p < 0, 0001$ ). Muitas (64, 8%) referiram fadiga, sendo 79, 2% no menacme. Isso se refletiu na ESE, pois mulheres no menacme apresentaram mais sonolência excessiva (OR: 0, 4; IC95%: 0, 27-0, 77;  $p = 0, 0036$ ). A ERS demonstrou que aquelas fora do menacme tendem a roncar mais frequente e mais alto ( $p < 0, 0001$ ). Mulheres fora do menacme, com reposição hormonal, apresentaram alguma proteção ao risco de SAOS pelo QB (OR: 0, 7; IC95%: 0, 40-1, 41;  $p = 0, 3853$ ), pelo SB (OR: 0, 7; IC95%: 0, 33-1, 59;  $p = 0, 4299$ ) e da sonolência pela ESE (OR: 0, 9; IC95%: 0, 56-1, 48;  $p = 0, 7270$ ), porém, em nenhum destes de modo estatisticamente significativo. Conclusão O estudo mostrou que mulheres no menacme possuem menor risco de SAOS do que aquelas em outros períodos e que dentre estas existe uma tendência de menor risco nas que usam reposição hormonal. Isso sugere, como já descrito, a existência de algum fator protetor dos hormônios femininos. Apesar disso, mulheres no menacme apresentaram maior sonolência e cansaço, possivelmente por estarem cada vez mais inseridas no mercado de trabalho, com jornadas longas de trabalho e estudo.

**Palavras-chave:** Síndrome da apneia obstrutiva do sono; climatério, perimenopausa; menacme

#### **PO493 CAPACIDADE DISCRIMINATIVA DAS ESCALAS DE BERLIN, STOP BANG E OUTRO MODELO MATEMÁTICO PARA O DIAGNÓSTICO DO SAHOS MODERADO/SEVERO NUMA COHORTE DO NOROCCIDENTE COLOMBIANO.**

**JOSE FERNANDO ROJAS RODRIGUEZ\*1;** TANIA MENDOZA HERRERA\*2;  
ANDRÉS FELIPE VILLABONA RUEDA\*1; SILVIA KATHERINE ROMERO  
RONDON\*2; YEISON SANTAMARÍA ALZA\*2; KELLY JOHANA SANCHEZ  
ROBAYO\*2; MONICA PATRICIA ROMERO MARIN\*2; FABIO BOLIVAR  
GRIMALDOS\*1

1. UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLÔMBIA; 2. UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLÔMBIA.

**Introdução:** o sono funciona como modulador hormonal, fazendo parte do metabolismo dos carboidratos e interfere como modulador hormonal. A síndrome de apneia-Hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) é uma alteração comum dentro das alterações do sono. Prevalência global de 18% em diferentes latitudes (Colômbia: 2-6%. Idade média). Classificação de severidade usa o índice de apneia/Hipopneia (IAH) da polissonografia. Devido à necessidade de identificar cedo as alterações do sono, são construídos índices como “Berlin” e “STOP BANG” (SB) usando construções teóricas subjetivas auto concedidas que adicionam medidas mais robustas. **Objetivo:** determinar a capacidade discriminativa para o SAHOS Moderado/Severo de Berlin, SB e modelo matemático próprio em uma coorte de sujeitos com SAHOS estabelecido pelo polisomnograma.

**Métodos:** Estudo de corte transversal com mostra não probabilística de casos consecutivos que assistiram ao “instituto neurológico del oriente” entre Novembro 2014 à outubro 2015. Critérios de inclusão: malhões de 18 anos com alterações do sono. Exclusão: desordem do sono não SAHOS, atividade laboral com viração do patrono sono-vigília, diagnóstico prévio de SAHOS e mulheres em gravidez. Recolaram-se dados sociodemográficos, antecedentes gerais, antropometria e escalas de Epworth, Berlin y SB. Análise descritivo, bivariado e multivariado tipo regressão logística a qual comparou subgrupos SAHOS moderado-severo vs SAHOS leve. Analisaram-se predição de desenlace com Berlin, SB e modelo matemático feito, usando o software STATA V. 14. **Resultados:** Mostra: 175. Análise com 149 sujeitos. Idade media 57, 18±13, 4 anos (Rango: 22-89 anos). Predominaram os homens (58, 3%). Classificação SAHOS: Leve 32, 8%(n: 49;IAH: 10, 05), Moderado 24, 1%(n: 36;IAH: 21, 46) Severo 42, 9%(n: 64;IAH: 41, 22). Comparação escalas no SAHOS Moderado/Severo: Berlin: AUC: 0, 6079 (S: 99%-E: 4%), Classificação direita: 67, 79%. STOP BANG: AUC: 0, 6437 (S: 85%-E: 42%), Classificação direita: 71, 14%. Modelo Regressão Logística: uso crônico Betabloqueadores OR: 2, 93 (IC95% 1, 12-7, 65), Tabagismo passivo OR: 3, 22 (IC95% 1, 25-8, 25), Distância mentoesternal OR: 1, 38 (IC95% 1, 16-1, 65), Índice Epworth >3 OR: 2, 46 (IC95% 1, 03-5, 88) e SB>5 OR: 2, 79 (IC95% 1, 07-7, 26). Bondade de Ajuste(Pearson p: 0, 33). S: 85%-E: 42, 86%, AUC: 0, 7759 e Classificação direita: 71, 14%, com validação interna pela técnica bootstrap com a obtenção dos resultados adequados. SAHOS Moderado/Severo=-5, 40+1, 16(Tabagismo Passivo) +1, 07(Usos\_Betabloqueadores) +0, 32 (Distância\_Mentoesternal\_Cm) +0, 90(EPWORTH>3) + 1, 02(STOPBANG>5). **Conclusão:** Melhor discriminação em predição da severidade do SAHOS com inclusão das novas variáveis: uso crônico de Betabloqueadores (comorbilidades do paciente), tabagismo passivo, variáveis antropométricas e Epworth>3-SB>5. Precisa-se a inclusão dum número maior dos pacientes para acrescentar a precisão e a capacidade discriminativa do modelo.

**Palavras-chave:** Sahos; sono; stop-bang

**PO494 PREVALÊNCIA DE RISCO PARA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E DE SÍNDROME METABÓLICA EM PILOTOS DE AERONAVES CIVIS BRASILEIROS**  
GUILHERME ENGUER LAGOIRO RIBEIRO MARTINS\*<sup>1</sup>; DENISE DUPRAT NEVES<sup>1</sup>; MARIA HELENA DE ARAÚJO MELLO<sup>1</sup>; ANTONIO AUGUSTO FREITAS JUNUEIRA<sup>2</sup>; TAMIRÉS ABLE CARMONA<sup>1</sup>; ANA LUIZA ENGUER LAGOIRO RIBEIRO MARTINS<sup>3</sup>

1. UNIRIO, NITEROI, RJ, BRASIL; 2. HOSPITAL CENTRAL DA AERONAUTICA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. ESTÁCIO DE SÁ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Estudos demonstram o aumento de prevalência da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). Durante o período de obstrução respiratória, ocorre queda da saturação de oxigênio e microdespertares, gerando sonolência diurna, e desordens sistêmicas, especialmente as doenças cardiovasculares e outras como a síndrome metabólica (SM). A associação desses fatores (SAOS e SM), principalmente na presença de aumento da circunferência abdominal, tem um efeito exponencial sobre o risco cardiovascular (RCV). **Objetivos:** Calcular a prevalência de SAOS e de SM numa amostra de Pilotos Civis Brasileiros (PCB) e identificar aqueles com RCV aumentado. Metodologia Estudo transversal em Pilotos Civis Brasileiros (PCB), no momento da sua inspeção médica anual de saúde realizada no Centro de Medicina Aeroespacial (CEMAL) no Rio de Janeiro, no período entre Janeiro e Fevereiro de 2015. Foram realizadas entrevistas com 168 homens, entre 36 e 72 anos, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que incluía o Questionário STOP-BANG (QSB), medidas antropométricas e coleta de amostra de sangue para avaliar: Triglicérides, Glicose, HDL-colesterol. O critério para caracterizar a SM foi o ATP-III. Resultados As medianas das medidas das variáveis contínuas foi: idade 50 anos, peso 85kg, altura 176cm, IMC 27kg/m<sup>2</sup>, circunferência cervical 41cm, circunferência abdominal 99, 5cm, PA sistólica 120mmHg, PA diastólica 80mmHg, glicemia de jejum de 93mg%, triglicérides de 133mg% e HDL-colesterol de 45mg%, caracterizando uma tendência de uma população saudável segundo estes critérios avaliados. Observamos ainda que 69, 6% da amostra não apresentava qualquer doença associada; os demais indivíduos apresentaram-se com: 11, 3% de HAS, 1, 8% de DM e 7, 7% de dislipidemia. Quanto ao QSB aplicado nos 168 indivíduos, 5, 4% apresentou alto risco para SAOS com pontuação de 5 a 8, 46, 4% risco intermediário de 3 e 4 pontos e 48, 2% baixo risco com até 2 pontos. Pelos critérios do ATP-III, a SM foi caracterizada em 34% dos casos. Quando relacionamos risco para SAOS pelo QSB com risco para SM pelo ATP-III, observamos que 20, 23% da amostra apresentava risco simultaneamente para ambas as condições. Isto caracteriza uma associação fraca entre elas, com odds ratio de 5, 1321 (IC95% 2, 27-11, 60, p=0, 0001), porém estatisticamente significativa. **Conclusão:** Os PCB, que necessitam atenção e cognição em alto nível para desempenho de sua função de modo seguro. Observamos que mais da metade destes tem risco para SAOS por este método de triagem e merece estudo pela Polissonografia. Além disto, a presença de SM, pelo ATP-III, foi detectada em aproximadamente 1/3 dos pilotos testados. Desta forma, sugerimos que os PCB sejam sistematicamente avaliados em suas inspeções periódicas quanto a estes 2 fatores, pelo risco individual de cada doença e pelo efeito sinérgico que exercem entre si e que assim possamos prevenir doenças nos PCB e aumentar a segurança de voo.

**Palavras-chave:** Síndrome da apneia do sono; questionário; síndrome metabólica

**PO495 AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DOMICILIAR NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇAS NEUROMUSCULARES**  
LORINE UCHÔA INÁCIO\*<sup>1</sup>; MARCELO FOUAD RABAHI  
CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** Doenças neuromusculares (DNM) podem evoluir com insuficiência respiratória crônica devido à fraqueza e fadiga dos músculos respiratórios, com conseqüente ineficácia da tosse e hipoventilação alveolar. O suporte pressórico não invasivo pode aumentar a sobrevida dos pacientes, melhorar a qualidade de vida e diminuir a taxa de declínio da função pulmonar. **Objetivos:** Avaliar o perfil e as indicações de uso de ventilação não invasiva domiciliar em pacientes com DNM. Métodos Estudo retrospectivo onde foram avaliados os dados de pacientes atendidos no Programa de Ventilação Não Invasiva Domiciliar do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, hospital público vinculado SES-GO (Programa Acreditar), na cidade de Goiânia (GO), entre Abril de 2011 e Julho de 2016. Todos os pacientes foram atendidos seguindo o protocolo do programa e com coleta padronizada dos dados. Para essa análise foram incluídos: dados demográficos, a classificação das DNM, a presença de sinais e sintomas de hipoventilação alveolar e os resultados da espirometria, oximetria noturna e pico de fluxo da tosse. Resultados Foram incluídos 262 pacientes, 117 (45%) mulheres e 145 (55%) homens. Na faixa etária de até 12 anos: 23 (8. 8%), entre 12 e 18 anos: 28 (10. 7%) e acima de 18 anos: 211pacientes (80. 5%). Os diagnósticos das DNM foram: atrofia muscular espinhais (7. 6%), doenças do neurônio motor (51. 5%), miastenia gravis (2%), transtornos miotônicos (5. 3%), miopatias congênitas (3. 4%), miopatia mitocondrial (3%) e distrofias musculares, incluindo Duchenne, cinturas, fâscio-escápulo-umeral e Becker (24. 8%), neuropatia hereditária (0. 4%) e síndrome pós poliomielite (1. 9%). As principais características observadas para indicação de ventilação não invasiva domiciliar foram sinais e/ou sintomas de hipoventilação alveolar (77. 5%), sendo dispnéia aos esforços o sintoma predominante, e hipoxemia noturna (60. 3%). Em relação a capacidade vital forçada (CVF): em 63 pacientes (24%) estava abaixo de 40% do previsto, em 118 (45%) acima de 40% e em 81 (31%) os pacientes foram incapazes de realizarem a espirometria. Redução do pico de fluxo da tosse foi observada em 35. 5% dos pacientes analisados. Conclusão O Programa Acreditar disponibiliza o acesso através do SUS para o tratamento domiciliar de 262 pacientes com várias causas de DNM (51% com doença do neurônio motor), na grande maioria adultos e as principais indicações foram os sinais de hipoventilação alveolar e a hipoxemia noturna. Um grande número de pacientes (31%) não conseguiu realizar a medida de CVF, sinalizando para necessidade de outras formas de mensuração da avaliação funcional pulmonar na indicação de VNI em pacientes com DNM.

**Palavras-chave:** Neuromuscular; ventilação não invasiva; hipoventilação

#### **PO496 ACURÁCIA DO STOP-BANG NO RASTREIO DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO, NO LABSONO DO HUGG.**

**JÚLIO RODRIGUEZ\*<sup>1</sup>; DENISE DUPRAT NEVES<sup>2</sup>; MARIA HELENA DE ARAÚJO MELLO<sup>2</sup>**

**1. TDN - AFIP, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** A prevalência da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) numa revisão atual é estimada em 22% (homens) e 17% (mulheres). Esta síndrome que resulta no aumento da mortalidade dos pacientes, tem problemas no seu diagnóstico, pois o exame padrão ouro a Polissonografia (PSG) é pouco acessível à população. Um método capaz de selecionar melhor os candidatos ao exame se faz necessário. Métodos de rastreio vêm sendo pesquisados,

entre eles o STOP-Bang (SB) é sem dúvida o mais simples e rápido de ser respondido, por tratar-se de perguntas com respostas de sim ou não e duas medidas simples (Índice de Massa Corporal – IMC, e a circunferência do cervical - CC). **Objetivos:** Avaliar a capacidade de rastreio do SB, na predição da SAOS, na amostra pesquisada. **Métodos:** Estudo transversal, com análise histórica e consecutiva de todos dos 110 exames de PSG realizados pelo Setor de Sono da Otorrinolaringologia e da Cardiopulmonar (LabSono) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), no período de 17/10/2011 à 16/04/2015. Após descartar os pacientes cujos dados clínicos não foram encontrados, ficamos com uma casuística de 83 casos. As respostas e medidas pertinentes ao questionário foram colhidas nos prontuários dos mesmos após a realização dos exames. Classificamos a amostra às cegas, em relação aos resultados da PSG, depois comparamos a área abaixo da curva ROC (AUC) pela equação de DeLong para estabelecer a acurácia na identificação de IAH > 15/h, de valores discriminatórios pré-estabelecidos pelo Índice de Youden. **Resultados:** Somente 9 pacientes (11%) obtiveram menos que 3 respostas positivas ao questionário contra 74 (89%) que ficaram acima do valor. As características gerais foram: (S) roncos - 95% (T) SED - 69, 9% (O) Apneias presenciadas - 63, 9% (P) HAS - 39, 8% (B) IMC>35Kg/m<sup>2</sup> - 20, 5% (A) Idade > 50 anos - 54, 2% (N) CC>40cm - 45, 8% (G) Homens - 56, 6% O IAH médio da amostra foi de 23, 24/h. Já os 11% sem STOP-Bang > 3 tinham: S - 66, 66% T - 55, 55% O - 0% P - 22, 22% B - IMC médio 25, 28 Kg/m<sup>2</sup> A - Idade média 43 anos N - CC média 35, 44 cm G - 88, 88% eram mulheres O IAH médio foi de 6, 88/h Em nossa amostra a positividade para mais de 4 respostas obteve os melhores valores de Sensibilidade (S) 72, 97%, Especificidade (E) 67, 39%, com Razões de Verossimilhança Positiva 2, 24 e Negativa 0, 4. **Conclusão:** O SB mostrou-se um método com boa S e baixa E, mas um teste de rastreio a S se torna mais importante. Os pacientes que apresentaram score de SB < 3 positivas apresentam menores IMC, CC e eram na maioria mulheres.

**Palavras-chave:** Stop-bang; saos; polissonografia

#### **PO497 PREVALÊNCIA DE SAOS EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE ASMA NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DO HUGG**

**ANALUCIA ABREU MARANHÃO\*; SONIA REGINA DA SILVA CARVALHO; DENISE DUPRAT NEVES; MAIARA MOREIRA; RENATA MULLER COUTO; INAE CEOMPAGNONI; LIVIA MENEZES; MARIANA DONADEL**

**UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

Asma é uma doença crônica prevalente das vias aéreas e envolve complexas interações entre obstrução do fluxo aéreo, hiperresponsividade brônquica e inflamação subjacente. É descrita uma associação com os distúrbios respiratórios do sono (DRS) e ambas apresentam sintomas diurnos e noturnos semelhantes, além da obstrução das vias aéreas estar presente nas duas doenças. O exame de polissonografia, padrão ouro para DRS, nem sempre está disponível e a utilização de questionários se faz de extrema importância para rastreio da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). **Objetivo:** Calcular a prevalência de risco para SAOS e avaliar a correlação com a gravidade da asma. **Metodologia:** Foram estudadas as mulheres com diagnóstico de asma atendidas no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG). Pacientes atendidas de forma consecutiva, como acompanhamento ou inicialmente, foram convidadas para participar do estudo e assinaram o TCLE. Todos foram

examinados clinicamente, realizaram avaliação funcional respiratória e pico de fluxo e responderam a questionários para avaliar o sono. **Resultados:** Nas 51 mulheres avaliadas, a mediana de idade foi 63 (com mínimo de 23 e máxima de 84) anos. O IMC foi de 51 variando de 19,0 a 46,8 kg/m<sup>2</sup> e a circunferência do pescoço variou de 25 a 44 cm. Em relação à gravidade pelo GINA houve um predomínio de formas graves, sendo: 12 (23, 5%) leve, 2 moderada (29, 4%) e 3 graves (47, 10%). A sonolência foi relatada por 25 (49%). A prevalência de risco para SAOS foi de 70, 6% com o uso tanto do questionário de Berlim como pelo STOP-BANG, existindo uma associação entre as respostas (OR=22, p=0, 0001; IC95% 4, 6882-103, 2376). No entanto, as respostas não foram concordantes em 8 casos. Se consideramos um dos questionários mais a possibilidade de risco para SAOS é de 78, 4%. **Conclusões:** Na amostra encontramos uma ampla faixa etária com o predomínio de formas graves que podemos inferir serem de hospital universitário. Metade da amostra é sonolenta mas a queixa pode estar relacionada apenas ao diagnóstico de asma. Mas risco de SAOS é bastante elevado neste grupo - 78, 4%, apesar de ser um grupo composto só por mulheres.

**Palavras-chave:** Asma; sono; saos

#### **PO498 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E O IMPACTO SOBRE A FORMAÇÃO DE ACADÊMICOS DURANTE A GRADUAÇÃO NAS ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS**

**CAIO MARQUES FERNANDES\*<sup>1</sup>; HELEN MELO OLIVEIRA<sup>2</sup>; FELIPE DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>2</sup>; EDUARDO DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>3</sup>; FRANCISCO HÉLIO OLIVEIRA JÚNIOR<sup>4</sup>**

1. HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA, CE, BRASIL.

**Introdução:** O ato de dormir tem uma função biológica na consolidação da memória, normalização das funções endócrinas, termorregulação, conservação e restauração da energia e do metabolismo energético cerebral. A insônia está associada a hábitos e condições ambientais inadequados, sendo situações a serem investigadas em adolescentes e adultos jovens, sendo as causas mais comuns a restrição e sua fragmentação. A restrição do sono pode ser resultado da demanda de trabalho ou das exigências curriculares, responsabilidade familiar, uso de fármacos, fatores pessoais e estilo de vida. A fragmentação resulta em um sono de quantidade e qualidade inadequadas, sendo consequência de condições biológicas e/ou fatores ambientais que o interrompem. A privação do sono a que o acadêmico se submete pode levar à deterioração mental, psicológica e física, com diminuição da capacidade de raciocínio, de reter informações, de resolução de problemas e da interpretação de exames. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi estudar a qualidade do sono nos acadêmicos do curso de Medicina e o impacto sobre a qualidade da formação médica no Brasil **Metodologia:** Revisão bibliográfica de artigos originais publicados nos últimos 5 anos em revistas ou anais brasileiros, acerca de distúrbios do sono em acadêmicos, graduandos e residente na área da Medicina. O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) e Escala de Sonolência de Epworth (ESE) foram métodos mais utilizados para avaliação da qualidade do sono. **Resultados:** As demandas acadêmicas dos estudantes do curso de graduação em Medicina tendem a alterar a qualidade do sono. Média de horas dormidas por noite (6, 13 h) inferior à média da população adulta em geral (de 7 a 9 horas). Subjetivamente, os estudantes julgaram sua qualidade de

sono entre 22, 8 a 61, 8% dos estudantes como ruim. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes na qualidade do sono entre os gêneros, faixas etárias e entre os diferentes anos de graduação. Quando comparados com grupo dos residentes houve diferença estatisticamente significativa em relação aos estudantes do primeiro ano de graduação (21, 4% versus 6, 8%). 7, 4 a 8, 5% % dos estudantes indicaram o uso de medicamentos para dormir. 37, 5% a 51, 5% queixaram-se de sonolência moderada e/ou muita sonolência diurna. Evidenciou-se uma alta prevalência do uso de drogas com finalidades hipnóticas (8, 7%). Principais fatores que afetam a qualidade do sono dos estudantes de Medicina foram a presença de sonhos ruins ou pesadelos; condições climáticas, fragmentação do sono, preocupações, ansiedade, plantão, insônia, barulho e dores. **Conclusão:** Conclui-se que esse grupo dorme, em média, menor quantidade de horas, apresenta maior sonolência diurna e faz mais uso de drogas com finalidade hipnótica, quando comparado com a população adulta em geral. Recomenda-se a promoção de programas preventivos que orientem os alunos sobre a importância da regularidade e das medidas de higiene do sono.

**Palavras-chave:** Acadêmicos; medicina; qualidade do sono

#### **PO499 APNEIA DO SONO E ARRITMIA CARDÍACA: UM FENÓTIPO DIFERENTE?**

**LUCIANA VILELA GOMIDE\*<sup>1</sup>; MARCELO FOUAD RABAHÍ<sup>1</sup>; PATÍCIA STAMBOVSKY GUIMARÃES BORGES<sup>1</sup>; SÉRGIO GABRIEL RASSI<sup>1</sup>; MATHEUS RABAHÍ<sup>2</sup>; JULYANA GOMES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>**

1. FACULDADE DE MEDICINA - UFG, GOIANIA, GO, BRASIL; 2. PUC-GO, GOIANIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) traz consigo alterações inflamatórias, endoteliais e metabólicas que acentuam o risco de doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, arritmias cardíacas, coronariopatias, insuficiência cardíaca congestiva e cor pulmonale. Durante o período de apneia, ocorre bradicardia progressiva (com intensidade proporcional ao grau de hipoxemia), que reflete a alteração no tônus autonômico. Em seguida, ocorre taquicardia não sustentada, provavelmente pelo microdespertar e inibição do vago pelo reflexo de insuflação pulmonar. Segundo o Sleep Heart Health Study, a probabilidade de desenvolvimento de arritmias cardíacas complexas é de 2 a 4 vezes maior nos pacientes com distúrbios respiratórios graves durante o período do sono. **Objetivos:** Avaliar as características clínicas e dos distúrbios respiratórios do sono em pacientes portadores de arritmia cardíaca. **Métodos:** Foram selecionados pacientes portadores de arritmia cardíaca refratária ao tratamento e submetidos à polissonografia. As variáveis pesquisadas foram sociodemográficas (IMC, idade e gênero), avaliação de questionários (Escala de Sono de Epworth e STOP-BANG) e os resultados da polissonografia (IAH, microdespertares e tempo de saturação abaixo de 90%). Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do pacote SPSS 22. Para a apresentação e análise dos dados, inicialmente foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov utilizado para verificar a distribuição dos mesmos. Qui quadrado foi instrumento para verificar associações. Para comparar resultados encontrados em grupos diferentes dentro da mesma amostra foi utilizado o teste Anova para medidas repetidas. **Resultados:** Foram incluídos 35 pacientes, 19 (54, 3%) mulheres e 16 (45, 7%) homens. A média da idade foi de 64, 9 anos (31-91anos) e o valor médio do IMC foi de 29kg/m<sup>2</sup> (19-44kg/m<sup>2</sup>). A média da Escala de Sonolência de Epworth foi de 10, 28 (0-21), e o STOP-BANG evidenciou valor médio de 4, 59. Dentre os 35 pacientes 33(94, 28%) foram classificados com AOS,

sendo: 18 (54, 5%) AOS leve, 8(24, 2%) AOS moderada; e 7(21, 2%)AOS grave. A média dos microdespertares foi de 17, 1 eventos/min. O tempo médio de saturação de oxigênio abaixo de 90% foi de 82, 2 minutos. Não houve diferença significativa ao avaliar variáveis habitualmente associadas à severidade da apneia obstrutiva do sono como o sexo (p: 0, 55), a obesidade (p: 0, 52) e a idade (p: 0, 25). **Conclusões:** Este estudo sinaliza para a alta prevalência de AOS em pacientes com arritmia cardíaca refratária ao tratamento com a particularidade de demonstrar que não houve maior associação da gravidade nem com idade, peso ou sexo, dados que habitualmente estão relacionados à severidade da doença. Isso pode sinalizar para um fenótipo diferente em pacientes com AOS e arritmia cardíaca.

**Palavras-chave:** Apneia; arritmia; fenótipo

#### **PO500 AVALIAÇÃO DE FATORES PREDITORES DA SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA EM UMA AMOSTRA AMBULATORIAL**

**FABIOLA PAULA GALHARDO RIZZATTI\***; LUCAS RODRIGUES DE MELLO; ALTAY LINO DE SOUZA; SERGIO TUFIK; LIA RITA AZEREDO BITTENCOURT  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP), SAO PAULO, SP, BRASIL.

A sonolência diurna excessiva (SDE) é um problema clínico altamente prevalente na população geral e está associada com redução da qualidade de vida e aumento do risco ocupacional. Estudos transversais mostraram que a SDE associa-se a doenças cardiometabólicas, psiquiátricas, obesidade e distúrbios do sono, como a apneia obstrutiva do sono (AOS). Um dos instrumentos utilizados para avaliação da presença e gravidade da SDE é a Escala de Sonolência de Epworth (ESE). **Objetivo:** definir preditores para a SDE avaliada pela pontuação na ESE em uma grande amostra ambulatorial. **Métodos:** estudo retrospectivo, com avaliação de banco de dados. Foram coletados dados demográficos, pontuação na ESE e resultados polissonográficos de 9449 pacientes avaliados pelo Instituto do Sono (AFIP). Como preditores de SDE foram avaliados: o sexo masculino, o índice de massa corporal (IMC), o índice de apneia-hipopneia por hora de sono (IAH/h), a idade e o índice de dessaturação da oxihemoglobina (ODI). **Análise Estatística:** Os dados são expressos na forma de média e desvio padrão. Para avaliação da associação IAH/ESE foi realizado GLzMM com distribuição gama e a significância estatística foi corrigida para o tamanho da amostra (p sig< 5. 9e10-10). **Resultados:** 66, 5% eram homens e 33, 5% mulheres. Na amostra total, a média de idade foi de 45 (±13)anos, do IMC foi de 28, 44 (±5) Kg/m<sup>2</sup>, da pontuação na ESE foi de 10, 29 (±5), do ODI foi de 3, 3/h (±6, 37) e do IAH foi de 29 (±33)/h. Cerca de 7075 pacientes (74%) apresentaram IAH alterado (≥5/h) e a distribuição dos indivíduos de acordo com o IAH foi: 25% com IAH<5/h, 23% apresentaram 5 ≤ IAH≤ 14. 9/h; 18% apresentaram 15 ≤ IAH≤ 29. 9/h e 32% apresentaram IAH≥ 30/h. Todos os pacientes com IAH alterado (≥5/h), apresentaram pontuação na ESE >10, com média de 10. 6 (±5, 4), sendo estatisticamente superior (p<2e10-16) à pontuação dos indivíduos com IAH normal (média=9, 39, ±5. 4). Na comparação da SDE entre os indivíduos com diferentes gravidades do IAH, observou-se que pacientes com IAH<5/h apresentaram pontuação na ESE significativamente menor que pacientes com IAH≥5/h. Isoladamente, o IAH, o sexo masculino, o IMC e o ODI puderam prever a SDE avaliada pela ESE. A idade, isoladamente, não foi preditora da SDE avaliada pela ESE. Na análise foi ajustada para todas as variáveis (IAH, sexo masculino, índice de dessaturação, IMC e idade)

observou-se que o IAH deixou de ser um bom preditor da SDE avaliada pela ESE. O sexo masculino, o índice de dessaturação da oxihemoglobina e o IMC mantiveram-se como preditores da SDE avaliada pela ESE. **Conclusão:** Nosso estudo incluiu uma amostra ambulatorial de tamanho amplamente superior à de estudos anteriores. A SDE avaliada pela ESE foi capaz de diferenciar entre indivíduos normais ou com IAH≥5/h. Entre os indivíduos com IAH ≥5/h, a pontuação da ESE foi semelhante entre as diferentes gravidades de IAH. Fatores como sexo masculino, índice de dessaturação de oxigênio e IMC mostraram-se preditores da sonolência excessiva avaliada pelo Epworth. No entanto, o IAH, assim como a idade, não se mostraram preditores da sonolência excessiva avaliada pela ESE. Conclui-se que, diferentemente do esperado, a gravidade do IAH não se mostrou um bom parâmetro para prever a gravidade de sonolência diurna excessiva quando a análise é controlada para outras possíveis causas de sonolência excessiva, como o sexo masculino, o IMC, a dessaturação periférica da oxihemoglobina e a idade.

**Palavras-chave:** Escala de sonolência de epworth; sonolência diurna excessiva; preditores de sonolência diurna excessiva

#### **PO501 COMPARAÇÃO DA PRESSÃO TITULADA COM A PRESSÃO ESTIMADA PELA FÓRMULA DE HOFFSTEIN**

**ANAMÉLIA COSTA FARIA\***; FERNANDA OLIVEIRA CHIBANTE; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; VERÔNICA SOBRAL CÂMARA; WENDELL DIAS PEREIRA; LUCIANA RAMOS ANTUNES; ROSA MARIA FERNABEL MARQUES E SILVA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A pressão positiva contínua na via aérea (CPAP) ótima para tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é definida como a menor pressão capaz de eliminar apneias, hipopneias, roncos e fragmentação do sono. De acordo com a Academia Americana de Medicina do Sono (AASM), ela deve ser determinada em laboratório de sono através de polissonografia de noite inteira associada à titulação manual de CPAP (padrão-ouro). Esta prática, entretanto, requer técnicos experientes, limita a capacidade do laboratório por dispensar um leito de polissonografia para titulação de CPAP e ainda impõe maior desconforto aos pacientes reduzindo geralmente a eficiência do sono. Por estas razões, muitos laboratórios, como o da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), optam pela titulação automática. Alguns autores, como Hoffstein, propuseram uma fórmula de estimativa da pressão titulada visando eliminar a necessidade de mais uma noite no laboratório do sono. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi comparar pressão positiva contínua na via aérea titulada automaticamente (PT) com a pressão estimada pela fórmula de Hoffstein (PH). Métodos Foram incluídos no estudo pacientes provenientes do ambulatório de Distúrbios Respiratórios do Sono (DRS) da Pneumologia da Policlínica Piquet Carneiro - UERJ, com diagnóstico de SAOS pelos critérios atuais da AASM. A Titulação de CPAP foi executada de forma automática com o aparelho S9 AutoSet® (ResMed) e oximetria periférica. A PT foi comparada com a PH [(0, 16 x IMC) + (0, 13 x CP) + (0, 04 x IAH) - 5, 12] através do coeficiente de correlação de Pearson para a amostra inteira e para cada gênero. Para determinação do melhor preditor da pressão terapêutica também foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson entre a PT e os seguintes parâmetros: idade, índice de massa corporal (IMC), circunferência de pescoço (CPE), Classificação de Mallampati (CM), IAH, índice de dessaturação (IDO) e saturação da oxi-hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) mínima. Resultados Foram incluídos no estudo 87 pacientes

(53 homens), sendo a média de idade do grupo masculino de 53, 7 ± 14, 2 anos. Os valores médios do IMC, CP e IAH foram, respectivamente, 35, 1 ± 7, 1 Kg/m<sup>2</sup>, 42, 5 ± 3, 9 cm e 37, 3 ± 21, 9 eventos/hora. A média da PT foi 12, 2 ± 2, 6 cmH<sub>2</sub>O, enquanto a PH foi 7, 5 ± 2, 0 cmH<sub>2</sub>O. Apesar da subestimativa da PH, houve correlação significativa entre PT e PH (r = 0, 47; p < 0, 0001) na amostra total. Quando estudados por gênero, não houve correlação significativa entre PT e PH no sexo feminino, sendo a correlação mais forte no grupo masculino (r = 0, 56; p < 0, 0001). Houve correlação significativa da PT com o IMC (r = 0, 30; p = 0, 0002), CP (r = 0, 23; p = 0, 03), CM (r = 0, 31; p = 0, 0069), IAH (r = 0, 41; p = 0, 0001), IDO (r = 0, 55; p = 0, 0003) e SpO<sub>2</sub> mínima (r = -0, 52; p < 0, 0001). Conclusão A fórmula de Hoffstein não poderia substituir a titulação automática de CPAP nos portadores de SAOS da amostra estudada. Seria necessário avaliar a inclusão de outras variáveis na fórmula (como CM, IDO e SpO<sub>2</sub> mínima), a fim de aumentar a sua acurácia e evitar a definição de pressão terapêutica em nível inadequado para a correção dos eventos respiratórios.

**Palavras-chave:** Saos; cpap; titulação

#### PO502 PREDITORES DE SONOLÊNCIA DIURNA EM PACIENTES COM SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

**FERNANDA OLIVEIRA CHIBANTE\***; ANAMÉLIA COSTA FÁRIA; CLÁUDIA HENRIQUE COSTA; VERÔNICA SOBRAL CÂMARA; WENDELL DIAS PEREIRA; LUCIANA RAMOS ANTUNES; ROSA MARIA FERNAMBEL MARQUES E SILVA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) caracteriza-se por episódios recorrentes de obstrução parcial ou total da via aérea superior durante o sono. A redução ou ausência de fluxo aéreo geralmente resulta em dessaturação da oxi-hemoglobina e despertares noturnos com consequente sonolência diurna excessiva (SDE), entretanto este sintoma não está presente em todos os pacientes. **Objetivos:** Os objetivos deste estudo foram calcular a frequência de SDE entre os pacientes com SAOS e verificar quais fatores podem predizer a sua existência. Métodos Após exclusão de privação crônica de sono, foram incluídos no estudo 342 pacientes atendidos no ambulatório de Distúrbios Respiratórios do Sono (DRS) da Pneumologia da Policlínica Piquet Carneiro - UERJ que realizaram polissonografia do tipo 1 com o polígrafo Alice 5® (Philips) e do tipo 3 com o polígrafo Embletta Gold® (Embla). Foi utilizada a escala de sonolência de Epworth (ESE) para identificar a presença de (≥ 10 pontos). Através do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, foram comparados os valores encontrados na ESE com idade, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência de pescoço (CP), índice de apneia-hipopneia (IAH), índice de dessaturação da oxi-hemoglobina (IDO), saturação da oxihemoglobina (SpO<sub>2</sub>) mínima, percentual de tempo de sono com SpO<sub>2</sub> menos que 90%. No grupo de pacientes que realizou exames do tipo 1, avaliou-se também a correlação entre a ESE e o índice de despertar. Resultados Participaram do estudo 183 indivíduos do gênero masculino e 159 do gênero feminino. Os valores médios da ESE, idade, IMC, CP, IAH, IDO, SpO<sub>2</sub> mínima, percentual de tempo de sono com SpO<sub>2</sub> menos que 90% e índice de despertar foram, respectivamente, 12, 1 ± 6, 2 pontos, 54, 4 ± 14, 5 anos, 32, 5 ± 7, 9 kg/m<sup>2</sup>, 25, 1 ± 24, 9 eventos/hora, 20, 8 ± 21, 7 eventos/hora, 80, 5 ± 9, 4%, 9, 0 ± 20, 4% e 21, 4 ± 17, 7 despertares/hora. O diagnóstico de SAOS foi obtido de acordo com os critérios atuais da Academia Americana de Medicina do Sono (AASM). Na amostra estudada 71, 6% dos portadores

de SAOS apresentavam sonolência diurna excessiva (ESE ≥ 10 pontos). Houve correlação significativa da ESE com IMC (r = 0, 25; p < 0, 001), CP (r = 0, 30; p < 0, 0001), IAH (r = 0, 33; p < 0, 0001), IDO (r = 0, 24; p = 0, 01), SpO<sub>2</sub> mínima (r = -0, 26; p = 0, 0002) e percentual de tempo de sono com SpO<sub>2</sub> menos que 90% (r = 0, 29; p = 0, 0027). Não houve correlação significativa com a idade e com o índice de despertares. Conclusões A SDE não é um sintoma presente em todos os portadores de SAOS, entretanto o risco para a sua coexistência é maior naqueles com maior IMC, CP, IAH, IDO, maior tempo com SpO<sub>2</sub> < 90% e menor SpO<sub>2</sub> mínima. A idade e o índice de despertar não se correlacionam com SDE.

**Palavras-chave:** Saos; epworth; sonolência

#### PO503 SEVERIDADE DE SAHOS EM UM GRUPO DE IDOSOS

**ANDRÉS FELIPE VILLABONA RUEDA\***; JOSE FERNANDO ROJAS RODRIGUEZ<sup>1</sup>; CAROLINA MORALES REY<sup>2</sup>; JENNY PATRICIA NIÑO GALVIS<sup>2</sup>; TANIA MENDOZA HERRERA<sup>2</sup>; FABIO BOLIVAR GRIMALDOS<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLÔMBIA; 2. UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLÔMBIA.

**Introdução:** a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAHOS) resulta da obstrução da via aérea superior durante o sono pela inadequada tonicidade de músculos dilatadores da língua e se define clinicamente pela presença de sonolência diurna excessiva, ronco nasal e pausas respiratórias presenciadas, com categorias de severidade em função do índice apneia/Hipopneia (5-15 ev/h leve, 15-30 ev/h moderado e >30 ev/h severo). Em pacientes idosos, se associa com a variabilidade em hipoxemia, hipercapnia, redução da pressão intratorácica e ativação simpática/cortical, o qual induz-se a mecanismos intermediários (resistência a insulina, disfunção endotelial, estresse oxidativo, hipercoagulabilidade, disfunção ventricular e inflamação sistêmica) que potencialmente favorecem o desenvolvimento de enfermidades como hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, arritmias, ictus e inclusive morte súbita.

**Objetivo:** Caracterização de variáveis associadas a IAH>5 em um grupo de idosos diagnosticados por polissonografia.

**Métodos:** Estudo do corte transversal com amostragem na probabilística de casos consecutivos captados entre Novembro 2014-Outubro 2015. Critérios de inclusão: > 50 anos com alterações do sono. Exclusão: Transtornos do sono no SAHOS, atividade laboral com mudança de padrão sonovigília, diagnóstico prévio de SAHOS. Coletaram-se dados sociodemográficos, antecedentes gerais, antropometria e escalas de Epworth, Berlin e SB. Análise descritiva, capacidade discriminativa escalas para SAHOS moderado/severo utilizando o software STATA V. 14. **Resultados:** Análise com 111 indivíduos. Idade média 63, 08±/9. 03 anos(Categoria: 50-89 anos). Predominantemente homens(57, 6%). Classificação SAHOS: Leve 30, 6%(n: 34;IAH: 10, 40), Moderado 21, 6%(n: 24;IAH: 21, 67) Severo 47, 65%(n: 53;IAH: 40, 47). Prevalência de falha cardíaca 23, 4%, obesidade 51, 35%, HTA 62, 1% DM 27%, Depressão 28, 8% Tabagismo 40, 5%, Tabagismo passivo 36%, exposição de biomassa 41, 4%, Peso 83, 3 kg, IMC 18, 64, Per. pescoço 42 cm, Per. abdominal 106, 3 cm. Escalas: Epworth: AUC: 0, 6062 (S: 100%-E: 0%), Classif. Correta: 69, 37%. Berlin: AUC: 0, 6079 (S: 99%-E: 4%), Classif. Correta: 67, 79%. STOP BANG: AUC: 0, 6437 (S: 85%-E: 42%), Classif. Correta: 71, 14%. **Conclusão:** Em pacientes idosos com SAHOS se deve incluir na anamnese



perguntas básicas sobre risco cardiovascular, metabólico e neurocognitivo dada a coexistência destas complicações. O desafio para o futuro está em estimar a magnitude do risco e provavelmente em identificar os pacientes mais suscetíveis, sobre os que será necessário atuar com um tratamento específico.

**Palavras-chave:** Sono; idosos; polissonografia

#### **PO504 CARACTERIZAÇÃO FENOTÍPICA DE AMOSTRA AMBULATORIAL DE PACIENTES REFERENCIADOS A LABORATÓRIO DE SONO**

**FABIOLA PAULA GALHARDO RIZZATTI\***; LUCAS RODRIGUES DE MELLO; DIEGO ROBLES MAZZOTTI; SERGIO TUFIK; LIA RITA AZEREDO BITTENCOURT

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP), SAO PAULO, SP, BRASIL.

A Apneia do Sono (AS) é uma enfermidade prevalente e subdiagnosticada. O diagnóstico é suspeitado por dados clínicos e confirmado por achados objetivos de estudos de polissonografia ou poligrafia. Apesar do amplo reconhecimento do problema, pouco se publicou a respeito de prevalência e descrição de grande amostras ambulatoriais em serviços de referência para atendimento a pacientes portadores de distúrbios do sono. **Objetivos:** realizar análise descritiva de uma grande amostra ambulatorial de pacientes encaminhados ao Instituto do Sono (IS-AFIP) com suspeita clínica de diferentes distúrbios do sono para realização de polissonografia de noite inteira. O objetivo principal é descrever a amostra de pacientes com apneia do sono (AS). **Métodos:** Estudo retrospectivo com análise de banco de dados do Instituto do Sono (AFIP). Foram coletados dados demográficos, resultados de questionários e polissonográficos de pacientes atendidos no período compreendido entre 2007 e 2015 na referida instituição. **Resultados Parciais:** obtivemos dados relativos a 128. 119 pacientes em condições de serem analisados. Cerca de 61% da amostra ambulatorial era composta por pacientes do sexo masculino. A média de idade foi de 45 anos ( $\pm 13$ , 66), com 71% dos indivíduos com idade entre 30 e 60 anos. Apenas 13, 39% tinham menos que 30 anos, enquanto 15, 74% dos indivíduos encontravam-se acima dos 60 anos. Cerca de 15% apresentaram índice de apneia-hiponeia (IAH) por hora de sono dentro da normalidade. Em toda a amostra, a prevalência de indivíduos com IAH  $\geq 5/h$  foi de 85% (IAH entre 15-29, 9/h: 17% e IAH  $\geq 30/h$ : 56%). Conforme esperado, o IAH médio aumentou com a idade dos pacientes, sendo de 36/h ( $\pm 37$ ) entre os com menos de 30 anos e de 58/h ( $\pm 38$ ) entre os com 80 ou mais anos. Dentre os pacientes com IAH alterado (IAH  $\geq 5/h$ ), 20% apresentaram IAH entre 15-29, 9/h e 66% IAH  $\geq 30/h$ . Dentre os pacientes com IAH dentro da normalidade, a maioria (55, 84%) tinha 39 ou menos anos. Dos pacientes com IAH  $\geq 30/h$ , 32% eram mais jovens que 40 anos e 18% tinham 60 ou mais anos. Quanto ao índice de massa corporal (IMC), 74% apresentavam sobrepeso ou obesidade; dentre os quais, a maioria apresentava obesidade grau I (63%) e 24% obesidade grau III. Quanto à avaliação de sonolência diurna excessiva (SDE) pela escala de sonolência de Epworth (ESE), a média geral de pontuação na ESE foi de 10, 28 ( $\pm 5$ , 6). Considerando somente os indivíduos com IAH  $\geq 5/h$ , a média de pontos na ESE foi de 10, 40 ( $\pm 5$ , 57). Pacientes não sonolentos apresentaram média de IAH de 44, 36 ( $\pm 38$ , 36), enquanto pacientes sonolentos apresentaram IAH médio de 47, 18 ( $\pm 38$ , 18). Quanto às comorbidades, 33% apresentavam HAS, 8% Diabetes Mellitus e 8% doença cardiovascular. 74% dos pacientes eram roncoadores. **Conclusões:** nosso estudo analisou uma

grande amostra ambulatorial de pacientes previamente encaminhados para polissonografia por queixas de distúrbios do sono. Os resultados parciais demonstraram que a maioria dessa população era do sexo masculino, de meia idade, com sobrepeso ou obesidade, roncoador e com alteração do IAH na polissonografia. A grande maioria dos pacientes com alteração no IAH eram apneicos graves. Dentre as comorbidades, a mais prevalente nessa amostra foi a HAS. Mais dados estão sendo analisados para melhor caracterização dessa população e definição fenotípica dos pacientes que procuram atendimento especializado em medicina do sono. Essa definição ajudará a traçar de modo mais preciso o perfil fenotípico de apneicos e não apneicos e no melhor entendimento da doença.

**Palavras-chave:** Apneia do sono; amostra ambulatorial; caracterização fenotípica

#### **PO505 EFETIVIDADE DOS TRATAMENTOS: CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP) E APARELHO INTRA-ORAL (AIO) NOS PARÂMETROS METABÓLICOS DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS) DE GRAU LEVE: ESTUDO PARALELO, CONTROLADO E RANDOMIZADO**

**LUCIANA OLIVEIRA E SILVA\***; THAIS DE MOURA GUIMARAES; GABRIELA C. PONTES LUZ; GLAURY COELHO; ALINE MILLANI CARNEIRO; SERGIO TUFIK; LIA RITA AZEREDO BITTENCOURT; SONIA MARIA TOGEIRO

UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Estudos tem investigado o efeito do CPAP e AIO nos parâmetros metabólicos dos pacientes com SAOS moderada e grave. Porém, poucos estudos tem investigado a efetividade dos tratamentos nos desfechos cardiometabólicos de pacientes com SAOS leve. **Objetivo:** Avaliar a efetividade do CPAP e AIO nos parâmetros metabólicos de pacientes com SAOS leve após 12 meses de tratamento. **Métodos:** Estudo realizado em 33 indivíduos, de ambos os sexos, com índice de massa Corpórea (IMC)  $\leq 35\text{kg/m}^2$ , 30-60 anos de idade. Foram incluídos pacientes com SAOS leve- índice de apneia-hipopneia (IAH) entre 5 e 15 eventos/h, recrutados no Ambulatório de Distúrbios Respiratórios do Sono (AFIP). Após seleção dos voluntários, os mesmos foram randomizados para os grupos: CPAP, AIO e grupo controle e avaliados após 1 ano de tratamento por meio da polissonografia e avaliação metabólica. O grupo controle foi instruído sobre a importância das medidas comportamentais (higiene do sono, atividade física e dieta). Teste GLM para medidas repetidas,  $\alpha < 0.05$ . **Resultados:** A amostra foi composta por 12 indivíduos no grupo AIO, 11 indivíduos no grupo controle e 10 indivíduos no grupo CPAP. Os dados foram ajustados por sexo e IMC. Na análise polissonográfica, o grupo CPAP demonstrou melhora significativa com a redução dos índices de IAH, IDR, índice de dessaturação do REM e NREM; e aumento da saturação média e mínima comparado ao grupo controle ( $p < 0.05$ ). Na análise do perfil metabólico, houve efeito do tratamento CPAP sobre a melhora nos níveis de LDL (pré tratamento: 99. 18  $\pm$  33. 61, pós tratamento: 83. 18  $\pm$  29. 62 comparado ao grupo controle (pré tt: 100. 64  $\pm$  23. 08, pos tratamento: 107. 27  $\pm$  22. 01) ( $p < 0.05$ ); e não houve melhora com o tratamento no grupo AIO (pré tt: 114. 82  $\pm$  33. 06, pos tt: 123. 45  $\pm$  41. 13). **Conclusão:** O CPAP demonstrou ser o melhor tratamento para o perfil lipídico em pacientes com SAOS leve.

**Palavras-chave:** Apneia obstrutiva do sono; metabolismo; tratamento

#### **PO506 ESTUDO OBSERVACIONAL DA INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR NA QUALIDADE DO SONO**

## E PRESENÇA DE DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES ASSISTIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS – RESULTADOS PRELIMINARES.

**NEWTON SANTOS FARIA JUNIOR\***; KARINA NUNES ASSUNÇÃO; DAYSE APARECIDA GÁBOA LEAL; LUDMILLA FERNANDA SILVA; LUISA TEIXEIRA PASQUALOTTO; WALQUÍRIA DA MATA SANTOS; CÍNTIA APARECIDA SANTOS; INGRID JORDANA SILVA CAMILO  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, DIVINÓPOLIS, MG, BRASIL.

**Introdução:** Nos últimos anos tem-se ampliado o interesse e os estudos pelos distúrbios do sono. Pesquisas indicam prevalência significativa destes em pessoas adultas, considerado inclusive atualmente como um problema de saúde pública. O exercício físico além de ser uma intervenção não-farmacológica, é fundamental para o desenvolvimento da qualidade de vida, manutenção da saúde mental e socialização. A prática regular de exercícios físicos reduz o aparecimento de doenças, diminuindo a demanda sobre a saúde pública. **Objetivo:** Comparar a qualidade de sono e presença de distúrbios do sono em pacientes praticantes e não praticantes de exercício físico regular, assistidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS's) de Divinópolis. Método O estudo é do tipo observacional, transversal, realizado pelos alunos do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Divinópolis, com pacientes recrutados a partir das UBS's de Divinópolis/MG. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Minas Gerais, sob número de protocolo 1.475.521/2016. A amostra de 28 pacientes foi consecutiva e de conveniência, estratificada em dois grupos: praticantes (PEFR)(n=13) e não praticantes de exercício físico regular (NPEFR) (n=15). Foram incluídos no grupo PEFR aqueles pacientes que participam a no mínimo três meses de grupos de exercício físico nas UBS's, que o realizam três dias na semana, sendo dois dias supervisionados com duração de 60 minutos, divididos em 40 minutos de caminhada, 10 minutos de alongamento e 10 minutos de fortalecimento muscular, alternando entre membros superiores e inferiores; e no terceiro dia, realizam aquecimento, alongamento e caminhada de 40 minutos de forma não supervisionada. Todos estes pacientes foram avaliados quanto à qualidade do sono, presença de distúrbios do sono e insônia, abordados de acordo com os questionários Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e Teste de Severidade de Insônia. **Resultados:** A média de idade do grupo PEFR e NPEFR foi respectivamente 59, 3 ± 16, 3 anos e 53, 1 ± 13, 8 anos; 84, 6% vs 66, 7% dos pacientes eram do sexo feminino e a média de índice de massa corporal foi de 28, 1 ± 6, 5 kg/m<sup>2</sup> e 27, 3 ± 3, 7kg/m<sup>2</sup>. Cerca de 76, 9% dos pacientes do grupo PEFR fazem uso de psicoestimulantes (no caso café) e 86, 7% do grupo NPEFR. Através do PSQI, no grupo PEFR, 38, 5% dos pacientes apresentaram má qualidade de sono e 15, 4% distúrbios do sono. Já no grupo NPEFR, 66, 6% dos pacientes apresentaram má qualidade de sono e 26, 6% distúrbios do sono. A presença de insônia foi observada em 61, 5% dos pacientes do grupo PEFR e em 73, 3% do grupo NPEFR, sendo que 7, 7% dos pacientes do grupo PEFR já apresentaram acidente de trabalho e em 26, 6% no grupo NPEFR. **Conclusão:** Em nossos resultados preliminares, pacientes que não realizam atividade física regular apresentaram maior presença de distúrbios do sono, má qualidade de sono e maior presença de insônia.

**Palavras-chave:** Sono; exercício físico; distúrbios do sono

## PO507 IMPACTO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS EM PACIENTES COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS) DE GRAU LEVE NO PERFIL INFLAMATÓRIO E METABÓLICO LUCIANA OLIVEIRA E SILVA\*; THAIS DE MOURA GUIMARAES; LIA RITA AZEREDO BITTENCOURT; SERGIO TUFIK; SONIA MARIA TOGEOIRO

UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Em pacientes com SAOS a associação dos sintomas, principalmente a sonolência com os desfechos cardiovasculares tem sido descrito na literatura. No entanto, a relação de sintomas com alterações metabólicas nesses pacientes não foi ainda bem investigada na literatura. A SAOS leve é condição frequente, em que a relação da sintomatologia com os desfechos cardiometabólicos merecem ser melhor avaliados. **Objetivo:** Avaliar a interação entre sintomas ou queixas clínicas de sono e o perfil metabólico e inflamatório de indivíduos adultos com SAOS leve pertencentes ao estudo Epidemiológico do Sono de São Paulo (EPISONO). **Metodologia:** Estudo transversal, envolvendo os voluntários adultos recrutados no estudo epidemiológico do Sono realizado em São Paulo (EPISONO). Foram selecionados os indivíduos que realizaram a polissonografia, à partir do Índice de Apneia Hipopneia (IAH). O grupo controle (GC), n=644 indivíduos foi composto por indivíduos com IAH<5 eventos/h e o grupo SAOS (GS), n=223 indivíduos com IAH entre 5 e 15 eventos / h, independentes de sintomas. O diagnóstico da SAOS foi realizada por polissonografia de noite inteira. Os indivíduos foram entrevistados por meio de questionários para investigação de escores de depressão e ansiedade e caracterização do sono. O perfil metabólico e inflamatório (TNFα, IL-6, CRP, homocisteína) foram avaliados. **Resultados:** Dados descritivos da amostra: idade- GC: 37. 25±12. 30 versus GS: 48. 43 vs. 13. 70 anos; Índice de massa corpórea- GC: 25. 30±4. 48 versus GS: 28. 32 ±. 5. 23 Kg/m<sup>2</sup>, IAH: GC: 1. 37±1. 36 versus GS: 8. 84 ±2. 82 eventos/h, sexo masculino- GC: 38% vs. GS: 50. 7%; queixa de ronco- GC: 46% vs. GS: 28. 8% p <0. 001\*, queixa de sonolência- GC: 61% vs. GS: 63. 3%, p=0. 48. PCR: GS sintomático: 0. 65±1. 37 vs. GS não sintomático: 0. 47±0. 37, p <0. 001. Os resultados mostraram uma associação entre sintomas e o perfil inflamatório (aumento dos níveis de proteína C reativa) independentemente de sexo, uso de medicação para doenças cardiovasculares, idade, índice de massa corpórea e fatores socioeconômicos em pacientes com SAOS leve **Conclusões:** No estudo populacional na cidade de São Paulo, a presença de sintomas em indivíduos com SAOS leve esteve associado à inflamação mas não associou-se às anormalidades metabólicas.

**Palavras-chave:** Inflamação; metabolismo; saos leve

## PO508 DISTÚRBIOS DO SONO EM IDOSOS HIPERTENSOS ASSISTIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS/MG – ESTUDO OBSERVACIONAL LUISA TEIXEIRA PASQUALOTTO\*; WALQUÍRIA DA MATA SANTOS; INGRID JORDANA SILVA CAMILO; CÍNTIA APARECIDA SANTOS; MARCOS EUGÊNIO MATTOS ROCHA FARIA; NEWTON SANTOS FARIA JUNIOR

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, DIVINÓPOLIS, MG, BRASIL.

**Introdução:** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença com alta morbimortalidade em todo o mundo, mas com controle clínico bem-sucedido na maioria dos casos. Atualmente, sabe-se de sua correlação com distúrbios do sono, principalmente com apneia obstrutiva do sono. O padrão de sono é uma das mais frequentes queixas pelos idosos, decorrentes de mudanças fisiológicas especifi-

cas do processo de envelhecimento ou de doenças que podem causar distúrbios secundários ao sono. A experiência de um sono insatisfatório ou insuficiente tem reflexos no desempenho, comportamento e bem-estar, refletindo nas atividades de vida diária. Considerando-se o papel do sono na vida dos idosos e os efeitos prejudiciais de suas alterações, um nível de sono não adequado influi diretamente na qualidade de vida. **Objetivo:** Verificar a qualidade do sono prevalência e prevalência de distúrbios do sono em indivíduos idosos hipertensos assistidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) em Divinópolis. Método: Um estudo observacional transversal foi realizado com 17 idosos com diagnóstico clínico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), recrutados a partir de UBS's do município de Divinópolis-MG. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Minas Gerais, sob número de protocolo 1. 475. 521/2016. Todos estes idosos foram avaliados clinicamente e responderam ao Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), Escala de Sonolência de Epworth (ESE) e Questionário de Berlim, avaliando assim a qualidade do sono, presença de distúrbios do sono, de sonolência diurna excessiva (SDE) e de risco para apneia obstrutiva do sono (AOS). **Resultados:** A média de idade foi de 73, 1 ± 5, 4 anos; 82, 3% dos pacientes eram do sexo feminino e apresentavam um índice de massa corporal médio de 27, 3 ± 5, 9 kg/m<sup>2</sup>. Apenas um paciente não faz uso de psicoestimulante (café) diariamente. A mediana da ESE foi de 8 (2-21), sendo que 41, 2% dos pacientes apresentaram SDE. Cerca de 76, 5% dos idosos com HAS apresentaram alto risco para AOS. Quanto ao PSQI, a pontuação média foi de 6, 6 ± 2, 9. 64, 7% dos idosos com HAS apresentaram má qualidade de sono e 23, 1% com distúrbios de sono. **Conclusão:** Indivíduos idosos hipertensos apresentaram má qualidade de sono, distúrbios do sono e considerável presença de risco para AOS, além de SDE.

**Palavras-chave:** Sono; idosos; distúrbios do sono

## PNEUMOPEDIATRIA

**PO509 DRENAGEM DE TÓRAX NA CRIANÇA COM PNEUMONIA COMPLICADA COM DERRAME PLEURAL**  
**RODRIGO MATTOS DOS SANTOS\*<sup>1</sup>; FABIO ALMEIDA MORAIS**  
**UNESC - CRICIÚMA, ARARANGUA, SC, BRASIL.**

**Introdução:** As doenças do trato respiratório inferior, no Brasil, são a causa de 11% das mortes em pacientes com idade abaixo de um ano e 13% dos com idade entre 1 e 4 anos<sup>1</sup>. A incidência do derrame pleural parapneumônico nos pacientes pediátricos tem uma variabilidade muito ampla, dependendo de onde estudar os índices, indo de 14, 6% até 91%. A média é de 40% de em pacientes que necessitam ser internados por pneumonia. Pode complicar com empiema em 5 a 10% dos casos<sup>4</sup>. **Objetivo:** analisar a necessidade de colocação de dreno em crianças internadas por pneumonia e que complicaram com derrame pleural em um Hospital do Sul de Santa Catarina no período de março de 2012 a setembro de 2014. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Foram analisadas 708 crianças internadas por pneumonia e chegou-se ao total de 72 com complicação com derrame pleural (n=72) realizado assim um censo. Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS) versão 22. 0. A análise inferencial foi realizada com um nível de significância  $\alpha = 0, 05$  e confiança de 95%. A

comparação do tempo de dreno entre as diferentes faixas etárias foi investigada por meio da aplicação da análise de variâncias ANOVA de uma via. A comparação do tempo de dreno entre os tipos de derrame pleural à ultrassonografia de tórax foi realizada por meio da aplicação do teste U de Mann-Whitney. **Resultados:** A necessidade de colocação de dreno (n=32) correspondeu a 44, 4% dos pacientes com derrame pleural; já 40 (55, 6%), não houve necessidade para tal procedimento. O tempo de permanência do dreno foi em média 9, 94 dias, com um desvio padrão de 5, 91 dias, mediana de 7, 5 dias, com o mínimo de 3 dias e o máximo de 25 dias. O tempo de dreno entre os pacientes com derrame pleural do tipo loculado diagnosticado ao ultrassom de tórax (n=11) teve a mediana de 8 dias, com mínimo de 4 dias e máximo de 18 dias. Os pacientes com derrame pleural livre (n=21) e que colocaram dreno tiveram uma mediana de dias igual a sete, variando entre 3 e 25 dias (p=0. 952). Entre todos os derrames loculados diagnosticados ao ultrassom (n=13), foram drenados 11, o que corresponde a 84, 6%, já 2 derrames pleurais loculados não foram drenados. O tempo de dreno, em dias, nos pacientes até dois anos de idade (n=16) foi a mediana de 7, 5 dias, variando entre 3 e 25. Também em pacientes entre dois e seis anos (n=12), a mediana foi de 7, 5 dias, com mínimo de 4 dias com dreno e máximo de 15 dias. Já nas crianças maiores de seis anos (n=4), a mediana foi 9 dias, variando entre 5 e 12 dias. (p=0, 708). **Conclusão:** Nas crianças que necessitaram de drenagem, o tempo médio de dreno encontrado por Soares e colaboradores<sup>12</sup>, em um grupo de crianças internadas no ano de 2000, se assemelha ao nosso, onde as médias encontradas foram respectivamente 11, 2 dias e 9, 94 dias. Estudo multicêntrico<sup>10</sup> realizado em três hospitais no Estado do Rio Grande do Sul/Brasil apresentou um tempo mediano de dreno pós toracoscopia de 3 dias em pacientes que não necessitaram de reoperação pós dreno; já em nosso estudo obtivemos mediana de 7, 5 dias. Acreditamos que a visualização direta com o toracoscópio tenha diminuído consideravelmente este tempo de drenagem. Outro motivo seria o fato deles terem estudado apenas um tipo de derrame, o fibrinopurulento, diferente de nosso estudo, o qual obtivemos derrames em todas as fases, incluindo a de organização, o que possivelmente tenha aumentado nossa mediana de idade.

**Palavras-chave:** Derrame pleural parapneumônico; drenagem de tórax; criança

**PO510 ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO MOLECULAR TB (TRM-TB) PARA O DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE EM ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO ANO DE 2015**  
**RAFAELA BARONI AURILIO\*<sup>1</sup>; THANIA GAMA DE ANDRADE\*<sup>2</sup>;**  
**RENATA GOUGET FERREIRA SILVANO\*<sup>2</sup>; MARIA DE FATIMA POMBO MARCH\*<sup>3</sup>;**  
**ELISABETH SOARES\*<sup>4</sup>; CLEMAX COUTO SANT'ANNA\*<sup>2</sup>**  
**1. IPPMG/UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3. UFRJ/UFF, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4. SMS RJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** Registram-se cerca de 15. 000 casos de tuberculose (TB) por ano no Rio de Janeiro, estado com uma das maiores incidências do Brasil, em torno de 66, 8/100. 000 habitantes em 2015. Em 2014 foi implantado no Brasil o teste rápido molecular TB (TRM-TB) que permite detectar a presença do DNA do M. tuberculosis no espécime analisado, bem como testar a resistência do bacilo à rifampicina (RIF), num tempo médio de duas horas. **Objetivos:** Descrever a utilização do TRM-TB para o diagnóstico de TB em adolescentes de 10 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro no período de 01/01/2015

à 31/12/2015, em amostras de escarro e escarro induzido

**Métodos:** Estudo transversal, observacional e descritivo realizado através da coleta de dados da plataforma de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL).

**Resultados:** foram registrados na plataforma GAL 1518 exames do TRM-TB, em adolescentes, entretanto apenas 51% (776/1518) dos exames tiveram os seus resultados liberados, devido à contaminação ou insuficiência das amostras, tornando-as inadequadas para a realização do exame. O espécime mais prevalente foi o escarro - 770 amostras liberadas. Houve uma positividade de 17% desses (128/770); a média da idade foi de 16 anos com predomínio discreto do sexo masculino de 52% (67/128). Apenas 105/770 realizaram cultura; 64/105 realizaram o teste de sensibilidade. Das 128 amostras com TRM-TB detectável, 1/128 foi inconclusiva quanto à resistência e 3/128 foram resistentes à RIF. Destas, uma foi confirmada pela cultura e sensibilidade na qual foi constatada também resistência a isoniazida. A segunda, apesar de apresentar cultura positiva, não foi confirmada resistência pelo teste de sensibilidade (crescimento microbiano < 20 UFC). A terceira amostra apresentou cultura negativa. Após realização de cultura e teste de sensibilidade em 64 amostras com TRM-TB detectável e sensível à RIF, observou-se 17% (11/64) de resistência a outros fármacos: 9% (6/64) resistentes à estreptomicina, 5% (3/64) resistentes à isoniazida e 3% (2/64) resistentes a ambas as drogas. Em 3, 6% (1/28) dos testes imunocromatográficos realizados foi detectado micobactéria não tuberculosa. O tempo médio entre a coleta da amostra até o recebimento no laboratório para a realização do TRM-TB foi de aproximadamente 4 dias e o laboratório levou para liberação do exame a média de 8 dias. Já para a realização da cultura, o tempo médio de coleta e entrega ao laboratório foi de 33 dias e a média para a liberação do seu resultado foi de 83 dias e para o teste de sensibilidade o tempo médio foi de 33 dias e 83 dias, respectivamente.

**Discussão:** Devido ao grande número de pacientes com registro incompletos ou errôneos, muitos tiveram que ser excluídos do trabalho, gerando uma perda de aproximadamente 50% das amostras. Destaca-se que, apesar do TRM-TB ser um método rápido, houve demora no recebimento do material e liberação do resultado pelo laboratório, provavelmente pela logística do transporte ainda não estar muito estabelecida nas unidades, assim como a inclusão dos resultados na plataforma GAL. Ressalta-se a importância da realização da cultura simultaneamente ao TRM-TB, visando confirmação da resistência à RIF, além de ampliar essa análise para outros fármacos, norteados com isso a real necessidade de troca no tratamento medicamentoso.

**Palavras-chave:** Adolescente; tuberculose; teste rápido molecular

#### **PO511 QUAL O MÉTODO PARA O MONITORAMENTO DE CONTROLE DA ASMA EM CRIANÇAS: QUESTIONÁRIO (TESTE DE CONTROLE DA ASMA) OU ESPIROMETRIA?**

**FLÁVIA DOS SANTOS DIAS\*<sup>1</sup>; MONICA DE CÁSSIA FIRMIDA<sup>1</sup>; AGNALDO JOSÉ LOPES<sup>1</sup>; CLAUDIA HENRIQUE COSTA<sup>1</sup>; SOLANGE GONÇALVES DAVID<sup>2</sup>; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES<sup>1</sup>**

1. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. HMJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A asma é uma doença inflamatória crônica que apresenta momentos de exacerbação, com recuperação parcial ou completa, espontaneamente ou após o uso de medicamentos. Os questionários e a espirometria podem ser úteis para definir controle, mas qual será o instrumento mais sensível e específico para realizarmos o

plano terapêutico? **Objetivo:** Identificar crianças asmáticas controladas e não controladas através da aplicação de questionário (c-ACT) e de parâmetros espirométricos (VEF1 e VEF1/CVF) verificando sensibilidade e especificidade de cada método. Método Estudo transversal com crianças asmáticas de 7 a 11 anos, iniciado em março de 2016, em três hospitais da cidade do Rio de Janeiro, aprovado pelo CEP. Os participantes e responsáveis consentiram formalmente a realização do estudo. O diagnóstico de asma foi baseado pela história familiar de atopia e história de sibilos, tosse e dispnéia súbita com reversão espontânea ou após o uso de medicamentos. Os critérios de inclusão foram idade de 7 a 11 anos, diagnóstico de asma e história de atopia e os de exclusão foram diagnósticos diferenciais de sibilância, infecção respiratória no último mês, falta de compreensão do questionário ou espirometria fora das normas técnicas previstas. Definiu-se asma controlada se espirometria normal, ausência de limitação das atividades diárias e sintomas noturnos e diurnos menores que duas vezes por semana e asma não controlada a presença de sintomas diurnos e noturnos, uso de medicação de resgate mais que duas vezes por semana ou limitação das atividades diárias. A espirometria foi realizada no dia da consulta. O c-ACT, também considerado método para avaliação de controle da asma, foi aplicado pela equipe de enfermagem com treinamento prévio, sendo respondido pelas crianças. Foi considerado significância estatística se  $p < 0,05$  e a fidedignidade inter-métodos (c-ACT e variáveis espirométricas) foi avaliada pelo coeficiente de Kappa. Resultados De março a junho de 2016 foram selecionadas aleatoriamente 30 crianças asmáticas, sendo 02 delas excluídas, por não conseguirem realizar a espirometria. A idade média 9, 04 (+ 1, 84) anos, 18 do sexo masculino, o IMC foi classificado como baixo peso ( $n=15 - 53, 6\%$ ), eutrófico ( $n=10 - 35, 7\%$ ) e sobrepeso ( $n=3 - 10, 7\%$ ). Observou-se que considerando 80% o valor limite inferior para a normalidade na espirometria, haveria no VEF1 pré (%), VEF1/CVF pré, VEF1 pós (%), VEF1/CVF pós, respectivamente, 10, 3, 7 e 1 crianças classificadas como não-controladas. E no c-ACT, o valor de referência para não controlada < 19 pontos, 10 crianças seriam classificadas como não controladas. Contudo, as 10 crianças que apresentavam não-controle da asma pelo VEF1 (pré) e no c-ACT não eram as mesmas. Desse grupo de não controle, somente 3 crianças tinham alteração do VEF1 e no c-ACT. Assim, a sensibilidade do c-ACT ou do VEF1 (pré e %) para não controlado foi de 30, 0% e especificidade de 61, 1% ( $kappa = -0, 09$ ;  $p = 0, 63$ ). Se somasse o número de crianças asmáticas não controladas utilizando os dois critérios, c-ACT e VEF1 pré o número aumentaria de 35, 71% ( $n=10$ ) para 60, 78% ( $n=17$ ). Conclusão Tanto o c-ACT quanto o VEF1 pré percentual tiveram um grande número de crianças identificadas como asmáticas não controladas (35, 71%), analisados como único parâmetro de não controle. Porém, utilizando os dois critérios juntos, o número aumentaria de 35, 71% ( $n=10$ ) para 60, 78% ( $n=17$ ). Eles são exames complementares e devem ser aplicados conjuntamente para o adequado planejamento terapêutico.

**Palavras-chave:** Asma; controle; c-act

#### **PO512 DISPLASIA TANATOFÓRICA E SUA RELAÇÃO COM HIPOPLASIA PULMONAR**

**FERNANDA ALTMANN OLIVEIRA<sup>1</sup>; EDUARDO MORAIS EVERLING<sup>1</sup>; ALINE RAMOS GARCIA<sup>1</sup>; PATRÍCIA YURI NOGUCHI<sup>1</sup>; JULIANA MIOLA<sup>1</sup>; ROSANA CARDOSO MANIQUE ROSA<sup>1</sup>; GISELE CALAI<sup>1</sup>; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA<sup>1</sup>**  
UFCSA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** as displasias esqueléticas constituem um grupo heterogêneo de doenças caracterizadas por alterações dos ossos e/ou cartilagens, sendo que a displasia tanatofórica é considerada um tipo letal. Nosso objetivo foi descrever um caso de displasia tanatofórica, salientando a sua relação com a hipoplasia pulmonar. **Relato do caso:** APN, 17 anos, encontrava-se em sua segunda gestação. Em ecografia obstétrica, com 16 semanas de gravidez, evidenciaram-se membros menores do que o esperado. Em ultrassom obstétrico com 22 semanas, verificaram-se também corpos vertebrais achatados. A ecografia morfológica, com 25 semanas de gestação, revelou polidrâmnio, macrocefalia, fronte proeminente, ponte nasal baixa, estreitamento torácico e importante encurtamento de membros superiores e inferiores (micromelia). A ecocardiografia fetal foi normal. A ressonância magnética fetal demonstrou também alteração na morfologia dos lobos temporais do cérebro. O cariótipo fetal foi normal. A criança nasceu de parto cesáreo, com 38 semanas de gravidez, pesando 2750 gramas e com índices de Apgar de 4/6. Foi entubado ainda na sala de parto. O raio-X de corpo inteiro revelou achados como vértebras pequenas e achatadas com aparente aumento do espaço intervertebral, fíbula mais longa que a tíbia e fêmures arqueados e curtos, compatíveis com o diagnóstico de displasia tanatofórica do tipo 1. O paciente permaneceu por 48 horas em ventilação mecânica, vindo a óbito por parada cardiorrespiratória sem resposta à manobra de reanimação. **Conclusão:** a displasia tanatofórica é uma forma de nanismo autossômico dominante, usualmente letal. A ultrassonografia fetal é um método não invasivo capaz de diagnosticar inúmeras displasias ósseas, incluindo a tanatofórica. Contudo, muitas vezes, o diagnóstico é confirmado apenas após o nascimento, com a realização da radiografia, tal como ocorrido no presente caso. A disfunção respiratória verificada após o nascimento nestes indivíduos ocorre devido à perda de capacidade pulmonar, secundária à hipoplasia pulmonar. Esta, por sua vez, decorre do tórax pequeno e estreito, característico de pacientes com a displasia tanatofórica. Por isso, durante o período pré-natal, a evidência de tórax estreito é utilizada como um parâmetro prognóstico em casos de displasia óssea, pois sua redução se relaciona com o achado de hipoplasia pulmonar e, conseqüentemente, letalidade no período pós-natal secundária à disfunção respiratória grave.

**Palavras-chave:** Displasia tanatofórica; tórax estreito; hipoplasia pulmonar

#### **P0513 QUILOTÓRAX CONGÊNITO ASSOCIADO À SÍNDROME DE DOWN: ACHADOS PRÉ E PÓS-NATAIS**

**EDUARDO MORAIS EVERLING\***; **SAMIR ABOU GHAOUCHE DE MORAES\***; **LEONARDO PALUDO SULCZINSKI\***; **LUCAS FACCIO DELLA LATTA\***; **LIANA ANDRES\***; **ANDRÉ CAMPOS DA CUNHA\***; **PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN\***; **RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA\***  
1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HMIPV, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** o quilotorax congênito é definido como o acúmulo de linfa ou fluido quiloso na cavidade pleural. Na maior parte dos casos, ele é um achado isolado; contudo, ele também tem sido descrito associado a algumas malformações, infecções e anomalias cromossômicas. Nosso objetivo é descrever os achados de um raro caso de quilotorax congênito associado à síndrome de Down, cujo diagnóstico foi realizado ainda no período pré-natal. **Relato do caso:** a criança é o terceiro filho de uma mãe de 37 anos. A ecografia morfológica realizada com 25 semanas de gestação revelou a presença de crânio braquicéfalo e de dilatação dos ventrículos laterais do cérebro. O

exame realizado a seguir revelou também a presença de derrame pleural à esquerda com desvio do coração para a direita. Devido a estes achados, indicou-se a realização de cariotipagem fetal. Esta revelou uma constituição cromossômica fetal compatível com síndrome de Down (47, XY, +21). A criança nasceu de parto cesáreo, com 35 semanas, pesando 2.320 g, com escores de Apgar de 5 e 7 no primeiro e quinto minutos de vida. Ao nascimento, a criança necessitou de suporte ventilatório invasivo. A radiografia de tórax mostrou importante derrame pleural bilateral. No mesmo dia, o paciente foi submetido a uma toracocentese bilateral, com saída de líquido citrino. O líquido pleural apresentou características compatíveis com o diagnóstico de quilotorax. **Discussão:** a análise do líquido pleural obtido através de drenagem ou toracocentese é usualmente utilizada para confirmar o diagnóstico de quilotorax. O quilotorax congênito pode estar associado a anormalidades cromossômicas em cerca de 5% dos casos, sendo que são escassos os relatos de pacientes com síndrome de Down (a alteração cromossômica mais frequente é a síndrome de Turner). Nosso relato visa chamar a atenção para esta possível relação, especialmente em casos de pacientes com quilotorax congênito apresentando outras anormalidades associadas.

**Palavras-chave:** Quilotorax; síndrome de down; genética

#### **P0514 AGENESIA PULMONAR DIREITA ASSOCIADA À FENDA NASOPALATINA E LÁBIO LEPORINO EM RECÉM-NASCIDO DE GRAVIDEZ GEMELAR: RELATO DE CASO** **MILLENA VIEIRA BRANDÃO MOURA\***; **THALES PARDINI FAGUNDES\***; **HELI VIEIRA BRANDÃO\***

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL.

**Introdução:** A malformação foi primeiramente descrita em 1673, por De Pozze, a partir da necrópsia de uma mulher adulta. Segundo Schneider (1912) e Schwalbe, a agenesia pulmonar pode ser classificada em três grupos: agenesia (tipo I), em que há ausência completa dos pulmões e dos brônquios, bem como dos vasos sanguíneos que os irrigam; aplasia (tipo II), com a presença de um brônquio rudimentar, mas ausência completa de tecido pulmonar e hipoplasia (tipo III), em que há quantidades variadas de parênquima pulmonar, árvore brônquica e vasos associados. A agenesia pulmonar é uma condição muito rara, tendo aproximadamente 300 relatos de caso na literatura. Estima-se que a prevalência seja de 1 caso para cada 100.000 nascidos vivos, sendo o lado esquerdo e o sexo masculino mais comumente afetados. Essa condição é frequentemente relacionada a malformações cardíacas (defeito do septo atrial, defeito do septo ventricular, ducto arterioso patente, por exemplo), gastrointestinais (atresia esofágica e ânus imperfurado) e esqueléticas (malformações da face e dos membros, como fenda palatina, lábio leporino, fenda nasopalatina, microtia, micrognatia e sindactilia). Nesse trabalho, apresentamos relato de caso em recém-nascido, sem registros semelhantes na literatura médica de agenesia/aplasia pulmonar direita associada à fenda nasopalatina e lábio leporino em gravidez gemelar, nascido no Hospital Inácia Pinto dos Santos, em Feira de Santana - BA. **Relato de caso:** M. V. S. S., sexo feminino, nasceu PSNV, pré-termo, capurro de 31 semanas e 5 dias, 2º gemelar, com peso ao nascer de 0,948g, APGAR 6 no 1º e 8 no 5º. Sua mãe, 14 anos, G1P1A0, nega etilismo e tabagismo durante gestação e realizou três consultas de pré-natal. Nega uso de medicamentos além de sulfato ferroso durante a gestação. Os exames realizados no pré-natal foram hemograma e

VDRL (negativo); sorologia para TORCHS, HTLV, hepatite B e hepatite C não foi realizada. O ultrassom realizado durante a gestação não foi morfológico e não constava alterações. Após o nascimento, M. V. S. S apresentou-se hipoativa e cianótica, sendo feita ventilação positiva, intubada em sala de parto e internada na CTI neonatal. Ao exame físico, notou-se fenda nasopalatina unilateral direita e exame do aparelho cardiovascular sem alterações. A radiografia de tórax e tomografia computadorizada de tórax revelaram agenesia/aplasia pulmonar unilateral direita com desvio das estruturas mediastinais ipsilateralmente, com exceção da traqueia, desviada para esquerda, parênquima pulmonar vicariante e ocupando parte do hemitórax direito. A sua irmã gêmea, com agenesia/aplasia pulmonar esquerda, faleceu no pós-parto. **Conclusão:** O caso apresentado é atípico e inédito de agenesia/aplasia pulmonar, pois ocorreu em gestação gemelar e não há manifestações cardíacas detectadas no exame físico. Além disso, acometeu o sexo feminino e o lado direito, achados relativamente incomuns.

**Palavras-chave:** Malformação congênita; agenesia pulmonar; criança

### PO515 PNEUMONIA DE REPETIÇÃO? É PRECISO INVESTIGAR

**GILMAR ALVES ZONZIN<sup>1</sup>; GABRIELA GUIMARÃES PIMENTEL<sup>1</sup>; GUILHERME HENRIQUE NOVAES DE SOUZA<sup>1</sup>; OTAVIO CABRAL COELHO<sup>1</sup>; GUILHERME HENRIQUE PENTO DOS SANTOS<sup>1</sup>**  
*ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Síndrome de Swyer-James McLeod (SSJM) é caracterizada por pulmão hipertransparente unilateral com redução acentuada da vascularização e notável aprisionamento aéreo. Apesar de não ter causa definida, acontece na maioria dos casos após um ou mais episódios de infecção por adenovírus na infância ou adolescência, que levaria danos a estrutura bronquiolar. Repetidas infecções poderiam resultar em bronquiolite obliterante, levando a gradual alçaonamento aéreo, distensão das vias aéreas e, eventualmente, enfisema pan-acinar. **Relato de caso:** CLV, 4 anos e 8 meses, masculino, caucasiano, natural e residente em Volta Redonda. Criança nascida pré termo com necessidade de maturação pulmonar com corticoide. Nega alergias alimentar ou medicamentosa, e também cirurgias prévias. Mãe nega tabagismo e etilismo durante a gestação. Mãe e avô materno asmáticos. Se apresentou ao atendimento acompanhado da mãe que relatou longo histórico de quadros infecciosos recorrentes diagnosticados como sinusite e otite que se repetiam em cada 3 meses desde os 3 meses de vida. Há cerca de um ano apresentou episódio de febre alta (39°C), tosse produtiva segundo a mãe e sem dificuldades respiratórias. Realizada radiografia de tórax recebendo o diagnóstico de pneumonia, sendo tratado com antimicrobianos e sintomáticos. Relatada persistência dos eventos respiratórios que passaram a ser diagnosticados como pneumonias de repetição. Criança apresentou-se com ausculta pulmonar exibindo roncos discretos em base de pulmão direito. Na radiografia de tórax identificou-se faixa atelectásica a nível de lobo superior direito de características residuais. Solicitados exames laboratoriais sem anormalidades. Solicitados exames adicionais para imunodeficiência humoral e celular sem anormalidades. Tomografia Computadorizada (TC) dos seios da face e cavum normal. TC de tórax apresentava hiperinsuflação de pulmão direito com padrão de perfusão em mosaico associado, espessamento das paredes brônquicas compatível com bronquiectasias tubulares notadamente em lobo inferior direito; mediastino desviado para a direita com

redução de volume do pulmão direito; pulmão esquerdo com transparência normal. Padrão tomográfico apresentado foi compatível com o diagnóstico de Síndrome do Pulmão Hiperlucente ou SSJM. Por falta de cooperação devido à idade, o paciente não realizou espirometria. Atualmente, realiza tratamento com corticoide inalatório, beta-bloqueador de longa duração e corticoide tópic nasal associado a soro nasal tópico e fisioterapia respiratória. Vem evoluindo com estabilidade clínica e está há 8 meses sem receber curso de tratamento adicional. **Conclusão:** A SSJM, caracterizada pelo padrão imagiológico de hiperlucência do pulmão, não foi considerada em primeira instância como diagnóstico diferencial diante do padrão clínico de infecções recorrentes desse paciente. Em crianças, esse tipo de quadro não pode ser continuamente tratado sem se investigar a história clínica em busca de causas subjacentes do quadro, melhor definição e tratamento do mesmo. Nesse caso a alteração na imagem da radiografia de tórax e os quadros recorrentes de infecção respiratória levaram ao rótulo de criança portadora de pneumonias de repetição. A SSJM não possui um tratamento específico, porém, devido ao histórico familiar e clínico do paciente, iniciou-se tratamento para os elementos perceptíveis com boa resposta clínica.

**Palavras-chave:** Pulmão hiperlucente; pneumonia de repetição; síndrome de swyer james mc leod

### PO516 HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA EM UM FETO COM TRISSOMIA PARCIAL DO CROMOSSOMO 8 E MONOSSOMIA PARCIAL DO CROMOSSOMO 15

**EDUARDO MORAIS EVERLING<sup>1</sup>; FERNANDA ALTMANN OLIVEIRA<sup>1</sup>; REBECA NICOLE LUCERO PAZMINO<sup>1</sup>; TYANA MARA RIBAS D'ÁVILA RAYMUNDO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; ANDRÉ CAMPOS DA CUNHA<sup>1</sup>; JORGE ALBERTO BIANCHI TELLES<sup>2</sup>; PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN<sup>2</sup>; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA<sup>1</sup>**

*1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HMIPV, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

**Introdução:** A hérnia diafragmática é considerada uma malformação maior grave associada etiologicamente a inúmeras condições genéticas, como a síndrome de Fryns e de Pallister-Killian. Nosso objetivo foi relatar o diagnóstico de hérnia diafragmática através do ultrassom e da ressonância magnética (RM) em um feto portador de uma cromossomopatia secundária a uma translocação materna. **Relato de caso:** a gestante era uma mulher de 34 anos de idade que estava em sua segunda gravidez. Ela foi encaminhada com 28 semanas de gestação devido a um ultrassom fetal com evidência de ventriculomegalia e hérnia diafragmática à esquerda. O exame realizado na nossa instituição confirmou esses achados. A impressão era de que o estômago estava dentro da hérnia diafragmática. Além disso, parecia haver agenesia do corpo caloso. A RM fetal foi consistente com os achados ultrassonográficos e confirmou a presença de agenesia do corpo caloso. Além do estômago, o intestino também estava intratorácico. A ecocardiografia fetal mostrou apenas um coração desviado para a direita. O cariótipo fetal evidenciou a presença de uma anormalidade estrutural no que parecia ser um dos cromossomos 15. A criança nasceu com 37 semanas de gravidez, pesando 2675 gramas. Ela não apresentava qualquer anormalidade externa ou dismorfismo. Ela evoluiu com choque, hipoxemia e hipertensão pulmonar grave e foi a óbito com um dia de vida. A avaliação cariotípica da mãe mostrou que ela era portadora de uma translocação entre os cromossomos 8 e 15 [46, XX, t(8;15)(q11.2;q13)]. Este resultado permitiu-nos definir a alteração apresentada pela criança: trissomia parcial do cromossomo 8 e monossomia parcial do cromossomo 15 secundárias a uma translocação

de origem materna [46, XY, +der(8)t(8;15)(q11. 21;q13), -15 mat]. **Discussão:** Em nossa revisão da literatura não encontramos casos de hérnia diafragmática associados à alteração cromossômica observada na criança. A identificação da anormalidade cromossômica balanceada na mãe foi essencial para o correto aconselhamento genético da família.

**Palavras-chave:** Hérnia diafragmática; trissomia parcial do cromossomo 8; monossomia parcial do cromossomo 15

#### **P0517** QUILOTÓRAX CONGÊNITO SECUNDÁRIO A UM SEQUESTRO PULMONAR

**CATARINE BENTA LOPES DOS SANTOS\***; ERNANI BOHRER DA ROSA; FERNANDA ALTMANN OLIVEIRA; DANIELLE BERNARDI SILVEIRA; JAMILE DUTRA CORREIA; PAULO VITOR ZILIO; ROSANA CARDOSO MANIQUE ROSA; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA *UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

**Introdução:** o quilotórax congênito caracteriza-se pelo acúmulo de linfa na cavidade pleural, ainda no período pré-natal. Sua etiologia é heterogênea e pode estar associada à presença de algumas malformações. Nosso objetivo foi relatar um caso de quilotórax congênito secundário a um sequestro pulmonar. **Relato do caso:** a gestante apresentava 24 anos e possuía ecografia obstétrica realizada com 32 semanas de gravidez com evidência de feto com duas áreas de maior ecogenicidade no interior do tórax, que poderiam corresponder a um pulmão hipoplásico ou sequestro pulmonar. No exame com 33 semanas, notou-se também a presença de polidramnia e de derrame pleural em hemitórax esquerdo, com desvio da área cardíaca para a direita. A ecocardiografia fetal mostrou apenas o coração desviado para a direita. A criança nasceu de parto cesáreo pesando 2500 gramas e com escores de Apgar de 0/2. Nasceu em parada cardiorrespiratória, necessitando ser prontamente intubado e colocado em ventilação mecânica. Evidenciou-se derrame pleural bilateral, tendo sido colocados drenos no tórax direito e esquerdo. A criança recebeu surfactante e iniciou com antibióticos (ampicilina e gentamicina). Devido a um quadro de hipertensão pulmonar permanente, ele iniciou tratamento com óxido nítrico, e se colocou um segundo dreno à direita, para drenagem de um pneumotórax. A avaliação cardiológica, com realização de ecocardiografia, revelou uma função sistólica diminuída e dextroposição cardíaca. A criança apresentou a seguir novo derrame pleural à esquerda, tendo sido realizada toracocentese e passado novo dreno de tórax. A análise do líquido pleural foi compatível com o diagnóstico de quilotórax. A ecografia de tórax mostrou imagem compatível com massa intratorácica à esquerda, em íntima relação com o diafragma, hiperecogênica, multilobulada, medindo 4 cm x 2, 7 cm. A angiotomografia computadorizada de tórax mostrou que essa corresponderia a um sequestro pulmonar do tipo extralobar. A toracotomia exploradora confirmou este diagnóstico. **Conclusão:** o quilotórax congênito pode ocorrer isoladamente ou em associação com outras malformações e síndromes. Estas incluem tumores de pulmão, hérnia diafragmática, linfangiectasia pulmonar congênita, higroma cístico, síndromes cromossômicas e gênicas (como as síndromes de Turner e Noonan) e sequestro pulmonar, como visto no presente caso. Nosso relato salienta a importância da avaliação do tórax, através de exames de imagem, em casos de quilotórax congênito, no intuito de se excluir a possibilidade da presença de anormalidades associadas, como o sequestro pulmonar. Isto possui importantes implicações sobre o manejo e evolução dos pacientes.

**Palavras-chave:** Quilotórax congênito; sequestro pulmonar; pulmão hipoplásico

#### **P0518** AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PRICK TEST EM PACIENTES COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

**EMANOEL PEDRO FREITAS\***; TATIANA PATRICIA TEIXEIRA BEZERRA; LUANNA DO NASCIMENTO URQUIZA; FÁTIMA MARIA MACEDO DOS SANTOS; SAYRON MARTINS TOMAZ DE ARAÚJO *UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.*

**Introdução:** A alergia alimentar é uma reação adversa a um antígeno alimentar mediada por mecanismos imunológicos. A apresentação clínica dessa reação varia entre sintomas que podem surgir na pele, no sistema respiratório e no sistema gastrointestinal. Nesse trabalho descreveremos o resultado de testes alérgicos em pacientes pediátricos com queixas respiratórias, observando a reação a alérgenos alimentares mais frequentes. **Objetivos:** Descrever o resultado dos testes alérgicos de pacientes pediátricos que apresentam queixas respiratórias, observando a reação aos alérgenos alimentares mais frequentes. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional transversal retrospectivo, analisando os testes alérgicos cutâneos por escarificação, realizados em 31 pacientes pediátricos com queixas respiratórias. Os alérgenos utilizados foram leite, cacau, camarão, bactérias, fungos, epitélio de cão, epitélio de gato, poeira domiciliar e dermatophagoides. O teste consta de 82 extratos de alérgenos agrupados em alimentares, inalantes, fungos e bactérias e a classificação do grau de alergia baseia-se na característica da reação cutânea apresentada pelo paciente. A leitura foi realizada de acordo com o European Task Force on Atopic Dermatitis, onde uma cruz corresponde à presença de eritema e infiltração, duas cruzes eritema e poucas pápulas, três cruzes eritema com muitas e espalhadas pápulas, quatro cruzes eritema e vesículas, e cinco cruzes reação exagerada. **Resultados:** Foram analisados 31 testes alérgicos de pacientes com queixas respiratórias, asma e rinite, sendo 19 pacientes do sexo masculino e 13 do sexo feminino, na faixa etária de 4 a 18 anos, com média de idade de 12, 9 (DP= 4, 2). Na análise dos dados, observou-se que os alérgenos alimentares mais prevalentes foram o camarão, com 11 pacientes com quatro cruzes e um com cinco cruzes; sendo seguido pelo cacau, que mostrou um resultado de oito pacientes com quatro cruzes; e por último o leite, com quatro pacientes apresentando reação de quatro cruzes. **Conclusão:** Houve uma correlação significativa entre a reação positiva de alérgenos alimentares e a presença de queixas respiratórias. Nas alergias alimentares são mais comuns manifestações cutâneas e gastrointestinais, mas sintomas respiratórios também podem ser observados. Os testes cutâneos feitos baseados no contexto da história clínica, têm auxiliado no diagnóstico e na conscientização do paciente, tornando possível a adoção de medidas que diminuam o contato com alérgenos, reduzindo assim, as queixas respiratórias. Um diagnóstico correto é necessário, para que a dieta da criança não seja privada de alimentos essenciais e para que as medidas terapêuticas e profiláticas sejam definidas corretamente.

**Palavras-chave:** Alergia; testes alérgicos; pediatria

**P0519** ESPECTRO ÓCULO-AURÍCULO-VERTEBRAL: FREQUÊNCIA E TIPOS DE ANORMALIDADES DO TRATO RESPIRATÓRIO VERIFICADOS EM UMA AMOSTRA DE PACIENTES AVALIADA EM UM PERÍODO DE MAIS DE 30 ANOS **OLIVIA SORATO BEZERRA\***; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA; ERNANI BOHRER DA ROSA; EDUARDO MORAIS EVERLING; DANIELLE BERNARDI SILVEIRA; JAMILE DUTRA CORREIA; VINICIUS DE SOUZA; GÉSSICA HAUBERT

UFCSA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** o espectro óculo-aurículo-vertebral (EOAV) (síndrome de Goldenhar) é uma condição rara e heterogênea caracterizada por anormalidades dos primeiros arcos branquiais e um espectro clínico amplo e variável. **Objetivos:** verificar a frequência e tipos de anormalidades do trato respiratório em uma amostra de pacientes portadores de EOAV. **Métodos:** a amostra foi composta por 34 indivíduos, todos atendidos em um mesmo centro, no período de Janeiro de 1975 a Dezembro de 2007. Todos apresentavam avaliação cariotípica normal por bandas GTG e envolvimento clínico de pelo menos duas das seguintes regiões: oro-crânio-facial, ocular, auricular e vertebral. Realizou-se uma coleta dos seus dados clínicos, dando-se ênfase às anormalidades do trato respiratório. **Resultados:** Vinte e dois deles eram do sexo masculino e doze do feminino e suas idades variaram de 1 dia a 17 anos. Quanto aos critérios diagnósticos de EOAV, 18 pacientes apresentavam 2 deles, 14 possuíam 3 e 2 tinham 4. A maior parte dos pacientes veio encaminhada pela Pediatria (64, 7%). Outras especialidades frequentes foram a Cirurgia Plástica (n=4), a Neurologia (n=2), a Cirurgia Pediátrica (n=2) e a Cardiologia (n=2). Cinco pacientes (14, 7%) apresentavam pelo menos uma anormalidade do trato respiratório. As alterações observadas consistiram de atresia de esôfago com fistula traqueoesofágica (n=3), cisto broncogênico paramediastinal direito (n=1), laringotraqueomalácia (n=1) e laringomalácia (n=1). **Conclusão:** Como observado em nosso estudo, alterações do trato pulmonar são relativamente frequentes entre pacientes com EOAV. Contudo, as mesmas parecem ser pouco relatadas na literatura. A atresia esofágica com fistula é o achado mais descrito, o que é concordante com os resultados de nosso estudo. Em nossa revisão, não encontramos descrição de casos de EOAV apresentando cisto broncogênico.

**Palavras-chave:** Síndrome de goldenhar; pneumopediatria; espectro óculo-aurículo-vertebral

#### PO520 ALERTA AOS PEDIATRAS: INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE

MARIA DE FÁTIMA CAMPOS MARCIANO\*; DANIELA GALBIATI ABASTO; CAMILA CRISTINA LACERDA; LARISSA ESTELA FERREIRA JACÓ MENEZES; LUCIANA BOSSELDI COELHO MACIEL  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS,  
CAMPINAS, SP, BRASIL.

**Introdução:** tuberculose é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A infecção latente de tuberculose (ILT) é a capacidade do sistema imunológico do hospedeiro controlar, mas não eliminar, a infecção pelo *Micobacterium tuberculosis*. Crianças em contato com bacilífero devem ser submetidas à triagem para afastar tuberculose (TB) doença ou ILTB. Relatos de casos: Caso 1: F. B. L., masculino, 2 anos e 7 meses. Contato domiciliar por 8 dias com tio bacilífero, aos 3 meses. Assintomático após o diagnóstico do tio, família consultou pediatra para proceder investigação ou profilaxia. Orientada fazer puericultura de rotina. Dos 6 aos 14 meses apresentou quadros infecciosos de repetição, cujos diagnósticos foram sinusite, otite média aguda e pneumonia, usou antibiótico 6 vezes neste período. Encaminhado ao ambulatório de tisiologia com tosse há 8 meses, febre baixa diária, sudorese profusa, emagrecimento, palidez, adinamia e peso estagnado. Murmúrio vesicular rude bilateral, estertores subcrepitantes em campos médios. PPD zero. Iniciou tratamento para TB pulmonar baseado no escore de pontuação proposto pelo ministério da saúde: clínica 15 pts; radiologia 15 pts; contato com adulto bacilífero 10 pts; PPD 0 pts; desnutrição 5 pts, totalizando 45 pontos: "diagnóstico

muito provável". Caso 2: V. S. D., masculino, 4 anos e 7 meses. Contato domiciliar por 60 dias com tia bacilífera aos 2 anos e 2 meses. Imediatamente, os pais procuraram o pediatra cuja indicação foi de ser dispensável a profilaxia. Aos 4 anos e 3 meses iniciou tosse, inapetência, febre baixa diária, perda de peso e adinamia. Durante 4 meses visitou pronto atendimentos e aventou-se a hipótese diagnóstica de pneumonia ou sinusite, demandando antibióticos mesmo com a reiteração dos pais do contato com adulto bacilífero. Quando encaminhado ao nosso serviço, o escore de 40 pontos indicou instituição do tratamento. Caso 3: P. H. M. P., masculino, 1 ano e 3 meses. Contato domiciliar por 1 dia com tia bacilífera aos 11 meses. Após o diagnóstico, a criança foi convocada pela busca ativa. Na ocasião estava assintomática, ganho ponderal adequado e exame de imagem normal. Porém, segundo normativa do Ministério da Saúde vigente, havia indicação de profilaxia com Isoniazida por 6 meses. Apesar da orientação do pediatra, a família optou por não realizar o tratamento. Após 3 meses iniciou tosse, febre diária, inapetência e melhora parcial ao uso de antibióticos. Com 1 ano e 11 meses, deu entrada na emergência de nosso serviço com insuficiência respiratória aguda, tomografia de tórax com atelectasia bilateral em lobo médio direito e língua e cavitação em lobo médio direito. Escore de 40 pontos indicou instituição de tratamento. O sucesso terapêutico ao final de 6 meses de tratamento foi alcançado pelos três pacientes. **Conclusão:** ilustra-se que a situação de ILTB, quando o tratamento profilático não é instituído, pode evoluir para tuberculose doença. Uma situação latente, passível de prevenção, pode evoluir para comprometimento físico e funcional do órgão acometido. Reforça-se que a TB seja aventada como diagnóstico diferencial de doenças respiratórias recorrentes na infância e o contato com bacilífero valorizado pelos pediatras.

**Palavras-chave:** Infecção latente; tuberculose; infantil

#### PO521 ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO, FUNCIONAL E INFLAMATÓRIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ASMA GRAVE CONTROLADA E DE DIFÍCIL CONTROLE (ADC)

KARINA PIERANTOZZI VERGANI\*<sup>1</sup>; MIRIAM CARDOSO NEVES ELLER<sup>2</sup>; BEATRIZ MANGUEIRA SARAIVA-ROMANHOLO<sup>3</sup>; MARCOS JIRO OZAKI<sup>4</sup>; JOAQUIM CARLOS RODRIGUES<sup>4</sup>

1. INSTITUTO DA CRIANÇA - HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. INSTITUTO DA CRIANÇA - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. FMUSP-UNICID, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4. INSTITUTO DA CRIANÇA-HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A asma é uma doença heterogênea cujas manifestações são o resultado de uma interação extremamente complexa entre os fatores ambientais e genéticos. Cerca de 5-10% dos pacientes asmáticos não alcançam o controle da doença apesar da terapia profilática adequada e tem elevadas taxas de morbidade e mortalidade.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi descrever e comparar as características fenotípicas e os endotipos de crianças e adolescentes com asma grave controlada e de difícil controle (ADC) por meio de parâmetros clínicos, funcionais e de marcadores inflamatórios. **Métodos:** Este foi um estudo prospectivo de coorte com crianças e adolescentes de 6 a 18 anos com asma grave em tratamento por no mínimo 6 meses segundo critérios do GINA. As características clínicas, funcionais e inflamatórias foram obtidas através dos dados demográficos, questionário de qualidade de vida (pAQLQ) e de controle da asma (ACT), investigação de comorbidades incluindo nasofibrolaringoscopia e Ph impedanciometria, espirometria, pletismografia, FeNO, análise do escarro induzido e determinação das citocinas. No final do período de seguimento de 3 meses os pacientes foram classificados



como asma grave controlada e de difícil controle (ADC) pelos critérios da ATS. **Resultados:** Foram avaliados 40 pacientes com asma grave (idade de 12, 8 ± 2, 87 média/ano). Treze (32%) tinham ADC após 3 meses seguimento. Não houve diferença estatisticamente significativa comparando-se os grupos de pacientes controlados e de difícil controle (ADC) quanto ao gênero, IMC, atopia, IgE sérico, FeNO, parâmetros funcionais e comorbidades como sinusopatias e doença do refluxo gastroesofágico. O pAQLQ foi menor no grupo não controlado (p <0, 05). Houve predominância do padrão de escarro eosinofílico nos dois grupos, porém o padrão eosinofílico ocorreu em 80% nos pacientes controlados contra 50% no grupo com ADC (p <0, 05). Os pacientes com ADC tinham maior percentual de neutrófilos no escarro em comparação ao grupo controlado (46, 7 % versus 26, 7%; p <0, 05). Houve diferenças significativas entre os grupos controlado e ADC quanto aos níveis de IL10, INF Gama, GM-CSF e TNF alfa no escarro. Estas duas últimas citocinas tiveram correlação inversamente proporcional com o ACT. **Conclusões:** Os parâmetros clínicos e funcionais não diferenciaram crianças e adolescentes com asma grave controlada e de difícil controle (ADC). Embora o padrão inflamatório predominante do escarro fosse eosinofílico, os neutrófilos parecem desempenhar um papel no difícil controle da asma grave em crianças e adolescentes. No presente estudo as citocinas GM-CSF e TNF alfa foram correlacionadas com o difícil controle da asma.

**Palavras-chave:** Asma grave de difícil controle; fenótipo inflamatório; citocinas

#### **PO522 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO: RELATO DE CASOS PEDIÁTRICOS**

**LUDMILA PEREIRA BARBOSA DOS SANTOS\***; **NATHALIA DE PAULA NAVI**; **LUIZ FERNANDO VASCONCELOS SILVEIRA**; **BÁRBARA NEFFA LAPA E SILVA**; **CAROLINA RANGEL DE PAULA MÜLLER DE AZEVEDO**; **DANIELLE PUBLINS BULKOOOL**; **TERESA CRISTINA CASTRO RAMOS SARMET DOS SANTOS**; **SELMA MARIA DE AZEVEDO SIAS**  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, NITEROI, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Pneumomediastino espontâneo (PME) ou síndrome de Hamman se caracteriza pela presença de ar livre no mediastino, sem causa traumática precipitante, sendo rara e geralmente benigna. Pode acometer crianças e adultos jovens. As principais manifestações clínicas são dispneia, tosse e dor torácica, mas pode ser assintomática em alguns casos. Ocasionalmente cursa com enfisema subcutâneo e raramente surge o sinal de Hamman (estertoração crepitante concomitante com o ciclo cardíaco na região anterior do tórax). O objetivo é relatar as características clínicas, abordagem e evolução de uma série de pacientes pediátricos com PME. **Relato de casos:** 1º: ML, masculino, 4 anos, portador de asma controlada há 1 ano. Internado na emergência com crise asmática, evoluindo com dessaturação, necessitando UTI. Medicado com β2 endovenoso, macrolídeo, oxigenioterapia e BiPAP nasal. Após 5 dias, mantinha dessaturação apesar da melhora da sibilância, surgindo dor torácica e enfisema subcutâneo no pescoço e parede tóracoabdominal. Rx de tórax constatou enfisema subcutâneo e TCAR mostrou PME. Suspendo BiPAP. Conduta expectante com melhora gradativa e alta hospitalar em 7 dias. 2º: MR, masculino, 3 anos. Foi atendido na emergência com tosse e chiado no peito há 2 dias, melhorando após nebulizações com fenoterol e hidrocortisona. Na madrugada apresentou intensa crise de tosse seca e vômitos e relato do pai de edema no pescoço e sensação de bolhas no tórax. Retornou à emergência, sendo internado na UTI. TCAR

de tórax, evidenciou enfisema subcutâneo e PME. 3º: MMM, masculino, 6 anos, internado devido à pneumonia e derrame pleural. História progressiva de sibilância desde 2 meses com tratamento das crises apenas em emergência. Apresentou dor torácica e a radiografia de tórax com PME, sem enfisema subcutâneo. Mantido antibiótico, oxigênio, hidrocortisona e broncodilatador inalatório, havendo melhora gradativa com alta hospitalar após 5 dias. 4º: JGS, masculino, 7 anos, apresenta asma controlada há 2 anos. Internado na emergência com crise aguda, evoluindo com dor torácica, dispnéia e dessaturação. Medicado com broncodilatador, metilprednisolona e oxigenioterapia, com melhora gradativa dos sintomas. História progressiva de sibilância desde 8 meses de vida. Radiografia de tórax demonstrou PME, sem enfisema subcutâneo. Evolução satisfatória com conduta expectante. **Conclusão:** O fator desencadeante mais comum no PME é a crise aguda de asma, seguido por doenças pulmonares obstrutivas crônicas, exercícios físicos, cetoacidose diabética, vômitos e condições que aumentam a pressão intratorácica (manobra de Valsalva, CPAP, BiPAP). O diagnóstico requer alto índice de suspeição e avaliação clínica rigorosa. Todos os casos relatados eram do sexo masculino e tiveram a asma como fator desencadeante, além do BiPAP utilizado em 1 criança. Em 2 casos houve suspeita clínica do PME e nos 4 a radiografia de tórax era sugestiva, confirmados pela TC em 2. A evolução é geralmente benigna e a recidiva rara. O tratamento foi conservador com oxigenioterapia, repouso, monitorização e tratamento da asma não havendo complicação ou recidiva até o momento. Ressalta-se que o diagnóstico de PME deve ser considerado nos casos de crises agudas de asma especialmente associadas à dor torácica e dessaturação, com ou sem enfisema subcutâneo, independentes do tratamento específico da crise.

**Palavras-chave:** Pneumomediastino; enfisema subcutâneo; criança

#### **PO523 BRONQUIOLITE OBLITERANTE: INFECÇÃO POR MYCOPLASMA E SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON**

**NATHALIA DE PAULA NAVI\***; **LUDMILA PEREIRA BARBOSA DOS SANTOS**; **LUIZ FERNANDO VASCONCELOS SILVEIRA**; **BÁRBARA NEFFA LAPA E SILVA**; **CAROLINA RANGEL DE PAULA MÜLLER DE AZEVEDO**; **TERESA CRISTINA CASTRO RAMOS SARMET DOS SANTOS**; **SELMA MARIA DE AZEVEDO SIAS**  
*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, NITEROI, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A Bronquiolite Obliterante (BO) é uma forma grave e rara de doença pulmonar obstrutiva crônica. Na criança a causa mais comum é pós infecção viral. Mais raramente pode estar relacionada à transplante, doença do tecido conjuntivo, inalação de toxinas, pneumonia por hipersensibilidade crônica, drogas, pneumonia por micoplasma e síndrome de Stevens-Johnson. Atualmente considera-se o diagnóstico clínico baseado na persistência de tosse, sibilos, taquipnéia, dispnéia, intolerância ao exercício físico 4 a 6 semanas após um episódio agudo de infecção viral ou bacteriana. Alterações tomográficas como vidro fosco, padrão em mosaico e sinais de aprisionamento aéreo sugerem BO. O objetivo é relatar 2 casos de Pneumonia por Micoplasma que evoluíram com BO, incluindo a Síndrome de Stevens-Johnson em 1 desses. 1º caso: Menino de 3 anos internado com febre e tosse há 7 dias. Bom estado geral, estertores em base esquerda e sibilos. Radiografia de tórax mostrou consolidação na base esquerda e pequeno derrame pleural. Tratado com penicilina cristalina sem melhora sendo substituído por cefuroxima e claritromicina. Crioaglutininas=1: 128, IgM positiva para

*Mycoplasma pneumoniae*. Evoluiu com episódios repetidos de infecções respiratórias e sibilância, mantendo estertores em base esquerda. TCAR de tórax mostrou redução do volume pulmonar, espessamento das paredes brônquicas e padrão em vidro fosco no pulmão esquerdo e áreas de aprisionamento aéreo à direita. Aos 6 anos ainda mantém tratamento com corticosteroide associado a broncodilatador inalatório e fisioterapia respiratória. Evoluiu com redução dos episódios recorrentes de infecções respiratórias com melhora clínica. 2º caso: Menina de 5 anos apresentando febre baixa e tosse há 10 dias sendo medicada na UPA, após radiografia de tórax, com amoxicilina e ácido clavulônico sem melhora. TCAR de tórax mostrou árvore em brotamento e adenopatia mediastinal sugerindo tuberculose pulmonar. Evoluiu com hiperemia conjuntival bilateral, lesões aftosas em cavidade oral, hiperemiadas, algumas esbranquiçadas com aspecto ulcerado e edema de lábios sugestivas de mucosite, lesões cutâneas em alvo, centro crostoso e halo hiperemiado, sem lesões vesiculares difusas pelo corpo, sugestivas de Steven Johnson. Ausculta pulmonar com estertores no hemitorax direito e sibilos difusos. IgM positiva para *Mycoplasma pneumoniae*. Controle tomográfico após 6 meses de evolução mostrou padrão em mosaico e espessamento brônquico bilateral. **Conclusão:** Pneumonia por *Mycoplasma* deve ser reconhecida como possível etiologia de pneumonia comunitária quando não responde ao tratamento com betalactâmicos. Os 2 casos descritos apresentaram quadro respiratório sugestivo de infecção atípica com febre baixa, tosse persistente e dissociação clínico-radiológica (alteração radiológica discordante do bom estado geral). A evolução foi sugestiva de BO visto que mantiveram sintomas respiratórios após o tratamento da pneumonia além das alterações tomográficas. Deve-se considerar complicação com BO nos casos de pneumonia por *Mycoplasma* ou síndrome de Stevens-Johnson quando os sintomas respiratórios permanecem por mais de 4 semanas. A TCAR de tórax contribui para o diagnóstico, dispensando a biópsia pulmonar.

**Palavras-chave:** Bronquiolite obliterante; pneumonia por micoplasma; síndrome de stevens-johnson

## DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

### PO524 PULMÃO DE CRACK EM PACIENTE OXIGENIODEPENDENTE

SOLANGE DE MORAIS MONTANHA\*<sup>1</sup>; DELMA PERPETUA OLIVEIRA DE SOUZA<sup>1</sup>; CAMILA MARTINES MELLO<sup>2</sup>; JOACY DE CAMPOS JUNIOR<sup>2</sup>

1. INSTITUTO DE SAUDE COLETIVA/UFMT, CUIABA, MT, BRASIL; 2. HUJM/UFMT, CUIABA, MT, BRASIL.

**Introdução:** No Brasil, embora as estatísticas sejam bastante falhas, vem sendo observado um importante e progressivo aumento no número de usuários de cocaína, sendo a principal forma utilizada a de cocaína fumada (crack). A inalação de crack pode induzir uma variedade de alterações pulmonares agudas, incluindo hemorragia alveolar, edema pulmonar agudo e infiltrações pulmonares de diversas naturezas. Os sintomas mais comumente observados são dor torácica, dispnéia, tosse produtiva, febre e hemoptise. Neste trabalho, os autores descrevem um caso de DPOC grave por uso de crack associado a tabaco. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 45 anos, procurou ambulatório de pneumologia com queixa de emagrecimento de 20 kg em cinco meses e dispnéia progressiva até o repouso. Tabagista de 30 maços/ano, alcoolismo há 20 anos e uso de crack há cinco anos. Ao exame físico, o paciente estava

em regular estado geral, sendo observada a presença de queimaduras nas pontas dos dedos, pressão arterial 140 x 80 mmHg, frequência respiratória 28 irrm, frequência cardíaca de 86 bpm, estatura: 1,76 cm, peso de 54,15 Kg, SaO<sub>2</sub>: 88%, aumento do diâmetro anteroposterior do tórax e taquidispnéico. A ausculta pulmonar, o murmúrio vesicular estava audível universalmente diminuído com sibilos expiratórios difusos. O eletrocardiograma era normal. Os exames laboratoriais mostravam: hemograma e plaquetas normais; pesquisa de anticorpos para HIV I e II negativa; pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes e fungos no escarro negativa, Hemograma com leucocitose, neutrofilia, dosagem de alfa-1 antitripsina normal, A radiografia de tórax mostrava hiperinflação pulmonar, sem sinais de derrame pleural. O paciente foi internado, sendo então solicitada Tomografia computadorizada de alta resolução, que evidenciou acentuado enfisema contracenar e paraseptal difuso em ambos os pulmões, associado a volumosas bolhas que predominam nos lobos superiores, as maiores chegando a medir cerca de 12 cm de diâmetro. Não havia escavações parenquimatosas, nem comprometimento pleural ou mediastinal. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado com queda da capacidade vital associada. CVF pós BD: 24% VEF1 pós BD: 17% VEF1/CVF: 56%. Iniciado tratamento para DPOC, dependência química (crack, tabaco, álcool), acompanhamento nutricional e psicoterapia. Recebeu alta após 10 dias de internação e permanece em acompanhamento ambulatorial tem três anos e cinco meses. Sem recaída até o momento. Espirometria atual com distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado com queda da capacidade vital associada. CVF pós BD: 47% VEF1 pós BD: 23% VEF1/CVF: 41%. **Discussão:** Relatamos caso de um paciente que evoluiu aos 45 anos de idade com DPOC oxigeniodespendente devido associação do tabagismo com crack. Sendo este um desafio aos profissionais de saúde pelas doenças associadas às drogas lícitas e ilícitas.

**Palavras-chave:** Cocaína crack/efeitos adversos; transtornos relacionados ao uso de cocaína; pulmão/efeitos de drogas.

### PO525 A PERCEÇÃO DOS CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) EM USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP) GIOVANNA HASS BUENO\*; IRMA GODOY; ILDA DE GODOY FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

**Introdução:** A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) proporciona benefícios, mas também apresenta barreiras físicas, emocionais e psicossociais para os usuários, estas levam os familiares a atuarem como cuidadores no auxílio dos afazeres diário. As atividades do cuidador são ininterruptas, exigem grandes responsabilidades e levam a eventos estressores importantes, exigindo um redimensionamento e readaptação de sua vida. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos cuidadores sobre o cuidado com um paciente em uso da ODP. **Método:** Estudo qualitativo. Foram entrevistados 14 cuidadores, de usuários de ODP e com DPOC, acompanhados pelo Ambulatório de Oxigenoterapia do Hospital das Clínicas de Botucatu. Foi utilizada entrevista semi-estruturada, com as seguintes questões norteadoras: "O que significa para você cuidar de uma pessoa que depende do uso da ODP?", "O que mudou em sua vida depois que você começou a cuidar desse usuário?", "O que mudou na vida das pessoas que convivem com você depois que começou a cuidar?" e "você tem atividade de lazer?". As entrevistas foram

avaliadas pela "Análise do Conteúdo de Bardin". Foi aplicada também a escala Caregiver Burden scale (CB scale), para medir o impacto subjetivo das doenças crônicas na vida dos cuidadores. **Resultados:** Os cuidadores tinham idade média de 63 +11 anos, sendo 11 do sexo feminino e todos alfabetizados. O tempo médio de cuidado diário prestado foi de 19 + 8, 2 horas, e a média em anos dedicados ao cuidado foi 2, 7 + 2, apenas 1 cuidador tinha o trabalho remunerado, e 2 tiveram seu estado de saúde piorado depois que passaram a ser cuidador. A categoria mais sobrecarregada da CB scale foi o ambiente, seguido da decepção, tensão geral, envolvimento emocional, e por último isolamento. Das falas surgiram quatro categorias: Percepção positiva com relação ao cuidado: melhora do estado geral e da capacidade funcional do usuário, facilidades no manuseio do equipamento e importância do aspecto emocional do cuidador. Percepção negativa com relação ao cuidado: envolvimento emocional, capacidade funcional do cuidador, mudança na vida cotidiana, funcionalidade do concentrador O2 e acessórios, aspecto econômico, aspectos da personalidade do usuário. Percepção de alterações emocionais, sociais e cotidianas como resultado do cuidado: isolamento social, envolvimento emocional, autonomia, aspectos da personalidade do cuidador, alteração na vida cotidiana, sexualidade, autoestima, atividades de lazer. Percepção de alterações na relação familiar do cuidador: aspecto da personalidade, estrutura familiar. **Conclusão:** Este estudo revelam as causas da sobrecarga desses cuidadores, os fatores que influenciam na sua qualidade de vida e que podem afetar no comprometimento da assistência prestada a esses pacientes. Levando, assim, a um planejamento de ações integrais de saúde que possam minimizar os efeitos negativos resultantes da sobrecarga de trabalho vivenciada pelos cuidadores e melhorar a aderência dos pacientes ao tratamento.

**Palavras-chave:** Cuidadores; doença pulmonar obstrutiva crônica; oxigenoterapia domiciliar prolongada

**PO526 A VISÃO DOS PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SOBRE O USO DA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**  
**GIOVANNA HASS BUENO\***; IRMA GODOY; SUZANA ERICO TANNI; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO; ILDA DE GODOY  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP,  
BOTUCATU, SP, BRASIL.

**Introdução:** A oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) é a terapia não farmacológica mais efetiva para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e que apresentam hipoxemia grave. Estudos relatam benefícios, tanto na dispneia, como diminuição nas internações e visitas ao pronto socorro, porém esta intervenção causa dependência física e emocional, ocasionando desconforto aos usuários. **Objetivo:** Conhecer a visão dos pacientes com diagnóstico de DPOC sobre o uso da ODP. **Método:** Trata-se de estudo de caráter qualitativo. Foram entrevistados 14 pacientes atendidos no Ambulatório de Oxigenoterapia do Hospital das Clínicas de Botucatu, da Faculdade de Medicina de Botucatu com diagnóstico de DPOC durante o segundo semestre de 2015. Foi utilizada entrevista semi-estruturada, com as seguintes questões norteadoras: "O que significa para você usar o Oxigênio?", "O que mudou em sua vida depois que você começou a usar a ODP?", "O que mudou na vida das pessoas que convivem com você em sua casa depois de começar a usar ODP?" e "você tem atividade de lazer?". As entrevistas foram avaliadas pela "Análise do Conteúdo de Bardin", técnica que consiste em depurar descrições de conteúdo muito aproximadas, subjetivas, e

tem a finalidade de pôr em evidência, com objetividade, a natureza e forças relativas dos estímulos a que o sujeito é submetido. **Resultados:** Os pacientes tinham idade média de 73 + 10, 4 anos, sendo 6 do sexo feminino, 1 analfabeto e 13 com escolaridade inferior ao ensino médio. Todos ex tabagistas, fumava em média 25 + 15, 9 cigarros ao dia. O tempo médio de uso de O2 foi 3, 5 ± 2, 0 anos, a média diária de horas de uso foi 18, 8 ± 4, 6. Das falas surgiram quatro categorias: Percepção positiva da terapia: melhora nos sintomas, da qualidade de vida e do aspecto emocional. Percepção negativa da terapia: isolamento social, dificuldade no envolvimento emocional, piora no autocuidado, funcionalidade do concentrador O2 e acessórios e aspectos econômicos. Percepção das alterações emocionais, sociais, da vida cotidiana e econômicas na vida do usuário: processo de adaptação com dificuldades de aceitação, mudança na autoestima e da personalidade e mudança das atividades de lazer. Percepção de alterações na relação familiar do usuário: isolamento social do cuidador, envolvimento emocional dos familiares e comprometimento do cuidador. **Conclusão:** Diante desse estudo, são nítidas as mudanças no cotidiano e do comportamento dos usuários e de seus familiares. Frente a isso, é fundamental que a equipe esteja preparada para fornecer educação adequada a eles, para otimizar a utilização e o cuidado, diminuindo medo e barreiras com o tratamento.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica; percepção; oxigenoterapia domiciliar prolongada

**PO527 AVALIAÇÃO DO POTENCIAL TERAPÊUTICO DE CÉLULAS-TRONCO MESENQUIMAIS (MSC) E DO MEIO CONDICIONADO (MC-MSC) EM MODELO EXPERIMENTAL DE ENFISEMA PULMONAR**

**DULCE DE SANTANA NETA\***; SIMONE GARCIA MACAMBIRA<sup>2</sup>; ALBERTO BARBOSA NETO<sup>2</sup>; MURILO FAGUNDES<sup>2</sup>; ADRIANO ALCANTARA<sup>2</sup>; MILENA BOTELHO SOARES<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA / CENTRO DE PESQUISAS GONÇALO MONIZ, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. CENTRO DE PESQUISAS GONÇALO MONIZ, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** Pertencente ao grupo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, o enfisema é caracterizado pela destruição da matriz extracelular alveolar, levando ao alargamento dos espaços aéreos distais e uma redução na área de troca alvéolo-capilar, o que compromete a qualidade de vida do paciente. O enfisema pulmonar é refratário ao tratamento farmacológico, sendo o transplante de pulmão a única opção terapêutica definitiva para pacientes com insuficiência respiratória decorrente de enfisema. **Objetivos:** Avaliar o potencial terapêutico de células mesenquimais (MSC) e do meio condicionado (MC) da cultura destas células na recuperação pulmonar funcional e estrutural dos camundongos enfisematosos por análise da capacidade de exercício físico e da medida linear intersepto (Lm), utilizando um modelo previamente estabelecido de enfisema induzido por elastase. **Métodos:** Quarenta camundongos fêmeas C57BL/6 foram exercitados em esteira ergométrica até a exaustão, com incremento de 6cm/s na velocidade a cada 5 minutos e inclinação de 10 graus, avaliando a distância percorrida. Foi induzido o enfisema por administração de 100 ul de solução de elastase, via intratraqueal em 30 animais e após 28 dias os animais foram reavaliados. Os animais foram divididos em quatro grupos (n=10/grupo): não-manipulados (A) e enfisematosos: tratados com solução salina (B), tratados com MC-MSC (250 ul) (C) e tratados com MSC (5 x 10<sup>5</sup> células; 02 administrações

em dias consecutivos na veia da cauda) (D). Oito semanas após o tratamento, foram reavaliados. A presença de células fluorescentes no pulmão foi avaliada em microscópio com sistema de epifluorescência e grid para aumento da resolução utilizando filtros apropriados. As imagens foram capturadas utilizando-se uma câmera digital. Foram coletados dados de distância percorrida e medida linear intersepto (Lm). Os resultados foram analisados no sistema ANOVA, seguido pelo pós-teste de Tukey, considerando  $p < 0,05$  estatisticamente significativo. **Resultados:** Antes da indução do enfisema, os camundongos foram capazes de percorrer  $395,9 \pm 15,82$  m na esteira. Vinte oito dias após a administração intratraqueal de elastase, os camundongos percorreram uma distância significativamente menor ( $252,4 \pm 13,33$  m;  $p < 0,001$ ). O tratamento com MSC recuperou de forma significativa a capacidade física dos camundongos enfisematosos ( $318,2 \pm 26,96$  m;  $p < 0,001$ ), bem como com MC ( $344,45 \pm 21,88$  m;  $p < 0,01$ ). O que não foi observado no grupo enfisematoso tratado com salina ( $263,5 \pm 26,58$  m). Em relação à Lm, no grupo controle foi mensurado  $27,96 \pm 0,54$  mm, no grupo enfisematoso tratado com salina observou-se um aumento significativo dos espaços aéreos ( $46,80 \pm 0,70$  mm;  $p < 0,0001$ ). Após o tratamento, a Lm foi reduzida significativamente ( $38,70 \pm 0,44$  mm;  $p < 0,0001$ ) nos animais que receberam MSC, observando-se o mesmo no grupo tratado com MC ( $33,75 \pm 0,44$  mm;  $p < 0,0001$ ). A imunofluorescência revelou a presença de células mesenquimais no tecido pulmonar. **Conclusão:** O tratamento com MSC ou com MC compensou as alterações funcionais e estruturais do enfisema induzido por elastase, revertendo o alargamento da estrutura alveolar e promovendo a recuperação da capacidade realizar exercício físico. Este estudo aponta os efeitos benéficos destas terapias sobre o enfisema pulmonar experimental.

**Palavras-chave:** Enfisema pulmonar; células mesenquimais; meio condicionado

#### **PO528 AVALIAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO GOLD COMO PREDITOR DE MORTALIDADE EM PACIENTES COM DPOC NO PERÍODO DE NOVE ANOS**

**ROBSON APARECIDO PRUDENTE<sup>1</sup>; CAROLINA BONFANTI MESQUITA<sup>2</sup>; DUELENE LUDIMILA NOGUEIRA<sup>3</sup>; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO<sup>4</sup>; BRUNA EVELYN BUENO DE MORAIS<sup>5</sup>; STEPHANIA SILVA MARGOTTO<sup>6</sup>; IRMA GODOY<sup>7</sup>; SUZANA ERICO TANNI<sup>8</sup>**  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP,  
BOTUCATU, SP, BRASIL.

**Introdução:** A DPOC é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, foi a terceira principal causa de morte nos Estados Unidos no ano de 2011 e, até o ano de 2030, estima-se que será a terceira causa de morte em âmbito mundial. Diversas pesquisas têm apresentado a associação de seus marcadores prognósticos com o aumento do risco de morte, contudo, poucos estudos avaliaram se a classificação GOLD pode ser preditor de mortalidade. **Objetivos:** Avaliar se as classificações GOLD 2011 se associam com o risco de morte em pacientes com DPOC durante o período de nove anos. **Métodos:** Foram acompanhados 133 pacientes com DPOC (55% do sexo masculino, média de idade de 69,  $8 \pm 8$ , 7 anos e VEF1:  $60 \pm 25\%$ ) que, no momento basal, foram avaliados por meio da espirometria, oximetria de pulso (SpO<sub>2</sub>), composição corporal (antropometria), intensidade de dispneia (Modified Medical Research Council – MMRC), distância percorrida em seis minutos (DP6) e Índice de Comorbidade de Charlson (ICC). Análise de Regressão de Cox foi utilizada para identificar a associação com a mortalidade, tendo sido ajustada para o sexo masculino, idade (anos), SpO<sub>2</sub>,

DP6 Índice de Massa Corporal (IMC)  $\leq 21\text{Kg/m}^2$ , MMRC, ICC e frequência de exacerbações nos três primeiros anos de seguimento. **Resultados:** Após nove anos foram identificadas 64 mortes e 23 perdas de seguimento e, dessa forma, foram incluídos para a análise 110 indivíduos. Comparados aos pacientes GOLD A, aqueles GOLD B [Hazard Ratio (HR), 0.89; Intervalo de confiança de 95% (95%IC), 0.27-2.96;  $p=0.86$ ], GOLD C (HR, 1.83; 95%IC, 0.78-4.30;  $p=0.16$ ) e GOLD D (HR: 1.63; 95%IC, 0.46-5.76;  $p=0.44$ ) não apresentaram maior risco de morte. **Conclusão:** As classificações GOLD 2011 não se associaram ao risco de morte nessa população no período de nove anos.

**Palavras-chave:** Dpoc; gold; mortalidade

#### **PO529 AVALIAÇÃO DOS PREDITORES DE MORTALIDADE EM PACIENTES COM DPOC NO PERÍODO DE NOVE ANOS**

**ROBSON APARECIDO PRUDENTE<sup>1</sup>; CAROLINA BONFANTI MESQUITA<sup>2</sup>; DUELENE LUDIMILA NOGUEIRA<sup>3</sup>; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO<sup>4</sup>; MICHELE MAEHASHI<sup>5</sup>; TALITA JACON CEZARE<sup>6</sup>; IRMA GODOY<sup>7</sup>; SUZANA ERICO TANNI<sup>8</sup>**  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP,  
BOTUCATU, SP, BRASIL.

**Introdução:** A DPOC é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, foi a terceira principal causa de morte nos Estados Unidos no ano de 2011 e, até o ano de 2030, estima-se que será a terceira causa de morte em âmbito mundial. **Objetivos:** Avaliar os preditores de mortalidade de pacientes com DPOC no período de nove anos. **Métodos:** Foram acompanhados 133 pacientes com DPOC (55% do sexo masculino, média de idade de 69,  $8 \pm 8$ , 7 anos e VEF1:  $60 \pm 25\%$ ) que, no momento basal, foram avaliados por meio da espirometria, oximetria de pulso, composição corporal (antropometria), intensidade de dispneia (Modified Medical Research Council – MMRC), distância percorrida em seis minutos (DP6) e Índice de Comorbidade de Charlson (ICC). Os preditores de mortalidade foram avaliados por meio da Análise de Regressão de Cox. **Resultados:** Após nove anos foram identificadas 64 mortes e 23 perdas de seguimento e, dessa forma, foram incluídos para a análise 110 indivíduos. No modelo foram considerados o sexo masculino, idade (anos), SpO<sub>2</sub>, Índice BODE e frequência de exacerbações nos três primeiros anos de seguimento. Os pacientes classificados no momento basal com BODE classe 2 [Hazard Ratio (HR), 2.62; Intervalo de confiança de 95% (95%IC), 1.36-5.05;  $p=0.004$ ], BODE classe 3 (HR, 2.54; 95%IC, 1.15-5.61;  $p=0.02$ ) e BODE classe 4 (HR, 15.35; 95%IC, 3.11-75.75;  $p=0.001$ ) apresentaram maior risco de morte quando comparados àqueles com BODE classe 1. O ICC (HR, 1.29; 95%IC, 1.00-1.68;  $p=0.04$ ) e o número de exacerbações nos três primeiros anos (HR, 1.32; 95%IC, 1.00-1.76;  $p=0.04$ ) também apresentaram maior risco de morte. Ao substituir o Índice BODE pelas variáveis que o constitui, o IMC  $\leq 21\text{kg/m}^2$  apresentou maior risco de morte em comparação àqueles com IMC  $> 21\text{kg/m}^2$  (HR, 2.70; 95%IC, 1.38-5.25;  $p=0.003$ ). **Conclusão:** Ao serem avaliados os preditores de mortalidade em pacientes com DPOC no período de nove anos identificamos que aqueles com alto Índice BODE, maior ICC, maior frequência de exacerbações nos três primeiros anos e IMC  $\leq 21\text{kg/m}^2$  apresentaram maior risco de morte.

**Palavras-chave:** Dpoc; mortalidade; 9 anos

#### **PO530 A GRAVIDADE DA DOENÇA INTERFERE NA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE SENTAR E LEVANTAR EM INDIVÍDUOS COM DPOC?**

**MAÍRA JUNKES CUNHA\***; **ROSEMERI MAURICI DA SILVA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA,**  
**FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.**

**Introdução:** O diagnóstico clínico da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) deve ser considerado nos indivíduos com dispneia, tosse crônica ou produção de escarro e/ou história de exposição a fatores de risco. A disfunção muscular esquelética é uma de suas principais manifestações extrapulmonares, a qual é predominante em membros inferiores e pode comprometer a execução de atividades funcionais, como Sentar e Levantar. **Objetivos:** Investigar o modo de execução das atividades de Sentar e Levantar (ASL), e sua relação com a gravidade da doença em indivíduos com DPOC. **Métodos:** Estudo transversal, com 45 indivíduos com diagnóstico de DPOC (média de idade de 63, 93 anos [DP±9, 83]) de acordo com os critérios da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Foram realizadas espirometrias por uma fisioterapeuta habilitada utilizando-se um espirômetro digital (Easy OneTM, Medizintechnik, Zurich, Suíça), com manobras em conformidade com a American Thoracic Society (ATS). Os valores foram obtidos antes e após 20 minutos da inalação de 400 mcg de salbutamol com o auxílio de um espaçador bivalvulado (Airchamber®, Trudell Medical International, London, Canadá). A avaliação dos sintomas foi realizada por meio do COPD Assessment Test (CAT) e o grau de dispneia foi mensurado por meio da Escala do Medical Research Council modificada (mMRC). Foram registrados vídeos das ASL nas vistas anterior (VA) e lateral (VL), sendo utilizado um Sistema Especialista (SE) para avaliação destas atividades, com uma classificação de 0 (condição adequada) a 4 (condição inadequada grau IV). Foram comparadas as médias de pontuação nas ASL entre os diferentes estágios da GOLD e entre os grupos de indivíduos com classificação GOLD A e B, e indivíduos com GOLD C e D. Análise estatística: Os dados foram analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22. 0. A associação entre os grupos foi analisada por meio do coeficiente de correlação de Pearson. A comparação das ASL entre os diferentes estágios da GOLD e entre os grupos foram analisadas por meio do teste t de Student, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A distribuição dos indivíduos com DPOC quanto à gravidade da doença foi a seguinte: n=4 (GOLD A); n=14 (GOLD B); n=2 (GOLD C); n=25 (GOLD D). A melhor condição funcional foi apresentada na atividade de Levantar na VA (0, 61±0, 70) pelos indivíduos com GOLD C e a pior média de pontuação ocorreu na atividade de Sentar na VL (2, 26±0, 73) em indivíduos com GOLD B. Quanto à variabilidade entre os grupos classificados de acordo com a gravidade da doença, houve diferença estatisticamente significativa (p=0, 009) somente na atividade de Sentar (VA). Não houve associação quando foram agrupados indivíduos com classificação GOLD A e B, e indivíduos com GOLD C e D em relação às ASL em ambas as vistas (VA e VL). A melhor e a pior condição funcional foram apresentadas nos indivíduos agrupados GOLD A+B, com média do grau de inadequação de 1, 27±0, 72 na atividade de Levantar na VA e 2, 06 ±0, 85 na atividade de Sentar na VL, respectivamente. **Conclusão:** Alterações funcionais podem ocorrer tanto em indivíduos com alto quanto baixo risco de exacerbação, bem como em indivíduos com pouco e muitos sintomas, e ainda com baixo e elevado grau de dispneia. Este método de avaliação das ASL parece representar bem a funcionalidade destes indivíduos, podendo talvez ser incluído como critério diagnóstico.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica; limitação crônica da atividade; dispneia

**PO531 MORTALIDADE EM DPOC DE ACORDO COM GOLD 2003 E 2014**

**LETÍCIA BORIN CONEGLIAN\***; **RENATA FERRARI<sup>1</sup>**; **LAURA CARAM<sup>1</sup>**; **MÁRCIA MARIA FAGANELLO<sup>2</sup>**; **LIANA SOUZA COELHO<sup>1</sup>**; **SUZANA ERICO TANNI<sup>1</sup>**; **IRMA GODOY<sup>1</sup>**

1. UNESP- FMB, LENCOIS PAULISTA, SP, BRASIL; 2. UNESP- CAMPUS MARÍLIA, MARÍLIA, SP, BRASIL.

**Introdução:** O estadiamento de DPOC mudou ao longo dos últimos 10 anos, com a introdução de novos marcadores de desfecho. **Objetivo:** Comparar a mortalidade de pacientes brasileiros com DPOC, no período de três anos, de acordo com o estadiamento GOLD 2003 e GOLD 2014. **Métodos:** Pacientes com DPOC foram submetidos à avaliação médica, espirometria e o escore de dispneia do Medical Research Council Modificado. Foi verificada a frequência das exacerbações e/ou hospitalização e, em caso de morte, a causa foi investigada. A análise de sobrevida foi realizada com a construção da curva de sobrevivência de Kaplan-Meier e a comparação dos grupos em cada classificação de gravidade foi realizada pelo teste de log-rank. **Resultados:** Foram avaliados 131 pacientes no momento basal [idade: 64 (59-71) anos, 90 homens, VEF1 = 55, 0 (41, 0-74, 75)%, 45 fumantes e 86 ex-fumantes, carga tabágica de 50. 0 (39. 0-66. 0) anos-maço]. Treze pacientes morreram durante três anos de monitoramento e 23 desistiram. Cinco pacientes (38, 5%) morreram de doença cardiovascular (2 GOLD I, 2 GOLD II e 1 GOLD III), um de abscesso esplênico / choque séptico (GOLD I), 6 pacientes de complicações pulmonares da DPOC e 1 de câncer de cólon (GOLD IV). Desistências: não foi possível contatar (9), recusa em participar (12), incapacidade de realizar a TC6 (1) e piora clínica da ICC (1). Foram monitorados por três anos 95 pacientes [idade: 67 (62-74), sendo 79 homens, VEF1 = 55, 0 (41, 0-74, 75) %, 32 fumantes e 63 ex-fumantes, carga tabágica de 51. 0 (37. 5-73. 5) anos-maço]. Dos 95 pacientes monitorados por 3 anos, 63 (48, 1%) apresentaram pelo menos uma exacerbação durante o período de estudo e em 26 pacientes (19, 8%) as exacerbações foram graves. A proporção de mortalidade foi maior em GOLD I quando comparado com GOLD III (p = 0, 04) e nenhuma diferença foi encontrada na proporção de mortalidade entre os grupos de acordo com GOLD 2014 (p = 0, 36). As análises de Cox mostraram que os pacientes classificados como GOLD III apresentaram menor mortalidade se comparado ao GOLD I [0, 17 (0, 36-0, 84); p = 0, 03], mas a mesma associação não foi observada entre os grupos A, B, C e D. A regressão de Cox mostrou que GOLD III foi associado com menor mortalidade e não foram identificadas associações de outras características com a mortalidade. A mortalidade dos pacientes de acordo com o índice BODE foi maior em todas as classes se comparadas à classe 0. **Conclusão:** A nova classificação GOLD em A-B-C-D, que considera outros aspectos além da limitação do fluxo de ar, não reflete bem a predição de mortalidade. Os óbitos nos pacientes classificados como GOLD I deu-se por causas cardiovasculares. No GOLD IV, as principais causas de mortalidade foram complicações da DPOC. O GOLD 2014 não foi mais eficaz que o GOLD 2003 na discriminação do prognóstico dos pacientes com DPOC. Mais estudos serão necessários para desenvolver um método de estadiamento, tendo em vista que o GOLD multidimensional ainda permanece com limitações.

**Palavras-chave:** Dpoc; estadiamento; mortalidade

**PO532** **BARREIRAS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

**BRUNO DO VALLE PINHEIRO\*<sup>1</sup>**; **GUSTAVO DUQUE YECKER<sup>2</sup>**; **JARDEL DA SILVA PIRES<sup>2</sup>**; **LETÍCIA ABREU DE OLIVEIRA<sup>2</sup>**; **GABRIEL COQUITO<sup>2</sup>**; **EDIMAR PEDROSA GOMES<sup>2</sup>**; **MAYCON DE MOURA REBOREDO<sup>2</sup>**

1. *PALESTRANTE, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL*; 2. *NÚCLEO DE PESQUISA EM PNEUMOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.*

**Introdução:** Apesar das recomendações para a prática de atividade física, o sedentarismo é altamente prevalente nos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Considerando que o estilo de vida sedentário nestes pacientes aumenta o risco de hospitalização e mortalidade, torna-se importante a identificação das barreiras à prática de exercícios. **Objetivo:** Avaliar as barreiras à prática de atividade física em pacientes com DPOC. **Métodos:** Foram incluídos 152 pacientes com diagnóstico de DPOC (GOLD 1-4) do Serviço de Pneumologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Inicialmente os pacientes foram submetidos ao Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividade física. Os pacientes classificados como sedentários ou insuficientemente ativos foram avaliados com um questionário de barreiras à prática de atividade física. Este questionário é composto de 18 itens (sim/não) que avaliam as barreiras relacionadas aos sintomas ou complicações da doença, às comorbidades, à prática de atividade física, aos fatores sociais, econômicos e psicológicos. Foi realizada uma análise descritiva dos dados. **Resultados:** Um total de 113 pacientes com DPOC (66, 4 ± 9, 9 anos, 63 homens, 25, 7 ± 5, 6 kg/m<sup>2</sup>) foram classificados como sedentários ou insuficientemente ativos e responderam ao questionário. O número médio de barreiras apresentadas por estes pacientes foi de 7, 3 ± 3. Todos os participantes reportaram pelo menos uma barreira à prática de atividade física e 83 (73%) relataram no mínimo seis barreiras. As barreiras mais prevalentes foram: dor ou cansaço nos membros inferiores (65%), uso de medicamentos ou ter uma dieta adequada são suficientes para o tratamento e o exercício não é necessário (63%), atividades relacionadas ao trabalho são suficientes como atividade física (61%), saúde debilitada (59%), dispneia (50%) e presença de outras comorbidades (46%). **Conclusões:** No presente estudo foram identificadas algumas barreiras à prática de atividade física que devem ser consideradas na prescrição de exercícios para os pacientes com DPOC. **Apoio Financeiro:** FAPEMIG, UFJF.

**Palavras-chave:** Atividade física; barreiras; doença pulmonar obstrutiva crônica

**PO533** **MARCADORES DE ESTRESSE OXIDATIVO E SUA ASSOCIAÇÃO COM A INFLAMAÇÃO EM TABAGISTAS E PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) PRECOZE**

**LAURA CARAM<sup>\*</sup>**; **RENATA FERRARI**; **DUELENE LUDIMILA NOGUEIRA**; **NAYARA MICARELLI ARRUDA**; **MARIANA GOBBO BRAZ**; **SUZANA ERICO TANNI**; **CAMILA RENATA CORRÊA**; **IRMA GODOY**  
*FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL.*

**Introdução:** A associação entre marcadores sistêmicos da inflamação e de estresse oxidativo em tabagistas e pacientes com DPOC precoce ainda não está estabelecida. **Objetivos:** Avaliar e correlacionar a inflamação sistêmica, o estresse oxidativo, o dano de DNA e a capacidade antioxidante total em tabagistas, DPOC leve/moderado e indivíduos que

nunca fumaram. **Indivíduos e Métodos:** Foram avaliados 32 tabagistas (história tabágica > 10 anos/maço), 32 pacientes com DPOC leve/moderada e 32 indivíduos que nunca fumaram. As concentrações de malondialdeído (MDA), danos no DNA (ácido desoxirribonucléico – Ensaio do Cometa), capacidade antioxidante total (TAP) e a proteína C-reativa (PCR) foram mensurados no soro. **Resultados:** Tabagistas (p<0, 001) e pacientes com DPOC leve/moderado (p<0, 001) apresentaram concentrações mais elevadas de MDA quando comparado aos indivíduos que nunca fumaram, sem diferença estatisticamente significativa entre tabagistas e pacientes com DPOC. TAP (p = 0, 20) e danos no DNA (p = 0, 92) não diferiram entre os grupos. Identificamos associação positiva entre tabagismo (p = 0, 02) e PCR (p = 0, 01) com concentrações de MDA. Além disso, a presença do tabagismo (p = 0, 02) mostrou correlação negativa com TAP. **Conclusão:** Tabagistas e pacientes com DPOC precoce apresentam aumento do estresse oxidativo. A presença do tabagismo foi associada à redução da capacidade antioxidante e ao aumento das concentrações do MDA. Além disso, a inflamação sistêmica, avaliada pela PCR, mostrou associação positiva com o MDA. As diferenças entre tabagistas e pacientes com DPOC em estádios iniciais permanecem desconhecidas.

**Palavras-chave:** Tabagismo; dpo; estresse oxidativo

**PO534** **CAUSAS DE MORTALIDADE EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR AVANÇADA EM OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**

**THÚLIO MARQUEZ CUNHA<sup>\*</sup>**; **VINÍCIUS PAFUME OLIVEIRA**; **TATIANE MARTINS DE LIMA CROSARA BASTOS**; **ISABELA BODACZNY TALIBERTI**; **THALES SOUZA RODRIGUES**; **RODRIGO MIQUELANTI MELO**; **FLAVIANA FERREIRA GOMES**; **CARLA CRISTINA ALVES ANDRADE**

*UFU, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.*

**Introdução:** As doenças Pulmonares Avançadas são importantes causas de mortalidade em todo o mundo, apresenta alta incidência e a indicação de oxigênio domiciliar é uma alternativa para minimizar os riscos da internação hospitalar, principalmente a mortalidade e qualidade de vida. Pouco se sabe sobre as causas de mortalidade desses pacientes. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar as principais causas de mortalidade, locais de óbitos e taxa de sobrevivência dos pacientes com Doença Pulmonar Avançada em oxigenoterapia domiciliar. **Método:** Coorte avaliando todos os prontuários de pacientes que morreram de 2009 a 2015, com diagnóstico de Doença Pulmonar Avançada, usuários de oxigenoterapia domiciliar. Os dados da mortalidade encontrados em 339 prontuários foram analisados através do teste qui quadrado para amostras independentes e usamos o método de Kaplan Meier para análise da sobrevivência. **Resultados:** A principal causa de morte desses pacientes foi o sistema respiratório com aproximadamente 50, 4%, seguida das causas cardiovasculares com 23, 5%. Com relação ao local do óbito a proporção maior foi em hospitais comparando com a mortalidade no próprio domicílio. Também verificamos que menos de 30% dos pacientes, com Doença Pulmonar Avançada, têm sobrevivência em cinco anos. **Conclusão:** Concluímos que pacientes com Doença Pulmonar Avançada em oxigenoterapia domiciliar são potencialmente muito graves, com baixa sobrevivência e o maior local do óbito são os hospitais, encontrando como a principal causa de mortalidade as exacerbações das doenças respiratórias.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar avançada; oxigenoterapia domiciliar; mortalidade

**PO535 PREDITORES DE MORTALIDADE EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR AVANÇADA EM OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR AVANÇADA**

THÚLIO MARQUEZ CUNHA\*; VINÍCIUS PAFUME OLIVEIRA; TATIANE MARTINS DE LIMA CROSARA BASTOS; ISABELA BODACZNY TALIBERTI; THALES SOUZA RODRIGUES; RODRIGO MIQUELANTI MELO; FLAVIANA FERREIRA GOMES; CARLA CRISTINA ALVES ANDRADE

UFU, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

**Introdução:** As pneumopatias crônicas em fase avançada, com baixo potencial de reversibilidade e não caracterizada como neoplasia, são definidas como Doenças Pulmonares Avançadas (DPA). **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi avaliar os principais preditores de mortalidade em pacientes com DPA em oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP).

**Métodos:** Coorte retrospectiva que avaliou os dados de 553 pacientes portadores de DPA em ODP entre 2009 e 2015. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Óbitos e Vivos para análise dos dados. **Resultados:** A maioria da população analisada eram mulheres, tabagistas e idosas, com avaliação antropométrica dentro dos limites considerados normais. No entanto, observou-se menores valores no índice de massa corporal (IMC) e índice de cintura quadril (ICQ) no grupo óbito. Na avaliação funcional, observamos valores reduzidos na função pulmonar e na capacidade do exercício, com diferença significativa apenas no valor de volume expiratório forçado no primeiro segundo pós broncodilatador (VEF1 pós BD). Além disso, foi realizada avaliação metabólica, comorbidades e qualidade de vida. No grupo Óbito observou-se valor aumentado na contagem de linfócitos, aumento nos níveis de colesterol total e mais sintomas de depressão, em relação ao grupo Vivos. Os fatores de risco relacionados com a mortalidade foram: depressão, ICQ, VEF1 pós BD e cessação do tabagismo.

**Conclusão:** Pacientes com DPA em ODP apresentam como preditores de mortalidade: depressão, ICQ, VEF1 pós BD e cessação do tabagismo. Além disso observou-se maior carga tabágica, menor tempo de cessação, menor IMC, menor tempo de uso diário de oxigênio, valores aumentados de colesterol total e linfócitos no grupo Óbito.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar avançada; oxigenoterapia domiciliar; mortalidade

**PO536 ANÁLISE DA QUALIDADE DO SONO DE PACIENTES COM DPOC APÓS TREINAMENTO RESISTIDO COM COMPONENTES ELÁSTICOS**

RAFAELA SIMÕES DE CAMARGO\*; DIONEI RAMOS; BRUNA SPOLADOR SILVA; JULIANA SOUZA UZELOTO; FABIANO FRANCISCO LIMA; JÚLIA JUDAI LOURENÇO; ANA PAULA COELHO FIGUEIRA FREIRE; ERCY MARA CIPULO RAMOS

UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

**Introdução:** Distúrbios do sono também estão presentes em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). O treinamento físico resistido (TFR) é altamente recomendado para estes pacientes, com efeitos sistêmicos comprovados. O TFR pode ser realizado com componentes elásticos, agregando efetividade, praticidade e baixo custo, além de mínimo espaço físico. **Objetivo:** Analisar a qualidade do sono em pacientes com DPOC antes e após treinamento resistido com componentes elásticos. **Métodos:** 28 pacientes foram subdivididos em: grupo de treinamento com bandas elásticas Theraband® (GBE; n=8); treinamento com tubos elásticos (GTE; n=10); e musculação (GM, n=10). Foi realizada avaliação da qualidade do sono pelo Mini-Sleep Questionnaire. As pontuações obtidas são classificadas em: boa qualidade de sono; poucas dificuldades para dormir; dificuldade moderada para dormir e graves dificuldades para

dormir. O TFR foi de 12 semanas, três sessões semanais de 60 minutos. Foi realizado treinamento resistido para os movimentos flexão de ombro e abdução de ombro, flexão de cotovelo, extensão e flexão de joelho. As referências dos tubos elásticos (Lemgruber®) utilizados foram: Referência (R) 200 (diâmetro interno (DI) de 3, 0 e diâmetro externo (DE) 5, 5); R 201 (DI 4, 0; DE 5, 5); R 202 (DI 4, 0; DE 8, 0); R 203 (DI 6, 0; DE 9, 0); R 204 (DI 6, 0; DE 11, 5). Para as bandas elásticas, foram utilizadas as cores: amarelo (1, 3 kg de resistência com percentual de alongamento a 100%), vermelho (1, 8kg), verde (2, 3kg), azul (3, 2 kg) e preto (4, 4kg). Para musculação foram utilizados polia simples para membros superiores, e para membros inferiores a cadeira flexora e extensora. Ao final do protocolo do treinamento foi realizado novamente a avaliação da qualidade do sono. Foi utilizado teste Shapiro Wilk para determinar a normalidade dos dados. Para análises pareadas foi utilizado teste T de Student pareado ou Wilcoxon. Para comparação intergrupos foi calculada variação absoluta entre o início e final da intervenção e aplicado teste Kruskal Wallis. O nível de significância utilizado foi de 5% **Resultados:** A média de idade do grupo GBE foi de 66, 44±6, 73 anos, do grupo GTE 74, 71±6, 54 e do grupo GM 68, 30±4, 8, (p=0, 13). As médias das pontuações obtidas no questionário antes do treinamento foram de 30±10, 56 pontos (dificuldade moderada para dormir) para o GBE, 32, 5±11, 11 (graves dificuldades) para o GTE e 24±7, 20 (boa qualidade de sono) para o GM. As pontuações médias finais foram de 26, 00±8, 094 (pouca dificuldade para dormir) para o GBE, 29±9, 72 (dificuldade moderada) para o GTE e 26±8, 06 (pouca dificuldade) para o GM. Não houve diferenças significativas quando comparado o momento basal com o momento final dos três grupos (GT p=0, 24; GTE p=0, 50; GM p=0, 63). Em relação à comparação inter grupos também não houve diferenças significativas (p=0, 74). **Conclusão:** Não foram observadas modificações na qualidade do sono de pacientes com DPOC após TRF com componentes elásticos.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica; distúrbios do sono; treinamento resistido

**PO537 QUAL É A MELHOR ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA O ENFISEMA EXPERIMENTAL: CÉLULAS MESENQUIMAIS ESTROMAIS DE MEDULA ÓSSEA OU VESÍCULAS EXTRACELULARES?**

DEBORA XISTO\*; FERNANDA FERREIRA CRUZ; CASSIA BRAGA; MARIANA SILVA; TAINA OLIVEIRA; NAZARETH N ROCHA; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO; MARIANA ANTUNES

UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A destruição alveolar associada ao enfisema não pode ser reparada pelas práticas clínicas vigentes. Diversos estudos pré-clínicos demonstraram que células mesenquimais estromais (MSCs) apresentam potencial terapêutico no enfisema devido a suas propriedades imunomodulatórias. Entretanto, o uso clínico das MSCs tem sido frustrante, sugerindo que a viabilidade e/ou a função das MSCs são grandemente reduzidas após sua infusão. Isso poderia ser parcialmente explicado pela ativação do sistema complemento da imunidade inata que é induzida pelas MSCs após seu contato com o soro humano. O objetivo do presente estudo foi avaliar e comparar o impacto terapêutico das MSCs com o de diferentes doses proporcionais de vesículas extracelulares (EVs) derivadas de MSCs em um modelo murino de enfisema grave induzido por elastase. **Métodos:** O enfisema foi induzido em camundongos C57BL/6 por administração intratraqueal (it) de elastase pancreática suína (ELA, 0, 2 UI) uma vez por semana, durante quatro semanas. O grupo controle

(C) recebeu salina (50 µl, it). Após a última instilação de elastase, quando mudanças pulmonares e cardiovasculares relacionadas ao enfisema já haviam ocorrido, os grupos ELA foram injetados intravenosamente com salina (SAL, 50 µl), MSCs ( $1 \times 10^9$ ) de medula óssea (BM), baixa dose de vesículas extracelulares derivadas de BM-MSCs (volume proporcional obtido de  $10^6$  BM-MSCs) e alta dose de vesículas extracelulares derivadas de BM-MSCs (volume proporcional obtido de  $3 \times 10^6$  BM-MSCs). Uma semana após os respectivos tratamentos, os parâmetros ecocardiográficos, assim como a mecânica e histologia pulmonares foram avaliados. **Resultados:** Nosso protocolo crônico de enfisema experimental apresentou diversas características do enfisema clínico, incluindo: aumento da câmara ventricular direita, hipertensão arterial pulmonar (indiretamente aferida pela relação entre tempo de fluxo da artéria pulmonar e tempo de ejeção da artéria pulmonar), redução da elastância pulmonar estática e aumento da hiperinsuflação pulmonar, do diâmetro alveolar médio e da infiltração neutrofílica. Uma semana após as respectivas terapias, observamos que a administração de  $10^6$  BM-MSCs ou a dose proporcional de EVs obtidas a partir de  $3 \times 10^6$  BM-MSCs não foram efetivas em restaurar disfunções pulmonares e cardiovasculares induzidas pelo presente modelo experimental. Entretanto, a dose proporcional de EVs obtida a partir de  $10^6$  BM-MSCs foi efetiva em reduzir todos os parâmetros alterados. **Conclusão:** No presente modelo de enfisema grave, a maior quantidade de EVs derivadas de BM-MSCs não foi capaz de reverter danos pulmonares e cardiovasculares induzidos pela elastase. Em contrapartida, a dose proporcional de EVs obtida a partir de  $10^6$  BM-MSCs foi eficaz, sugerindo, portanto, um efeito dose-dependente no papel terapêutico das EVs, o qual é provavelmente devido à natureza da doença-alvo.

**Palavras-chave:** Enfisema; células mesenquimais estromais; vesículas extracelulares

#### PO538 DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 ANTITRIPSINA

**RONALDO DE SOUZA\***; ALANA KANEDA GARCIA; JONATHAN TAMBORINI; MARILIA QUEIROZ SOUZA; PRISCILA COGO OLIVEIRA; THIAGO FLORENCIO SILVA  
INSTITUTO PNEUMOLOGIA E GERIATRIA / RESIDENCIA DE CLINICA HOSPITAL CEMIL, UMUARAMA, PR, BRASIL.

**Introdução:** A deficiência de alfa 1 antitripsina (AAT) é uma doença genética hereditária grave, com incidência comparável a da fibrose cística. Resulta de diferentes mutações no gene SERPINA1 e tem diversas implicações clínicas. A AAT é produzida principalmente no fígado e atua como uma antiprotease, inativando a elastase neutrofílica. O acúmulo e a consequente redução dos níveis séricos de AAT determinam, respectivamente, doença hepática e pulmonar sendo que esta se manifesta principalmente sob a forma de enfisema de aparecimento precoce. **Caso Clínico:** Paciente, 53 anos, procurou serviço de pneumologia, relatando há 4 anos tosse, dispnéia aos moderados esforços (Medical Research Council - MRC: 3) e história familiar de deficiência de AAT. Negou tabagismo. Ao exame físico não apresentou alteração à ausculta pulmonar, com saturação de oxigênio de 92% e distúrbio ventilatório obstrutivo grave, com capacidade vital forçada (CVF) reduzida por aprisionamento de ar, sem variação significativa de fluxo e volume após broncodilatador à espirometria. Realizou radiografia de tórax que evidenciou hiperinsuflação pulmonar e retificação da cúpula diafragmática. Solicitada tomografia de tórax com áreas de enfisema bolhoso bilateral. Medicação broncodilatadora foi iniciada com melhora parcial dos sintomas. Realizada dosagem de alfa 1 antitripsina com

resultado abaixo da normalidade. A paciente foi encaminhada ao serviço de referência da Unifesp onde se iniciou o uso de alfa 1 antitripsina. Paciente mantém tratamento com formoterol/budesonida e tiotrópio. Atualmente iniciou uso de oxigenioterapia domiciliar. **Discussão:** A deficiência de AAT é uma das alterações genéticas graves encontradas por todo o mundo. Porém, permanece subdiagnosticada, apesar da forte predisposição à doença pulmonar obstrutiva crônica que condiciona. O principal fator de risco em indivíduos deficientes de AAT é o tabagismo. O desenvolvimento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é o mais prevalente das manifestações graves de AAT, sendo o enfisema o padrão clínico mais frequentemente associado à deficiência de AAT. Os sintomas incluem dispnéia de esforço progressiva, tosse crônica e expectoração. Muitos portadores da deficiência de AAT permanecem assintomáticos ao longo da vida. A dosagem de AAT está indicada nos casos de DPOC precoce, enfisema sem fatores de risco conhecidos, doença hepática inexplicada, paniculite necrotizante, vasculite, antiprotease-3 positiva, história familiar de enfisema, bronquiectasia. Pacientes com doença grave beneficiam-se, em longo prazo, da terapia de reposição intravenosa de AAT. Outras medidas terapêuticas como a reposição inalatória ou a tecnologia recombinante para a expressão transgênica de AAT estão a ser estudadas. Além de medidas medicamentosas adotadas para DPOC habitual, é imprescindível a cessação do tabagismo.

**Palavras-chave:** Deficiência; alfa 1; antitripsina

#### PO539 AVALIAÇÃO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES COM DPOC SUBMETIDOS À REABILITAÇÃO PULMONAR

**LETICIA DOS SANTOS SCHEIDT<sup>1</sup>**; CÁSSIA CINARA DA COSTA<sup>1</sup>; RAFAEL MACHADO DE SOUZA<sup>1</sup>; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA<sup>2</sup>  
1. UNIVERSIDADE FEEVALE DE NOVO HAMBURGO, NOVO HAMBURGO, RS, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEEVALE DE NOVO HAMBURGO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A R/E são componentes que dão sentido à vida e que proporcionam bem-estar, seja ele através da dimensão vertical/religiosa, em relação a Deus ou força superior ou uma dimensão horizontal/existencial relacionada com o propósito ou sentido para a vida e o bem-estar espiritual. Estudos nas áreas da oncologia, cardiologia e psiquiatria demonstram associação da R/E com desfechos favoráveis e, em alguns, com redução da mortalidade. Estudos na área respiratória são escassos, especialmente no nosso meio. **Objetivo:** Avaliar a religiosidade e o bem-estar espiritual em pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e verificar o impacto destas variáveis nos resultados de um Programa de Reabilitação Pulmonar (RPR). **Métodos:** Estudo transversal em que pacientes com DPOC e que realizaram reabilitação pulmonar responderam os questionários do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) e o questionário de bem-estar espiritual para doenças crônicas FACIT-Sp-12. Os pacientes foram divididos em dois grupos, Religiosidade Alta e Não Alta, baseados no índice de religiosidade intrínseca. Função Pulmonar, Teste de Caminhada dos Seis minutos, Questionário Saint George de Qualidade de Vida e Inventários de Beck de depressão e ansiedade foram os desfechos avaliados. **Resultados:** Cinquenta e dois pacientes, sendo 29 homens (55, 8%) e 23 mulheres (44, 2%), com média de idade de 68, 7±9, 3 anos foram incluídos. Os resultados dos domínios do DUREL foram, 29% (Religiosidade Organizacional); 56% (Religiosidade Não Organizacional); 83%, 69% e 52% (Religiosidade Intrínseca). No Facit-Sp-12, o escore total foi



de 33, 67±7, 80 e as subescalas sentido/propósito, paz e fé, pontuaram respectivamente: 11, 17± 3, 17; 10, 94±3, 20 e 11, 55 ± 2, 81. Quando comparados os grupos de Alta e Não Alta Religiosidade observamos: CVF (2, 47± 0, 89L vs. 2, 50± 0, 95L; p=0, 901) CVF (70, 53±23, 25% vs. 70, 90±21, 88%; p=0, 953), VEF1(1, 18±0, 43L vs. 1, 24±0, 61L;p=0, 97), VEF1 (42, 87±13, 90% vs. 44, 67±18, 45%; p=0, 963) TC6'(88, 16±82, 36 vs. 73, 86±66, 19;p=0, 948); MRC (1, 35 ± 1, 54 vs. -0, 52 ± 1, 25;p=0, 07); BAI (-4, 67±7, 25 vs. -4, 66±6, 91; p=0, 574); BDI (-3, 48±10, 12 vs. 1, 93±6, 70;p=1, 00). Na avaliação dos domínios do questionário Saint George de qualidade de vida em ambos os grupos, foi possível observar que a magnitude da redução dos sintomas (-23, 89±27, 64 vs. -9, 47±16, 70;p=0, 023), impacto (-15, 36±23, 60 vs. -4, 48±13, 85;p=0, 065), atividades (-17, 99±31, 41 vs. -16, 12±18, 66; p=0, 789) e total (-18, 46±24, 08 vs. -16, 00±29, 73; p=0, 753). **Conclusão:** Religiosidade intrínseca alta se associou com maior redução do domínio sintomas no questionário de qualidade de vida

**Palavras-chave:** Religiosidade; reabilitação pulmonar; dpc

#### **PO540 CONHECIMENTO SOBRE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**ERIKSON CUSTÓDIO ALCÂNTARA<sup>1</sup>; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA<sup>2</sup>; MATHEUS ROBAHI<sup>2</sup>; MARCELO FOUAD RABAH<sup>1</sup>**  
1. UFG, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 2. PUC-GO, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A falta de informações entre os profissionais da atenção primária sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) contribui para dificuldades na assistência integral ao paciente. Para reconhecer e assistir os pacientes com DPOC há de se fortalecer os integrantes da equipe de atenção primária, que muitas vezes desconhecem a própria sigla DPOC. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento e a retenção de informação após treinamento sobre DPOC entre profissionais da atenção primária. **Métodos:** Estudo quase experimental, realizado na cidade de Goiânia – GO, entre os profissionais da atenção primária. O conhecimento dos profissionais foi medido antes, logo após e três meses após o treinamento por telemedicina, pelo “Questionário de Conhecimento sobre DPOC na Atenção Primária”. A análise das respostas foi realizada pelos testes de Friedman, Tukey (post hoc), Bonferroni e o teste  $\chi^2$ . Foi adotado um nível de significância de 5%. **Resultados:** Dos 36 profissionais da atenção primária avaliados, 58, 3%, antes do treinamento, concordaram que “Os principais agentes causadores da DPOC é o tabagismo e fumaça de fogão a lenha”, após a capacitação 86, 1% concordaram totalmente. Não houve mudança no conhecimento do item “Ser fumante/ex-fumante não é fator de risco para DPOC”. Possivelmente, por este item ser bastante fundamentado na literatura, e ser bem conhecido antes do treinamento na população investigada. O item “O principal sintoma da DPOC é a tosse frequente” demonstrou diferenças significativas em todas as comparações. Para o item “Na orientação sobre exercício físico que a equipe oferece ao paciente com DPOC é importante apresentar a ele uma escala para gerenciar sua falta de ar” parte dos sujeitos assinalaram a opção “indeciso” (36, 1%), após o treinamento 80, 6% reconheceram a importância desse item. Antes do treinamento a maior parte da amostra assinalou a opção “indeciso” para os itens: “... sequência para utilizar a medicação inalatória.” e “... contrarreferência.” (44, 4% e 41, 6% respectivamente), o que nos leva a pensar que, são temas dentro do contexto da interdisciplinaridade e conhecimento sobre DPOC pouco explorados na atenção primária, após treinamento

os profissionais passaram a concordar com esses itens em 86, 1% e 91, 6% respectivamente. Sobre o item “As vacinas de gripe e pneumonia não reduzem o número de crises da DPOC”, 19, 4% concordaram, após o treinamento 72, 2% “concordou totalmente”. Antes da capacitação, 52, 8% dos profissionais acreditavam que todos os pacientes que recebem o diagnóstico de DPOC, deveriam ser encaminhados para um médico pneumologista. Após o treinamento 72, 2%, não concordaram com esse item.

**Conclusão:** O nível de conhecimento entre profissionais da atenção primária sobre DPOC encontrado foi baixo, após treinamento oferecido houve retenção no grau de conhecimento e a manutenção decorrido três meses do treinamento.

**Palavras-chave:** Atenção primária; conhecimento; capacitação

#### **PO541 COMO DEVEMOS CLASSIFICAR OS PACIENTES COM DPOC?**

**RAFAEL VARGAS DA SILVA\*; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; LEONARDO PALERMO BRUNO; ARNALDO JOSE NORONHA; THIAGO PRUDENTE BARTHOLHO; BRUNA MACEDO PINTO; CAMILLA SILVA MIRANDA**  
UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é muito prevalente e a sua classificação pode ser feita de acordo com as diretrizes vigentes. Atualmente, no Brasil tem-se utilizado o documento GOLD e a Diretriz da ALAT para esta finalidade. As duas classificações levam em conta os sintomas, utilizando para esta finalidade a escala de dispneia do MRC, e o grau de obstrução medido pelo VEF1%, porém, o documento GOLD incorpora o número de exacerbações em sua análise. **Objetivo:** Avaliar o grau de concordância dessas duas classificações. **Métodos:** Avaliados 98 pacientes consecutivos atendidos no ambulatório de DPOC da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Foram excluídos pacientes que chegavam à consulta com queixas de exacerbação durante as últimas 6 semanas ou que não estavam em uso adequado das medicações. Foram anotados o VEF1% pós broncodilatador da última espirometria, o grau de dispneia verificado pela escala de MRC e o número de exacerbações relatados no último ano. A análise do grau de concordância foi realizada usando o software GraphPad. **Resultados:** Foram analisados os dados de 60 pacientes com DPOC estável, sendo 37 homens e 23 mulheres. Todos os pacientes estavam em uso de medicação inalatória. Foi observada uma concordância moderada entre as classificações (Kappa=0, 426; SE de Kappa=0, 081; IC95%) e o peso de kappa foi calculado em 0, 601. Entre as principais discrepância observadas verificamos que 13 pacientes foram classificados como GOLD D por que eram exacerbadores (2 ou mais exacerbações no último ano), enquanto eram definidos como graves pela diretriz da ALAT. **Conclusão:** A classificação dos pacientes com DPOC pode variar de acordo com a diretriz utilizada e isso pode refletir dificuldade na comparação de resultados de trabalhos, assim como na proposta de tratamento para cada categoria.

**Palavras-chave:** Dpoc; gold; alat

#### **PO542 ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

**LAYS SILVA RIBEIRO\*; DANIELA GRANER SCHUWARTZ TANNUS-SILVA; MARCELO FOUAD RABAH**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença de crescente importância global. Dados da OMS apontam que será a terceira causa de morte até 2020. É sabido o impacto da DPOC sobre a vida do paciente com inúmeras limitações de atividade da vida diária, que repercutem sobre sua qualidade de vida. A qualidade de vida do paciente portador de DPOC pode ser avaliada pela aplicação do Questionário Respiratório Saint George's (QRSG), já validado para uso no Brasil. Sabe-se que baixo peso impacta sobre a mortalidade dos pacientes com DPOC. Atualmente, pesquisas vem demonstrando sobre peso como fator protetor sobre a mortalidade, entretanto, García-Río, et cols em seu estudo sobre impacto da obesidade em uma amostra de pacientes com DPOC, demonstrou uma qualidade de vida pior nos pacientes obesos em relação aos demais grupos (peso normal e sobrepeso) com diferenças significativas no escore total do QRSG e também nos domínios impactos e atividade. **Objetivos:** Avaliar a associação entre o peso corporal através do IMC e qualidade de vida, medida pelo QRSG em pacientes com DPOC. **Métodos:** Estudo observacional, analítico e transversal. A amostra foi composta por pacientes encaminhados dos ambulatórios de Pneumologia do Hospital das Clínicas-UFG ou da unidade básica de saúde para realização de espirometria, com diagnóstico de DPOC no período de maio de 2014 a agosto de 2015. Realizada avaliação clínica, espirometria e medidas antropométricas. Os pacientes responderam QRSG e para análise dos dados foram divididos em três grupos: baixo peso (IMC <21), peso ideal (entre 21-25) e sobrepeso (IMC >25). A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A média e o desvio padrão dos grupos em relação aos domínios do QRSG foram obtidos. A diferença entre os grupos foi avaliada pelo teste ANOVA ou pelo teste de Kruskal-Wallis. Foram considerados significativos valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Foram incluídos 107 pacientes, 53, 3% masculino, média de idade  $65 \pm 8, 81$ ; VEF1  $52, 97\% \pm 8, 81$ . Na avaliação do QRSG observou-se que no domínio sintomas não houve diferença significativa entre os grupos baixo peso, peso ideal e sobrepeso. ( $48, 1 \pm 20, 8$ ;  $48, 1 \pm 22, 8$  e  $49, 8 \pm 20, 6$ ;  $p = 0, 929$ ). Quanto ao domínio atividade, houve diferença significativa entre os grupos peso ideal e sobrepeso. ( $51, 4 \pm 22, 1$  e  $66, 3 \pm 17, 2$ ;  $p = 0, 007$ ) e também no domínio impactos houve diferença significativa entre os grupos baixo peso e sobrepeso em relação ao peso ideal. ( $44, 2 \pm 23, 7$ ;  $47, 6 \pm 18, 2$  e  $30, 1 \pm 19, 0$ ;  $p = 0, 001$ ). Para o escore total houve diferença significativa entre os grupos peso ideal e sobrepeso, ( $39, 5 \pm 17, 6$  e  $53, 6 \pm 16, 3$ ;  $p = 0, 002$ ). **Conclusão:** Esse estudo sinaliza para o comprometimento na qualidade de vida de pacientes com DPOC que apresentam tanto baixo peso, quanto sobrepeso, reforçando a necessidade de um melhor manejo quanto ao aspecto nutricional nesses pacientes.

**Palavras-chave:** Imc; dpoc; qualidade de vida

**PO543 A NOSSA EXPERIÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DE UM SITE SOBRE DPOC - A IMPORTÂNCIA DA INTERNET E REDES SOCIAIS PARA OS DOENTES**  
**JOÃO PEDRO ABREU CRAVO\***; PAULO MIGUEL MATOS  
*DPOC, PT, COIMBRA, PORTUGAL.*

**Introdução:** A DPOC é uma doença cuja incidência está a aumentar, cada vez mais atingindo indivíduos mais jovens, que com frequência recorrem à internet para a procura de informação sobre a doença, conselhos ou ajuda, no entanto, nem sempre essa informação apresentada é a mais correta ou está facilmente acessível. Sendo a DPOC mais prevalente. Em pessoas de mais idade, poder-se-ia

partir do princípio, que a internet não fosse uma ferramenta considerada como útil, pois seria menos acessível. Assim, em 2015, os autores desenvolveram e publicaram um sítio na internet intitulado DPOC. PT, com o objetivo de informar sobre a DPOC, e que teve quase 60.000 visitantes em 16 meses, maioritariamente do Brasil e Portugal. **Objetivos:** O objetivo foi perceber quem procura informação, o que pensa sobre o valor das novas tecnologias no conhecimento da doença, que informação mais específica procura e a opinião sobre o nosso projeto. **Método:** Os autores apresentam os resultados de um inquérito online, com 10 perguntas com respostas pré-definidas, aos visitantes do sítio DPOC. pt e da sua página na rede social entre Janeiro e Maio de 2016. **Resultados:** Responderam 145 indivíduos, 80 do sexo feminino e 65 do sexo masculino. Nenhum indivíduo com menos de 18 anos respondeu, 25 indivíduos tinham entre 18 e 30 anos, 58 entre 30-50 e 62 pessoas tinham mais de 50 anos. Cerca de 51, 7% identificaram-se como doentes, os restantes, eram diversos tipos de profissionais de saúde, com a exceção de 11 indivíduos que pertenciam à indústria farmacêutica e 3 que optaram por não se identificar. A grande maioria, 90, 3%, considerou que não existe informação suficiente sobre DPOC acessível e 69, 7% refere que a internet é o local preferencial para obter informação. Refere-se ainda que todos consideraram que é fundamental a existência de informação fidedigna online. Relativamente ao sítio DPOC. PT, 93, 4% das pessoas referiram que ajudou a melhorar o seu conhecimento. Este sentimento foi unânime nos doentes e menos expressivo nos profissionais de saúde. A principal razão indicada como motivação para procurar esclarecimento foi a necessidade de informação sobre a terapêutica disponível, (referida por 69, 7% dos doentes), seguida pelas consequências da DPOC e como se procede ao diagnóstico da DPOC. Foi ainda solicitada a avaliação do sítio, numa escala de 0 a 5: Qualidade da informação; Quantidade de Informação; Nível de Detalhe, Estrutura do sítio e grafismo. A média mais alta foi na qualidade de informação (4, 14) e a mais baixa foi ao nível do detalhe (3, 69), sendo este valor principalmente afetado pela opinião dos profissionais de saúde. Por fim, 89% dos inquiridos referem que recomendariam este sítio a outras pessoas. **Conclusão:** Os resultados demonstram o valor da internet para os doentes e profissionais de saúde que lidam com a DPOC, revelando inclusive que pessoas de maior idade utilizam este recurso, pelo que mais investimento nesta área pode e deve ser feito. Relativamente a este projeto, os resultados apontam para uma reação positiva, sendo que os autores consideram que a explicação para níveis inferiores de satisfação no detalhe da informação por parte dos profissionais de saúde, pode ser explicado pela necessidade de tornar a informação o mais acessível possível para indivíduos não-médicos.

**Palavras-chave:** Internet; dpoc; informação

**PO544 IMPACTO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR CRÔNICA: UMA ANÁLISE DE DOIS CENTROS DE REFERÊNCIA**  
**GABRIEL RICARDO SIEBIGER\*<sup>1</sup>**; LUCAS CARLESSO<sup>1</sup>; CÁSSIA CINARA DA COSTA<sup>2</sup>; RAFAEL MACHADO DE SOUZA<sup>2</sup>; JULIESSA FLORIAN<sup>3</sup>; SCHEILA DA COSTA MACHADO<sup>3</sup>; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA<sup>4</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTOALEGRE, RS, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEEVALE, NOVO HAMBURGO, RS, BRASIL; 3. PAVILHÃO PEREIRA FILHO - SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, UNIVERSIDADE

FEEVALE DE NOVO HAMBURGO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A reabilitação pulmonar se consolidou como terapêutica multidisciplinar para o tratamento de pacientes com doença pulmonar crônica, alcançando resultados positivos e melhorando a qualidade de vida destes pacientes. **Objetivos:** caracterizar o perfil dos pacientes com doença pulmonar crônica submetidos a Reabilitação Pulmonar (RP) em dois centros de referência e mensurar a magnitude da melhora dos pacientes, com comparação entre subgrupos diagnosticados com DPOC e fibrose pulmonar (FP). **Métodos:** estudo retrospectivo de 307 pacientes que realizaram reabilitação pulmonar em que a distância percorrida no teste de caminhada, escala de dispneia (mMRC) e qualidade de vida pelo questionário Saint George (SGRQ) foram avaliados antes e após a reabilitação. Análise estatística por meio da plataforma R, assumindo alfa de 0.05. **Resultados:** Os diagnósticos mais frequentes dos pacientes encaminhados foram de DPOC (n=270), Fibrose Pulmonar (n=17), Bronquiectasia (n=8) e outros (n=12). Considerando todos os pacientes tratados, houve melhora média de 53m no TC6 (95% CI 45 a 61, p<0.0001), redução média de 0.91 no mMRC (95%CI 1,07 a 0,77; p<0.0001), redução média de 12.82 no escore total do SGRQ (95%CI 14,69 a 10,94; p<0.0001), redução média de 14,15 no domínio sintomas do SGRQ (95% CI 16,83 a 11,46; p<0,0001), redução média de 11,30 no domínio atividades do SGRQ (95%CI 13,86 a 8,73; p<0,0001) e redução média de 11,77 no domínio impacto do SGRQ (95%CI 3,79 a 9,74; p<0,0001). Quando analisados em separado os pacientes com DPOC e fibrose pulmonar foi possível observar que os pacientes com DPOC melhoraram em média 54,28m, e os com fibrose pulmonar 28,55m. A redução da dispneia pelo mMRC nos pacientes com DPOC foi de 0,93, e com fibrose pulmonar foi de 0,38. A redução no escore total no SGRQ foi de 13 nos pacientes com DPOC e 10,5 nos pacientes com FP, com redução média no domínio atividades de 12,05 para os pacientes DPOC e 8,10 para pacientes com FP, no domínio impacto de 12,02 para pacientes DPOC e 6,00 para pacientes com FP, e no domínio sintomas de 13,58 para pacientes DPOC e 21,50 para pacientes com FP. Quando comparados os desfechos analisados nos grupos de pacientes com DPOC e FP não foi observada diferença estatística nas variações pré e pós reabilitação. **Conclusão:** Pacientes com DPOC são mais frequentemente referidos para reabilitação pulmonar do que outros doentes pulmonares crônicos. Independentemente do diagnóstico etiológico, todos os pacientes apresentaram melhora após a reabilitação. Nesta amostra de pacientes oriundos de dois centros de referência para reabilitação pulmonar, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na magnitude dos desfechos distância percorrida, escala de dispneia e qualidade de vida quando comparando pacientes com DPOC e fibrose pulmonar.

**Palavras-chave:** Reabilitação pulmonar; dpo; fibrose pulmonar

**P0545 QUAL MELHOR VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA COM CÉLULAS MONONUCLEARES DERIVADAS DE MEDULA ÓSSEA EM MODELO DE ENFISEMA PULMONAR?**

JOANA DE ALMEIDA MACHADO\*<sup>1</sup>; FERNANDA FERREIRA CRUZ<sup>1</sup>; MARIANA ANTUNES<sup>1</sup>; SORAIA CARVALHO ABREU<sup>1</sup>; NAZARETH N ROCHA<sup>1</sup>; VERA LUIZA CAPELOZZI<sup>1</sup>; MARCELO MARCOS MORALES<sup>1</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Hipotetizamos que os benefícios da terapia com células mononucleares derivadas de medula óssea (CMMO) podem variar dependendo da via de administração em dois graus de dano tecidual em modelo murino de enfisema pulmonar induzido por elastase. **Métodos:** 72 camundongos fêmeas C57BL/6 foram distribuídos aleatoriamente em três grupos. No grupo controle (C), salina foi injetada por via intratraqueal (50 µl), enquanto outros camundongos do grupo enfisema receberam elastase pancreática suína em duas doses diferentes: 0.1UI (E0.1) e 0.2UI (E0.2). Solução salina ou elastase foram administrados uma vez na semana durante 4 semanas. Os grupos C, E0.1 e E0.2 foram ainda divididos aleatoriamente em subgrupos que foram tratados com solução salina (50 µL, SAL) ou CMMO (2x10<sup>6</sup>, 50 µL, CELL) por via intravenosa (IV) ou intratraqueal (IT) 3 horas após a última instilação de solução salina ou elastase. Sete dias após o tratamento foram avaliados a mecânica pulmonar in vivo (elastância estática); diâmetro alveolar médio, celularidade do tecido, fração de área de hiperinsuflação e alvéolos normais e colapsados; conteúdo de fibras colágenas e elásticas; taxa de apoptose de células cardíacas e pulmonares; os níveis de proteína IL-10 e VEGF; imagens ecocardiográficas e de microscopia eletrônica foram analisados. **Resultados:** No dia 7, maior elastância pulmonar, diâmetro alveolar médio, maior infiltrado de células polimorfonucleares e mononucleares, hiperinsuflação e colapso, elastólise, fibrose das vias aéreas, apoptose de células cardíacas e pulmonares, alterações ecocardiográficas, mudanças ultraestruturais e uma diminuição da IL-10 e VEGF foram observados nos grupos com enfisema, em que E0.2 mostraram alterações mais graves de tais parâmetros quando comparados com E0.1. A terapia com CMMO melhorou a mecânica pulmonar e levou a uma redução de alterações inflamatórias e morfométricas principalmente através de administração intratraqueal em ambos os grupos. Nenhuma melhora ecocardiográfica foi observada em nenhum dos grupos. **Conclusões:** A terapia com CMMO foi eficaz na modulação do remodelamento e processo inflamatório, melhorando assim a mecânica pulmonar, principalmente através da via intratraqueal, independentemente do grau de lesão.

**Palavras-chave:** Enfisema; elastase; células mononucleares derivadas de medula óssea

**P0546 AVALIAÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE E SEUS FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA MUITO GRAVE NO PERÍODO DE CINCO ANOS**

TALITA JACON CEZARE\*<sup>1</sup>; LUIZ PAULO CORRÊA E SILVA; ESTEFÂNIA APARECIDA THÔME FRANCO; MICHELE MAEHASHE; ZAIRA ROSA DE AGUIAR; CAROLINA BONFANTI MESQUITA; THAIS GARCIA; SUZANA ERICO TANNI  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) é indicada em quadros de DPOC muito grave. Entretanto, dados de estudos brasileiros ainda são escassos na literatura. **Objetivo:** Avaliar a taxa de mortalidade e seus fatores associados no período de cinco anos em pacientes com DPOC muito grave. **Métodos:** Foram avaliados e acompanhados 280 pacientes com DPOC muito grave com indicação de uso de ODP. Foram realizados espirometria, gasometria arterial, índice de massa corporal (IMC), estado geral de saúde por meio do questionário de qualidade de vida na doença respiratória (SGRQ), escore de dispneia pelo Índice Basal de Dispneia (BDI) e questionário de Ansiedade de Depressão (HAS). **Resultados:** Do total, 8,2% perderam seguimento.

Assim, foram avaliados dados de 257 pacientes (idade: 67, 6±10, 0 anos; VEF1: 0, 95±0, 37 L; 47% sexo masculino). O tempo de seguimento foi de 2, 8 anos (1, 14 – 4, 8anos) e a taxa de mortalidade foi de 48% nesse período, sendo que 46, 8% faleceram por insuficiência respiratória, 12, 1% por doença cardiovascular, 8, 8% por câncer de diversos sítios, 8, 0% por outras causas e não foi possível identificar a causa de mortalidade em 22, 6%. A pressão arterial de oxigênio (56, 2±8, 9 vs 53, 4±9, 9, p=0, 02), o IMC (26, 2±6, 4 vs 24, 1±6, 4) o escore de BDI (5, 8±2, 7 vs 4, 4±3, 1; p<0, 001), o domínio sintomas do SGRQ (49, 4±22, 0 vs 56, 3±21, 8; p=0, 03) e os escores de ansiedade (4, 7±4, 1 vs 6, 1±4, 9; p=0, 04) e depressão (3, 6±4, 0 vs 5, 6±5, 3; p=0, 007) foram diferentes entre o grupo de sobrevivente e o grupo óbito. O tabagismo ativo (15, 6%), o sexo, os valores de espirometria não foram diferentes entre os grupos. A análise de Cox que incluiu IMC, PaO2, BDI, ansiedade e depressão mostrou que apenas a PaO2 foi estatisticamente significativa (HR: 1, 03; IC95%: 1, 01-1, 07) para a sobrevida. **Conclusão:** Os pacientes apresentam alta taxa de mortalidade. Os sintomas de ansiedade, depressão e dispneia são fatores associados com a mortalidade, assim como a PaO2 e o IMC.

**Palavras-chave:** Dpoc muito grave; mortalidade; cinco anos

**PO547 ESTUDO COMPARATIVO DE VIDA REAL DOS ÍNDICES DE HOSPITALIZAÇÕES POR DPOC ENTRE ESTADOS QUE OFERECEM TIOTRÓPIO (DF, AM) VERSUS ESTADOS QUE NÃO OFERECEM (AL, MS).**

**BRUNO SALGADO RIVEROS<sup>1\*</sup>; LETICIA MOREIRA GOULART ORSATTI<sup>2</sup>; MARCELO EIDE NITA<sup>3</sup>; MARCOS HENRIQUE SANTANA DO NASCIMENTO<sup>2</sup>**

1. UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2. BOEHRINGER INGELHEIM, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3. HOSPITAL ALEMAO OSVALDO CRUZ, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O Ministério da Saúde (MinS) publicou em 2013 o protocolo clínico de diretrizes terapêuticas (PCDT) para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que não incluiu o tiotrópio. O PCDT é usado pelos estados para guiar o tratamento de doenças crônicas. Apesar disso, alguns estados brasileiros, como Distrito Federal (DF) e Amazonas (AM), publicaram os seus próprios protocolos clínicos, com inclusão do tiotrópio como opção para o tratamento de DPOC. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi determinar o impacto da inclusão de tiotrópio nos protocolos clínicos sobre o índice de hospitalização por DPOC e custos associados, comparando os estados que fornecem o tiotrópio como opção terapêutica vs. os estados que seguem exclusivamente o PCDT do MinS, sem tiotrópio. **Métodos:** Dois estados com diretrizes terapêuticas que incluem o tiotrópio como opção de tratamento para DPOC, DF e AM foram selecionados para análise. Além deles, Mato Grosso do Sul (MS) e Alagoas (AL), foram escolhidos como comparadores por estarem na mesma área geográfica dos outros dois estados e pois utilizam apenas terapias indicadas no PCDT de DPOC do MinS. O DATASUS é uma base de dados nacional de administração do sistema público de saúde. Analisamos os índices de hospitalização por DPOC e custos associados entre os anos de 2013 a 2015 de acordo com o esta base de dados. Todos os índices foram normalizados pelo número da população publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Resultados:** Homens com idade acima de 50 anos constituíram 53% da população estudada. A análise combinada do índice de hospitalização de DF+AM em comparação com AL+MS mostrou que nos estados que oferecem tiotrópio para pacientes com DPOC houve 52, 4%

menos hospitalização por DPOC (90/100. 000 versus 43, 3/100. 000) em comparação aos estados que não oferecem tiotrópio. O total de gastos durante estes três anos de hospitalização com DPOC foi de R\$2. 292. 708, 00 e R\$4. 776. 882, 00 para DF+AM e MS+AL, respectivamente. A média de gastos por hospitalização foi R\$ 1. 657, 00 para DF+AM e R\$ 1949. 00 para MS+AL. O número acumulado de total de medicamentos dispensados para o tratamento de DPOC no período foi de 1. 823 tratamentos em DF+AM, versus 3. 028 em AL+MS. **Conclusão:** Esse estudo de vida real, baseado no DATASUS, identificou que o Distrito Federal (DF) e o Amazonas (AM), que dispõem tiotrópio, tem menor uso de medicamentos para DPOC, menor índice de hospitalização por DPOC e menor custo associado, em comparação com os estados que seguem unicamente o PCDT do MinS, sem oferecer tiotrópio. Mais estudos para comprovar este impacto positivo da incorporação de tiotrópio no tratamento da DPOC são necessários em outros estados brasileiros.

**Palavras-chave:** Dpoc; tiotrópio; hospitalizações

**PO548 PERCEÇÃO CORPORAL DE PACIENTES COM DPOC E OS EFEITOS DO TREINAMENTO RESISTIDO COM COMPONENTES ELÁSTICOS**

**BRUNA SPOLADOR SILVA<sup>1\*</sup>; DIONEI RAMOS<sup>2</sup>; JULIANA SOUZA UZELOTO<sup>2</sup>; ANA PAULA COELHO FIGUEIRA FREIRE<sup>2</sup>; FABIANO FRANCISCO LIMA<sup>2</sup>; ISIS GRIGOLETTO SILVA<sup>2</sup>; LUIS ALBERTO GOBBO<sup>2</sup>; ERCY MARA CIPULO RAMOS<sup>2</sup>**

1. UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL; 2. FCT-UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é altamente incapacitante, com sintomas que interferem na qualidade psicológica e funcional. Sabe-se que a percepção corporal influencia o estado mental a qualidade vida e que prática de exercícios físicos têm influência positiva em tal percepção. Treinamentos físicos que agreguem efetividade, praticidade e baixo custo, como a resistência elástica devem ser explorados. **Objetivo:** Comparar o índice de massa corporal (IMC) real com a percepção corporal de pacientes com DPOC e seus desfechos após treinamento resistido com componentes elásticos. **Métodos:** 25 pacientes foram subdivididos em: grupo de treinamento com bandas elásticas Theraband® (GBE; n=7); treinamento com tubos elásticos (GTE; n=9); e musculação (GM, n=9). Foi realizada avaliação dos dados antropométricos de altura e peso corporal determinados por balança e estadiômetro (Sanny®, Brasil), e calculado o índice de massa corporal (IMC) pela fórmula: Peso (Kg)/ (Altura(m))<sup>2</sup> (IMC Real). A percepção visual corporal foi avaliada pela Escala de silhuetas para adultos (Kakeshita, 2006), composta por 15 figuras de ambos os sexos que representam o IMC com uma variação média de 12, 5kg/m<sup>2</sup> para a primeira figura a 47, 5 kg/m<sup>2</sup> para a décima quinta (IMC percebido). Nesta há 3 questões: Qual figura representa seu corpo atual? (IMC percebido), Qual figura representa o corpo que você gostaria de ter? (IMC que gostaria) e Qual figura representa o corpo ideal para o seu gênero? (IMC gênero). O programa de treinamento foi de 12 semanas, três sessões semanais de 60 minutos. Foi realizado treinamento resistido para os movimentos flexão de ombro e abdução de ombro, flexão de cotovelo, extensão e flexão de joelho. Foram utilizados tubos elásticos (Lemgruber®) bandas elásticas (Theraband®), e aparelhos de musculação (polia simples, cadeira flexora e extensora). Ao final do protocolo do treinamento foi realizada a mensuração do IMC real e escala de silhuetas para adultos novamente. Foi utilizado teste Shapiro Wilk para determinar a normalidade dos dados. Para

as análises de concordância entre IMC real e subjetivo foi realizado o coeficiente de correlação intraclasse (CCI). Para análises pareadas foi utilizado teste T de Student pareado ou Wilcoxon. Para comparação intergrupos foi calculada variação absoluta entre o início e final da intervenção e aplicado teste Kruskal Wallis. O nível de significância utilizado foi de 5% **Resultados:** A média de idade do grupo GBE foi de 64, 75±4, 02 anos, do grupo GTE 70, 75±5, 18 anos e do grupo GM 69, 67±6, 22 anos (p= 0, 07). A média de IMC real total foi de 26, 94±4, 07 kg/m<sup>2</sup>; IMC percebido: 21, 60±9, 40 kg/m<sup>2</sup>; IMC que gostaria: 19, 10±5, 49 kg/m<sup>2</sup>; IMC gênero: 19, 30±5, 8 kg/m<sup>2</sup>. Na comparação de IMC real com IMC percebido e IMC que gostaria houve concordâncias moderadas significativas ( CCI: 0, 56 [0, 004-0, 81] p = 0, 02; CCI: 0, 66 [0, 234-0, 85] p = 0, 005, respectivamente) e baixa com IMC gênero (CCI: 0, 37[-0, 423-0, 724] p = 0, 13). Não houve diferenças significativas quando comparado o momento basal com final dos três grupos (IMC real: GBE p=0, 92; GTE p=0, 25; GM p=0, 36; IMC percebido: GBE p= 0, 18; GTE p= 0, 09; GM p= 0, 46). Em relação à comparação inter grupos também não houve diferenças significativas (IMC real p= 0, 30; IMC percebido p= 0, 35). **Conclusão:** Os pacientes com DPOC estudados têm uma percepção corporal semelhante com a real e após TRF com componentes elásticos não foram observadas modificações corporais reais e subjetivas.

**Palavras-chave:** Dpoc; reabilitação pulmonar; resistência elástica

#### **PO549 DPOC E ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA: AVALIAÇÃO DA LIMITAÇÃO FUNCIONAL**

**MARINA BAHL<sup>1</sup>; DANIELA SENNA MENEGUCI; NOESSA HIROMI STANGLER; CARDINE REIS; ROSEMERI MAURICI DA SILVA**  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença evitável e tratável, caracterizada por obstrução persistente, geralmente progressiva e incapacitante. No Brasil, ela ocupa a 5ª posição como causa de morte, contabilizando 290 mil internações anualmente. Está associada a manifestações pulmonares e extrapulmonares, como disfunção muscular esquelética e limitação de fluxo aéreo, levando a uma capacidade reduzida ao exercício, e piorando sintomas já existentes como dispneia e fadiga. A DPOC muitas vezes coexiste com comorbidades que contribuem para a limitação das atividades de vida diária e consequente piora do estado de saúde. **Objetivo:** Avaliar as limitações das Atividades de Vida Diária em pacientes com DPOC, atendidos no ambulatório do HU/UFSC, por meio dos questionários Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire (PFSDQ-M) e London Chest Activity of Daily Living (LCADL). **Métodos:** Os pacientes foram atendidos entre março e agosto de 2015. Foram coletados dados sócio-demográficos, tabagismo e consumo de álcool, dados espirométricos, gravidade da DPOC e comorbidades. Foram utilizados os questionários PFSDQ-M para avaliar a dispneia e fadiga nas atividades de vida diária, e o LCADL para avaliar as limitações nas atividades de vida diária. **Resultados:** Foram avaliados 40 indivíduos, sendo 75% do sexo masculino, 90% caucasianos, com média de idade de 66, 3 (±9, 2) anos, 85% não realizavam qualquer tipo de atividade física, 77, 5% apresentavam comorbidades, e 62, 5% grau D de gravidade pela GOLD. O grau de dispneia avaliado pelo PFSDQ foi de 19, 3 (±19, 3), na fadiga de 17, 6 (±20, 2) e nas mudanças sentidas pelos pacientes comparando antes e depois de desenvolver problemas respiratórios de 20, 9 (±21, 4), com

escore total de 57, 8 (±59, 5). Na LCADL encontramos 6 (±2, 1) em cuidados pessoais, 7, 9 (±8, 1) em atividades domésticas, e 3, 8 (±1, 7) e 4, 6 (±2) em atividades físicas e lazer, respectivamente, sendo que a maioria respondeu sentir muita falta de ar ao subir escadas. A percentagem do escore total foi 35, 3 (±15, 7). Houve diferença significativa entre os domínios e o escore total do PSFDQ quando comparados ao grau de gravidade pela GOLD: A e B (4±4, 4; 2, 2±2, 6; 4, 8±6, 5; 11±11, 8; p≤ 0, 0) e C e D (28, 4±19, 1; 26, 8±20, 6; 30, 6±21, 5; 85, 8±59, 1; p≤ 0, 0), bem como quanto à classificação espirométrica. Foi também observada diferença significativa entre os domínios e o escore % total da LCADL em relação ao grau de gravidade da DPOC: A e B (4±4, 4; 2, 2±2, 6; 4, 8±6, 5; 11±11, 8; p≤ 0, 0) e C e D (28, 4±19, 1; 26, 8±20, 6; 30, 6±21, 5; 85, 8±59, 1; p≤ 0, 0), como também em relação à classificação espirométrica. Quando analisada a correlação entre os domínios (cuidados pessoais, atividades domésticas, atividade física e lazer) da LCADL com os do PSFDQ (dispneia, fadiga e mudanças nas atividades) observou-se uma associação significativa entre eles (r= 0, 79; 0, 80; 0, 82; 0, 83; 0, 57; 0, 58; 0, 63; 0, 61; 0, 69; 0, 64; 0, 69; 0, 69; 0, 73; 0, 73; 0, 74; p ≤ 0, 01 para todos). Houve uma forte correlação entre os domínios da LCADL e o escore do PSFDQ (r= 0, 83; 0, 61; 0, 69; 0, 75; p ≤ 0, 01) bem como entre os domínios do PSFDQ com o escore % total da LCADL (r= 0, 81; 0, 81; 0, 81; p ≤ 0, 01). Por fim, observou-se uma forte correlação entre o escore % total da LCADL e do PSFDQ (r = 0, 83; p ≤ 0, 01). **Conclusão:** O PSFDQ e a LCADL se associam na avaliação do construto limitação em atividades de vida diária, e discriminam as classificações da GOLD quanto ao risco e sintomas.

**Palavras-chave:** Dpoc; atividade de vida diária; questionários

#### **PO550 EFEITOS DA PRESSÃO POSITIVA EXPIRATÓRIA SOBRE A DISPNEIA E A TOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO EM PORTADORES DE DPOC**

**RICARDO GASS\*<sup>1</sup>; PIETRO KRAUSPENHAR MEROLA<sup>1</sup>; FRANCIELE PLACHI<sup>1</sup>; DANNUEY MACHADO CARDOSO<sup>1</sup>; DULCIANE NUNES PAIVA<sup>2</sup>; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA<sup>3</sup>; MARLI MARIA KNORST<sup>1</sup>; DANILO CORTOZI BERTON<sup>1</sup>**

1. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS, UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. UNISC, SANTA CRUZ DO SUL, RS, BRASIL; 3. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A hiperinsuficiência pulmonar é considerada o mecanismo primordial de dispneia e limitação ao exercício na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Espera-se que o uso de resistência mecânica na fase expiratória durante o exercício (Expiratory Postive Airway Pressure; EPAP) poderia reduzir o desenvolvimento da HP e melhorar o desempenho. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da EPAP sobre a hiperinsuflação pulmonar dinâmica (HD), dispneia e tolerância ao exercício (Tlim) em indivíduos com DPOC. **Métodos:** Estudo transversal incluindo pacientes com DPOC no estágio II a IV. Após avaliação clínica e teste de exercício cardiopulmonar (TECP) incremental em cicloergômetro, foram realizados 3 TECP de carga constante (75% da carga incremental máxima) em dias separados (pelos menos 48hrs) utilizando EPAP de 0, 5 e 10 cmH<sub>2</sub>O em sequência aleatória. Tlim, medidas seriadas da percepção de dispneia (Borg) e capacidade inspiratória (CI) foram registradas durante os testes de carga constante. As comparações foram feitas com equações de estimativas generalizadas (GEE). **Resultados:** Foram avaliados 15 indivíduos (8 homens) com 60, 9 ± 10, 8 anos, IMC de 25, 8 ± 5, 7 Kg/m<sup>2</sup> e VEF1 37, 7 ± 11, 0 %pred. Não houve diferença significativa

entre o Tlim usando os crescentes níveis de EPAP (321±68, 327±51 e 262±52s, respectivamente). De forma similar, o comportamento cinético da CI e da percepção da dispneia durante o exercício não foi influenciado positivamente pelo uso do EPAP ( $p>0,05$ ), sendo que a percepção de dispneia com EPAP de 10cmH<sub>2</sub>O apresentou valores numericamente maiores. **Conclusão:** A aplicação da EPAP durante o exercício não aumentou o desempenho ou reduziu a dispneia e HD. Pelo contrário, indicou uma tendência de piora da dispneia e redução do Tlim, sem influenciar a HD.

**Palavras-chave:** Dpoc; respiração com pressão positiva; exercício

**PO551 FOLLOW COPD COHORT: AVALIAÇÃO DO ESTADO FUNCIONAL, NUTRICIONAL, DA QUALIDADE DE VIDA E SOBREVIDA**

**ROSEMERI MAURICI DA SILVA\***; **MARINA BAHL**; **FERNANDA RODRIGUES FONSECA**; **EMILIO PIZZICHINI**; **MARCIA MARGARET MENEZES PIZZICHINI**; **CARDINE REIS**; **FELIPE DAL PIZZOL**  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.*

**Introdução:** A DPOC é caracterizada pela limitação persistente ao fluxo aéreo, geralmente progressiva e associada a um aumento da resposta inflamatória crônica nas vias aéreas e nos pulmões. Essa inflamação traz consequências sistêmicas como sobrecarga cardíaca direita, infecções de vias aéreas, exacerbações, anormalidades nutricionais, disfunção musculoesquelética, depressão, dentre outras, e ainda vários marcadores inflamatórios parecem contribuir para a gravidade da doença. Sabe-se que fatores deletérios relacionados à inflamação podem levar à perda de peso, força e massa muscular, declínio significativo do estado funcional e da qualidade de vida que convergem e intensificam o acometimento extrapulmonar, sendo estes preditores independentes de morbimortalidade. **Objetivo:** Avaliar o efeito de fatores associados à DPOC no estado funcional, nutricional, na qualidade de vida e sobrevida de pacientes estáveis durante o período de um ano de seguimento. **Métodos:** São avaliados pacientes com diagnóstico de DPOC que concordam em participar por assinatura do TCLE, no período de outubro de 2015 a dezembro de 2016. As avaliações são realizadas em visitas, com intervalos de 30, 183 e 365 dias. É preenchida uma ficha de inclusão com dados sócio demográficos, específicos da DPOC e sobre uma possível exacerbação e/ou internação hospitalar durante o período de acompanhamento. O estado de saúde, qualidade de vida, dispneia, estado funcional nas atividades de vida diária e estado emocional são avaliados por meio de questionários (CAT, SGRQ, mMRC, LCADL e Inventário de Depressão de Beck). Os marcadores inflamatórios são determinados pela mensuração de enzimas, citocinas, ativação do NFκB, e via de sinalização intracelular das MAPKs (p38, ERK e JNK), e óxido nítrico exalado. A avaliação da força muscular é realizada por dinamometria manual de extensores de joelho e de prensão palmar, e volume muscular por ultrassonografia de coxa e circunferência que também é utilizada para avaliação nutricional juntamente com análise de impedância bioelétrica, além da avaliação do estado funcional pelo TC6 e hiperinsuflação dinâmica antes e após o teste. Na última visita serão reavaliadas todas as variáveis investigadas nas visitas anteriores e após um ano, será avaliada a sobrevida por contato telefônico. **Resultados:** A coleta de dados iniciada em outubro de 2015 apresenta até o momento 28 pacientes sendo 19 (67, 8%) do sexo masculino, 9 (32, 2%) do sexo feminino, com idade de 66, 8 (±8, 4) anos, na sua maioria 27 (96, 4%) caucasianos e

19 (67, 8%) aposentados. Quanto a escolaridade a maioria dos pacientes 18 (64, 2%) possuem apenas o ensino fundamental incompleto e 10 (35, 8%) outros níveis de escolaridade. Atualmente 21 (75%) pacientes são ex-tabagistas, somente 6 (21, 4%) ainda fumam e 1 paciente nunca fumou. Também quanto ao uso de O<sub>2</sub> domiciliar a maioria dos pacientes 25 (89, 2%) não faz uso, e 20 (71, 4%) pacientes possuem comorbidades associadas a DPOC, dentre elas doenças cardíacas, gastrointestinais, hipertensão, dislipidemia, depressão e osteoporose. Esses pacientes foram classificados quanto à GOLD espirométrica em 1 (3, 5%), 2 (25%), 3 (42, 8%) e 4 (28, 5%) com VEF1 pós-broncodilatador de 0, 89 (±0, 54) e classificados quanto a gravidade segundo critérios da GOLD em A (10, 7%), B (17, 8%), C (14, 2%) e D (57, 1%). **Conclusão:** Este estudo pretende avaliar globalmente e acompanhar ao longo do tempo os mesmos pacientes, observando os fatores associados à gravidade e ao prognóstico da doença.

**Palavras-chave:** Dpoc; epidemiologia; coorte

**PO552 CARACTERIZAÇÃO DO MODELO DE ENFISEMA INDUZIDO POR MÚLTIPLAS INSTILAÇÕES DE ELASTASE**

**MILENA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA\***; **SORAIA CARVALHO ABREU**; **GISELE DE ARAUJO PADILHA**; **NAZARETH N ROCHA**; **LIGIA MAIA**; **DEBORA XISTO**; **PEDRO LEME SILVA**; **PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO**  
*UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** O enfisema pulmonar é um dos fenótipos mais graves da doença pulmonar obstrutiva crônica, sendo caracterizado por uma destruição gradual do parênquima pulmonar, o que leva à redução da força de retração elástica. Até o momento, nenhum tratamento é capaz de impedir a progressão da doença. Sendo assim, modelos experimentais foram desenvolvidos para melhor elucidar sua fisiopatologia. A instilação intratraqueal de elastase é uma alternativa viável para a reprodução rápida de modelos progressivos da doença. No entanto, ainda não há estudos que reproduzam as características morfofisiológicas da doença durante seu estado agudo e crônico. **Objetivo:** Caracterizar o modelo de enfisema induzido por múltiplas instilações de elastase, através de análises periódicas do processo inflamatório e do remodelamento, bem como da função cardiopulmonar. **Métodos:** 48 camundongos C57BL/6 (20-25g) foram aleatoriamente divididos em 2 grupos. No grupo enfisema (ELA), os animais receberam uma, duas, três ou quatro instilações intratraqueais de elastase (PPE, 0. 2 UI) com intervalo de 1 semana entre as mesmas. No grupo controle (SAL), os animais receberam salina, através do mesmo protocolo. Antes e após as instilações, todos os camundongos foram submetidos ao ecocardiograma para a análise da função cardiovascular. Uma semana após cada instilação, a mecânica e histologia pulmonares e os níveis de citocinas pró-inflamatórias e fatores de crescimento foram analisados. **Resultados:** Após a primeira instilação, os animais do grupo ELA apresentaram um aumento de 12% ( $p=0,0001$ ) na porcentagem de células mononucleares no parênquima pulmonar em relação ao grupo SAL. Após a segunda, houve aumento da hiperinsuflação (12%) e do diâmetro alveolar médio (15%) e redução do conteúdo de fibras elásticas (24%) ( $p=0,0002$ ,  $p=0,0039$  e  $p=0,0197$ , respectivamente). Após a terceira, a porcentagem de neutrófilos aumentou em 171%, assim como o conteúdo de fibras colágenas no parênquima pulmonar ( $p=0,0009$ ) e nas vias aéreas ( $p=0,0118$ ). Além disso, constatou-se redução de 29% da elastância estática pulmonar. Após a última instilação,

houve aumento da porcentagem de macrófagos de fenótipo M1 ( $p=0,0014$ ), dos níveis de citocinas pró-inflamatórias e fatores de crescimento ( $p<0,05$ ), do conteúdo de fibras colágenas nos vasos sanguíneos pulmonares ( $p=0,0096$ ). Além disso, observou-se redução da relação PAT/PET ( $p=0,0025$ ) e aumento da área do ventrículo direito ( $p=0,0038$ ), o que sugere o desenvolvimento de hipertensão arterial pulmonar e cor pulmonale. **Conclusão:** Na fase inicial da doença, ocorre aumento no processo inflamatório, seguido de elastólise e fibrogênese, que no decorrer da mesma, provocam o declínio da função cardiopulmonar. Tal entendimento pode viabilizar o teste de diferentes estratégias terapêuticas em diferentes fases da doença, de modo a aumentar a sua eficácia.

**Palavras-chave:** Enfisema; elastase; inflamação

#### **PO553 DIFERENÇAS ENTRE EXACERBADORES E NÃO EXACERBADORES COM DPOC NO SUS.**

**ANNA CAROLINA GALVÃO FERREIRA\*<sup>1</sup>; JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR\*<sup>2</sup>; JULIA SADDI DE ALMEIDA\*<sup>1</sup>; ISADORA PARREIRA MONTEIRO<sup>1</sup>**

**1. PUC GO, GOIANIA, GO, BRASIL; 2. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO, BRASIL.**

**Introdução:** A DPOC é uma doença pulmonar inflamatória crônica, relacionada à inalação de fumaça tóxica, sendo a principal delas a fumaça do cigarro. Caracterizada pela obstrução fixa do fluxo aéreo, é progressiva, heterogênea e tratável. Sendo, as exacerbações importantes modificadores da morbimortalidade da doença. **Objetivo:** Verificar se há diferença entre exacerbadores e não exacerbadores dentre pacientes que utilizam medicação distribuída pela Central de Medicamentos de Alto Custo de GO. **Métodos:** Estudo observacional transversal de dados secundários de portadores de DPOC que utilizaram medicação distribuída pela Central de Medicamentos de Alto Custo de GO (CMAC-GO). As medicações na CMAC-GO eram: tiotropio, formoterol, budesonida, salmeterol/fluticasona. Foi obtida amostra aleatória de 315 prontuários cadastrados entre setembro de 2014 a agosto de 2015. Foram analisadas as variáveis: sexo, idade, região de procedência, fator de risco, função pulmonar, exacerbações infecciosas: nenhuma, menos que duas e mais que duas, assiduidade na retirada das medicações e medicações dispensadas. Os dados foram analisados com programa Stata version 13.1, atribuindo-se o nível de significância de 5% ( $p<0,05$ ). As variáveis contínuas não apresentaram distribuição normal e foram descritas utilizando-se mediana e intervalo interquartil. Na comparação de duas medianas, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Este estudo foi aprovado na Plataforma Brasil-CAAE 50813615. 6. 0000. 0037. **Resultados:** Dos 315 prontuários, a mediana de idade foi de 72 anos e semelhante entre os grupos: nenhuma exacerbação, menor que duas e maior que duas. As variáveis sexo e função pulmonar e assiduidade também foram semelhantes entre os grupos. Quanto a região de procedência, a região sudoeste teve menos exacerbadores, 14(29, 1%). No grupo não exacerbador e no grupo menor que duas exacerbações, o fator de risco tabagismo ocorreu em 100(99%) e 15(100%) respectivamente; nos com mais de duas exacerbações o tabagismo ocorreu em 173(91, 4%) e fatores de risco diferente do tabagismo/combinado de fatores de risco em 26(13, 1%)( $p=0,0001$ ). Quanto as medicações não exacerbadores, menor que duas e maior que duas exacerbações receberam medicações de maneira semelhante, sem diferença também no uso de corticoide inalatórios ou broncodilatadores. **Conclusão:** Os grupos: não exacerbador, menor que duas exacerbações e maior que

duas exacerbações foram semelhantes quanto a idade, sexo, função pulmonar, assiduidade na retirada de medicações e dispensação de medicamentos. Exacerbadores foram menos frequentes na região sudoeste de GO e fator de risco diferente do tabagismo/combinado de fatores de risco foi mais importante nos com exacerbações.

**Palavras-chave:** Dpoc; exacerbação; medicamentos

#### **PO554 AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM RELAÇÃO À GRAVIDADE NOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

**BRUNA EVELYN BUENO DE MORAIS\*<sup>1</sup>; JOSÉ WILLIAM ZUCCHI; DUELENE LUDIMILA NOGUEIRA; THYEGO MYCHEL MOREIRA SANTOS; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO; THAIS GARCIA; SUZANA ERICO TANNI**

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

**Introdução:** A DPOC é uma doença progressiva e que requer tratamento farmacológico para o controle dos sintomas respiratórios. Entretanto, são escassos dados brasileiros que avaliaram a adesão ao uso de fármacos pela gravidade da doença. **Objetivo:** Avaliar o uso e a adesão de fármacos inalatórios em relação à gravidade da doença em pacientes com DPOC. **Métodos:** Foram avaliados 47 pacientes (53, 2% sexo masculino, idade: 68, 3± 8, 8 anos e VEF1: 43 ± 16, 2%) por meio da espirometria, oximetria de pulso (SpO2), classificação da gravidade e adequação farmacológica pelo GOLD 2015, magnitude da dispneia (Medical Research Council Modificado – MMRC), Questionário COPD Assessment Test (CAT), frequência de exacerbações no último ano, aderência referida aos fármacos de indicação pulmonar e a verificação da adequação da técnica do dispositivo inalatório. resultados: Do total de pacientes avaliados, 7 eram da classe GOLD A, 5 da classe GOLD B, 7 do GOLD C e 28 GOLD D. Em relação à adequação ao tratamento farmacológico, 42, 85 % do GOLD A, 40% do GOLD B, 28, 57% GOLD C e 53, 57% GOLD D estavam com prescrição médica farmacológica conforme as diretrizes ( $p=0,89$ ). Quanto à aderência referida ao tratamento, 71, 42% do GOLD A, 100% do GOLD B, 57, 14% do GOLD C e 71, 42% do GOLD D ( $p=0,98$ ) utilizavam diariamente os fármacos prescritos. A técnica correta do uso dos dispositivos inalatórios foi de 71, 42% no GOLD A, GOLD B (20%), GOLD C (57, 14%) e GOLD D (57, 14%) ( $p=0,76$ ). **Conclusão:** Pacientes da classe GOLD C são menos aderentes ao tratamento e apresentam menor proporção de adequação farmacológica e, GOLD B menor proporção no uso correto dos dispositivos.

**Palavras-chave:** Dpoc; adesão; adequação

#### **PO555 PRECISÃO E ACURÁCIA DOS FLUXOMETROS UTILIZADOS EM OXIGENOTERAPIA**

**AMANDA RAPOSO PAGLIOCCHI\*<sup>1</sup>; JOSY DAVIDSON; MARIANA GAZZOTTI; AMARO OLIVEIRA; OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO; JOSÉ ROBERTO JARDIM**

**UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Dois estudos, um brasileiro (Davidson et al, Resp. Care, 2012) outro belga (Duprez et al, Sci\_Res, 2014), mostraram que seus fluxômetros são precisos mas não são acurados, porém não há relatos da precisão e da acurácia de fluxômetros provenientes de outros países. **Objetivo:** Avaliar a precisão e a acurácia de fluxômetros de 6 países com rigorosas normas de qualidade e fabricação destes equipamentos. **Métodos:** Estudo experimental com 240 fluxômetros provenientes de 6 países, 40 da França (1), 60 do Canadá (2), 40 da Inglaterra (3), 20 da Itália (4), 40 da

China (5) e 40 da Austrália (6). Para a verificação da acurácia e precisão a entrada dos fluxômetros foi conectada à rede de gás através de uma válvula redutora ajustada com a pressão indicada pelo fabricante, e a saída ao medidor de fluxo previamente calibrado para alto ou baixo fluxo (FlowAnalyzer Tm PF 302, IMT Medical, Ag. Buchs, Switzerland). Foram realizadas 3 medidas em cada fluxo nos fluxômetros de alto fluxo (fluxos 1, 3, 5 e 10L/min), baixo fluxo neonatal (fluxos 0, 1, 0, 3, 0, 5, e 1L/min e 0, 5, 1, 1, 5 e 2L/min) e baixo fluxo pediátrico (fluxos 0, 5, 1, 3, e 5L/min). A temperatura do gás e a umidade foram anotadas para assegurar as condições impostas pelos fabricantes. **Resultados:** 240 fluxômetros foram avaliados totalizando 3. 120 medidas. Todos os FLUXÔMETROS DE ALTO FLUXO (6 países avaliados) mostraram-se precisos, porém com alta variabilidade (0 a 30%). Os fluxômetros dos países 1, 4 e 5 foram acurados em todas as medidas com variações menores que os 10% estipulados pelos fabricantes ( $\leq 5$ , 5%,  $\leq 5$ %) e  $\leq 10$ %, respectivamente), já o país 6 não mostrou acurácia em nenhuma das medidas ( $\geq 26$ %). As medidas dos países foram diferentes ( $p < 0, 05$ ) na maioria das combinações. Os FLUXÔMETROS PEDIÁTRICOS DE BAIXO FLUXO (3 países avaliados) foram precisos, apresentando baixa variabilidade (0 a 8, 6%), exceto os do país 1 com fluxo 0, 5L/min (12%). A acurácia foi inferior aos 10% preconizados pelos fabricantes, exceto os do país 1 (12%). As medidas nos fluxômetros dos 3 países foram diferentes ( $p < 0, 05$ ), exceto no fluxo 1Lpm ( $p < 0, 23$ ). Os FLUXÔMETROS NEONATAIS DE BAIXO FLUXO (3 países avaliados) foram precisos em todas as medidas, porém foram os que apresentaram maior variabilidade nas medições (-28 a 32%). Os fluxômetros foram pouco acurados, sendo que os do país 5 foram os que apresentaram os piores resultados ( $\geq 26$ %). As medidas dos fluxômetros dos 3 países foram diferentes ( $p < 0, 001$ ). **Conclusão:** Os fluxômetros procedentes dos 6 países avaliados foram precisos, com os fluxômetros pediátricos de baixo fluxo mostrando maior precisão e menor variabilidade entre medidas. Os fluxômetros de alto fluxo e pediátricos de baixo fluxo foram os que apresentaram melhor acurácia entre as medidas avaliadas.

**Palavras-chave:** Oxigenoterapia; testes laboratoriais; fluxômetro

**PO556** PERFIL DE DISTRIBUIÇÃO DE BRONCODILADORES INALATÓRIOS PARA DPOC NO SUS. ANNA CAROLINA GALVÃO FERREIRA<sup>1\*</sup>; JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR<sup>2</sup>; JULIA SADDI DE ALMEIDA<sup>1</sup>; ISADORA PARREIRA MONTEIRO<sup>1</sup>; ALEX BESSA<sup>1</sup>; JÉSSICA RODRIGUES BORGES LEÃO<sup>1</sup>; MATHEUS RABAHÍ<sup>1</sup>

1. PUC GO, GOIANIA, GO, BRASIL; 2. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO, BRASIL.

**Introdução:** A DPOC é uma doença pulmonar inflamatória crônica, relacionada a inalação de fumaça tóxica, sendo a principal delas a fumaça do cigarro. Caracterizada pela obstrução fixa do fluxo aéreo, é progressiva, heterogênea e tratável. O tratamento medicamentoso é fundamentado nos broncodilatadores e corticoides inalatórios. **Objetivo:** Conhecer o perfil de distribuição de broncodilatadores inalatórios para DPOC pelo SUS no estado de Goiás. **Métodos:** Estudo observacional transversal de dados de portadores DPOC que utilizaram medicação distribuída pela Central de Medicamentos de Alto Custo de GO (CMAC-GO). As medicações disponíveis na CMAC-GO eram: tiotropio, formoterol, budesonida, salmeterol/fluticasona. Foram incluídos os cadastrados sob o CID J44. 0, J44. 1 e J44. 8, no período de setembro de 2014 a agosto de 2015. Foram selecionados 1023 e excluídos:

mandato de segurança, CID diferente dos citados, inativos e menos de 6 meses de cadastro, restando 517, após sorteio aleatório, incluídos 380 prontuários. O cálculo da amostra foi realizado estimando a proporção da população com precisão absoluta de 6%, ao nível de confiança de 95%. Assumindo-se a prevalência dos fatores clínicos e funcionais em 50% como a escolha mais segura (maior amostra), calculou-se amostra de 267. Os dados foram analisados com o programa Stata version 13. 1, atribuindo-se o nível de significância de 5% ( $p < 0, 05$ ). As variáveis contínuas não apresentaram distribuição normal e foram descritas utilizando-se mediana e intervalo interquartil. Na comparação de duas medianas, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Este estudo foi aprovado na Plataforma Brasil - CAAE 50813615. 6. 0000. 0037. **Resultados:** Do total, 309 (81, 3%) e 116 (30, 5%) receberam tiotropio e formoterol respectivamente. Receberam apenas broncodilatador 70(18, 4%), sendo que 62 (16, 3%) apenas o tiotropio. Houve diferença na mediana de idade em relação ao uso de formoterol e tiotropio, quem usava formoterol apresentava menor idade ( $p = 0, 04$ ), indivíduos de maior idade usavam tiotropio ( $p = 0, 007$ ), mediana de idade de 70 e 72 anos respectivamente. Houve predomínio do sexo feminino para utilização de broncodilatadores sem associação com corticoide inalatório (54, 3%) ( $p = 0, 03$ ). Na região central, houve predomínio do uso de tiotropio (91, 6%) ( $p = 0, 01$ ) e na região metropolitana do uso do formoterol (38, 7%) ( $p = 0, 0001$ ). Em relação à função pulmonar, os com VEF1  $< 50$ %, 241(86, 7%) receberam predominantemente tiotropio ( $p = 0, 0001$ ) e com VEF1  $> 50$ % (41, 2%) ( $p = 0, 006$ ) receberam formoterol. As variáveis fator de risco, exacerbações e assiduidade foram semelhantes na distribuição de broncodilatadores. **Conclusão:** Da população de portadores de DPOC estudados, mais de 80% receberam tiotropio e 18, 4% receberam apenas broncodilatadores. Mais velhos e com pior função pulmonar receberam mais tiotropio. As mulheres receberam mais broncodilatadores isoladamente e a região centro de GO recebeu menos formoterol e mais tiotropio.

**Palavras-chave:** Dpoc; broncodilatador; medicamento

**PO557** FOLLOW COPD COHORT: PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA FERNANDA RODRIGUES FONSECA<sup>\*</sup>; CARDINE REIS; MARINA BAHL; ROSEMERI MAURICI DA SILVA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.

**Introdução:** A depressão está comumente associada à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), podendo impactar negativamente seu curso clínico. Fatores etiológicos incluem a predisposição genética, o impacto inerente a doenças crônicas e o dano direto ao sistema nervoso central (SNC) mediado por efeitos fisiopatológicos da doença respiratória. Barreiras relacionadas aos pacientes, aos clínicos e ao sistema de saúde contribuem para seu subdiagnóstico. A prevalência de sintomas depressivos em pacientes com DPOC varia amplamente na literatura científica e é desconhecida no Brasil. **Objetivo:** Esta pesquisa visa investigar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes com DPOC clinicamente estáveis acompanhados na FOLLOW COPD cohort. **Métodos:** Pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) foram submetidos à realização de espirometria e antropometria e também à aplicação da escala Medical Research Council modificada (mMRC), do COPD Assessment Test (CAT) e



do Inventário de Depressão de Beck II (IDB II). **Resultados:** Foram avaliados 31 pacientes, sendo 18 (58, 1%) homens e 9 (29, 0%) tabagistas ativos. Os pacientes apresentaram idade, índice de massa corporal (IMC), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e escore total no CAT médios iguais a 66 ( $\pm 9$ ) anos, 24, 2 ( $\pm 5, 0$ ) kg/m<sup>2</sup>, 49, 5 ( $\pm 17, 3$ ) %predito e 16 ( $\pm 12$ ), respectivamente, e escore mediano igual a 2 (1-4) na mMRC. De acordo com as classificações da Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD), mostraram-se com obstrução leve (n=2/ 6, 5%), moderada (n=10/ 32, 3%), grave (n=16/ 51, 6%) ou muito grave (n=3/ 9, 7%) ao fluxo aéreo e foram distribuídos por risco e sintomas em A (n=3/ 9, 7%), B (n=5/ 16, 1%), C (n=5/ 16, 1%) e D (n=18/ 58, 1%). A presença de sintomas depressivos foi observada em 20 (64, 5%) pacientes, sendo que o escore total médio alcançado no IDB II foi de 18 ( $\pm 13$ ). Os itens sobre perda de interesse em sexo e pensamentos suicidas foram aqueles com maior e menor escore médio alcançado, respectivamente. **Conclusão:** Pacientes com DPOC parecem ser vulneráveis à depressão. Considerando a magnitude da prevalência de sintomas depressivos na amostra estudada, enfatiza-se a importância de sua triagem frequente em pacientes com DPOC a fim de se evitarem os efeitos deletérios da depressão nos mesmos. A cooperação entre especialistas em saúde respiratória e mental pode ser útil para a detecção, o monitoramento e o manejo da depressão como comorbidade na DPOC.

**Palavras-chave:** Triagem; sintomas depressivos; doença pulmonar obstrutiva crônica

**PO558 FOLLOW COPD COHORT: COMORBIDADES EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ROSEMERI MAURICI DA SILVA; FERNANDA RODRIGUES FONSECA; MARINA BAHL; CARDINE REIS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA,  
FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) comumente coexiste com enfermidades crônicas. Algumas são independentes, enquanto outras apresentam relação causal com a mesma por compartilharem fatores de risco ou por uma aumentar o risco para outra. As comorbidades contribuem para a gravidade global de pacientes com DPOC e, portanto, sua investigação pelos clínicos deve ser rotineira. **Objetivo:** Esta pesquisa visa investigar a prevalência de comorbidades em pacientes com DPOC participantes da FOLLOW COPD cohort. **Métodos:** Antropometria e espirometria foram realizadas em pacientes atendidos ambulatorialmente pelo serviço de Pneumologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), bem como foram aplicados o COPD Assessment Test (CAT) e a escala Medical Research Council modificada (mMRC). As doenças crônicas citadas nos prontuários médicos e/ou informadas pelos pacientes foram consideradas e utilizadas no cálculo do escore no COPD Specific Comorbidity Test (índice COTE). **Resultados:** Avaliaram-se 69 pacientes (45 homens/ 65, 2%) que se apresentaram, em média, com 66 ( $\pm 10$ ) anos de idade, 25, 4 ( $\pm 4, 9$ ) kg/m<sup>2</sup> de índice de massa corporal (IMC), 46, 8 ( $\pm 19, 3$ ) %predito de volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e 18 ( $\pm 10$ ) de escore total no CAT, e com escore mediano de 2 (1-3) na mMRC. Os pacientes mostraram-se com obstrução leve (n=4/ 5, 8%), moderada (n=21/ 30, 4%), grave (n=31/ 44, 9%) ou muito grave (n=13/ 18, 8%) ao fluxo aéreo e foram distribuídos por risco e sintomas em A (n=10/ 14, 5%), B (n=13/ 18, 8%), C (n=5/ 7, 2%) e D (n=41/ 59, 4%), conforme as classificações da Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

(GOLD). A presença de doenças crônicas concomitantes foi observada em 49 pacientes (71, 0%), sendo o número médio de enfermidades crônicas coexistentes igual a 2 ( $\pm 2$ ). Dentre os pacientes, 22 (31, 9%) receberam escore no índice COTE e 2 (2, 9%) atingiram seu ponto de corte para aumento do risco de morte. **Conclusão:** A apresentação de doenças crônicas em concomitância a DPOC é frequente e contribui para a heterogeneidade desses pacientes. A triagem rotineira de outras enfermidades crônicas e a implementação de estratégias terapêuticas interdisciplinares são desafios que devem ser enfrentados na prática clínica. Diante da prevalência de comorbidades na amostra estudada, salienta-se a necessidade de abordar globalmente a DPOC, considerando a repercussão das mesmas no estado de saúde dos pacientes.

**Palavras-chave:** Dpoc; comorbidade; epidemiologia

**PO559 AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA DPOC ATRAVÉS DO CAT E MMRC E SUA COMPARAÇÃO COM PARÂMETROS CLÍNICOS E DE TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR**  
**MARIA CECILIA CORREIA SILVA\*; LIANA GONÇALVES MACEDO; BRIVALDO MARKMAN-FILHO; CARLOS FEITOSA LUNA; ALINA FARIAS DE OLIVEIRA; DANIELLE CRISTINA SILVA CLÍMACO; THAYSE NEVES SILVA; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN**  
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) está entre as principais causas de morte em todo o mundo e apresenta custo social e econômico elevados. O Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease recomenda a utilização das escalas de avaliação de qualidade de vida, a modified Medical Research Council (mMRC) e o Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test (CAT) para classificação e orientação de tratamento da DPOC. Porém, resultados de diferentes estudos demonstram larga variação da correlação entre o CAT e o mMRC. **Objetivos:** Verificar a correlação entre as escalas mMRC e CAT e observar se existe associação dessas escalas com dados clínicos e de testes de função pulmonar. **Métodos:** Trata-se de estudo do tipo série de casos retrospectiva, com análise dos dados registrados em prontuários de pacientes com diagnóstico DPOC, referentes à primeira consulta ambulatorial em serviço público especializado de pneumologia, entre janeiro de 2014 e maio de 2016. **Resultados:** Dos 120 registros de primeira consulta de pacientes com DPOC, foram selecionados 45 por apresentarem descrição concomitante do CAT e mMRC. A média de idade dos pacientes foi 62, 6 + 9, 2. Houve predomínio do sexo feminino (51, 1%), de pacientes alfabetizados (69, 2%), com renda familiar de até um salário mínimo (87, 5%) e de ex-tabagistas (71, 1%). A maioria foi classificada em GOLD C e D (75, 5%). As médias da pontuação das escalas mMRC e CAT foram 2, 2  $\pm$  1, 2 e 18, 9  $\pm$  9, 4, respectivamente. O teste de correlação de Pearson demonstrou correlação linear positiva forte entre os valores de mMRC e CAT ( $r = 0, 678$ ;  $p < 0, 001$ ). Ao serem comparadas as escalas categorizadas em mMRC 0-1 e mMRC > 2 versus CAT < 10 e CAT > 10, observou-se que no grupo com mMRC > 2 (N = 27), a frequência de CAT > 10 (92, 6%) foi significativamente superior à de CAT < 10 (7, 4%); ( $p = 0, 045$ ). Os grupos de pacientes com mMRC 0-1 e mMRC > 2 foram comparados em relação às variáveis clínico-espirométricas. A média de idade foi semelhante nos dois grupos. O sexo masculino foi mais frequente no grupo com mMRC > 2 (63%) e o sexo feminino (72%) no grupo mMRC 0-1, sendo essa diferença significativa ( $p = 0, 033$ ). Comparado ao grupo com mMRC 0-1, o grupo de pacientes com mMRC > 2 apresentou maior número de exacerbações e de relatos de tosse e dispnéia. Não houve

diferenças significativas entre os dois grupos em relação aos valores das médias do VEF1 pós-BD, da relação VEF1/CVF, da distância percorrida e da SpO2 pré e pós teste de caminhada de seis minutos. Ao serem comparados os grupos de pacientes com CAT < 10 e CAT > 10 em relação às variáveis clínico-espirométricas, não se observaram diferenças significativas. **Conclusões:** O achado de forte correlação linear positiva entre o mMRC e o CAT não se seguiu da associação das categorias mMRC > 2 e CAT > 10 com variáveis clínico-espirométricas que representassem maior gravidade da DPOC, como o maior número de exacerbações e menores valores dos dados da espirometria e do TC6min. Alguns fatores podem ter contribuído para esses achados, além do pequeno número de pacientes, dentre os quais destacamos o nível de escolaridade baixo observado na terça parte da amostra e o fato da aplicação desses dessas escalas ter sido realizada em pré-consulta não padronizada e por diferentes profissionais de saúde. Estudos futuros que testem a aplicação padronizada do CAT e mMRC e que utilizem análises com diferentes pontos de corte para essas escalas, podem auxiliar a esclarecer esses achados.

**Palavras-chave:** Dpoc; cat; mmrc

#### **PO560 AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE CITOCINAS SÉRICAS EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) E SUA ASSOCIAÇÃO COM A REVERSIBILIDADE DO VEF1.**

**CLERISTON FARIAS QUEIROZ\*<sup>1</sup>; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS<sup>1</sup>; MARGARIDA CELIA LIMA COSTA NEVES<sup>1</sup>; MARIA DE LOURDES SANTANA BASTOS<sup>1</sup>; NATÁLIA BARBOSA CARVALHO<sup>2</sup>; AQUILES ASSUNÇÃO CAMELIER<sup>3</sup>; EDGAR M. CARVALHO<sup>2</sup>**

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA -SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA/UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA /SERVIÇO DE IMUNOLOGIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA /UNEB, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** A resposta infamatória das vias aéreas na DPOC tem recebido atenção especial nos últimos anos. Foi observado que os níveis de mediadores infamatórios como proteína C reativa, IL-8, IL-6, TNF e RANTES (CCL5) se apresentam elevados na DPOC. **Objetivos:** Determinar se há relação entre os níveis de citocinas infamatórias séricas e a gravidade da DPOC com ênfase na reversibilidade do VEF1. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com 37 pacientes diagnosticados com DPOC com base nos critérios do GOLD, 2010. Foram submetidos a testes de função pulmonar com ênfase nos parâmetros funcionais VEF1, CVF e relação VEF1/CVF. Foram coletadas amostras de sangue de 10 ml para determinação dos níveis séricos de citocinas. Um grupo de 22 indivíduos saudáveis sem DPOC foi utilizado como controle. Com base nos parâmetros de função pulmonar estabelecidos nas diretrizes de 2010 do GOLD e na resposta ao broncodilatador, os pacientes com DPOC foram divididos em dois grupos: limitação ao fluxo aéreo não reversível (LFAAnr), envolvendo os pacientes que não apresentaram alteração significativa do VEF1 pós-broncodilatador (N = 24); e limitação ao fluxo aéreo parcialmente reversível (LFApr), envolvendo os pacientes que apresentaram reversibilidade do VEF1 (N=13). A reversibilidade do VEF1 pós-broncodilatador foi definida como aumento do VEF1  $\geq 12\%$ , conforme proposto nas diretrizes conjuntas da American Thoracic Society (ATS)/ European Respiratory Society (ERS)/ GOLD O grupo controle foi composto por (N = 22) de indivíduos saudáveis. As citocinas e as quimiocinas foram quantificadas por ELISA sanduíche. **Resultados:** Todos os pacientes apresentaram

relação VEF1 /CVF  $\leq 70\%$  do valor previsto. As medianas dos valores do VEF1 pré- e pós-broncodilatador foram de 48, 2% (variação: 30-66%) e 51% (variação: 35-71%), respectivamente, no grupo LFAAnr, contra 35% (variação: 28-44%) e 47% (variação: 36-52%), respectivamente, no grupo LFApr (p < 0, 04), enquanto, no grupo controle, elas foram de 79% (variação: 65-82%) e 84% (variação: 69-89%), respectivamente. A mediana dos níveis de TNF foi de 2, 9 pg/ml (variação: 0, 95-6, 03 pg/ml) no grupo LFAAnr e de 3, 2 pg/ml (variação: 2, 65-5, 50 pg/ml) no grupo LFApr, ambos os valores significativamente maiores do que o 0, 35 pg/ml (variação: 0-1, 9 pg/ml) observado para os controles (p < 0, 01). A mediana dos níveis de IL-6 também foi significativamente maior nos grupos LFAAnr e LFApr do que no grupo controle — 1, 4 pg/ml (variação: 0, 42-2, 10 pg/ml) e 0, 92 pg/ml (variação: 0, 37-1, 89 pg/ml), respectivamente, versus 0 pg/ml (p < 0, 01). Além disso, os níveis de IL-8 foram significativamente maiores no grupo LFAAnr do que no grupo controle (p < 0, 05), e os níveis da RANTES (CCL5) não diferiram significativamente entre os dois grupos de pacientes nem entre cada grupo de pacientes e o grupo controle (p > 0, 05 para todos). A mediana dos valores de IL-8 para os grupos LFAAnr, LFApr e controle foi de 0 (variação: 0-57, 50), 0 (variação: 0-51, 75) e 0 (variação: 0-0), respectivamente, sendo que a diferença entre o grupo LFAAnr e o grupo controle foi estatisticamente significativa (p < 0, 05). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em relação aos níveis séricos do RANTES (CCL5). **Conclusão:** É evidente que os pacientes do grupo LFApr apresentaram maior hiper-responsividade das vias aéreas. A IL-6 e o TNF estavam com níveis elevados no grupo LFApr quando comparados ao grupo LFAAnr, demonstrando que estas citocinas possam está associadas a uma fase mais obstrutiva da doença.

**Palavras-chave:** Dpoc; citocinas; VEF1

#### **PO561 USO DE UM MANUAL DOMICILIAR AJUDA OS PACIENTES A MANTEREM OS GANHOS DA REABILITAÇÃO PULMONAR**

**YVES RAPHAEL DE SOUZA\*<sup>1</sup>; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; KENIA MAYNARD DA SILVA; DIEGO CONDESSO; BIANCA FIGUEIRAS; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; ARNALDO JOSE NORONHA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** É amplamente reconhecido na literatura que programas de reabilitação pulmonar (PRP) apresentam bons resultados, aumentando a capacidade de exercício e qualidade de vida em pacientes com DPOC. Da mesma forma, após a interrupção do processo de reabilitação, a literatura afirma que os pacientes retornam a valores próximos dos anteriores ao PRP. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi determinar se um Manual de Reabilitação Pulmonar domiciliar poderia facilitar a manutenção dos ganhos adquiridos durante a reabilitação ambulatorial após três meses da alta. Método Estudo clínico randomizado, no qual 50 pacientes com diagnóstico de DPOC, de ambos os gêneros (28 mulheres e 22 homens), em acompanhamento clínico no ambulatório de DPOC do Serviço de Pneumologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), realizaram o PRP de baixa intensidade no laboratório de Reabilitação Pulmonar do mesmo serviço. Todos os pacientes foram avaliados antes (V1), imediatamente após 3 meses de PRP (V2) e 12 semanas após o término do PRP (V3). Logo após o PRP (na V2), os pacientes eram divididos em dois grupos de forma randômica: um grupo chamado "manual" (GM) recebeu o Manual de Reabilitação Pulmonar Domiciliar e foi instruído a utilizá-lo 1 vez ao dia, todos os dias durante 3 meses. O outro grupo, chamado "controle"

(GC) receberam orientações verbais básicas após o PRP. Após 12 semanas desse período domiciliar, os dois grupos foram convocados para uma nova avaliação (V3). Todas as avaliações incluíram o Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6M), Teste do Degrau de Seis Minutos (TD6M), COPD Assessment Test (CAT) e medida de dispnéia pela escala Medical Research Council modificada (MRCm), além de Prova de Função Pulmonar. Resultado Na comparação entre resultados imediatamente após o PRP e após 12 semanas domiciliares, o GM apresentou TC6M= 419, 9±92, 62m e 420, 1±97, 51m; o TD6M= 302, 4±127, 77 degraus e 303, 6±123, 72 degraus; o GC apresentou TC6M= 403, 3±70, 36m e 356, 9±76, 1m; o TD6M= 314, 9±120, 33 degraus e 276±117, 39 degraus. Na mesma linha de tempo, o CAT do GM= 17, 52±5, 38 e 16, 88±5; GC= 18, 4±2, 66 e 19, 36±2, 13; MRCm do GM= 2, 36±0, 76 e 2, 04±0, 73; GC= 2, 24±0, 99 e 2, 72±1, 03. Conclusão O uso de um manual simples e ilustrado facilitou a manutenção dos benefícios adquiridos na reabilitação pulmonar ambulatorial durante um período de 3 meses após o seu término. O grupo que não utilizou o manual perdeu os ganhos da reabilitação e voltou a apresentar valores de capacidade do exercício próximos à avaliação pré-reabilitação.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; dpo; tc6m

#### **PO562 AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PORTADORES DE DPOC ACOMPANHADOS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO**

ANA CLAUDIA COSTA CARNEIRO<sup>1</sup>; MARINA SANTOS COSTA<sup>2</sup>; ALFREDO RODRIGUES BEZERRA JUNIOR<sup>2</sup>; DANIEL FERREIRA COSTA<sup>2</sup>; LAIS COSTA CARNEIRO<sup>3</sup>

1. HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. EBMS, SALVADOR, BA, BRASIL; 3. UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é um grave problema de saúde pública pela sua alta prevalência e morbimortalidade. Essa patologia frequentemente encontra-se associada a transtornos psicológicos, sendo a ansiedade e a depressão as mais prevalentes. Uma abordagem direcionada à busca de sinais precoces destas patologias faz-se necessário para o bom acompanhamento do paciente com DPOC. **Objetivo:** Descrever a frequência de ansiedade e depressão em pacientes acompanhados em um hospital especializado em pneumologia e identificar se há diferença de gênero na distribuição destas. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal de morbidade ambulatorial. Foi realizado em uma população de portadores de DPOC, através de amostragem de conveniência, no Hospital Especializado Octavio Mangabeira (HEOM/SESAB). Critérios de inclusão indivíduos com idade entre 40 e 80 anos, de ambos os sexos, regularmente acompanhados no HEOM, diagnosticados com DPOC segundo as normas GOLD/II Consenso Brasileiro de DPOC. Critérios de exclusão: Pacientes que possuíssem distúrbios psiquiátricos e/ou quaisquer outras patologias pulmonares não DPOC. Foi aplicado o questionário Escala HAD – Avaliação do Nível de Depressão. Este questionário é auto-administrado, composto por 14 itens que abrangem sintomas sugestivos de depressão e ansiedade. As respostas são somadas de modo a fornecer a classificação separada das sintomatologias de ansiedade e depressão, com pontuação variando de 0 a 21 em cada escala. Quanto maior a soma do escore, maior a probabilidade de ansiedade/depressão. Devido ao baixo nível sócio-educacional dos pacientes do ambulatório, optou-se por uma coleta guiada pelos pesquisadores. Caso o paciente se enquadrasse no nível de provável depressão/

ansiedade, seria notificado ao médico assistente, que tomaria as devidas providências. **Resultados:** Após a avaliação de 56 pacientes, pôde-se observar que, nesse grupo, a incidência de ansiedade supera a de depressão. Aproximadamente 43% dos pacientes tiveram resultado de provável/possível ansiedade, enquanto que 32% tiveram provável/possível depressão. Percebeu-se, também, que as mulheres tendem a ser mais ansiosas e depressivas: das 26 participantes, 69% foram classificadas como possível/provável portadoras de ansiedade; e de depressão, 50%. **Conclusão:** O significativo índice de ansiedade e depressão nesta amostra de pacientes com DPOC torna necessária a investigação dessas comorbidades no nosso meio. O elevado número de pacientes com resultado inconclusivo, 27%, mostrou que a aplicação do questionário HAD funcionou melhor como ferramenta de triagem para encaminhamento de pacientes para avaliação psicológica, sugerindo a necessidade de métodos incrementais para o diagnóstico de depressão e ansiedade.

**Palavras-chave:** Dpo; depressão; ansiedade

#### **PO563 PERFIL DOS PACIENTES COM DPOC ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO**

SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA\*; SAMYLA BARROS FIGUEIREDO

CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por obstrução persistente de vias aéreas, geralmente progressiva e associada a uma inflamação crônica. Os sintomas incluem dispnéia, tosse e expectoração crônica e episódios de exacerbação. A fisiopatologia é caracterizada por enfisema e bronquite crônica e o principal fator de risco é o tabagismo. No mundo, a DPOC acomete mais de cinquenta milhões de pessoas. Estimativas mostram prevalência de cinco a seis milhões de brasileiros com DPOC. Os doentes tem qualidade de vida prejudicada devido à diminuição da tolerância aos exercícios físicos e perda de força dos músculos respiratórios. Com base na grande prevalência e no impacto que ela exerce na qualidade de vida do doente, é importante conhecer o perfil epidemiológico de cada localidade. **Objetivo:** Levantar dados sobre o perfil de pacientes com DPOC atendidos no ambulatório de pneumologia em um centro universitário na cidade de Fortaleza-CE. **Métodos:** Estudo do tipo observacional, transversal, quantitativo, desenvolvido na Clínica Escola de Saúde (CES) do Centro Universitário Christus, localizado na cidade de Fortaleza-CE. O período do estudo foi de agosto de 2015 a julho de 2016 e sua amostra foi composta pelos pacientes com DPOC acompanhados no ambulatório de pneumologia. Os doentes foram avaliados por meio do questionário epidemiológico, o qual visa coletar dados demográficos, antropométricos, socioeconômicos, comorbidades, tempo de DPOC, tratamento para DPOC e carga tabágica. Os critérios de inclusão no estudo foram: Diagnóstico de DPOC e comparecimento à CES para coleta de dados. Os dados foram tabulados e analisados pelo software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), v23, SPSS, Inc. para análise e avaliação dos dados obtidos na coleta. **Resultados:** 15 pacientes preencheram os critérios de inclusão, destes, 58, 8% foram mulheres. A média de idade dos pacientes foi de 71 anos, com desvio-padrão (dp) de 10. A média do IMC foi de 25, 74, com dp de 5, 11. 58, 8% dos pacientes tinham renda de até 1 salário mínimo e 5, 9% de 3 a 6 salários mínimos. Quanto a escolaridade, 35, 3% da população não tem escolaridade

e 5, 9% tem ensino superior completo. A média do tempo de diagnóstico da DPOC entre os pacientes foi de 4, 2 anos, com dp de 4, 1. 58, 8% dos pacientes faziam algum tratamento para DPOC. Entre as comorbidades, a mais prevalente foi hipertensão (40%), outras presentes foram: diabetes, dislipidemia, CA de próstata, gastrite, osteoartrite e arritmia. A carga tabágica média foi de 75 maços/ano, com dp de 51. **Conclusão:** No grupo de pacientes avaliados a DPOC foi mais comum em mulheres, talvez pela maior procura de atendimento médico. Os pacientes eram na maioria idosos, comprovando achados da literatura. O perfil socioeconômico mostrou ser uma população mais carente. O tempo de diagnóstico da DPOC foi pequeno, talvez pela demora à procura de assistência médica e subdiagnóstico. A carga tabágica confirmou a alta prevalência de tabagismo em pacientes DPOC.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; perfil; dpoC

### **PO564 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DPOC ATENDIDOS EM UM CENTRO UNIVERSITÁRIO**

**SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA<sup>1</sup>; SAMYLA BARROS FIGUEIREDO**

*CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) acomete mais de cinquenta milhões de pessoas no mundo e estima-se prevalência de cinco a seis milhões de casos no Brasil. Os Doentes com DPOC apresentam uma qualidade de vida prejudicada devido a uma diminuição da tolerância aos exercícios físicos e perda de força dos músculos respiratórios. A evolução da doença também afeta as relações afetivas, conjugais, lazer e no exercício profissional. Devido à grande prevalência de DPOC e o impacto que ela exerce, este estudo visa correlacionar o grau de DPOC com a qualidade de vida dos pacientes. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com DPOC. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, quantitativo, desenvolvido na Clínica Escola de Saúde (CES) do Centro Universitário Christus, localizado na cidade de Fortaleza-CE. O período do estudo foi de agosto de 2015 a julho de 2016 e sua amostra foi composta pelos pacientes com DPOC acompanhados no ambulatório de pneumologia. Para avaliar a qualidade de vida dos doentes utilizamos o Teste de avaliação da DPOC (CAT) e o Questionário do Hospital Saint George (SGRQ) e correlacionamos seus resultados com a avaliação da função pulmonar pela espirometria. Os critérios de inclusão no estudo foram: Diagnóstico de DPOC e comparecimento à CES para coleta de dados. Foram feitos os testes de ANOVA para comparação entre variáveis e realizada análise de correlação linear de Pearson para comparação de variáveis numéricas. Os dados foram tabulados e analisados pelo software Statistical Package for the Social Sciences, v23, SPSS, Inc. **Resultados:** 15 pacientes preencheram os critérios de inclusão, destes, 58, 8% foram mulheres. A média de idade foi de 71 anos  $\pm$ 10. Classicamente o CAT é dividido em 4 categorias (baixo, médio, alto e muito alto impacto) de acordo com o nível de impacto da doença na vida do doente. Em nosso estudo, 76, 5% dos pacientes tiveram baixo impacto, 11, 8% médio, 5, 9% alto e 5, 9% muito alto. O SGRQ aborda aspectos de qualidade de vida divididos em 3 domínios: sintomas, atividades e impactos psicossociais que a doença respiratória inflige. Em nosso estudo, 83, 2% dos pacientes apresentaram alteração no domínio sintomas, 88, 2% no domínio atividades e 82, 3% no domínio impactos psicossociais. O VEF1 pós-BD da espirometria, evidenciou a gravidade da DPOC segundo

o GOLD: 20% dos pacientes tinham DPOC leve; 26, 6% moderada; 40% severa e 13, 3% muito severa. Foi utilizada correlação para avaliar SGRQ e o FEV1, mostrando valor de p não estatisticamente significativa. Foi utilizada ANOVA para correlacionar CAT e FEV1, mostrando valor de p não estatisticamente significativa, e para correlacionar CAT e SGRQ, encontrando-se valor de p estatisticamente significativa (p 0, 029). **Conclusão:** Houve correlação estatisticamente significativa entre CAT e SGRQ no que diz respeito a impacto na qualidade de vida dos pacientes e não houve correlação significante entre esses questionários e os valores de VEF1 pós-BD.

**Palavras-chave:** Sgrq; cat; dpoC

### **PO565 DÉFICE DE ALFA 1 ANTITRIPSINA E PROLASTINA – QUANDO, COMO E PORQUÊ**

**FILIPA DE CASTRO HENRIQUES DE LIMA DE LIMA<sup>1</sup>; INÊS TAVARES LADEIRA<sup>2</sup>; RICARDO LIMA**

*CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ ESPINHO, VILA NOVA DE GAIA, PORTUGAL.*

**Introdução:** A alfa 1 antitripsina é uma proteína responsável pela inibição da elastase dos neutrófilos cuja deficiência pode atingir múltiplos órgãos e, no caso do pulmão, ser responsável pela existência de enfisema e doença pulmonar obstrutiva crônica. É uma patologia subdiagnosticada cuja prevalência mundial varia entre 1-5%, motivo pelo qual ainda pouco se conhece sobre o momento mais indicado para iniciar terapia de substituição ou o seguimento mais correcto. Objectivos Analisar e caracterizar a população com déficit de alfa um antitripsina sob terapêutica de substituição em seguimento em consulta de Pneumologia de um Hospital Central. Compreender as repercussões da doença ao nível do diagnóstico e tratamento. Métodos Análise retrospectiva de todos os doentes com déficit de alfa 1 antitripsina que se encontram em 2016 a realizar terapia de substituição com prolastina, num Serviço de Pneumologia. Foram avaliadas características demográficas, eficácia de abordagem terapêutica e outcomes. Resultados Verificou-se que 7 doentes se encontram a realizar terapia de substituição de alfa 1 antitripsina, 5 mulheres e 2 homens, com idade média de 48, 9 anos e fenótipo ZZ. Apenas 1 doente era não fumador, os restantes eram ex-fumadores em programa de cessação tabágica. Ao diagnóstico, constatou-se que o nível plasmático médio de alfa 1 antitripsina era de 24. 86 mg/dL e o valor de FEV1 de 45%. O enfisema centrilobular foi observado em todos os doentes, contrariamente às bronquiectasias, somente presentes em 3 doentes. Um ano após tratamento com prolastina, o nível plasmático médio de alfa 1 antitripsina foi de 72, 84 mg/dL e o de FEV1 48%. Relativamente a sintomatologia, um doente apresentou agravamento de dispneia e em todos houve diminuição do número de exacerbações, sem necessidade de internamento. Três doentes apresentaram indicação para referência a consulta de transplante pulmonar. Conclusão O déficit de alfa um antitripsina é uma patologia grave, com atingimento multiorgânico mas principalmente pulmonar, cuja abordagem depende de um diagnóstico preciso e precoce. No nosso estudo, o déficit desta proteína atingiu preferencialmente mulheres e nenhum doente apresentou repercussões extra pulmonares no decorrer da doença e tratamento, até ao momento. Apesar da instituição da terapia de substituição e da melhoria verificada na função pulmonar, nível plasmático médio de alfa 1 antitripsina e sintomática, no decorrer do tratamento, 3 doentes apresentaram indicação para referência à consulta de transplante pulmonar. Talvez pela baixa prevalência, facto também constatado pelo carácter reduzido da amostra, o déficit de

alfa 1 antitripsina é uma patologia subdiagnosticada, o que leva a um atraso no início de tratamento e consequente agravamento de sintomatologia inicial. Por estes motivos, à luz dos conhecimentos actuais e pela singularidade de cada caso, o momento de início de terapêutica de substituição não é exacto e mais estudos serão necessários para delinear de forma precisa uma estratégia de seguimento.

**Palavras-chave:** Défice; alfa 1 antitripsina; doença pulmonar obstrutiva crónica

#### **PO566 EFEITOS DE DUAS DOSES DE CÉLULAS MESENQUIMAIS ESTROMAIS DERIVADAS DE MEDULA ÓSSEA EM UM MODELO DE ENFISEMA GRAVE INDUZIDO POR ELASTASE**

**HANANDA ALYNA POGGIO\***; FERNANDA FERREIRA CRUZ; MARIANA ANTUNES; JAMIL ZOLA KITOKO; NAZARETH N ROCHA; PRISCILLA CHRISTINA OLSEN; MARCELO MARCOS MORALES; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO

UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Enfisema é caracterizado pelo alargamento dos espaços aéreos, destruição do parênquima e comprometimento da regeneração pulmonar. Estudos pré-clínicos demonstraram que uma dose de células mesenquimais estromais derivadas de medula óssea (BM-MSCs) diminuem a inflamação e apoptose em modelos experimentais de enfisema, com achados controversos no que tange os efeitos sobre o processo de remodelamento. Nossa hipótese foi a de que duas doses de BM-MSCs seriam mais eficazes do que uma única dose na redução da inflamação, elastólise, e fibrogênese, além de melhorar a mecânica pulmonar em um modelo de enfisema pulmonar grave. **Métodos:** Quarenta e oito camundongos C57BL/6 fêmeas foram randomizados em dois grupos. No grupo enfisema (E), os animais receberam uma dose de 0, 2 UI de elastase pancreática porcina semanalmente durante 4 semanas, enquanto o grupo controle (C) recebeu salina por via intratraqueal seguindo o mesmo protocolo. Um dia após a última administração de salina ou elastase, os grupos C e E receberam SAL ou BM-MSC (2x10<sup>6</sup>) por via intratraqueal uma ou duas vezes, com um intervalo de uma semana entre as doses. Uma semana após a última administração de SAL ou BM-MSC, os animais foram anestesiados e a morfofunção cardiopulmonar foi avaliada. Contagens totais e diferenciais de células foram feitas em amostras do lavado broncoalveolar (BALF), timo e medula óssea. **Resultados:** Uma semana após o fim do tratamento, o uso das BM-MSC não resultou em benefício na elastância pulmonar. Contudo, a terapia com BM-MSC gerou redução do diâmetro alveolar médio [E-SAL: 50, 3±6, 7µm, MSC-1 dose: 33, 4±2, 8µm, MSC-2 doses: 21, 8±7, 2µm (p<0, 05)] e deposição de colágeno nas vias aéreas distais (MSC-1 dose: 39, 3%, MSC-2 doses: 67, 8%), aumento do conteúdo de fibras elásticas (MSC-1 dose: 191, 4%, MSC-2 doses: 267, 2%), quando comparado ao grupo E-SAL. Diferenças entre número de doses foi observado nas áreas de hiperinsuflação, com redução de 25, 9% no grupo MSC-1 dose vs. 89, 4% no grupo MSC-2 doses. O Ecocardiograma revelou aumento na área ventricular diastólica direita no grupo E quando comparado ao grupo C. Apenas duas doses de BM-MSCs reduziram a área ventricular diastólica direita quando comparada ao grupo E-SAL. No lavado broncoalveolar, as BM-MSCs diminuíram significativamente a contagem total de células no grupo MSC-1, mas sem diferença estatística na contagem diferencial de macrófagos, neutrófilos e linfócitos. Nenhuma diferença na contagem celular total ou diferencial foi encontrada na medula óssea. **Conclusão:** Neste modelo de enfisema pulmonar grave induzido por

elastase, a terapia com BM-MSC não melhorou a mecânica pulmonar significativamente, mas reduziu a inflamação, fibrose e elastólise. O número de doses de BM-MSC gerou benefício significativo à função cardíaca, diminuindo a fibrogênese e aumentando a elastogênese. Nosso estudo sugere que doses repetidas de BM-MSCs são necessárias para melhorar o quadro de cor-pulmonale associado ao enfisema pulmonar.

**Palavras-chave:** Msc; enfisema; células tronco

#### **PO567 TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA NA DETECÇÃO DE PNEUMOTÓRAX DURANTE TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE ENFISEMA EM PACIENTE DE ALTO RISCO**

**PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO\***; **RENATO MIRANDA LIMA**; VINICIUS TORSANI; SILVIA VIDAL CAMPOS; ANDRE NATHAN COSTA; MARCOS NAOYUKI SAMANO; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; MARCELO AMATO

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

**Introdução:** Pneumotórax é uma complicação temida após redução volumétrica endoscópica com válvulas unidirecionais em enfisema (ELVR). Paradoxalmente, a sua ocorrência associa-se à melhores resultados funcionais tardios. A Tomografia de Impedância Elétrica (TIE) é um método não invasivo capaz de medir variações de aeração e ventilação pulmonar em tempo real sem radiação e à beira-leito. O objetivo deste relato é o de apresentar a potencial utilização do método em pacientes de alto risco de pneumotórax após ELVR. **Relato de caso:** Paciente masculino, 71 anos submetido a transplante pulmonar unilateral esquerdo por enfisema há 9 anos. Há 3 anos evoluía com perda funcional significativa, inicialmente atribuída a disfunção crônica do enxerto agravada pela compressão do enxerto por hiperinsuflação do pulmão nativo. Considerou-se ELVR por falta de condições clínicas para redução volumétrica cirúrgica. A avaliação radiológica mostrou extensa destruição bolhosa do pulmão nativo, predominado no lobo inferior direito. O lobo inferior direito foi ocluído com 3 válvulas EBV-Zephyr (Pulmonx, CA-USA) através de broncoscopia flexível sob sedação e máscara laríngea. A TIE foi realizada continuamente durante e após a ELVR usando uma cinta de 32 eletrodos axiais situada entre o 5º e 6º espaço intercostal. A taxa de amostragem foi de 50 imagens/segundo geradas por equipamento DX-1800 (Timpel, São Paulo-Brasil). A monitorização pela TIE foi observada em tempo real com o paciente em posição supina sob ventilação espontânea durante a colocação das válvulas. As medidas da TIE incluíram o percentual de ventilação em cada lado e as oscilações de impedância. Cinco minutos após o término da colocação das válvulas houve mudança súbita na distribuição da ventilação associada a uma redução da oscilação na impedância sugerindo pneumotórax a direita, confirmado pelo exame clínico e pela deterioração rápida dos parâmetros ventilatórios. Procedeu-se imediatamente a drenagem pleural intercostal direita com cateter pigtail e válvula de Heimlich seguidos de alívio da dispnéia e retorno da distribuição homogênea da ventilação (direita-57%; esquerda-43%). No seguimento do paciente, 3 meses pós-ELVR o volume a direita diminuiu 292mL. Aos 18 meses pós-ELVR o VEF1 aumentou de 28% (pré-ELVR) para 41% (pós-ELVR). A TC aos 18 meses pós-ELVR mostrou atelectasia do lobo inferior direito. O SGRQ reduziu 24 pontos 18 meses pós-ELVR em relação ao pré-ELVR. **Conclusão:** TIE é um método sensível e preciso para monitorização não invasiva contínua da redistribuição de ventilação e aeração pulmonar durante ELVR, particularmente em pacientes de alto risco de pneumotórax, permitindo sua detecção precoce e

tratamento aumentando a segurança do procedimento nestes casos.

**Palavras-chave:** Tomografia po impedância elétrica; redução volumétrica por válvula; dpoC

**PO568 DPOC EM EXPOSTOS À SÍLICA: EXPERIÊNCIA AMBULATORIAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (HC-UFMG) MATHEUS ASSUNÇÃO GOEBEL\*<sup>1</sup>; ANA PAULA SCALIA CARNEIRO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.**

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) tem como principal fator de risco o tabagismo. No entanto, existem ainda outras causas, como as exposições ocupacionais, havendo associação documentada com a mineração de carvão, de rochas duras, perfuração de túneis e trabalhadores da manufatura de concreto. Estima-se a fração de DPOC atribuível à exposição ocupacional em 19. 2% em média, e em 31. 1% entre os não-fumantes. Até o momento não há estudos mostrando essa relação em populações brasileiras. **Objetivo:** Avaliar a importância da exposição à sílica na ocorrência de DPOC. **Metodologia:** Estudo tipo série de casos, composto por 1362 pacientes acompanhados no ambulatório de pneumologia ocupacional do Serviço Especializado em Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – SEST-HC UFMG – de 1984 até 2016. Todos tinham história de exposição prévia ou atual à sílica. Foram avaliados os resultados de radiografia de tórax e espirometria, história clínica e ocupacional registrados em banco de dados, referentes aos dados colhidos à primeira consulta. As radiografias foram classificadas de acordo com a padronização da OIT para pneumoconioses (ILO, 2011). Resultados foram analisados no programa estatístico SPSS versão 18. **Resultados:** Dos total de pacientes, 1326 (97%) eram do sexo masculino. As médias de idade e do tempo de exposição à sílica foram respectivamente de 46, 7 e 15, 6 anos. A maior parte era composta por tabagistas ou ex-tabagistas, que somados representavam 56%. Quanto à sílicose, 44. 3% eram portadores da doença. A tuberculose foi registrada em 12. 3%, a asma em 5. 4% e doenças autoimunes em 3. 5%. Foram realizadas espirometrias em 69. 8% dos pacientes. Para estimar a prevalência de DPOC foram excluídos os portadores de TB e asma restando 1148 pacientes. Destes, 67. 0% realizaram espirometria, sendo o distúrbio do tipo obstrutivo encontrado em 33. 1%, que foram considerados como sendo portadores de DPOC. Valores percentuais e absolutos do VEF1 e da CVF estavam registrados em 600 pacientes do banco de dados. Neste subgrupo, o distúrbio do tipo obstrutivo ocorreu em 33. 8%, e a relação VEF1/CVF estava abaixo de 0. 70 em apenas 23. 6%. Para se avaliar a contribuição do tabagismo (anos/maço) e do tempo de exposição à sílica (anos) sobre o VEF1, selecionou-se um subgrupo com exposição homogênea, representado por 182 lapidários de pedras preciosas e semipreciosas. As espirometrias eram normais em 57. 1%, obstrutivas em 24. 7%, restritivas em 11. 5% e mistas em 6. 6%. Avaliou-se a associação do VEF1% e VEF1 em ml com as exposições ao tabaco e à sílica através de modelos de regressão linear. Obteve-se que cada ano de exposição à sílica ocasionava uma queda de 0. 36% e cada ano/maço de 0. 28% no VEF1% do previsto (valores p de 0, 020 e 0, 032 respectivamente). Em relação ao VEF1 em valor absoluto (ml), cada ano de exposição à sílica ocasionava uma queda de 35ml e cada ano/maço 18ml (valores p de 0, 000 e 0, 002 respectivamente). **Conclusão:** Apesar das limitações inerentes ao desenho do estudo, demonstrou-se

a importância da exposição à sílica na ocorrência de DPOC. Estes achados devem ser complementados por avaliações longitudinais.

**Palavras-chave:** Sílica; dpoC; doenças ocupacionais

**PO569 AVALIAÇÃO DA FADIGA MUSCULAR PERIFÉRICA EM PACIENTES COM DPOC SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA\*<sup>1</sup>; SAMYLA BARROS FIGUEIREDO CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL.**

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por obstrução persistente de vias aéreas, geralmente progressiva e associada a uma inflamação crônica a partículas ou gases nocivos. Os sintomas incluem dispneia, tosse e expectoração crônica e episódios de exacerbação. Os Doentes com DPOC apresentam qualidade de vida prejudicada devido diminuição da tolerância aos exercícios físicos, configurando fadiga muscular periférica precoce, atrofia, perda de força e de potência. Conhecer a influência da DPOC na fadiga periférica é importante para desenvolver ações voltadas ao tratamento dessa complicação. **Objetivo:** Avaliar a fadiga periférica em pacientes com DPOC. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, quantitativo, desenvolvido no Centro Universitário Christus, localizado na cidade de Fortaleza-CE. O período do estudo foi de agosto/2015 a julho/2016 e sua amostra foi composta pelos pacientes com DPOC atendidos no ambulatório de pneumologia. Os indivíduos responderam a Escala de Severidade de Fadiga (FSS) e o Questionário do Hospital Saint George (SGRQ) e realizaram o Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6M). Antes do TC6M, os pacientes tiveram repouso de 10 min e foram avaliadas frequência cardíaca (FC) e respiratória (FR), PA média (PAM) e oximetria. As contra-indicações absolutas ao TC6M foram Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio recente. Os indivíduos foram instruídos a caminhar a maior distância possível em 6 minutos. Ao término do teste, os sinais vitais foram novamente avaliados e foi registrada a distância percorrida. Os resultados dos questionários foram correlacionados com o TC6M para avaliar a fadiga dos pacientes. Critérios de inclusão: Diagnóstico de DPOC e comparecimento para coleta de dados. Foi realizada análise de correlação linear de Pearson para comparação de variáveis numéricas. Os dados foram tabulados e analisados pelo software Statistical Package for the Social Sciences, v23, SPSS, Inc. **Resultados:** 15 pacientes preencheram os critérios de inclusão, destes, 58, 8% foram mulheres. A média de idade foi de 71 anos  $\pm$  10. 2 pacientes apresentaram valor de FSS compatível com fadiga significativa. O SGRQ é dividido em 3 domínios: sintomas, exercício e impactos psicossociais que a doença respiratória inflige. Em nosso estudo, 88, 2% dos pacientes apresentaram alteração no domínio exercícios. A média das distâncias no TC6M foi de 362, 6  $\pm$  155, 5, 4 pacientes interromperam o teste por fadiga intensa. Entre os parâmetros avaliados antes e após o TC6M, encontrou-se uma variação estatisticamente significativa para FC (0, 022), FR (0, 003) e PAM (0, 00). Não encontramos valores significativos na correlação entre distância percorrida e valores de FSS e de SGRQ. Foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre FSS e todos os domínios de SGRQ (0, 001; 0, 000; 0, 003). **Conclusão:** Houve correlação entre resultados de FSS e de SGRQ, representando fadiga periférica, porém, não houve correlação com os dados do TC6M.

**Palavras-chave:** DpoC; fadiga muscular; fss- sgrq

**PO570 ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE DPOC NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**ILDA DE GODOY\*;** DUELENE LUDIMILA NOGUEIRA; RENATA FERRARI; LAURA CARAM; THYEGO MYCHEL MOREIRA SANTOS; SUZANA ERICO TANNI; IRMA GODOY  
UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

**Introdução:** A mudança de comportamento e o seguimento correto do tratamento são fatores imprescindíveis para a prevenção e controle da DPOC. O enfermeiro é considerado um dos principais profissionais para prestar assistência na DPOC, devendo estar preparado para orientar o paciente no manejo da sua doença. **Objetivo:** Identificar o perfil dos enfermeiros da rede de atenção de acordo com o conhecimento sobre DPOC. **Método:** Estudo transversal, descritivo e analítico. Foram coletados dados sociodemográficos e de conhecimento específico sobre DPOC de 234 enfermeiros. Foi realizada análise de percentis baseada no número de acertos do questionário. O percentil 5% foi utilizado para categorizar os enfermeiros que apresentaram menores números de acertos e o ponto de corte encontrado foi de 12 questões (Grupo 1). O percentil 95% foi utilizado para os que tiveram maiores número de acertos e o ponto de corte foi 23 questões (Grupo 2). **Resultados:** A maioria (90%) era sexo feminino e idade média de 34, 8 ( $\pm 7, 3$ ) anos. Dentre eles, 13 acertaram mais que 23 questões e 18 acertaram menos que 12 questões. As questões referentes ao perfil dos enfermeiros não apresentaram diferença estatística entre os grupos. No grupo 1 verificamos que 61% erraram a definição de DPOC e no grupo 2, 22%. A realização da espirometria para o diagnóstico da DPOC não foi considerada necessária por nenhum dos enfermeiro do grupo 1, enquanto que no Grupo 2, 54% deles relataram ser necessário. Apesar de 61% enfermeiros saberem que a DPOC é rígida por período estáveis e instáveis, 44% não sabiam caracterizar a exacerbação. Os enfermeiros do grupo 1 não conhecem tratamento medicamentoso da DPOC, pois, 78% não sabiam responder questões relacionadas aos broncodilatadores, enquanto que do grupo 2, 84% acertaram essas questões. A indicação da Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) para o tratamento da DPOC era conhecida por 80% do total dos enfermeiros; entretanto, no grupo 1, 28% não souberam responder se ela pode ser indicada para qualquer paciente com DPOC e 50% não acharam fundamental realizar gasometria arterial para a sua prescrição. Entre os 234 enfermeiros, antes de responder o questionário a percepção sobre seu conhecimento em relação DPOC foi que 62, 8% consideravam insuficiente e após responderem o questionário ocorreu aumento na percepção de que o conhecimento era insuficiente(79, 1%) **Conclusão:** Identificamos que o conhecimento dos enfermeiros frente à assistência prestada na prevenção, diagnóstico, manutenção do tratamento e estratificação de risco da DPOC apresenta deficiências e que há necessidade de treinamento e educação permanente para estes profissionais.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crônica; conhecimento; enfermeiro

**PO571 AVALIAÇÃO DA DISPNEIA EM PACIENTES COM DPOC**

**SIMONE CASTELO BRANCO FORTALEZA\*;** SAMYLA BARROS FIGUEIREDO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por obstrução persistente de vias aéreas,

geralmente progressiva e associada a uma inflamação crônica a partículas ou gases nocivos. Os sintomas incluem dispneia, tosse e expectoração crônica e episódios de exacerbação. O principal fator de risco é o tabagismo. Os doentes com DPOC apresentam qualidade de vida prejudicada devido a uma perda de força dos músculos respiratórios, enfisema e bronquite, muitos apresentam progressão da dispnéia, ficando incapacitados para esforços mínimos. Conhecer a influência da DPOC na dispnéia do paciente é importante para desenvolver ações voltadas ao tratamento dessa complicação. **Objetivos:** Avaliar a dispnéia em pacientes com DPOC. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, quantitativo, desenvolvido no Centro Universitário Christus, localizado na cidade de Fortaleza-CE. O período do estudo foi de agosto/2015 a julho/2016 e sua amostra foi composta pelos pacientes com DPOC atendidos no ambulatório de pneumologia. Os pacientes responderam o Teste de Avaliação da DPOC (CAT) e o Questionário do Conselho de Pesquisa Médica (MRC) e realizaram espirometria antes e 15 minutos após a utilização de broncodilatador (BD). Os critérios de inclusão no estudo foram: diagnóstico de DPOC e comparecimento para coleta de dados. Os resultados dos questionários foram correlacionados com os dados da espirometria por meio de correlação linear de Pearson com comparações de duas extremidades. Os dados foram tabulados e analisados pelo software Statistical Package for the Social Sciences, v23, SPSS, Inc. **Resultados:** 15 pacientes preencheram os critérios de inclusão, destes, 58, 8% foram mulheres. A média de idade foi de 71 anos  $\pm 10$ . Classicamente o CAT é dividido em 4 categorias (baixo, médio, alto e muito alto impacto) de acordo com o nível de impacto da doença no doente. Neste estudo, 76, 5% dos pacientes tiveram baixo impacto, 11, 8% médio impacto, 5, 9% alto impacto e 5, 9% muito alto impacto. O MRC quantifica a dispnéia de acordo com 5 estágios (varia de 0 - dispnéia com exercício intenso a 4 - falta de ar que o impede de sair de casa), em nosso estudo a mediana do MRC foi 1 e o intervalo interquartil foi de 0 a 3. O VEF1 pós-BD da espirometria evidenciou a gravidade da DPOC segundo o GOLD: 20% dos pacientes tinham DPOC leve; 26, 6% DPOC moderada; 40% DPOC severa e 13, 3% DPOC muito severa. Não foram encontrados valores de p estatisticamente significativos quando utilizamos correlação entre valores de VEF1-pós BD com resultados do CAT (0, 878) e do MRC (0, 108). Encontramos correlação estatisticamente significativa entre CAT e MRC com valor de p 0, 028 e Pearson de 0, 533. **Conclusão:** A maioria dos pacientes não apresentou queixas importantes de dispnéia, isso se confirma pela correlação positiva entre resultados do CAT e do MRC, porém, a maioria dos pacientes teve obstrução severa na espirometria. Portanto não houve correlação entre VEF1 pósBD e os questionários aplicados.

**Palavras-chave:** Dpoc; cat; mrc

**PO572 RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM INTERNAÇÕES FREQUENTES**

**MARIA BERNARDO TONOLLI\*;** ARIADNE MELLO DE CARVALHO; CAMILA FRANÇA REDIVO; ADRIANA RAQUEL ARGENTI BASTOS DIAS; THIAGO GONZALES MARQUES; BARBARA CRISTINA GRIZZO; VANESSA DA PENHA RIBEIRO; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO  
IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** As doenças respiratórias crônicas frequentemente levam a limitação da capacidade e reserva funcional, que se agravam com a progressão da doença e se correlacionam com sedentarismo e maior frequência

de exacerbações e internações. Os efeitos imediatos da reabilitação pulmonar são amplamente documentados na literatura. Estudos demonstram que a reabilitação pulmonar reduz o número de hospitalização e dias de internação hospitalar, melhorando a sobrevida e qualidade de vida. Também promove melhora da capacidade de exercício. O treinamento físico deve fazer parte do tratamento instituído aos pacientes com doença pulmonar. A avaliação inicial e periódica dos parâmetros relacionados permite verificar os desfechos e adequar o treinamento as necessidades físicas de cada paciente. **Objetivo:** Avaliar os resultados (teste de caminhada de 6 minutos/Tcam6' e pressão inspiratória máxima/Pimax) após um programa de condicionamento físico em pacientes portadores de DPOC, asma e doença pulmonar intersticial com internações frequentes. **Metodologia:** Análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes submetidos a treinamento físico no período de fevereiro de 2014 a abril de 2016. Os pacientes foram avaliados inicialmente para estabelecimento de carga de treinamento respiratório, músculo esquelético e frequência cardíaca máxima. Realizado Tcam6', medida da Pimax e teste de carga máxima de membro superior. Os atendimentos tinham duração de uma hora, sendo 30 minutos de exercício aeróbico na esteira ou bicicleta ergométrica, duas vezes por semana somando 24 sessões. Após esse período os pacientes eram reavaliados. **Resultados:** Participaram do estudo 29 pacientes, sendo 17 (59%) do sexo masculino e 12 (41%) do sexo feminino, com diagnóstico de DPOC (23/79, 3%), asma (4/13, 7%) e doença pulmonar intersticial (2/7, 0%). Concluíram o programa de 24 sessões 14(48%) pacientes, sendo 8 (57%) do sexo feminino. Neste subgrupo haviam 10 (72%) pacientes com diagnóstico de DPOC, 2 (14%) com asma e 2(14%) com doença intersticial. O IMC deste subgrupo era 23, 32±4, 21 kg/m<sup>2</sup>. O Tcam6' inicial foi de 362, 49±103, 44 m e a Pimax 66, 42±14, 72 cmH<sub>2</sub>O. A avaliação final apresentou Tcam6' de 447, 10±89, 01 m e a Pimax 74, 1±13, 1 cmH<sub>2</sub>O. 8 (57%) Foi observado aumento de 50m ou mais no Tcam6' em 8 pacientes (57%) e aumento na Pimax ≥4 cmH<sub>2</sub>O em 9 pacientes (64%), o que é compatível com treinamento eficaz. **Conclusão:** O treinamento físico de pacientes com doença pulmonar crônica, mostrou-se eficaz quando avaliados Tcam6' e Pimax, inicial e final, após término das 24 sessões. Concluíram o programa 48% dos pacientes que o iniciaram. Sendo assim, há necessidade de buscar alternativas para maior adesão dos pacientes ao programa de reabilitação pulmonar.

**Palavras-chave:** Treinamento físico; teste de caminhada 6'; doença pulmonar obstrutiva crônica

**PO573 IMPACTO DA “ABORDAGEM PRÁTICA PARA A SAÚDE PULMONAR” DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE NOS PACIENTES COM DPOC NO NÍVEL PRIMÁRIO DA ATENÇÃO À SAÚDE. RESULTADOS PRELIMINARES.**

**ÉRICA GALL LOPES\*<sup>1</sup>; ANA JULIA MARTINS YAMAJI<sup>2</sup>; BRUNO AUGUSTO GUERRA MACIEL<sup>2</sup>; JULIA LAURA ABRUCEZE LUZ<sup>2</sup>; LARISSA PERES DELGADO<sup>3</sup>; WILLIAM CUNHA AMARAL<sup>3</sup>; MARCELO FOUAD RABAH<sup>4</sup>; MARCUS BARRETO CONDE<sup>1</sup>**

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. FACULDADE MEDICINA DE PETROPOLIS, PETRÓPOLIS, RJ, BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS, PETRÓPOLIS, RJ, BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÁS, GO, BRASIL.

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) frequentemente tem sua prevalência subestimada, seu diagnóstico retardado e seu tratamento comprometido, sobretudo no nível primário da atenção à saúde. Em 2005,

a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um documento chamado estratégia “Practical Approach for Lung Health (estratégia PAL)” ou Estratégia de Abordagem Prática para a Saúde Pulmonar, em português. Esta estratégia tem como foco o diagnóstico e o tratamento de forma sistematizada das doenças respiratórias mais prevalentes no nível da atenção primária (tuberculose, DPOC, asma e pneumonias). **Objetivo:** Inferir o impacto da estratégia PAL no diagnóstico e tratamento dos pacientes portadores de DPOC atendidos em duas Unidades do Programa de Saúde da Família no município de Petrópolis (RJ). **Metodologia:** Estudo de prevalência. Foram avaliados neste estudo indivíduos com 18 anos ou mais de idade incluídos na estratégia PAL no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016 que referiam diagnóstico prévio de DPOC ou que foram diagnosticados com DPOC pela estratégia PAL e que aceitaram participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os pacientes foram avaliados de forma padronizada conforme manual redigido especificamente para a estratégia PAL. Os pacientes foram submetidos a uma entrevista padrão, radiografia de tórax e espirometria ou pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (quando indicado). Para fins do estudo foi definido como portador de DPOC o indivíduo com sintoma respiratório (tosse, chiado no peito e/ou falta de ar), idade maior ou igual 40 anos, com fator de risco (tabagismo ou inalação de fumaça de forno a lenha) associados a relação VEF1/CVF < 0, 70 pós BD. Foi definido como inadequado o tratamento que não estava em conformidade com as normas GOLD 2015. **Resultados:** Nove por cento (170/1800) dos pacientes atendidos apresentavam sintomas respiratórios. Destes, 20% (35/170) referiam ter DPOC e/ou foram diagnosticados com DPOC pela estratégia PAL (2 tinham diagnóstico prévio correto, 3 tinham sobrediagnóstico e 30 subdiagnóstico). Apenas 2 portadores com diagnóstico correto de DPOC faziam tratamento de acordo com as normas da GOLD 2015. **Conclusão:** Embora a o tamanho amostral ainda não permita conclusões definitivas, os resultados preliminares são muito significativos e sugerem fortemente a necessidade de uma abordagem padronizada que inclua avaliação clínica e espirométrica nos pacientes com sintomas respiratórios atendidos no nível primário da atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Estratégia pal; dpo; diagnóstico

**PO574 RELAÇÃO ENTRE VITAMINA D E DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.**

**FRANCISCO HÉLIO OLIVEIRA JÚNIOR\*<sup>1</sup>; HELEN MELO OLIVEIRA<sup>2</sup>; MATEUS DIAS AMÉRICO<sup>3</sup>; CAIO MARQUES FERNANDES<sup>3</sup>; FELIPE DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>2</sup>; EDUARDO DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>2</sup>**

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma entidade muito comum, com uma prevalência mundial variando entre 7-19%. Por não ter cura, estratégias que buscam o controle, a estabilização e a predição prognóstica estão sendo amplamente pesquisadas, dentre as quais a suplementação/reposição de vitamina D (25-OH-D). **Objetivo:** Descrever a relação entre vitamina D e DPOC. **Métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática de literatura acerca do tema, adotando-se como fonte de pesquisa a base de dados *PubMed*. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: *COPD* e *vitamin D*, e analisados os trabalhos publicados nos últimos 2 anos, escritos em inglês. Foram encontrados 96 estudos sobre o tema, dos quais foram selecionados 40, visto a ocorrência de repetições/



republicações e de assuntos não relacionados. **Resultados:** Os trabalhos mostram que a deficiência de vitamina D se correlaciona com mais exacerbações da DPOC. Assim, a correção dos níveis preveniria tais complicações. Ademais, é notado que pacientes com DPOC têm maior risco de apresentarem deficiência dessa vitamina, o que também se associa à doença mais severa. Geneticamente, fatores que predispõem a baixos níveis desse nutriente, como o carreador homocigoto do alelo T rs7041, leva a maior susceptibilidade ao diagnóstico de DPOC, sendo um gene candidato em potencial para rastreamento genético. Outro gene relacionado é o GC, o qual codifica uma proteína ligante da vitamina D. Asiáticos com o alelo polimórfico GC-1F apresentam maior risco da DPOC, ao contrário dos caucasianos, que foram protegidos por esse genótipo. A deficiência de 25-OH-D parece aumentar a velocidade da diminuição da função pulmonar, intensificando o risco de DPOC, apesar de não se mostrar útil como marcador de doença grave ou na predição de progressão. Os níveis séricos de 25-OH-D se relacionam positivamente ao FEV1 e à capacidade de exercícios físicos. Curiosamente, um artigo relata uma curva em J em relação aos níveis de vitamina D: tanto a deficiência como níveis acima de 100 nmol/L acrescem os desfechos com maus resultados. Os estudos em pacientes com DPOC, doença cardiovascular e deficiência de vitamina D apresentam resultados controversos. Nesse contexto, a vitamina D parece agir por indução de apoptose dos neutrófilos, via sinalização pela fosfo-p38 MAPK e por regulação da síntese e da degradação de prostaglandina E2, modulando o reparo mediado por fibroblastos no parênquima pulmonar. **Conclusão:** Pela análise dos estudos, nota-se que há uma relação inversamente proporcional entre vitamina D e severidade da DPOC, progressão da doença, mortalidade e comorbidades, com poucos estudos corroborando com o contrário. São necessários, no entanto, mais trabalhos acerca do tema para que a rotina de dosar esse nutriente nos pacientes com DPOC seja integrada ao seguimento clínico dos mesmos.

**Palavras-chave:** Dpoc; vitamina d; fatores genéticos

**PO575 COMPARAÇÃO DO USO FORMOTEROL/BUDESONIDA + IPRATRÓPIO/FENOTEROL SPRAY VERSUS IPRATRÓPIO/FENOTEROL POR NEBULIZAÇÃO PARA BRONCOESPASMO NA EMERGÊNCIA: IMPACTO NO TEMPO DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO HOSPITALAR.**

**JULIANA CARDOZO FERNANDES\*;** MAURICIO MELLO ROUX LEITE; DANIEL LANZIOTTI; CARINE ROCHA DUARTE; NATÁLIA MORAES DE QUEVEDO; PATRÍCIA CAVALHEIRO PEREIRA; LIANE MUNIZ; BRUNA GOMES OBINO DE ABREU  
HOSPITAL ERNESTO DORNELES PORTO ALEGRE/RGS,  
PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** Broncoespasmo é causa frequente de atendimento em emergência, destacando-se como causa as crises agudas em asmáticos e DPOC desencadeadas por infecções respiratórias, poluição ambiental, tabagismo ativo ou má adesão ao tratamento preventivo. O manejo agudo adequado é fundamental para resolução da crise e prevenção de eventos graves que resultem em internação hospitalar ou visitas reincidentes à emergência. **Objetivo:** Estudo retrospectivos comparando 2 protocolos de atendimento de broncoespasmo na emergência: formoterol/budesonida + fenoterol/ipratrópio spray versus fenoterol/ipratrópio em nebulização considerando os seguintes desfechos: tempo total de atendimento de emergência, alta da emergência ou internação hospitalar e retorno à emergência em 7 dias. **Resultados:** Foram avaliados 145 pacientes num período

de 6 meses, sendo 72 protocolo 1 (formoterol/budesonida + fenoterol/ipratrópio spray) e 73 no protocolo 2 (fenoterol/ipratrópio por nebulização). Referente aos 2 protocolos idade média foi 61, 6 anos, predominou sexo feminino 111 casos (77%), doenças de base mais prevalentes foram DPOC (56 casos - 38%) e Asma (54 casos - 37%). Resultados de mediana de tempo de atendimento em horas, porcentagem de internação e retorno a emergência em 7 dias foram no protocolo 1 e 2 respectivamente: 3h versus 4h; 13% versus 25%; 8% versus 10%. **Conclusão:** Na amostra coletada observou-se menor tempo de atendimento de emergência e menor porcentagem de internação no grupo que utilizou formoterol/budesonida + fenoterol/ipratrópio spray, sugerindo essa terapêutica como custo-efetividade superior no manejo do broncoespasmo agudo. Não houve diferença no retorno a emergência em 7 dias entre os 2 grupos.

**Palavras-chave:** Dpoc; asma; emergencia

**PO576 SEQUELA DE PARACOCIDIOIDOMICOSE EM EX-TABAGISTA SE COMPORTANDO COMO DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

**GLEICY HELLEN DA SILVA ROCHA\*;** STÉFANIE MARIA MOURA PELÓGGIA; CAMILA BOECHAT CAVALCANTE DE MEDEIROS; BRUNO TAVARES PINTO RODRIGUES; GILMAR ALVES ZONZIN  
ECMVR, VOLTA REDONDA, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A Paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada pelo fungo *P. brasiliensis*, que comumente acomete o pulmão. Em geral se apresenta com tosse seca discreta inicial que aumenta de intensidade e surgem expectoração e dispnéia. O quadro histopatológico final da PCM pulmonar quando ocorre evolução crônica é de fibrose difusa com áreas de enfisema paracatricial que levam a um padrão funcional de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e fibrose pulmonar. Relatamos um quadro de seqüela de PCM em ex-tabagista com notáveis sintomas de DPOC não tratados. **Relato do caso:** JAR, 82 anos, masculino, casado, natural de Valença-RJ/BR, residente em Barra Mansa-RJ/BR há 70 anos, electricista aposentado. Procurou atendimento médico especializado em Dezembro/2015 com quadro de tosse, discreto escarro amarelado e fadiga persistente aos esforços. Negou febre, náusea, vômito e sintomas associados. Negou viagens recentes e alergias. Ex-etilista e ex-tabagista, parou há 20 anos, carga tabágica ao redor de 40 anos-maço. Hipertenso em uso de Nebivolol/5mg, Furosemida/40mg e Losartana/50mg, relato de quadro sugestivo de asma na infância. Diagnosticado com PCM Pulmonar 20 anos atrás em um quadro de dispneia progressiva, tosse com expectoração purulenta, astenia, febre, anorexia e aparecimento de um linfonodo retro auricular direito palpável cuja punção levou ao diagnóstico de PCM. Exibia, segundo relato, extenso comprometimento pulmonar na radiografia de tórax. Recebeu tratamento medicamentoso por longo prazo e evoluiu com melhora clínica sendo regularmente acompanhado na parte respiratória desde então mas sem tratamentos adicionais. Nesse momento realizou radiografia de tórax que mostrou pulmões hiperinsuflados e discreto infiltrado alveolar bilateral e imagens sugestivas de seqüela de PCM. Medicado com antimicrobiano e corticoide sistêmico evoluiu com melhora parcial retornando para reavaliação cerca de 3 meses depois. Mantinha-se dispneico com mMRC 3. Realizada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou alterações fibrocicatríciais em ambos os pulmões relacionadas a PCM e padrão enfisematoso compatível com DPOC. Realizou espirometria (VEF1 = 32, 5%, CVF = 42, 7%) e uma prova broncodilatadora (VEF1 = 41, 5 % e CVF = 57, 3%). Iniciado tratamento

com: broncodilatador beta 2 adrenérgico e anticolinérgico de ação prolongada e corticoide inalatório. Encaminhado a fisioterapia respiratória. Após 3 meses de terapêutica retorna com importante melhora clínica com redução da dispnéia (mMRC1) e também melhora funcional traduzida na forma de CVF= 75, 6%, VEF1 = 64, 6%, e uma prova broncodilatadora com VEF1 = 63, 4% e CVF = 75, 1%.

**Conclusão:** A agressão por *P. brasiliensis* induz danos crônicos que pode resultar em fibrose pulmonar, por causa de uma resposta inflamatória contínua. Este processo, associado nesse paciente a sua história de possível asma e o consumo de tabaco pode acarretar uma grave deterioração da função respiratória e redução da qualidade de vida do paciente, sendo importante considerar esses aspectos e avaliar sempre a validade de se implementar medidas terapêuticas e sua resposta nessa condição complexa.

**Palavras-chave:** Dpoc; paracoccidiodomicose; sequeia

**PO577 ALTA HOSPITALAR E A NECESSIDADE DE ORIENTAÇÃO CORRETA AOS PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

**LETÍCIA DE ARAUJO MORAIS\*1; SAMYLLA YSMARRANE CAVALCANTE<sup>2</sup>; MARCUS BARRETO CONDE<sup>3</sup>; MARCELO FOUAD RABAH<sup>1</sup>**

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença heterogênea e multifatorial que gera grande impacto ao paciente e ao sistema de saúde, ocasionando internações com custos elevados. E pela sua importância, há especial interesse em aprimorar os cuidados hospitalares e compreender os fatores associados que podem prevenir a hospitalização. Falha no processo de alta hospitalar tem sido relatada como uma possível causa de reinternação. Medidas de melhoria nesse processo como a aplicação de protocolos de tratamento e verificação de informações na alta do paciente são consideradas medidas importantes no manejo de pacientes com DPOC no ambiente hospitalar.

**Objetivo:** Avaliar o nível de informação fornecida ao paciente com DPOC no momento da alta hospitalar. Métodos Estudo observacional descritivo, realizado entre 6 de julho e 4 de novembro de 2015, em três hospitais terciários da cidade de Goiânia, com pacientes internados devido a descompensação da DPOC. Os itens do checklist de alta hospitalar, considerados pela GOLD como informações essenciais a serem dispensadas ao paciente com DPOC antes da saída do hospital, foram traduzidos para o Português de acordo com normas rígidas de tradução e validação de questionários e em seguida foi construído um instrumento de coleta de dados para a avaliação do checklist. As análises foram realizadas com pacote estatístico SPSS®, versão 23. Foi considerado nível de significância de 5% ( $p < 0, 05$ ) em todas as versões. Resultados Foi possível investigar uma amostra de 54 pacientes, os quais vinte e oito (51, 9%) era do sexo masculino, a idade variou entre 48 e 91 anos com média de  $66, 6 \pm 11, 4$ . Identificou-se que informações referentes a educação em relação a terapia de manutenção, 48 (88, 9%) pacientes foram devidamente orientados e 30 (55, 6%) sinalizaram não receber instruções referentes ao término da terapia antibiótica e corticóide. Informações referentes ao plano de manejo de comorbidades e seu seguimento, 38 (70, 4%) pacientes não foram informados dessa questão. Onze participantes (20, 4%) não tiveram garantia de um efetivo tratamento farmacológico de manutenção em domicílio. Na avaliação da oxigenoterapia a

longo prazo, 2 pacientes (3, 7%) não foram avaliados. Trinta e oito (70, 3%) participantes reproduziram a técnica inalatória corretamente. Vinte e quatro (44, 4%) pacientes não tiveram garantidos visita de seguimento com médico especialista. Não foi observado diferença estatística na informação fornecida em relação à idade e sexo. Conclusão Esse estudo sinaliza para necessidade de uma maior atenção em instruções referentes ao tempo de uso de corticosteroide e antibiótico, além de um plano de avaliação de comorbidades em pacientes com DPOC no momento da alta hospitalar. A aplicação de um instrumento de verificação desses itens no momento da alta hospitalar deve influenciar de forma positiva no melhor cuidado aos pacientes com DPOC.

**Palavras-chave:** Hospitalizacao; doença pulmonar obstrutiva crônica; alta hospitalar

**PO578 EFEITO CARDIOPULMONAR DE DIFERENTES FAIXAS DE VARIABILIDADE DO VOLUME CORRENTE EM MODELO DE ENFISEMA PULMONAR**

**CAIO GUILHERME RODRIGUES SANTOS WIERZCHON\*<sup>1</sup>; GISELE DE ARAUJO PADILHA<sup>2</sup>; NAZARETH N ROCHA<sup>3</sup>; MARIANA SILVA<sup>3</sup>; CINTIA LOURENÇO SANTOS<sup>3</sup>; RAQUEL SOUZA SANTOS<sup>3</sup>; PEDRO LEME SILVA<sup>3</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO<sup>3</sup>**  
UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**TEMA:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) tem diversas etiologias, sendo o enfisema pulmonar a principal causa. O portador desse processo patológico necessita, usualmente, de ventilação mecânica invasiva, aumentando consideravelmente a morbidade e a mortalidade. Nesse âmbito, é de suma importância uma estratégia ventilatória que se assemelhe à fisiológica, destacando-se a ventilação variável como mais adequada nesse caso. Em estudo prévio, demonstrou-se que 30% de variabilidade do volume corrente ( $V_t$ ) acarretou a melhora da mecânica respiratória, porém associada a sobrecarga do ventrículo direito (VD). Entretanto, ainda não se sabe qual faixa de variabilidade de  $V_t$  deve ser estabelecida para combinar a melhora da mecânica respiratória sem levar à sobrecarga do sistema cardiovascular. **Objetivo:** Detectar qual faixa de variabilidade de volume corrente se associa à melhora da mecânica respiratória, sem comprometer a função cardiovascular. **Métodos:** Para o estudo, foram utilizados 40 ratos Wistar machos, sob o CEUA 019, pesando entre 300-350g. Os animais foram instilados por via intratraqueal com 2UI de elastase pancreática suína, uma vez por semana, durante quatro semanas. Após oito semanas do início do protocolo, os animais foram anestesiados e ventilados com  $V_t$  de 6mL/kg, pressão positiva ao final da expiração (PEEP) de 3 cmH<sub>2</sub>O e fração inspirada de oxigênio ( $F_{iO_2}$ ) de 40%. Após as medidas basais, os animais foram divididos aleatoriamente nos seguintes grupos de acordo com a variabilidade do VT: 0% (Ventilação convencional), 15%, 22, 5% e 30%, e foram ventilados por duas horas. A ventilação variável foi aplicada numa sequência de valores de  $V_t$  gerados aleatoriamente ( $n = 600$ ;  $V_t$  médio = 6 mL/kg) em cada faixa. A elastância do sistema respiratório ( $E_{rs}$ ) assim como a relação entre o tempo de aceleração da artéria pulmonar e o tempo de sua ejeção (PAT/PET), obtidos por ecocardiografia, foram computadas no início (I) e no final (F) do experimento. **Resultados:** O grupo convencional (0%) melhorou a sobrecarga de VD (I: 0,  $36 \pm 0, 10$  vs F: 0,  $45 \pm 0, 08$ ,  $p < 0, 05$ ), mas piorou a  $E_{rs}$  (I: 3,  $0 \pm 0, 5$  vs F: 3,  $5 \pm 0, 3$ ,  $p < 0, 05$ ). O coeficiente de  $V_t$  de 30% melhorou a  $E_{rs}$  ao final de duas horas de ventilação (I: 3,  $0 \pm 0, 6$  vs F: 2,  $4 \pm 0, 3$ ,  $p < 0, 05$ ). Entretanto, tal faixa piorou a sobrecarga de VD (I: 0,  $35 \pm 0, 09$  vs F: 0,  $29 \pm 0, 10$ ,  $p < 0, 05$ ). Já quando o coeficiente de  $V_t$  foi ajustado em 22, 5%

houve melhora da Ers (I: 3, 2±0, 3 vs F: 2, 9±0, 1, p<0, 05), sem acarretar sobrecarga de VD (I: 0, 37±0, 13vsF: 0, 45±0, 09, p=0, 08). **Conclusão:** O coeficiente de variação de VT de 22, 5% promoveu melhora da mecânica respiratória, sem causar sobrecarga cardiovascular. Os dados preliminares sugerem que a interação cardiopulmonar deve ser levada em consideração durante a ventilação mecânica.

**Palavras-chave:** Dpoc; ventilação mecânica; ventilação variável

#### **PO579** CARACTERÍSTICAS DE UMA COORTE DE PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO NA AMBULATÓRIO DE OXIGENOTERAPIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA.

**RAFAEL VARGAS DA SILVA\***; **MARGARETH GOMES PIO\***; **ARNALDO JOSE NORONHA\***; **BRUNA MACEDO PINTO\***; **LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS\***; **LUANA FORTES FARIA\***; **CLAUDIA HENRIQUE COSTA\***; **ROGERIO LOPES RUFINO ALVES**  
*UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** O ambulatório de oxigênio avalia e acompanha pacientes com Doença pulmonar Avançada de ambulatórios do serviço de Pneumologia de um Centro de Referência e/ou pacientes encaminhados de outros serviços. São avaliados métodos como a gasometria arterial em ar ambiente e dessaturação de oxigênio em Teste da Caminhada em 6 minutos (TC6M), importantes para verificar a necessidade do uso permanente de oxigênio. O entendimento e a adesão ao processo de uso do oxigênio são importantes por ter esta intervenção alto custo. Ainda precisamos de mais trabalhos para realmente saber se o uso do ODP modifica a qualidade de vida e a sobrevida dos pacientes em uso de ODP. **Objetivo:** Apresentar o perfil dos pacientes e estratificar a prevalência da patologia pulmonar nestes pacientes acompanhados no Ambulatório de Oxigênio de um Centro de Referência nos últimos 4 anos. **Métodos:** Estudo retrospectivo, de prontuários médicos, do período de 2012 a 2016, dos pacientes já em uso de oxigênio e/ou em avaliação da necessidade de utilização. **Resultados:** Analisados 95 pacientes. A faixa etária mais acometida foram maiores de 60 anos de idade, sendo 31. 5% > 70 anos, 30. 5% entre 61-70 anos, 24. 2% entre 51-60 anos, 10. 5% entre 41-50 anos, 2. 1% 31-40 anos e 1% entre 21-30 anos. 40% são do gênero masculino e 60% do gênero feminino. Dentre as doenças que levaram ao quadro de doença pulmonar avançada foram: Miscelânea 27. 3%, DPOC 22. 1%, FPI 17. 8%, DPOC/Sequela Tuberculose 10. 5%, NISIP 7. 3%, HAP 5. 2%, Deficiência de Alfa 1 3. 1%, Doença do Colágeno 3. 1% e Bronquiectasias 2. 1%. Desses pacientes acompanhados 51. 5% são fumantes ou ex-fumantes e 48. 5% nunca fumaram. Foi visto que 70% dos pacientes que acompanham em nosso ambulatório necessitam de pelo menos o uso de oxigênio domiciliar quando estão realizando alguma tarefa. **Conclusão:** A maioria dos pacientes tem a necessidade do uso de oxigênio domiciliar, porém, um parcela desses pacientes sequer preenche critérios para sua utilização, sendo necessário ter um cuidado na avaliação para indicar tal terapêutica. As Pneumopatias intersticiais e DPOC têm maior prevalência na indicação de ODP.

**Palavras-chave:** Oxigenio; tc6m; gasometria arterial

#### **PO580** SOBREVIDA E MORTALIDADE ANTES E APÓS O USO DE BROMETO DE TIOTRÓPIO ASSOCIADO À BETA-AGONISTAS DE LONGA AÇÃO/ CORTICÓIDE INALATÓRIO: 20 ANOS DE ESTUDO PROSPECTIVO DE COORTE EM PACIENTES COM DPOC HIPOXÊMICA EM USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

**MARIA CHRISTINA LOMBARDI MACHADO\***; **FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA JR. \***; **MARIA ENEDINA AQUINO SCUARCIALUPI\***;

**AHMAD ABDUNY RAHAL\***; **OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO\***; **JOSÉ ROBERTO JARDIM\***

1. UNIFESP-EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ -UPE, RECIFE, PE, BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, POUSO, MG, BRASIL.

**Introdução:** O uso de brometo de tiotrópio (BT) associado à beta-agonistas de longa ação/corticóide inalatório (LABA/CI) tem efeitos benéficos na função pulmonar, taxa de exacerbações, qualidade de vida e capacidade de exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Na DPOC hipoxêmica, a sobrevida é menor do que na DPOC não-hipoxêmica. Não se sabe ainda quais seriam os efeitos do uso de BT associado à LABA/CI na sobrevida e mortalidade em pacientes com DPOC grave hipoxêmica em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada (DPOC/ODP). **Objetivo:** Avaliar sobrevida e mortalidade em pacientes com DPOC/ODP antes e após o uso de BT+LABA/CI. **Métodos:** Estudo prospectivo de coorte em pacientes com DPOC hipoxêmica em uso de ODP do ambulatório de doença pulmonar avançada/oxigenoterapia domiciliar da Unifesp/EPM/HSP (jan. /1997-julho/2016). Todos os pacientes estudados usaram ODP no min. 15 h/dia, de jan. /1997 a julho/2007 o pacientes não usaram BT (usaram BD beta 2 agonista inalatório com ou sem corticóide inalatório), após julho/2007 a julho/2016 todos usaram BT+LABA/CI. Portanto, neste estudo a coorte foi dicotomizada em dois grupos: grupo 1- não usou BT e grupo 2- usou BT, sendo que na entrada do estudo os 2 grupos eram semelhantes quanto as variáveis analisadas: idade, sexo, índice de massa corpórea (IMC), maços/ano (m/a) fumados, PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub> mmHg (ar ambiente) e VEF1 (% prev. pós BD), as 4 ultimas coletadas na entrada e anualmente durante doença estável, além de tempo de sobrevida (meses) e mortalidade (n%). Análise de sobrevida de Kaplan-Meier e multivariada de Cox. **Resultados:** Total=366 pacientes, grupo 1: n=119 (32%), grupo 2: n=247 (68%). Dados basais (médias): id. = 64, 6 ± 6, 2 anos, IMC= 25, 5 ± 6, 8 Kg/m<sup>2</sup>, m/a fumados=57, 0 ± 39, 8, sobrevida total= 63, 4 ± 44, 4 meses (antes BT: 33, 2 m, após BT: 52, 7 m; p<0, 01), PaO<sub>2</sub>= 50, 9 ± 6, 2 mmHg, PaCO<sub>2</sub>= 46, 3 ± 7, 4 mmHg, VEF1 = 35, 6 ± 12, 0 % prev. pós BD e índice de comorbidades Charlson= 2 ± 1, 2. A mortalidade no grupo que usou BT+LABA/CI foi menor do que a observada no grupo que não usou BT (grupo 2= 56% vs. grupo 1= 81%; p<0, 02). A mediana de sobrevida do grupo 2 foi maior do que a do grupo 1 (grupo 2 =52, 7 m vs. Grupo 1= 33, 2 m; p<0, 0001). Nesta coorte, a regressão multivariada de Cox mostrou que valor menor de IMC foi preditor independente de pior sobrevida (HR=0, 96; IC 95% 0, 93 a 0, 99, p<0, 02). **Conclusões:** Em pacientes com DPOC hipoxêmica em uso de ODP, o uso de BT + LABA/CI se associa com melhor sobrevida e menor mortalidade do que sem BT, e o preditor independente de pior sobrevida é IMC menor.

**Palavras-chave:** Dpoc; oxigenoterapia; brometo de tiotrópio

## **MEDICINA INTENSIVA / VENTILAÇÃO MECÂNICA**

#### **PO581** PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS À RESISTÊNCIA BACTERIANA EM PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL GERAL

**TIAGO SPIAZZI BOTTEGA\***; **RAFAELLE DE OLIVEIRA SOUZA\***; **DANIEL DI PIETRO\***; **MARCELO ZANCHET\***; **JOSIMERI DA SILVA SCHEIDT\***; **HENRIQUE EDUARDO DE OLIVEIRA\***; **JÉSSICA ECHEVERRÍA\***

1. HRSJ - SC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL; 2. UNISUL - SC, PALHOÇA, SC, BRASIL.

**Introdução:** A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) é uma infecção frequente, de grave evolução e prognóstico reservado nas unidades de pacientes críticos. O aparecimento da PAV está fortemente relacionado à alta incidência de fatores de risco, e o impacto da pneumonia pode ser ainda mais dramático quando se trata de um organismo multirresistente. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico da PAV e os fatores associados à resistência bacteriana em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes; descrever as características demográficas e clínicas da população em estudo; descrever a prevalência das bactérias, a presença de resistência bacteriana e as classes de antimicrobianos mais utilizados para tratamento de PAV; identificar o tempo médio de VM e a média de dias de internação hospitalar e na UTI; descrever a evolução clínica quanto a óbito e alta; analisar fatores associados à resistência bacteriana nos pacientes com PAV. **Métodos:** Estudo observacional transversal que incluiu 127 pacientes sob Ventilação Mecânica (VM) com diagnóstico de PAV internados na UTI do HRSJ no período de Janeiro de 2013 a Junho de 2014. O desfecho foi resistência bacteriana. Os dados foram obtidos via revisão do banco de dados da CCIH e dos prontuários por amostragem consecutiva e analisados no programa SPSS 16. 0. Utilizou-se a Prova Exata de Fisher ou Qui-quadrado para variáveis dependentes e independentes. A razão de prevalência foi a medida de associação. O nível de significância estabelecido foi valor  $p < 0,05$  (IC 95%). Aprovado pelo CEP-UNISUL. **Resultados:** Homens corresponderam a 72, 4% e a média de idade foi de 47, 24+16, 85 anos. A faixa etária mais prevalente foi > 59 anos (26, 8%). Comorbidades não imunossupressoras foram a maioria (83, 5%) e o uso prévio de antimicrobianos esteve presente em 70, 1%. Categoria de admissão cirúrgica foi superior à clínica, com 77%. Pseudomonas aeruginosa foi o patógeno mais frequente (21, 3%) e o antimicrobiano mais utilizado foi PipeTazo. O índice de resistência bacteriana foi de 29, 9%. Tempo médio de VM situou-se em 21 dias, média de dias de internação hospitalar e em UTI de 51 e 23 dias, respectivamente. Óbitos ocorreram em 33, 9% dos pacientes. Os fatores associados à resistência bacteriana incluíram: momento de início da PAV, uso prévio de antibióticos, duração da VM e tempo de internação hospitalar. **Conclusão:** A prevalência de bactérias resistentes é baixa. O momento de início da PAV, uso prévio de antibióticos, duração da VM e tempo de internação hospitalar estão associados à resistência bacteriana.

**Palavras-chave:** Pneumonia; ventilação mecânica; resistência bacteriana

**PO582 PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E IMPACTO DA DOENÇA NA MORTALIDADE DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL GERAL**  
TIAGO SPIAZZI BOTTEGA<sup>1\*</sup>; RAFAELLE DE OLIVEIRA SOUZA<sup>2</sup>; DANIEL DI PIETRO<sup>1</sup>; MARCELO ZANCHET<sup>1</sup>; JOSIMERI DA SILVA SCHEIDT<sup>1</sup>; HENRIQUE EDUARDO DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; JÉSSICA ECHEVERRÍA<sup>2</sup>

1. HRSJ - SC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL; 2. UNISUL - SC, PALHOÇA, SC, BRASIL.

**Introdução:** A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) é uma infecção frequente, de grave evolução e prognóstico reservado nas unidades de pacientes críticos. É considerada a principal causa de morbidade e mortalidade

em UTIs, sendo uma das mais graves infecções hospitalares. A suspeita de pneumonia hospitalar na UTI pode levar ao uso inadequado de antibióticos, contribuindo para a resistência bacteriana às drogas, para aumento de efeitos tóxicos e os custos dos cuidados de saúde. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico da PAV e o impacto da doença na mortalidade de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes; descrever as características demográficas e clínicas da população em estudo; descrever a prevalência das bactérias, a presença de resistência bacteriana e as classes de antimicrobianos mais utilizados para tratamento de PAV; identificar o tempo médio de VM e a média de dias de internação hospitalar e na UTI; descrever a evolução clínica quanto a óbito e alta, seu local de óbito e causa; analisar fatores associados ao óbito nos pacientes com PAV. **Métodos:** Estudo observacional transversal que incluiu 127 pacientes sob Ventilação Mecânica (VM) com diagnóstico de PAV internados na UTI do HRSJ no período de Janeiro de 2013 a Junho de 2014. O desfecho foi evolução (mortalidade). Os dados foram obtidos via revisão do banco de dados da CCIH e dos prontuários por amostragem consecutiva e analisados no programa SPSS 16. 0. Utilizou-se a Prova Exata de Fisher ou Qui-quadrado para variáveis dependentes e independentes. A razão de prevalência foi a medida de associação. O nível de significância estabelecido foi valor  $p < 0,05$  (IC 95%). Aprovado pelo CEP-UNISUL. **Resultados:** Homens corresponderam a 72, 4% e a média de idade foi de 47, 24+16, 85 anos. A faixa etária mais prevalente foi > 59 anos (26, 8%). Comorbidades não imunossupressoras foram a maioria (83, 5%) e o uso prévio de antimicrobianos esteve presente em 70, 1%. Categoria de admissão cirúrgica foi superior à clínica, com 77%. Pseudomonas aeruginosa foi o patógeno mais frequente (21, 3%) e o antimicrobiano mais utilizado foi PipeTazo. O índice de resistência bacteriana foi de 29, 9%. Tempo médio de VM situou-se em 21 dias, média de dias de internação hospitalar e em UTI de 51 e 23 dias, respectivamente. Óbitos ocorreram em 33, 9%, dos quais 76, 74% foram na UTI (76, 74%), sendo a PAV responsável por 48, 8% do total de óbitos. Idade e categoria de admissão foram fatores associados ao óbito. **Conclusão:** O índice de mortalidade é considerado baixo. A idade e a categoria de admissão estão associados à mortalidade.

**Palavras-chave:** Pneumonia; ventilação mecânica; mortalidade

**PO583 APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE DESMAME EM PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS E EM VENTILAÇÃO MECÂNICA PROLONGADA: RESULTADOS PRELIMINARES**  
BRUNO DO VALLE PINHEIRO<sup>1</sup>; VANESSA SALLES ALBUQUERQUE; CRISTIANE BASTOS NETTO; RODRIGO SOUZA VIEIRA; FERNANDO ANTONIO LIMA JR; NÍVEA SATIE MAEDA; FERNANDO FONSECA DOS REIS; ALINE PRIORI FIORETTO  
UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

**Introdução:** O desmame do suporte ventilatório permanece um desafio entre os pacientes em ventilação mecânica (VM) prolongada. A implementação de protocolos estruturados tem sido demonstrada como eficaz em reduzir o tempo de desmame e, conseqüentemente, de internação na UTI. **Objetivo:** Avaliar os resultados da implementação de um protocolo de desmame em pacientes traqueostomizados. **Métodos:** Estudo prospectivo realizado na UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, conduzido em pacientes traqueostomizados, em VM por mais de 21 dias e que apresentem: resolução ou controle da causa da falência respiratória, PaO<sub>2</sub> >60 mmHg com FIO<sub>2</sub>

$\leq 0$ , 4 e PEEP  $\leq 5$  cmH<sub>2</sub>O, estabilidade hemodinâmica, drive respiratório estável e pH  $\geq 7,35$ . O protocolo de desmame compreende 7 dias. Nos 2 primeiros dias o paciente é mantido em tubo T por 12 horas, voltando a VM em PSV ou PCV, com ajustes para garantir VT  $> 6$  m/kg e FR  $< 30$  irpm. Nos 5 dias seguintes, o paciente é mantido por 24 horas em tubo T. O protocolo é suspenso na vigência de um dos seguintes critérios: FC  $> 140$  bpm, PAS  $< 90$  ou  $> 180$  mmHg, SpO<sub>2</sub>  $< 90\%$ , FR  $> 35$  irpm, agitação. Após 7 dias de sucesso o paciente é considerado desmamado da VM. Na vigência de falha, em qualquer dia, o paciente volta a ser avaliado diariamente em relação aos critérios de entrada no desmame. Após 45 dias de tentativas, o paciente é considerado como dependente da VM e o desmame é suspenso. **Resultados:** Foram incluídos 8 pacientes (5 mulheres), idade média de 56 ( $\pm 21$ ) anos, com duração média de VM de 43, 5 ( $\pm 22$ , 8) dias. Seis pacientes foram desmamados segundo o protocolo, com média de 11, 8 ( $\pm 7$ , 1) dias de desmame. Ao final de 45 dias, dos seis pacientes desmamados, 2 tinham recebido alta hospitalar já decanulados, dois permaneciam no hospital em respiração espontânea com traqueostomia e 2 haviam voltado para VM. Os dois pacientes não desmamados foram a óbito durante a internação na UTI. **Conclusão:** O protocolo de desmame mostrou-se viável, mas o perfil desses pacientes os tornam de risco tanto para retorno à VM, quanto para necessidade da manutenção da traqueostomia.

**Palavras-chave:** Ventilação mecânica; desmame; traqueostomia

**PO584 LESÃO PULMONAR AGUDA INDUZIDA POR INSTILAÇÃO INTRATRAQUEAL DE LIPOLISSACÁRIDE EM UM MODELO ANIMAL DE ENFISEMA PULMONAR POR ADMINISTRAÇÃO DE ELASTASE**

**BRUNO DO VALLE PINHEIRO\*<sup>1</sup>; MARIA APARECIDA ESTEVES RABELO<sup>2</sup>; DANIELLE RIBEIRO BREGA<sup>2</sup>; RAPHAELLA BOGADO DE BEM<sup>2</sup>; LÍDIA MARIA CARNEIRO FONSECA<sup>2</sup>; FERNANDO FONSECA DOS REIS<sup>2</sup>; MAYCON DE MOURA REBOREDO<sup>3</sup>; LEDA MARÍLIA FONSECA LUCINDA<sup>3</sup>**

1. PALESTRANTE, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 2. NÚCLEO DE PESQUISA EM PNEUMOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 3. LABORATÓRIO DE PESQUISA EM PNEUMOLOGIA - CENTRO DE BIOLOGIA DA REPRODUÇÃO - UFJF, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

**Introdução:** A relação entre o enfisema e a lesão pulmonar aguda (LPA) direta ainda não está bem definida. O objetivo do trabalho foi comparar a LPA induzida por lipopolissacáride (LPS) intratraqueal em ratos Wistar com e sem enfisema induzido pela elastase. **Métodos:** Vinte e quatro ratos Wistar adultos foram randomizados para quatro grupos (n=6): controle (C), enfisema (E), LPA (LPA) e LPA com enfisema (LPA-E). O enfisema foi induzido pela injeção intratraqueal de elastase (12 UI). Após três semanas, a LPA foi induzida pela injeção intratraqueal de LPS (2 mg/Kg). Após 24 horas da indução da LPA, os animais foram eutanasiados e as seguintes análises foram realizadas: histopatologia pulmonar, lavado bronco-alveolar (LBA) e trocas gasosas.

**Resultados:** A instilação intratraqueal de elastase resultou no desenvolvimento de enfisema pulmonar. Este dado foi confirmado pelo alargamento dos espaços aéreos, avaliado pelo intercepto linear médio, que foi maior nos grupos E (21, 27  $\pm$  1, 52  $\mu$ m) e LPA-E (21, 78  $\pm$  4, 15  $\mu$ m) quando comparados com os grupos C (16, 52  $\pm$  0, 61  $\mu$ m) e LPA (17, 26  $\pm$  3, 2  $\mu$ m) (p  $< 0,05$ ). O escore de lesão pulmonar foi significativamente maior nos grupos LPA (0, 55  $\pm$  0, 15) e LPA-E (0, 69  $\pm$  0, 08) em comparação com os grupos C

(0, 12  $\pm$  0, 04) e E (0, 16  $\pm$  0, 04) (p  $< 0,05$ ). A contagem total de células (E = 3, 09  $\pm$  0, 83; LPA = 4, 45  $\pm$  1, 9; LPA-E = 5, 9  $\pm$  2, 1; C = 0, 73  $\pm$  0, 37  $\times 10^5$ ) e de neutrófilos (E = 0, 69  $\pm$  0, 35; LPA = 2, 53  $\pm$  1, 09; LPA-E = 3, 86  $\pm$  1, 4; C = 0, 09  $\pm$  0, 07  $\times 10^5$ ) no LBA foi significativamente maior nos grupos E, LPA e LPA-E comparado ao grupo C (p  $< 0,05$ ). Não foram observadas diferenças significativas no escore de lesão pulmonar e no BAL entre os grupos LPA e LPA-E e nas trocas gasosas entre os quatro grupos. **Conclusão:** A presença do enfisema não foi acompanhada de maior inflamação pulmonar em modelo experimental de LPA induzida por LPS intratraqueal. **Apoio Financeiro:** FAPEMIG, Rede Mineira TOXIFAR, CBR-UFJF.

**Palavras-chave:** Lesão pulmonar aguda; enfisema; ratos wistar

**PO585 ISQUEMIA CEREBRAL FOCAL REDUZ O PICO DE VELOCIDADE SISTÓLICA CAROTÍDEO IPSILATERAL E MODIFICA O PADRÃO RESPIRATÓRIO EM RATOS: PAPEL DA INFLAMAÇÃO NA INTERAÇÃO CÉREBRO-PULMÃO**

**CYNTHIA DOS SANTOS SAMARY\*; ALANE BERNARDO RAMOS; CINTIA LOURENÇO SANTOS; NAZARETH N ROCHA; RAQUEL FERREIRA MAGALHAES; LIGIA MAIA; PEDRO LEME SILVA; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO**

UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A lesão cerebral é uma causa frequente de admissão em Unidades Intensivas e é associada com alta morbidade e mortalidade. Esses pacientes geralmente precisam da ventilação mecânica invasiva como suporte de vida. Contudo, para iniciar o desenvolvimento de estratégias ventilatórias protetoras para pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, o reconhecimento da participação fisiopatológica relacionada à interação cérebro-pulmão deve ser elucidado. **Objetivo:** Avaliar o Doppler de carótidas, padrão respiratório, controle motor e processos inflamatórios no tecido pulmonar, lavado broncoalveolar (LBA), sangue, e cérebro em modelo experimental de AVC isquêmico focal. **Métodos:** Vinte ratos Wistar (peso 350-380g) foram submetidos ao exame Doppler de carótidas e foram, então, divididos em dois grupos: Sham cirurgia (n=10) ou AVC isquêmico (termocoagulação de vasos sanguíneos nos córtices somatosensorial direito, motor e sensorio-motor primário, n=10). Após 24h, os animais foram submetidos ao teste do cilindro para análise da assimetria dos membros e foram, então, colocados separadamente em câmaras fechadas para avaliação não-invasiva do padrão respiratório por pletismografia. Posteriormente, todos os animais foram sedados e anestesiados, e o exame Doppler de carótida foi repetido. Finalmente, pulmões, LBA, sangue, e tecido cerebral foram coletados para avaliação de mediadores inflamatórios (interleucina [IL]-6 e fator de necrose tumoral [TNF]- $\alpha$ ). **Resultados:** O AVC isquêmico focal induziu significativa assimetria dos membros superiores comparado ao grupo Sham (78 $\pm$ 8% vs. 0, 0 $\pm$ 0, 0%, p $< 0,0001$ ), colaborando para a eficácia desse modelo. A isquemia focal resultou em uma frequência respiratória significativamente baixa (303 $\pm$ 87 vs. 366 $\pm$ 14, p $< 0,01$ ) e maior tempo de expiração (1, 88 $\pm$ 0, 12 vs. 1, 2 $\pm$ 0, 03, p $< 0,05$ ) comparado ao grupo Sham. O pico de velocidade sistólica e aceleração diastólica foram significativamente reduzidas nos animais que sofreram isquemia em comparação ao grupo Sham na carótida direita (44 $\pm$ 19 cm/s vs. 89 $\pm$ 20 cm/s, p=0, 007 e 13 $\pm$ 7 cm/s vs. 22 $\pm$ 2 cm/s, p=0, 04, respectivamente), mas não na esquerda (10 $\pm$ 2 cm/s vs. 12 $\pm$ 4 cm/s, p=0, 39 e 16 $\pm$ 4 cm/s vs. 20 $\pm$ 6 cm/s, p=0, 07, respectivamente). As modificações morfológicas pulmonares, como edema alveolar, inflamação, hemorragia,

atelectasia, e broncoconstrição foram observadas após a isquemia induzida. A permeabilidade capilar alveolar foi maior na presença da isquemia do que nos animais *Sham* (2, 6±1, 9µg/mL vs. 0, 5±0, 1µg/mL, p<0, 05). A isquemia aumentou significativamente os níveis de TNF-α e IL-6 no tecido cerebral (5, 9±2, 5 vs. 1, 2±0, 7, p<0, 001 e 49, 3±22, 2 vs. 1, 5±0, 2, p<0, 01, respectivamente) e tecido pulmonar (1, 3±1, 4 vs. 0, 7±0, 2, p<0, 01 e 0, 06±0, 04 vs. 0, 01±0, 00, p<0, 05, respectivamente), quando comparado ao *Sham*. **Conclusão:** O AVC isquêmico focal reduziu o pico de velocidade sistólica ipsilateral e modificou o padrão respiratório dos animais. Essas alterações se associaram à maior inflamação no cérebro, sangue e pulmões e podem ajudar a desenvolver estratégias ventilatórias que protejam simultaneamente o cérebro e pulmões.

**Palavras-chave:** Avc isquêmico; interação cérebro-pulmão; pneumonia

### PO586 IMPACTO BIOLÓGICO DE DIFERENTES ESTRATÉGIAS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA DURANTE CIRURGIA ABDOMINAL EM RATOS SAUDÁVEIS

**LIGIA MAIA\***; CYNTHIA DOS SANTOS SAMARY; MILENA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA; CINTIA LOURENÇO SANTOS; STEFANO DE AVELAR ALCHORNE TRIVELIN; PEDRO LEME SILVA; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Ensaios clínicos recentes avaliaram diferentes estratégias de ventilação mecânica durante cirurgia abdominal no que diz respeito à ocorrência de complicações pós-operatórias pulmonares. Entretanto, os efeitos dessas estratégias sobre a lesão pulmonar induzida pelo ventilador (VILI) requerem investigação. **Objetivo:** Investigar o impacto das estratégias de ventilação mecânica utilizadas em dois estudos clínicos recentes (IMPROVE e PROVHILO) sobre a driving pressure ( $\Delta$ PRS), energia e potência mecânicas, morfometria pulmonar e inflamação em modelo de cirurgia abdominal. **Métodos:** 28 ratos Wistar saudáveis (394±60g) foram anestesiados, traqueostomizados, paralisados, e seus pulmões foram ventilados mecanicamente por 4 horas. Após a coleta dos dados iniciais, realizou-se laparotomia com manipulação do intestino. Posteriormente, os animais foram randomizados em quatro grupos (n=7/grupo): 1) Volume corrente baixo (VT = 7mL/kg), pressão positiva no final da expiração baixa (PEEP = 1cmH<sub>2</sub>O), sem manobra de recrutamento alveolar (MR) (VT-baixo/PEEP-baixa); 2) VT baixo (7mL/kg), PEEP moderada (3 cmH<sub>2</sub>O), e MRs a cada hora (VT-baixo/PEEP-moderada); 3) VT baixo (7mL/kg), PEEP elevada (6 cmH<sub>2</sub>O), e MRs no início do experimento (VT-baixo/PEEP-elevada); 4) VT elevado (14 mL/kg), PEEP baixa (1 cmH<sub>2</sub>O) e sem MRs (VT-elevado/PEEP-baixa).

**Resultados:** Em comparação à VT-baixo/PEEP-baixa e VT-elevado/PEEP-baixa, VT-baixo/PEEP-moderada e VT-baixo/PEEP-elevada apresentaram menor  $\Delta$ PRS (13, 9±0, 9 e 16, 9±0, 8 vs 7, 1±0, 8 e 10, 2±2, 1 cmH<sub>2</sub>O, respectivamente), energia (1, 9±0, 4 e 4, 7±0, 8 vs 1, 1±0, 1, e 1, 0±0, 1 J, respectivamente), e potência mecânica (110±10 e 120±20 vs 54±8 e 54±9 J/min, respectivamente) (p<0, 05). VT-baixo/PEEP-elevada foi associado a um menor grau de colapso alveolar do que VT-baixo/PEEP-baixa (8, 1±4, 9 vs 25, 2±12, 1, p=0, 03). Em comparação aos grupos VT-baixo/PEEP-baixa e VT-elevado/PEEP-baixa, a expressão de E-caderina foi maior no VT-baixo/PEEP-moderada (4, 2±1, 8 e 4, 3±2, 6 vs 11, 4±5, respectivamente, p=0, 01). Este grupo também apresentou menor TNF-α do que VT-elevado/PEEP-baixa (1, 4x10<sup>-4</sup>±1, 1x10<sup>-4</sup> vs 5, 3x10<sup>-4</sup>±2, 7x10<sup>-4</sup>, p=0, 02). O grau de colapso alveolar, a expressão de E-caderina, e os níveis

de TNF-α correlacionaram-se com  $\Delta$ PRS, (r<sub>2</sub>=0, 60, r<sub>2</sub>=-0, 49 e r<sub>2</sub>=0, 64, respectivamente, p<0, 05), energia (r<sub>2</sub>=0, 46, r<sub>2</sub>=-0, 70 e r<sub>2</sub>=0, 55, respectivamente, p<0, 05), e potência (r<sub>2</sub>=0, 65, r<sub>2</sub>=-0, 60 e r<sub>2</sub>=0, 50, respectivamente, p<0, 05).  $\Delta$ PRS correlacionou-se com energia (r<sub>2</sub>=0, 88, p<0, 001) e potência (r<sub>2</sub>=0, 87, p=0, 001). **Conclusão:** Neste modelo de cirurgia abdominal, VT-baixo/PEEP-moderada e o VT-baixo/PEEP-elevada resultaram em menor  $\Delta$ PRS, energia e potência em comparação com VT-baixo/PEEP-baixa e VT-elevado/PEEP-baixa. Sendo assim, menor energia e potência mecânica, bem como menor driving pressure, foram associados com redução da VILI.

**Palavras-chave:** Ventilação mecânica; cirurgia abdominal; driving pressure

### PO587 VENTILAÇÃO DE SUPORTE PARCIAL COM PEEP MODERADA REDUZ A INFLAMAÇÃO E O DANO À CÉLULA EPITELIAL EM MODELO LEVE DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO

**CASSIA BRAGA\***<sup>1</sup>; PAULO AF MAGALHÃES<sup>2</sup>; GISELE DE ARAUJO PADILHA<sup>1</sup>; LILIAN MORAES<sup>1</sup>; CINTIA LOURENÇO SANTOS<sup>1</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO<sup>1</sup>; PEDRO LEME SILVA<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA INSTITUTO MÃE E FILHO, RECIFE, PE, BRASIL.

**Introdução:** A ventilação de suporte parcial é parte integrante das estratégias ventilatórias em quadros leves de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). No entanto, a pressão positiva ao final da expiração (PEEP) deve ser cuidadosamente ajustada para reduzir o esforço respiratório do paciente e talvez o dano pulmonar. Além disso, ainda não se sabe o impacto biológico na ultraestrutura do músculo diafragma em diferentes níveis de PEEPs. Nossa hipótese é de que os efeitos benéficos da ventilação de suporte parcial sejam dependentes do ajuste dos níveis de PEEP. **Objetivos:** Comparar a ventilação de suporte parcial (PSV) com a ventilação controlada à pressão (PCV) combinada com dois níveis de PEEP (2 e 5 cmH<sub>2</sub>O) em modelo leve de SDRA. **Métodos:** Vinte e oito ratos Wistar (peso 310 ± 19g) receberam instilação intratraqueal de Lipopolissacarídeo de *E. coli* (LPS, 200mg em 100ml de salina). Após 24 horas, os animais foram anestesiados e divididos aleatoriamente em dois grupos: 1) PSV (n=14) ou PCV (n=14), onde estes últimos receberam brometo de pancurônio intravenoso (1mg/kg). Logo após, a PEEP de cada grupo foi ajustada para 2 cmH<sub>2</sub>O, P2 (PEEP baixa) ou 5cmH<sub>2</sub>O, P5 (PEEP moderada) e o volume corrente foi mantido em 6 mL/kg em todos os grupos. A troca gasosa, mecânica pulmonar, dano alveolar difuso, expressão de E-caderina no tecido pulmonar e o RT-PCR para marcadores biológicos relacionados à inflamação (CINC -1) e dano à célula epitelial do tipo 2 [proteína do surfactante (SP)-B] foram avaliados. **Resultados:** Ao final da ventilação, PSV e PCV apresentaram melhora da oxigenação, independente do nível de PEEP. O grupo PSV-P5 apresentou menor elastância pulmonar comparada ao grupo PCV-P5 (3, 8±0, 6 vs. 2, 7±1, 0, respectivamente, p<0, 01). O dano alveolar difuso foi menor no grupo PSV- P5 que no PSV- P2 (mediana [interquartil] 11 [8. 5-13. 5] vs. 23 [19-26], respectivamente, p=0, 007). Os grupos PCV-P5 e PSV-P5 não apresentaram diferenças significativas no dano alveolar difuso. A expressão de E-caderina foi maior nos grupos PCV-P5 e PSV-P5 (10, 8±2, 7 vs. 12, 5±2, 5, respectivamente) em comparação aos respectivos grupos ventilados com PEEP=2cmH<sub>2</sub>O (7, 0±1, 2 vs. 8, 5±2, 3, respectivamente), o que sugere maior integridade de células epiteliais nos primeiros. A expressão de RNAm para CINC-1 foi menor no grupo

PSV-P5 que PSV-P2 ( $p=0,02$ ), já a expressão para SP-B foi maior no grupo PSV-P5 comparada ao PSV-P2 ( $p=0,03$ ). A ultraestrutura diafragmática revelou lesões mitocondriais e no comprimento do sarcômero significativas no grupo PCV-P5 em comparação ao grupo PSV-P5. **Conclusão:** A ventilação de suporte parcial com PEEP moderada, mas não baixa, reduziu os danos pulmonares e marcadores inflamatórios, manteve a integridade epitelial e ultraestrutura diafragmática em um modelo leve de síndrome do desconforto respiratório agudo. Logo, os presentes dados sugerem que há uma interação entre ventilação de suporte parcial e o ajuste da pressão positiva ao final da expiração.

**Palavras-chave:** Peep; sdra; ventilação mecânica

#### **PO588 EFEITOS DA TERAPIA COM CÉLULAS MESENQUIMAIS ESTROMAIS ESTIMULADAS COM ÁCIDO GRAXO POLI-INSATURADO (PUFA) EM MODELO DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO INDUZIDO POR SEPSE**

**JOHNATAS D SILVA\***; JAMIL ZOLA KITOKO; LIGIA LINS CASTRO; STEFANO DE AVELAR ALCHORNE TRIVELIN; PRISCILLA CHRISTINA OLSEN; MARCELO MARCOS MORALES; BRUNO L DIAZ; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO  
UFRJ, TERESOPOLIS, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A terapia com células mesenquimais estromais reduz a inflamação e a fibrose pulmonar em modelo experimental de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), entretanto, os estudos clínicos em pacientes com SDRA não evidenciaram resposta benéfica. Logo, estratégias capazes de potencializar os efeitos das MSCs podem vir a ser uma opção terapêutica na SDRA. Nossa hipótese é que ácidos graxos poli-insaturados (PUFA) podem potencializar os efeitos das MSCs promovendo melhora da resposta inflamatória. **Objetivo:** Investigar os efeitos de MSCs estimuladas com PUFA nos processos inflamatórios, função pulmonar e sobrevida em modelo de SDRA induzida por sepse. **Métodos:** Vinte e quatro camundongos C57BL/6 foram divididos aleatoriamente em dois grupos: grupo sham ou grupo SDRA induzida por ligadura e perfuração do ceco (CLP). 24 horas após CLP, os animais foram tratados por via intravenosa com salina (50 mL, SAL,  $n=6$ ), MSCs derivadas de tecido adiposo ( $1 \times 10^5$ , AD-MSCs,  $n=6$ ), ou AD-MSCs estimuladas com PUFA (105, AD-MSC-PUFA,  $n=6$ ) por 6h. 24 horas após o tratamento, sobrevida, mecânica pulmonar e histologia foram analisados. Além disso, para caracterizar a gravidade da sepse, um escore clínico foi utilizado. Logo, quanto maior o escore apresentado, maior a gravidade da sepse. **Resultados:** 24 horas após a cirurgia de ligadura e perfuração de ceco, os animais apresentaram SDRA moderada caracterizada por alterações funcionais e morfológicas pulmonares pulmão. A sobrevida foi de 100% no grupo sham. Após o tratamento com salina, animais com SDRA apresentaram taxa de mortalidade de 30%, elastância estática do pulmão e pressão viscoelástica aumentadas (60% e 45%, respectivamente), colapso alveolar (25%), edema intersticial (12%) e células inflamatórias no parênquima pulmonar (22%). O tratamento com AD-MSCs reduziu mortalidade (19%), escore clínico, alterações na mecânica pulmonar (elastância estática do pulmão e pressão viscoelástica) e modificações histológicas do pulmão quando comparado com o grupo SDRA-SAL. A terapia com AD-MSCs-PUFA acarretou reduziu significativamente o escore clínico, taxa de mortalidade e os parâmetros funcionais e morfológicos pulmonares quando comparado com AD-MSCs. **Conclusões:** No presente modelo de SDRA induzida por sepse, as MSCs estimuladas

com PUFA foram mais efetivas do que as AD-MSCs, podendo vir a ser uma opção terapêutica para a SDRA.

**Palavras-chave:** Síndrome do desconforto respiratório agudo; terapia celular; ácidos graxos poli-insaturados

#### **PO589 EFEITOS DA GLUTAMINA NA RESPOSTA INFLAMATÓRIA EM MODELO DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO**

**GISELE PENA OLIVEIRA\***; JAMIL ZOLA KITOKO; PHILLIPE DE SOUZA LIMA GOMES; NATÁLIA CADAXO ROCHAEL; FELIPE MATEUS ORNELLAS; ELVIRA MARIA SARAIVA; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO

UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) representa uma condição caracterizada por resposta inflamatória exacerbada, que pode ser desencadeada por lesão direta ao epitélio alveolar (via pulmonar) ou indireta atingindo primariamente o endotélio (via extrapulmonar). Apesar de estudos já terem demonstrado os efeitos benéficos da glutamina (Gln) na SDRA de etiologia extrapulmonar, o impacto da administração intravenosa de Gln na SDRA pulmonar permanece controverso. **Objetivos:** Testar a hipótese de que a Gln intravenosa pode reduzir a inflamação e minimizar a lesão pulmonar em modelo experimental de SDRA de origem pulmonar. **Métodos:** Para os experimentos *in vivo*, camundongos BALB/c (20-25 g,  $n=58$ ) foram divididos aleatoriamente em dois grupos principais: no grupo SDRA, os animais receberam lipopolissacarídeo de *E. coli* (LPS) intratraquealmente [SDRA, 10  $\mu$ g], enquanto no grupo controle (C) os animais não foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, injeções ou instilações. Seis horas após a administração de LPS, os camundongos dos grupos C e SDRA foram novamente divididos, de maneira aleatória, para receber uma dose intravenosa única de solução salina (Sal, 0, 17 mL) ou Gln (0, 75 g/kg de peso corporal). Vinte e quatro horas após a instilação de LPS foram analisados: a) a elastância estática do pulmão (Est, L), pelo método de oclusão ao final da inspiração; b) a morfometria pulmonar, pela técnica de contagem dos pontos; c) os níveis de interleucina (IL)-6, IL-10, IL-1 $\beta$  e interferon (IFN)- $\gamma$  no tecido pulmonar, pelo método de ELISA; d) a presença de armadilhas extracelulares (ETS) de células mononucleares e polimorfonucleares no fluido do lavado broncoalveolar (FLBA), por luminescência (reagente PicoGreen). Para os estudos *in vitro*, caseína a 9% (50  $\mu$ L) foi instilada por via intratraqueal ( $n=4$ ) para induzir o recrutamento de neutrófilos para o espaço alveolar. As células do FLBA foram incubadas com LPS (20  $\mu$ g/mL), durante 3 horas a 35°C, na presença ou não de Gln (500  $\mu$ M). O DNA livre no sobrenadante foi quantificado. **Resultados:** Vinte e quatro horas após LPS, o tratamento com Gln intravenosa produziu redução da Est, L (37,  $5 \pm 2$ , 7  $\text{cmH}_2\text{O/mL}$  SDRA-Sal vs. 26,  $1 \pm 0$ , 5  $\text{cmH}_2\text{O/mL}$  SDRA-Gln,  $p < 0,001$ ), do colapso alveolar (34% SDRA-Sal vs 15% SDRA-Gln,  $p < 0,001$ ), bem como do IFN- $\gamma$  (0,  $23 \pm 0$ , 01 pg/mg SDRA-Sal vs 0,  $15 \pm 0$ , 01 pg/ml SDRA-Gln,  $p < 0,001$ ) e elevou os níveis de IL-10 (0,  $14 \pm 0$ , 01 pg/mg SDRA-Sal vs 0,  $20 \pm 0$ , 02 pg/ml SDRA-Gln,  $p < 0,05$ ), mas não teve impacto na formação de ETS. No estudo *in vitro*, o LPS aumentou o DNA livre no sobrenadante em 3, 5 vezes em comparação às células sem LPS (controle) ( $p < 0,05$ ). A adição de Gln às células estimuladas com LPS induziu concentrações semelhantes de DNA livre, em comparação ao controle ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** A administração de Gln reduziu a inflamação e melhorou a função pulmonar, apresentando potencial terapêutico na SDRA de origem pulmonar.

**Palavras-chave:** Síndrome do desconforto respiratório agudo; glutamina; lps

**PO590 EFEITOS MORFOFUNCIONAIS DA TERAPIA COM CÉLULAS MESENQUIMAIS ESTROMAIS DE DIFERENTES FONTES EM MODELO EXPERIMENTAL DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO**

**STEFANO DE AVELAR ALCHORNE TRIVELIN\***; JOHNNATAS D SILVA; DEBORA XISTO; MIQUEIAS LOPES PACHECO; ELGA BANDEIRA; MARCELO MARCOS MORALES; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO; MILENA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA  
UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Apesar das células mesenquimais estromais (MSCs) apresentarem propriedades gerais similares, células de diferentes fontes de obtenção podem exibir diferenças na capacidade anti-inflamatória e regenerativa, dependendo da lesão. Estudos recentes compararam as características de MSCs adultas de diferentes fontes e mostraram efeitos distintos em modelos experimentais, mesmo quando as células tiveram capacidades similares de proliferação e diferenciação. Os mecanismos pelos quais diferentes populações de MSCs apresentam distintas ações na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) permanecem não elucidados. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de células mesenquimais da medula óssea (BM)-MSC, do tecido adiposo (AD)-MSC e do tecido pulmonar (L)-MSC na mecânica e morfometria pulmonar, assim como inflamação e remodelamento em SDRA induzida por endotoxina. **Métodos:** Quarenta e oito ratos fêmeas Wistar receberam lipopolissacarídeo (LPS) de *Escherichia coli* intratraquealmente (100 µg, SDRA) ou salina (C). Após 48 horas, os grupos SDRA e C foram randomizados em subgrupos recebendo salina (0.05 mL), BM-MSC, AD-MSC, and L-MSC ( $1 \times 10^5$ ) intravenosamente. **Resultados:** Todas as fontes de MSC foram caracterizadas como CD19-/CD34-/CD45-/CD29+/Sca1+ por citometria de fluxo. LD-MSCs apresentaram-se 10% e 24% maiores em relação ao tamanho quando comparadas às AD-MSCs e BM-MSCs, respectivamente. Todas as linhagens de MSC foram similarmente capazes de diferenciação in vitro em osteoblastos e condroblastos. No dia 7, MSCs de cada fonte de obtenção foram capazes de reduzir a elasticidade estática pulmonar, pressões resistiva e viscoelástica, redução do colapso alveolar, do conteúdo de fibras colágenas e do número de neutrófilos no tecido pulmonar e dos mediadores pró-inflamatórios. Contudo, os efeitos benéficos de BM-MSC e AD-MSC no remodelamento do parênquima pulmonar foram melhores do que os observados com L-MSC. **Conclusão:** As diferentes fontes de obtenção das MSC testadas (BM-MSC, AD-MSC and L-MSC) atenuaram os danos no modelo de SDRA induzido por endotoxina. Porém, MSCs de diferentes origens exibiram efeitos distintos nos diferentes aspectos pulmonares. **Suporte:** CAPES, FAPERJ, DECIT, CNPq.

**Palavras-chave:** Sdra; mesenquimais; terapia

**PO591 COMPARAÇÃO ENTRE ALTA VERSUS BAIXA POTÊNCIA PULMONAR, EM FUNÇÃO DE DIFERENTES VOLUMES CORRENTES OU FREQUÊNCIAS RESPIRATÓRIAS, EM MODELO DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO.**

**RAQUEL SOUZA SANTOS\***; LIGIA MAIA; MILENA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA; LILIAN MORAES; CYNTHIA DOS SANTOS SAMARY; CINTIA LOURENÇO SANTOS; PEDRO LEME SILVA; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO  
UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Estudos recentes demonstram que o nível de volume corrente (VT), frequência respiratória (FR), pressão de platô e fluxo são co-fatores para o desenvolvimento da lesão induzida pela ventilação mecânica (VILI). A combinação destes fatores resulta na energia total aplicada ao sistema respiratório, a qual, multiplicada à frequência respiratória, resulta na potência mecânica respiratória. A potência atua diretamente na matriz extracelular do parênquima pulmonar, deformando células epiteliais e endoteliais ancoradas à matriz. Entretanto, a fim de ser a causa do dano pulmonar, ainda não se sabe se a potência alta deve estar associada ao alto VT. **Objetivo:** Identificar se o nível de alta potência deve estar associado ao alto volume corrente a fim de aumentar a VILI em ratos com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). **Métodos:** A SDRA foi induzida por lipopolissacarídeo de *Escherichia coli* (200 µg em 100 µl de salina) intratraqueal. Após 24 horas, os animais foram divididos aleatoriamente em 2 níveis diferentes de Potência (Pt) que resultaram em diferentes combinações de VT e FR: 1) PtBAIXA-VTbaixo (VT=6 mL/kg e FR para manter volume minuto de 160 mL), 2) PtBAIXA-VTalto (VT = 11 mL/kg e FR suficiente para manter a PtBAIXA), 3) PtALTA-VTbaixo (VT=6 mL/kg e FR para manter a potência 3x PtBAIXA), e 4) PtALTA-VTalto (VT=11 mL/kg e FR para manter a potência 3x PtBAIXA). Os animais foram ventilados mecanicamente durante 2 horas, com nível de pressão positiva expiratória final (PEEP)=3 cmH<sub>2</sub>O. A troca gasosa, mecânica pulmonar e marcadores de inflamação, estresse epitelial e lesão endotelial foram avaliados. **Resultados:** Todos os grupos experimentais apresentaram melhora da troca gasosa, sem diferença entre os grupos. A potência mecânica foi maior no grupo PtALTA comparada a PtBAIXA (0, 06 ± 0, 01 J/min vs. 0, 17 ± 0, 03 J/min, p < 0, 01, respectivamente). Considerando-se todos os animais, a interleucina-6, anfingulina e angiopoietina-2 aumentaram no grupo PtALTA-VTalto comparado ao grupo PtBAIXA-VTbaixo. **Conclusão:** No presente estudo, a alta potência mecânica aplicada ao parênquima pulmonar aumentou a inflamação e a expressão do marcador de inflamação, estresse epitelial e lesão endotelial quando associada ao alto, porém não ao baixo, VT. Tais alterações não foram observadas quando a ventilação mecânica foi mantida com baixa potência. Estes sugerem que a potência mecânica apresenta uma interação com o alto volume corrente aplicado. **Suporte Financeiro:** CNPq, FAPERJ, CAPES, MS-DECIT.

**Palavras-chave:** Mecânica respiratória; volume corrente; lesão pulmonar

**PO592 UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO SUL DO BRASIL**

**LORENA CÔRTEZ SANTELLO BOETTCHER\***; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; ISRAEL SILVA MAIA; **MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.

**Introdução:** Nas últimas décadas, observou-se crescente interesse na utilização da ventilação mecânica não invasiva (VNI) no tratamento de variadas formas de insuficiência respiratória (IResp). Tem sido relacionada à redução de intubações traqueais (IT), de complicações associadas à ventilação mecânica invasiva (VM), ao tempo de permanência hospitalar e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), assim como à diminuição de mortalidade em grupos específicos de pacientes. As informações a respeito da aplicação da VNI no Brasil ainda são escassas e a identificação de fatores que podem interferir nos desfechos clínicos e



permitir a adoção de estratégias para otimizar sua utilização justificam o interesse deste estudo, cujo objetivo principal é descrever a utilização de VNI na UTI de um hospital de referência para doenças respiratórias e infectocontagiosas do sul do país. Analisar-se-á, também, a efetividade da VNI e os fatores relacionados à sua falha e ao óbito hospitalar.

**Objetivos:** Descrever a utilização da Ventilação Não Invasiva (VNI) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital referência em doenças respiratórias no sul do país. Analisar sua taxa de sucesso e fatores relacionados à sua falha e ao óbito hospitalar. **Métodos:** Coorte observacional que incluiu pacientes em VNI, internados na UTI do Hospital Nereu Ramos – Florianópolis, SC, entre julho e novembro de 2014. **Resultados:** De 164 pacientes admitidos, 42 (26%) utilizaram VNI, sendo 21 submetidos à VNI inicial (13% entre todos os admitidos) e 21 pós-extubação (29% entre todos os extubados). Na amostra, a principal causa de admissão foi a insuficiência respiratória aguda (73, 8%). O sucesso da VNI foi de 57% e a mortalidade hospitalar de 35%. Relacionaram-se à falha da VNI: tempo de internação prévia a UTI  $\geq 3$  dias (RC 4, 33; IC95%: 1, 15 – 16, 25), pH  $< 7,35$  (RC 11, 25; IC95%: 1, 12 – 112, 53), instituição de cuidados paliativos (RC 7, 00; IC95%: 1, 53 – 32, 07) e dias de internação em UTI  $\geq 7$  dias (RC 7, 60; IC95%: 1, 89 – 30, 50). Estiveram associados ao óbito hospitalar: maior tempo de internação prévia à UTI, instituição de cuidados paliativos e falha da VNI. **Conclusões:** A taxa de utilização de VNI foi semelhante à literatura e observou-se boa taxa de sucesso. Fatores relacionados à falha da VNI e ao óbito hospitalar também foram semelhantes a estudos anteriores.

**Palavras-chave:** Ventilação não invasiva; insuficiência respiratória; terapia intensiva

#### **PO593** COMPLICAÇÕES E ANALGO/SEDAÇÃO DURANTE A APLICAÇÃO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM HOSPITAL DO SUL DO PAÍS.

LORENA CÔRTEZ SANTELLO BOETTCHER<sup>1</sup>; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE<sup>2</sup>; ISRAEL SILVA MAIA<sup>3</sup>; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI<sup>4</sup> UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

**Introdução:** A ventilação mecânica não invasiva (VNI) constitui suporte ventilatório realizado através de dispositivos acoplados à face do paciente, sem que haja intubação traqueal ou traqueostomia. Por isso relaciona-se a bons desfechos clínicos, especialmente em pacientes com Insuficiência respiratória relacionada à exacerbação de DPOC, edema pulmonar cardiogênico e em indivíduos imunossuprimidos. Também tem sido associada a um menor número de dias de internação em UTI e hospitalar e a menor mortalidade. Entretanto, pode gerar claustrofobia, dor e desconforto, durante sua utilização, o que pode ser minimizado com a instalação cuidadosa dos dispositivos de acoplamento, com a escolha individualizada da melhor interface com o auxílio de sedação leve. As informações sobre as complicações da VNI e estratégias para minimizar o desconforto, podem ajudar a ampliar sua aceitação. Este trabalho tem como objetivo relatar as complicações e a analgo/sedação, observadas durante a utilização de VNI, em UTI de um hospital de referência para doenças respiratórias e infectocontagiosas do sul do país. **Objetivos:** Descrever as complicações e a aplicação de analgo/sedação durante a utilização da Ventilação Não Invasiva (VNI) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospital no sul do país. **Métodos:** Coorte observacional que incluiu pacientes que foram submetidos à VNI, internados na UTI do Hospital Nereu Ramos – Florianópolis, SC, entre julho e novembro de 2014. **Resultados:** De 164 pacientes admitidos, 42 (26%)

utilizaram VNI em algum momento de sua internação, 13% como forma de suporte ventilatório inicial e 29% pós extubação, entre de todos os pacientes extubados. As principais causas de insuficiência respiratória entre os pacientes que receberam VNI foram: Pneumonia em imunocompetente em 18/42 pacientes (42, 9%), doenças respiratórias obstrutivas 13/42 (31, 5%) e pneumonia em imunossuprimido 11/42 (26, 2%) dos pacientes. Houve algum tipo de desconforto em 55% dos pacientes e utilizou-se alguma forma de analgo/sedação em 59, 5% das vezes. A tabela abaixo mostra as principais complicações observadas durante a aplicação da VNI e os medicamentos usados para analgo/sedação destes pacientes. Desconforto n (%) 23 (54, 8) Agitação psicomotora n (%) 12 (28, 6) Dor n (%) 8 (19, 0) Claustrofobia n (%) 1 ( 2, 4) Utilização de Analgo –Sedação n (%) 25 (59, 5) Propofol (n = 16) (mg/kg/h) 0, 5  $\pm$  0, 3 Fentanil (n = 5) ( mcg/kg/min) 0, 002  $\pm$  0, 001 Clonidina (n = 5) (mcg/kg/h) 1, 06  $\pm$  0, 99 Midazolam (n = 4) (mg/kg/h) 0, 05  $\pm$  0, 04 Morfina (n = 3) (mg/dia) 5, 7  $\pm$  5, 5 Dexmedetomidina (n = 3) (mcg/kg/h) 0, 36  $\pm$  0, 22 RASS -2 a 0 n (%) 21 (84) RASS +1 a +5 n (%) 4 (16) **Conclusões:** Observou-se desconforto em grande parte dos pacientes mas não houve complicações graves durante a aplicação de VNI. A analgo/sedação foi utilizada na maioria dos pacientes, com diferentes esquemas e drogas. Conseguiu-se manter sedação leve, na maioria dos pacientes.

**Palavras-chave:** Analgo/sedação; ventilação não invasiva; terapia intensiva

#### **PO594** TAXA DE SUCESSO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PRIVADO MARCELO BASSO GAZZANA<sup>1</sup>; LEONARDO SILVEIRA SILVA<sup>2</sup>; LUIS GUILHERME ALEGRETTI BORGES<sup>3</sup>; RICARDO WICKERT<sup>4</sup>; UBIRATAN DE CASTRO NASCIMENTO JUNIOR<sup>5</sup>; DEBORA ZANCHET OLIVEIRA<sup>6</sup>; CAMILA BITTENCOURT<sup>7</sup>; LUIZA NIEDERAUER XAVIER<sup>8</sup> HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A ventilação mecânica não invasiva (VNI) é um método tem se tornou rotina no manejo de pacientes com insuficiência respiratória aguda, tendo em vista o seu benefício de redução da necessidade de ventilação mecânica invasiva e da mortalidade evidenciado nos ensaios clínicos e metanálises. Entretanto, dados de efetividade do uso da VNI na prática diária no nosso meio são pouco disponíveis. **Objetivos:** Descrever perfil clínico-demográfico dos pacientes que utilizaram VNI no serviço de emergência de um hospital privado de Porto Alegre, e as respectivas taxas de sucesso. **Método:** Estudo prospectivo, observacional, realizado com 76 pacientes consecutivos que utilizaram VNI na unidade de emergência no período janeiro a junho de 2016. Os dados foram coletados pelos fisioterapeutas que atenderam os respectivos pacientes. Definiu-se sucesso como a não necessidade de intubação traqueal. **Resultados:** A média de idade foi de 79, 7 $\pm$ 16, 6 anos, sendo a maioria feminina (55, 5%), com média de índice de massa corporal (IMC) de 26, 5 $\pm$ 4, 6Kg/m<sup>2</sup>. As patologias mais frequentes foram edema agudo de pulmão (26, 3%), exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica (25%) e pneumonia (23, 6%). As principais características que levaram ao uso da VNI foram dispneia intensa (41, 8%), redução da saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) (25, 4%) e esforço ventilatório (21, 6%). As médias da pressão inspiratória positiva nas vias aéreas (IPAP) e da pressão expiratória positiva nas vias aéreas (EPAP) foram respectivamente 14 $\pm$ 2cmH<sub>2</sub>O e 7 $\pm$ 1cmH<sub>2</sub>O, e o tempo médio de utilização foi de 2 $\pm$ 1 dias. Observou-se um aumento significativo na SpO<sub>2</sub> após uma hora de uso da VNI (88 $\pm$ 2% vs 95 $\pm$ 3%; p<0, 001) e a taxa de sucesso foi de 76, 3%. **Conclusão:** A VNI é um

método efetivo para manejo de pacientes com insuficiência respiratória no serviço de emergência na amostra estudada, apresentando taxas de sucesso semelhantes a literatura. Novos estudos com amostras maiores e multicêntricos são necessários para determinar as diferenças regionais e prever fatores associados com o sucesso da VNI na emergência.

**Palavras-chave:** Ventilação mecânica não invasiva; insuficiência respiratória; emergência

### **PO595 A UTILIZAÇÃO DE ALTO FLUXO DE OXIGÊNIO POR CATÉTER NASAL EM PACIENTE COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UM SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA**

**CAIO MARQUES FERNANDES\*<sup>1</sup>; RAQUEL FEIJÓ DE ARAÚJO<sup>2</sup>; HELEN MELO OLIVEIRA<sup>3</sup>; FELIPE DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>3</sup>; EDUARDO DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>4</sup>; FRANCISCO HÉLIO OLIVEIRA JÚNIOR<sup>5</sup>**

1. HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3. HOSPITAL GERAL WALDEMAR ALCANTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 4. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A ventilação não invasiva (VNI) apresenta bons resultados com redução na necessidade de intubação e na mortalidade em pacientes com exacerbações da DPOC ou com edema pulmonar cardiogênico. Seus benefícios comprovados e o baixo risco de complicações tornaram o uso de VNI uma rotina frequente nos pacientes com insuficiência respiratória nos pacientes acima. Porém, a administração da VNI em pacientes com distúrbios respiratórios agudos hipoxêmicos vem sendo debatido. Diante destes resultados e a crescente utilização nas rotinas diárias, recentemente novos sistemas de fornecimento de alto fluxo de oxigênio por cateter nasal surgiram como opção de dispositivos não invasivos na terapêutica da insuficiência respiratória hipoxêmica. Estes sistemas podem proporcionar taxas de fluxo de 50 litros/minuto de oxigênio aquecido e humidificado a concentrações de até 100%. **Relato de caso:** Paciente, 55anos, sexo feminino, do lar, procedente de distrito de Chorozinho-CE, obesa. Sem outras comorbidades, hábitos de vida ou exposições relevantes na história. Há 1 semana da admissão, iniciou quadro gripal, com febre baixa, adinamia e tosse seca. Após 3 dias, durante desfeverência da febre, iniciou quadro de hemoptise de pequena quantidade e dispnéia progressiva. Evoluiu com dispnéia ao repouso e cianose central, o que fez a paciente procurar assistência médica no sétimo dia de doença, já em franca insuficiência respiratória (taquipnéia, cianótica e com oximetria de pulso aferindo 81% sem suporte de oxigênio e 88% a máscara de Venturi 15l/min). Radiografia de tórax, evidenciado opacidades alveolares bilaterais. Iniciado antibioticoterapia de amplo espectro com Ceftriaxona, Azitromicina, Oseltamivir e Metilprednisolona, devido padrão de hipoxêmico, transferida para Unidade de Terapia Intensiva Respiratória e iniciado tratamento com VNI, sem resposta clínica importante (índice de oxigenação caracterizando síndrome respiratória aguda grave). Decidido iniciar o fornecimento de alto fluxo de oxigênio por cateter nasal a despeito da intubação orotraqueal. Paciente evoluiu estável, com boa resposta terapêutica, sendo mantida no alto fluxo por cerca de 8 dias, com melhora progressiva de pressão parcial de oxigênio, recebendo alta da UTI após 10 dias do início do tratamento, sem necessidade de suplementação de oxigênio. Submetida a avaliação de causas de hemoptise, não tendo evidências sorológicas e de cultura para germes piogênicos, fungos, parasitas ou virais (swab

de orofaringe para influenza A negativo). Excluídas causas de vasculites ou colagenoses associadas. Submetida a TCAR após 20 dias do início do quadro, apresentando alterações reticulonodulares com componente fibrótico dispersas de fomar aleatória bilateralmente, destacando-se em lobos superiores, com evidências de bronquectasias de tração, sugerindo processo pneumônico infeccioso cronicado. Paciente recebeu alta no 18º dia de internação hospitalar, com boa capacidade funcional clínica com orientação de aguardar resultado de broncoscopia realizada no serviço e realização de teste de capacidade pulmonar funcional. **Conclusão:** Apesar de estudos mostrarem que não houve redução nas taxas de intubação, a mortalidade em UTI e após 90 dias foi consideravelmente inferior em pacientes do grupo de oxigênio de alto fluxo, particularmente em pacientes com hipoxemia severa não hipercápnicos ou em ausência de doença pulmonar crônica.

**Palavras-chave:** Alto fluxo oxigênio; vni; sara

### **PO596 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA COM OU SEM BLENDER EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA HIPOXÊMICA EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

**MARCELO BASSO GAZZANA<sup>1</sup>; LEONARDO SILVEIRA SILVA<sup>2</sup>; LUIS GUILHERME ALEGRETTI BORGES<sup>3</sup>; RICARDO WICKERT<sup>4</sup>; CAMILA BITTENCOURT<sup>5</sup>; LUIZA NIEDERAUER XAVIER<sup>6</sup>; LEONARDO MIGUEL CORREA GARCIA<sup>7</sup>; CASSIANO TEIXEIRA<sup>8</sup>**  
HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A ventilação mecânica não invasiva (VNI) é um método terapêutico que vem sendo utilizado em pacientes com insuficiência respiratória, e tem demonstrado redução da necessidade de intubação traqueal e aumento da sobrevida em alguns cenários. Com o aumento da sua utilização e a evolução tecnológica, foram desenvolvidos ventiladores específicos para VNI. Os aparelhos modernos de VNI apresentam regulação da fração inspirada de oxigênio (FIO<sub>2</sub>) no próprio aparelho, por meio de um misturador de gases (blender), podendo gerar impacto positivo no desfecho da insuficiência respiratória hipoxêmica. Entretanto, a aquisição do blender aumenta o custo do equipamento. Resultados sobre o impacto clínico na utilização do blender associado a VNI são escassos.

**Objetivos:** Comparar a eficiência de ventiladores não invasivos, com blender e sem blender, em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica em uma unidade de emergência. **Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente 41 pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica, que utilizaram VNI no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015, em uma unidade de emergência de um hospital privado no Sul do Brasil. Os pacientes foram divididos em dois grupos conforme o tipo de aparelho utilizado: VNI sem blender (n=27; 65, 8%) e VNI com blender (n=14; 34, 15%). Os desfechos avaliados foram saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) após 1 hora de VNI, tempo de uso da VNI e taxa de sucesso (evitar intubação traqueal). **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi 83±13 anos, sendo a maioria do sexo feminino (n=24; 58, 5%). As doenças principais foram edema pulmonar (n=19; 45, 3%), pneumonia (n=19; 46, 3%) e tromboembolia pulmonar (n=3; 7, 4%). Comparando o grupo VNI sem blender com o grupo VNI com blender, a SpO<sub>2</sub> após 1 hora de VNI foi maior no grupo que usou blender (95±2% vs 98±1%; p< 0, 0003). Tanto o tempo de uso de VNI (1±1 dia vs 2±2 dias; p>0, 05) quanto a taxa de sucesso não diferiram entre os grupos (81, 4% vs 85, 7%; p>0, 05). **Conclusões:** Os pacientes que utilizaram VNI com blender apresentaram um aumento da SpO<sub>2</sub> significativamente maior do que os pacientes

que utilizaram VNI sem blender na primeira hora de VNI. Contudo, não houve diferença significativa no tempo de uso e no sucesso da VNI. Considerando as limitações deste estudo, há necessidade de ensaios clínicos randomizados com amostra suficiente para definir se há benefício sobre desfechos duros relacionados a utilização ou não de blender acoplados aos equipamentos de VNI.

**Palavras-chave:** Ventilação mecânica não invasiva; insuficiência respiratória; oxigenoterapia

#### **PO597 MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO PACIENTE CRÍTICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA**

**ULISSES VICENTE PEREIRA\***

*HOSPITAL M BOI MIRIM, CARAPICUIBA, SP, BRASIL.*

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local de grande especialização e tecnologia, identificado como espaço laboral destinado à profissionais da saúde, principalmente médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, possuidores de grande aporte de conhecimento, habilidades e destreza para a realização de procedimentos. A sobrevida dos pacientes criticamente enfermos tem aumentado em consequência da evolução tecnológica, científica e da interação multidisciplinar, contudo a incidência de complicações decorrentes da permanência prolongada na UTI vem contribuindo adversamente para o status funcional do paciente. Introdução; Após uma semana de repouso apresentam perda de 20% na força muscular, com perda adicional de 20% a cada semana subsequente (5); essa redução de força muscular é ocasionada provavelmente por uma combinação entre tratamento com esteroides, hipermetabolismo, nutrição e estado inflamatório. Autores relatam que mais de 01 milhão de pacientes por ano necessitam da ventilação mecânica invasiva considerando as evidências de morbimortalidade e o seu alto custo gerado na internação destes pacientes. A literatura ainda apresenta-se escassa e necessita de mais estudos comprovando a eficácia da mobilização precoce comparando ao tempo de ventilação mecânica invasiva que os pacientes são submetidos. Por isso o estudo de mobilização precoce se faz presente, por que pode influenciar e reduzir o tempo de VMI. **Objetivo:** Comparar entre os dois grupos avaliados o tempo de permanência na ventilação mecânica invasiva após 48 de internação e número de atendimentos fisioterapêuticos recebidos nos pacientes com mobilização precoce (CMP) com o grupo sem mobilização precoce (SMP). **Metodologia:** Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo através de uma coleta de dados nos prontuários dos pacientes atendidos na UTI adulto do Hospital Municipal. Fizeram parte do estudo os pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva (VMI) por 48 horas; deram entrada na UTI no período de 29 de junho a 31 de agosto de 2012 e 01 de janeiro a 28 de fevereiro de 2013 em todas as situações clínicas que caracterizam evolução estável. Foram considerados somente valores estatisticamente significantes com valores de  $p > 0,05$ . **Resultados:** o estudo apresentou eficácia na utilização do protocolo reduzindo tempo em VM. O grupo SMP teve média de 26, 7 dias em VMI enquanto o grupo CMP teve média de 10, 16 dias em VMI. Também se observou diminuição na quantidade de atendimentos o grupo SMP teve média de 73, 07 atendimentos enquanto o grupo CMP 16, 48 atendimentos fisioterapêuticos. **Conclusão:** Após o início do protocolo de mobilização precoce houve diminuição no tempo de VMI, o que pode contribuir na redução de da estadia na UTI e consequentemente redução dos custos hospitalares.

**Palavras-chave:** Mobilização precoce; repercussões da mobilização precoce; ventilação mecânica na uti adulto

#### **PO598 IMPACTO DA VENTILAÇÃO VARIÁVEL SOBRE O DANO PULMONAR EM MODELO DE PNEUMONIA**

**RAQUEL FERREIRA MAGALHAES\*<sup>1</sup>; CYNTHIA DOS SANTOS SAMARY<sup>1</sup>; RAQUEL SOUZA SANTOS<sup>1</sup>; MILENA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; ADRIANA RIBEIRO SILVA<sup>2</sup>; HUGO CAIRE DE CASTRO FARIA NETO<sup>2</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO<sup>1</sup>; PEDRO LEME SILVA<sup>1</sup>**

*1. IBCCF/UFRRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. IOC/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** Embora a ventilação convencional com baixos volumes correntes (VT) seja indicada em casos de pneumonia, seu uso pode acarretar dano pulmonar. A ventilação variável simula a respiração de um indivíduo saudável e pode ser reproduzida por meio de um controlador externo. **Objetivo:** Comparar o impacto da ventilação variável (VV) com a convencional (VCV) sobre danos pulmonares em modelo de pneumonia induzida por *Pseudomonas aeruginosa*. **Métodos:** (CEUA-019) Ratos Wistar (machos, 300-360g, n=16) foram aleatoriamente divididos em dois grupos: pneumonia (PA) ou controle (SAL), para receberem respectivamente *Pseudomonas aeruginosa* (5x10<sup>7</sup>, unidades formadoras de colônia (UFC)) ou salina via intratraqueal (i. t. ). Após 24 horas, coletou-se sangue e fluido do lavado broncoalveolar (FLBA) para análise das UFCs e contagem de leucócitos e avaliou-se a troca gasosa e histologia pulmonar. Após caracterização deste modelo, 32 animais (300-410g) do grupo PA e SAL foram ventilados com VT=6 mL/kg, pressão positiva ao final da expiração (PEEP)=5 cmH<sub>2</sub>O e fração inspirada de oxigênio (FiO<sub>2</sub>)=0,4. A ventilação variável foi aplicada numa sequência de valores de VT gerados aleatoriamente (n = 600; VT médio = 6 mL/kg), com coeficiente de variação do volume corrente de 30%. Após duas horas, avaliaram-se troca gasosa, histologia pulmonar, marcadores biológicos associados à inflamação, hiperdistensão e lesões epitelial e endotelial. **Resultados:** Os animais do grupo PA exibiram aumento do número de leucócitos no FLBA (69, 6±26, 3 vs. 3, 9±0, 4 x 10<sup>5</sup> células, p<0, 05) e sangue (166, 5±18, 3 vs. 83, 3±9, 2x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>, p<0, 001). A contagem bacteriana foi maior no grupo PA comparado ao grupo SAL, tanto no FLBA (170 [103-243] vs. 0 [0-0] UFC, p<0, 05) quanto no sangue (12 [4-17] vs. 0 [0-0] UFC, p<0, 05). O dano ao parênquima pulmonar também foi maior (p<0, 0001) no grupo PA, e a oxigenação, menor (82±50 vs. 340±32, p<0, 05) nos animais PA comparados aos SAL. Após 2 horas de ventilação, a ventilação variável em comparação com a ventilação controlada, melhorou a oxigenação (p<0, 05) e diminuiu o dano ao parênquima pulmonar (p<0, 05). Tanto VV quanto VCV reduziram a inflamação, porém apresentaram maior número de UFC no sangue em comparação aos animais SAL, sem diferença entre as estratégias ventilatórias (VCV: 14 [0-180] vs. VV: 6. 5 [0-19], p>0, 99). **Conclusão:** A ventilação variável melhorou a oxigenação e reduziu o dano pulmonar em comparação a ventilação convencional em modelo de pneumonia, sem aumentar a translocação bacteriana.

**Palavras-chave:** Pneumonia hospitalar; ventilação mecânica; ventilação variável

#### **PO599 SEVOFLURANO, COMPARADO AO ISOFLURANO, ATENUA O DANO PULMONAR DEPENDENDO DA ETIOLOGIA DA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO EM RATOS**

**ELIETE FERREIRA PINTO\*<sup>1</sup>; MARIANA DAS NEVES ARAÚJO<sup>2</sup>; CINTIA LOURENÇO SANTOS<sup>1</sup>; CYNTHIA DOS SANTOS SAMARY<sup>1</sup>;**

**FERNANDA FERREIRA CRUZ<sup>1</sup>; NATHANE SANTANNA FELIX<sup>1</sup>; PEDRO LEME SILVA<sup>1</sup>; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO<sup>1</sup>**  
1. UFRJ/BCCF, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** Os anestésicos inalatórios modulam o processo inflamatório na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). No entanto, nenhum estudo até o momento avaliou se sua ação pode diferir dependendo da etiologia da SDRA. **Objetivo:** Comparar os efeitos do sevoflurano e isoflurano no dano pulmonar na SDRA de origem pulmonar (p) e extrapulmonar (exp), in vivo e in vitro. **Métodos:** Ratos Wistar fêmeas (n=24) foram divididos de forma randomizada em SDRAp e SDRAexp, com administração de lipopolissacarídeo (LPS) de *Escherichia coli* intratraqueal (200µg) ou intraperitoneal (1000µg), respectivamente. Após 24 horas, os animais foram anestesiados com sevoflurano (SEVO) ou isoflurano (ISO) (1CAM) por 60 minutos. Função pulmonar, histologia, assim como a expressão de RNA mensageiro (RNAm) no tecido pulmonar de interleucina (IL)-6, IL-10, fator nuclear eritróide 2-relacionado ao fator 2 (Nrf2), proteína surfactante (SP)-B, molécula de adesão celular vascular-1 (VCAM-1), subunidade alfa e gama dos canais de sódio epiteliais sensíveis a amilorida ( $\alpha$ ENaC,  $\gamma$ ENaC) e subunidades alfa1 e beta1 da bomba de sódio e potássio adenosina-trifosfatase ( $\alpha$ 1-Na, K-ATPase e  $\beta$ 1-Na, K-ATPase) foram avaliados (análise in vivo). Células epiteliais pulmonares humanas A549 foram estimuladas com LPS (20µg/ml) por 24 horas, depois expostas ao SEVO ou ISO (1CAM) por 60 minutos, e a expressão de proteína surfactante (SP)-B foi quantificada (análise in vitro). **Resultados:** Na SDRAp, análise in vivo mostrou que: elastância pulmonar estática e colapso alveolar foram menores no SEVO comparado ao ISO (p=0, 0049 e 0, 0411, respectivamente); a expressão de RNAm foi maior para SP-B (p=0, 048), subunidade  $\beta$ 1 da bomba de sódio e potássio adenosina-trifosfatase ( $\beta$ 1-Na, K-ATPase) (p=0, 021) e fator nuclear eritróide 2-relacionado ao fator 2 (Nrf2) (p=0, 032), enquanto foi menor para interleucina (IL)-6 (p=0, 029) no SEVO comparado ao ISO. Na SDRAexp, não foi observada nenhuma diferença significativa entre os grupos. Análise in vitro mostrou maior expressão de SP-B no SEVO comparado ao ISO. **Conclusão:** Sevoflurano, quando comparado ao isoflurano, foi associado à redução do dano pulmonar somente na SDRAp.

**Palavras-chave:** Síndrome do desconforto respiratório agudo; anestésicos inalatório; mecânica respiratória

**PO600 EDEMA PULMONAR POR PRESSÃO NEGATIVA PÓS-EXTUBAÇÃO TRAQUEAL - RELATO DE CASO**  
**BRUNA MAIA RODRIGUES\***; MARCO ANTÔNIO SOARES REIS; MARIANA FERREIRA COLARES  
HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Introdução:** O edema pulmonar por pressão negativa (EPPN) tem sido definido como edema não-cardiogênico, com transudação de líquido para o interstício pulmonar, por aumento na pressão negativa intratorácica, ocasionado pela obstrução das vias aéreas superiores. Trata-se de um quadro potencialmente fatal quando não diagnosticado. Acomete frequentemente indivíduos jovens e saudáveis, no período imediatamente após a extubação. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 32 anos, hígido, internou no Hospital Madre Teresa dia 26/06/2015 para realizar cirurgia de microdissectomia L1-S1 e artrodese minimamente invasiva. Realizado avaliação pré-anestésica, classificado como ASA 1. Durante a preparação para a cirurgia, a intubação foi descrita como difícil pelo anestesista, necessitando de troca de tubo. A cirurgia foi realizada sem intercorrências,

porém após a extubação o paciente evoluiu com laringoespasmos, broncoespasmos, taquipnéia, tosse com escarro sanguinolento, ausculta pulmonar com crepitações difusas bilaterais e hipoxemia importante. O paciente foi transferido para unidade de terapia intensiva (UTI), sendo realizado radiografia de tórax, que evidenciou área cardíaca normal associada a opacidades bilaterais confluentes, de aspecto algodoadoso. Na sequência submetido a angiotomografia de tórax que mostrou atenuação em vidro fosco difusa e bilateral, predominando na região medular, além de discreto espessamento de septos interlobulares. O eletrocardiograma (ECG), e enzimas cardíacas estavam normais. Foi iniciado tratamento com ventilação não invasiva (VNI) por máscara, oxigênio, diurético e restrição hídrica. Houve significativa melhora clínica e radiológica em 48 horas, com alta hospitalar no dia 01/07/2015. **Discussão:** Neste relato, descrevemos um paciente jovem, masculino, hígido, portador de via aérea difícil, submetido a anestesia geral, que apresentou edema agudo de pulmão não cardiogênico, em decorrência de laringoespasmos após sua extubação. A presença de esforços inspiratórios vigorosos realizados contra a obstrução levou ao desenvolvimento do EPPN. A denominação EPPN decorre do fato de que o laringoespasmos, ou outro processo obstrutivo no qual o paciente continua a inspirar contra a glote fechada e pode ser o fator desencadeante do edema pulmonar. O edema surge em decorrência do somatório de vários fatos provocados pela obstrução das vias aéreas superiores. O tratamento recomendado consiste na aplicação de pressão positiva contínua nas vias aéreas (VNI), oxigênio suplementar, diurético e restrição hídrica. Portanto, o objetivo deste relato de caso foi descrever uma situação rara que demanda suspeita clínica, complementada por diagnóstico e tratamento precoces.

**Palavras-chave:** Edema pulmonar por pressão negativa; pós extubação; ventilação mecânica não invasiva

**PO601 VENTILAÇÃO COM PRESSÃO DE SUPORTE VERSUS VENTILAÇÃO CONTROLADA À PRESSÃO EM MODELO DE ENFISEMA PULMONAR**  
**GISELE DE ARAUJO PADILHA\***; LILIAN MORAES; CASSIA BRAGA; MILENA VASCONCELLOS DE OLIVEIRA; CINTIA LOURENÇO SANTOS; ISALIRA PEREIRA REZENDE RAMOS; PEDRO LEME SILVA; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO  
UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** O enfisema pulmonar, o componente da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica relacionado à maior gravidade, é caracterizado por alargamento dos espaços aéreos e destruição da estrutura do parênquima pulmonar, e tem sido associado a efeitos sistêmicos. Exacerbações agudas da doença são causas frequentes de insuficiência respiratória e necessidade do uso da ventilação mecânica invasiva, com aumento significativo da mortalidade. Entretanto, a complexidade da doença torna a escolha dos parâmetros ventilatórios um desafio. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi comparar os efeitos pulmonares e sistêmicos (cardiovascular e diafragma) de dois modos ventilatórios convencionais, ventilação com pressão de suporte (PSV) e ventilação controlada à pressão (PCV) em um modelo de enfisema induzido por elastase em ratos que apresentasse alterações pulmonar e cardiovascular, e dano ao diafragma, semelhante ao enfisema humano. **Métodos:** Trinta e seis ratos Wistar foram randomicamente divididos em dois grupos. No grupo enfisema (ELA), os ratos receberam elastase pancreática de porco (2 IU) intratraquealmente, uma vez por semana, durante quatro semanas, enquanto o grupo controle (SAL) foi tratado com

salina. Cinco semanas após a última instilação, os animais foram novamente randomizados de acordo com a estratégia ventilatória: PCV (n=6/grupo) ou PSV (n=6/grupo), ventilados sob um volume corrente protetor (6 ml/kg) por quatro horas. Animais não ventilados SAL e ELA (n=6/grupo) foram usados para a caracterização do modelo e para análise da biologia molecular. A função cardiorrespiratória, morfometria pulmonar, expressão de marcadores biológicos no pulmão, além das alterações ultraestruturais e proteólise do diafragma foram avaliados. **Resultados:** Os animais ELA não ventilados apresentaram comprometimento da função cardiorrespiratória, com áreas de hiperinsuflação pulmonar, aumento na expressão de anfiregulina e de proteólise no músculo diafragma. Após quatro horas de ventilação mecânica, o PSV comparado ao PCV nos animais ELA induziu: redução da pressão transpulmonar média (Pmédia, P), maior variabilidade ventilatória [aumento do coeficiente de variação (CV) do volume corrente, da frequência respiratória e índice entre o tempo inspiratório e o tempo total (Ti/Ttot)]; menor hiperinsuflação pulmonar e de expressão da anfiregulina no pulmão; aumento do índice do tempo de aceleração da artéria pulmonar pelo tempo de ejeção da artéria pulmonar, sugerindo uma redução da pós-carga do ventrículo direito; e aumento do dano ultraestrutural do diafragma. A anfiregulina e o Ti/Ttot foram correlacionados à Pmédia, P (r=0, 99; r=0, 60) e à hiperinsuflação (r=0, 70; r=0, 81), enquanto que o CV do Ti/Ttot apresentou uma correlação negativa com a Pmédia, P (p=-0, 66) e com a hiperinsuflação (r=-0, 59). **Conclusão:** Neste modelo de enfisema pulmonar induzido por elastase, o PSV, quando comparado ao PCV, apresentou menores modificações funcionais cardio-respiratórias, entretanto, agravou a lesão diafragmática.

**Palavras-chave:** Enfisema pulmonar; ventilação mecânica; diafragma

**PO602 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DA ANOREXIA NERVOSA: RELATO DE CASO MARCELO BASSO GAZZANA<sup>1</sup>; FERNANDO SALDANHA THOME<sup>2</sup>; ANA LUIZA COLLARES GALVAO<sup>1</sup>; MARCIA SURDO PEREIRA<sup>1</sup>**

**1. HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**

**Introdução:** A anorexia nervosa é extremamente subdiagnosticada na prática clínica. Os pacientes muitas vezes tem longo tempo de evolução dos sintomas, pois os omitem dos familiares e dos médicos. Sintomas respiratórios são pouco frequentes e geralmente são relacionados a desnutrição e a infecções secundárias. Relatos de casos associando anorexia nervosa e doença respiratória são raros na literatura. **Relato do caso:** Paciente feminina de 28 anos tinha história de múltiplas cirurgias ortopédicas para correção de lesão condral fêmuro-patelar. Fazia uso de vários analgésicos, inclusive opiáceos para controle da dor crônica no joelho. Referia histórico de transtorno de ansiedade, para o qual já estava em tratamento. Negava tabagismo ou qualquer pneumopatia prévia. Há cerca de 6 meses foi diagnosticada suposta síndrome de Gitelman (tubulopatia renal), que se apresentou como hipopotassemia grave, para a qual necessitava frequente reposição de potássio, algumas vezes endovenoso. A paciente foi hospitalizada para novo procedimento ortopédico no joelho direita. No sétimo dia pós-operatório, anterior ao dia previsto para alta hospitalar, apresentou quadro de insuficiência respiratória. Realizou angiogramografia de artérias pulmonares por suspeita de tromboembolia pulmonar. Não se observou defeitos de enchimento, mas foi detectado volumoso derrame pleural

bilateral. EcoDoppler venoso de membros inferiores não detectou sinais de trombose venosa profunda. A paciente foi transferida para o centro de tratamento intensivo. Foi realizada toracocentese bilateral, sendo drenado 1.300 mL a direita e 800 mL a esquerda. A análise do líquido revelou ser um transudato bilateralmente. Houve melhora significativa da disfunção respiratória após a drenagem. Na avaliação do transudato, observou-se hipoalbuminemia (albumina sérica 2,7 mg/dL). Após extensa investigação, foram descartadas hepatopatias crônicas, síndrome nefrótica e má absorção, entre outras causas de transudato. Paciente negava sintomas de transtornos alimentares, uso de anorexígenos, diuréticos, laxantes e similares. Foi avaliada pela equipe da psiquiatria com o objetivo do desmame dos analgésicos opiáceos. Nesta abordagem, fez-se o diagnóstico de anorexia nervosa, com bulimia, o qual, mesmo com acompanhamento prévio pelo transtorno de ansiedade, não havia sido suspeitado. Considerando este quadro, em relação ao quadro de hipopotassemia, foi avaliada no seguimento ambulatorial pelo nefrologista. Foram dosados os níveis de diuréticos na urina, sendo confirmada a presença de furosemida, embora a paciente negasse veementemente. A paciente segue em acompanhamento psiquiátrico. **Conclusão:** A insuficiência respiratória causada pela restrição associada a derrame pleural volumoso transudativo é uma forma incomum de apresentação da anorexia nervosa. Alto índice de suspeição é necessário para o diagnóstico de transtorno alimentar subjacente.

**Palavras-chave:** Anorexia nervosa; derrame pleural; insuficiência respiratória

**PO603 RELATO DE CASO - DISPNEIA E SIBILO NEM SEMPRE INDICAM ASMA: UM CASO DE ESTENOSE TRAQUEAL TRATADO COM DILATAÇÃO TRAQUEAL VIA BRONCOSCOPIA RÍGIDA**

**CAMILA VENTURA BATTAGLIA\*; MARA RÚBIA ANDRÉ ALVES DE LIMA; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; JACKELINE LARISSA SOUZA; JOSE CARLOS FELICETTI; BEATRIZ CRISTOFARO MANTUAN; GUILHERME WATTE; ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA UFCSA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**

**Introdução:** A incidência de estenose traqueal decresceu devido ao uso de tubos endotraqueais com balonetes de maior volume e menor pressão, mas ainda é um desafio para pneumologistas intervencionistas e se configura como uma séria complicação pós-intubação endotraqueal e pós-traqueostomia. Além de dispneia e sibilos, estenose traqueal gera estridor inspiratório mas, em sua apresentação inicial, este sintoma pode não sugerir um diagnóstico correto, uma vez que 44% destes casos recebem diagnóstico incorreto de asma. **Apresentação do caso:** Em maio de 2015, uma paciente não-fumante, 19 anos de idade, foi encaminhada a um hospital terciário, com dispnéia aos esforços, sibilos, tosse não produtiva e tontura ao longo dos últimos 12 meses. Ela recebeu o diagnóstico de asma e recebeu tratamento. Apesar da boa adesão ao tratamento, os sintomas pioraram e necessitaram de utilização de terapia sistêmica de corticosteróides, atendimentos de emergência e de internações hospitalares. Ao exame clínico, a paciente apresentava estridor, sibilos difusos e dessaturação de oxigênio aos mínimos esforços. Negava sintomas respiratórios durante a infância e doença pulmonar prévia. Relata rinosinusite crônica não tratada. A paciente tem história de intubação seguida de traqueostomia durante 33 dias, em maio de 2014, após um acidente de carro que causou fraturas de vértebras e de costelas. Além disso, houve perfuração de rins e de baço e precisou ser submetida à esplenectomia. Os exames de imagem mostraram

redução do diâmetro traqueal e a broncoscopia evidenciou um estreitamento de cerca de 90% da traqueia. A paciente foi submetida à dilatação traqueal via broncoscopia rígida com bainhas rígidas 6, 5; 7, 5; 8, 5. Desde a primeira sessão de dilatação, a avaliação endoscópica revelou melhora gradual da estenose traqueal. A paciente relatou melhora nos sintomas e os testes funcionais pulmonares estavam normais na visita de seguimento. **Discussão:** O diagnóstico de uma asma típica é geralmente fácil, embora quadros clínicos atípicos necessitem de anamnese e exame físico metuculosos associados com exames de imagem e broncoscopia para identificação de uma possível estenose traqueal. Um caso de asma que se iniciou aos 18 anos de idade com tonturas, estridor, sem resposta ao tratamento e com história pregressa de intubação traqueal e traqueostomia foi relatado previamente pelos autores deste relato de caso. Quadros clínicos atípicos necessitam de anamnese e exame físico metuculosos, exames de imagem e broncoscopia, que podem identificar uma estenose traqueal. Sessões repetidas de dilatação traqueal via broncoscopia rígida são um avanço para o manejo do quadro de estenose traqueal, pois podem substituir cirurgia reconstrutiva e apresentar menos riscos, complicações e morbidade associados. **Conclusões:** A lição trazida por este caso é que a estenose pós-entubação e pós traqueostomia traqueal é um problema comum para os pneumologistas intervencionistas, mas é um desafio em um paciente de uma unidade de Pneumologia ambulatorial, por isso é importante que ele seja avaliado em casos de ausência de resposta ao tratamento da asma e/ou de manifestações clínicas atípicas.

**Palavras-chave:** Estenose traqueal pós traqueostomia; broncoscopia rígida; dilatação traqueal

#### **PO604** NOVAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS PARA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO

**FELIPE DE OLIVEIRA RAMALHO\*<sup>1</sup>; CAIO MARQUES FERNANDES<sup>1</sup>; EDUARDO DE OLIVEIRA RAMALHO<sup>2</sup>; HELEN MELO OLIVEIRA<sup>1</sup>; FRANCISCO HÉLIO OLIVEIRA JÚNIOR<sup>3</sup>**

1. HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR DE ALCÂNTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, BARBALHA, CE, BRASIL.

**Introdução:** O tratamento da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) permanece ainda um desafio pela falta de um agente específico que atue na doença. Contudo, recentes avanços no entendimento da sua fisiopatologia possibilitaram o surgimento de inovadoras estratégias terapêuticas. **Objetivo:** Pretende-se realizar revisão da literatura de novas estratégias para o tratamento da SDRA, além de abordar possíveis estratégias futuras para essa entidade. **Metodologia:** Trata-se de revisão sistemática de artigos publicados nos últimos 05 anos sobre tratamento da SDRA, utilizando os seguintes descritores: "ARDS", "treatment", "novel therapies", a partir de busca nas plataformas Scielo, Lilacs, Pubmed. **Resultados:** os avanços recentes na abordagem terapêutica passam por novos conhecimentos da mecânica pulmonar desses doentes, com utilização da Driving Pressure (medidor dos efeitos no volume corrente por ajustes na pressão), de métodos de recrutamento alveolar com titulação da PEEP, além da utilização de dispositivos não-invasivos inovadores, que podem evitar a intubação desses doentes, com a cânula de O<sub>2</sub> a alto fluxo e dispositivos de VNI com interface de capacete, evitando assim a piora da injúria pulmonar. Métodos de oxigenação extracorpórea também tem mostrado método de suporte adequado nos pacientes que falham nas outras estratégias. Melhor entendimento

na fisiopatologia da doença também possibilitou mudanças de alguns paradigmas, como a da normalização da pressão de oxigênio e das relações entre recrutamento alveolar, saturação venosa e shunt intracardiaco com a oxigenação. Por fim, diversos estudos e trials estão sendo conduzidos a fim de também possibilitar terapia medicamentosa específica para a SDRA, desde o uso de estatinas como terapia gênica específica, através de células-tronco/estroma mesenquimais, visando modular atividade inflamatória nessa entidade. **Conclusão:** A SDRA é uma entidade com alta mortalidade, podendo levar a disfunção orgânica severa e avanços recentes no conhecimento dessa síndrome podem possibilitar melhor controle e menos desfechos desfavoráveis.

**Palavras-chave:** Estratégias ventilatórias; driving pressure; sdra

#### **PO605** OXIGENOTERAPIA NO AMBIENTE HOSPITALAR: UMA OPORTUNIDADE PARA MELHORA DA QUALIDADE ASSISTENCIAL E PARA REDUÇÃO DOS CUSTOS

**MARCELO BASSO GAZZANA<sup>1</sup>; BIBIANA DUTRA ANTUNES DA CUNHA<sup>1</sup>; RICARDO WICKERT<sup>1</sup>; CASSIANO TEIXEIRA<sup>1</sup>; DAIANA BARBOSA DA SILVA**

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** A oxigenoterapia tem indicações precisas, já estabelecidas em diretrizes internacionais. O seu uso incorreto, seja por excesso ou falta, pode ter impacto negativo sobre o desfecho do paciente. Vários estudos tem evidenciado que o uso da oxigenoterapia na prática diária é falho, tanto em relação dissociação prescrição e utilização, quanto ao ajuste da dose (fração inspirada de oxigênio, FIO<sub>2</sub>). **Objetivo:** Descrever prevalência e o perfil de utilização de oxigenoterapia nas unidades de internação e no centro de tratamento intensivo (CTI). **Métodos:** Estudo transversal com coleta prospectiva dos dados. Num único dia no mês de Março de 2016 foram avaliados todos os pacientes hospitalizados em unidades clínicas, cirúrgicas e no centro de tratamento intensivo do Hospital Moínhos de Vento. Nas enfermarias, houve uma avaliação por paciente. Já no CTI, os pacientes foram avaliados no turno da manhã (basais, englobados nas análises ao dados da enfermaria) e reavaliados no turno da tarde (subgrupo para avaliar o seguimento da oxigenoterapia). Os avaliadores não participavam da assistência ao paciente, observaram aspectos relacionados a oxigenoterapia no leito do paciente e no respectivo prontuário, coletando em formulário padronizado (tipo de dispositivo, dose, monitorização, entre outros) e faziam a medida da saturação periférica de oxigênio por oximetria de pulso (SpO<sub>2</sub>). **Resultados:** Foram incluídos 147 pacientes, sendo que 119 (80, 9%) estavam internados nas enfermarias e 28 (19, 1%) no CTI. Quarenta pacientes (27, 1%) utilizavam oxigenoterapia. A média da idade dos pacientes que utilizavam oxigenoterapia foi 59, 1 ±10, 4 anos, havendo predomínio do gênero masculino (n= 91; 61, 9%). Os dispositivo utilizados com maior frequência foram óculos nasal (n=15; 37, 5%), cateter nasal (n=12; 30%) e ventilação mecânica (n=11; 27, 5%). As principais doenças relacionadas a indicação da oxigenoterapia foram pneumonia (n=15; 37, 5%), exacerbação de pneumopatia crônica (n=11; 27, 5%) e insuficiência cardíaca (n=8; 20%). Na enfermaria, 16 pacientes (13, 4%) estavam utilizando oxigenoterapia, sendo que 2 pacientes, embora em uso, não havia prescrição médica. A SpO<sub>2</sub> medida pelo pesquisador estava abaixo de 95% em 22 pacientes (18, 5%), sendo que em 5 (4, 2%) a SpO<sub>2</sub> era igual ou menor a 90%. Embora em uso de oxigenoterapia, em 19 pacientes não havia prescrição de monitorização de SpO<sub>2</sub>. Dos 28 pacientes internados no

CTI, 24 (85, 7%) estavam utilizando oxigenoterapia, sendo que 10 (35, 7%) em ventilação mecânica. Em 74% das medições a SpO<sub>2</sub> era maior que 95%. Na reavaliação do turno da tarde, em 90% dos pacientes que apresentavam SpO<sub>2</sub> maior que 95% no período da manhã a fração inspirada de oxigênio não foi reduzida. **Conclusões:** A oxigenoterapia é utilizada com elevada frequência no ambiente hospitalar, sobretudo no CTI. Muitos pacientes apresentam SpO<sub>2</sub> acima do alvo recomendado, havendo a possibilidade de redução da quantidade da oxigenoterapia, o que, entretanto, raramente é realizado na prática diária.

**Palavras-chave:** Oxigenoterapia; gestão; ventilação mecânica

**PO606 O IMPACTO DA VENTILAÇÃO COM PRESSÃO DE SUPORTE EM MODELO DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO ASSOCIADO A HIPERTENSÃO INTRA-ABDOMINAL**

**ANNA CAROLINNA FERREIRA DE CARVALHO\***; CINTIA LOURENÇO SANTOS; RAQUEL SOUZA SANTOS; LILIAN MORAES; CYNTHIA DOS SANTOS SAMARY; ALBERTO SCHANAIDER; PEDRO LEME SILVA; PATRICIA RIEKEN MACEDO ROCCO  
*UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Introdução:** A hipertensão intra-abdominal (HIA) é uma condição comum em pacientes criticamente enfermos e frequentemente está associada a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), com significativa mortalidade em unidades de terapia intensiva. A HIA modifica a mecânica do pulmão e parede torácica e conseqüentemente a distribuição da ventilação na SDRA, levando a graves alterações morfofuncionais, tais como: aumento das pressões plúrias, diminuição da complacência pulmonar, edema alveolar e atelectasia. Os parâmetros ventilatórios visando reduzir o impacto da ventilação mecânica nos pacientes com SDRA associada a HIA não estão bem estabelecidos. A estratégia ventilatória protetora com baixos volumes correntes (VT)

associada a uma pressão positiva ao final da expiração (PEEP) têm sido recomendada, no entanto, têm sido mostrado que a ventilação mecânica assistida pode ser uma alternativa favorável a ventilação controlada em pacientes durante as fases precoces da SDRA, pois requerem uma menor sedação, o não uso de bloqueadores neuro-musculares, sendo assim associada a uma maior proteção pulmonar, reduzindo assim os riscos de lesão associada ao ventilador mecânico. Desta forma, acreditamos que a preservação da ventilação espontânea durante a ventilação por pressão de suporte (PSV) pode também levar a benefícios na função ventilatória, oxigenação, reduzindo o impacto biológico aos pulmões em modelo de SDRA leve associada a HIA. **Método:** Ratos Wistar (n=24) receberam lipopolissacarídeo de *Escherichia coli* intraperitonealmente (1 mg). 24 horas após, eles foram divididos aleatoriamente em dois subgrupos com ou sem HIA. A HIA foi induzida pela introdução de gaze na cavidade abdominal alcançando uma pressão intra-abdominal máxima e estável igual a 15 mmHg. Eles foram, então, ventilados com FiO<sub>2</sub>=0, 4, em modo ventilatório PCV ou PSV, PEEP de 5cmH<sub>2</sub>O e pressão ajustada para atingir VT=6 ml/kg durante 1 hora. **Resultados:** A ventilação em PSV resultou em menor pressão média de vias aéreas quando comparados a PCV, independentemente da presença de HIA. Além disso, nos grupos PSV houve redução da área de colapso alveolar, menor expressão de mediadores inflamatórios relacionados a inflamação (interleucina 6), fibrogênese (pró-colágeno tipo III), fator de dano tecidual (VCAM-1) e a uma maior expressão de proteína surfactante (SP-B). **Conclusão:** No presente modelo de SDRA leve associada a HIA, a ventilação assistida proporcionou menor dano epitelial e endotelial, bem como melhora na mecânica respiratória, mesmo na presença de HIA.

**Palavras-chave:** Ventilação mecânica; síndrome do desconforto respiratório agudo; hipertensão intra-abdominal



## Índice de Autores

### A

AB'SABER, AM.....	PO107	PO419, PO420	
ABASTO, DG.....	PO520	ARAÚJO, CAA.....	PO156,
ABDUNI, AM.....	PO332	PO276, PO279	
ABE, NS.....	PD012	ARAÚJO, EG.....	PO283,
ABRAHAO, LC.....	PO100,	PO368	
PO203, PO339, PO394		ARAÚJO, ÍR.....	PO337
ABRÃO, FC.....	PO271	ARAÚJO, LB.....	PD028
ABREU, BGO.....	PO575	ARAÚJO, LC.....	PO223
ABREU, K.....	PO215	ARAÚJO, MCF.....	PO388
ABREU, K.....	PO238	ARAÚJO, MDN.....	PO599
ABREU, SC.....	PO224,	ARAÚJO, MET.....	PO256,
PO233, PO236, PO242, PO250,		PO337	
PO545, PO552		ARAÚJO, NM.....	PO132
ACENCIO, MMP.....	PO303,	ARAÚJO, PN.....	PO267,
PO304		PO272	
AGUIAR, ZR.....	PO546	ARAÚJO, RF.....	PO595
AKECHI, JM.....	PO146	ARAÚJO, SMT.....	PO518
ALBAN, JFR.....	PO122	ARDUINE, GA.....	PO283,
ALBUQUERQUE NETO, AA.....	PO206,	PO368	
PO207		ARIMURA, FE.....	PO153,
ALBUQUERQUE, ML.....	PO078,	PO168, PO177, PO180	
PO115, PO137, PO230, PO313,		ARNEIRO, AJ.....	PO202
PO362		ARRAGE, MA.....	PO087,
ALBUQUERQUE, PR.....	PO156	PO317, PO396	
ALBUQUERQUE, VS.....	PO583	ARRUDA, NM.....	PO533
ALCANTARA, A.....	PO527	ASCHELI, D.....	PO107
ALCANTARA, EC.....	PO540	ASSUNÇÃO, FMB.....	PO046
ALEIXO, MC.....	PO458	ASSUNÇÃO, KN.....	PO506
ALENCAR, PK.....	PO131	ATHANAZIO, RA.....	PO045,
ALFARO, TP.....	PO346,	PO285, PO289, PO290, PO291,	
PO351		PO383	
ALGRANTI, E.....	PO165	ATHAYDE, RAB.....	PO022,
ALMEIDA FILHO, ACS.....	PO081,	PO048, PO153, PO155, PO319,	
PO150		PO325, PO375, PO380, PO383,	
ALMEIDA FILHO, PCV.....	PO394	PO385	
ALMEIDA, CM.....	PO038	AURILIO, RB.....	PO510
ALMEIDA, JS.....	PO112,	AYUSSO, LL.....	PO087
PO553, PO556		AZEVEDO, AS.....	PO273,
ALMEIDA, LL.....	PO464	PO274	
ALMEIDA, OP.....	PO259	AZEVEDO, CRPM.....	PO522,
ALMEIDA, SKA.....	PO461	PO523	
ALMEIDA, TA.....	PO159,	AZEVEDO, DMR.....	PO488
PO160, PO161, PO162		AZEVEDO, GPS.....	PD044,
ALVARENGA, LCR.....	PO384	PO391	
ALVARENGA, VA.....	PO303,	AZEVEDO, IS.....	PO273,
PO304		PO274	
ÁLVARES, MMCR.....	PO006	AZEVEDO, KRS.....	PO209
ALVAREZ, AE.....	PD019,	AZEVEDO, RMC.....	PO273,
PD020		PO274	
ALVES JUNIOR, JL.....	PD051,	AZEVEDO, RS.....	PO273,
PD052, PO332		PO274	
ALVES, LP.....	PD035,	AZEVEDO, T.....	PO210
PO416, PO420			
ALVES, LR.....	PO136,		
PO149			
ALVES, LRC.....	PO372		
ALVES, MR.....	PD039,		
PO012			
ALVES, RLR.....	PD006,		
PD039, PD048, PO012, PO092,			
PO130, PO141, PO151, PO167,			
PO170, PO181, PO185, PO186,			
PO197, PO246, PO247, PO402,			
PO451, PO456, PO468, PO469,			
PO470, PO471, PO501, PO502,			
PO511, PO541, PO561, PO579			
ALVES, TSGN.....	PD027,		
PO052			
ALZA, YS.....	PO054,		
PO056, PO195, PO198, PO493			
AMADEU, TP.....	PO151		
AMARAL JÚNIOR, JA.....	PO241,		
PO295			
AMARAL, AF.....	PO168,		
PO177, PO180			
AMARAL, GR.....	PO411		
AMARAL, LM.....	PO030,		
PO418, PO425, PO431, PO432,			
PO433			
AMARAL, S.....	PO333,		
PO334			
AMARAL, WC.....	PO573		
AMARO, R.....	PO444		
AMATO, M.....	PO567		
AMÉRICO, MD.....	PO071,		
PO574			
AMORIM, LO.....	PO454		
AMORIM, RC.....	PO193		
ANDRADE, ACC.....	PO067		
ANDRADE, APB.....	PO138		
ANDRADE, CCA.....	PO534,		
PO535			
ANDRADE, ICS.....	PO487		
ANDRADE, LR.....	PO235		
ANDRADE, TG.....	PO510		
ANDRADE, TLES.....	PO114,		
PO472, PO474			
ANDRADE, VEG.....	PO344,		
PO345			
ANDRÉ, MO.....	PO431,		
PO432			
ANDRES, L.....	PO513		
ANJOS, IA.....	PO217		
ANSELMO, FM.....	PO181		
ANTOUN JUNIOR, R.....	PO368		
ANTUNES, LR.....	PO501,		
PO502			
ANTUNES, M.....	PD010,		
PO250, PO537, PO545, PO566			
AQUINO, DD.....	PO389		
AQUINO, JLL.....	PO252,		
PO253			
ARAGÃO, L.....	PO358		
ARAGÃO, MM.....	PO240,		
PO295			
ARANCIBIA, F.....	PO285,		
PO289, PO290, PO291			
ARAÚJO FILHO, AB.....	PO083,		
PO194			
ARAÚJO NETO, CA.....	PO078,		
PO114, PO115, PO137, PO138,			
PO313			
ARAÚJO, ACS.....	PD030		
ARAÚJO, AG.....	PO411		
ARAÚJO, AJ.....	PD033,		
PD034, PD035, PO208, PO416,			

### B

BAHIA, F.....	PO362
BAHL, M.....	PO549,
PO551, PO557, PO558	
BALDI, BG.....	PO153,
PO168, PO170, PO177, PO180	
BALDISSERA, R.....	PO359
BALLIANA, RRR.....	PO158
BALTAR, VT.....	PD037
BALTHAZAR, AB.....	PO055





PD009, PD031, PD032, PD038, PO531, PO533, PO570	CASTIER, MB .....PO048	PO467
CARAMEZ, EA .....PO382	CASTRO, LL .....PO228, PO236, PO242, PO588	COLARES, MF .....PO085, PO600
CARDOSO, AP .....PD017, PD052	CASTRO, MA .....PO319, PO380, PO381	COLETTA, ENAM .....PD018, PO172, PO187, PO188
CARDOSO, CR .....PD047	CASTRO, MCS .....PO152, PO227, PO239, PO246, PO247, PO318, PO402, PO421, PO428, PO434	COLI, FM .....PO146
CARDOSO, DM .....PO550	CASTRO, T .....PO252, PO253	COLINI, RN .....PO348
CARDOSO, MS .....PO104	CATARINO, A .....PO225, PO346, PO399	COLLISON, A .....PO220
CARDOSO, MSL .....PO025, PO035	CATHARIN, VCS .....PO111, PO359, PO360	COLOMBO, BP .....PO367
CARDOSO, PFG .....PD016, PO263, PO264, PO265, PO567	CATHARIN, VMCS .....PO111, PO359, PO360	CONCEIÇÃO, CO .....PO131
CARDOSO, RB .....PO359, PO360	CATUNDA, LG .....PO232	CONDE, MB .....PD042, PO573, PO577
CARDOSO, RM .....PO235	CAVALCANTE, ITT .....PO259, PO262, PO275	CONDESSO, D .....PO451, PO561
CARDOSO, TA .....PO215, PO243	CAVALCANTE, JC .....PO019	CONEGLIAN, LB .....PO531
CARLESSO, L .....PO312, PO544	CAVALCANTE, LAA .....PO004, PO010, PO013	CONSTANTE, JR .....PO281
CARLINI, BCM .....PO032, PO040, PO182	CAVALCANTE, PO .....PO372	CONTENÇAS, ACSC .....PO184, PO343
CARMO JÚNIOR, FNA .....PO125	CAVALCANTE, SY .....PO577	COQUITO, G .....PO532
CARMO, CN .....PD041, PO041	CAVALCANTI, FAC .....PO007, PO008	CORADELLI, ACP .....PO194
CARMO, D .....PO206, PO207	CECCATO, ADF .....PD004, PO064, PO066, PO397	CORDEIRO, AAAC .....PO090, PO189
CARMONA, TA .....PO492, PO494	CECCONELLO, I .....PO263, PO265	CORIPPIO, IC .....PO066
CARNEIRO JUNIOR, CJ .....PO046	CEOMPAGNONI, I .....PO244, PO497	CORRÊA, ACG .....PD034
CARNEIRO, ACC .....PO562	CERCI NETO, A .....PO077, PO222, PO365	CORRÊA, CR .....PO533
CARNEIRO, AM .....PO505	CEREZOLI, MT .....PO112, PO113, PO119, PO196, PO311	CORREA, JR .....PO053
CARNEIRO, APS .....PD043, PO165, PO568	CERQUEIRA, CVS .....PD028, PO217	CORRÊA, KAS .....PO459, PO485
CARNEIRO, LC .....PO562	CERQUEIRA, EMFP .....PO055	CORRÊA, KS .....PO540
CARNEIRO, PJ .....PO404	CERQUEIRA, SS .....PO429	CORRÊA, LCV .....PO262
CARRARO, DM .....PO309	CEZAR, MC .....PD014, PD042, PO328, PO353, PO479	CORRÊA, RS .....PD039, PO012, PO307
CARTAXO, CGB .....PD045, PO057, PO073, PO075, PO219, PO249	CEZARE, TJ .....PO529, PO546	CORREA, TJ .....PO307
CARVALHO FILHO, ABCB .....PO260, PO318	CHAER, LN .....PO373	CORREAL, JCD .....PO181
CARVALHO NETO, JG .....PO462, PO463	CHAGAS, LA .....PO121	CORREIA, JD .....PO517, PO519
CARVALHO, ACC .....PO011	CHALUP, LF .....PD043	CORTÉS, DB .....PO066
CARVALHO, ACF .....PO606	CHATKIN, G .....PO426	COSTA, AF .....PO179
CARVALHO, AM .....PO572	CHATKIN, JM .....PO426, PO443	COSTA, AN .....PO022, PO033, PO034, PO047, PO048, PO155, PO375, PO380, PO381, PO385, PO390, PO567
CARVALHO, AR .....PO121	CHAUVET, PR .....PO227, PO239, PO246, PO247	COSTA, ANP .....PO039, PO335, PO370
CARVALHO, BAS .....PO279	CHAVES, ABD .....PO156	COSTA, CBF .....PD035, PO208
CARVALHO, BKC .....PD043, PO096, PO169, PO171, PO223	CHAVES, VP .....PO007, PO008, PO053	COSTA, CC .....PO539, PO544
CARVALHO, BS .....PO374	CHEROBIN, IA .....PO103	COSTA, CH .....PD006, PD048, PO092, PO121, PO130, PO141, PO151, PO167, PO181, PO185, PO186, PO197, PO246, PO247, PO402, PO427, PO451, PO456, PO468, PO469, PO470, PO471, PO501, PO502, PO511, PO541, PO561, PO579
CARVALHO, CA .....PO046	CHIBANTE, FO .....PO427, PO501, PO502	COSTA, DA .....PO131
CARVALHO, CRR .....PO153, PO168, PO177, PO180	CHIMARA, E .....PO033	COSTA, DF .....PO562
CARVALHO, DL .....PO392	CIOCHETTA, CI .....PO326	COSTA, EC .....PO395
CARVALHO, DM .....PO377	CIPRIANO, MN .....PO100, PO203, PO339, PO394	COSTA, FAS .....PO039, PO335, PO370
CARVALHO, EM .....PO560	CLAUSELL, NO .....PO466	COSTA, FM .....PO022, PO155, PO375, PO390
CARVALHO, IG .....PO417	CLÍMACO, DCS .....PO559	COSTA, MMO .....PO219
CARVALHO, IL .....PO251	COBO, VAA .....PO231, PO255	COSTA, MRSR .....PO036, PO240, PO241, PO248, PO295
CARVALHO, IO .....PO279	COELHO FILHO, JC .....PO078, PO114, PO115, PO137, PO138, PO313	COSTA, MS .....PO562
CARVALHO, IS .....PO463	COELHO, AF .....PO052	COSTA, PB .....PO270, PO271
CARVALHO, J .....PO333, PO334	COELHO, CM .....PO235	COSTA, PJJ .....PO146
CARVALHO, JMS .....PO457	COELHO, G .....PO505	COSTA, PM .....PO146
CARVALHO, LS .....PO081, PO118, PO150	COELHO, LMG .....PO240	COSTA, SO .....PO219
CARVALHO, MM .....PO111	COELHO, LS .....PO531	COSTA, W .....PO014, PO015, PO284, PO292, PO298, PO402
CARVALHO, NB .....PO560	COELHO, OC .....PO515	COUTINHO, MAC .....PO401
CARVALHO, SRS .....PO210, PO244, PO497	COERTJENS, M .....PO178,	COUTO, RM .....PO007,
CASADEI, DP .....PO032, PO040, PO182		
CASALECCHI, BCM .....PO106		
CASTELLANO, MVCO .....PO079, PO117, PO172, PO187, PO188, PO314, PO331, PO430, PO436, PO437, PO572		

PO008, PO210, PO244, PO497	
CRAVO, JPA.....	PO225,
PO346, PO347, PO399, PO543	
CRUVINEL, HR.....	PO086
CRUZ, AA.....	PO234
CRUZ, ACT.....	PD053,
PO080, PO199	
CRUZ, CS.....	PO234
CRUZ, DG.....	PO128
CRUZ, FF.....	PD010,
PO221, PO228, PO250, PO404,	
PO405, PO408, PO537, PO545,	
PO566, PO599	
CRUZ, RCS.....	PO482
CRUZ, RR.....	PO488
CRUZ, TFF.....	PD006
CRUZ, WA.....	PO425
CUENTAS, ERP.....	PO107
CUNHA JUNIOR, W.....	PO324
CUNHA, AC.....	PO513,
PO516	
CUNHA, AM.....	PO134
CUNHA, BDA.....	PO605
CUNHA, CE.....	PO443
CUNHA, LFR.....	PO214
CUNHA, MJ.....	PO530
CUNHA, TM.....	PO283,
PO368, PO398, PO534, PO535	
CZOVEK, D.....	PO485

## D

DAAMACHE, LNA.....	PO026
DACIA, MF.....	PO136,
PO417	
DALCIN, PTR.....	PO103,
PO105	
DANTAS, ACM.....	PO297
DANTAS, AS.....	PO279
DANTAS, TCA.....	PO297
DARIO, AB.....	PD026
DAUD, MO.....	PO134,
PO372	
DAVID, SG.....	PO511
DAVIDSON, J.....	PO555
DÁVILA, RR.....	PO379
DEFFUNE, E.....	PO157
DEFILIPPO, LL.....	PO374
DELDUQUE, RD.....	PO087,
PO300, PO317, PO396	
DELGADO, LP.....	PO573
DEMARZO, SE.....	PD012,
PD015, PO354	
DIAS JUNIOR, SA.....	PO276
DIAS, AC.....	PD052
DIAS, ÁMM.....	PO202
DIAS, ARAB.....	PO079,
PO089, PO117, PO287, PO314,	
PO323, PO331, PO352, PO430,	
PO436, PO437, PO572	
DIAS, DCA.....	PO348
DIAS, E.....	PD048
DIAS, EMFEM.....	PO109,
PO122, PO320	
DIAS, EP.....	PO152
DIAS, FS.....	PO511
DIAS, MAA.....	PO367
DIAS, MM.....	PD048
DIAS, RM.....	PO456
DIAS, SR.....	PD044,
PO096, PO169, PO171, PO391	
DIAS, VL.....	PO097,
PO237, PO311	
DIAZ, BL.....	PO233,
PO250, PO588	
DIONÍZIO, GH.....	PO481

DIP, RM.....	PO077,
PO222, PO315, PO365	
DISTASIO, L.....	PO005
DOMENE, DLE.....	PO412
DOMINGUES, I.....	PO225,
PO333, PO334, PO346	
DONADEL, CD.....	PO210
DONADEL, M.....	PO210,
PO244, PO497	
DONADI, GB.....	PO395
DORIA, SMS.....	PD007
DORNELES, RGN.....	PO093,
PO099	
DORTAS JUNIOR, SD.....	PO226
DUAILIBE, LP.....	PO134
DUARTE, ACS.....	PO458,
PO486	
DUARTE, CR.....	PO575
DUARTE, G.....	PD036
DUARTE, MB.....	PO019,
PO373	
DUARTE, RL.....	PO300
DUARTE, RLM.....	PO489
DURELLO, VFC.....	PO184,
PO343	

## E

ECHEVERRIA, J.....	PD011,
PO310, PO341, PO342, PO363,	
PO379, PO581, PO582	
ELABRAS FILHO, J.....	PO479
ELLER, MCN.....	PO521
ENDLICH, BN.....	PO180
ESPANHA, C.....	PO374
ESPOLADORE, LMW.....	PO172
ESQUINAS, AM.....	PO225,
PO399	
ESTEVES, GSC.....	PO106
ESTRELLA, DR.....	PO074,
PO133, PO164	
ETHEL FILHO, J.....	PO040
EUQUERES, L.....	PO465,
PO480	
EVERLING, EM.....	PO512,
PO513, PO516, PO519	

## F

FABRO, AT.....	PD055,
PO086, PO107, PO108, PO136,	
PO149, PO157	
FAGANELLO, MM.....	PO531
FAGLIONI, TV.....	PO308,
PO355	
FAGUNDES, AL.....	PO356
FAGUNDES, M.....	PO527
FAGUNDES, TP.....	PO514
FANTINATI, AMM.....	PO465,
PO480	
FANTINATTI, BEA.....	PD009
FARHAT, CAV.....	PO108
FARIA JUNIOR, NS.....	PO301,
PO445, PO506, PO508	
FARIA NETO, HCC.....	PO598
FARIA, AC.....	PO501,
PO502	
FARIA, ALSC.....	PO389
FARIA, FV.....	PO187
FARIA, GM.....	PO074,
PO133, PO164	
FARIA, IA.....	PO454
FARIA, JB.....	PO009
FARIA, LF.....	PO092,
PO116, PO167, PO185, PO186,	
PO197, PO298, PO369, PO378,	

PO579	
FARIA, MEMR.....	PO445,
PO508	
FARIAS, AA.....	PO018,
PO020, PO042	
FARIAS, IMVC.....	PD027,
PO078, PO114, PO115, PO137,	
PO138, PO230, PO313, PO362	
FATURETO, EH.....	PO255
FATURETO, MC.....	PO231,
PO255	
FATURETO, MH.....	PO231,
PO255	
FAVERI, MP.....	PO087,
PO317, PO396	
FEITEN, TS.....	PO105
FELICETTI, JC.....	PO603
FELIPE, DS.....	PO006,
PO013, PO042	
FELIX, NS.....	PD049,
PO599	
FELIX, RG.....	PO157
FELTRIN, A.....	PO183,
PO184, PO343	
FERNANDES, ALG.....	PD028
FERNANDES, CB.....	PO037,
PO038, PO070	
FERNANDES, CJ.....	PD051,
PD052	
FERNANDES, CM.....	PO071,
PO127, PO393, PO498, PO574,	
PO595, PO604	
FERNANDES, JC.....	PO444,
PO575	
FERNANDES, JRR.....	PO131
FERNANDES, MVS.....	PO460
FERNANDES, R.....	PO106
FERRARI, C.....	PO280
FERRARI, K.....	PO388
FERRARI, R.....	PD009,
PD031, PD032, PD038, PO417,	
PO531, PO533, PO570	
FERRAZ, CLWP.....	PO135,
PO148, PO173, PO196	
FERRAZ, LW.....	PO145
FERREIRA FILHO, EG.....	PO205
FERREIRA, ACG.....	PO553,
PO556	
FERREIRA, AGO.....	PO001
FERREIRA, AJ.....	PO346,
PO350, PO351	
FERREIRA, AS.....	PD037,
PO152, PO421, PO428, PO434	
FERREIRA, DAP.....	PO240,
PO241	
FERREIRA, DC.....	PO076
FERREIRA, EVM.....	PO090
FERREIRA, GHM.....	PO217
FERREIRA, I.....	PD034,
PO416, PO420	
FERREIRA, JAA.....	PO288
FERREIRA, MA.....	PO446
FERREIRA, PH.....	PD026
FERREIRA, RC.....	PO462
FERREIRA, RG.....	PD018,
PO080, PO191, PO398	
FERREIRA, TPT.....	PO228
FERRI, N.....	PO158
FIGUEIRAS, B.....	PO451,
PO470, PO471, PO561	
FIGUEIREDO, LC.....	PO113,
PO119, PO124	
FIGUEIREDO, MRF.....	PO285,
PO288, PO289, PO290, PO291	
FIGUEIREDO, RG.....	PO081,
PO118, PO150	
FIGUEIREDO, SB.....	PO563,

PO564, PO569, PO571  
FIGUEIREDO, SCA .....PO002,  
PO208, PO209  
FIGUEIREDO, VR .....PD012,  
PD015, PO354  
FIORETTO, AP .....PO583  
FIORIO JR, PL .....PO382  
FIRMIDA, MC .....PO511  
FISCHER, B .....PO443  
FISCHER, G .....PO178,  
PO467  
FISS, E .....PO461  
FLORES, J .....PO105  
FLORES, PEM .....PO423,  
PO424  
FLORIAN, J .....PO544  
FLORIO, TNN .....PD053,  
PO173, PO192  
FOLADOR, L .....PO123,  
PO357  
FONSECA FILHO, JBR .....PO281  
FONSECA, AR .....PO146  
FONSECA, DC .....PO453  
FONSECA, FR .....PO551,  
PO557, PO558  
FONSECA, JAC .....PO487  
FONSECA, LBM .....PO100,  
PO203, PO339, PO394  
FONSECA, LMC .....PO584  
FONSECA, MRS .....PO433  
FONSECA, PGOH .....PO216  
FONSECA, VAS .....PD037,  
PO434  
FONTES, A .....PO254,  
PO257, PO258  
FORTALEZA, SCB .....PO232,  
PO563, PO564, PO569, PO571  
FORTUNATO, E .....PO084,  
PO120, PO293, PO294, PO306,  
PO327, PO376, PO403, PO407  
FORTUNATO, G .....PO338  
FRANCISCON, RM .....PO096  
FRANCO, EAT .....PD001,  
PO409, PO526, PO528, PO529,  
PO546, PO554  
FRANCO, LVS .....PO145  
FRANCO, NBS .....PO388  
FRANCO, ZJO .....PO388  
FREIRE, APCF .....PO536,  
PO548  
FREIRE, MS .....PO463  
FREIRE, PL .....PO416,  
PO420  
FREIRE, VR .....PO059,  
PO060, PO061, PO062  
FREITAS, AC .....PO280  
FREITAS, CD .....PO123,  
PO357  
FREITAS, DHHM .....PO140,  
PO144, PO366  
FREITAS, EP .....PO476,  
PO477, PO518  
FREITAS, ESG .....PO453  
FREITAS, IGA .....PO132  
FREITAS, JBP .....PO406  
FREITAS, VC .....PO338  
FRÖEHNER, IS .....PO251  
FROTA, SMMC .....PD040,  
PO024  
FUJITA, ÂT .....PD036  
FUKUDA, CY .....PO113,  
PO119  
FUKUOKA, LVB .....PD041  
FURIAN, B .....PO129  
FURLANETTI, MR .....PO111  
FURRIEL, AP .....PO080,  
PO189, PO192, PO199

## G

GAGGINI, MCR .....PO417  
GAIOLLA, PSA .....PO414  
GALIL, AGS .....PO446  
GALLI, T .....PO444  
GALVAO, ALC .....PO602  
GALVIS, JPN .....PO503  
GAMA, MM .....PO004,  
PO010, PO013  
GAMBATI, NR .....PO016  
GARCIA, AK .....PO142,  
PO143, PO286, PO538  
GARCIA, AR .....PO333,  
PO334, PO512  
GARCIA, CFG .....PO021  
GARCIA, GF .....PO223  
GARCIA, LMC .....PO596  
GARCIA, MHO .....PO059,  
PO060, PO061, PO062  
GARCIA, MM .....PO285,  
PO289, PO290, PO291  
GARCIA, T .....PD031,  
PD032, PD038, PO409, PO414,  
PO415, PO546, PO554  
GARCIA, VG .....PO344,  
PO345  
GASS, R .....PO093,  
PO099, PO466, PO467, PO550  
GASTALDI, AC .....PO282,  
PO447, PO448, PO449, PO450,  
PO481  
GAZZANA, MB .....PO093,  
PO094, PO099, PO123, PO329,  
PO357, PO386, PO441, PO442,  
PO594, PO596, PO602, PO605  
GAZZOTTI, M .....PO555  
GEIB, G .....PO329  
GENEROSO, L .....PO074,  
PO133, PO164  
GERACE, ES .....PO348  
GERMANO, AL .....PO104  
GERMANO, R .....PO083  
GHISI, CU .....PO178,  
PO441, PO442  
GIBSON, P .....PO220  
GIGEK, TCO .....PO359,  
PO360  
GIMENEZ, A .....PO174,  
PO472, PO473, PO474, PO475,  
PO478  
GIOIA, TRD .....PO028,  
PO047  
GIRARDI, RS .....PO124  
GOBBO, LA .....PO548  
GODOY, I .....PD001,  
PD005, PD009, PD031, PD032,  
PD038, PO410, PO412, PO415,  
PO415, PO487, PO488, PO525,  
PO525, PO526, PO526, PO528,  
PO529, PO531, PO533, PO570,  
PO570  
GOEBEL, MA .....PO568  
GOLDENBERG, T .....PO005  
GOLFIERI, FC .....PO082  
GOMES JUNIOR, O .....PO264  
GOMES, ACP .....PO124  
GOMES, AS .....PO446  
GOMES, BM .....PO280  
GOMES, EP .....PO532  
GOMES, FF .....PO534,  
PO535  
GOMES, IR .....PO212  
GOMES, JC .....PO219  
GOMES, JDFF .....PO256  
GOMES, JNM .....PO256,  
PO316

GOMES, MCD .....PO431,  
PO432  
GOMES, MRB .....PO409  
GOMES, NH .....PO280  
GOMES, PSL .....PO589  
GOMIDE, LV .....PO302,  
PO499  
GOMIDE, NFM .....PO087,  
PO317, PO396  
GONÇALVES, BDD .....PD041,  
PO037, PO038, PO041, PO070  
GONÇALVES, CA .....PO454  
GONÇALVES, CEA .....PO452  
GONÇALVES, DO .....PO281  
GONÇALVES, RB .....PO299  
GORETTI, NC .....PO281  
GOUVEIA, TS .....PD004,  
PD026, PO064, PO397  
GRAMACHO, K .....PD028,  
PO362  
GRAMBLICKA, G .....PO285,  
PO289, PO290, PO291  
GRECCO, E .....PO344,  
PO345, PO348  
GREGORIO, MG .....PO344,  
PO345, PO348  
GRIGOLI, ECA .....PO392  
GRIMALDI, LN .....PO442  
GRIMALDOS, FB .....PO493,  
PO503  
GRIZZO, BC .....PO079,  
PO089, PO117, PO287, PO314,  
PO323, PO331, PO352, PO430,  
PO436, PO437, PO572  
GUARÇONI, MCMA .....PO464  
GUERINO, LG .....PO106  
GUIMARÃES, AB .....PO254,  
PO257, PO258  
GUIMARÃES, AC .....PO234  
GUIMARAES, AR .....PO356  
GUIMARAES, EP .....PO074,  
PO164  
GUIMARÃES, FAM .....PO019,  
PO373  
GUIMARÃES, FS .....PO452  
GUIMARAES, GC .....PO201  
GUIMARAES, LC .....PO231  
GUIMARÃES, LP .....PO261  
GUIMARÃES, MLL .....PO488  
GUIMARÃES, RW .....PO100  
GUIMARAES, TM .....PO505,  
PO507  
GUIMARAES, VP .....PO085  
GUSMÃO, MM .....PO446  
GUSSO, AM .....PO441

## H

HANTOS, Z .....PO485  
HAUBERT, G .....PO519  
HEIDEN, GI .....PO153  
HEINS, EM .....PO377  
HEINZMANN FILHO, JP .....PO238,  
PO459  
HENRIQUES, GPOF .....PO377  
HERRERA, TM .....PO493,  
PO503  
HIGASHI, F .....PO112  
HOCHHEGGER, B .....PD029,  
PD054, PO126, PO129, PO336,  
PO340, PO400  
HOLANDA, CMM .....PO004,  
PO010, PO018  
HOLANDA, MA .....PO132  
HOLZ, IM .....PO332  
HONDA, A .....PO301

HORA, ÁL .....PO452

## I

INÁCIO, LU .....PO495

## J

JACOMELLI, M .....PD012,  
PO15, PO354  
JALES FILHO, EC .....PO279  
JAMNIK, S .....PO322  
JARAMILLO, DAG .....PO028,  
PO325  
JARDIM, CP .....PD051,  
PO052  
JARDIM, JR .....PO067,  
PO301, PO555, PO580  
JERÔNIMO, EM .....PO259,  
PO275, PO277  
JESSON, K .....PO220  
JESUS, CLM .....PO021,  
PO438, PO439  
JESUS, E .....PO333,  
PO334  
JESUS, JCC .....PO084,  
PO120, PO293, PO294, PO306,  
PO327, PO376, PO403, PO407  
JESUS, LG .....PO134  
JEZLER, SFO .....PO170  
JONES, MH .....PO238,  
PO243, PO459, PO485  
JORDAIM, BV .....PO141  
JUDICE, LF .....PO260  
JULIANI, RM .....PO111  
JUNUEIRA, AAF .....PO494  
JUSTO, AC .....PO452

## K

KAIRALLA, RA .....PO153,  
PO168, PO177, PO180  
KASTEN, AP .....PO104  
KATO, LT .....PD052  
KAUFFMANN, RR .....PO077,  
PO222, PO315, PO365  
KAWANO-DOURADO, L .....PD050,  
PO088, PO091, PO166  
KAWASSAKI, AA .....PO361  
KAZANTZIS, T .....PO266,  
PO267  
KEITEL, E .....PO312  
KISSMANN, G .....PO031  
KITOKO, JZ .....PO221,  
PO228, PO233, PO236, PO242,  
PO250, PO404, PO566, PO588,  
PO589  
KNAUT, C .....PD005  
KNORST, MM .....PO441,  
PO442, PO550  
KOCH, R .....PD002  
KOZAKEVICH, G .....PD011  
KRITSKI, AL .....PD040,  
PO011, PO024  
KROHLING, LM .....PO378  
KRUSE, JC .....PO491  
KRUSE, ML .....PO491  
KURANISHI, LT .....PD018,  
PO191  
KWIATKOWSKI, MA .....PO379

## L

LABRE, SRT .....PO458  
LACERDA, CC .....PO520

LADEIRA, IT .....PO387,  
PO565  
LAMBERTI, CJS .....PO030  
LANZIOTTI, D .....PO575  
LASTEBASSE, FG .....PO117,  
PO287, PO323, PO352  
LATTA, LFD .....PO513  
LAU, VK .....PO336  
LAURICELLA, LL .....PO047,  
PO271  
LAVAGNOLI, DCF .....PO023  
LAZARIDIS, E .....PO068  
LEAES, CGS .....PO444  
LEAL, DAG .....PO506  
LEAL, RKR .....PO284,  
PO292, PO298  
LEÃO, JRB .....PO556  
LEÃO, PHG .....PO217  
LEÃO, PS .....PD055,  
PO157  
LEIRIA, TLL .....PO491  
LEITE FILHO, LEN .....PO281  
LEITE, BA .....PO004,  
PO010, PO018  
LEITE, CA .....PO330  
LEITE, MMR .....PO575  
LEME, MST .....PO084,  
PO293, PO306, PO327  
LEMES, MS .....PO417  
LEMONS, ACM .....PD027,  
PO217, PO230, PO560  
LEMONS, RP .....PO037  
LEONARDI, L .....PO379  
LERMEN, L .....PO422  
LEUNG, JAM .....PO011,  
PO012, PO014, PO402  
LEVY, CE .....PO101  
LEVY, R .....PD048,  
PO130  
LIDTKE, GS .....PO356  
LIMA JR, FA .....PO583  
LIMA NETO, DF .....PO264  
LIMA NETO, JC .....PO154  
LIMA, AMR .....PO132  
LIMA, CAT .....PO252,  
PO253  
LIMA, CB .....PO413,  
PO423, PO424  
LIMA, DMM .....PD043  
LIMA, E .....PD012  
LIMA, FCHL .....PO387,  
PO565  
LIMA, FF .....PO536,  
PO548  
LIMA, GF .....PO052,  
PO131  
LIMA, GG .....PO491  
LIMA, GM .....PO326  
LIMA, IGCV .....PO025  
LIMA, MB .....PO017  
LIMA, MH .....PO333,  
PO334  
LIMA, MP .....PO324  
LIMA, MRAA .....PO326,  
PO336, PO340, PO603  
LIMA, MS .....PO172,  
PO187, PO188  
LIMA, R .....PO387,  
PO565  
LIMA, RB .....PO382  
LIMA, RF .....PO151  
LIMA, RM .....PO047,  
PO567  
LIMA, RO .....PO081  
LIMA, RTO .....PO337  
LIMA, TFM .....PO295  
LIMA, TM .....PO123,

PO357  
LINS, JAA .....PO288  
LISBOA, IS .....PO463  
LOBATO, CSS .....PD014,  
PO179, PO328, PO353, PO479  
LOIVOS, LP .....PO328  
LOMEU, RSM .....PO446  
LONZETTI, L .....PO129  
LOPES, AJ .....PO110,  
PO121, PO151, PO246, PO247,  
PO402, PO452, PO456, PO511  
LOPES, ASF .....PO030,  
PO433  
LOPES, EG .....PO573  
LOPES, ES .....PO163  
LOPES, IS .....PO322  
LOPES, LAO .....PO183,  
PO184, PO343  
LOPES, MC .....PO151,  
PO193  
LOPES, NR .....PO384  
LOPES, TP .....PO019  
LOPES, TP .....PO373  
LOPES, VLS .....PO163  
LOPES, VMV .....PO306  
LÓPEZ, AM .....PO097  
LORENTZ, GZ .....PO395  
LOUREIRO, CMC .....PO043,  
PO095, PO321, PO338  
LOURENÇO, JJ .....PO536  
LOURENÇO, MCS .....PO005  
LUCINDA, LMF .....PO584  
LUNA, CF .....PO559  
LUNDGREN, FLC .....PO285,  
PO288, PO289, PO290, PO291,  
PO559  
LUSVARGHI, JGM .....PO046  
LUZ, GCP .....PO505  
LUZ, JLA .....PO573  
LUZ, LAL .....PO324

## M

MACAMBIRA, SG .....PO527  
MACCHIONE, RE .....PO300,  
PO317, PO396  
MACEDO NETO, AV .....PD010  
MACEDO, GC .....PO017,  
PO018, PO042  
MACEDO, LG .....PO559  
MACEDO, MFO .....PO462,  
PO463  
MACEDO, RF .....PO293,  
PO327, PO376, PO403  
MACHADO, AKR .....PO021,  
PO392, PO438, PO439  
MACHADO, AR .....PO175  
MACHADO, C .....PO252,  
PO253  
MACHADO, DC .....PO121  
MACHADO, IS .....PO462,  
PO463  
MACHADO, JA .....PO545  
MACHADO, JR .....PD055,  
PO086, PO107, PO108  
MACHADO, LRC .....PO205  
MACHADO, MCL .....PO580  
MACHADO, RAA .....PO453  
MACHADO, S .....PO098,  
PO443, PO464  
MACHADO, SC .....PO544  
MACIEL, AC .....PO123,  
PO357  
MACIEL, BAG .....PO573  
MACIEL, LBC .....PO520  
MADUREIRA, LEN .....PO175

MADUREIRA, RLPB .....	PO404	MARSICO, GA .....	PO254,	MELO, SMD .....	PO462,
MADURO, YG .....	PO154	PO257, PO258		PO463	
MAEDA, NS .....	PO583	MARSICO, P .....	PO254,	MELO, TC .....	PO465
MAEHASHE, M .....	PO529,	PO257, PO258		MELOCRA, SSG .....	PO299,
PO546		MARSON, FAL .....	PD019,	PO359, PO360	
MAESTRO, ES .....	PO069,	PD020, PD021, PD022, PD023,		MEMARE, KC .....	PD009
PO072		PD024, PD025, PO101, PO102,		MENDES, ALA .....	PO240
MAFORT, TT .....	PD039,	PO213		MENDES, DM .....	PO283,
PO012, PO015, PO116, PO185,		MARTINEZ, JAB .....	PD036,	PO368, PO398	
PO307, PO330, PO369, PO378		PO086, PO136, PO149, PO170,		MENDES, PRA .....	PO376
MAGALHÃES-DA-SILVEIRA, FJPO489		PO282, PO447, PO448		MENDES, R .....	PO128
MAGALHAES, EMS .....	PO145,	MARTINIANO, FST .....	PO377	MENDONÇA JUNIOR, JF .....	PO455
PO146, PO147		MARTINS NETO, F .....	PO337	MENDONÇA, AEA .....	PO389,
MAGALHÃES, LFS .....	PO041	MARTINS NETO, OF .....	PO111	PO465, PO480	
MAGALHÃES, PA .....	PO587	MARTINS, ALELR .....	PO494	MENDONÇA, L .....	PD049
MAGALHAES, RF .....	PO585,	MARTINS, CLFS .....	PO026	MENEGUCI, DS .....	PO549,
PO598		MARTINS, EJ .....	PO426	PO487, PO488	
MAIA FILHO, ER .....	PO395	MARTINS, GELR .....	PO492,	MENEZES, L .....	PO244,
MAIA, CS .....	PO006,	PO494		PO497	
PO013, PO017, PO018, PO259,		MARTINS, MA .....	PO228	MENEZES, LEFJ .....	PO520
PO262, PO275		MARTINS, MB .....	PO129,	MENEZES, MB .....	PO136
MAIA, IS .....	PO472,	PO326, PO340		MEROLA, PK .....	PO093,
PO474, PO592, PO593		MARTINS, RLM .....	PO209	PO099, PO550	
MAIA, L .....	PO460,	MARTINS, SM .....	PO206,	MESQUITA, CB .....	PD001,
PO552, PO585, PO586, PO591		PO207		PD005, PO415, PO528, PO529,	
MAIA, LR .....	PO254,	MARTINS, V .....	PO408	PO546	
PO257, PO258		MASCARENHAS, MSC .....	PO338	MESQUITA, CL .....	PO230
MAIWORM, AI .....	PO451,	MASSARO, N .....	PO082	MESSIAS, IR .....	PO037,
PO456, PO468, PO469, PO470,		MATEUS, SP .....	PO402	PO038, PO070	
PO471		MATOS, PM .....	PO318,	MICHALSKI, B .....	PO152
MALIZIA, AC .....	PO003	PO350, PO543		MICHEL, GT .....	PO356
MALLET, ALR .....	PD035,	MATOS, RL .....	PO472,	MILANEZ, JR .....	PO272
PO416, PO420		PO474		MILINAVICIUS, R .....	PO314,
MANCUZO, EV .....	PO191	MATOS, RP .....	PO033,	PO331, PO436	
MANN, KC .....	PO356	PO034, PO381		MILSONI, PF .....	PO108
MANTUAN, BC .....	PO336,	MATOS, VHGR .....	PO013,	MINAMOTO, H .....	PD016,
PO603		PO020, PO042		PO263, PO264, PO265, PO269	
MANZANO, J .....	PO055	MATSUURA, FC .....	PO193	MINETTO, MS .....	PO253
MARABITA, B .....	PO084,	MATTA, PC .....	PO464	MIOLA, J .....	PO512
PO120, PO293, PO294, PO306,		MATTA, RCCR .....	PO204	MIOTTO, CD .....	PO021,
PO327, PO376, PO403, PO407		MATTES, J .....	PO220	PO392, PO438, PO439	
MARANHÃO, AA .....	PO210,	MAUAD, VAQ .....	PO461	MIRANDA, CS .....	PO369,
PO244, PO497		MAURE, MVC .....	PD030	PO541	
MARANHÃO, RD .....	PO069	MAZOTTI, F .....	PO359	MIRANDA, GFM .....	PO196
MARCA, PGC .....	PO005	MAZZIA, AFZ .....	PO371	MIRANDA, RR .....	PO045,
MARCH, MFP .....	PO510	MAZZIA, AFZ .....	PO400	PO168, PO319	
MARCHI, E .....	PO303,	MAZZOTTI, DR .....	PO504	MIRANDA, VF .....	PO096,
PO304		MEDEIROS FILHO, CAB .....	PO156	PO169, PO171	
MARCHIORI, E .....	PD054	MEDEIROS, AK .....	PO124,	MISSRIE, I .....	PD018
MARCHIORI, RC .....	PO356	PO491		MISSRIE, I .....	PO191
MARCIANO, MFC .....	PO520	MEDEIROS, B .....	PO371,	MIZUTANI, RF .....	PO033
MARCONDES, JPC .....	PO415	PO400		MOGAMI, R .....	PO005,
MARGOTTO, SS .....	PD001,	MEDEIROS, CBC .....	PO576	PO110	
PO354, PO528		MEDEIROS, L .....	PO251	MONTALVÃO, PSD .....	PO051,
MARIANI, AW .....	PO028,	MEDEIROS, LMM .....	PO384	PO058	
PO034, PO390		MEDEIROS, NLS .....	PO259,	MONTANHA, SM .....	PO524
MARIN, MPR .....	PO054,	PO262, PO275, PO277		MONTEIRO, IM .....	PO131
PO056, PO493		MEIER, NS .....	PO252,	MONTEIRO, IP .....	PO553,
MARINE NETO, J .....	PO254,	PO253		PO556	
PO257, PO258		MEIRELLES, G .....	PO126	MONTEIRO, MC .....	PD041,
MARINHO, FCA .....	PO156	MELLO NETO, AB .....	PO356	PO041	
MARINHO, JM .....	PO043,	MELLO, CM .....	PO524	MONTEIRO, NC .....	PO462,
PO095, PO321		MELLO, FCQ .....	PD041,	PO463	
MARINO, ICA .....	PO146	PO002, PO005, PO011, PO016,		MONTEIRO, PHP .....	PO026
MARKMAN-FILHO, B .....	PO559	PO023, PO041, PO489		MONTEIRO, TS .....	PO382
MARÓSTICA, PJC .....	PO104	MELLO, LR .....	PO500,	MONTES, ACF .....	PO422
MARQUES JUNIOR, LCL .....	PO305	PO504		MORAES, AC .....	PO382
MARQUES, MA .....	PO142	MELLO, MHA .....	PO490,	MORAES, HP .....	PO185
MARQUES, MAT .....	PD013,	PO494, PO496		MORAES, JAS .....	PO276
PO347, PO349		MELLO, TM .....	PO441	MORAES, L .....	PO587,
MARQUES, TC .....	PO147	MELO, ASA .....	PO152	PO591, PO601, PO606	
MARQUES, TG .....	PO079,	MELO, JVM .....	PO150	MORAES, LFHC .....	PO131
PO089, PO117, PO287, PO314,		MELO, LCS .....	PO043,	MORAES, RLA .....	PO308,
PO323, PO331, PO352, PO430,		PO095, PO321, PO338		PO355	
PO436, PO437, PO572		MELO, PL .....	PO110	MORAES, SAG .....	PO513
MARREIROS, TV .....	PO051,	MELO, RM .....	PO398,	MORAES, TMC .....	PO027,
PO058		PO534, PO535		PO422	

MORAIS, BEB .....PO528,  
 PO554  
 MORAIS, DB .....PO042  
 MORAIS, ER .....PO465,  
 PO480  
 MORAIS, FA .....PO063,  
 PO509  
 MORAIS, JCO .....PO328  
 MORAIS, LA .....PO577  
 MORAIS, MH .....PO035,  
 PO154  
 MORAIS, VHA .....PO051,  
 PO058  
 MORALES, MM .....PO221,  
 PO233, PO242, PO250, PO545,  
 PO566, PO588, PO590  
 MORCERF, CCP .....PO027,  
 PO031, PO422  
 MOREIRA, ALS .....PD054,  
 PO336, PO340, PO603  
 MOREIRA, CB .....PO159,  
 PO160, PO161, PO162  
 MOREIRA, DS .....PD027,  
 PO078, PO114, PO115, PO137,  
 PO138, PO230, PO313, PO362  
 MOREIRA, JS .....PD054,  
 PO340, PO603  
 MOREIRA, M .....PO055,  
 PO210, PO244, PO497  
 MOREIRA, MAC .....PO401  
 MOREIRA, VB .....PO152  
 MORESCHI, AH .....PO329  
 MORITZ, AS .....PO226  
 MORITZ, P .....PO144  
 MOTA, IB .....PO053  
 MOTA, MLC .....PO021,  
 PO392, PO438, PO439  
 MOTA, RL .....PO373  
 MOTIZUKI, VHN .....PO021,  
 PO413, PO438, PO439  
 MOTTA, JPS .....PD014,  
 PD017, PO328, PO353, PO479  
 MOTTER, G .....PO104  
 MOURA, ME .....PO004,  
 PO010  
 MOURA, MVB .....PO514  
 MOURAD, OMA .....PO260,  
 PO318  
 MULLER, PT .....PD002,  
 PD003, PO372  
 MUNIZ, L .....PO575  
 MURAGUCHI, H .....PO295  
 MURPHY, V .....PO220  
 MUSSER, LT .....PO281  
 MUZEL, NA .....PO212

## N

NAGAI, MA .....PO107  
 NAGY, AL .....PO354  
 NASCIMENTO JUNIOR, UC .....PO594  
 NASCIMENTO, DZ .....PO129  
 NASCIMENTO, ET .....PO033,  
 PO047, PO155, PO168, PO375,  
 PO390  
 NASCIMENTO, JP .....PO447,  
 PO448, PO449, PO450  
 NASCIMENTO, LM .....PO235  
 NASCIMENTO, LP .....PO282,  
 PO447, PO448, PO449, PO450,  
 PO481  
 NASCIMENTO, MHS .....PO547  
 NASCIMENTO, MR .....PD037  
 NASCIMENTO, MR .....PO428,  
 PO434  
 NASCIMENTO, MSC .....PO023

NASCIMENTO, OA .....PO067,  
 PO301, PO555, PO580  
 NASI, A .....PO263,  
 PO265  
 NAVES, JJR .....PO100  
 NAVES, MR .....PO100  
 NAVI, NP .....PO522,  
 PO523  
 NEDER, JA .....PO466  
 NEIRA, RFR .....PO278  
 NERY, AF .....PO392  
 NESSO, C .....PO135,  
 PO173, PO192, PO199  
 NETA, DS .....PO527  
 NETTO, CB .....PO583  
 NEVES, DD .....PO003,  
 PO007, PO008, PO053, PO210,  
 PO244, PO490, PO492, PO494,  
 PO496, PO497  
 NEVES, DVOB .....PO043,  
 PO095, PO321  
 NEVES, JB .....PO395  
 NEVES, MCLC .....PD028,  
 PO217, PO230, PO560  
 NITA, ME .....PO547  
 NOBRE, LFS .....PO139,  
 PO140, PO144  
 NOGUCHI, PY .....PO326,  
 PO512  
 NOGUEIRA, CMO .....PO059,  
 PO060, PO061, PO062  
 NOGUEIRA, DL .....PD001,  
 PD005, PD009, PO415, PO528,  
 PO529, PO533, PO554, PO570  
 NOGUEIRA, FMPM .....PO090,  
 PO135, PO148, PO173, PO192,  
 PO196, PO199  
 NOGUEIRA, MF .....PO371,  
 PO400  
 NOMURA, FM .....PO172,  
 PO187, PO188  
 NORONHA, AJ .....PD006,  
 PO121, PO402, PO541, PO561,  
 PO579  
 NOVELLO, RGS .....PO377  
 NOWAKONSKI, AV .....PO055  
 NUNES, DPF .....PO300  
 NUNES, KSS .....PO139,  
 PO140, PO144, PO366

## O

OCHIKUBO, M .....PO067  
 OKAMOTO, ECG .....PO344,  
 PO345  
 OKAMOTO, LFG .....PO344,  
 PO345  
 OKINO, VT .....PO194  
 OKORO, RDS .....PO036,  
 PO240, PO241, PO248, PO295  
 OLEAS, FAG .....PD051,  
 PD052  
 OLIVEIRA FILHO, JRB .....PO022,  
 PO045, PO048, PO153, PO155,  
 PO180, PO319, PO325, PO375,  
 PO383, PO385  
 OLIVEIRA JÚNIOR, FH .....PO071,  
 PO127, PO393, PO498, PO574,  
 PO595, PO604  
 OLIVEIRA JÚNIOR, JCS .....PO072  
 OLIVEIRA, A .....PO555  
 OLIVEIRA, ACP .....PO421  
 OLIVEIRA, AF .....PO559  
 OLIVEIRA, BC .....PO388  
 OLIVEIRA, BL .....PO006  
 OLIVEIRA, CH .....PO310

OLIVEIRA, CR .....PO145  
 OLIVEIRA, DLN .....PO013,  
 PO017, PO020  
 OLIVEIRA, DPM .....PO030  
 OLIVEIRA, DZ .....PO594  
 OLIVEIRA, EP .....PD045,  
 PD050, PO022, PO028, PO034,  
 PO047, PO057, PO073, PO075,  
 PO088, PO249, PO385, PO390  
 OLIVEIRA, ES .....PO118  
 OLIVEIRA, FA .....PO340,  
 PO512, PO516, PO517  
 OLIVEIRA, FND .....PD012,  
 PD015, PO375  
 OLIVEIRA, FRC .....PO194  
 OLIVEIRA, GA .....PD010,  
 PO482  
 OLIVEIRA, GP .....PO221,  
 PO589  
 OLIVEIRA, HE .....PD011,  
 PO310, PO341, PO342, PO581,  
 PO582  
 OLIVEIRA, HG .....PD010  
 OLIVEIRA, HM .....PO071,  
 PO127, PO337, PO393, PO498,  
 PO574, PO595, PO604  
 OLIVEIRA, HMMG .....PO027,  
 PO031  
 OLIVEIRA, IG .....PD045,  
 PO057, PO075  
 OLIVEIRA, JBL .....PO235  
 OLIVEIRA, JBM .....PO023  
 OLIVEIRA, JCA .....PO030  
 OLIVEIRA, JG .....PO499  
 OLIVEIRA, LA .....PO532  
 OLIVEIRA, LGB .....PO226  
 OLIVEIRA, LLB .....PO052  
 OLIVEIRA, LNA .....PO036,  
 PO248  
 OLIVEIRA, LVF .....PO301  
 OLIVEIRA, MA .....PO219  
 OLIVEIRA, MH .....PO147  
 OLIVEIRA, MM .....PO074  
 OLIVEIRA, MR .....PO168,  
 PO177, PO180  
 OLIVEIRA, MV .....PD008,  
 PO128, PO460, PO552, PO586,  
 PO590, PO591, PO598, PO601  
 OLIVEIRA, PC .....PO142,  
 PO143, PO286, PO538  
 OLIVEIRA, RA .....PO157  
 OLIVEIRA, RC .....PO455  
 OLIVEIRA, RHA .....PO299  
 OLIVEIRA, RJF .....PO156  
 OLIVEIRA, RL .....PO256,  
 PO316, PO358  
 OLIVEIRA, RM .....PO212  
 OLIVEIRA, RYM .....PO332  
 OLIVEIRA, T .....PO233,  
 PO537  
 OLIVEIRA, TRMRDR .....PO516  
 OLIVEIRA, TRB .....PO020  
 OLIVEIRA, VP .....PO398,  
 PO534, PO535  
 OLIVEIRA, WJC .....PO413,  
 PO423, PO424, PO438, PO439  
 OLIVEIRA, YC .....PD037,  
 PO421, PO434  
 OLIVIERI, EHR .....PO309  
 OLSEN, PC .....PO221,  
 PO236, PO242, PO404, PO566,  
 PO588  
 ONISHI, R .....PO028,  
 PO304  
 ORNELLAS, FM .....PO589  
 ORSATTI, LMG .....PO547  
 ORTEGA, HAV .....PO158

ORTOLAN, FMC.....PD035,  
PO420  
OTA, JS.....PD053,  
PO080, PO090  
OTOCH, JP.....PO264  
OZAKI, MJ.....PO521

## P

PACHECO, ML.....PO233,  
PO590  
PACINI, GS.....PD029,  
PO126  
PADILHA, GA.....PD008,  
PO128, PO404, PO552, PO578,  
PO587, PO601  
PÁDUA, AI.....PO086,  
PO136, PO149  
PAES, FGS.....PO241,  
PO248  
PAGLIOCCHI, AR.....PO555  
PAIVA, DN.....PO550  
PAIVA, NL.....PO475  
PAIVA, NS.....PD046  
PALMA, TH.....PO299,  
PO359, PO360  
PALOMINO, ALM.....PD012  
PANIZ, ÉV.....PO253  
PAPI, RC.....PO315  
PARREIRA, ALB.....PO457  
PASCHOAL, IA.....PD007,  
PO084, PO120, PO293, PO294,  
PO376, PO407  
PASCHOAL, ME.....PD017,  
PO016  
PASIN, LR.....PD054  
PASQUALOTTO, LT.....PO445,  
PO506, PO508  
PASSARELLI, PNS.....PO222  
PASSARINI, GE.....PO021,  
PO438, PO439  
PASSOS, AC.....PO092  
PASSOS, SRL.....PD041,  
PO041  
PATUSCO, LA.....PD002,  
PO134  
PAULA, GS.....PO205  
PAULA, MH.....PO282,  
PO447, PO448, PO449, PO450,  
PO481  
PAULIN, FV.....PD003  
PAULO, LD.....PO136  
PAULO, MD.....PO208  
PAZMINO, RNL.....PO516  
PEDROSA, VS.....PO276,  
PO279  
PEGADO, MM.....PD014  
PÊGO-FERNANDES, PM.....PD016,  
PO263, PO264, PO265, PO267,  
PO268, PO269, PO270, PO271,  
PO272, PO567  
PEIXOTO, AL.....PO052  
PEIXOTO, TB.....PO193  
PELÓGGIA, SMM.....PO576  
PENIDO, APC.....PO125  
PERALTA JUNIOR, R.....PO231,  
PO255  
PEREIRA JÚNIOR, CB.....PO147  
PEREIRA, ATAR.....PO112,  
PO311  
PEREIRA, CAC.....PD018,  
PO135, PO143, PO148, PO170,  
PO173, PO174, PO189, PO191,  
PO192, PO196, PO199, PO472,  
PO473, PO474, PO475, PO478  
PEREIRA, DM.....PO182,

PO183, PO184, PO343  
PEREIRA, DN.....PO036  
PEREIRA, EDB.....PO232  
PEREIRA, EJM.....PO259,  
PO277  
PEREIRA, FO.....PO235  
PEREIRA, G.....PD039  
PEREIRA, JCB.....PO229,  
PO245  
PEREIRA, JFS.....PO382  
PEREIRA, JR.....PO112,  
PO112, PO113, PO113, PO119,  
PO119, PO124, PO124, PO311,  
PO311  
PEREIRA, KD.....PO026  
PEREIRA, LP.....PO158,  
PO311  
PEREIRA, MC.....PD007,  
PO084, PO120, PO285, PO289,  
PO290, PO291, PO293, PO294,  
PO327, PO376, PO407  
PEREIRA, MS.....PO602  
PEREIRA, NP.....PD027  
PEREIRA, NS.....PO372  
PEREIRA, PC.....PO575  
PEREIRA, RR.....PO256,  
PO316, PO358  
PEREIRA, RS.....PO367  
PEREIRA, SA.....PO065,  
PO411, PO453, PO454, PO455,  
PO457, PO458  
PEREIRA, TP.....PO049,  
PO050  
PEREIRA, TV.....PO431,  
PO432  
PEREIRA, UV.....PO597  
PEREIRA, VL.....PO147  
PEREIRA, WD.....PO501,  
PO502  
PERES, TM.....PO037,  
PO038, PO070  
PERROUD, MW.....PO306  
PESSÓA, CLC.....PO070,  
PO429  
PESSÓA, RS.....PO429  
PESTANA, BM.....PO260  
PICCHI, MÁ.....PO256,  
PO316  
PIETRO, DD.....PD011,  
PO139, PO310, PO341, PO342,  
PO581, PO582  
PILATI, NP.....PO442  
PILOTO, BM.....PO034,  
PO048, PO325, PO380, PO381  
PIMENTEL, DM.....PO419  
PIMENTEL, DVM.....PO065  
PIMENTEL, GG.....PO029,  
PO515  
PIMENTEL, MQ.....PO468,  
PO469, PO471  
PINAFFI, JV.....PD050,  
PO088, PO091, PO166  
PINCELLI, MP.....PO140,  
PO144, PO592, PO593  
PINHEIRO, BV.....PO532,  
PO583, PO584  
PINHEIRO, KC.....PO132  
PINHEIRO, L.....PO332  
PINHEIRO, RCA.....PO423,  
PO424  
PINHEIRO, S.....PO333,  
PO334  
PINHEIRO, VCF.....PO487  
PINHO, MM.....PO212  
PINTO-FILHO, DR.....PO266  
PINTO-JUNIOR, DA.....PO296  
PINTO, BM.....PO014,

PO015, PO092, PO116, PO141,  
PO186, PO227, PO239, PO284,  
PO307, PO330, PO369, PO541,  
PO579  
PINTO, EF.....PO599  
PINTO, GA.....PO379  
PINTO, GSRS.....PO023  
PINTO, LA.....PO243  
PIO, MG.....PD006,  
PO579  
PIRES, ACG.....PO175  
PIRES, CG.....PO477  
PIRES, FS.....PO276  
PIRES, JS.....PO532  
PIRES, LM.....PO491  
PIRES, LMP.....PO320  
PITREZ, PM.....PO215,  
PO238, PO243  
PIZZICHINI, E.....PO139,  
PO214, PO551  
PIZZICHINI, MMM.....PO139,  
PO551  
PIZZOL, FD.....PO224,  
PO551  
PLACHI, F.....PO093,  
PO099, PO466, PO550  
POGGIO, HA.....PO566  
POLONINE, S.....PO374  
POLONIO, IB.....PO040,  
PO182, PO343  
PONTES, ABM.....PO337  
POSSATO, DDM.....PO435,  
PO440  
POSSES, LCPD.....PO332  
PÓVOA, FCC.....PO030,  
PO431, PO432  
POZATI, MPS.....PO410  
PRADA, LFL.....PD051  
PRADO, C.....PO403  
PRATA, JHQ.....PO273,  
PO274  
PRATA, TA.....PO133,  
PO164  
PRATAS, E.....PO333,  
PO334  
PRETTO, GG.....PO329  
PRIETO, TG.....PD055,  
PO086, PO107, PO108, PO157,  
PO309  
PROENÇA JUNIOR, WB.....PO392  
PRUDENTE, RA.....PD001,  
PD005, PO528, PO529  
PUGLIESE, JG.....PO185,  
PO186  
PUKA, J.....PO303

## Q

QUEIROGA JR., FJP.....PO209,  
PO580  
QUEIROZ, AMD.....PO164  
QUEIROZ, CF.....PD027,  
PD028, PO217, PO560  
QUEIROZ, FB.....PO178,  
PO467  
QUEIROZ, JGR.....PO216  
QUEIROZ, RM.....PO163  
QUEVEDO, NM.....PO575  
QUINTELA, LR.....PD028

## R

RABAHÍ, M.....PO296,  
PO302, PO499, PO540, PO556  
RABAHÍ, MF.....PO051,  
PO058, PO065, PO170, PO209,



PO296, PO302, PO384, PO401, PO411, PO453, PO454, PO455, PO457, PO458, PO486, PO489, PO495, PO499, PO540, PO542, PO573, PO577	RIBEIRO, DS.....PO276, PO279	RODRIGUES, FP.....PO256, PO316, PO358
RABAIOLI, AG.....PO123, PO357	RIBEIRO, GA.....PO082	RODRIGUES, GTP.....PO458
RABELO, MAE.....PO584	RIBEIRO, JD.....PO019, PD020, PD021, PD022, PD023, PD024, PD025, PO101, PO102, PO213	RODRIGUES, IV.....PO482
RACHED, SZ.....PO045, PO285, PO289, PO290, PO291, PO383	RIBEIRO, JH.....PO067	RODRIGUES, JC.....PO521
RAHAL, AA.....PO580	RIBEIRO, KB.....PD012, PD015, PO354	RODRIGUES, JCRS.....PO465, PO480
RAINHO, CA.....PO108	RIBEIRO, LAN.....PO145	RODRIGUES, JEG.....PO082, PO377
RAMALHO, EO.....PO071, PO127, PO393, PO498, PO574, PO595, PO604	RIBEIRO, LS.....PO190, PO200, PO401, PO542	RODRIGUES, LGV.....PO423, PO424
RAMALHO, FO.....PO071, PO127, PO393, PO498, PO574, PO595, PO604	RIBEIRO, M.....PO077, PO222, PO315, PO365	RODRIGUES, LS.....PD039, PO012, PO151, PO307
RAMOS, AB.....PO585	RIBEIRO, MAF.....PD027, PO078, PO114, PO115, PO137, PO138, PO218, PO230, PO313, PO362	RODRIGUES, MM.....PO089
RAMOS, AG.....PD002	RIBEIRO, MAG.....PD019, PD020, PD021, PD022, PD023, PD024, PD025, PO101, PO102, PO213	RODRIGUES, RBE.....PO348
RAMOS, D.....PD004, PD026, PO064, PO066, PO397, PO536, PO548	RIBEIRO, MC.....PO215, PO243	RODRIGUES, RMS.....PO001
RAMOS, DH.....PD015, PO354	RIBEIRO, PAB.....PO467	RODRIGUES, RP.....PO366
RAMOS, EMC.....PD004, PD026, PO064, PO066, PO397, PO536, PO548	RIBEIRO, TFL.....PO032, PO040, PO182	RODRIGUES, SCS.....PO172, PO187, PO188, PO482
RAMOS, IPR.....PO601	RIBEIRO, VP.....PO089, PO287, PO314, PO323, PO331, PO352, PO430, PO436, PO437, PO572	RODRIGUES, TN.....PO007, PO008
RAMOS, JL.....PO431, PO432	RIECHI, JC.....PO077, PO222, PO315, PO365	RODRIGUES, TS.....PO534, PO535
RAMOS, JP.....PO005, PO204	RIGHI, APA.....PO082	RODRIGUES, WJMS.....PD053, PO189
RAMOS, RP.....PD053, PO080, PO090	RIVEROS, BS.....PO547	RODRIGUEZ, J.....PO490, PO496
RANGEL, DAS.....PO033, PO034	RIZZATTI, FPG.....PO500, PO504	RODRIGUEZ, JFR.....PO493, PO503
RAPELLO, GV.....PD002, PD003	RIZZO, G.....PO491	ROLIM, PJGR.....PO277
RASSI, S.....PO465, PO480	ROBAYO, KJS.....PO054, PO056, PO195, PO198, PO278, PO493	ROMALDINI, JGB.....PO032, PO112, PO311
RASSI, SG.....PO499	ROCCO, PRM.....PD008, PD010, PD049, PO128, PO221, PO224, PO228, PO233, PO236, PO242, PO250, PO404, PO405, PO408, PO460, PO537, PO545, PO552, PO566, PO578, PO585, PO586, PO587, PO588, PO589, PO590, PO591, PO598, PO599, PO601, PO606	ROMERO, J.....PO444
REBELLO, APGN.....PO016	ROCHA FILHO, JA.....PO043, PO095, PO321, PO338	RONCADA, C.....PO215, PO238, PO243
REBELLO, LMCB.....PO454	ROCHA, AA.....PO486	RONDON, SKR.....PO054, PO056, PO493
REBOREDO, MM.....PO235, PO532, PO584	ROCHA, FCM.....PO026	RONIR, L.....PD017
REDIVO, CF.....PO079, PO089, PO117, PO287, PO314, PO323, PO331, PO352, PO430, PO436, PO437, PO572	ROCHA, GHS.....PO576	ROSA, CF.....PO440
REGO, AS.....PO065	ROCHA, JA.....PO017	ROSA, CLB.....PO183, PO184, PO343
REIS, C.....PO549, PO551, PO557, PO558	ROCHA, JC.....PO280	ROSA, EB.....PO517, PO519
REIS, CM.....PO147	ROCHA, JL.....PD047	ROSA, FLS.....PO237
REIS, DB.....PO465, PO480	ROCHA, JM.....PO483, PO484	ROSA, GA.....PD028
REIS, FF.....PO583, PO584	ROCHA, LHB.....PO455	ROSA, IM.....PO486
REIS, FP.....PO047	ROCHA, LS.....PO027, PO031	ROSA, RCM.....PO512, PO517
REIS, LVT.....PO092, PO116, PO167, PO185, PO186, PO197, PO292, PO298, PO369, PO378, PO427, PO579	ROCHA, NN.....PD008, PO128, PO537, PO545, PO552, PO566, PO578, PO585	ROSA, RF.....PD044, PO096, PO169, PO171, PO391
REIS, MAS.....PO085, PO600	ROCHAEL, NC.....PO589	ROSA, RFM.....PO512, PO513, PO516, PO517, PO519
REIS, RC.....PO232	RODRIGUES, AA.....PO457	ROSIGNOLI, WB.....PO464
REIS, RM.....PO309	RODRIGUES, BB.....PO384	ROSTON, F.....PO077
RESENDE, H.....PO283, PO368	RODRIGUES, BM.....PO085, PO600	ROVEDDER, PME.....PO104
RESENDE, VM.....PO135, PO148, PO189, PO192, PO196	RODRIGUES, BTP.....PO576	RUBIN, AS.....PD029, PO129, PO170, PO371, PO400
REY, CM.....PO503	RODRIGUES, CA.....PO145	RUEDA, AFV.....PO493, PO503
REZENDE, CJ.....PO085	RODRIGUES, CC.....PO037, PO038, PO070	RUEDA, WEV.....PO278
REZENDE, GE.....PO324	RODRIGUES, EJM.....PO232	RUFFINO-NETTO, A.....PD040, PO024
RIBEIRO, AF.....PD020, PD025, PO101, PO102, PO213		

## S

SÁ, AT.....PO076
SÁ, MFL.....PD027
SÁ, VK.....PO108, PO309
SAHIUM, GMB.....PO411
SAITO, CA.....PO165
SAITO, EH.....PO281
SALAME, FM.....PO025, PO035, PO154, PO305
SALDANHA, RP.....PO026
SALERNO, ML.....PO371,

PO400	PO017, PO020, PO042	SILVA JUNIOR, CT .....PO421,
SALES, LA .....PO071,	SANTOS, JPV .....PO231,	PO428
PO337	PO255	SILVA JUNIOR, DP .....PO466
SALES, LHM .....PO209	SANTOS, KS .....PD053,	SILVA JUNIOR, JLR .....PO065,
SALES, RKB .....PO022,	PO069, PO189	PO411, PO453, PO454, PO455,
PO028, PO033, PO034, PO045,	SANTOS, LA .....PO118,	PO457, PO458, PO486, PO553,
PO047, PO048, PO155, PO304,	PO150	PO556
PO375, PO381, PO385, PO390	SANTOS, LM .....PD013,	SILVA NETO, WA .....PO455
SALGADO JUNIOR, W .....PO449,	PO109, PO349, PO350, PO351	SILVA, ABA .....PO106
PO450	SANTOS, LPB .....PO522,	SILVA, ACMAA .....PO087,
SALGADO, AA .....PD048	PO523	PO317, PO396
SALGE, JM .....PO483,	SANTOS, MAB .....PO149	SILVA, AGC .....PO435,
PO484	SANTOS, MF .....PO111	PO440
SALIBE-FILHO, W .....PD051,	SANTOS, MH .....PO208	SILVA, AP .....PO217
PO206, PO207, PO461	SANTOS, MK .....PO149	SILVA, AR .....PO598
SALLES, R .....PO284,	SANTOS, MO .....PO074,	SILVA, AS .....PD053,
PO292, PO298, PO364, PO378	PO133, PO164	PO135, PO148, PO173, PO189,
SALLUM, R .....PO263,	SANTOS, MVM .....PO081,	PO192, PO196, PO199
PO265	PO118	SILVA, BM .....PO026
SALVI, FR .....PO021,	SANTOS, RD .....PO230	SILVA, BML .....PO004,
PO392, PO438, PO439	SANTOS, RM .....PO063,	PO010, PO013
SAMANO, MN .....PO567	PO509	SILVA, BNL .....PO522,
SAMARY, CS .....PO460,	SANTOS, RS .....PO578,	PO523
PO585, PO586, PO591, PO598,	PO591, PO598, PO606	SILVA, BPSA .....PO282
PO599, PO606	SANTOS, SEFS .....PO430	SILVA, BRA .....PO452
SAMPAIO, BMB .....PO388	SANTOS, T .....PO252	SILVA, BS .....PO536,
SAMPAIO, L .....PD053,	SANTOS, TAT .....PO433	PO548
PO080, PO199	SANTOS, TB .....PO259,	SILVA, CC .....PO090
SAMPEDRO, DA .....PO299	PO277	SILVA, CNG .....PO106
SANCHES, DLP .....PO232	SANTOS, TCCRS .....PO522,	SILVA, CS .....PO416,
SANCHES, FD .....PO336	PO523	PO420
SANCHES, PS .....PO466	SANTOS, TMM .....PD005,	SILVA, CT .....PO343
SANT'ANNA, CC .....PO510	PO414, PO415, PO554, PO570	SILVA, DB .....PO605
SANT'ANNA, LP .....PO330	SANTOS, TS .....PO267	SILVA, DMS .....PO226
SANTANA, BS .....PO241,	SANTOS, UP .....PO033	SILVA, EBS .....PO007,
PO248, PO295	SANTOS, WVM .....PO445,	PO008, PO053
SANTANA, JS .....PO462	PO506, PO508	SILVA, ECA .....PO309
SANTANA, LC .....PO081,	SANTOS, ZM .....PD034	SILVA, EF .....PO001
PO118, PO150	SARAIVA-ROMANHOLO, BM .....PO521	SILVA, EMMA .....PD037,
SANTANA, PRP .....PO124	SARAIVA, EM .....PO589	PO428, PO434
SANTIAGO, GF .....PO193	SARMENTO, MB .....PO441,	SILVA, EP .....PO297
SANTIAGO, ND .....PO046	PO442	SILVA, ER .....PO243
SANTOS JUNIOR, EG .....PO081,	SATURNINO, LT .....PO068	SILVA, FCM .....PO001
PO118, PO150	SAUCEDO, IM .....PO035	SILVA, FMA .....PO223
SANTOS, ACB .....PO027,	SAUERESSIG, MG .....PO252,	SILVA, FPSF .....PO280
PO031	PO253	SILVA, FS .....PO030
SANTOS, ACS .....PO064	SCAGLIA, NC .....PO098,	SILVA, GH .....PO303
SANTOS, AFM .....PO324	PO426	SILVA, GLS .....PO486
SANTOS, AGM .....PD033,	SCALCO, G .....PO076	SILVA, GQ .....PO283
PD034	SCANTAMBURLO, R .....PO120,	SILVA, HRS .....PO457
SANTOS, AL .....PD055	PO407	SILVA, IG .....PO548
SANTOS, APG .....PD039,	SCHANAIDER, A .....PO606	SILVA, JA .....PO279
PO011, PO012, PO014, PO015,	SCHIEDT, JS .....PO363,	SILVA, JD .....PD008,
PO364	PO581, PO582	PO404, PO588, PO590
SANTOS, BE .....PO111	SCHIEDT, LS .....PO539	SILVA, JF .....PO039,
SANTOS, CA .....PO445,	SCHMIDT, C .....PO104	PO335, PO370
PO506, PO508	SCHONS, P .....PO178	SILVA, JFG .....PO146
SANTOS, CBL .....PO491,	SCHWARTZ, WA .....PO039,	SILVA, JG .....PO036,
PO517	PO335, PO370	PO240, PO241, PO248
SANTOS, CC .....PD033,	SCORDAMAGLIO, PR .....PO354	SILVA, JL .....PO332
PD034, PD042, PO208, PO416,	SCUARCIALUPI, MEA .....PO219,	SILVA, JLP .....PO078,
PO419	PO580	PO114, PO115, PO137, PO138,
SANTOS, CL .....PO578,	SCUSSIATO, E .....PO401	PO313
PO585, PO586, PO587, PO591,	SEABRA, RA .....PO288	SILVA, JRB .....PO283,
PO599, PO601, PO606	SERRA, JPC .....PO043,	PO368
SANTOS, CP .....PD004,	PO321, PO338	SILVA, JRL .....PD010,
PD026, PO064, PO397	SEVERO, CR .....PO097	PD017, PD042
SANTOS, DO .....PO282,	SEVERO, DB .....PO159,	SILVA, JS .....PD049,
PO447, PO448, PO449, PO450,	PO160, PO161, PO162	PO459
PO481	SQUAREZI, TE .....PO134	SILVA, KM .....PO451,
SANTOS, FM .....PO068	SHORT, MB .....PO421	PO456, PO468, PO469, PO470,
SANTOS, FMM .....PO476,	SIAS, SMA .....PO522,	PO471, PO561
PO477, PO518	PO523	SILVA, LCLP .....PO316
SANTOS, G .....PO238	SIEBIGER, GR .....PO312,	SILVA, LDA .....PO106
SANTOS, GHP .....PO515	PO544	SILVA, LF .....PO506
SANTOS, HBO .....PO072	SILVA JUNIOR, AF .....PD011,	SILVA, LFC .....PO046
SANTOS, JG .....PO006,	PO341, PO342	SILVA, LHA .....PO405

SILVA, LMO.....	PO018	SOARES, E.....	PO510	SOUZA, YR.....	PO451,
SILVA, LO.....	PO505,	SOARES, FMC.....	PO077,	PO468, PO469, PO470, PO471,	
PO507		PO222, PO315, PO365		PO561	
SILVA, LP.....	PO044	SOARES, LB.....	PO382	SPICACCI, NB.....	PO411
SILVA, LPC.....	PO546	SOARES, MB.....	PO527	SPILIMBERGO, P.....	PO094
SILVA, LR.....	PO456	SOARES, MR.....	PD018,	SPINOSA, GN.....	PO172,
SILVA, LS.....	PO594,	PO148, PO173, PO174, PO189,		PO187, PO437	
PO596		PO191, PO192, PO196, PO199,		STANGLER, NH.....	PO549
SILVA, M.....	PO537,	PO472, PO473, PO474, PO475,		STANZANI, FR.....	PO300
PO578		PO478		STEIDLE, LJM.....	PO139,
SILVA, MA.....	PO012,	SOARES, MS.....	PO452	PO140, PO144, PO592, PO593	
PO307, PO433		SOKOLOSKI, CS.....	PO237	STEIMBACK, PW.....	PO374
SILVA, MAC.....	PO241	SOLLA, AVMOS.....	PO052	STEIN, RT.....	PO238,
SILVA, MC.....	PO145	SONODA, MTC.....	PO087,	PO243	
SILVA, MCC.....	PO559	PO317, PO396		STELMACH, R.....	PO206,
SILVA, MFI.....	PO046	SOUSA, ACC.....	PO125	PO207	
SILVA, MMR.....	PO315	SOUSA, ACLB.....	PD030	STIFFT, J.....	PO329
SILVA, MCP.....	PO429	SOUSA, MVC.....	PO071	STIRBULOV, R.....	PO214,
SILVA, NF.....	PO212	SOUSA, RC.....	PO069	PO301	
SILVA, NMPD.....	PO059,	SOUZA JÚNIOR, JA.....	PO145	STOLAR, M.....	PO367
PO060, PO061, PO062		SOUZA, AL.....	PO500	STORRER, KM.....	PD018,
SILVA, NT.....	PO065	SOUZA, ALA.....	PD044,	PO191	
SILVA, OM.....	PO379	PO096, PO169, PO171, PO391		STRIEDER, DL.....	PD029
SILVA, PF.....	PO059,	SOUZA, AVP.....	PO482	SUGAHARA, L.....	PO222
PO060, PO061, PO062		SOUZA, CMCL.....	PO276	SULCZINSKI, LP.....	PO513
SILVA, PL.....	PD008,	SOUZA, DPO.....	PO524	SUZUKI, AYA.....	PO206,
PD049, PO128, PO460, PO552,		SOUZA, DRCA.....	PO388	PO207	
PO578, PO585, PO586, PO587,		SOUZA, EC.....	PO421	SVARTMAN, FM.....	PD010
PO591, PO598, PO599, PO601,		SOUZA, ECC.....	PO139	SZACNOWICZ, S.....	PO263,
PO606		SOUZA, EFA.....	PO053	PO265	
SILVA, RA.....	PO095	SOUZA, EST.....	PO163,	SZKLO, A.....	PD014,
SILVA, RCS.....	PD037,	PO308, PO355		PO353	
PO434		SOUZA, FFR.....	PO081,		
SILVA, RD.....	PO023	PO118, PO150			
SILVA, RES.....	PO299	SOUZA, FMF.....	PO134		
SILVA, RM.....	PO361,	SOUZA, FV.....	PO148		
PO530, PO549, PO551, PO557,		SOUZA, GHN.....	PO029,		
PO558		PO515			
SILVA, RMFM.....	PD006,	SOUZA, HCD.....	PO447,		
PO141, PO501, PO502		PO448, PO449, PO450			
SILVA, RRP.....	PO114,	SOUZA, JB.....	PO232		
PO138		SOUZA, JF.....	PO036,		
SILVA, RV.....	PD006,	PO248			
PO092, PO110, PO116, PO186,		SOUZA, JL.....	PO326,		
PO330, PO369, PO541, PO579		PO340, PO461, PO603			
SILVA, RVF.....	PD014,	SOUZA, LH.....	PO282,		
PO179, PO328, PO353, PO479		PO447, PO448, PO449, PO450,			
SILVA, TF.....	PO142,	PO481			
PO143, PO286, PO538		SOUZA, LPC.....	PO418,		
SILVA, TM.....	PO480	PO425			
SILVA, TN.....	PO559	SOUZA, MC.....	PO477		
SILVA, VCB.....	PO224	SOUZA, MQ.....	PO142,		
SILVA, VD.....	PO002	PO143, PO286, PO538			
SILVA, VFFRS.....	PO423,	SOUZA, MR.....	PO486		
PO424		SOUZA, OF.....	PO205		
SILVANO, RGF.....	PO510	SOUZA, PCS.....	PO036,		
SILVEIRA JUNIOR, JEB.....	PO318	PO240, PO295			
SILVEIRA NETO, WKP.....	PO017,	SOUZA, R.....	PD051,		
PO018, PO020, PO042		PD052, PO142, PO143, PO286,			
SILVEIRA, CC.....	PO082	PO538			
SILVEIRA, DB.....	PO517,	SOUZA, RG.....	PO238		
PO519		SOUZA, RM.....	PO539,		
SILVEIRA, LJV.....	PO522,	PO544			
PO523		SOUZA, RO.....	PD011,		
SILVEIRA, NSS.....	PO124,	PO310, PO341, PO342, PO581,			
PO183, PO184		PO582			
SILVINO, FRG.....	PO236	SOUZA, RS.....	PD045,		
SIMONETI, LEL.....	PO371,	PO057, PO073, PO075, PO249			
PO400		SOUZA, RV.....	PD044,		
SIQUEIRA, HR.....	PO014,	PO391			
PO015		SOUZA, SLBM.....	PO433		
SIQUEIRA, RP.....	PO337	SOUZA, SRG.....	PO011		
SLY, P.....	PO485	SOUZA, TF.....	PO344,		
SOARES, ACO.....	PD039,	PO345, PO348			
PO307		SOUZA, TV.....	PD044		
SOARES, APV.....	PO092	SOUZA, V.....	PO519		
SOARES, C.....	PO068	SOUZA, VVS.....	PO126		

## T

TACAO, GY.....	PD004,
PO064, PO397	
TAFFAREL, C.....	PO104
TAFURI, PA.....	PO159,
PO160, PO161, PO162	
TAKAGAKI, TY.....	PO319,
PO325	
TALIBERTI, IB.....	PO534,
PO535	
TAMAGNO, MF.....	PD016,
PO270	
TAMBORINI, J.....	PO142,
PO143, PO286, PO538	
TANNI, SE.....	PD001,
PD005, PD009, PD031, PD032,	
PD038, PO409, PO414, PO415,	
PO526, PO528, PO529, PO531,	
PO533, PO546, PO554, PO570	
TANNUS-SILVA, DGS.....	PO190,
PO200, PO542	
TARTAGLIA, RS.....	PO022,
PO048, PO153, PO155, PO319,	
PO325, PO375, PO383, PO385,	
PO390	
TARTARUGA, LAP.....	PO178,
PO467	
TAVARES, A.....	PO288
TAVARES, LC.....	PO372
TAVARES, MS.....	PD050,
PO088, PO091, PO166	
TEIXEIRA JUNIOR, S.....	PO460
TEIXEIRA, C.....	PO596,
PO605	
TEIXEIRA, CSL.....	PO049,
PO050	
TEIXEIRA, GHMC.....	PO260,
PO318	
TEIXEIRA, LR.....	PO028,
PO303, PO304	
TEIXEIRA, MAV.....	PO431,
PO432	

TEIXEIRA, MFA .....PO176,  
PO179, PO479  
TEIXEIRA, MFL.....PO109,  
PO122, PO320  
TEIXEIRA, PJZ .....PO312,  
PO326, PO371, PO400, PO539,  
PO544, PO550  
TEIXEIRA, PM.....PO106  
TEIXEIRA, RHOB.....PD015  
TEIXEIRA, SLS.....PO388  
TELES, CA .....PO234  
TELES, VS.....PO065,  
PO486  
TELINI, WM.....PO205  
TELLES, JAB .....PO516  
TENÓRIO, JTS.....PO262  
TEODORO, WR.....PD055,  
PO157  
TERRA-FILHO, M .....PD051,  
PO483, PO484  
TERRA, GA .....PO231,  
PO255  
TERRA, RM .....PD016,  
PO266, PO267, PO268, PO269,  
PO270, PO271, PO272  
TEZA, LL.....PO096,  
PO169, PO171  
THEMÓTHEO, FM.....PO006  
THOME, FS .....PO602  
TIAGO, DC.....PO384  
TIBANA, RCC.....PD018,  
PO079, PO191  
TOCIO, FHO .....PO205  
TOGEIRO, SM .....PO505,  
PO507  
TOLEDO, AP.....PO045  
TOLEDO, EO .....PO428  
TOLENTINO JUNIOR, JC.....PO053  
TOMA, AY .....PO087,  
PO317, PO396  
TOMAZELLI NETO, A.....PO348  
TOMBA, PO .....PO417  
TOMÉ, JP .....PO051,  
PO058  
TOMONAGA, TT.....PO435  
TONIDANDEL, PR .....PD007  
TONIOLI, L .....PO206,  
PO207  
TONOLLI, MB.....PO079,  
PO089, PO117, PO287, PO314,  
PO323, PO331, PO352, PO430,  
PO436, PO437, PO572  
TORRES, CA .....PO372  
TORRES, FS .....PO126  
TORRES, PPTS.....PO302  
TORSANI, V .....PO567  
TRAJMAN, A .....PO023  
TRAVASSOS, AC.....PO482  
TREVISAN, IB .....PD004,  
PD026, PO064, PO066, PO397  
TRINDADE, JM.....PD016,  
PO268  
TRISTÃO, E.....PO067  
TRIVELIN, SAA .....PO460,  
PO586, PO588, PO590  
TUCCI, ACR.....PO082  
TUFIK, S.....PO500,  
PO504, PO505, PO507

## U

UMEZAWA, LA.....PD009  
UNGARO, VR.....PO299  
URQUIZA, LN.....PO518  
UZELOTO, JS.....PO536,  
PO548  

---

## V

---

VACCARI, A.....PO459,  
PO485  
VAHIA, PFM .....PO152,  
PO318, PO428  
VALE, LR .....PO431,  
PO432  
VALE, PA .....PO120,  
PO407  
VALE, SA .....PD001,  
PO409  
VALELONGO, PO .....PO461  
VALENTIM, L.....PO468,  
PO469, PO470  
VALENTIN, MVN .....PO355  
VALERY, MIA .....PO079,  
PO117, PO287, PO323, PO352  
VALICELLI, FH .....PO077,  
PO315  
VALVANO, FR.....PO082  
VALVERDE, IC .....PO418,  
PO433  
VANNUCCI, F .....PO254,  
PO257, PO258  
VARGAS, LEP.....PO048,  
PO177, PO383, PO390  
VASCONCELOS, KA.....PD040,  
PO024  
VEDANA, LG.....PO441,  
PO442  
VEGA, AD .....PO268  
VEGA, NA .....PO163,  
PO308, PO355  
VEIGA, APR.....PO377  
VELOSA, APP .....PD055  
VENÂNCIO, IM.....PO458  
VENERABILE, ALG .....PO216  
VERCKA, MR .....PO097  
VERGANI, KP.....PO521  
VERRASTRO, CGY .....PO090  
VIANA, BP .....PO006,  
PO010, PO020  
VIANA, PVS .....PD046,  
PD047, PO001, PO204  
VIANNA, AOA.....PO374  
VIANNA, KP.....PO068  
VICENTIN, G .....PO044  
VIEIRA NETO, OM.....PO163  
VIEIRA, ACT.....PO149  
VIEIRA, CP.....PO379  
VIEIRA, DSC.....PO139  
VIEIRA, GO .....PO234  
VIEIRA, GOC.....PO488  
VIEIRA, M.....PO363  
VIEIRA, MAMS.....PO011  
VIEIRA, MG .....PO429  
VIEIRA, RP.....PO236  
VIEIRA, RS.....PO583  
VIEIRA, TB .....PO131  
VIEIRA, TM.....PD037,  
PO421, PO428, PO434  
VIEIRA, TO.....PO234  
VIER, MG.....PO341,  
PO342

VILARDO, ALS.....PO221  
VILLELA, VS .....PD048,  
PO130  
VITORIO, PK.....PO089  
VIVI, TC.....PO322  
VUOLO, FS.....PO224

## W

WALTER, G .....PD002,  
PD003  
WATTE, G.....PO126,  
PO603  
WENTER, M.....PO410  
WESCHENFELDER, RF .....PO329  
WICKERT, R .....PO594,  
PO596, PO605  
WIERZCHON, CGRS .....PO578

## X

XAVIER, LN.....PO594,  
PO596  
XIMENES, RCM.....PO004  
XISTO, D.....PO224,  
PO228, PO233, PO236, PO242,  
PO250, PO537, PO552, PO590

## Y

YAMAJI, AJM.....PO573  
YAMAMOTO, LR.....PO149  
YECKER, GD.....PO532  
YOO, HHB.....PO086  
YOSHIDA, M .....PO344,  
PO345

## Z

ZAGO, FHS.....PO300  
ZAMBON, L.....PO306,  
PO327  
ZANCHET, M.....PD011,  
PO310, PO341, PO342, PO363,  
PO581, PO582  
ZANI, L.....PO098,  
PO443  
ZANON, M.....PD029,  
PD054, PO126  
ZANOTTO, PMA.....PO264  
ZAPATA-SUDO, G .....PD049  
ZARA, C.....PO094  
ZEN, PRG.....PO513,  
PO516  
ZENATTI, R.....PO009  
ZIEGLER, B.....PO103,  
PO105  
ZILIO, PV .....PO517  
ZOBIOLE, AF.....PO413,  
PO423, PO424  
ZONZIN, GA.....PO029,  
PO159, PO160, PO161, PO162,  
PO170, PO515, PO576  
ZUCCHI, JW .....PO414,  
PO554  
ZURITA, RCM.....PO435,  
PO440  
ZURITA, RM .....PO413,  
PO423, PO424, PO435, PO440





**XI Congresso Brasileiro de Asma  
VII Congressos Brasileiros de  
DPOC e Tabagismo  
Pneumoceará 2017**

02 a 05 de agosto de 2017  
Centro de Eventos do Ceará, Fortaleza/CE

**INVISTA  
NO SEU  
CONHECIMENTO.  
COMPAREÇA!**

Nos dias 02 a 05 de agosto de 2017, a cidade de Fortaleza receberá os maiores congressos sobre doenças respiratórias e pulmonares da atualidade, com renomados palestrantes da área médica, informações, estudos e pesquisas internacionais.

**E O MELHOR: TUDO ISSO EM UMA DAS CIDADES MAIS BONITAS DO BRASIL.**



Realização:



**Sociedade  
Cearense de  
Pneumologia e  
Cirurgia  
Torácica**

*Renovar seu conhecimento é fundamental.  
Ainda mais em um lugar desses.*