

V Congresso Centro-Oeste de Pneumologia e Tisiologia

RESUMOS

Pôsteres

P.001 PNEMOMEDIASTINO E ENFISEMA SUBCUTÂNEO COMO COMPLICAÇÕES DA ASMA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

ARAÚJO GSB, GONÇALVES NS, MARTINS CLFS

Instituição: Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília - UnB - Brasília, DF.

Seção: ASMA - Código: 14

Introdução: A asma é uma doença que predomina na infância e adolescência e pode cursar com complicações à longo prazo. Pneumomediastino e enfisema subcutâneo são complicações raras que ocorrem devido à superdistensão e ruptura alveolar. Objetivo: Enfatizar a importância do diagnóstico e tratamento precoce da asma, a fim de evitar complicações. Métodos: Relato de caso de paciente asmático que apresentou pneumonia e exacerbação da asma, tendo evoluído com pneumomediastino e enfisema subcutâneo. Resultados (Caso Clínico): Paciente de 6 anos admitido com febre, tosse produtiva, dispnéia e sibilância, crepitação à palpação de tórax, região cervical e axilar esquerda, sibilos e crepitações à ausculta. Não fazia acompanhamento ambulatorial e tratamento de manutenção para asma. A radiografia de tórax confirmou pneumonia, enfisema subcutâneo e pneumomediastino. Recebeu classificação de asma persistente moderada a grave. Evoluiu bem com melhora clínica e radiológica após tratamento adequado. Conclusão: Com base nesse caso clínico, conclui-se que o diagnóstico precoce e o tratamento profilático da asma devem ser realizados para prevenir complicações potencialmente graves e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

P.002 SÍNDROME DE CHURG -STRAUSS E ASMA

BRINGEL TL, FIGUEREDO CP

Instituição: CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB - BRASÍLIA - DF

Seção: ASMA - Código: 72

Introdução: A Síndrome de Churg-Strauss é uma afecção auto-imune, de etiologia indeterminada e de difícil diagnóstico, não somente pela raridade, mas também pela sobreposição clínica e anatomopatológica de diferentes vasculites e outras doenças pulmonares eosinofílicas. O diagnóstico é feito pela combinação de características clínicas e laboratoriais, sendo essencial a presença de vasculite necrosante, eosinofilia e asma. Embora seja reconhecida como doença sistêmica, essa vasculite de pequenos vasos, apresenta preferência pelo sistema nervoso, pele e trato respiratório. Objetivos: Realizar uma revisão dos principais aspectos da Síndrome de Churg-Strauss, abordando suas manifestações pulmonares, tendo como principal foco a asma. Metodologia: Revisão Bibliográfica da Síndrome de Churg-Strauss de 2003 a 2007, nas bases de dados Scielo, Medline e Science Direct Online nos termos *Churg-Strauss*, *Churg-Strauss syndrome*, *vasculitis and asthma*, selecionando estudos clínicos retrospectivos e estudos de casos. Resultados: A análise dos estudos demonstrou que essa síndrome acomete igualmente homens e mulheres, com pico de incidência aos 50 anos, sendo o ANCA positivo em 70% dos casos. A asma constitui o elemento unificador desses pacientes, estando presente em mais de 95% dos casos. O acometimento das vias aéreas superiores está presente em 50-60% dos pacientes, as alterações radiológicas em 40-70% e a hemorragia alveolar em menos de 5%. Conclusão: A síndrome de Churg-Strauss é uma doença rara que exige suspeita precoce, devendo ser considerada no diagnóstico diferencial de asma persistente moderada e grave.

P.003 CARCINOMA BRONQUIOLO ALVEOLAR - RELATO DE CASO

KOMATSU GE, CABRAL JÚNIOR BF, BARBOSA EF, FEITOSA PHR, KOMATSU AA, MOREIRA AM

Instituição: HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - HRG - DF

Seção: Câncer de Pulmão - Código: 58

Introdução: O carcinoma bronquiolo-alveolar é um tipo de carcinoma broncogênico de crescimento insidioso, que surge nas paredes das vias aéreas distais e se dissemina utilizando o septo alveolar como um estroma, preservando a arquitetura pulmonar. Corresponde de 2 a 14% de todas as neoplasias pulmonares. Objetivo: Relato de caso de um paciente portador de carcinoma bronquiolo alveolar, cuja apresentação radiológica, foi de um infiltrado micronodular difuso. Métodos: Coleta de dados de Prontuário número 240562-1 do Hospital Regional do Gama. Resultados: paciente de 44 anos, sexo masculino, trabalhador de empresa de água-esgoto, previamente hígido, procurou o pronto socorro do Hospital Regional do Gama com quadro de tosse seca há aproximadamente 2 anos, com piora e dispnéia progressiva há 20 dias. Apresentava como antecedentes uma carga tabágica de 2 maços/ano, interrompidos há 10 anos. Negava febre, perda ponderal e hemoptise. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, taquidispnéico (FR: 38irpm), corado, hidratado e afebril. Exame segmentar sem alterações. Saturação de O₂ ao ar ambiente 83%. À radiografia de tórax apresentava infiltrado micronodular difuso. Foi medicado com macrolídeo e esquema I para tuberculose enquanto aguardava broncoscopia. Tomografia Computadorizada sem contraste que evidenciou múltiplos pequenos nódulos de distribuição em regiões centrilobulares nos terços inferiores e com confluência nas regiões centrais bilaterais. Apresenta ainda padrão de pavimentação em mosaico nos ápices pulmonares bilaterais, cursando com opacidades em vidro fosco e espessamento de septos interlobulares; biópsia transbrônquica de lobo superior confirmou carcinoma bronquiolo alveolar. Programada quimioterapia porém paciente evoluiu com piora da insuficiência respiratória indo a óbito. Conclusão: O Carcinoma bronquiolo alveolar é um tipo de adenocarcinoma raro que deve ser lembrada no diagnóstico diferencial das pneumonias, principalmente naquelas que não respondem ao tratamento com antimicrobiano.

P.004 IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE CLÍNICA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOZE DE NEOPLASIA PULMONAR

VAZ FILHO IHR, JOCHIMS I, CARDOSO HC, MATA JC

Instituição: FACULDADE DE MEDICINA HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - UFG

Seção: Câncer de Pulmão - Código: 24

Introdução: O diagnóstico de carcinoma brônquico, na prática clínica, é feito ao acaso ou pela identificação, sempre tardia, de algum de seus sintomas clínicos. Dentre os fatores que causam atraso no diagnóstico em casos com mais de um ano de evolução o médico é a principal causa (Yoshimoto, 2002). Objetivos: O relato tem como objetivo demonstrar a importância da análise clínica para o diagnóstico precoce favorecendo o prognóstico do paciente. Método: entrevista e análise de prontuário. Resultados: Paciente do sexo feminino, 56 anos, casada, dona de casa, residente em Goiânia (GO), relata que há 6 meses iniciou quadro de tosse seca alternada com expectoração brancacenta, acompanhada de dispnéia aos médios esforços, ortopnéia, vômito noturna esporádica, sibilos e dor pleurítica em hemitórax esquerdo. Após início dos sintomas foi tratada com diagnóstico de pneumonia. Paciente ex-tabagista há 8 anos (40 cigarros/dia durante 15 anos) e com história familiar de neoplasia pulmonar. Ao exame físico apresentava em REG, taquipnéia (FR 24 ipm) e diminuição do FTV em hemitórax esquerdo. À radiografia de tórax PA, condensações difusas em pulmão esquerdo. À Broncoscopia, infiltração e edema da mucosa com redução acentuada da luz dos segmentos brônquicos. O quadro histopatológico era de uma neoplasia epitelial maligna. Conclusão: Embora a sintomatologia do carcinoma brônquico seja desprovida de especificidade, ela deve ser valorizada quando: "indivíduo com mais de 40 anos, fumante, com sintomas respiratórios (tosse, expectoração hemoptóica, dor torácica) persistentes por algumas semanas e poucos meses" (PORTO, 2005). A paciente se enquadra neste modelo, no entanto o diagnóstico só foi realizado seis meses após o início dos sintomas, ressaltando a importância que o médico deve dar à avaliação clínica para o estabelecimento e afastamento de hipóteses diagnósticas.

P.005 PREVALÊNCIA DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO DECORRENTE DE CÂNCER DE PULMÃO, NO BRASIL, 2003-2004

BARBOSA-BRANCO A, SÉ AB, NERI ATB

Instituição: LABORATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB - BRASÍLIA, DF.

Seção: Câncer de Pulmão - Código: 25

Introdução: O câncer de pulmão figura, tanto no mundo quanto no Brasil, como um dos tumores malignos de maior incidência e letalidade (INCA, 2006), tendo o tabagismo como seu maior fator de risco. No entanto, diversos agentes químicos ocupacionais têm mostrado fortes associações com esse tipo de tumor. Objetivo: Determinar a prevalência de benefícios por incapacidade para o trabalho decorrente de Câncer de Pulmão entre os trabalhadores empregados no Brasil, em 2003 e 2004. Método: Foram estudados todos os benefícios concedidos pelo INSS aos trabalhadores celetistas em decorrência de Câncer de Pulmão, no Brasil, em 2003 e 2004. Os dados são oriundos da base do Sistema Único de Benefícios da Previdência Social e referem-se apenas aos benefícios do tipo auxílio doença. As variáveis analisadas por meio de prevalência e razão de prevalência foram: ramo de atividade econômica, espécie de benefício, sexo e idade. A base populacional para o cálculo das prevalências foi obtida pela média mensal dos vínculos empregatícios declarados pelas empresas ao FGTS no período. As prevalências são apresentadas por 100.000 vínculos. Resultados: O INSS concedeu no período, 4094 benefícios por incapacidade aos trabalhadores segurados, incluindo auxílio doença e aposentadorias. Destes, 1378 é do tipo auxílio doença e foram concedidos a trabalhadores empregados, tomando-se objetos deste estudo. A prevalência deste tipo de benefícios foi de 5,83, atingindo entre os homens 7,20 e entre as mulheres 3,84. Os ramos de atividade mais afetados foram o de Captação, tratamento e distribuição de água (13,11), Eletricidade, Gás e Água quente (11,81) e o de Limpeza urbana e Esgoto (11,71). Quanto à espécie de benefício, não foi encontrado benefício acidentário, sendo todos considerados pela pericia do INSS como sem relação com o trabalho, apesar de alguns ramos apresentarem probabilidades de incapacidade para o trabalho 2,8 vezes superior à média nacional. Conclusão: A prevalência de incapacidade para o trabalho decorrente de Câncer de pulmão é de 5,83 benefícios por 100.000 vínculos, com uma razão de masculinidade de 1,88. Apresenta ainda, grande variabilidade entre os ramos de atividades, principalmente entre o sexo feminino.

P.006 DIAGNÓSTICO DE GRANULOMATOSE DE WEGENER COM SINTOMAS INESPECÍFICOS. RELATO DE CASO

LEMES MS, BORGES EO, COELHO LB, CASTRO WM, CARNEIRO SS, RABAHÍ MF

Instituição: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - UFGO - GOIÂNIA, GO.

Seção: Doenças da Circulação Pulmonar - Código: 60

Introdução: A Granulomatose de Wegener faz parte das Síndromes Pulmonares Hemorrágicas. Caracteriza-se principalmente por inflamação granulomatosa necrotizante do trato respiratório superior e inferior, evoluindo com fibrose que pode acometer ambos os pulmões difusamente. Há, também, infecções de repetição e acometimento renal, que ocorre em 50 a 85% das vezes. Este não está presente necessariamente no início do quadro, mas é freqüente e de evolução mais grave, quando ocorre hemorragia alveolar. Objetivo: Este trabalho objetiva relatar um caso de Granulomatose de Wegener com diagnóstico precoce, já que o paciente apresentava apenas sintomas inespecíficos

e um quadro de hemorragia alveolar. Relato de Caso: Paciente P.A.N., 61 anos, masculino, apresentou quadro de tosse com hemoptóicos, dispnéia, hipoxemia e sinusite. MV rude com estertores em hemitórax direito e FTV aumentado ao exame físico, exigindo investigação por imagem e laboratorial. A radiografia de tórax mostrou uma opacidade nodular na periferia dos lobos médio e inferior do pulmão direito. Na radiografia de seios da face, encontrou-se espessamento da mucosa do seio maxilar esquerdo. A Tomografia Computadorizada (TC) de tórax mostrou uma lesão expansiva na parede interna do hemitórax direito, contígua com a pleura parietal. Diante disso, foi solicitada biópsia percutânea guiada por tomografia, cujo resultado mostrou áreas de fibrose e extenso processo inflamatório necrotizante. Laboratorialmente, foram encontrados: hemoglobina (+) e hematuria importante; VHS aumentado (27 mm/h); FAN reagente; Fator Reumatóide reagente (50,5 U/mL) e ANCA-c reagente. Conclusão: O quadro clínico do paciente associado aos exames de imagem e à biópsia, não eram suficientes para concluir o diagnóstico. Diante deste resultado, foram solicitados exames laboratoriais inespecíficos (hemograma, EAS e VHS) e específicos (FR, FAN, ANCA-c), que confirmaram o diagnóstico de Granulomatose de Wegener. O comprometimento renal foi evidenciado pela presença de hemoglobinúria e hematuria; assim como o comprometimento dos seios maxilares foram confirmados com uma nova radiografia. A Granulomatose de Wegener apresenta-se, clinicamente, com dispnéia, tosse, hipoxemia, aumento do gradiente alveolo-arterial, hemoptise, febre, dor torácica, anemia e laboratorialmente, com hematuria e cilindros hemáticos, ANCA-c reagente (sensibilidade de 90 a 95% e especificidade de 90%), fator reumatóide reagente (em até 60% dos casos) e provas de atividade inflamatória elevadas. A biópsia pulmonar, em vigência de hemorragia alveolar, apresenta-se com capilarite.

P.007 HIPERTENSÃO PULMONAR EM UMA PACIENTE COM SÍNDROME DE SJÖGREN

SOUSA ACJ, TAJRA CRM, REGO JDB, VALENÇA LM

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS E UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA -UCB - BRASÍLIA, DF.
Seção: Doenças da Circulação Pulmonar - Código: 19

Introdução: A síndrome de Sjögren (SS) primária é uma doença autoimune que afeta principalmente mulheres entre 40 e 60 anos de idade em uma proporção de 9:1 em relação aos homens. Os sintomas mais evidentes são xerostomia e queratoconjuntivite seca, causados por infiltração linfocítica e fibrose das glândulas salivares e lacrimais, mas vários outros órgãos podem ser acometidos. As manifestações pulmonares incluem doença traqueobrônquica e pneumopatia difusa. A hipertensão pulmonar é uma rara manifestação da SS com apenas poucos casos relatados na literatura. **Objetivos:** Descrever uma paciente com o diagnóstico de SS e hipertensão pulmonar associada. **Relato de caso:** Paciente de 68 anos, sexo feminino, apresentou queixa de fadiga, tosse seca e dispnéia nos últimos quinze dias. Foi internada após um ecodoppler cardiograma ter mostrado hipertensão arterial pulmonar (PSAP 52 mm Hg) e dilatação do tronco da pulmonar. Relato ser portadora de SS, diagnosticada há 3 anos, hipertensão arterial, hipotireoidismo e câncer de mama operado, em uso de quimioterapia. ECG e gasometria arterial foram normais, radiografia de tórax sem lesões parenquimatosas. Espirometria e volumes pulmonares normais, redução da capacidade de difusão pulmonar. Cintilografia pulmonar indicou baixa probabilidade de tromboembolia. TC de tórax de alta resolução mostrou dilatação da artéria pulmonar sem alterações parenquimatosas associadas. O diagnóstico da SS foi confirmado de acordo com os critérios do Grupo de Consenso Americano-Europeu. **Conclusão:** Em pacientes portadores da SS que apresentam sintomas respiratórios, apesar da rara associação, a ocorrência de hipertensão pulmonar deve ser considerada.

P.008 HIPERTENSÃO PULMONAR PRIMÁRIA: UM RELATO DE CASO

VIZIOLI CR, AQUINO TA, SILVA AHM, FELIX TAA, CORREIA RLJ, SOUZA DHS

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB - BRASÍLIA, DF.
Seção: Doenças da Circulação Pulmonar - Código: 23

Introdução: A hipertensão pulmonar primária é definida pela elevação sustentada da pressão arterial pulmonar após exclusão de causa secundária. A incidência anual de HPP é de um a dois casos por milhão e, sem tratamento, a sobrevida média é de 2,8 anos. Dispnéia progressiva é o sintoma o mais comum. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 22 anos, com dispnéia progressiva há 10 anos. Há 1 ano com dispnéia aos mínimos esforços, tosse, edema de MMII, cianose, precordialgia e síncope. Ao exame: regular estado geral, acianótico, com P2 hiperfonética e desdobramento de segunda bulha, uso de musculatura acessória, murmúrios vesiculares diminuídos e crepitações em bases. Apresentava ainda sinais de congestão periférica. Radiografia de tórax e TC de alta resolução compatíveis com hipertensão arterial pulmonar. Ecocardiograma evidenciou hipertensão arterial pulmonar severa, com PSAP de 110mmHg, confirmada por cateterismo. Pesquisa de auto-anticorpos e sorologias para hepatites e HIV negativas. Biópsia retal negativa para esquistossomose. **Discussão:** O quadro clínico sugere insuficiência cardíaca direita e hipertensão pulmonar, confirmados na investigação diagnóstica. Diante da presença de hipertensão pulmonar, deve-se investigar a etiologia, sendo as mais comuns DPOC, TEP crônico, insuficiência ventricular esquerda, colagenoses e esquistossomose. Após ampla investigação, excluiu-se patologias que podem cursar com hipertensão pulmonar secundária, sugerindo o diagnóstico de hipertensão pulmonar primária. **Conclusão:** O achado de hipertensão pulmonar deve ser amplamente investigado em busca de sua etiologia. O diagnóstico de HPP deve ser dado com cautela, uma vez que apresenta mau prognóstico e poucas possibilidades terapêuticas.

P.009 DERRAME PLEURAL DE ORIGEM INDETERMINADA

SILVA JF, BORGES MPFSF, YANCE VRV, GOMES LRM, FREITAS CG, BARBOSA MP

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - HBDF - DF

Seção: Doenças da Pleura - Código: 66

Introdução: Os derrames pleurais não diagnosticados têm uma frequência em torno de 20%. O presente trabalho relata um caso desta entidade. **Objetivos:** Relatar o caso. **Métodos:** Relato. **Revisão da literatura.** **Discussão.** **Resultados:** Homem de 51 anos, há 3 meses apresentando tosse seca e dispnéia, com perda ponderal de 20 quilogramas. Estava em uso de esquema RIP para tuberculose, sem melhora. O exame físico era compatível com derrame pleural. A radiologia de tórax simples e computadorizada mostrava derrame pleural à direita. A TC de abdômen evidenciou hepatoesplenomegalia, com sinais de hepatopatia crônica. Pleuroscopia mostrou pleura de aspecto habitual, sendo realizado talcagem. O estudo histopatológico dos fragmentos pleurais mostrou apenas uma pleuritis crônica inespecífica. Culturas para micobactérias foram negativas. Obteve alta para controle ambulatorial, com melhora do derrame. **Conclusão:** O derrame pleural indeterminado demanda grande vigilância por parte do clínico assistente.

P.010 HEMORRAGIA PULMONAR E DANO ALVEOLAR DIFUSO EM PACIENTE JOVEM

CABRAL JUNIOR BF, CABRAL MATH, FEITOSA RC, SANTOS AA, ANDRADE FILHO AT, FEITOSA PHR

INSTITUIÇÃO: PULMONORTE CLÍNICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO DO DISTRITO FEDERAL - BRASÍLIA, DF.

Seção: Doenças Intersticiais - Código: 74

A Hemorragia Alveolar Pulmonar (HAP) é um quadro grave e geralmente letal devido a evolução para irpa. Caracteriza-se por dispnéia, hemoptise, infiltrados alveolares e queda do hematócrito. Relatamos o caso de um paciente jovem com irpa com necessidade de ventilação mecânica devido a hemorragia alveolar secundária a dano alveolar difuso confirmado por biópsia pulmonar cirúrgica e com boa resposta a pulsoterapia com metilprednisolona prontamente instituída após a suspeita diagnóstica de HAP. O presente relato é para chamar atenção de uma emergência pulmonar grave e letal que deve ser prontamente investigada e tratada.

P.011 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE NA PÓS-MENOPAUSA EM TRATAMENTO COM PROGESTERONA

ZEMBRZUSKI MMS, ARAGÃO CM, AMORIM FG, GOMES HD, LIMA JP, ALBRES TR

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB, HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - HFA

Seção: Doenças Intersticiais - Código: 73

Introdução: Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença progressiva rara, de etiologia desconhecida com predomínio em mulheres jovens. Caracterizada pela proliferação anormal de células musculares lisas no parênquima pulmonar, causando obstrução das pequenas vias aéreas. O tratamento é anti-estrogênico e constitui-se de ooforectomia, progesterona, tamoxifeno e análogos de GnRH. **Objetivos:** Descrição de afecção rara de pulmão em paciente na pós-menopausa. **Métodos:** Relato de caso de LAM após a menopausa. **Resultados:** MLS, 70 anos, feminino, branca, do lar, não fumante. Na pós-menopausa há 15 anos, em terapia de reposição hormonal (TRH) há 10 anos. Há 8 anos, consulto com queixa de dispnéia aos esforços evoluindo com tosse e chiado. Ausculta pulmonar com sibilos; radiografia de tórax e seios da face normais. Espirometria apresentava obstrução leve sem resposta ao broncodilatador (Bd), capacidade pulmonar total (CPT) 69%; oximetria de pulso (SpO₂) 92% e DLCO 84%; testes cutâneos para Dermatophagoides spp ++++. Suspeita de asma, prescrito Bd e corticóide inalatório. Retornou somente há 3 anos com TC de tórax relatando enfisema bilateral e espirometria com obstrução leve, responsiva ao Bd. Há 2 anos apresentou episódios de infecções brônquicas e a espirometria apresentou obstrução moderada com resposta ao Bd e hiperinsuflação pulmonar severa. Nova TC de tórax com lesões císticas compatíveis à LAM. Testes para colagenoses, TC de abdome e ecocardiograma normais. Há 1,5 anos iniciou progesterona 10mg/dia, interrompendo a TRH. Em março 2007 apresentou SpO₂ em repouso de 96%, TC6min se manteve em 94% andando 416 metros, hiperinsuflação pulmonar moderada, espirometria e DLCO normais. Apresentou um episódio de infecção brônquica após início da progesterona. **Conclusão:** Considerar a LAM como diagnóstico diferencial de doença pulmonar obstrutiva em mulheres, mesmo após a menopausa.

P.012 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA

SILVA JF, VIEIRA FILHO WC, SILVA NGM, GOMES LRM, BARBOSA MP

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - HBDF - DF

Seção: Doenças Intersticiais - Código: 67

Introdução: A pneumonia eosinofílica crônica é caracterizada por sintomas gerais subagudos ou crônicos, eosinofilia sanguínea e/ou alveolar e infiltrados à radiografia de tórax, excluindo outras causas de doença pulmonar eosinofílica. **Objetivo:** Relatar o caso. **Método:** Relato. **Revisão da literatura.** **Resultados:** Homem de 51 anos, com febre, sudorese noturna, calafrios e perda ponderal de 5 quilogramas. Apresentava palidez cutâneo-mucosa. O hemograma demonstrava anemia microcítica hipocrômica, plaquetose e eosinofilia. VHS de 90mm e PCR de 12,9. A radiografia simples e tomografia computadorizada de alta resolução do tórax mostravam opacidade pulmonar bilateral, periférica, tipo imagem negativa de edema agudo de pulmão. O PPD era não-reator e a pesquisa de BAAR em escarro induzido foi negativa. Corticoterapia foi instituída, com melhora. **Conclusão:** A pneumonia eosinofílica crônica deve ser aventada no contexto de investigação das pneumopatias eosinofílicas.

P.013 RESISTÊNCIA DE VIAS AÉREAS AUMENTADA EM ASMA E ENFISEMA E SUA RELAÇÃO COM OUTROS TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR

VALENÇA LM, SABÓIA NMX, JUNQUEIRA RP

INSTITUIÇÃO: CLÍNICA PNEUMOLÓGICA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS E CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB - BRASÍLIA, DF

Seção: DPOC - Código: 1

Introdução: Embora o aumento da resistência de vias aéreas (Raw) seja uma alteração básica das doenças pulmonares obstrutivas, sua medida direta é menos comum que a avaliação espirométrica. **Objetivo:** Estudar os dados espirométricos e pletismográficos em pacientes com asma e enfisema com aumento substancial da Raw. **Método:** Casos com valores de referência Raw_{200%} ≥ 200%, com asma e enfisema, foram selecionados. Todos os 26 pacientes incluídos no grupo asma (GA) eram não fumantes e 13 dos 16 incluídos no grupo enfisema (GE) eram fumantes ou ex. **Resultado:** A média etária foi de 55 anos ± 19,9(DP) e 69,6 ± 10,4(DP) e a relação %/s foi 0,62 e 2,2, respectivamente, no GA e GE. A Raw foi de 329,5 87,2(GA) e 311,9 97,1 cm H₂O/L/s(GE), sem diferenças significativas entre os grupos. Tanto no GA como no GE, a Raw teve correlação negativa significativa com o VEF₁ (p=0,025, p<0,001), PFE (p=0,007, p=0,007), FEF₂₅₋₇₅ (p=0,009, p=0,005) e FEF₅₀ (p=0,012, p=0,011) como percentual dos valores previstos e VEF₁/CVF₉₀ (p=0,001, p=0,009). Não se encontraram correlações significativas com CPT, VR e CRF. Apesar de um valor semelhante de Raw em pacientes GA e GE, o VEF₁, VEF₁/FVC₉₀, PFE, FEF₂₅₋₇₅ e FEF₅₀ foram mais baixos no GE (p=0,015, 0,0007, 0,0003, 0,004 e 0,002, respectivamente). Mas, 42% dos pacientes no GA e 25% no GE tiveram um FEV₁ dentro da normalidade. **Conclusão:** O aumento significativo na Raw teve correlação negativa importante com índices espirométricos de obstrução ao fluxo de ar. Mas, 42% do GA e 25% do GE com enfisema apresentaram um FEV₁ na normalidade.

P.014 ABSCESSO PULMONAR NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

FERREIRA SO, CUNHA AL, CABRAL CA, LIMA DMGF, LINO FV

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT - SES, DF

Seção: Infecções Respiratórias - Código: 21

Introdução: A incidência e a prevalência dos abscessos pulmonares em crianças no Brasil ainda não

estão determinadas. O diagnóstico se baseia nos antecedentes pessoais, história clínica, exame físico e exames radiológicos. Objetivo: Descrever a evolução clínica de um paciente pediátrico com abscesso pulmonar. Métodos: Relato de caso de paciente do sexo feminino internada no Hospital Regional de Taguatinga - Distrito Federal no setor de Pneumologia pediátrica no ano de 2006. Relato de Caso: Criança do sexo feminino, 1 ano e 4 meses apresentou quadro de febre, tosse, taquidispnéia, leucocitose e desvio à esquerda com dois dias de evolução. Feito diagnóstico de Pneumonia bacteriana com base no RX de tórax mostrando consolidação extensa à direita. Evoluiu mal com diferentes antimicrobianos (penicilina cristalina, ceftriaxona e oxacilina). Feito RX de tórax evidenciando cavitação no interior da condensação, colhida hemocultura durante a internação com crescimento *Stafilococcus epidermidis*, iniciado clindamicina e ampicilina. Persistiu com febre, tosse e sinais de insuficiência respiratória. Foi transferido para o serviço de pneumologia do HRT, iniciado a vancomicina com franca melhora e ficando afebril no quarto dia de tratamento. Recebeu alta em uso de rifampicina por 30 dias com melhora clínica e radiológica. Conclusão: O caso apresentado enquadra-se no diagnóstico de abscesso pulmonar pelo aspecto radiológico, evolução e agente etiológico. A evolução clínica normalmente apresenta melhora a partir do décimo dia, porém a resolução radiológica é mais tardia podendo ter duração superior a 90 dias.

P.015 ACTINOMICOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

RABAHÍ MF, ASSIS RCP, ATAÍDES TL, TELES TBG, PINHEIRO TF, SOARES SC

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - UFG - GO
Seção: Infecções Respiratórias - Código: 16

Introdução. Actinomicose é uma infecção fibrosante supurativa e lentamente progressiva, causada por bactérias gram-positivas, anaeróbicas e microaerófilas do gênero *Actinomyces*. Neste trabalho, apresentamos um relato de caso de actinomicose torácica com história clínica sugestiva e exame histopatológico característico. Objetivo. Discutir aspectos clínicos, radiológicos e diagnósticos da actinomicose torácica. Relato do Caso. M.M.N., sexo feminino, 56 anos, foi admitida no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, em junho de 2006, com tosse seca, hemoptise volumosa e estertores finos na base pulmonar direita iniciados cerca de quatro dias antes da chegada ao hospital. Tomografia de tórax mostrou nódulo pulmonar solitário. Cultura e citologia oncológica negativas. Exérese do nódulo pulmonar quatro meses após a admissão. A biópsia de congelação compatível com linfoma. Histopatológico diagnóstico Actinomicose. Óbito 20 dias após a cirurgia por insuficiência respiratória. Discussão. A actinomicose é doença de difícil diagnóstico, causada pelo *Actinomyces israelii* (mais comum), *A. naeslundii*, *A. meyeri* e *A. gerencseriae*. Sua apresentação torácica resulta da aspiração de material orofaríngeo ou gastrointestinal. Os sinais e sintomas incluem tosse seca ou produtiva, dispnéia, dor torácica, hemoptícos, emagrecimento, febre e, ocasionalmente, síndrome de veia cava superior. A infecção pode evoluir para formação de cavidade e provocar espessamento pleural e empiema. Radiologicamente, os achados não são específicos, podendo ser confundidos com tuberculose, pneumonia bacteriana e neoplasia. Entretanto, é frequente a apresentação da doença sob a forma de massa pulmonar. Um dos empecilhos no diagnóstico é a dificuldade de isolamento da bactéria devido ao seu crescimento lento e ao crescimento acelerado de outras bactérias presentes no material de análise. A antibioticoterapia é prolongada, sendo a penicilina a droga de escolha.

P.016 ADIASPIROMICOSE PULMONAR DISSEMINADA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

MARTINI AG¹, RESENDE LN¹, CABRAL JÚNIOR BF², FEITOSA PHR², ALVAREZ TA³, CAMPOS RB²

INSTITUIÇÃO: ¹MÉDICOS RESIDENTES DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - HRG - DF;

²MÉDICOS PRECEPTORES DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO GAMA/DF TE SBPT;

³MÉDICO BRONCOSCOPISTA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB - BRASÍLIA, DF

Seção: Infecções Respiratórias - Código: 64

Introdução: A adiaspiromicose humana é uma doença fúngica, causada pela espécie *Emmonsia parva*. Objetivos: Relatar caso de adiaspiromicose pulmonar, enfocando seu diagnóstico e manejo. Métodos: Revisão de prontuário de um paciente do HRG/DF. Resultados: M.B.P., 20 anos, masculino, lavrador, internado por febre baixa vespertina diária há 45 dias, tosse, perda de peso de 8,0 kgs. A radiografia de tórax revelava um infiltrado intersticial micronodular bilateral, ratificado por CT. BAAR negativo e PPD não-reator. Iniciado esquema I, para TB miliar, sem melhora clínica. Biópsia obtida por broncoscopia revelou processo inflamatório crônico granulomatoso e estrutura fúngica morfológicamente compatível com *Emmonsia crescens*. Recebeu alta hospitalar sem tuberculostáticos. Conclusão: O uso de tuberculostáticos sem melhora clínica em suspeição de TB miliar, deve nos alertar para outros diagnósticos diferenciais.

P.017 APRESENTAÇÃO INCOMUM DE PNEUMONIA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE -RELATO DE CASO

CABRAL CA, WANDERLEY M, CUNHA AL, FERREIRA SO, LIMA DMGF, LINO FV

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT - SES, DF

Seção: Infecções Respiratórias - Código: 28

Introdução: Infecções por *M. pneumoniae* ocorrem mundialmente e durante todo o ano, contribuindo com 7% a 30% de todas as pneumonias comunitárias em crianças de 3 a 15 anos. A doença caracteriza-se por febre e tosse, associados a um padrão radiológico intersticial, com infiltrados unilaterais mais comuns nos lobos inferiores (75% dos casos). O *M. pneumoniae* também é um agente desencadeante usual de broncoespasmo em crianças asmáticas. Objetivo: Apresentar um caso de infecção por *M. pneumoniae* com padrão radiológico incomum. Métodos: Relato de caso, por meio de coleta de dados do prontuário e revisão da literatura. Relato de Caso: G.M.R., 7 anos, 24kg, sexo masculino, apresentava tosse seca há 7 dias, associada a dispnéia e pira noturna. No atendimento de urgência o paciente estava taquidispnéico, com murmúrio vesicular rudo e sibilos difusos. Feito o diagnóstico de asma, foi iniciado nebulizações com fenoterol e brometo de ipatrópio, e hidrocortisona intravenosa. Após 48 horas, sem melhora, um foco infeccioso associado ao quadro foi questionado e radiografias de tórax e seios da face mostraram um alargamento do mediastino e pansinusite. Como não havia alterações hematológicas, a hipótese de pneumonia por *M. pneumoniae* foi considerada e o paciente recebeu eritromicina na dose de 30mg/kg/dia por 14 dias, com franca melhora clínica nas primeiras 24 horas e normalização radiográfica após 72 horas. A infecção por *M. pneumoniae* foi confirmada pela detecção de anticorpos circulantes da classe IgM por método imunoenzimático. Conclusão: O *M. pneumoniae* deve ser considerado como agente etiológico em pneumonias comunitárias de crianças em faixa etária escolar, sobretudo se o quadro pneumônico está associado a broncoespasmo. A ausência de alterações hematológicas ao hemograma pode auxiliar na suspeição deste patógeno.

P.018 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA NA MORTALIDADE DE IDOSOS NA REGIÃO CENTRO-OESTE

BUTA RO, CORREIA RLJ, FELIX TAA, AQUINO TA, TAUIL PL

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB - BRASÍLIA - DF

Seção: Infecções Respiratórias - Código: 29

Introdução. As doenças respiratórias, dentre elas a infecção pelo vírus influenza e suas complicações, constituem importantes causas de internação e morte na população idosa. A vacinação contra o vírus influenza vem sendo utilizada em âmbito nacional desde 1999. Objetivo. Analisar o impacto da vacinação contra influenza nas taxas de mortalidade por doenças respiratórias em idosos na região Centro-Oeste. Métodos. Trata-se de um estudo ecológico que analisa a variação anual das taxas de mortalidade por doenças respiratórias totais e selecionadas (gripe, pneumonia, asma e doenças crônicas das vias aéreas inferiores) estratificadas segundo gênero e grupo etário em idosos residentes na região Centro-Oeste no período de 1996 a 2004. Resultados. A partir de 1996, houve crescimento gradual das taxas de mortalidade por doenças respiratórias selecionadas, até 1999. Após esse ano, ocorreu decréscimo nos valores analisados. Porém, esses valores voltaram a subir gradualmente a partir de 2001, atingindo em 2004 valores maiores que os encontrados em 1999. Quanto à taxa de mortalidade por doenças respiratórias totais, essa sofreu decréscimo a partir de 1996 até 2000, quando volta a subir, atingindo em 2004 valores mais altos que aqueles encontrados em 1996. Conclusão. O estudo não observou impacto da vacinação contra influenza nas taxas de mortalidade em idosos na região Centro-Oeste.

P.019 HISTOPLASMOSE PULMONAR AGUDA NO CENTRO-OESTE: RELATO DE CASO

MARQUES JÚNIOR HVCF, CASTRO RA, NORONHA FLA, LIMA LR, SIMÕES LM, SANTOS VM

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - HFA - BRASÍLIA - DF

Seção: Infecções Respiratórias - Código: 55

Introdução: A Histoplasmose é uma doença causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum* que acomete mais frequentemente homens jovens em fase produtiva especialmente trabalhadores rurais, criadores de aves e espeleólogos. No Brasil a área endêmica são localizadas no Centro-Oeste e Sudeste com positividade para reação cutânea da Histoplasmina entre 4,4 e 93,2% da população adulta, cursando de forma oligossintomática na maioria dos casos. No DF uma micropidemia foi investigada de set a out de 2004 com 65 casos sintomáticos classificados como prováveis. Objetivo: Relatar caso classificado como provável para Histoplasmose. Caso Clínico: Homem, 23 anos, com quadro de tosse seca, cefaléia, prostração, febre, dor ventilatório-dependente em HTD e hipocôndrio direito 12 dias após exposição a fezes de morcego em caverna de Unai (CO). Hemograma: normal. Aminotransferases aumentadas. Rx de Tórax: lesões nodulares periféricas em metades inferiores dos pulmões. CTAR de Tórax: opacidades nodulares periféricas predominantes à direita com linfadenomegalia subcarinal. Sorologias: HIV 1 e 2, Toxoplasmose, Dengue, Leptospirose e Hepatites Virais negativas (Hepatite C: IgG+ e IgM-). Soromiologia com imunodifusão: Negativa. Evolução: Regressão dos sintomas com Itraconazol 200mg/d por 18 dias. Conclusão: Caso notificado como provável. Embora não comprovada a presença do fungo na gruta Tamboril, outros casos de Histoplasmose já notificados de visitantes sugerem-na como fonte de infecção.

P.020 PIORA RADIOLOGICA DE PNEUMONIA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE APÓS USO INICIAL DE PENICILINA

WANDERLEY MA , PEREIRA PHG, LIMA DMGF, LINO FV, CABRAL CA, CUNHA AL

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT; ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Seção: Infecções Respiratórias - Código: 71

Introdução: O *Mycoplasma pneumoniae* é uma importante etiologia da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) em crianças. Clinicamente, apresenta-se como quadro respiratório arrastado de leve a moderada intensidade sem toxemia. Não há quadro radiológico típico e o diagnóstico é firmado pela sorologia. Os macrolídeos são os agentes de escolha contra o *M. pneumoniae*. Objetivos: Apresentar caso de uma PAC por *M. pneumoniae* que apresentou piora radiológica após uso inicial de penicilina cristalina. Métodos: Relato de caso. Relato do caso: J.A.J., 6 anos, feminino, 22 kg, com dor intensa em hemitórax direito. Com três dias de evolução, houve piora e surgimento de febre não aferida, vômitos, tosse seca e cansaço. Ao exame: regular estado geral, taquidispnéica, com creptos bilaterais. Hemograma inalterado. Rx de tórax na admissão: infiltrado à esquerda e consolidação à direita. Paciente internada e iniciada penicilina cristalina. Evoluiu com manutenção da crepitação, porém com melhora do estado geral. Rx de tórax (72h da penicilina): piora radiológica e pequeno derrame pleural à direita. Decidido, então, pela troca por eritromicina. Após 72h da eritromicina, houve melhora radiológica significativa. Sorologia para *M. pneumoniae* (imunoenensaio): IgM e IgG positivos. Conclusão: Não há quadro radiológico típico que diferencie com segurança a pneumonia causada por *Mycoplasma pneumoniae* das outras etiologias, especialmente as bacterianas. Portanto, seu diagnóstico deve-se basear na idade da criança, no quadro clínico, no hemograma inalterado e no estado geral preservado.

P.021 PNEUMONIA COMUNITÁRIA E HEMOPTISE - RELATO DE CASO

PAULA FH, LIMA CC, MORAES MB, XAVIER RM, REGO JDB, VALENÇA LM

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - HFA - BRASÍLIA - DF

Seção: Infecções Respiratórias - Código: 51

Introdução: No Brasil, as pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) são a 2ª causa de internação, respondendo por 1.713.996 casos em 2004 e por 10,96% das internações, com mortalidade de 3,4% em 2005 no DF. Apenas 10% das hemoptises são causadas por pneumonia. O *Streptococcus pneumoniae* é o agente mais frequente (17 a 40%), enquanto o *Staphylococcus aureus* responde por 1 a 2% das PAC. Objetivo: Relatar caso de PAC associada à hemoptise e derrame pleural em paciente jovem previamente hígido. Caso Clínico: Paciente masculino, 19 anos, com quadro de febre, astenia, tosse produtiva, taquidispnéia, dor ventilatório-dependente em HTE e hemoptise de cerca de 200 ml/dia por 2 dias. Hemograma com presença de leucocitose e desvio à esquerda, sem queda de hematócrito. RX de tórax: Consolidação alveolar bibasal e derrame pleural à esquerda. Evolução: O paciente apresentou quadro de PAC grave associada a empiema e hemoptise persistente, com resposta inadequada ao tratamento inicial com Levofloxacino, apresentando bom resultado à substituição por Oxacilina e Cefepime durante 21 dias. Hemocultura, sorologia para HIV, pesquisa de BAAR e cultura de escarro negativos. Bacterioscopia de escarro: cocos Gram +. Toracocentese: sugestivo de empiema. Melhora do quadro infeccioso e hemoptise após tratamento clínico. Conclusão: Cerca de 6 a 15% dos pacientes com PAC não respondem a

antibioticoterapia inicial. Atentamos para o fato de que, na literatura mundial, existem poucos casos relatados de adultos com PAC e hemoptise maciça, geralmente associados a PAC necrosante, diferente do ocorrido no caso em questão. Destacamos a resolução da hemoptise apenas com antibioticoterapia adequada, sem necessidade de procedimento invasivo.

P.022 ANÁLISE PRELIMINAR DE PARÂMETROS GASOMÉTRICOS EM CÃES NA SÍNDROME DA ANGIÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA INDUZIDA

FERREIRA AMP, GAIO CEV, VIEGAS CAA, PEREIRA MAF

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB - BRASÍLIA - DF

Seção: Miscelânea - Código: 50

Introdução: A SARA é causa comum de insuficiência respiratória aguda e várias são as possibilidades terapêuticas. Sendo a de melhor resultado a ventilação mecânica com pressão positiva em final da expiração, provavelmente como resultado de aumento da capacidade residual funcional por recrutamento de espaço alveolar colapsado. Assim, esquemas de ventilação mecânica devem ser testados, para comprovarem sua eficácia. Objetivos: Este estudo avalia os parâmetros gasométricos de cães com SARA induzida em uso de ventilação mecânica. Método: Foram analisados dez cães induzidos a SARA por ácido oléico e submetidos à ventilação mecânica invasiva. Foram realizadas gasometrias seriadas, com intervalo de 30 minutos, antes e após a indução de SARA, até serem completados 120 minutos. Os cães foram submetidos a diferentes esquemas de ventilação mecânica, porém os dados foram comparados, entre todos os cães, no início do experimento e após 120 minutos de ventilação mecânica. Resultados: Analisados os dados dos cães utilizados no trabalho, quando se comparam os valores obtidos no início e após 120 minutos da administração de ácido oléico e de instituição de ventilação mecânica, constata-se, diminuição da pressão parcial arterial de oxigênio (PaO₂) e da relação entre a pressão parcial arterial de oxigênio e a fração de oxigênio inspirado (PaO₂/FiO₂). Além de elevação da pressão parcial arterial de gás carbônico (PaCO₂). Conclusão: Avaliando os parâmetros gasométricos percebe-se uma piora da função pulmonar, mesmo com instituição de ventilação mecânica, causada pela SARA. Conclui-se, ainda, que com a amostra de cães utilizados no experimento não foi possível demonstrar diferença significativa com relação ao esquema utilizado na ventilação mecânica.

P.023 ASSOCIAÇÃO INCOMUM DE BRONQUIECTASIA COM DEFICIÊNCIA SELETIVA DE IGA

SANTOS-NETO LL, ANDRADE EHS, YAMAKAWA PE, SILVA CHW

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB - BRASÍLIA, DF

Seção: Miscelânea - Código: 18

Introdução: A deficiência seletiva de IgA é a imunodeficiência primária mais comum. No entanto, sua evolução com desenvolvimento de bronquiectasia é uma condição rara. Objetivo: Relato de caso e revisão da literatura. Casuística: Mulher de 52 anos apresentava há 4 anos tosse com expectoração. Apresentou dois episódios de pneumonia no período. A tomografia computadorizada de tórax identificou bronquiectasia cilíndrica bilateral em bases. Apresentava, na espirometria, distúrbio ventilatório obstrutivo moderado reversível com broncodilatador e teste de difusão de CO normal. A quantificação das imunoglobulinas plasmáticas identificou apenas redução de IgA: IgA: 68 (normal até 80); IgG: 1100; IgG1: 6610; IgG2: 3480; IgG3: 241; IgG4: 183mg/dl. O teste de cloreto no suor foi normal. Apesar da ausência de sintomatologia dispnéica e pHmetria e endoscopia digestiva alta normais, foi indicado cirurgia de Heller para correção de refluxo gastroesofágico há 2 anos. Evoluiu com episódios de infecção endobrônquica recorrente. Foi revista há 6 meses quando foi identificado ausência de IgA secretora na saliva (nefelometria < 0,8mg/dl). Discussão: Bronquiectasia é uma complicação associada a imunodeficiências humorais, decorrente de processo infeccioso recorrente. Não existem dados sobre a prevalência dos casos de deficiência de IgA secretora associada a bronquiectasia, devendo esta ser considerada uma complicação rara. Conclusão: Na falta de dados clínico-patológicos, o manejo da deficiência seletiva de IgA assemelha-se ao de outras imunodeficiências humorais.

P.024 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR EM ESTUDANTES DE MEDICINA

TAIRA LGN, SOUZA JUNIOR MA, PEREIRA AM, TAIRA LGN, SAMPAIO NETTO O

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB - BRASÍLIA - DF

Seção: Miscelânea - Código: 22

Introdução: A espirometria é o método mais empregado para avaliação da função pulmonar, utilizando para isso os valores de VEF₁, CVF e a relação destes. Espera-se que fatores como asma, tabagismo e sedentarismo alterem estes parâmetros, mesmo em jovens sem outras comorbidades. Objetivos: Avaliar a influência da asma, atividade física e tabagismo nos testes de função pulmonar em estudantes de medicina. Métodos: Espirometria realizada em amostra de 51 alunos do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília no período de março-abril de 2007. O equipamento utilizado foi o espirômetro computadorizado da marca *Micro Medical*, modelo Microlab 3500. Análise estatística realizada com o programa *MSEXcell*. Resultados: A amostra composta de 24 homens e 27 mulheres, com idade média de 19,7 ± 1,7 anos. As médias dos percentuais dos valores preditos para VEF₁, CVF e Tiffenau foram respectivamente de 92,35; 90,39 e 97,47. Na comparação por sexo observamos um menor VEF₁ e CVF no sexo feminino. Nos asmáticos (11,8 %) notamos um menor valor de VEF₁ (87%) e Tiffenau (85,12%). Comparando os grupos com e sem atividade física observamos os valores de VEF₁ (93,46% e 91%, respectivamente) e CVF (92,93% e 87,30%, respectivamente). Obteve-se na amostra 6% de tabagistas, sendo que destes 67% apresentaram redução da CVF. Conclusão: Observamos que mesmo numa amostra composta por pessoas jovens encontramos uma diminuição dos parâmetros pulmonares relacionados à presença de asma, sedentarismo e tabagismo.

P.025 DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA

SILVA JR, PIMENTEL RA, PRATA AP, SILVA NGM, FREITAS CG, BARBOSA MP

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - HBDF - DF

Seção: Miscelânea - Código: 59

Introdução: Discinesia ciliar primária é uma doença autossômica recessiva, caracterizada por anormalidade estrutural ciliar comprometendo sua atividade, resultando em infecções respiratórias de repetição culminando em bronquiectasias. O diagnóstico definitivo é feito pelo estudo da ultra-estrutura, orientação e função ciliar. Objetivos: Relatar caso. Métodos: Relato, revisão da literatura e discussão. Resultados: Homem, 30anos, apresentando infecção

respiratória de repetição desde o oitavo dia de vida, com evolução clínica e radiológica para bronquiectasias difusas e destruição do pulmão. Outras causas de bronquiectasias foram afastadas. Devido à incapacidade de examinar uma amostra ciliar por microscopia eletrônica o diagnóstico foi realizado pelo espermograma que evidenciou espermatozoides vivos e imóveis. Conclusão: Discinesia ciliar Primária é uma doença rara, porém deve ser incluída nos diagnósticos diferenciais de bronquiectasias.

P.026 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E INCAPACIDADE PARA O TRABALHO

ILDEFONSO SAG, BRANCO AB, OLIVEIRA PRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB - BRASÍLIA, DF

Seção: Miscelânea - Código: 2

Introdução: As doenças respiratórias são altamente prevalentes na humanidade e o trabalho é importante fonte de exposição a agentes inalatórios. Objetivos: Avaliar o impacto das doenças respiratórias como fator de incapacidade para o trabalho e verificar a influência do ramo de atividade econômica. Métodos: Foram estudados todos os benefícios concedidos aos trabalhadores pelo Instituto Nacional de Seguro Social, no período de 2003 e 2004, por doença respiratória. Avaliaram-se o sexo, a idade, o diagnóstico, o ramo de atividade econômica envolvida, a espécie, a duração e o custo dos benefícios. Os dados foram analisados por meio de coeficientes e razão de prevalência, média e desvio padrão. Resultados: O coeficiente de prevalência de doença respiratória foi de 9,92 com uma razão de prevalência entre mulheres e homens de 1,14:1,00. As faixas etárias acima de 50 anos foram as mais acometidas (57,40) e a razão de prevalência entre as espécies de benefícios - previdenciário e acidentário - foi de 34,34:1,00. As doenças mais prevalentes foram as obstrutivas das vias aéreas (2,88) e pneumonia (1,77). Em relação ao ramo de atividade econômica, aqueles com maiores prevalências foram Fabricação de outros equipamentos de transporte (33,95), Fabricação de produtos do fumo (31,34) e Atividades de informática e conexas (20,25). A média da duração dos benefícios foi de 209,68 dias (±218,54), gerando um custo médio de R\$4.495,30 (±6.123,03) por benefício. As doenças respiratórias por agentes exógenos foram as que demandaram maior tempo de afastamento (296,72 dias ±235,43) e maior custo (R\$7.105,74 ±7.784,45). Conclusão: Os trabalhadores da Fabricação de outros equipamentos de transporte, Fabricação de produtos do fumo e aqueles ligados à Atividade de informática e conexas foram os mais incapacitados por doença respiratória. As doenças mais prevalentes foram as das vias aéreas e as pneumonias. As doenças por agentes exógenos demandaram maior custo e duração.

P.027 HEMANGIOPERICITOMA: RELATO DE CASO

SILVA JF, VIEIRA FILHO WC, SILVA NGM, MEDEIROS DBS, MORAES WC, FREITAS CG

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - HBDF - DF

Seção: Miscelânea - Código: 48

Introdução: Hemangiopericitoma é uma neoplasia mesenquimatosa rara, originada na região pericito vascular, com uma incidência em torno de 1% dos tumores vasculares. O presente trabalho relata e discute um caso desta doença. Objetivo: Relatar um caso de hemangiopericitoma. Método: Relato do caso. Revisão da literatura. Discussão do caso. Resultados: Relato do caso: Mulher de 75 anos, negra, procurando atendimento médico devido tosse seca iniciada há oito meses da internação, sem outros sintomas. Tabagista de seis cigarros por dia, durante 24 meses, interrompendo há 11 anos. Seu exame físico era normal. Laboratorialmente exibiu marcado aumento na velocidade de hemossedimentação (VHS: 70 mm) e na desidrogenase láctica (DHL: 961mg/dL), com funções hepática, renal e hemograma normais. Radiologicamente observava-se massa pulmonar em topografia de lobo inferior direito. Investigação de doença metastática foi negativa. Submetida a lobectomia inferior direita, com diagnóstico histopatológico de hemangiopericitoma. A paciente evoluiu no pós-operatório com lesão pulmonar aguda, tendo boa evolução clínica após tratamento de suporte. A paciente está em seguimento há mais de um ano, não exibindo recorrência da doença. Conclusão: O Hemangiopericitoma é uma doença rara, com alta taxa de recorrência local, necessitando acompanhamento dos doentes no pós-operatório.

P.028 HIPÓTESE HIGIÊNICA: CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA

MOURA ACC, CAMPOS CM, PEREIRA MG, SILVEIRA RM, SABINO CHG, VALADÃO CV

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB - BRASÍLIA, DF

Seção: Miscelânea - Código: 33

Introdução: A Hipótese higiênica vem sendo exaustivamente estudada e se tomou uma teoria de grande importância no estudo das doenças alérgicas. Postula-se que uma exposição precoce a infecções na infância teria um papel protetor contra atopia. Desta forma, a melhoria das condições de higiene e saneamento tem sido apontadas como fator preponderante no aumento da prevalência de atopia. Objetivos: Apresentar uma revisão atualizada sobre a hipótese higiênica, enfatizando conceito e dados epidemiológicos. Fontes dos dados: Revisão da literatura publicada, obtida através do banco de dados *Medline*. Síntese dos dados: A hipótese higiênica foi primeiramente proposta por Strachan et al e estabelece que a exposição crônica a microrganismos na infância seria um fator estimulador para o sistema imune, levando a proteção contra o desenvolvimento de doenças alérgicas. De acordo com a hipótese, menos episódios de infecções bacterianas na infância precoce resultariam em uma estimulação insuficiente das células Th1, que por sua vez não conseguiriam contrabalançar a expansão das células Th2, levando a uma predisposição a atopia. A hipótese higiênica tem sido investigada por diversos estudos epidemiológicos, porém muitos resultados conflitantes têm sido descritos. Alguns mostram que famílias numerosas, falta de higiene e algumas infecções virais e bacterianas se associam a atopia. Conclusão: Apesar das associações epidemiológicas, não existem evidências experimentais que comprovem essa hipótese. De qualquer forma, faz-se necessário continuar as pesquisas, pois vários fatos corroboram a hipótese.

P.029 LESÃO PULMONAR GRAVE POR BOMBA DE FUMAÇA: EVOLUÇÃO AO LONGO DE 10 ANOS.

RÊGO JDB, ROCHA LMV, BRITO FC, GONÇALVES JS, ZEMBRZUSKI MM, VALENÇA LM

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS E UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB - BRASÍLIA, DF

Seção: Miscelânea - Código: 27

Introdução: A bomba de fumaça é arma química utilizada no controle de tumultos e contém hexacloroetano, óxido de zinco e óxido de cloro. O hexacloroetano é usado como solvente, causa irritação ocular e fotofobia. O óxido de zinco causa febre e mialgia, o óxido de cloro

é corrosivo, determinando irritação nas vias aéreas, pele e olhos. A toxicidade depende da concentração e do tempo de exposição. Objetivo: Descrever o caso de paciente vítima da inalação acidental dos vapores de bomba de fumaça e seu acompanhamento clínico-funcional ao longo de 10 anos. Relato de Caso: Bombeiro de 20 anos, masculino, inalou vapores de bomba de fumaça, em recinto fechado em 9 de maio de 1996, quando procurou atendimento queixando-se de tosse seca, dor torácica e dispnéia aos pequenos esforços. Radiografia de tórax normal e gasometria com hipoxemia moderada na admissão. No décimo primeiro dia apresentava infiltrado pulmonar interstício-alveolar difuso e bilateral, hipoxemia grave, restrição pulmonar severa e diminuição da difusão do CO. Durante os 41 dias de internação, desenvolveu como complicações pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo. Houve melhora parcial com tratamento clínico, que incluiu corticóide, antibioticoterapia, uso de oxigênio suplementar e ventilação não invasiva. Na alta hospitalar manteve restrição severa e uso de corticóide oral com redução gradativa até suspensão, com melhora lenta e progressiva documentada por radiografias e provas de função pulmonar. Após 10 anos, em 27 de outubro de 2006, foi documentada a recuperação total da função respiratória. Conclusão: Este caso demonstra que paciente com lesão pulmonar grave por bomba de fumaça pode recuperar gradualmente, ao longo de 10 anos, a integralidade da função pulmonar.

P.030 MÁSCARA LARÍNGEA NO AUXÍLIO A BRONCOFIBROSCOPIA PEDIÁTRICA

SILVA EFB, PEREIRA MNR, ROCHA VSC, GOMES EL

INSTITUIÇÃO: UNIDADE DE BRONCOESOFAGOLOGIA E UNIDADE DE ANESTESIOLOGIA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - HBDF - DF

Seção: **Miscelânea - Código: 31**

Introdução: Passado aproximadamente duas décadas após o primeiro relato em crianças, a broncofibroscopia pediátrica, tem se constituído em uma importante ferramenta diagnóstica e terapêutica. Neste trabalho revisamos o método e as vantagens da utilização da máscara laríngea no auxílio deste procedimento. Material e Método: Um total de cinco crianças foram submetidas a broncofibroscopia devido várias indicações (Tabela 1). Todos os pacientes foram monitorizados com oximetria de pulso, cardiocópia contínua, pressão arterial não-invasiva e capnografia. Realizado medicações pré-anestésicas prévias a indução da anestesia com midazolam solução oral (0,5 mg/kg) e atropina venosa (0,02 mg/kg). Submetidos então a anestesia venosa total com propofol (150 mcg/Kg/min) e Remifentanil (0,1-0,25 mcg/Kg/min). Não foram utilizados relaxantes musculares. Após ser atingido um adequado plano anestésico, uma máscara laríngea com tamanho adequado ao peso do paciente foi então inserida de acordo com a técnica recomendada. Após insuflação de seu manguito pneumático seu correto posicionamento foi confirmado e realizada sua fixação. Conectado a mesma a um adaptador para tubo orotraqueal, que uniu-se a um sistema de Mapleson D. Inserido broncofibroscópios de acordo com a faixa etária do paciente (Pentax FB15P, Olympus BF3C40), através do adaptador para tubo orotraqueal e consequentemente da máscara laríngea. Realizada instilação de lidocaína 1% através do canal de trabalho do aparelho em laringe e arvore traqueobrônquica e somente então realizado o exame. Resultados: Não houve dificuldades na passagem da máscara laríngea em nossos pacientes, assim como não foram observados intercorrências com a mesma (ex. deslocamento). Medidas de pressão arterial não invasiva e saturação de oxigênio pela oximetria de pulso permaneceram estáveis durante todo o procedimento, tendo o mesmo transcorrido sem complicações. Tosse foi observada somente durante a instilação de anestésico tópico em laringe. Discussão: Idealizada em 1981 pelo médico anestesíologista inglês Dr Archie Brain, a máscara laríngea consiste em um dispositivo supraglótico para ventilação pulmonar, que permite o controle da via aérea de forma pouco invasiva. Encontrase disponível em diferentes materiais (PVC e Silicone), Modelos (Clássica, anatômica, Proseal ou com drenagem esofágica, Fastrach ou de intubação e reforçadas) e tamanhos. Desde sua idealização até os dias atuais, a ML vem adquirindo inúmeras indicações, sendo utilizada principalmente em cirurgias eletivas, manuseio da via aérea difícil, emergências relacionadas a via aérea e procedimentos como a broncofibroscopia. Entre as contra indicações ao seu uso estariam pacientes os quais não encontram-se em jejum ou que possuam fatores predisponentes a regurgitação (Ex. Abdome agudo Obstrutivo). Dentre a utilização da máscara laríngea auxiliando a broncofibroscopia, existem vantagens dessa associação a qual podemos destacar, como: A) segurança da via aérea, para que sedação profunda e anestesia, possam ser realizadas caso necessário facilitando desta forma o procedimento, B) devido ao seu tamanho a máscara laríngea pode acomodar um broncofibroscópio mais calibroso que o tubo orotraqueal. Consequentemente havendo ganhos na aquisição de canais de aspiração e trabalho, C) a máscara laríngea fornece visão da glote e região supraglótica, não possíveis quando se utiliza o TOT. Assim como avaliação dinâmica desta região, com o paciente respirando espontaneamente, D) auxílio a intubação orotraqueal, E) menor agressão as vias aéreas comparado a TOT. Concluindo a broncofibroscopia com auxílio da máscara laríngea é um procedimento seguro e que adiciona vantagens ao arsenal diagnóstico-terapêutico disponível.

P.031 MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL PROLONGADA DA OXIMETRIA DE PULSO EM PACIENTE COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

VALENÇA LA, ZEMBRZUSKI MMS

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS E UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB - BRASÍLIA - DF

Seção: **Miscelânea - Código: 75**

Objetivo: Descrever os achados da monitorização prolongada da saturação de oxigênio em um paciente com hipoxemia ao esforço decorrente de fibrose pulmonar intersticial idiopática. Relato do caso: LRM, 88 anos, masculino, branco, casado, magistrado aposentado. Foi tabagista de 60 anos/maço, tendo interrompido o fumo em 2003 devido a uma bronquite crônica. No ano de 2004 iniciou com dispnéia aos esforços. Radiografia de tórax e tomografia computadorizada de tórax foram compatíveis com o diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática, padrão UIP (pneumonia intersticial usual). O exame de função pulmonar mostrou distúrbio ventilatório restritivo leve e capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) de 42%. No teste de caminhada de 6 minutos andou 353 m e a oximetria de pulso (SpO₂) caiu de 93% para 86%. Fez uso inicialmente de colchicina, 0,5 mg/dia, e posteriormente de acetilcisteína, 1200 mg/dia. Apresentou alguns episódios de infecção respiratória que melhoraram com antibioticoterapia. Desde então mantém SpO₂ em repouso em torno de 92%. Em abril de 2007 queixou-se de debilidade geral, embora mantendo-se ativo socialmente. Exame de função pulmonar com medida de fluxos e da capacidade pulmonar total foram normais, contudo a DLCO diminuiu para 34%. SpO₂ em repouso de 90%. Ecocardiograma mostrou função de ventrículo esquerdo preservada e sinais de disfunção diastólica leve, sem sinal de hipertensão pulmonar. Com vistas a

avaliar as repercussões da doença sobre as atividades diárias, foi realizada medida da oximetria de pulso durante 24 horas com um oxímetro Nonin®. O paciente preencheu um diário anotando todas suas atividades, com hora de início e término. Foram analisados os dados das 24 hs de registro e, separadamente, o período de vigília e o período noturno do sono. Durante a monitorização apresentou SpO₂ média de 87,2% e permaneceu 43,6% do tempo com uma saturação abaixo de 90%. No período noturno, este percentual aumentou para 74,8%. As saturações mínimas ocorreram ao caminhar aproximadamente 100m no plano (80%), subir escadas (81%) e durante a noite (81%). O índice de dessaturações com duração = 10 segundos e queda = 4% foi de 10/h durante o dia e 5,6/h à noite. Com base nestes resultados o paciente foi orientado a usar oxigênio durante o sono e durante exercício em esteira. Conclusão: A monitorização prolongada da oximetria de pulso permite quantificar a intensidade e a duração diária da dessaturação, possibilitando uma orientação fundamentada para a oxigenioterapia domiciliar.

P.032 POLICONDRITE RECIDIVANTE: RELATO DE CASO

VIEIRA FILHO WC, SILVA JF, SILVA EFB, OLIVEIRA HA, FREITAS CG, BARBOSA MP

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - HBDF - DF

Seção: **Miscelânea - Código: 69**

Introdução: A policondríte recidivante (PR) é caracterizada pela formação de processo inflamatório degenerativo não infeccioso no tecido conjuntivo, em especial cartilaginoso. Objetivo: Relatar o caso. Métodos: Relato do caso. Revisão da literatura. Discussão. Resultados: Mulher de 44 anos, com rinorréia purulenta, artralgias, otalgia, dispnéia leve, rouquidão, congestão nasal e infecções em vias aéreas superiores e inferiores. Submetida a uma traqueostomia por piora da dispnéia. Apresentava nariz em sela e roncos e sibilos na ausculta pulmonar. VHS e PCR aumentados. ANCA c e p negativos. TC dos seios paranasais identificou sinusopatia. Broncofibroscopia mostrou traquéia infiltrada, com estenose subglótica e diminuição da luz do BFE e do BLM. Estudo dos fragmentos traqueais mostrou processo inflamatório crônico. Prednisona foi iniciada, com melhora parcial do quadro clínico, sendo adicionado azatioprina. Conclusão: A PR possui curso evolutivo e prognóstico variáveis.

P.033 PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO

JEFFERSON FONTINELE E SILVA, JULIANA RODRIGUES E SILVA, ANITA SPERANDIO PORTO, WALDETE CABRAL MORAES, CLARICE DE GUIMARÃES FREITAS, MELÂNIO DE PAULA BARBOSA.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - HBDF - DF

Seção: **Miscelânea - Código: 63**

Introdução: O pseudotumor inflamatório é uma doença rara. Representa uma proliferação localizada de plasmócitos maduros e células reticuloendoteliais sustentados por tecido de granulação e infiltrado linfocitomononuclear. Objetivos: Relato do caso. Métodos: Relato, revisão da literatura e discussão do caso. Resultados: Mulher, 30 anos, com dispnéia aos médios esforços, tosse seca e ganho ponderal de 15 quilos. Ao exame exibiu massa cervical anterior sem sinais de congestão venosa ou de circulação colateral. PPD reator forte e VHS de 70mm. TC de tórax e da região cervical mostraram massa cervical com prolongamento para mediastino superior e massa em LSE. Submetida a mediastinotomia mais toracotomia com biópsia da lesão mediastinal e exérese da massa pulmonar, com resultado histopatológico compatível com pseudotumor inflamatório. Conclusão: O pseudotumor representa um dilema diagnóstico pela semelhança com doença maligna, nos aspectos radiológicos, macroscópicos e anátomo-patológicos.

P.034 SÍNDROME DE PANCOAST CAUSADA POR BOLA FÚNGICA

CAMPOS OHA, MARTINEZ ARM, GIACOMINI LA, SOUZA DHS, CASTRO R, RODRIGUES MP

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB - BRASÍLIA, DF

Seção: **Miscelânea - Código: 53**

Introdução: A Síndrome de Pancoast é usualmente composta por dor no ombro e braço, síndrome de Horner (14-50% dos casos), fraqueza e atrofia dos músculos da mão. Normalmente, é causada por invasão do plexo braquial por neoplasia em ápice pulmonar, principalmente carcinoma broncogênico. Entretanto, apesar de poucos relatos na literatura, outras neoplasias, inflamações, infecções (como bacteriana, fúngica e tuberculosa), podem causá-la. Objetivo: Relato de caso de Síndrome de Pancoast causada por bola fúngica. Material: Estudo de caso, com revisão de prontuário, exames laboratoriais, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, eletroencefalografia, histopatológico e revisão de literatura. Resultado: Paciente masculino, 53 anos, há 18 meses com quadro de dispnéia, associada à tosse produtiva, febre diária, redução progressiva de força e parestesia em membro superior direito (MSD). Realizou tratamento empírico para tuberculose em sua cidade, persistiu sintomático, evoluindo com hipotrofia progressiva do membro acometido e perda ponderal de 10 kg. Ex-tabagista de 20 maços/ano. Ao exame apresentava retração discreta de hemitórax direito, som brônquico em região clavicular direita e atrofia de musculatura da mão e antebraço ipsilateral. Força muscular dos interosseos da mão grau 2, flexão medial do punho grau 3, hipoestesia na face medial do MSD e reflexo do músculo flexor dos dedos abolido. A tomografia apresentou cavidade em ápice pulmonar, com imagem sugestiva de bola fúngica. A ressonância de plexo braquial evidenciou leve realce dos fascículos posterior e medial, com alterações retráteis e inflamatórias em ápice pulmonar direito. Paciente submetido a lobectomia superior D, cujo histopatológico evidenciou fibrose extensa com bronquiectasia e presença de bolas fúngicas, sem evidências de neoplasia. Evoluiu bem, recebendo alta hospitalar com melhora da parestesia e força. Conclusão: Apesar de rara, a associação entre bola fúngica e Síndrome de Pancoast deve ser aventada como diagnóstico diferencial de tumor de Pancoast.

P.035 SÍNDROME DE SWYER JAMES MACLEOD

MENDES S, MARTINS RCKL, AZEVEDO MSC

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT, DF

Seção: **Miscelânea - Código: 54**

Introdução: A síndrome de Swyer James MacLeod conhecida também por enfisema pulmonar unilateral é uma patologia pouco freqüente, com apresentação radiológica bem característica de hipertransparência pulmonar geralmente unilateral, podendo acometer um lobo ou segmento, acompanhada de hipoperfusão pulmonar e aprisionamento aéreo. A fisiopatologia não é definida, mas acredita-se ser consequente a infecção pulmonar, principalmente viral ocorrida na infância com bronquiólite aguda progredindo com destruição da camada mucosa e obstrução luminal dos brônquios e bronquíolos. As manifestações clínicas são variáveis, desde

pacientes assintomáticos até infecções respiratórias de repetição. Objetivos: Relato de caso de paciente com Síndrome de Swyer James MacLeod. Métodos: Paciente de dezenove anos, solteiro, açougueiro, segundo grau incompleto. Referia ser portador de asma brônquica e hipertensão arterial sistêmica; apresentou quadro de pneumonia grave aos doze dias de vida, permanecendo internado por cerca de 1 mês. Relato de Caso: Admitido em fevereiro de 2006 no Hospital Regional de Taguatinga com quadro de dispnéia aos mínimos esforços, com piora há uma semana. A radiografia de tórax (03/08/2005) nas fases inspiratória e expiratória evidenciou hipertransparência em hemitórax direito predominando nos dois terços inferiores, associada à pobreza vascular pulmonar, redução do calibre da artéria pulmonar direita e aprisionamento aéreo, achados confirmados na tomografia de tórax. A espirometria de março de 2005 mostrou distúrbio ventilatório obstrutivo moderado sem resposta ao broncodilatador: VEF₁=52% após BD, CVF=75% após BD e FEF 25%-75%=24%). Resultado: Síndrome de Swyer James MacLeod. Conclusão: O quadro clínico varia desde pacientes assintomáticos a infecções respiratórias de repetição; a tomografia de tórax é o método diagnóstico de escolha; o prognóstico é bom.

P.036 TRAQUEOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA

SILVA EFB, MARTINS RR, SEGURA MEA

INSTITUIÇÃO: UNIDADE DE BRONCOESFOGALOGIA E NÚCLEO DE CITOLOGIA E ANATOMIA PATOLÓGICA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL E CLÍNICA RADIOLÓGICA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS.

Seção: **Miscelânea - Código: 52**

Os autores relatam o caso de um paciente portador de Traqueopatia Osteocondroplástica, doença rara e benigna, que geralmente acomete grandes vias aéreas. Também realizam revisão da literatura sobre esta patologia, com ênfase, nos seus aspectos broncoscópicos e tomográficos.

P.037 CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO OU IMC NO DIAGNÓSTICO DA SAOS?

VIEGAS CAA, GUIMARÃES GMN, SILVA HBG, SOUZA HP

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB - BRASÍLIA - DF

Seção: **Sono - Código: 7**

Introdução: Tanto a circunferência do pescoço (CP) como o índice de massa corporal (IMC) são validados como bons preditores para a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) mas eles apresentam importante colinearidade. Objetivos: Os objetivos deste estudo foram avaliar os pontos de corte para CP e IMC em brasileiros e usando uma regressão linear múltipla definir a utilidade real desses preditores. Método: Dados clínicos (CP, IMC, idade e gênero) e polissonográficos (IAH) foram coletados de 1363 pacientes de um centro de referência entre 2003 e 2006. Resultados: A prevalência de SAOS neste estudo foi 60%. Quando conhecemos a CP ($p < 0,001$) a informação que o IMC traz é pequena e insignificante ($p > 0,05$). O ponto de corte entre homens e mulheres brasileiros coincide: 39cm. Conclusão: a circunferência do pescoço é o principal preditor clínico conhecido e o IMC não é útil quando ela é conhecida.

P.038 MELHORA DA SÍNDROME DE APNÉIA OBSTRUTIVA SEVERA COM TRATAMENTO ORTODÔNTICO CONVENCIONAL - RELATO DE CASO

TAJRA CM, SOUSA AJ, LEAL KC, RAPCHAN VK, GLASS H, ZEMBRZUSKI MMS

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA - DF

Seção: **Sono - Código: 70**

Introdução: A Síndrome da Apnéia obstrutiva do sono (SAOS) é um distúrbio prevalente na população mundial, acomete cerca de 4% dos homens e 2% das mulheres entre 30 e 60 anos. Os tratamentos recomendados são higiene do sono, emagrecimento, CPAP, procedimentos cirúrgicos e aparelhos intraorais. Resultados: FHS, 54 anos, masculino, mulato, casado, militar da reserva. Ex-tabagista há 1 ano (70 anos/maço). Em consulta ambulatorial há 7 meses, relatou roncos à noite e sonolência durante o dia há 4 anos. IMC de 28,4. Polissonografia (PSG) de 13/11/06 mostrou eficiência do sono (ES) de 61,1%, sono profundo (SP) de 15,6%, sono REM de 3,1%, IAH de 70/hora e microdespertares (MD) 14/hora; a oximetria noturna (ON) mostrou índice de dessaturação (ID) de 88/hora, tempo de SpO₂ <90% de 49,4%, tempo de SpO₂ <88% de 36,6% e roncos presentes, com diagnóstico de SAOS severa. Procurou ortodontista para tratamento de desalinhamento dentário, implante do primeiro molar inferior esquerdo e de mordida profunda. Há um mês em uso de aparelho ortodôntico fixo superior e inferior com levante de mordida nos molares inferiores, para nivelamento da Curva de Spee acentuada inferior, havendo aumento do espaço funcional livre e uma anteriorização da postura lingual. Em consulta de controle relatou ausência dos roncos (confirmado pela esposa), dormir melhor à noite e sentir-se melhor durante o dia. A PSG de controle em 09/04/07 mostrou ES de 51%, SP de 11,3, sono REM de 7,3%, IAH de 0,5/hora e MD de 8,2/hora; ON mostrou ID de 2,3/hora, tempo de SpO₂ <90% de 0,6%, tempo de SpO₂ <88% de 0%, roncos ausentes. IMC atual de 28,1. Conclusão: Em pacientes com a SAOS é importante a avaliação ortodôntica.

P.039 REDE NEURAL ARTIFICIAL PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA SAOS

VIEGAS CAA, GUIMARÃES GMN, SILVA HBG, SOUZA HP

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB - BRASÍLIA - DF

Seção: **Sono - Código: 13**

Introdução: A Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) já foi descrita como problema de saúde pública comparável ao tabagismo devido a seus efeitos sobre a sociedade mas também é pouco reconhecida e pouco diagnosticada devido aos grandes custos das polissonografias e a baixa acurácia de modelos diagnósticos. Objetivo: Gerar uma rede neural artificial (RNA) para diagnosticar SAOS com preditores clínicos. Método: Variáveis clínicas (Idade, gênero, IMC, circunferência do pescoço, queixa de apnéia noturna) e polissonográficas (índice de apnéia de hipopnéia-IAH) coletadas de 1000 prontuários entre 2003 e 2006 para geração do modelo e de 361 para validação. Resultados: a prevalência de SAOS foi 60%. O melhor modelo encontrado foi uma RNA gerada pelo método de BackPropagation que apresentou uma acurácia de 98% para diagnosticar SAOS usando apenas 6 neurônios artificiais de transformação sigmóide. Conclusões: Foi encontrada uma RNA que pode ser muito útil para o diagnóstico clínico da SAOS e que pode diminuir o número proporcional de polissonografias normais otimizando os custos para a população.

P.040 APRESENTAÇÃO PNEUMÔNICA DE TUBERCULOSE PULMONAR

REGO JDB, GABRIEL FCM, AMORIM PM, TREVENZOL FP, SILVA EFB, VALENÇA LM

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS E UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF

Seção: **Tuberculose - Código: 57**

Introdução: A tuberculose pulmonar pode apresentar-se como doença infecciosa aguda ou subaguda com alterações radiológicas variáveis. Quando a apresentação é de consolidação alveolar, mimetiza uma pneumonia pneumocócica. Objetivo: Relato de caso de tuberculose pulmonar na forma pneumônica. Relato de Caso: K.S., feminina, 41 anos, enfermeira, natural do Rio de Janeiro, residente no Guará-DF há 10 anos. Internada em 29/09/2005 com quadro de tosse seca e febre vespertina há 3 semanas, já tendo feito uso de amoxicilina + clavulanato por 10 dias sem melhora. Ao exame físico apresentava-se com bom estado geral, eupnéica e com expansibilidade e MV reduzidos, e estertores crepitantes nos 2/3 inferiores do HTD. RX de tórax mostrava consolidação na 1/2 inferior do HTD, hemograma com leve anemia, PPD reator forte e VHS de 71mm. De antecedentes relatava quatro episódios de hemoptise em janeiro de 2004 associado a dor retroesternal. Nesta época RX de tórax mostrou consolidação de lobo médio e TC de tórax revelava lesões nodulares em segmento anterior de lobo superior direito e consolidação em lobo médio. Cintilografia pulmonar com baixa probabilidade para TEP e broncoscopia normal com lavado e escovado brônquicos negativos para malignidade e BAAR. Teve contato com o pai com tuberculose pulmonar há 30 anos. Após 8 dias de uso de ceftriaxona e sem melhora, realizou-se baciloscopia do escarro que foi positiva(++). Cultura de escarro confirmou *M. tuberculosis*. Realizou tratamento com Esquema 1 durante 6 meses com resolução total da consolidação pulmonar e duas baciloscopias de controle negativas. Conclusão: A tuberculose é doença endêmica no Brasil e deve ser investigada em todo paciente que apresente tosse por 3 ou mais semanas independente da apresentação radiológica.

P.041 BAAR FALSO-POSITIVO EM PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE VIRCHOWIANA: RELATO DE CASO E REVISÃO LITERÁRIA

MARTINI AG, FONSECA JP, CABRAL JÚNIOR BF, FEITOSA PHR, BARBOSA NCH, RODRIGUES CB

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - HRG E HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE - HRAN - DF

Seção: **Tuberculose - Código: 56**

Introdução: A ocorrência de um BAAR positivo de escarro, na vigência de outra micobacteriose, é um evento incomum. Objetivos: Relatar um caso de paciente com hanseníase e BAAR de escarro falso-positivo. Métodos: Revisão de prontuário de paciente do Hospital Regional do Gama. Resultados: F.F.B., masculino, 56 anos, internado por tosse seca, dispnéia progressiva, adinamia, febre vespertina, sudorese e leve emagrecimento, além de nódulos hiperemiados. Tinha diagnóstico sugerido de hanseníase, sob terapia. Radiografia de tórax com padrão de congestão. Dois BAAR positivos, com um deles de 3+. PPD não-reator. Índice morfológico do BAAR mostrou bacilos íntegros com algumas globias. As mediações para MH foram suspensas, e o paciente recebeu alta, aguardando cultura de escarro para BK. Conclusão: O BAAR de escarro deste caso positivo devido à presença de bacilos da Hansen presentes nos espécimes analisados, pela faringite hanseníaca.

P.042 COMPRESSÃO DA VEIA CAVA SUPERIOR POR TUBERCULOSE ENVOLVENDO LOBO SUPERIOR DIREITO E MEDIASTINO

SILVA JR, SILVA NGM, FREITAS CG, BARBOSA MP, ABREU RB, MORAES WC

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL - HBDF - DF

Seção: **Tuberculose - Código: 61**

Introdução: A compressão da veia cava superior pode ser causada por processos patológicos contíguos envolvendo pulmão, linfonodos e estruturas mediastinais. A etiologia mais comum é malignidade. Entre as causas não malignas temos a Tuberculose. Objetivos: Relatar caso. Métodos: Relato, revisão de literatura e discussão. Resultados: Mulher, 83 anos, com tosse seca, dispnéia, febre, dor torácica, perda ponderal há 3 meses. PPD não reator. Rx de tórax com lesão em LSD. TC de tórax mostrou lesão de 40mm com captação heterogênea de contraste, adjacente a veia cava superior estendendo-se a parede torácica ântero-lateral. Realizado broncoscopias sem diagnóstico. Mediastinoscopia com retirada de gânglios, analisados histologicamente evidenciaram linfadenite granulomatosa. Conclusão: A compressão da cava superior tem como principal etiologia doenças malignas, mas devemos excluir outras causas.

P.043 HEPATOTOXICIDADE POR ERRO DE DOSE DURANTE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

ARAUJO GSB, GONÇALVES NS, MARTINS RLM

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB.

Seção: **Tuberculose - Código: 68**

Introdução: A tuberculose é uma doença de grande importância e prevalência no Brasil. O tratamento de primeira linha inclui rifampicina, isoniazida e pirazinamida, é dividido em duas fases e ajustado de acordo com o peso do paciente. Objetivos: O trabalho objetiva enfatizar a importância do ajuste de dose das drogas utilizadas do tratamento da tuberculose por risco de hepatotoxicidade das mesmas. Métodos: Revisão de um caso clínico em que houve superdosagem no tratamento inicial da tuberculose pulmonar, culminando em hepatotoxicidade. Resultados (Caso clínico): Paciente de 16 anos com diagnóstico de tuberculose pulmonar iniciou esquema RHZ em dose plena para maiores de 45 Kg. Evoluiu com hepatite medicamentosa, com vômitos, icterícia, hiporexia, elevação de transaminases e bilirrubinas. Após melhora clínica e laboratorial, reiniciou o tratamento com ajuste da dose para seu peso (36,6 kg). Apresentou cura da tuberculose após 10 meses de tratamento. Não houve hepatotoxicidade após o reajuste da dose. Conclusão: Com esse caso clínico, demonstra-se a importância do ajuste da dose para o peso no tratamento da tuberculose para evitar iatrogenias.

P.044 MICETOMA PULMONAR E RECIDIVA DE TUBERCULOSE. RELATO DE CASO

LEMES MS, BORGES E, COELHO LB, LIMA VAB, FERNANDES TJ, RABAHI MF

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Seção: Tuberculose - Código: 62

Introdução: A tuberculose (TB) constitui um problema de saúde pública brasileiro. A falta de adesão ao tratamento pode trazer consequências graves, como recidivas e infecções associadas. Estas podem impor dificuldades clínicas quanto ao diagnóstico e à conduta a ser tomada. **Objetivos:** O seguinte trabalho objetiva mostrar um exemplo de dificuldade clínica enfrentada na abordagem de um paciente que abandonou o tratamento. **Relato de Caso:** Paciente S.B.S., 63 anos, masculino, procedente de Goiânia. Há 2 anos iniciou tratamento de TB com esquema 1, mas o abandonou após 5 dias. Há 4 meses, com BAAR positivo, reiniciou uso de esquema 1, mas apresentou persistência da tosse com hemoptóicos, dispnéia de esforço, emagrecimento e hipoxemia importantes. Ao exame físico, emagrecido e taquipnéico; MV rude, com presença de sopro tubário em ápices. A radiografia de tórax apresenta áreas de fibrose, presença de cavidades em ápices pulmonares compatível com seqüelas de lesão antiga. A Tomografia Computadorizada (TC) de tórax apresenta destruição importante de parênquima, bilateralmente, com presença de bolhas, cavitações e opacidade compatível com micetoma. Assim, as hipóteses diagnósticas foram tuberculose recidivante, micetoma e infecção brônquica bacteriana. **Conclusão:** A TC de tórax mostrou lesões compatíveis com micetoma (aspergiloma), que contribuíram para a piora clínica e pelo quadro pulmonar exuberante. É mais provável que essa afecção tenha se desenvolvido secundariamente ao acometimento crônico do parênquima pulmonar pela tuberculose. Tal achado de imagem implicou em mudanças no raciocínio clínico e na conduta. O caso foi admitido, então, como TB em tratamento + micetoma. O paciente que retorna ao sistema após abandono deve ter a atividade de sua doença confirmada por nova investigação diagnóstica por baciloscopia e cultura, antes da reintrodução do tratamento. E a possibilidade de infecção fúngica associada deve ser lembrada em situações de evolução desfavorável.

P.045 MÚLTIPLAS INTOLERÂNCIAS AO TUBERCULOSTÁTICOS: RELATO DE CASO

BELÉM JMF, VASCONCELOS JÚNIOR HM, LEITE IV, RIBEIRO JNM, AGUIAR LC, RABAHÍ MF
INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - UFG - GO
Seção: Tuberculose- Código: 35

Introdução. As reações adversas aos tuberculostáticos podem causar morbidade e comprometer o tratamento. O relato descrito expõe um caso de múltiplas ocorrências de efeitos adversos chamando a atenção para a possibilidade real da existência dessas reações e enfatizando a importância de um rigoroso acompanhamento do tratamento. **Relato de Caso:** SBA, 34 anos, feminino, refere que há 2 meses, iniciou quadro de tosse seca, que se tornou produtiva. Relata apenas um pico febril e redução do apetite. Hipertensão e diabética. Murmúrio vesicular rude. Realizado BAAR++. Feito diagnóstico de TB pulmonar e iniciado Esquema 1. Evoluiu com intolerância alimentar, náuseas, vômitos e elevação das transaminases. Diagnosticado hepatite medicamentosa. Os medicamentos foram suspensos e introduzidos individual e gradualmente, num intervalo de 3 dias entre uma medicação e outra. Ao iniciar rifampicina (R), apresentou novas alterações das transaminases. Suspendeu-se a R, iniciou-se Esquema Alternativo (EA): etambutol(E), pirazinamida(Z) isoniazida(H) e estreptomicina(S). Um mês depois, apresentou queixas auditivas. Suspendeu-se S. Evoluiu com remissão dos sintomas. Dois meses depois foi suspenso Z. Quatro meses após o início do EA queixou-se de embaçamento da visão. Suspendeu-se E, substituindo-o por ofloxacina. Um mês após, manteve queixa. A hipótese de neurite óptica por H foi levantada, substituindo-a por Z. Um mês depois, houve melhora da visão. Mantida as 2 medicações por mais 6 meses, com resolução do quadro e finalização do tratamento. **Comentários:** Intolerância aos tuberculostáticos é relato comum na literatura. Múltiplas intolerâncias são raras e denota situação clínica de difícil manejo terapêutico. A conduta a ser assumida nessa situação carece de validação definitiva, mostrando a necessidade de estudos nessa área e a importância do presente relato, com a análise das reações adversas e condutas adotadas.

P.046 TUBERCULOSE MILIAR E INTESTINAL: RELATO DE CASO E REVISÃO LITERÁRIA

MARTINI AG, CABRAL JÚNIOR BF, FEITOSA PHR, ANDRADE LD, VIERA JO, OLIVEIRA NR
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL REGIONAL DO GAMA - HRG - DF
Seção: Tuberculose- Código: 65

Introdução: A TB intestinal está amíuê associada à lesões pulmonares em áreas endêmicas. **Objetivos:** Relatar um caso de tuberculose miliar e intestinal. **Métodos:** Revisão de prontuário de um paciente do Hospital Regional do Gama/DF. **Resultados:** I.O.P.S, masculino, 27anos, internou devido astenia, tosse, dispnéia, febre, sudorese e emagrecimento. Rx de tórax: infiltrado retículo nodular difuso bilateral, ratificado por CT. Evoluiu com pancitopenia, hemoptise e IResA. NA UTI, iniciou esquema 1 e pulsoterapia. PPD: não reator; BAAR negativo; FAN:1/80;ANCA,Anti-ENA e anti-MBG: negativo. Recebeu alta apenas com ciclofosfamida, pensando-se em LES FAN negativo. Posteriormente, fez abdômem agudo inflamatório, com perfuração de íleo e extensa infiltração. A cultura de LBA foi positiva para BK e a biópsia da peça mostrou reação granulomatosa local. **Conclusão:** A suspensão dos tuberculostáticos e a terapia imunossupressora, pela suspeita de LES, contribuíram para a reagudização da TB.

P.047 TUBERCULOSE PULMONAR E DERRAME PLEURAL: RELATO DE CASO

ALINNE L. CUNHA, SHALIMAR O. FERREIRA, CATHERINE A. CABRAL,
PAULO H.G. PEREIRA, FERNANDO V. LINO, DÉA M. G. F. LIMA
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL REGIONAL DE VAGUATINGA - SES/DF

Seção: Tuberculose- Código: 20

Introdução: A demonstração do agente etiológico na tuberculose (TB) em crianças não é conseguida na maioria dos casos. A suspeita clínica pode ser, então, estabelecida a partir de dados da história, informações epidemiológicas e reatividade ao PPD. Infelizmente, alguns pacientes precisam de tratamento específico com base em tais características, não sendo possível a confirmação do diagnóstico de TB. Nestes doentes o comportamento clínico durante o tratamento é muito sugestivo da doença. **Objetivo -** Apresentar um caso no qual o evolução clínica e padrão radiológico são fortemente sugestivos de TB pulmonar com derrame pleural, tendo sido necessário o tratamento em condições não diagnósticas. **Métodos -** Relato de caso com dados do prontuário e revisão de literatura. **Relato de caso -** R.S.G, 9 anos, sexo masculino, 27kg, procedente do Piauí, apresentou febre, tosse produtiva e dispnéia com 3 semanas de duração, associada a perda de 6 kg em um mês. Medicado com penicilina procaína, amoxicilina/clavulanato, e oxacilina, não apresentou melhora, desenvolvendo condensação pneumônica e extenso derrame pleural à esquerda. Não havia alterações hematológicas e o PPD não foi reator. Não foram visualizados bacilos álcool-ácido resistentes no escarro e as culturas foram negativas. A suspeita de TB foi imposta pelo relato de um contactante com tosse produtiva persistente, 3 meses antes. Iniciado o esquema triplíce, houve melhora radiológica após 10 dias, diminuição da condensação e derrame no quarto mês, espessamento pleural no quinto mês e normalização radiológica no sexto mês. O paciente não teve seqüela pulmonar e ganhou 7 Kg durante o tratamento. **Conclusão -** Nem sempre o diagnóstico de TB pode ser firmado, mas a epidemiologia e evolução podem tomar o tratamento uma necessidade.

P.048 PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE ASMÁTICO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

GUIDACCI MFRC, NUNES MS, MENDES JL
INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Seção: Asma

Introdução: A asma é uma doença de prevalência e morbidade crescentes, adquirindo dimensões de um problema de saúde pública. Em 1999, a Secretaria de Saúde implantou o Programa de Atendimento ao Paciente Asmático do Distrito Federal. **Objetivo:** Apresentar o Programa de Atendimento ao Paciente Asmático do Distrito Federal e dos dados do Centro de Referência de São Sebastião. **Discussão:** Existem 24 Centros de Referências distribuídos em todo Distrito Federal, Sessenta médicos especialistas em Alergia ou Pneumologia participam ativamente do Programa. Os pacientes asmáticos têm acesso a medicamentos de 1ª escolha para tratamento de crise e profilático. **Resultados:** No Centro de Referência da Unidade Mista de São Sebastião, no período de janeiro a dezembro de 2004, foram atendidas 168 crianças asmáticas de primeira consulta, destas 112 retornaram demonstrando reduções de idas à emergência, hospitalizações, absenteísmo escolar e custos diretos com melhora dos parâmetros de Classificação da Gravidade da Asma. **Conclusão:** Garantir o adequado tratamento ambulatorial, investir no processo de educação em Saúde sobre Asma dentro do contexto da assistência e prevenção, promover debates e discussões com a população sobre como enfrentar a doença, fortalecer e ampliar os mecanismos de adesão ao tratamento têm sido as metas do Programa de Asma do Distrito Federal na busca permanente de fortalecimento das políticas públicas e do Sistema Único de Saúde.

P.049 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA NAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM IDOSOS NA REGIÃO CENTRO-OESTE

CORREIA RLJ, TAUIL PL, BUTA RO, AQUINO TA, FÉLIX TAA
INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB - BRASÍLIA - DF
Seção: Infecções Respiratórias - Código: 26

Introdução: A influenza é uma infecção aguda do sistema respiratório, de distribuição global e elevada transmissibilidade. As complicações pelo influenza são mais frequentes em idosos e são responsáveis por volume significativo de hospitalizações. A vacinação vem sendo utilizada em âmbito nacional desde 1999. **Objetivo:** Analisar a real efetividade da campanha de vacinação contra influenza, por meio de indicadores hospitalares, na Região Centro-Oeste. **Métodos:** Os dados de internação foram obtidos no sítio do DATASUS do Ministério da Saúde. Foram construídos os indicadores: taxas de internação por doenças do aparelho respiratório (TIDR); por doenças respiratórias selecionadas (TIDRS), incluindo pneumonia, gripe, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, bronquiectasia e asma; por gripe e pneumonia (TIGP); todas por mil habitantes. Proporção de internação por doenças respiratórias selecionadas entre o total de internações (PIDRS). A TIDRS foi estratificada por faixas etárias. **Resultados:** Observou-se um aumento da TIDR, TIDRS, TIGP no primeiro ano de vacinação, seguido de queda até o ano de 2003. Em 2004, observa-se aumento das taxas de internação com declínio posterior até o ano de 2006. Comparando os anos de 1998 e 2006 observam-se: redução de 27,5% na TIDR e reduções de 29,2% e 10,5% nas TIDRS e TIGP, respectivamente. Em relação à TIDRS por faixa etária, observa-se maior redução na faixa etária de 60 a 69 anos (38,55%) seguida pela de 70 a 79 (28,15%) e pela de 80 e mais (17,5%). Em relação à PIDRS houve redução de 25,5%. **Conclusão:** Na Região Centro-Oeste, observou-se mudança nos indicadores de internação por doenças respiratórias, após a vacinação contra influenza, porém mais estudos devem ser realizados para confirmar a sua real efetividade.