



Jornal Brasileiro de **Pneumologia**
www.jbp.org.br

Volume 44, Suplemento 1R, p. R1-R275
julho | 2018

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

4 a 8 de agosto de 2018
Centro de Convenções de Goiânia/GO



Jornal Brasileiro de Pneumologia

Novo Fator de Impacto



www.jornaldepneumologia.com.br





Jornal Brasileiro de Pneumologia

Publicação Bimestral J Bras Pneumol. v.44, Suplemento 1R, p. R1-R275 julho 2018

EDITOR CHEFE

Rogerio 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
 Andre Luis Pereira de Albuquerque - 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
 Frederico Leon Arrabal Fernandes - 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
 Giovanni Sotgiu - University of Sassari, Sassari - Italy
 Irma de Godoy - Universidade Estadual Paulista, Botucatu - SP
 Marcelo Alcântara Holanda - Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - CE
 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
 Tomás Pulido - Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez - México
 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
 Álvaro A. Cruz - Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA
 Ana C. Krieger - Weill Cornell Medical College - New York - USA
 Ana Luiza Godoy Fernandes - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo - SP
 Antonio Segorbe Luis - Universidade de Coimbra, Coimbra - Portugal
 Ascedio Jose Rodrigues - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP
 Brent Winston - 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
 Dany Jasinowodolinski - Universidade 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 - Canada
 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
 Gilberto de Castro Junior - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
 Gustavo Javier Rodrigo - Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo - Uruguay
 Ilma Aparecida Paschoal - Universidade de Campinas, Campinas - SP
 C. Isabela Silva Müller - 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 - Queen's University - Ontario, Canada
 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 - University Hospital Vall d'Hebron - Barcelona, Catalonia, Spain
 Marisa Dolhnikoff - 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
 Oliver Augusto Nascimento - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP
 Paul Noble - Duke University, Durham, NC - USA
 Paulo Francisco Guerreiro Cardoso - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP
 Paulo Manuel Pêgo 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 Tudor - 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 KnowledgeSM

SCOPUS



INDEX COPERNICUS
 INTERNATIONAL





Jornal Brasileiro de Pneumologia

**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.E- mail: 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 2017-2018):**Presidente:** Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren - PE**Secretário Geral:** Benedito Francisco Cabral Júnior - DF**Diretora Financeira:** Simone Chaves Fagundes - RS**Diretora de Assuntos Científicos:** Ana Luisa Godoy Fernandes - SP**Diretora de Comunicação:** Fernanda Miranda de Oliveira - GO**Diretora de Ensino e Exercício Profissional:** Irma de Godoy - SP**Diretor de Defesa Profissional:** Marcelo Gervilla Gregório - SP**Presidente do Congresso SBPT 2018:** Marcelo Fouad Rabahi - GO**Presidente SBPT - Eleito para o biênio 2019 - 2020:** José Miguel Chatkin - RS**Editor chefe do Jornal Brasileiro de Pneumologia:** Rogério de Souza - SP**CONSELHO FISCAL (Biênio 2017-2018)****Efetivos:** Ronaldo Rangel Travassos Júnior - PB, Eduardo Felipe Barbosa Silva - DF,

Filadélfia Passos Travassos Martins - CE

Membros Suplentes: Leandro Genehr Fitscher - RS, Ciléa Aparecida Victória Martins - ES, Eduardo Pamplona Bethlem - RJ**COORDENADORES DOS DEPARTAMENTOS DA SBPT:****Cirurgia Torácica** - Darcy Ribeiro Pinto Filho - RS**Distúrbios Respiratórios do Sono** - Pedro Rodrigues Genta - SP**Endoscopia Respiratória** - Mauro Musa Zamboni - RJ**Função Pulmonar** - Sílvia Carla Sousa Rodrigues - SP**Imagem** - Pablo Rydz Pinheiro Santana - SP**Patologia Pulmonar** - Vera Luiza Capelozzi - SP**Pneumologia Pediátrica** - Marina Buarque de Almeida - SP**COORDENADORES DAS COMISSÕES CIENTÍFICAS DA SBPT:****Asma** - Maria Alenita de Oliveira - SP**Câncer Pulmonar** - Gustavo Faibischew Prado - SP**Circulação Pulmonar** - Marcelo Basso Gazzana - SP**Doença Pulmonar Avançada** - Paulo Henrique Ramos Feitosa - DF**Doenças Intersticiais** - José Antônio Baddini Martinez - SP**Doenças Respiratórias Ambientais e Ocupacionais** - Carlos Nunes Tietboehl-Filho - RS**DPOC** - Frederico Leon Arrabal Fernandes - SP**Epidemiologia** - Juliana Carvalho Ferreira - SP**Fibrose Cística** - Rodrigo Abensur Athanzio - SP**Infecções Respiratórias e Micoses** - Mônica Corso Pereira - SP**Pleura** - Roberta Karla Barbosa de Sales - SP**Tabagismo** - Maria da Penha Uchoa Sales - CE**Terapia Intensiva** - Eduardo Leite Vieira Costa - SP**Tuberculose** - Denise Rossato Silva - RS**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:** jbp@jbp.org.br | jbp@sbpt.org.br**Tiragem:** 2.100 exemplares | **Tamanho:** 18 × 26,5 cm**Distribuição:** Gratuita para sócios da SBPT e bibliotecas
Impresso em papel livre de ácidos**APOIO:**Ministério da
EducaçãoMinistério da
Ciência, Tecnologia
e Inovação

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, n. 1085/ Sala 501, Pinheiro, 57057-250- Maceió – AL
 CEP: (82) 30321967
 Telefone: sociedadealagoana.dt@gmail.com
 E-mail: tadeupl@hotmail.com

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (ACAPT)

Presidente: Antônio César Cavallazzi
 Secretário: Adilson Medeiros dos Santos
 Endereço: Rodovia SC, 401 Km 4 – 3854 - Saco Grande
 CEP: 88.032 - 005 - Florianópolis – SC
 Telefone: (48)32310314
 E-mail: acapti@acapti.org.br
 acavallazzi@uol.com.br
 Site: www.acapti.org.br

ASSOCIAÇÃO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DO RIO GRANDE DO NORTE

Presidente: Paulo Roberto de Albuquerque
 Secretária: Suzianne Ruth Hosannah de Lima Pinto
 Endereço: Av. Campos Sales, 762 - Tirol
 CEP: 59.020-300 - Natal – RN
 Telefone: (84)32010367 – (84)999822853
 E-mail: paulo213@uol.com.br

ASSOCIAÇÃO MARANHENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Maria do Rosario da Silva Ramos Costa
 Secretária: Denise Maria Costa Haidar
 Endereço: Travessa do Pimenta, 46 - Olho D'Água
 CEP: 65.065-340 - São Luís – MA
 Telefone: (98) 3226-4074/(98)999736600
 E-mail: rrcosta2904@gmail.com

ASSOCIAÇÃO PARAENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: José Tadeu Colares Monteiro
 Secretária: Lilian França dos Santos Monteiro Pereira
 Endereço: Passagem Bolonha, 134, Bairro Nazaré
 CEP: 66053-060 - Belém – PA
 Telefone: (91)989346998
 E-mail: spapnt@gmail.com
 tadeucolares@hotmail.com

ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Bráulio Dyego Martins Vieira
 Secretária: Tatiana Santos Malheiros Nunes
 Endereço: Avenida Jose dos Santos e Silva, 1903
 Núcleo de Cirurgia Torácica
 CEP: 64001-300 - Teresina – PI
 Telefone: (86)32215068/(86)999306664
 E-mail: brauliodyego@gmail.com

SOCIEDADE AMAZONENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: José Correa Lima Netto
 Secretário: Evandro de Azevedo Martins
 Endereço: Av. Joaquim Nabuco, 1359 Centro - Hospital Beneficente Portuguesa - Setor Cirurgia Torácica
 CEP: 69020030 - Manaus – AM
 Telefone: (92) 3234-6334
 E-mail: aapctmanaus@gmail.com
 limanetto@msn.com

SOCIEDADE BRASILENSE DE DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Jefferson Fontinele e Silva
 Secretária: Licia Zanol Lorencini Stanzani
 Endereço: Setor de Clubes Sul, Trecho 3, Conj. 6
 CEP: 70.200-003 - Brasília – DF
 Tel/fax: (61) 3245-8001
 E-mail: sbdt@ambr.org.br;
 jeffersonfontinele@hotmail.com

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
 CEP: 60160-230 - Fortaleza – CE
 Telefone: (85) 3087-6261 - 3092-0401
 E-mail: assessoria@sctpt.org.br
 Site: www.sctpt.org.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DA BAHIA

Presidente: Guilherme Sôstenes Costa Montal
 Secretária: Dalva Virginia Oliveira Batista Neves
 Endereço: ABM - Rua Baependi, 162
 Sala 03 - Terreo- Ondina
 CEP: 40170-070 - Salvador – BA
 Telefone: (71) 33326844
 E-mail: pneumoba@gmail.com; spba@outlook.com.br;
 montal59@hotmail.com

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO

Presidente: Cileia Aparecida Victória Martins
 Secretária: Karina Tavares Oliveira
 Endereço: Rua Eurico de Aguiar, 130, Sala 514
 Ed. Blue Chip - Praia do Campo
 CEP: 29.055-280 - Vitória – ES
 Telefone: (27) 3345-0564 - (27)999826598
 E-mail: cileia38@hotmail.com

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO

Presidente: Carlos Fernando Gossn Garcia
 Secretária: Karla de Moura Carlos
 Endereço: Av. Miguel Sutil, n. 8000, Edif. Santa Rosa Tower, sala 1207
 CEP: 78040-400- Cuiabá – MT
 Telefone: (65)999681445
 E-mail: cfigarcia@yahoo.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO DO SUL

Presidente: Henrique Ferreira de Brito
 Secretário: Luiz Armando Pereira Patusco
 Endereço: Rua 15 de novembro, 2552 - Edifício One Offices, Sala 901
 CEP: 79020-300- Campo Grande - MS
 Telefone: (67)981628382
 E-mail: hfbrito_med35@hotmail.com

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Presidente: Rogério Lopes Rufino Alves
 Secretário: Alexandre Ciminelli Malizia
 Endereço: Largo do Machado, 21 - GR. 08 - sala 914, Catete
 CEP: 22221-020 - Rio de Janeiro – RJ
 Tel/fax: (21) 3852-3677
 E-mail: sopterj@sopterj.com.br
 Site: www.sopterj.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Adalberto Sperb Rubin
 Vice: Gustavo Chatkin
 Endereço: Av. Ipiranga, 5.311, sala 403
 CEP: 90.610-001 - Porto Alegre – RS
 Telefone: (51) 3384-2889
 E-mail: sptsr.secretaria@gmail.com
 Site: www.sptsr.org.br

SOCIEDADE GOIANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Karla Cristina de Moraes Arantes Curado
 Secretária: Roseliane de Souza Araújo
 Endereço: Galeria Pátio 22 - Rua 22 n. 69, Sala 17 – Setor Oeste
 CEP: 74.120-130 - Goiânia – GO
 Telefone: (62)3251-1202 / (62) 3214-1010
 E-mail: sgpt2007@gmail.com
 karlacurado1@hotmail.com

SOCIEDADE MINEIRA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Rodrigo Luís Barbosa Lima
 Secretário: Leonardo Brant Rodrigues
 Endereço: Av. João Pinheiro, 161 - sala 203 - Centro
 CEP: 30.130-180 - Belo Horizonte – MG
 Tel/fax: (31) 3213-3197 -
 E-mail: smcpct@smcpct.org.br
 Site: www.smpct.org.br

SOCIEDADE PARAIBANA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Ronaldo Rangel Travassos Júnior
 Secretária: Gerlânia Simplicio Sousa
 Endereço: Rua José Florentino Jr. 333– Tambauzinho
 CEP: 58042-040 – João Pessoa – PB
 Telefone: (83)991219129
 E-mail: rangelfr@uol.com.br

SOCIEDADE PARANAENSE DE TISIOLOGIA E DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Irinei Melek
 Secretária Geral: Áquila Andrade Carneiro
 Endereço: Av. Sete de Setembro, 5402 - Conj. 105, 10º andar Batel
 CEP: 80240-000 - Curitiba – PR
 Tel/fax: (41) 3342-8889
 E-mail: contato@pneumopr.org.br
 Site: www.pneumopr.org.br

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Roberto Rodrigues Junior
 Secretária: William Salibe Filho
 Endereço: Rua Machado Bittencourt, 205, 8º andar, conj. 83 - Vila Clementino
 CEP: 04.044-000 São Paulo – SP
 Telefone: 0800 17 1618
 E-mail: sppt@sppt.org.br
 Site: www.sppt.org.br

SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Adriana Vellozo Gonçalves
 Secretária: Danielle Cristina Silva Climaco
 Endereço: Rua João Eugênio de Lima, 235, Boa Viagem
 CEP: 51030-360 - Recife – PE
 Tel/fax: (81)988817435
 E-mail: pneumopernambuco@gmail.com
 adrianavelozo@hotmail.com

SOCIEDADE SERGIPANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Anaelze Siqueira Tavares Tojal
 Secretário: Ostílio Fonseca do Vale
 Endereço: Av. Gonzalo Prado Rollemberg, 211, Sala 11, Bairro São José
 CEP: 49050-370- Aracaju - SE
 Telefone: (79) 21071412 - (79)999780042
 E-mail: anaelze.tojal@gmail.com

DIRETORIA BIÊNIO 2017/2018

Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren (PE) Presidente (biênio 2017/2018)	Ana Luisa Godoy Fernandes (SP) Diretora de Assuntos Científicos
José Miguel Chatkin (RS) Presidente Eleito (biênio 2019/2020)	Irma de Godoy (SP) Diretora de Ensino e Exercício Profissional
Benedito Francisco Cabral Júnior (DF) Secretário-Geral	Fernanda Miranda (GO) Diretora de Comunicação
Marcelo Gervilla Gregório (SP) Diretor de Defesa Profissional	Marcelo Fouad Rabahi (GO) Presidente do Congresso SBPT 2018
Simone Chaves Fagundes (RS) Diretora Financeira	Rogério de Souza (SP) Editor-chefe do JBP

PRESIDENTES DOS CONGRESSOS

Marcelo Fouad Rabahi
Mauro Zamboni

COMISSÃO CIENTÍFICA E ORGANIZADORA LOCAL

Albino Alegro Oliveira	Karla Cristina M. A. Curado
Ana Helena Barbalho Bezerra de Oliveira	Lusmaia Damaceno Camargo Costa
Anna Carolina Galvao Ferreira	Maria Auxiliadora Carmo Moreira
Daniela Graner Schuwartz Tannus Silva	Maria Conceição de Castro A M de Queiroz
Heicilainy Del Carlos Gondim	Roseliane de Souza Araújo

COMISSÃO CIENTÍFICA E ORGANIZADORA NACIONAL

Ana Luisa Godoy Fernandes	Marcelo Fouad Rabahi
Benedito Francisco Cabral Junior	Marcelo Gervilla Gregório
Carla Sousa Rodrigues	Maria Alenita de Oliveira Silva
Carlos Nunes Tietboehl-Filho	Maria da Penha Uchoa Sales
Denise Rossato Silva	Marina Buarque de Almeida
Eduardo Leite Vieira Costa	Mauro Musa Zamboni
Fernanda Miranda	Mônica Corso Pereira
Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren	Pablo Rydz Pinheiro Santana
Flávio Maciel Dias de Andrade	Paulo Henrique Ramos Feitosa
Frederico Leon Arrabal Fernandes	Pedro Rodrigues Genta
Gustavo Faibischew Prado	Roberta Karla Barbosa de Sales
Irma de Godoy	Rodrigo Abensur Athanazio
José Antônio Baddini Martinez	Sérgio Tadeu Lima F. Pereira
José Miguel Chatkin	Simone Chaves Fagundes
Juliana Carvalho Ferreira	Vera Luiza Capelozzi
Marcelo Basso Gazzana	



APRESENTAÇÃO ORAL

AO1 FREQUÊNCIA DE POLIMORFISMOS ENVOLVIDOS NA DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

ISADORA COSTA DA SILVA¹; CARLA LUANA DINARDO²; FREDERICO ARRABAL FERNANDES³; ALBERTO CUKIER³; CAMILA FARIAS⁴; INGRID HELENA RIBEIRO⁵; MARCIA REGINA DEZAN²; THEO GREMEN DE OLIVEIRA²

1.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP; 2.FUNDAÇÃO PRÓ SANGUE HEMOCENTRO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP; 3.INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP; 4.CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO, SP; 5.INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; polimorfismos; tabagismo

Introdução: Embora o tabagismo seja o principal fator de risco para a DPOC, nem todos os fumantes a desenvolvem. A resposta individual ao cigarro é influenciada por fatores genéticos. Estudos revelam correlação entre a dependência de nicotina com alterações de nucleotídeo único (SNPs) no gene CHRNA3/A5, responsável por codificar unidades alfa3 e 5 dos receptores nicotínicos. Os receptores nicotínicos são expressos no sistema nervoso e também em outros tecidos. Nos pulmões são expressos em células epiteliais brônquicas e em células inflamatórias, podendo ter relação ainda não elucidada com a fisiopatologia da DPOC. Acredita-se que o polimorfismo na unidade alfa 5 do receptor nicotínico (A>G) esteja envolvido na modificação da resposta inflamatória ao tabagismo. Variantes de CHRNA5 foram descritas por gerar consequências funcionais, como a alteração da resposta do receptor à nicotina. O polimorfismo de CHRNA3 rs1051730 (C>T) foi significativamente associado a redução de VEF1% previsto. A presença deste polimorfismo em homozigose relaciona-se com enfisema pulmonar. O polimorfismo de CHRNA3 rs6495309 (C>T) altera a afinidade do promotor com o fator de transcrição de ligação de octâmero, resultando assim em uma alteração na expressão da unidade alfa3. **Objetivo:** Identificar a presença e frequência de SNPs nos genes CHRNA5 rs16969968, CHRNA3 rs1051730 e rs6495309 em pacientes portadores da DPOC e comparar com a frequência na população geral.

Métodos: Foram recrutados pacientes com DPOC em ambulatório terciário. A genotipagem foi realizada utilizando DNA extraído de leucócitos. Posteriormente, a identificação dos SNPs foi feita por PCR em tempo real. **Resultados:** O rs16969968 apresentou 3 homozigotos mutados e 24 heterozigotos em 46 pacientes (A frequência genotípica de homozigotos mutados é de 6,52% e frequência alélica de 32,60%). Na população geral, a frequência alélica é 26,10%. O rs1051730 apresentou 3 homozigotos mutados e 25 heterozigotos em 46 pacientes (A frequência genotípica de homozigotos mutados é de 6,52% e frequência alélica de 33,33%). Na população geral, a frequência alélica é 27,91%. O rs6495309 apresentou 2 homozigotos mutados e 15 heterozigotos em 43 pacientes (A frequência genotípica de homozigotos mutados é de 4,65% e frequência alélica de 22,09%). Na população geral, a frequência alélica é 24,73%. **Conclusão:** Mutações em genes que influenciam o tabagismo podem estar presentes na DPOC tanto por

apresentar maior dependência, quanto por um possível efeito inflamação. Conhecer a prevalência dessas mutações é um passo para elucidar essa lacuna no entendimento da gênese da DPOC. Foi encontrada frequência alélica de 2 mutações com proporção maior na DPOC em relação a dados de literatura da população. A presença dessa mutação pode estar implicada em maior dependência nicotínica nos DPOCs e na fisiopatologia da doença.

AO2 INFUSÃO DE CÉLULAS-TRONCO AUTÓLOGAS EM PORTADORES DE DPOC: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO FÍSICO

SELMA DENIS SQUASSONI¹; NADINE CRISTINA MACHADO¹; MONICA SILVEIRA LAPA¹; ADELSON ALVES²; ANDRESSA FORTE³; ELISEO JOJI SEKIYA⁴; JOÃO TADEU RIBEIRO-PAES⁵; ELIE FISS¹

1.FMABC, SANTO ANDRÉ, SP; 2.HEMOCENTRO SÃO LUCAS - TERAPIA CELULAR, SÃO PAULO, SP; 3.TECHLIFE - CENTRO DE TECNOLOGIA CELULAR, SÃO PAULO, SP; 4.INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISAS - IEP-SÃO LUCAS, SÃO PAULO, SP; 5.UNESP, ASSIS, SP.

Palavras-chave: Dpoc; células-tronco; qualidade de vida

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença grave que acomete milhões de pessoas no mundo; apesar de seu tratamento na literatura apresentar constantes mudanças, ainda não existe nenhum recurso curativo bem estabelecido. A qualidade de vida e o teste de caminhada de 6' (TC6') são alguns dos instrumentos validados para avaliar a resposta destes pacientes. A terapia celular (TC) com células-tronco (CT) apresenta-se como uma alternativa terapêutica promissora e com grande potencial de aplicabilidade nestes pacientes. **Objetivo:** avaliar o impacto da infusão de células tronco autólogas na qualidade de vida e no desempenho físico em portadores de DPOC. **Metodologia:** Vinte pacientes com DPOC em grau avançado foram randomizados em 4 grupos distintos: Grupo 1-Controle; Grupo 2-Célula Mononucleares da Medula Óssea (CMMO) coletadas por aspiração da crista ilíaca; Grupo 3-Células Tronco Mesenquimais derivadas do Tecido Adiposo (CTM-TA); Grupo 4-Coinfusão CMMO+CTM-TA infundidas ao mesmo tempo. Foram avaliados os parâmetros do TC6' e do questionário de qualidade de vida durante 12 meses após a terapia celular. **Resultados:** Todos os grupos tiveram melhora da qualidade de vida em relação ao grupo Controle; o grupo Coinfusão apresentou melhora de 47,62% da pontuação basal; o grupo CTM-TA 34,22%; e o grupo CMMO 10,39%. No TC6' não houve diferença na distância, porém a escala de Borg e a saturação (SatO2) evoluíram positivamente. **Conclusão:** Os resultados sugerem que os tratamentos com CT, especialmente CTM-TA autólogas e a associação de CTM-TA com CMMO autólogos tendem a modificar positivamente a qualidade de vida, sem deteriorar o desempenho físico após 12 meses de infusão quando comparado ao tratamento convencional (controle). A TC pode ser uma nova abordagem terapêutica com um amplo potencial a ser investigado em pacientes com DPOC em grau avançado.

AO3 MEDIDAS DE CITOCINAS EM ESCARRO INDUZIDO PARA AVALIAR DPOC OCUPACIONAL/AMBIENTAL

ANDRÉA CRISTINA MENEHINI¹; PAULO ROBERTO TONIDANDEL²; MÔNICA CORSO PEREIRA³; ANDRESSA DE FREITAS MENDES DIONÍSIO³; CRISTINA DE ALMEIDA SOUZA GALEGO⁴; LUCIANA

CRISTINA STRACCIA⁴; GIULIANA BERTOZI¹; ELCIO OLIVEIRA VIANNA⁴

1.HCRP-FMRP, RIBEIRÃO PRETO, SP; 2.UNICAMP, CAMPINAS, SP; 3.UEL, LONDRINA, PR; 4.FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Dpoc; citocinas; escarro induzido

Introdução: A DPOC possui uma inflamação crônica. As citocinas tem função pró-inflamatória levando a crescimento, ativação, proliferação celular e liberação de outros mediadores inflamatórios. **Objetivo:** Descrever a concentração de citocinas em sangue e escarro induzido em DPOC tabagista comparado a DPOC de etiologia ocupacional e/ou ambiental. **Material e métodos:** É um estudo transversal com 31 pacientes sendo 15 pacientes com exposição ao tabagismo e 16 pacientes com exposição ocupacional e/ou ambiental a fumaça da queima de biomassa. Critério de inclusão: diagnóstico de DPOC confirmado pela relação VEF1/CVF < 0,7 (GOLD). Foi realizada indução de escarro constituída de 4 inalações de solução salina hipertônica (NaCl 4,5%) com 5 minutos de duração cada uma, com nebulizador ultrassônico DeVilbiss (UltraNeb 2000, Somerset, PA - EUA). Foi realizada também análise dos biomarcadores inflamatórios em amostra de 5 ml de sangue venoso. Foi utilizada a técnica de Elisa para as medidas de TNF-alfa, IL-6, IL-8 e IL1-beta em sangue e escarro. Como se trata de um estudo em andamento, nem todas as análises foram realizadas até o presente.

Resultados: Os dados serão apresentados em média e desvio-padrão. As comparações entre os grupos foi feita pelo Teste de Mann-Whitney. O TNF α no sangue foi $24,7 \pm 36,8$ e $1,5 \pm 3,3$ ($p=0,04$) no grupo não tabagista ($n=14$) e no grupo tabagista ($n=5$), respectivamente. A IL8 no sangue foi $19,7 \pm 33,4$ e $5,4 \pm 4,0$ ($p=0,52$) no grupo não tabagista ($n=14$) e no grupo tabagista ($n=5$), respectivamente. A IL1 no sangue foi $148,3 \pm 398,3$ ($p=0,22$) e 0 no grupo não tabagista ($n=14$) e no grupo tabagista ($n=5$), respectivamente. A IL6 no sangue foi $54,8 \pm 102,2$ e $2,5 \pm 4,8$ no grupo não tabagista ($n=14$) e no grupo tabagista ($n=5$), respectivamente. O TNF α no escarro foi $50,4 \pm 86$ e $20,9 \pm 19,7$ ($p=0,99$) no grupo não tabagista ($n=9$) e no grupo tabagista ($n=4$), respectivamente. A IL8 no escarro foi $757,5 \pm 1015,4$ e $4432,5 \pm 3028$ ($p=0,02$) no grupo não tabagista ($n=8$) e no grupo tabagista ($n=4$), respectivamente. A IL1 no escarro foi $1662,1 \pm 3452,6$ e $596,8 \pm 210,1$ ($p=0,94$) no grupo não tabagista ($n=9$) e no grupo tabagista, respectivamente ($n=4$). A IL6 no escarro foi $73,4 \pm 75,7$ e $967,9 \pm 445,6$ ($p < 0,01$) no grupo não tabagista ($n=9$) e no grupo tabagista ($n=4$), respectivamente. **Conclusão:** Os dados evidenciam a viabilidade do emprego do escarro induzido em pacientes portadores de DPOC de diferentes etiologias. Os resultados preliminares indicam associação entre o tipo de exposição e as medidas de TNF (sangue), IL6 (escarro) e IL8 (escarro).

A04 EFEITOS DA LIMITAÇÃO AO FLUXO AÉREO EXPIRATÓRIO, PELA TÉCNICA DA ALÇA FLUXO-VOLUME EM REPOUSO, NOS VOLUMES PULMONARES OPERANTES, DISPNEIA E HIPERINSUFLAÇÃO DINÂMICA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
FERNANDA MACHADO BALZAN¹; LUIZ FELIPE FRÖHLICH²; FRANCIELE PLACHI²; JOSÉ ALBERTO NEDER³; DANILO CORTOZI BERTON⁴

1.HOSPITAL CLÍNICAS PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS; 2.PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS; 3.QUEEN'S UNIVERSITY AND KINGSTON GENERAL HOSPITAL, RESPIRATORY INVESTIGATION UNIT, KINGSTON; 4.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PPG EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS - UFRGS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Dpoc; limitação ao fluxo expiratório; recrutamento da musculatura expiratória

Objetivo: A principal característica fisiopatológica da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é a Limitação ao Fluxo Expiratório (LFE). Tradicionalmente, LFE é avaliada por testes que exigem uma manobra de esforço máximo do indivíduo, como a medida do Volume Expiratório Forçado no 1º segundo. Tais medidas não permitem a avaliação da reserva de fluxo que o paciente teria para gerar durante a ventilação corrente em um determinado momento metabólico no repouso e/ou exercício. Sendo assim, a técnica de alça fluxo-volume corrente (FVc) é uma estratégia para avaliar e quantificar a LFE presente durante manobras de ventilação corrente voluntária. O presente estudo objetiva investigar o impacto da presença da LFE, avaliado pela técnica da curva FVc, nos volumes pulmonares operantes, intensidade da dispneia durante o exercício e hiperinsuflação dinâmica (HD) nos pacientes com DPOC versus indivíduos controles pareados por sexo e idade.

Métodos: Estudo transversal, composto por 37 pacientes com DPOC e 9 indivíduos saudáveis (Grupo controle). Todos os participantes realizaram teste de exercício cardiopulmonar incremental com medidas seriadas da capacidade inspiratória, alça fluxo-volume durante o volume corrente (VT), dispneia pela escala de Borg e mensuração contínua das pressões esofágica (Pes) e gástricas (Pgas) por meio de cateter transnasal. LFE grave foi definida como sobreposição da alça fluxo-volume corrente >50% da máxima alça teórica (obtida na manobra de CVF). Recrutamento excessivo da musculatura expiratória durante o exercício foi definido como aumento da razão Pgas(VT)/Pgas(CVF)>15%. **Resultados:** 37 participantes com DPOC (57% homens, média de idade de $62,1 \pm 9,2$ anos e VEF1 $37 \pm 12\%$ previsto). Seis (19%) pacientes não apresentaram LFE grave em repouso. A intensidade da dispneia e a HD foi significativamente menor ($p<0,05$) no grupo sem LFE quando comparado ao grupo com LFE. Embora a dispneia tenha sido diferente entre os grupos de DPOC, não houve diferença significativa entre eles, nos volumes pulmonares operantes durante o exercício. Quanto as medidas da mecânica respiratória, observou-se maior dissociação neuromecânica no grupo com LFE, quando comparados ao grupo sem LFE e controle ($p<0,05$). **Conclusão:** A avaliação da LFE pela técnica da aferição da sobreposição entre alça fluxo-volume corrente e a máxima alça teórica, permite identificar um grupo de pacientes que, apesar de terem função pulmonar similar aos com LFE, apresentam menor dispneia e não desenvolvem hiperinsuflação dinâmica durante o exercício. Os indivíduos sem LFE não recrutam excessivamente a musculatura expiratória em relação aos com LFE. E apesar dos indivíduos que apresentam LFE, recrutarem excessivamente a musculatura expiratória, não tem sua performance ao exercício prejudicada.

A05 MECANISMOS SUBJACENTES E INTENSIDADE DA DISPNEIA AO EXERCÍCIO CONTRASTANDO PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA VERSUS INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

FERNANDA MACHADO BALZAN¹; FRANCIELE PLACHI²; LUIZ FELIPE FRÖHLICH²; RICARDO GASS²; REISI ZAMBAZI²; BIANCA FELDMAN²; JOSÉ ALBERTO NEDER³; DANILO CORTOZI BERTON⁴
1.HOSPITAL CLÍNICAS PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS; 2.PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS; 3.QUEEN'S UNIVERSITY AND KINGSTON GENERAL HOSPITAL, RESPIRATORY INVESTIGATION UNIT, KINGSTON; 4.HOSPITAL

DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS- UFRGS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Dispneia ao exercício; dpoc; ic

Introdução: Dispneia é usualmente uma queixa precoce e relevante nas doenças cardiopulmonares. Os tratamentos atuais baseados em tentativas de reverter a condição crônica subjacente são apenas parcialmente efetivos no manejo desse sintoma. A comparação dos mecanismos e da magnitude da dispneia de esforço em doenças cardíacas e pulmonares parece, portanto, digna de uma investigação mais profunda. **Objetivo:** Comparar a magnitude da dispneia ao exercício e potenciais mecanismos subjacentes em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) (fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) <45%) e DPOC (VEF1/CVF<0,70) versus indivíduos controles pareados por sexo e idade. **Métodos:** Todos os participantes realizaram testes de função pulmonar em repouso e teste de exercício cardiopulmonar incremental em cicloergômetro com mensuração contínua da pressão esofágica e medidas seriadas da capacidade inspiratória (CI) e dispneia (Borg).

Resultados: Foram estudados 38 participantes: 14 com DPOC (59±6 anos; 9 ♂; VEF1/CVF=0,55±0,01; mMRC=2,4±1,3); 14 com IC (57±8 anos; 9 ♂; FEVE=30±6 %; VEF1/CVF= 0,80±0,09, classe funcional NYHA= I:11; II: 3) e 9 controles. A capacidade aeróbia de pico foi similar entre os pacientes (DPOC 65±5 vs IC=63±4% prev) e significativamente menor que nos controles (114±6%; p<0,05). Ambos os grupos de pacientes apresentaram uma ventilação excessiva durante o exercício e, consequentemente, maior intensidade da dispneia para uma determinada carga de trabalho em relação aos controles. Os pacientes com DPOC, entretanto, apresentaram queda significativa da CI em contraste ao observado com os demais participantes. Dessa forma, o grupo DPOC apresentou dispneia mais intensa no pico do exercício (DPOC: 7,9±0,5 vs IC: 3,9±0,7; p<0,05) e uma inflexão na relação dispneia vs carga imposta (≈40W) quando o volume de reserva inspiratório atingiu um limiar crítico (≈0,8L) que coincidiu com o aumento significativo da pressão esofágica em comparação aos demais participantes. **Conclusões:** Pacientes com DPOC e IC apresentam maior intensidade de dispneia ao exercício em relação a controles, provavelmente devido ao excesso ventilatório para a carga de trabalho realizada. Após uma determinada intensidade de exercício, entretanto, quando é atingido um volume de reserva inspiratório crítico, anormalidades da mecânica respiratória levam a um aumento significativo da dispneia na DPOC em comparação ao demais grupos.

AO6 TERAPIA CELULAR EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA AVANÇADA: ACOMPANHAMENTO DE 12 MESES DA FUNÇÃO PULMONAR E DA CINTILOGRAFIA PULMONAR

MÔNICA SILVEIRA LAPA¹; SELMA DENIS SQUASSONI¹; NADINE CRISTINA MACHADO¹; ADELSON ALVES²; ANDRESSA FORTE³; ELISEO JOJI SEKIYA⁴; ELIE FISS⁵; JOÃO TADEU RIBEIRO-PAES⁵
1.FMABC, SNTA ANDRE, SP; 2.HEMOCENTRO SAO LUCAS-TERAPIA CELULAR, SAO PAULO, SP; 3.TECHLIFE-CENTRO DE TECNOLOGIA CELULAR, SAO PAULO, SP; 4.INSTITUTO DE CIENCIAS E PESQUISAS-IEP-SAO LUCAS, SAO PAULO, SP; 5.UNESP, ASSIS, SP.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; terapia celular; função pulmonar

Introdução: Os protocolos de tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) para pacientes com a doença em grau avançado ainda não atingiram eficácia

clínica significativa, apesar das novas estratégias adotadas. Neste contexto, a terapia com células tronco surge como uma nova abordagem terapêutica com um amplo potencial a ser investigado. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da terapia com células-tronco na função pulmonar e na cintilografia pulmonar em pacientes com DPOC avançado após 12 meses da infusão celular. **Metodologia:** Foram recrutados 20 pacientes com grau 3 de COPD (GOLD 2013) distribuídos randomicamente em quatro grupos: 1) células mononucleares da medula óssea; 2) Célula mesenquimais de tecido adiposo; 3) Células mononucleares da medula óssea combinada com células mesenquimais do tecido adiposo e 4) controle. Os pacientes foram avaliados com teste de função pulmonar completa (pletismografia) com medida de difusão inicialmente, aos 3, 6 e 12 meses após infusão de células e, o grupo controle, nos mesmos momentos. Os parâmetros analisados foram capacidade pulmonar total(CPT), volume expirado forçado no primeiro segundo(VEF1), resistência de vias aéreas (Raw), volume residual (VR), CPT/VR, difusão (DLCO), volume alveolar (VA) e DLCO/VA. Os pacientes foram também submetidos a cintilografia quantitativa de ventilação/ perfusão no momento inicial e após 12 meses do tratamento. **Resultados:** Em relação ao VEF1, nenhum grupo apresentou diferença com o tratamento; analisando individualmente, 2 pacientes controles pioraram o VEF1 e um paciente do grupo medula apresentou uma melhora de 400mL entre 6 a 12 meses após o tratamento. O grupo controle apresentou aumento de 170mL, o grupo medula de 330 ml, o combinado de 300mL na CPT após 12 meses de tratamento; já o grupo gordura perdeu 490mL. O grupo controle apresentou aumento de 16% entre 6 a 12 meses no VR; o grupo medula também aumentou 43% o VR após 12 meses de tratamento (2 pacientes apresentaram grande aumento de VR). O Grupo gordura apresentou aumento de VR com 3 e 6 meses; porém não persistiu com 12 meses. O grupo controle, gordura e combinado aumentaram a resistência entre 3 a 12 meses; já o grupo medula apresentou uma diminuição (delta=-66). Em relação ao DLCO%, o grupo medula apresentou significativo aumento do seu valor (delta= 17), enquanto que os demais grupos não apresentaram diferença. Os grupos medula e gordura apresentaram aumento de DLCO/VA. Quanto à cintilografia V/Q, não foram encontradas variações em todos os grupos. **Conclusão:** Os resultados sugerem que o grupo medula teve os melhores efeitos na função pulmonar pois diminuiu a resistência das vias aéreas e aumentou o DLCO e o DLCO/VA, apesar de também ter aumentado a CPT por aumento de VR.

AO7 DIFERENTES CLUSTERS EM PACIENTES COM DPOC: ESTUDO MULTICÊNTRICO

JOSÉ WILLIAM ZUCCHI¹; THAIS GARCIA¹; BRUNA EVELYN BUENO DE MORAIS¹; LUIZ HENRIQUE SOARES MACHADO¹; AMANDA LAIS PERALTA¹; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO¹; IRMA GODOY¹; SUZANA ERICO TANNI¹
UNESP BOTUCATU, BOTUCATU, SP.

Palavras-chave: Fenótipo de dpoc; análise de cluster; função pulmonar

Introdução: Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam características clínicas heterogêneas que estão associadas a diferentes respostas aos tratamentos e prognósticos. Os agrupamentos que podem caracterizar semelhanças entre os pacientes e desfechos diferentes são descritos na literatura. Por outro lado, ainda são escassos dados de cluster de DPOC nacionais. **Objetivo:** Avaliar possíveis clusters na DPOC em dois centros brasileiros. **Métodos:** Avaliamos as comorbidades, índice de Charlson, composição corporal,

tratamento farmacológico, história tabágica, monóxido de carbono exalado, taxa de exacerbações / hospitalizações no último ano, espirometria, teste de caminhada de seis minutos, questionários de qualidade de vida, dispneia, escala hospitalar de ansiedade e depressão. Também coletamos gases arteriais sanguíneos, exames laboratoriais e hemogramas. **Resultados:** Um total de 334 pacientes com sintomas respiratórios e fator de risco para DPOC foram avaliados. Do total, 13 pacientes foram excluídos do estudo porque não completaram o protocolo, 20 pacientes excluídos sem diagnóstico de DPOC e 10 pacientes excluídos porque não foram classificados em nenhum cluster. Assim, foram incluídos 291 pacientes [53,6% do sexo masculino, 67,5 ± 9,6 anos e volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) = 45,5 ± 17,9%]. Para a construção dos clusters, 13 variáveis contínuas foram selecionadas e análise foi realizada com o método Ward, o que determinou quatro clusters. O primeiro cluster foi caracterizado por DPOC leve e pouco sintomática. O segundo cluster foi caracterizado pelo maior valor de eosinófilos periféricos, o terceiro cluster com maior inflamação sistêmica com maior prevalência de depleção nutricional (46,1%) e o quarto cluster apresentou DPOC de maior gravidade e pior troca gasosa. **Conclusão:** As manifestações clínicas e comorbidades associadas à DPOC identificadas nos quatro diferentes grupos deste estudo mostram as características heterogêneas da doença e isso pode estar relacionado a diferentes desfechos e tratamento.

A08 REABILITAÇÃO PULMONAR E FUNÇÃO ENDOTELIAL AVALIADA POR TONOMETRIA ARTERIAL PERIFÉRICA EM PACIENTES COM DPOC

BÁRBARA FERREIRA SCHNEIDER; CINTIA LAURA PEREIRA DE ARAÚJO; GUSTAVO PEREIRA REINALDO; VLADEMIR MORAES MENEZES; BETINA GABRIELE FOSCARINI; PEDRO DAL LAGO UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Dpoc; reabilitação pulmonar; função endotelial

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é a terceira principal causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A doença cardiovascular é uma das principais causas de mortalidade na DPOC. Os efeitos sistêmicos do tabagismo, estilo de vida sedentário e manifestações sistêmicas, como inflamação crônica e disfunção endotelial podem aumentar o risco de mortalidade cardiovascular nesses pacientes. **Objetivo:** Avaliar o impacto de um programa de reabilitação pulmonar (PRP) na função endotelial e na rigidez arterial avaliada por tonometria arterial periférica (PAT) em pacientes com DPOC. **Métodos:** Os pacientes realizaram um PRP três vezes por semana durante 90 min / sessão por 24 sessões e, em seguida, duas vezes por semana por 48 sessões. O índice de hiperemia reativa (RHI), augmentation index (Alx) e frequência cardíaca (FC) avaliados por PAT, pressão arterial sistêmica (PAS), teste de caminhada de seis minutos (TC6M), teste de AVD Glittre (TGlittre) e índice BODE foram avaliados no início e após 24 e 48 sessões do PRP. As comparações entre os valores basais, após a 24ª e a 48ª sessão foram analisadas utilizando-se as Equações de Estimativa Generalizadas com análise post hoc de Bonferroni e a significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$. **Resultados:** Vinte e um sujeitos foram incluídos (idade: 64,6 ± 7,58 anos; VEF1/CVF: 0,48 ± 0,1; VEF1: 34,4 ± 13,8 %prev.) Todos completaram 24 sessões de RP e 16 sujeitos completaram 48 sessões. Os indivíduos apresentaram melhora no TC6M (380 ± 107m vs 434 ± 106m; $p < 0,001$), no TGlittre [4,98 (2,97)min vs 4,11 (1,51)min; $p < 0,001$] e no índice BODE [3 (1,75) vs 2 (1); $p = 0,003$] após 24 sessões, sem melhora adicional após

48 sessões. Não houve mudança na FC, PAS, RHI (0,79 ± 0,28, 0,63 ± 0,31 e 0,67 ± 0,27; $p = 0,234$) e Alx (14,0 ± 16,4, 9,14 ± 17,1 e 13,8 ± 15,9; $p = 0,270$). **Conclusão:** O PRP melhorou a capacidade funcional e o risco de morte avaliado pelo índice BODE, mas não alterou as variáveis cardiovasculares em pacientes com DPOC.

A09 FATORES PREDITORES DE CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

REJANNY DUQUE THOMAZ GARCIA¹; ALICE WILK SILVA RIBEIRO²; SÔNIA MARA MIRANDA DE CARVALHO²; MARCELO FOUAD RABAHI³; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA⁴

1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS; UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA, GOIANIA, GO; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO; 3. CLÍNICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO E MEDICINA DO SONO-CLARE; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIÂNIA, GO; 4. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; educação em saúde; atividade motora

Introdução: Em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a educação em saúde pode incentivar o paciente a aderir ao tratamento, entender melhor as alterações físicas e psicológicas provocadas pela doença e preparar o paciente para o manejo da doença. Poucos estudos investigam o conhecimento sobre a doença especificamente em portadores de DPOC e não se sabe quais fatores estão associados ao conhecimento da doença nestes indivíduos. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre a doença e identificar seus fatores preditores em indivíduos com DPOC, além de descrever as características clínicas e sociodemográficas dos participantes do estudo. **Métodos:** Trata-se de um estudo caso controle, aprovado pelo Comitê de Ética da PUC-Goiás (CAAE: 61577016.3.0000.0037), com portadores de DPOC que fazem acompanhamento médico e/ou treinamento físico supervisionado (TFS) em uma clínica de Pneumologia do Município de Goiânia, Goiás. Foram coletados, por meio de ficha de avaliação clínica, dados clínicos e sociodemográficos e aplicados questionários para avaliar nível de atividade física diária (NAFD), o nível de dispneia, a qualidade de vida e o conhecimento sobre a doença, por meio dos instrumentos Questionário Perfil de Atividade Humana, Escala Medical Research Council, Questionário das Vias Aéreas 20 e Questionário Bristol de Conhecimento sobre a Doença (QBOD), respectivamente. O QBOD é constituído por 65 questões, agrupadas em 13 tópicos e cuja nota final é dada em porcentagem de acertos. Na análise estatística descritiva, as variáveis contínuas foram representadas por média e desvio-padrão e as categóricas, por frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). O teste de regressão linear foi utilizado para a análise do efeito dos fatores preditores do conhecimento sobre a doença e o valor de significância adotado foi de $p \leq 0,05$. **Resultados:** setenta indivíduos foram avaliados, sendo 38 do sexo masculino (54,3%) e 32 (45,7%) do sexo feminino, com média de idade de 72,96 anos (±7,46). A maioria dos indivíduos era casada (58,6%), ex-tabagista (77,1%) e possuía doença cardiovascular associada (64,3%). A média do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) pós broncodilatador em porcentagem foi de 58,33% (±14,75), o que permite classificar a gravidade da doença dos indivíduos deste estudo como moderada. O escore total médio do QBOD foi de 48,31% (±9,35), sendo o que domínio "corticoide inalado" alcançou o pior escore (0,46 ± 0,77). Ao se analisar os fatores preditores de conhecimento

sobre a doença, somente a carga tabágica e NAFD foram significantes ($p=0,04$ e $p=0,02$, respectivamente).

Conclusões: no presente estudo, os indivíduos apresentaram uma média de escore inferior a cinquenta por cento no questionário que avalia conhecimento sobre a doença em portadores de DPOC, o que revela um pobre conhecimento sobre a doença. Carga tabágica e NAFD foram os fatores preditores de conhecimento sobre a doença nestes indivíduos.

AO10 ESTUDO LONGITUDINAL DA FUNÇÃO PULMONAR EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NOS PRIMEIROS 6 ANOS DE VIDA.

FREDERICO ORLANDO FRIEDRICH¹; ANDRÉA LÚCIA CORSO²; VINÍCIUS GONÇALVES BASTOS¹; RENATO T. STEIN¹; LEONARDO A PINTO¹; PAULO M. PITREZ¹; MARCUS H. JONES¹

1.PUCRS, PORTO ALEGRE, RS; 2.DIVISÃO DE NEONATOLOGIA E DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA (UFRGS), PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Nascimento prematuro; espirometria; testes de função pulmonar

Introdução: A prematuridade é acompanhada de vários prejuízos funcionais e os danos no sistema respiratório são acentuados e persistentes. Acompanhar o desenvolvimento das vias aéreas e do parênquima pulmonar de crianças nascidas prematuramente é importante para o entendimento do papel dos eventos perinatais na função ventilatória nos primeiros anos de vida. **Objetivos:** Descrever longitudinalmente a função pulmonar de recém-nascidos prematuros nos primeiros 6 anos de vida. **Métodos:** A função pulmonar foi realizada pela compressão torácica rápida de volume elevado (RVRTC) nos primeiros meses de vida (Teste 1), e por espirometria quando os pacientes tinham de quatro a seis anos de idade (Teste 2). O grupo de controle consistiu em lactentes nascidos a termo sem histórico de doença respiratória e recrutados na mesma comunidade. Os resultados dos testes de função pulmonar foram convertidos em escore Z. Análises comparativas entre prematuros estratificados por idade gestacional (IG) acima ou abaixo de 34 semanas também foram realizadas.

Resultados: Medidas de função pulmonar (Teste 1) foram obtidas nos primeiros meses de vida em 105 prematuros (44 com IG<34 e 61 com IG>34) e em 27 controles sadios. No teste 1 o grupo prematuro, em comparação aos controles, apresentou valores mais baixos de FEF50, FEF75, FEF85, FEF25-75, e de FEV0,5 com $p<0,05$ para todas as comparações. Estratificando por idade gestacional (IG<34, IG>34 e Controles) as diferenças são mantidas com testes Kruskal-Wallis e Jonckheere-Terpstra. Os prematuros com IG<34 apresentaram fluxos máximos significativamente menores quando comparados aos recém-nascidos a termo e recém-nascidos prematuros tardios. A espirometria (Teste 2) foi realizada em 38 prematuros e em 94 controles sadios entre 4 e 6 anos de idade. O grupo de prematuros apresentou redução significativa de VEF1, FEF1/CVF e FEF25-75 quando comparados aos controles sadios ($p<0,05$ para todas as comparações). A redução em FEF25-75 e VEF1/CVF foram significativas em ambos os subgrupos de prematuros. **Conclusões:** A função pulmonar de prematuros é significativamente reduzida ao nascer e persiste com déficit mesmo 6 anos após o nascimento. As alterações são restritas aos fluxos expiratórios máximos e confirmam que o padrão resultante da prematuridade é de distúrbio ventilatório obstrutivo. Este déficit ventilatório é detectado mesmo em prematuros tardios, ainda que assintomáticos. Em conclusão, crianças nascidas prematuramente não normalizam a função pulmonar nos primeiros 6 anos de vida. O déficit em fluxos expiratórios é inversamente proporcional à idade gestacional.

AO11 IMPACTO DA IMUNIZAÇÃO COM VACINA TRÍPLICE BACTERINA ACELULAR (DTaP) EM GESTANTES SOBRE A INCIDÊNCIA DA COQUELUCHE EM RECÉM-NASCIDOS E LACTENTES NO BRASIL.

FREDERICO ORLANDO FRIEDRICH; MARIA CLARA VALADÃO; DÉBORA DETTMER; TALITHA COMARU; PAULO M. PITREZ; MARCUS H. JONES; MARCELO COMERLATO SCOTTA; LEONARDO A PINTO PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Bordetella pertussis; crianças; vacina contra coqueluche

Introdução: A coqueluche é um importante problema de saúde pública em todo mundo, especialmente em lactentes. Em 2013 foi introduzida a vacina dTpa no calendário nacional de vacinação das gestantes. A divulgação desses dados pode contribuir com a adesão dos serviços de pré-natal com a intenção de reduzir a coqueluche em crianças ainda não vacinadas. **Objetivos:** Avaliar as tendências nacionais da incidência da coqueluche em crianças menores de 1 ano no Brasil e o impacto da introdução da vacina dTpa. **Métodos:** Foram analisados o número de hospitalizações e de casos confirmados constantes de coqueluche no DATA-SUS e SINAM respectivamente. Foi utilizada base de dados do Ministério da Saúde do Brasil para analisar casos registrados de 2007 a 2016. Os dados de vacinação foram acessados pelo link pni.datasus.gov.br no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações. **Resultados:** Entre 2007 e 2016 foram identificadas 16.784 hospitalizações por coqueluche em crianças menores de 1 ano de idade no Brasil. Com relação a incidência de casos confirmados, comparando o período pré-vacinação (2011-2013) com o pós (2015-2016) foi observado uma queda de 47.2% na média de casos por ano nesta faixa etária. Em crianças menores de 1 mês de idade a média de incidência por ano foi de 31.5/100.000/ano e 14.3/100.000/ano respectivamente, com incidência variando de 3.9/100.000/ano em 2007 a 64.2/100.000/ano em 2014, caindo para 7.2/100.000/ano em 2016. **Conclusão:** A vacinação da gestante coincide com a redução no número de casos de coqueluche nos menores de 1 mês de vida em 2015-2016. A imunização da gestante parece ter grande impacto na prevenção da doença em lactentes que ainda não iniciaram o esquema vacinal para pertussis.

AO12 IMPEDÂNCIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA.

FREDERICO ORLANDO FRIEDRICH; KATY ARIANE DOS SANTOS CORRÊA; JOÃO PAULO HEINZMANN FILHO; ALESSANDRA VACCARI; CINTIA DIAS DE BARROS; INGRID RODRIGUES FERNANDES; GABRIELA OXLEY; MARCUS H. JONES PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Fibrose cística; impedância respiratória; pediatria

Introdução: A progressão pulmonar na fibrose cística (FC) é a principal causa de morbimortalidade. Há uma premente necessidade de desenvolver e validar novos métodos não invasivos de avaliação da função pulmonar nestes pacientes. A técnica de oscilações forçadas (FOT) é um teste de aplicação simples com alto índice de sucesso e que já é empregada na avaliação de doenças pulmonares obstrutivas crônicas. **Objetivos:** Avaliar a impedância do sistema respiratório por meio da técnica de oscilações forçadas modificada entre crianças e adolescentes com fibrose cística (FC) e sujeitos sadios. **Métodos:** A amostra foi selecionada por conveniência, sendo composta de crianças e adolescentes com FC, com idade entre 6 e 18 anos de idade. Também participaram crianças e adolescentes saudáveis, selecionados a partir de um questionário de sintomas respiratórios, com a mesma

faixa etária do grupo FC. Todos deveriam realizar as medidas antropométricas, seguidas do FOT-ST e do exame espirométrico. **Resultados:** Foram incluídas 35 pacientes com FC e 60 sujeitos saudáveis. A média da idade foi de 11 anos. Não foram observadas diferenças entre os grupos quanto aos dados antropométricos. Os pacientes com FC apresentaram reatância mais negativa (-1,19 versus -0,50, $p=0.005$) e Fres mais elevada (20,07 versus 14,65, $p=0.007$), em comparação aos controles. Na análise “within breath” a diferença da resistência entre o final da inspiração (Rel) e expiração (ReE) significativamente maiores foi mais alta nos portadores de FC (0,41 versus 0,12, $p=0,008$). **Conclusões:** Portadores de FC apresentam uma reatância significativamente mais negativa em várias frequências, bem como, valores mais elevados Fres.

A013 FORMA INFANTIL DA DOENÇA DE POMPE: UM ERRO INATO DO METABOLISMO ASSOCIADO A UM QUADRO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA PROGRESSIVA

LUCAS VILELA DE OLIVEIRA JUNIOR¹; BRENDA RIGATTI¹; DÉBORA PERIN DECOL¹; ANDRESSA GABRIELA DOS SANTOS LERSCH¹; GABRIEL BAGGIO¹; PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN²; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA²

1.UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2.UFCSPA E ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Doença de pompe; genética clínica; insuficiência respiratória

Introdução: A doença de Pompe é uma condição rara caracterizada pelo depósito lisossomal de glicogênio secundário à deficiência da enzima alfa-glicosidase ácida. Nosso objetivo foi relatar um caso da forma infantil da doença, chamando a atenção para a sua associação com um quadro de insuficiência respiratória progressiva e um prognóstico pobre quando não tratado, especialmente de forma precoce.

Relato do Caso: Trata-se de menino de 1 ano e 4 meses de idade com quadro de hipotonia global e hiporreflexia, distúrbio grave da deglutição e alteração de enzimas musculares. Ele é o primeiro filho de um casal de pais jovens e não consanguíneos. Ao nascimento, apresentou anóxia perinatal e episódio de parada cardiorrespiratória. Evoluiu com broncopneumonias por aspiração de repetição e dificuldade de deglutição. Ele foi hospitalizado na unidade de tratamento intensivo pediátrica para realizar tratamento de broncopneumonia por aspiração, porém, evoluiu com fadiga respiratória necessitando de ventilação mecânica da qual ficou dependente. Posteriormente, necessitou também de traqueostomia. Na avaliação através da eletroencefalografia evidenciou-se achados compatíveis com miopatia. Foram solicitadas dosagens de alfa-glicosidase em leucócitos, sangue em papel filtro e pele/fibroblastos para rastreamento da doença de Pompe, os quais mostraram resultados positivos para a doença. **Discussão:** A incidência da forma infantil da doença de Pompe é de 1:138.000 nascimentos. Ela é uma condição que apresenta um padrão de herança autossômico recessivo, ou seja, os pais possuem um risco de recorrência de 25% para a mesma. Sua velocidade de progressão pode ser rápida e letal, especialmente quando não tratada com a terapia de reposição enzimática e de forma precoce, sendo que a média de sobrevida de indivíduos com a forma infantil sem este tratamento é de cerca de 2 anos. O óbito geralmente ocorre devido à obstrução progressiva do fluxo ventricular esquerdo e à insuficiência respiratória.

A014 DOENÇA RENAL POLICÍSTICA DA INFÂNCIA E SUA RELAÇÃO COM DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA

BÁRBARA FERREIRA SCHNEIDER¹; JADE LAZZERON BERTOGGIO¹; MERIALINE GRESELE¹; DÂMARIS MIKAELA BALIN DORDST¹;

DÉBORA CARDOSO CORRÊA¹; PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN²; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA²

1.UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2.ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Rim policístico; doença renal policística da infância; disfunção respiratória

Introdução: a doença renal policística da infância (DRPI) é uma condição genética autossômica recessiva. Nosso objetivo foi descrever um caso de DRPI diagnosticado ainda no período pré-natal, salientando a sua relação com a hipoplasia pulmonar e decorrente disfunção respiratória no período pós-natal. Relato do caso: a gestante veio encaminhada à consulta por apresentar ultrassom fetal com evidência de rins displásicos multicísticos. Ela apresentava 16 anos e estava em sua primeira gravidez. Ela e seu marido eram primos em primeiro grau. O ultrassom morfológico, realizado com 22 semanas de gestação, mostrou achados similares, com rins displásicos apresentando múltiplos cistos e aumentados de volume. Havia adramnia. A ecocardiografia fetal foi normal. O cariótipo fetal foi masculino normal. O ultrassom realizado com 31 semanas de gestação mostrou diminuição da circunferência torácica devido à hipoplasia pulmonar. A ressonância magnética fetal evidenciou achados semelhantes aos do ultrassom e foi compatível com DRPI. A criança, um menino, nasceu de parto cesárea, pesando 3130 g e com escores de Apgar de 2/2. Ele apresentou um quadro de disfunção respiratória importante e foi a óbito logo após o nascimento. **Discussão:** a soma dos achados foi compatível com o diagnóstico de DRPI. A consanguinidade apresentada pelos pais se associa à etiologia da doença, e, neste caso, eles apresentam um risco de recorrência para futura prole de 25%. A DRPI é conhecida como uma das causas de sequência de Potter, sendo classificados, estes casos, como tipo 1. A falta de produção de líquido amniótico, que leva à adramnia, é o principal complicador, uma vez que isto acaba resultando em hipoplasia pulmonar e, consequentemente, grave disfunção respiratória ao nascimento, como observado em nosso paciente.

A015 COMPARAÇÃO ENTRE O PERFIL CLÍNICO DE INDIVÍDUOS COM FIBROSE CÍSTICA DIAGNOSTICADOS NA INFÂNCIA E NA VIDA ADULTA

MONICA DE CÁSSIA FIRMIDA¹; ANA LUIZA IANNARELLA LACERDA¹; INGRID VILLA FRANCA DA SILVEIRA RUBINSTEIN¹; LORRANY KELLY MAFRA¹; LUCIANA SOUZA DE CARVALHO¹; MAYARA BASTOS SOUZA¹; MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO¹; SANDRA PEREIRA IMPAGLIAZZO

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Fibrose cística; diagnóstico; manifestações clínicas

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença genética potencialmente letal e de amplo espectro clínico. O diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para promover qualidade de vida e evitar possíveis complicações. O diagnóstico mais tardio pode estar relacionado com manifestações clínicas mais leves ou com baixa sensibilidade a este diagnóstico diferencial. **Objetivo:** Comparar o perfil clínico de pacientes com FC cujo diagnóstico foi feito antes e a partir dos 18 anos de idade. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, retrospectivo, com 74 pacientes acompanhados em um centro de referência para adultos nos anos de 2012 a 2016. A fonte de consulta para as variáveis descritas foi do banco de dados do Registro Brasileiro de Fibrose Cística (REBRAFC) do referido centro. As variáveis analisadas foram: idade ao diagnóstico, sexo, idade em 2016 ou no óbito, concentração de cloreto no suor e prevalências de mutação de $\Delta F508$, insuficiência pancreática exócrina, colonização por *Pseudomonas aeruginosa* e óbitos. A

comparação entre os grupos foi feita através dos testes de Mann Whitney e exato de Fisher, com significância de 95% ($p < 0,05$). **Resultados:** Dos 74 pacientes, 53 (71,6%) foram diagnosticados na faixa etária pediátrica e 21 (28,4%) na vida adulta. As variáveis com diferença estatística significativa foram mediana de idade ao diagnóstico ($p = 0,001$), que foi de 3 anos (variação 0 a 18 anos) e 22 anos (variação 18 a 61 anos) respectivamente; mediana da concentração de cloretos no suor ($p = 0,0228$), maior nos diagnosticados na infância (89,5 mEq/l e 70 mEq/L); mortalidade ($p = 0,0159$), que foi maior entre os diagnosticados na vida adulta (10/21 - 47,62% vs 9/53 - 16,98%) e mediana da idade de óbito ($p = 0,0403$), que foi de 25 anos (variação de 20 a 34 anos) e 35,5 anos (22 a 45 anos) respectivamente. Também houve diferença da mediana de idade entre os dois grupos em 2016 ($n = 44$): 25 anos (17 a 45) e 35 anos (22 a 64). Não houve diferença estatística para sexo ($p = 0,59$), nem para as prevalências de insuficiência pancreática exócrina ($p = 0,1467$) e de colonização por *Pseudomonas aeruginosa* ($p = 0,1833$). **Conclusões:** Os resultados sugerem que os pacientes diagnosticados na vida adulta podem ter fenótipos mais leves e que a suspeita diagnóstica de FC se dá tardiamente, mediante manifestações de maior gravidade, decorrentes da evolução desta doença progressiva, que culmina com o óbito. O treinamento de profissionais de saúde em busca do diagnóstico mais precoce e do tratamento em centros de referência, são medidas que podem ajudar a promover qualidade de vida e aumento da sobrevida desta população.

AO16 PERFIL DOS PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA ACOMPANHADOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ADULTOS.

MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO¹; MONICA MULLER TAULOIS¹; MONICA DE CÁSSIA FIRMIDA¹; DANIELA DE SOUZA PAIVA BORGLI¹; SANDRA PEREIRA IMPAGLIAZZO¹; CRISTIANE BARBOSA CHAGAS DA SILVA COSTA¹; FERNANDA MARTINS FILGUEIRAS²; AGNALDO JOSÉ LOPES¹

1. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ; 2. UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Fibrose cística; alfadornase; diagnóstico

Introdução: A Fibrose Cística (FC) é uma doença autossômica recessiva com mais de 2000 mutações identificadas para o mesmo gene CFTR disfuncional. Essa heterogeneidade genética possibilita diferentes apresentações clínicas que vão desde formas clássicas, com grave acometimento pulmonar e pancreático até quadros menos expressivos de difícil diagnóstico. **Objetivos:** Descrever o perfil dos pacientes acompanhados no Ambulatório de Fibrose Cística de Adultos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Métodos:** Estudo transversal, com 51 pacientes acompanhados no ano de 2016. Utilizamos os dados do Registro Brasileiro de Fibrose Cística (REBRAFC). Foram descritas as seguintes variáveis: sexo; idade; índice de massa corpórea (IMC); idade ao diagnóstico; frequência de manifestações respiratórias; doença sinusal; hemoptise; insuficiência pancreática exócrina e endócrina (diabetes relacionado a FC - DMFC) e pancreatite. Além do mais, foram descritos o perfil microbiológico do escarro e a frequência de uso de alfadornase e tobramicina inalatória. **Resultados:** Dos 51 pacientes, 22 eram do sexo feminino (43%) com média de idade de 29,9 anos (variando entre 20 e 66 anos). A média $\pm$ desvio padrão do IMC foi de $21,18 \pm 3,33$ kg/m². A média de idade ao diagnóstico foi de 10 anos, variando entre 1 mês e 61 anos. A frequência de manifestações respiratórias foi de 84,3%, de doença sinusal 21,5%, de hemoptise 9,8%, insuficiência pancreática exócrina 76,5% e endócrina com o DMFC de 9,8%. Pancreatite foi descrita em 10% dos casos. Quanto ao perfil microbiológico do

escarro, foram isolados os seguintes germes: *Pseudomonas aeruginosa* não mucoide 21,5%, *Pseudomonas aeruginosa* mucoide 52,9%, *Complexo Burkholderia cepacia* 11,7%, *Stenotrophomonas maltophilia* 1,9% e *Achromobacter* sp 1,9%. Para o tratamento das manifestações pulmonares, 92% faziam uso de alfadornase inalatória, sendo que 41% usavam tobramicina inalatória para o controle da colonização pulmonar. **Conclusões:** A idade média do diagnóstico de 10 anos aponta para as dificuldades encontradas no sistema de saúde para o diagnóstico precoce, que seria um momento adequado quando as intervenções possibilitam um melhor prognóstico. O acesso às medicações específicas para o tratamento, como alfadornase, tobramicina inalatória e terapia de reposição enzimática mudaram drasticamente a evolução da FC. Isso possibilitou que muitos pacientes chegassem à idade adulta, apesar da gravidade decorrente do estado nutricional e da colonização pulmonar. Conhecer o perfil dos pacientes nos permite desenvolver ações pontuais para o melhor acompanhamento e o uso de intervenções adequadas.

AO17 CARACTERÍSTICAS GENÉTICAS E FENOTÍPICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA NO SUL DO BRASIL

ELIANDRA DA SILVEIRA DE LIMA; KATIANA MURIELI DA ROSA; CAMILA CORREIA MACHADO; RENATA ONGARATTO; LEONARDO A PINTO

PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Fibrose cística; genética; mutações

Introdução: a fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva, causada por disfunção no gene que codifica a proteína reguladora da condutância transmembrana (Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator - CFTR). A expectativa de vida de pacientes com FC vem melhorando substancialmente devido ao incremento de tratamentos inovadores e ao avanço da assistência interdisciplinar. Recentemente, terapias específicas ao canal CFTR, capazes de corrigir o defeito básico, têm sido desenvolvidas e aprovadas para uso em vários países, tornando a prescrição de medicamentos mais personalizada. **Objetivos:** descrever as principais mutações identificadas em um grupo de crianças e adolescentes acompanhados em um centro de tratamento de Fibrose Cística no Rio Grande do Sul e associá-las às características clínicas e laboratoriais. **Métodos:** estudo transversal descritivo que incluiu pacientes com fibrose cística acompanhados em um centro de referência no Sul do Brasil que possuíam 2 alelos identificados no gene CFTR. Dados clínicos, antropométricos, laboratoriais e de função pulmonar foram coletados de registros em prontuários e descritos com os resultados de genotipagem da amostra. **Resultados:** foram incluídos 42 pacientes com fibrose cística. A mutação mais frequente foi a F508del, abrangendo 60 alelos (71,4%). A segunda mais comum foi a G542X (6 alelos - 7,1%), seguida das mutações N1303K e R1162X. A maioria dos pacientes (78,6%) tinha insuficiência pancreática, 26,2% apresentou ileo meconial e 16,7% déficit nutricional. Os menores percentis de espirometria foram encontrados em pacientes na faixa etária acima de 18 anos. 59,52% dos pacientes do estudo teriam potencial benefício com o uso de fármacos moduladores de CFTR. Três pacientes (7,14%) apresentam mutações de classe III e IV que podem receber tratamento com ivacaftor e 22 pacientes (52,38%) apresentam homozigose para F508del. **Conclusões:** as mutações identificadas com maior frequência foram F508del e G542X. Estas são mutações com perfil maior de gravidade. Mais da metade (52,38%) da amostra apresentava F508del em

homozigose, genotipagem candidata ao novo tratamento com lumacaftor-ivacaftor. Em torno de sete por cento (7,14%) dos pacientes apresentava mutações classes III e IV, sendo candidatos ao tratamento com ivacaftor.

AO18 COMPARAÇÃO DO GENÓTIPO COM DADOS CLÍNICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

MARILIA DA SILVA GARROTE; LAIS GOMES DE CARVALHO; ISIS CRISTIANE FONSECA OLIVEIRA HELOU; CAMILA MAIA DE MORAIS; VIRGÍNIA AUXILIADORA FREITAS DE CASTRO; NATASHA YUMI MATSUNAGA; RAQUEL VIDICA FERNANDES; LUSMAIA DAMACENO CAMARGO COSTA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Fibrose cística; genética; cftr

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva causada por mutações no gene CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) levando a problemas funcionais da proteína codificada a partir desse gene. Até o momento cerca de 2mil mutações no gene da FC, foram identificadas e as manifestações clínicas podem ser muito variáveis e ocorrer precocemente, ou na vida adulta, a depender do genótipo.

Objetivos: comparar o genótipo e as características clínicas das crianças e adolescentes com FC. **Métodos:** Estudo transversal avaliando pacientes com idade entre 0 a 17 anos, teste do suor positivo e teste genético com mutação patogênica, que tiveram pelo menos uma consulta no período de janeiro de 2016 a abril de 2017, no ambulatório de fibrose cística do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil. Os pacientes foram divididos em 3 grupos, de acordo com a mutação identificada: o primeiro grupo tinha mutação delta F508del homozigoto; o segundo, mutação F508del heterozigoto; e o terceiro, outras mutações. Foram avaliados dados clínicos e sociodemográficos. **Resultados:** Dos 32 pacientes, 21 (65,6%) eram do sexo feminino, 18 (56,5%) brancos. A média ($\pm$ IQR) da idade atual foi de 7,6 ($\pm$ 5,6) anos e ao diagnóstico de 1,8 ($\pm$ 2,8) anos. Em relação às mutações identificadas 8 (25%) eram do primeiro grupo F508del homozigoto e os outros dois grupos tinham 12 pacientes (37,5%) cada. Quanto à procedência, 19 (59,4%) eram do interior de Goiás, 7 (21,9%) de Goiânia e 3 (9,4%) de outros estados. A média do escore SK foi 78,15 $\pm$ 16,42 e mediana de 85 (50-100). 37,5% dos pacientes apresentavam insuficiência pancreática, 59,4% apresentavam sintomas respiratórios e 46,9% déficit nutricional. Quatro pacientes (12,5%) eram colonizados crônicos por pseudomonas aeruginosa. Em relação às comorbidades, 14 pacientes (43,7%) atinham asma, 8 (25%) doença do refluxo, 2 (6,2%) hipertensão pulmonar e 2 (6,2%) diabetes. Em relação ao estado de colonização, não houve diferença estatisticamente significantes entre os três grupos de mutações genéticas e as variáveis analisadas, como idade atual e ao diagnóstico, estado nutricional (peso e altura em escore Z), escore de Shwachman-Kulczycki (SK) e estado de colonização. Porém, observamos menor comprometimento pulmonar ao exame de imagem em pacientes com outras mutações e houve uma tendência a melhor estado nutricional no grupo sem a mutação F508del. **Conclusão:** Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de mutações e as variáveis clínicas estudadas.

AO19 MAPEAMENTO GENÉTICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA DO ESTADO DE GOIÁS

DRIELLI NOÊMIA DE CASTRO REZENDE; TALMA TIBÚRCIO VENÂNCIO; ISIS CRISTIANE FONSECA OLIVEIRA HELOU; MARILIA

DA SILVA GARROTE; NATASHA YUMI MATSUNAGA; RAQUEL VIDICA FERNANDES; VIRGÍNIA AUXILIADORA FREITAS DE CASTRO; LUSMAIA DAMACENO CAMARGO COSTA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Fibrose cística; genética; cftr

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva e multissistêmica, caracterizada pela disfunção do gene cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR). Com a introdução de terapias específicas para o mutação e a perspectiva de medicina personalizada, torna-se cada vez mais necessário o estudo genético com identificação das classes das mutações da proteína CFTR. **Objetivo:** Avaliar os resultados do sequenciamento genético de crianças e adolescentes com FC do estado de Goiás. **Método:** Foram selecionados pacientes de 0 a 17 anos com diagnóstico de FC, teste do suor positivo (cloro acima de 60mmol/L) e mutações patogênicas no sequenciamento genético, acompanhados em 2 centros de referência do Estado de Goiás, sendo o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Anápolis. Foram avaliados o método de triagem, as manifestações clínicas da doença e as alterações encontradas no sequenciamento genético. As mutações cujo nome de legado não constava no banco de dados do projeto 2CFTR foram consideradas como não identificadas. **Resultado:** Foram avaliados 52 pacientes com FC, destes, 19 (36,5%) do sexo masculino, com idade média de 8,08 $\pm$ 5,3 anos e mediana de 8 (1-17) anos. Na amostra, 28 (53,8%) pacientes tiveram o teste de triagem neonatal (TNN) positivo para FC, enquanto os outros tiveram a suspeita da doença pelos sintomas clínicos. Em relação às manifestações, 4 (7,7%) eram assintomáticos, 4 (7,7%) apresentaram apenas manifestações pulmonares, 7 (13,5%) manifestações gastrointestinais e 37 (71,2%) ambas as manifestações associadas. Dos 104 alelos avaliados, 98 apresentaram mutações patogênicas. A mutação mais encontrada foi a F508del, presente em 49 (50%) alelos, seguida da mutação S4X em 8 (8,2%) alelos, mutação intrônica em 7 (7,1%) alelos e não identificadas em 7 (7,1%) alelos. Além disso, 14 (26,9%) pacientes apresentaram mutação F508del homozigoto, 20 (38,5%) F508del heterozigoto e 18 (34,6%) outras mutações não F508del. Foram encontrados 18 pacientes com mutações em homozigose, sendo 14 F508del, 2 S4X, 1 W1282X e 1 R1066C. Em 2 pacientes foram encontrados apenas 1 mutação patogênica (1 R334V e 1 R1066C) e em 1 paciente 1 mutação patogênica não identificada. Em 4 pacientes foram encontradas mutações intrônicas associadas a 1 mutação patogênica (2 F508del, 1 S4X e 1 G542X). Por fim, em 3 pacientes foram encontrados apenas 1 alelo com mutação intrônica. Ao avaliar as classes, 18 (17,3%) alelos foram classificados como classe I, 59 (56,7%) classe II e 4 (5,8%) classe IV. **Conclusão:** Em crianças e adolescentes com FC do estado de Goiás, a mutação genética mais frequente foi a F508del e a maioria das mutações encontradas eram de classe II. A maioria dos pacientes foi diagnosticada pela triagem neonatal e apresentaram manifestações pulmonares e gastrointestinais associadas.

AO20 MODELO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR INDUZIDA POR MONOCROTALINA: PROTOCOLO EXPERIMENTAL EM RATOS

DOUGLAS MESADRI GEWEHR¹; ANDRESSA DE SOUZA BERTOLDI¹; GABRIEL ANTÔNIO COLTRO²; GABRIELA RODRIGUES SALGUEIRO²; HELOISA IACOMO VIEIRA²; PAOLA CARDOSO PRETO¹; LUIZ FERNANDO KUBRUSLY²

1.FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ/INSTITUTO DENTON

COOLEY, CURITIBA, PR; 2.FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ, CURITIBA, PR.

Palavras-chave: Monocrotalina; hipertensão arterial pulmonar; protocolo

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma situação clínica grave e progressiva, caracterizada por vasoconstrição pulmonar, trombose in situ e remodelamento vascular, podendo levar a Cor pulmonale e morte prematura. Apesar da gravidade, os modelos experimentais de indução de HAP em animais são escassos e cursam com muitos efeitos adversos, impossibilitando, desse modo, um manejo terapêutico adequado. **Objetivo:** Desenvolver e implementar um protocolo experimental de hipertensão arterial pulmonar em ratos tratados com monocrotalina (MTC). **Métodos:** Foram utilizados 50 ratos machos Wistar divididos em 4 grupos, sendo um controle. Os 3 grupos restantes foram submetidos a inoculação de MTC (60mg/kg IP) e ficaram sob o efeito da substância por 15, 30 e 37 dias. Ao final de cada período os animais foram mortos por exsanguinação, sendo realizada a retirada dos pulmões, coração, rins e fígado, para posterior análise anatomopatológica. Animais que morreram antes de seus respectivos períodos foram incluídos no grupo autópsia. **Resultados:** Verificou-se o aparecimento gradativo de sinais de doença pulmonar, como anorexia, perda ponderal, irregularidade respiratória e cianose de extremidades; esses sinais se tornaram mais evidentes nos grupos 37 dias e autópsia. A análise ponderal mostrou uma diminuição do ganho de peso à medida que os ratos ficaram mais tempo expostos a MTC, de modo que, no grupo 37 dias, houve uma redução de cerca de 11% ($p < 0,0001$). Observou-se um aumento progressivo do peso relativo pulmonar e cardíaco ($p < 0,0001$), sendo esse aumento relacionado a congestão pulmonar e hipertrofia ventricular direita, respectivamente. Verificou-se um aumento progressivo da congestão pulmonar quanto maior o tempo de exposição à MTC, com repercussões hemodinâmicas visíveis no momento da eutanásia. No grupo de 37 dias, foi observado intensa congestão pulmonar; 50% apresentavam líquido serohialino na cavidade torácica, 30% dos pulmões apresentavam petéquias e 20% possuíam aspecto ferruginoso. Fígados e rins estavam diminuídos de tamanho e peso, lisos e brilhantes, com áreas enegrecidas. Os ratos enquadados no grupo autópsia apresentavam eventos vasculares generalizados, com pulmões intensamente congestos, exsudato serohialino em cavidade torácica e áreas enegrecidas em fígado, rins e baço. A análise histológica mostrou hipertrofia da camada média na coloração HE, de forma mais discreta no grupo 37 dias e de moderada-acentuada nos grupos 15 e 30 dias, acompanhado de lesão intimal, exsudato intra-alveolar (macrofágico, hemorrágico e sero-fibrinoso), espessamento de paredes alveolares e destruição de parênquima pulmonar. **Conclusão:** A MTC é uma substância in natura, de alta toxicidade pulmonar e também sistêmica. Contudo, é de fácil obtenção, administração e manipulação, apresenta baixa mortalidade, desde que os animais sejam mantidos por um período de curto à médio prazo sob ação da substância, e efetiva para o estabelecimento de HAP.

A021 HIPERTENSÃO PULMONAR INDUZIDA PELA PARACOCIDIOIDOMICOSE EXPERIMENTAL

PATRICIA DOS SANTOS LEÃO; SABRINA SETEMBRE BATAH; AMANDA LUIZA DOS SANTOS; ERIKA NASCIMENTO; ROBERTO MARTINEZ; ADRIANA IGNÁCIO DE PÁDUA; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; paracoccidiodomicose; remodelamento

Introdução: Paracoccidiodomicose (Pb) é uma infecção fúngica pulmonar endêmica na América Latina relacionada a ambientes rurais e atividades agrícolas. Os tratamentos atuais são eficazes e curativos da infecção. Contudo, muitos casos podem desenvolver uma fibrose pulmonar residual, a qual pode contribuir para um destacado aumento da morbi-mortalidade. A inflamação granulomatosa pode desencadear um processo crítico de remodelamento pulmonar parenquimatoso e vascular, devido à deposição de matriz extracelular desorganizada e notável distorção arquitetural. **Objetivo:** Determinar o desenvolvimento da hipertensão pulmonar em um modelo experimental de paracoccidiodomicose pulmonar (HPiPb). **Métodos:** Estudo de caso-controle prospectivo realizado com 12 ratos machos Wistar Hannover com 4 semanas de idade. Os animais foram tratados com 1×10^8 Pb18 na forma de levedura através de instilação intrapulmonar. O grupo controle foi tratado com solução salina. Após 8 semanas, foi realizado o cateterismo direito para medida da pressão intraventricular. A análise histomorfológica por coloração de H&E e de histoquímica pelo picrossirius red com posterior morfometria foram realizadas. **Resultados:** O peso dos ratos foi pelo menos 10% menor que o esperado após 8 semanas. A média pulmonar pressão arterial (PAPm) foi significativamente maior no grupo HPiPb em comparação aos controles ($19,4 \pm 3,50$ mmHg vs $43,2 \pm 14,48$ mmHg, $p < 0,05$). Além disso, a análise histológica demonstrou granulomas bem formados com Pb no eixo broncovascular. Houve demarcada deposição de matriz extracelular, especialmente grossas fibras colágenas, na camada adventícia de pequenos vasos pulmonares ($6 \pm 0,81\%$ vs $17 \pm 2,01\%$, $p < 0,005$). Os parâmetros morfométricos se correlacionaram significativamente com mPAP. Eventuais e focais espessamentos da camada muscular lisa e hiperplasia endotelial foram descritos. **Conclusões:** Paracoccidiodomicose pode induzir remodelamento vascular com exuberante deposição de fibras colágenas na camada adventícia de pequenos vasos, justificando a posterior hipertensão pulmonar observada. Nossos resultados sugerem que a paracoccidiodomicose deve ser um fator desencadeante ou acelerador da hipertensão pulmonar devido à lesão de pequenos vasos. Recomenda-se estudos clínicos para estabelecer o papel do cateterismo cardíaco direito no diagnóstico precoce de HPiPb. (FAPESP 2016/23933-0).

A022 VALIDAÇÃO DE MICRORNAS CIRCULANTES PARA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA

ALEXANDRE TODOROVIC FABRO¹; SABRINA SETEMBRE BATAH¹; JULIANA RODRIGUES MACHADO²; ADRIANA IGNÁCIO DE PÁDUA¹; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ¹; CLAUDIA APARECIDA RAINHO³; HUGO HYUNG BOK YOO⁴; VERA LUIZA CAPELOZZI⁵
1.FMRP/USP, RIBEIRÃO PRETO, SP; 2.HCFMB, BOTUCATU, SP; 3.IBB/UNESP, BOTUCATU, SP; 4.FMB/UNESP, BOTUCATU, SP; 5.FMUSP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; tromboembolismo crônico; micrornas

Introdução: A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica define-se pela presença de trombo organizado na circulação arterial pulmonar, remodelamento vascular e aumento da resistência vascular pulmonar. Os processos fisiopatológicos relacionados a sua patogênese são modulados por microRNAs, os quais podem exercer efeitos parácrino e endócrino, permitindo seu reconhecimento como biomarcadores. **Objetivos:** Validar microRNAs plasmáticos circulantes identificados por NGS de pacientes

com hipertensão pulmonar tromboembólica crônica. **Métodos:** Os microRNAs plasmáticos de 12 pacientes com hipertensão pulmonar tromboembólica e 10 controles sadios foram extraídos por Mirneasy serum/plasma kit (Qiagen, Hilden, Germany), feito bibliotecas com Illumina TruSeq Small RNA-Seq Sample Prep Kit (Illumina, California, USA) e sequenciados por Illumina NextSeq500 (Illumina, California, USA). Dados clínico e laboratoriais foram tabulados como medidas do cateterismo cardíaco direito. Os microRNAs diferencialmente expressos em maior nível foram selecionados para validação em outros adicionais 10 pacientes com hipertensão pulmonar tromboembólica e 10 saudáveis por qPCR em Applied Biosystems StepOnePlus Real-Time PCR Systems por sistema Taqman. **Resultados:** A pressão arterial pulmonar média foi significativamente diferente nos pacientes com hipertensão pulmonar tromboembólica crônica nas duas populações de pacientes. O RNA extraído foi de alta qualidade e o sequenciamento mostrou um perfil diferentemente expresso entre os grupos ($p < 0,05$). Os miR-143-3p e miR487a-3p foram selecionados e validados na segunda população de pacientes, indicando diferente expressão. **Conclusão:** O perfil de microRNAs identificados pelo next generation sequencing e validado por qPCR pode refletir a patogênese da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica, indicando potenciais biomarcadores diagnósticos e preditivos. Contudo, novos estudos são necessários para confirmar seu papel translacional no paciente. (FAPESP 2015/06387-0 e 2015/06708-0).

AO23 ESTUDO DE HIPERTENSÃO PULMONAR E TROMBOEMBOLIA VENOSA EM DOENTES RENAI CRÔNICOS E SUA CORRELAÇÃO COM O RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

ANDRESSA LIZ CANDIDO; ANA CLARA RIBEIRO; HUGO HYUNG BOK YOO

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

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; tromboembolismo venoso; doença renal crônica

Introdução: A doença renal crônica (DRC) é uma das diversas causas de hipertensão pulmonar (HP). Dados como a prevalência da HP, sua patogênese e fatores prognósticos neste grupo ainda são pouco estudados. Apesar dos escassos dados na literatura, suspeita-se que o tromboembolismo venoso (TEV) possa ser um fator influenciador de sobrevida em DRC devido aos seus mecanismos hemostáticos, sobretudo disfunção endotelial. Assim, eventos tromboembólicos decorrentes podem aumentar o risco de doença cardiovascular (DCV) nesta população. **Objetivos:** a) Determinar a prevalência de TEV e outros eventos tromboembólicos em portadores de DRC b) Estudar a associação entre eventos tromboembólicos e HP em portadores de DRC. c) Estudar o risco de DCV em pacientes com DRC e correlacionar com ocorrência de TEV e/ou HP. **Métodos:** Estudo transversal com 206 participantes, subdivididos em 4 grupos de acordo com taxa de filtração glomerular. Grupo I: TFG 30-60 ml/min; Grupo II: TFG <30 ml/min; Grupo III: dialíticos; Grupo IV: TFG >60 ml/min – grupo controle. O banco de dados foi elaborado a partir do que foi obtido nos prontuários eletrônicos contendo eventos ocorridos durante a evolução da doença, exames laboratoriais e de imagem realizados. Também foram solicitados, adicionalmente, Ultrassonografia de Carótidas e Vasodilatação Fluxo Mediada da Artéria Braquial – uma medida de disfunção endotelial. Para estudo das associações entre as variáveis categóricas foram utilizados Teste do Qui-

Quadrado e T-Test, quando adequado. Foi adotado um nível de significância estatístico $p < 0,05$. Resultados A prevalência de TEV foi maior nos grupos com comprometimento da função renal (>6%), quando comparados ao grupo controle (6%). Sendo marcante a presença dessas complicações nos estágios iniciais da doença (grupo I: 20%; 8% entre dialíticos). Houve alta prevalência (>8%) de HP em grupos com comprometimento renal quando comparados ao grupo controle (2%), principalmente no estágio inicial da doença renal crônica (grupo I: 18%). Comparando-se pacientes portadores de HP e não portadores, houve 633,4%, 230,7% e 443,7% maior probabilidade para complicações venosas (TEV e TEP), arteriais (AVC, IAM, OAA, DAOP) e ambas. Houve maior prevalência de complicações cardiovasculares (>24,6%) nos grupos com comprometimento da função renal, quando comparados ao grupo controle (20%). Sendo marcante a presença dessas complicações no grupo II (38,8%), entre os pacientes com DRC não-dialíticos. Conclusão Neste estudo, temos como principal resultado o de que a Hipertensão Pulmonar (HP) foi um fator independente da taxa de filtração glomerular para aumentar em 189% a probabilidade de complicações arteriais ($p = 0,049$). Também foi fator independente para aumentar a probabilidade em 554% de complicações venosas ($p = 0,002$). Em resumo, para um mesmo estágio de DRC, o paciente com Hipertensão Pulmonar, tem maior risco cardiovascular que o paciente DRC sem HP.

AO24 DOSAGEM DE D-DÍMEROS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM SUSPEITA DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA: É ÚTIL NA PRÁTICA CLÍNICA ?

MARCELO BASSO GAZZANA; FRANCES KOPPLIN CRESPO; AUREA LUIZA FERNANDES MAGALHAES; IGOR GORSKI BENEDETTO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Tromboembolia pulmonar; d-dímeros; métodos diagnósticos

Introdução: Os D-dímeros são produto da degradação da fibrina que indicam ativação da coagulação. A dosagem dos seus níveis séricos é uma ferramenta diagnóstica útil em pacientes com suspeita de tromboembolia pulmonar (TEP), sendo indicada para aqueles com baixa probabilidade clínica, pois níveis normais excluem o diagnóstico sem necessidade de outros exames. Entretanto, sua validade foi testada principalmente em pacientes atendidos em emergências, havendo menor evidência naqueles já hospitalizados.

Objetivo: Descrever os resultados e a adequação da solicitação da dosagem de D-dímeros na investigação de pacientes hospitalizados com suspeita de TEP. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, realizado no Hospital Moínhos de Vento (Porto Alegre, RS), de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017. Foram incluídos pacientes com suspeita de TEP após a hospitalização (por outro motivo que não TEP) e que dosaram os níveis séricos de D-dímeros. Dados foram coletados do prontuário eletrônico da Instituição. Considerou-se investigação adequada aquela que seguiu as diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC, 2014). **Resultados:** Foram incluídos 167 pacientes no período do estudo, cuja média da idade foi de 66,2 anos ($\pm 20,1$), sendo a maioria do gênero feminino ($n=103$; 61,7%), internada em enfermarias clínico-cirúrgicas ($n=125$; 74,9%) e com síndrome clínica de dispnéia isolada ($n=68$; 40,7%). A média do nível sérico de D-dímeros foi de 3.246,7 ng/mL ($\pm 3.319,6$), sendo que 21 pacientes (12,6%) apresentava valores maiores que 10.000 ng/mL. Usando ponto de corte tradicional em 500 ng/mL os níveis foram normais em 26 pacientes (15,6%), e quando corrigido pela idade foram normais em 35 pacientes (20,9%). Foi diagnosticado TEP em

18 pacientes (10,8%), sendo que em 12 (66,7%) o método foi angiotomografia computadorizada de artérias pulmonares (angioTC). Em 5 casos havia sinais de disfunção ventricular direita (27,8% dos casos de TEP). Em todos pacientes com TEP confirmada os níveis de D-dímeros eram maiores que 500 ng/mL. Trombose venosa profunda foi detectada em 7 casos (4,2 %). A investigação foi considerada adequada em somente 74 pacientes (44,3%). Em 34 (20,4%) o escore de Wells era maior que 4, sendo que a dosagem de D-dímeros foi realizada desnecessariamente. Por outro lado, angioTC não foi solicitada em 53 pacientes (31,7%) que apresentavam níveis elevados de D-dímeros. Mesmo com dosagem normal e baixa suspeita clínica, angioTC de artérias pulmonares foi solicitada inadequadamente em 3 pacientes. Trinta pacientes (17,9%) foram ao óbito durante a internação, sendo que 6 apresentavam TEP (20% dos óbitos). **Conclusão:** Os níveis séricos de D-dímeros são elevados na grande maioria dos pacientes com suspeita durante a hospitalização, o que reduz sua utilidade diagnóstica. Adicionalmente, a dosagem de D-dímeros é solicitada inadequadamente em um grupo significativo dos pacientes, e o resultado obtido muitas vezes não é usado de forma correta na investigação.

AO25 AVALIAÇÃO DO COMPROMETIMENTO AFETIVO E SATISFAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA CIDADE DE INHUMAS-GO COM O SEU LOCAL DE TRABALHO. THAYS GARCIA SOUTO DE FIGUEIREDO¹; ERIKSON CUSTÓDIO ALCÂNTARA¹; MARCELO FOUAD RABAH²; IRIDIVAL CRISTINO DE FIGUEIREDO²; NÚRIA BERNARDO LEITE³; YAGO DIAS DA SILVA⁴; MARILINI DE LIMA TEIXEIRA GONÇALVES⁵; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA¹

1.PUC-GO, GOIANIA, GO; 2.UFG-GO, GOIÂNIA, GO;
3.HUGOL, GOIANIA, GO; 4.FACULDADE DELTA, GOIANIA, GO;
5.FACULDADE UNYLEYA, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; comprometimento e satisfação com o trabalho; agentes comunitários de saúde

Introdução: O Agente Comunitário de Saúde (ACS), como membro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assume um importante papel, por ser considerado o elo entre a comunidade e o sistema de saúde e por superar a dicotomia existente entre comunidade e profissionais de saúde. O mesmo recebe e encaminha as demandas individuais e coletivas da comunidade, exerce um contato permanente com as famílias e estabelece com as mesmas uma estreita relação de confiança e vínculo, que facilita sobremaneira o trabalho de vigilância em saúde. Os ACS são fundamentais para o funcionamento adequado da atenção primária, no entanto, a pouca valorização profissional pode refletir em insatisfação e falta de comprometimento com o trabalho, podendo deixar de contribuir com o processo de saúde-doença. **Objetivos:** Avaliar o comprometimento afetivo e a satisfação dos Agentes Comunitários de Saúde da cidade de Inhumas-GO com seu local de trabalho e verificar correlação entre o comprometimento afetivo e a satisfação com o trabalho. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo realizado no município de Inhumas-GO com Agentes Comunitários de saúde. Foram aplicados dois instrumentos validados, a Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo (ECOIA), que visa medir o vínculo afetivo do indivíduo com a organização onde trabalha, e a versão reduzida da Escala de Satisfação com o Trabalho (EST), que tem o objetivo de avaliar o grau de contentamento do indivíduo frente a três dimensões do seu trabalho. O cômputo do escore médio de cada uma das três dimensões será obtido separadamente somando-se os valores indicados pelo respondente de cada item e dividindo-se esse valor pela quantidade de itens da

dimensão. Para a análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, os dados foram apresentados em média, desvio padrão e frequência relativa. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste de correlação de Spearman para correlacionar comprometimento afetivo e satisfação com o trabalho. O valor de significância adotado foi de $p \leq 0.05$. **Resultados:** Foram avaliados 40 ACS, média de idade de $42,44 \pm 7,95$ anos, tempo de exercício da profissão de $164,12 \pm 42,77$ meses, 85% do sexo feminino, a maioria apresenta ensino médio completo (75%), seguido de ensino superior (15,3%). O desempenho no ECOIA e EST foram $14,35 \pm 5,17$ e $62,77 \pm 14,30$ pontos respectivamente. Houve correlação entre o ECOIA e EST ($r=0,54$, $p<0,001$). **Conclusão:** Os Agentes Comunitários de Saúde sentem-se afetivamente comprometidos e satisfeitos com a organização onde trabalham, sendo que quanto maior o comprometimento com o trabalho, maior a satisfação desses trabalhadores.

AO26 HOSPITALIZAÇÕES POR ASMA NO BRASIL: ANÁLISE DOS ANOS DE 2008 A 2017

DANIELLE SILVA DOS SANTOS; MAIARA DA SILVA BRANDÃO RODRIGUES; MARCELA DA SILVA SOUZA; ANA CARLA CARVALHO COELHO; CAROLINA SOUZA-MACHADO
UFBA, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Asma; morbidade; internações

Introdução: A asma é uma das doenças crônicas controláveis mais prevalentes, responsável por mais de 100 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivo Estimar a frequência de internações por asma registrada no SUS no Brasil, no período de 2008 a 2017.

Métodos: Trata-se de um estudo ecológico, descritivo. Os dados sobre as frequências anuais de hospitalizações foram obtidos por meio do SIH/DATSUS. As informações foram coletadas na guia Epidemiológicas e Morbidade, segundo grupo Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS), de acordo com local de residência a partir de 2008, com lista de morbidade (CID-10): Asma. As variáveis estudadas foram a região federativa, sexo e faixa etária. A população residente foi obtida por meio do Censo populacional 2010 do IBGE. As taxas de hospitalizações por asma foram calculadas por meio da razão entre o número absoluto de internações por asma, dividido pela população residente no ano ou período multiplicado 10.000 habitantes. Também foram calculadas as taxas de hospitalizações para faixa etárias e sexo. **Resultados:** Foram registradas 1.480.188 internações por asma no Brasil no período de 2008 a 2017. A média das taxas de hospitalizações por asma no Brasil foi de 76,6/10.000 habitantes. No período de estudo, a maior taxa de hospitalização por asma ocorreu em 2008 (10,8/10.000 habitantes) e a menor em 2017 (4,7/10.000 habitantes). Observou-se que na Região Nordeste nos anos de 2008 e 2017, as taxas de hospitalização por asma foram de 16,7/10.000 habitantes e 7,0/10.000 habitantes, respectivamente. Enquanto a região Sudeste obteve a menor taxa de hospitalização por asma no mesmo período, 6,1/10.000 habitantes em 2008 e 2,8/10.000 habitantes em 2017. Ainda em 2017 indivíduos menores de 01 ano de idade foram os que obtiveram a taxa média de hospitalização por asma mais elevada no período do estudo (48,8/10.000 habitantes), seguidos da faixa etária 01 a 04 anos com taxa média de 40,4/10.000 habitantes. A média das taxas de hospitalizações por asma no sexo feminino foi de 7,6/10.000 habitantes e no sexo masculino de 7,7/10.000 habitantes. **Conclusões:** As taxas de hospitalização por asma no Brasil continuam elevadas no período analisado, considerando a natureza controlável desta enfermidade, principalmente

nas faixas etárias extremas. As regiões economicamente desprivilegiadas e com menor acesso à saúde refletem as taxas de hospitalizações por asma mais elevadas do país.

AO27 COMPARAÇÃO NOS CUSTOS E NA MORTALIDADE DE PACIENTES COM DPOC ATENDIDOS NO SERVIÇO PÚBLICO E PRIVADO DA PARAÍBA

MARIA BEATRIZ SARMENTO DE OLIVEIRA ABRANTES SARMENTO¹; DIEGO PEREIRA DE MELO OLIVEIRA²; ERIKA MIRANDA VASCONCELOS³; HIAGO DANTAS MEDEIROS¹; LAÍS NÓBREGA VIEIRA⁴; MIRELY GOMES GADELHA DE OLIVEIRA¹; VALESKA CARVALHO DANTAS DE FRANÇA¹; GEORGIA PAIVA WINCKLER¹
1.UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB), JOAO PESSOA, PB; 2.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS (FCM-PB), JOÃO PESSOA, PB; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, UFPB, JOÃO PESSOA, PB; 4.CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ), JOÃO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Dpoc; custos; mortalidade

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma afecção caracterizada por limitação ao fluxo aéreo, tendo como principal fator de risco a exposição a substâncias e gases tóxicos, entre eles o tabagismo. Atualmente, é a quarta causa de morte no mundo, e, no Brasil, em 2015, ela foi responsável por 42.364 mortes. As exacerbações, piores agudas dos sintomas respiratórios, são a principal causa de internações, gerando gastos com impacto econômico significativo. **Objetivos:** Comparar o número de internações, óbitos, dias de permanência hospitalar e custos hospitalares de pacientes com DPOC atendidos nos serviços público e privado da Paraíba, durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2015. **Métodos:** Foi realizado estudo epidemiológico descritivo, cujas informações foram retiradas da base de dados do DATASUS. As variáveis utilizadas foram a quantidade de internações, o valor médio de dias de permanência hospitalar, número de óbitos e custos dos serviços hospitalares por DPOC na Paraíba nos serviços público e privado, no período de janeiro 2008 a dezembro de 2015. **Resultados:** Na Paraíba, de um total de 26.407 internações, no período de 2008 a 2015, 17.397 foram no regime privado, com custos em média de 800,66 reais; e 9.010 internações, no público, com custos em média, 842,39 reais. Os gastos hospitalares, durante esses anos, somaram R\$ 15.301.407,00, dos quais o sistema privado foi responsável por R\$ 9.453.934,00, e o público, por R\$ 5.847.473,00. O percentual de óbitos, no serviço particular, foi significativamente menor, correspondendo a 2,24% do total de internações, quando comparado ao público com 7,07% de mortes sobre o total de hospitalizações. Com relação ao tempo médio de permanência hospitalar, no regime privado, os pacientes passavam 4,4 dias, enquanto que, no público, durante os anos vistos, os enfermos ficavam internados durante 5,8 dias. **Conclusões:** Observamos maior taxa de internação por DPOC, bem como dos custos em serviços hospitalares no sistema privado, com menores taxas de mortalidade e de tempo médio de permanência hospitalar, quando comparados aos dados obtidos no serviço público. Os resultados nos alertam sobre a necessidade de uma análise mais detalhada das causas de maior taxa de mortalidade associada à DPOC no serviço público, talvez com aumento de gastos em procedimentos terapêuticos junto a estes pacientes.

AO28 INTERNAÇÕES E ÓBITOS HOSPITALARES POR PNEUMONIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) POR FAIXA ETÁRIA NO BRASIL ENTRE 2008 E 2017

MARIA BEATRIZ SARMENTO DE OLIVEIRA ABRANTES SARMENTO¹; DIEGO PEREIRA DE MELO OLIVEIRA²; ERIKA MIRANDA VASCONCELOS³; HIAGO DANTAS MEDEIROS¹; LAÍS NÓBREGA

VIEIRA⁴; MIRELY GOMES GADELHA DE OLIVEIRA³; VALESKA CARVALHO DANTAS DE FRANÇA³; GEORGIA PAIVA WINCKLER³
1.UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB), JOAO PESSOA, PB; 2.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS (FCM-PB), JOÃO PESSOA, PB; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, UFPB, JOÃO PESSOA, PB; 4.CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ), JOÃO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Pneumonia; internações; óbitos

Introdução: A pneumonia é uma doença infecciosa aguda que acomete o parênquima pulmonar. A doença é responsável por um número elevado de complicações e de mortalidade, tendo um grande impacto na saúde pública. É subdividida em Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e em Pneumonia Adquirida no Hospital (PAH). Define-se como PAC o processo patológico em que o paciente não foi hospitalizado, ou teve exposição regular a serviços ou procedimentos de saúde em um período menor que 48 horas, enquanto PAH é causada pela flora nosocomial, após 48 h de internação hospitalar. **Objetivos:** Avaliar as internações e os óbitos hospitalares por pneumonia no Brasil no período de 2008 a 2017, de acordo com a faixa etária. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo com abordagem quantitativa. Os dados de internações e de óbitos hospitalares por pneumonia foram coletados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados foram extraídos por faixa etária, a partir da lista de morbidade do CID-10 para pneumonia, no Brasil, no período de 2008 a 2017 e submetidos à análise. Os dados são secundários, de domínio público, portanto não houve necessidade de submeter o trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP). **Resultados:** No período de 2008 a 2017, o número total de internações por pneumonia caiu de 702.598 para 612.556 e o número de óbitos hospitalares subiu de 31.184 para 54.765. Dessa forma, houve uma redução na taxa de internações de 14,7% e um aumento na taxa de óbitos de 75,6%. Houve redução do número de internações em todas as faixas etárias entre 0 e 49 anos: 62,4% na faixa dos 0 aos 14 anos e 48,5% dos 15 aos 49 anos; entretanto o número de óbitos só se reduziu na faixa dos 0 aos 14 anos (28,3%). Para a faixa etária a partir dos 50 anos, as taxas médias de aumento de internação e de óbito foram 30,4% e 92,8% respectivamente. A maior variação no percentual de óbitos foi observada nos indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos, tendo aumentado 124,9%, enquanto as internações cresceram 45,7%. **Conclusões:** É evidente que os óbitos hospitalares por pneumonia aumentaram significativamente, enquanto houve uma tendência geral de queda no número de internações. Mesmo nas faixas etárias em que as internações cresceram, observa-se um aumento muito maior dos óbitos em relação ao aumento das internações. Tal resultado desperta atenção especial para investigar as razões pelas quais a mortalidade por pneumonia vem aumentando, bem como a qualidade da assistência à saúde e a gravidade dos casos diagnosticados, para que assim haja mudanças nos dados de saúde pública ainda tão alarmantes.

AO29 CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DE CURITIBA SOBRE PNEUMOLOGIA, DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E TABAGISMO.

JOEL SERAFINI; GUSTAVO HENRIQUE BASSO; LUCAS ROLIM VALONI; MARIANA SPONHOLZ ARAUJO
HOSPITAL DE CLÍNICAS UFPR, CURITIBA, PR.

Palavras-chave: Pneumologia; epidemiologia; doenças respiratórias

Introdução: A pneumologia é a especialidade médica que estuda as doenças pulmonares. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a asma e o tabagismo são enfermidades prevalentes no âmbito da pneumologia. Existe uma escassez de estudos avaliando o conhecimento da população a respeito da especialidade e das doenças pulmonares.

Objetivos: Avaliar o conhecimento da população de Curitiba sobre pneumologia, DPOC, asma e tabagismo. Estratificar esse conhecimento por sexo, faixa etária, escolaridade e tabagismo. **Métodos:** Estudo transversal conduzido entre julho e outubro de 2017, avaliando o conhecimento da população de Curitiba, a partir de 18 anos, a respeito da pneumologia, asma, DPOC e tabagismo, através de questionários aplicados em espaços públicos. Médicos foram excluídos. **Resultados:** Foram entrevistadas 384 pessoas, com idade média de 35 ± 14 anos, sendo 48% homens e 52% mulheres. Cinquenta e cinco por cento tinham ensino superior (completo ou incompleto), 44% não ultrapassaram o ensino médio e 5% o fundamental. Fumantes atuais ou pregressos representaram 32% da amostra. Setenta e sete por cento sabiam o significado da palavra pneumologista, já o termo DPOC foi reconhecido por apenas 7%. A maioria procuraria um clínico geral se apresentasse tosse persistente (69%) ou dispneia (63%). As doenças associadas ao tabagismo mais lembradas foram: neoplasia de pulmão (86%) e doenças pulmonares (37%). O tabagismo foi reconhecido como causador de dependência por 98% e como doença por 64%. Em relação aos sintomas da asma foram citados: dispneia (90%), tosse (18%), aperto no peito (16%) e chiado (10%). Cinquenta e três por cento acreditavam que os dispositivos inalatórios engordavam e 59% que geravam dependência. Maior escolaridade associou-se com menor frequência de tabagismo, maior conhecimento sobre o pneumologista e sobre a associação do tabagismo com DPOC. **Conclusões:** Os curitibanos têm conhecimento limitado a respeito da DPOC, asma e tabagismo, além de acreditarem em mitos relacionados aos dispositivos inalatórios. A procura pelo médico pneumologista é baixa.

AO30 UM ESCORE SEM DLCO PARA ESTIMATIVA DA SOBREVIDA NA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

CESAR YOSHITO FUKUDA; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA
UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: fibrose pulmonar idiopática; escore; sem dlco

Introdução: A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença intersticial pulmonar progressiva, de etiologia desconhecida com mediana de sobrevida de 2 a 5 anos.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi o de desenvolver um escore prognóstico para pacientes com FPI nos locais onde a DLCO não é disponível. **Métodos:** 174 pacientes, 72% masculinos, com idade média 70 ± 8 anos, 65% tabagistas/ex-tabagistas, incluídos em um estudo retrospectivo. O diagnóstico foi feito com biópsia pulmonar cirúrgica em 40 (23%) dos casos, nos casos restantes o padrão PIU estava presente na TCAR. Pacientes com a relação $FEV1/FVC < 0.70$ foram excluídos. A dispneia foi mensurada através da escala de Mahler (Chest 1984). A saturação periférica de O_2 (SpO_2) foi medida com oxímetro em repouso e após exercício com o teste do degrau de 3 minutos ou o teste de caminhada de 6 minutos (TC6M). Em sete casos com SpO_2 em repouso $\leq 88\%$ a medida após o exercício não foi realizada, sendo presumido que a SpO_2 após o mesmo seria $< 85\%$. Os dados de sobrevida foram analisados através das curvas de Kaplan-Meier e da regressão de Cox. **Resultados:** A média da CVF foi de $74 \pm 17\%$ do predito (Pereira, 2007),

a SpO_2 em repouso de $93.7 \pm 3.6\%$, e após o exercício de $85.2 \pm 5.8\%$. O tempo médio de seguimento foi de 43 meses sendo que ao final desse período 154 (88.5%) dos pacientes haviam ido a óbito. A sobrevida média também foi de 43 meses. Após a regressão de Cox, a sobrevida se correlacionou ($p < 0.05$) com: escore de dispneia, a presença de tosse, CVF%, VEF1%, VEF1/CVF, SpO_2 em repouso e após exercício e a duração dos sintomas. Sexo ($p = 0.30$) e idade ($p = 0.89$) não se relacionaram com a sobrevida. Após a regressão multivariada de Cox as variáveis que permaneceram relacionadas à sobrevida foram: o escore de dispneia, a CVF% e a SpO_2 após exercício. Os dados referentes à sobrevida foram categorizados de acordo com os melhores pontos de corte baseados em várias simulações e de dados já existentes na literatura. A dispneia foi classificada em três categorias de acordo com o grau de esforço: extraordinário/major (0 pontos), moderado (1 ponto) e mínimo/em repouso (2 pontos). Os valores de corte para CVF foram de: $> 75\%$ (0 pontos), 50-75% (1 ponto) e $< 50\%$ (2 pontos); para $ExSpO_2 > 88\%$ (0 pontos), 85-88% (1 ponto) e $< 85\%$ (2 pontos). Um escore final foi criado agrupando-se grupos com curvas de sobrevida similares: estágio 1 ($n = 54$), 0/1 pontos, sobrevida média 74 meses (95% IC 58-90); estágio 2 ($n = 70$), 2/3 pontos, sobrevida média 44 meses (95% IC 37-51) e estágio 3 ($n = 50$), com ≥ 4 pontos, sobrevida média 15 meses (95% IC 12-18), log rank = 41,13, $p < 0.001$. A mortalidade em 2 anos foi de 12% no estágio 1, 26% no estágio 2, e 63% no estágio 3 e foram similares aos valores observados no estudo GAP (11%, 30% e 62% respectivamente). **Conclusões:** Na FPI, a sobrevida pode ser estimada levando em consideração a saturação de exercício, o grau de dispneia e a CVF.

AO31 IDENTIFICAÇÃO DE SARCOIDOSE EM ATIVIDADE ATRAVÉS DA CHITOTRIOSIDASE E ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA

MARIANA CARNEIRO LOPES; THAÍS PORTO AMADEU; LUCIANA SILVA RODRIGUES; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; FERNANDO MEDEIROS ANSELMO; BRUNO RANGEL ANTUNES DA SILVA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES
UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Sarcoidose; atividade; biomarcadores

Introdução: Constitui grande desafio diferenciar os pacientes com sarcoidose entre aqueles em remissão e os em atividade da doença. Vários biomarcadores já foram estudados com esse objetivo. A chitotriosidase é uma enzima expressa pelos macrófagos, envolvida na patogênese da doença. Desde 2004, estudos com pacientes com sarcoidose demonstraram que a atividade de CHITO é maior em comparação com controles saudáveis, por vezes se relacionando com estágios radiológicos e com uso de corticóide. **Objetivos:** correlacionar a atividade da CHITO com a atividade da sarcoidose, comparada a outros marcadores: atividade da enzima conversora de angiotensina (ECA), dosagem da proteína ECA sérica e proteína C-reativa ultrassensível (PCR-us). Identificar um ponto de corte com valores de sensibilidade e especificidade para cada marcador e determinar um algoritmo envolvendo os biomarcadores para definir pacientes com atividade de sarcoidose. **Métodos:** 46 pacientes com diagnóstico de sarcoidose (27 em atividade da doença e 19 em remissão) e 21 indivíduos saudáveis foram incluídos no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2017. Os indivíduos foram submetidos à coleta de sangue periférico para dosagem de ECA, atividade da ECA, PCR-us e atividade da CHITO. Um algoritmo envolvendo os biomarcadores foi criado através de leave-one-out cross-validation (LOOCV) com o objetivo de definir os pacientes com atividade de sarcoidose.

Resultados: O valor de corte para CHITO foi de 120 U / mL, sensibilidade de 55% e especificidade de 100% para identificar atividade de sarcoidose. As medianas para CHITO foram significativamente maiores no grupo em atividade em relação aos grupos em remissão e saudáveis, o mesmo acontece com a ECA. Para atividade de ECA e PCR-us não foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos. O grupo em atividade foi dividido em paciente virgens de tratamento e os já em uso de medicações, porém não encontramos diferença estatística significativa nos valores de CHITO entre esses indivíduos. A CHITO se apresentou em níveis mais elevados nos pacientes com estágios radiológicos 1+2. O algoritmo criado através do LOOCV atingiu 82% de acurácia para determinar pacientes com sarcoidose ativa utilizando CHITO, PCR-us e ECA, sensibilidade 77%, especificidade 89%, com razões de falsos positivos de 10% e 22% de falsos negativos.

Conclusões: A chitotriosidase é um novo marcador de atividade de sarcoidose com alta especificidade, mas baixa sensibilidade, no entanto, quando usado com outros biomarcadores conhecidos (ECA e PCR-as), fornece alta acurácia na determinação da atividade da sarcoidose.

AO32 ALTERAÇÕES EM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS E EXAME FÍSICO PULMONAR EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL SUBCLÍNICA NA ARTRITE REUMATOIDE.

LETICIA KAWANO-DOURADO¹; MARCIO V Y SAWAMURA²; KARINA BONFIGLIOLI³; FABIO EIJI ARIMURA⁴; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO⁴; TRACY J. DOYLE⁵; IVAN O. ROSAS⁵; RONALDO ADIB KAIRALLA⁶

1. INCOR FMUSP, SÃO PAULO, SP; 2. DIVISÃO DE RADIOLOGIA - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP; 3. DIVISÃO DE REUMATOLOGIA - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP; 4. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP; 5. PULMONARY AND CRITICAL CARE DIVISION, HOSPITAL BRIGHAM AND WOMEN, HARVARD MEDICAL SCHOOL, BOSTON; 6. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Doença intersticial pulmonar; artrite reumatóide; fibrose pulmonar

Introdução: A artrite reumatóide é uma doença sistêmica do tecido conectivo altamente prevalente, que afeta aproximadamente 1% da população. O envolvimento pulmonar na AR pode ser devido a uma variedade de condições que afetam o parênquima, a pleura, as vias aéreas ou a vasculatura. A doença pulmonar intersticial (DPI) é uma complicação pulmonar comum da artrite reumatóide (AR) estimando afetar 30 a 60% dos pacientes com AR. A DPI subclínica é definida como anormalidades pulmonares intersticiais não diagnosticadas que são consistentes, mas mais sutis do que aquelas observadas na DPI clinicamente evidente. A DPI subclínica está associada a transtornos fisiológicos e progressão da DPI. A DPI progressiva aumenta a mortalidade do paciente com AR. Os benefícios da identificação da DPI subclínica na AR são: 1. poder-se optar por drogas menos pneumotóxicas (ex. Anti-TNFs) para tratar a articulação e 2. oferecer ao paciente uma oportunidade de seguimento adequado do quadro pulmonar identificando precocemente casos progressivos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi caracterizar a prevalência de DPI entre uma coorte de pacientes com AR e tentar identificar fatores clínicos associados à DPI subclínica. **Métodos:** Todas as tomografias computadorizadas (TCs) de tórax realizadas por indicação clínica em pacientes adultos com AR atendidos no Ambulatório de Artrite Reumatóide do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, de 2014 a 2016, foram revisadas e avaliadas visualmente quanto

a presença/ausência de anormalidades intersticiais pulmonares. As TCs com anormalidades intersticiais foram subdivididas em DPI clinicamente evidente e DPI subclínica: o padrão de distribuição e a associação com variáveis clínicas de interesse foram avaliadas. **Resultados:** Duzentos e noventa e três dos 1.076 pacientes com AR tinham TCs e portanto foram avaliados para a presença de anormalidades intersticiais pulmonares: 204 (70%) não tinham qualquer anormalidade intersticial, 25 (8%) eram indeterminados e 64 (22%) tinham anormalidades intersticiais pulmonares. Daqueles com anormalidades intersticiais pulmonares, 28 (9%) tinham DPI subclínica, enquanto 33 (11%) tinham DPI clinicamente evidente. A principal indicação para TC de tórax foi investigar sintomas respiratórios crônicos e/ou alterações no exame físico. Metade (16/28) de todas as DPIs subclínicas foram descobertas por TCs de tórax solicitadas para investigar sintomas respiratórios crônicos e/ou alterações no exame físico. Opacidades em vidro fosco, reticulação e bronquiectasia de tração subpleurais foram os achados mais comuns entre ambas as DPIs subclínicas e clinicamente evidentes. **Conclusões:** TCs de tórax realizadas para investigar sintomas respiratórios crônicos e/ou alterações no exame físico revelaram metade da DPI subclínica na nossa coorte. Sintomas respiratórios crônicos e/ou alterações no exame físico devem ser considerados gatilhos para investigar a DPI em pacientes com AR.

AO33 FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA E OUTRAS DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS EM PACIENTES COM PADRÃO TOMOGRÁFICO PROVÁVEL OU INDETERMINADO SUBMETIDOS À BIÓPSIA PULMONAR CIRÚRGICA

MARIA RAQUEL SOARES¹; REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA¹; KARIN MULLER STORRER²; ELIANE VIANA MANCUZO³; ISRAEL MISSRIE¹; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA¹; RIMARCS GOMES FERREIRA¹; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA¹

1. UNIFESP, SÃO PAULO, SP; 2. UFPR, CURITIBA, PR; 3. UFMG, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Piu; doenças pulmonares intersticiais; tomografia de tórax

Introdução: uma diretriz recente sugeriu que a classificação tomográfica para pneumonia intersticial usual (PIU) deveria mudar a categoria possível para os padrões provável e indeterminado. No padrão provável, o diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática (FPI) poderia ser realizado sem biópsia pulmonar cirúrgica. **Objetivo:** determinar o diagnóstico clínico nos padrões tomográficos provável e indeterminado para PIU em pacientes submetidos à biópsia pulmonar cirúrgica no Brasil. **Métodos:** as tomografias foram categorizadas por consenso por um radiologista e um pneumologista que não tinham conhecimento dos achados clínicos e patológicos. O material histológico foi avaliado por dois especialistas em patologia pulmonar. Os diagnósticos finais foram realizados por discussão multidisciplinar. **Resultados:** 61 pacientes, 67% do sexo masculino, idade média de 65,2 $\pm$ 7 anos, foram incluídos. Exposição ambiental para pneumonite de hipersensibilidade (PH) foi encontrada em 33 (54%). Em 40, o padrão foi classificado como PIU provável e em 21 como indeterminado. O diagnóstico final mais comum foi a PH (37,7%; IC 95%: 25,6-51,0), seguido de FPI (23%; IC 95%: 13,2-35,5) e fibrose secundária a refluxo gastroesofágico (13,1%; IC 95%: 5,8-24,2). No grupo sem exposição ambiental (n = 28), 12 tiveram diagnóstico final de FPI (43%; IC 95%: 24,5-62,8) e oito de fibrose secundária a refluxo gastroesofágico (28,6%; 13,2-48,7). Idade, sexo e a utilização de um escore para bronquiectasia de tração não alterou os resultados. **Conclusão:** a doença mais comum associada aos padrões tomográficos de PIU provável e indeterminado no Brasil é a PH, seguida de FPI e fibrose

secundária a refluxo gastroesofágico. Em pacientes sem exposição ambiental, a frequência de PIU e o diagnóstico final de FPI não são suficientemente altos para evitar a indicação de biópsia pulmonar cirúrgica.

A034 ESCORE MULTIDIMENSIONAL SIMPLES PARA PREDIÇÃO DO CURSO CLÍNICO DA SARCOIDOSE NA AVALIAÇÃO INICIAL

MARIA RAQUEL SOARES; MARINA DORNFELD CUNHA CASTRO; PAULA SILVA GOMES; REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA; BRUNO LEÔNIO DE MORAES BERALDO; ANDRÉA GIMENEZ; RIMARCS GOMES FERREIRA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Sarcoidose; prognóstico; score

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de etiologia desconhecida. O desfecho é variável e depende principalmente da persistência de atividade inflamatória e desenvolvimento de fibrose. Fatores prognósticos têm sido avaliados, porém não há modelos validados para prever a evolução. **Objetivos:** Avaliar os fatores preditivos associados ao curso clínico da sarcoidose na avaliação inicial e criar um escore de predição. **Métodos:** Estudo retrospectivo de revisão de prontuários de uma coorte de sarcoidose torácica acompanhados em centros de referência em doença pulmonar intersticial. Fatores clínicos, radiográficos e funcionais basais foram avaliados e comparados por análise univariada entre pacientes de evolução limitada – involução espontânea ou estabilidade após um tratamento e persistente – recaída ou resistência terapêutica, tratamento permanente ou doença crônica sem tratamento. Subsequentemente, variáveis relacionadas com a doença persistente foram selecionadas por análise multivariada, criando-se um escore multidimensional para predição do curso. **Resultados:** Foram incluídos 200 pacientes, sendo 63% do sexo feminino, com média de idade ao diagnóstico de 50 anos e mediana de tempo de sintomas de 12 meses. Diagnóstico precoce foi caracterizado por tempo menor ou igual a 12 meses e representou 57% dos casos e tardio por tempo superior a esse. Dispneia e tosse foram os sintomas pulmonares mais prevalentes. Tratamento para tuberculose antes do diagnóstico de sarcoidose foi realizado em 44 pacientes. O estadiamento radiológico mais frequente foi o II (acometimento parenquimatoso e ganglionar). A média da capacidade vital forçada (CVF) em porcentagem do previsto foi de $84,9 \pm 18,8$, com valores abaixo do limite inferior do previsto em 37% dos casos. Envolvimento sistêmico relevante foi detectado em 37% dos pacientes. Evolutivamente, 77% dos casos necessitaram tratamento imunossupressor, com curso persistente em 115 pacientes. Por regressão logística, excluindo-se 40 pacientes com acometimento pulmonar fibrosante, os fatores relacionados significativamente com o curso persistente da sarcoidose foram: estadiamento torácico parenquimatoso [razão de chance (RC) 3,83], diagnóstico tardio (RC 2,82), dispneia (RC 2,80), envolvimento sistêmico relevante (RC 2,55) e redução da CVF (RC 2,33). Atribuindo um ponto para cada variável, foi desenvolvido um sistema de estágios, com valor preditivo positivo para evolução persistente para o primeiro estágio ($A \leq 1$ ponto) e último estágio ($C \geq 4$ pontos) de 17 e 88%, respectivamente. **Conclusão:** Por meio da avaliação de características iniciais da sarcoidose pode-se calcular um escore preditivo de curso clínico em um número significativo de pacientes. O modelo proposto deve ser testado em uma coorte de validação.

A035 COMPRIMENTO TELOMÉRICO E ANÁLISE GENÉTICA DE CASOS ÍNDICE COM PNEUMOPATIAS INTERSTICIAIS FAMILIARES NO BRASIL

ANA BEATRIZ HORTENSE¹; RODRIGO TOCANTINS CALADO¹; FLAVIA SACILOTTO DONAIRES RAMOS¹; ANDRE LUIZ PINTO SANTOS¹; BÁRBARA AMÉLIA APARECIDA SANTANA¹; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES²; MARIANA SILVA LIMA²; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ¹

1.HC-FMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP; 2.IAMSPE, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar; genética; telômeros

Introdução: Pneumopatia intersticial familiar (PIF) é definida como a ocorrência de pelo menos dois casos de pneumonia intersticial fibrosante em uma mesma família biológica. Apesar do avanço dos conhecimentos genéticos sobre o tema, ainda não há estudos nesse campo no Brasil. **Objetivos:** Investigar o comprimento telomérico (CT) e a prevalência de alterações genéticas associadas a PIF em uma amostra de casos índice brasileiros. **Métodos:** Sangue total foi colhido de 33 pacientes com PIF (48,5% mulheres). O DNA genômico foi extraído de leucócitos do sangue periférico empregando-se kit apropriado (DNeasy Blood and Tissue-Qiagen). O CT foi avaliado empregando-se técnica de Southernblot (TeloTAGGG-Roche). Um painel envolvendo 154 genes de interesse foi desenvolvido pelos pesquisadores e construído pela empresa Agilent Technologies. Os genes escolhidos foram analisados empregando-se técnicas de sequenciamento de nova geração (NGS-Illumina). **Resultados:** A maioria dos pacientes (30=85,7%) mostrou CTs inferiores ao percentil 50 (P50), sendo quatro indivíduos com CTs curtos (< P10) e um com CT muito curto (<P1). No tocante a variantes genéticas comuns, o polimorfismo rs35705950 (g.1219991G>T) do gene MUC5B esteve presente em 23 (69,7%) indivíduos, 4 em homozigose e 19 em heterozigose. Os polimorfismos rs111521887 (g.1291476C>G) e rs5743894 (g.1303542T>C) do gene TOLLIP estiveram presentes em 17 (51,5%) pacientes, sempre em heterozigose. O polimorfismo rs5743890 (g.1304599T>C) do gene TOLLIP esteve presente em heterozigose em 8 (24,4%) dos acometidos. O polimorfismo rs2736100 (g.1286401C>A) do gene TERT foi detectado em 21(63,6%) dos pacientes, 6 ocasiões em homozigose e 15 em heterozigose. Quando analisadas as prevalências desses polimorfismos em comparação aos dados de bancos populacionais do genoma humano, as frequências aqui encontradas para os polimorfismos rs35705950, rs111521887 e rs5743894 mostraram-se substancialmente elevadas. No tocante a variantes genéticas raras, foram detectadas 7 alterações distintas. As alterações c.2594G>A e c.2146G>A do gene TERT, e a c.2299C>T do gene RTEL1, já haviam sido previamente descritas e associadas a quadros mórbidos. Uma anormalidade de TERT (c.1730G>A) e outra de RTEL1 (c.394C>T) não haviam sido descritas previamente na literatura. Outras duas variantes raras encontradas já eram conhecidas, porém ainda não foram associadas a doenças pulmonares: gene SHQ1 (c.828_831del) e gene WRAP53 (c.1558dupG). Coexistências de variantes genéticas comuns e raras foram encontradas em 5 indivíduos. **Conclusão:** Pacientes com PIF tendem a exibir CT abaixo do P50. À semelhança do descrito na literatura, os polimorfismos rs35705950 de MUC5B, e rs111521887 e rs5743894 de TOLLIP, estão associados a PIF em pacientes do Brasil. A prevalência de mutações em genes relacionados a função telomérica na amostra brasileira foi de 15%. As mutações c.828_831del do gene SHQ1 e c.1558dupG do gene WRAP53 podem estar envolvidas na patogênese da PIF.

A036 COMPARAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL ENTRE OS PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA E FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA ASSOCIADO A ENFISEMA

FERNANDO MEDEIROS ANSELMO; LUANA FORTES FARIA; MARCOS AURÉLIO REBELLO DA SILVA; MARIANA CARNEIRO LOPES; BRUNO RANGEL ANTUNES DA SILVA; CLAUDIA HENRIQUE COSTA HUPE/UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar idiopática; enfisema; pneumonia intersticial usual

Introdução: A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) é uma das doenças intersticiais pulmonares mais comuns, definida como pneumonia intersticial crônica fibrosante caracterizada pelo padrão histológico e tomográfico de pneumonia intersticial usual (PIU). O tabagismo, bem consolidado como o principal fator de risco para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), também parece estar implicado na gênese da FPI em torno de 41 a 83% dos casos. **Objetivos:** Analisar se há diferença clínico-funcional entre os pacientes com FPI isolada e naqueles com FPI combinada com Enfisema. **Métodos:** Foram analisados 74 pacientes com FPI do ambulatório de doenças intersticiais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. As variáveis analisadas foram: idade, gênero, carga tabágica, saturação parcial de oxigênio, IMC, circunferência de pescoço, parâmetros derivados da espirometria, capacidade de difusão ao CO e pletismografia de corpo inteiro, escala de MRC e NYHA. Os dados foram apresentados em média e desvio padrão. Foi usado teste T não pareado, com correção de Welch para comparar as médias entre os grupos. Consideramos estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. **Resultados:** Dos 74 pacientes analisados, 46 pacientes eram do sexo masculino e 28 do sexo feminino. Dentre os 74 pacientes, 60 pacientes apresentavam FPI isolada. A média de idade foi semelhante nos dois grupos, sendo de $70 \pm 7,3$ anos entre os paciente com FPI isolada e de $71 \pm 5,9$ anos naqueles com doença combinada. A carga tabágica média foi estatisticamente superior nos pacientes com doença combinada, quando comparado aos pacientes com FPI isolada (45 ± 31 maços/ano vs. 19 ± 22 maços/ano; $p = 0,01$). Dentre os dados funcionais, merece destaque a Capacidade Vital Forçada (CVF) e Capacidade Pulmonar Total (CPT). A CVF% média dos pacientes com FPI isolada foi de $69 \pm 22\%$ e entre os pacientes com doença combinada foi de $80 \pm 18\%$, sendo esta uma tendência significativa ($p = 0,07$). Da mesma forma, a CPT% média dos pacientes com FPI isolada foi estatisticamente inferior aos dos pacientes com doença combinada ($65 \pm 17\%$ vs. $77 \pm 19\%$; $p = 0,05$). Apesar de ainda não ter apresentado significância estatística ($p = 0,07$), merece destaque também a relação VEF1/CVF, que apresentou tendência a ser superior nos pacientes com FPI isolada, sugerindo aumento das forças elásticas ($85 \pm 9\%$ vs. $79 \pm 11\%$). As outras variáveis analisadas não apresentaram significância estatística. **Conclusões:** A maior prevalência do gênero masculino entre os pacientes estudados corrobora o que já é descrito na literatura e, fica evidente que a carga tabágica é estatisticamente superior no grupo com doença combinada, apesar de não ser uma carga tabágica baixa no grupo com FPI isolada, levando-se a crer que o tabagismo seja um fator de risco para o desenvolvimento de FPI. Funcionalmente, pode-se perceber que nos pacientes com doença combinada, os parâmetros ficam próximos da normalidade, fato este que pode retardar o diagnóstico destes pacientes.

AO37 DISTÂNCIA NO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS E SOBREVIDA NA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA NO BRASIL

MARIA RAQUEL SOARES¹; ELIANE VIANA MANCUZO²; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA¹

1.UNIFESP, SAO PAULO, SP; 2.UFMG, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Fpi; teste de caminhada 6 minutos; sobrevida

Introdução: Fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença intersticial pulmonar, de etiologia desconhecida, que cursa com perda funcional, dispneia progressiva e comprometimento da qualidade de vida. Três estudos avaliaram a distância no teste de caminhada de seis minutos (DTC6M) basal como variável independente associada com a mortalidade na FPI, sugerindo valores de corte de 181, 207 e 212 metros. **Objetivo:** determinar DTC6M relacionada a uma menor sobrevida em pacientes com FPI no Brasil. **Métodos:** 70 pacientes foram incluídos em um estudo retrospectivo. O TC6M foi realizado em duplicata e considerado o maior valor da DTC6M. Vários pontos de corte foram estimados em valor absoluto e percentual do previsto, utilizando curvas ROC, Kaplan-Meier e valores publicados. **Resultados:** A média de idade foi de $71,9 \pm 6,4$ anos; 50 (71,4%) homens. CVF de $76,6 \pm 18,2\%$ do previsto. SpO_2 em repouso foi $93,8 \pm 2,5\%$ e ao final do TC6M foi $85,3 \pm 6,5\%$. A mediana de sobrevida foi 44 meses (95 IC: 37-51 meses). A média da DTC6M foi 381 ± 115 m, $79,2 \pm 24,0\%$ do previsto. Após análises, o melhor ponto de corte para estimar a sobrevida foi uma DTC6M < 330 m e $< 70\%$ do previsto. A mediana de sobrevida foi 24 meses (IC95%: 3-45 meses) para aqueles com DTC6M < 330 m comparada a 59 meses (IC95%: 41-77 meses.) para aqueles com DTC6M > 330 m ($p = 0,009$). Similarmente, a mediana de sobrevida foi de 24 meses (IC95%: 13-35 meses.) para pacientes com DTC6M $< 70\%$ do previsto e 59 meses (IC95%: 38-80 meses) para aqueles com DTC6M $> 70\%$ do previsto ($p = 0,013$). Considerando-se idade, sexo, tabagismo, SpO_2 ao exercício e CVF%, DTC6M permaneceu significativamente associada à sobrevida ($p = 0,003$). **Conclusão:** A DTC6M < 330 m ou $< 70\%$ do valor previsto foi associado com menor sobrevida em FPI no Brasil.

AO38 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE CASOS ÍNDICE DE PNEUMOPATIAS INTERSTICIAIS FAMILIARES NO BRASIL

ANA BEATRIZ HORTENSE¹; MARCEL KOENIGKAM SANTOS¹; DANILLO TADAOWADA¹; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO¹; MARIANA SILVA LIMA²; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES³; RODRIGO TOCANTINS CALADO¹; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ¹

1.HC-FMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP; 2.IAMSPE, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar; pneumopatia intersticial familiar; interstício

Introdução: Pneumopatia intersticial familiar (PIF) é definida como a ocorrência de pelo menos dois casos de pneumonia intersticial fibrosante em membros de uma mesma família biológica. Evidências sugerem que a condição seja bem mais comum do que se imagina, desde que adequadamente investigada. Não há, até o momento, nenhum estudo publicado sobre PIF na população brasileira.

Objetivos: Descrever as características clínicas, funcionais e radiológicas de um grupo de casos-índice diagnosticados com PIF no Brasil. E ainda discutir achados histológicos de alguns desses pacientes submetidos a biópsias pulmonares.

Métodos: Realizou-se busca ativa por casos de PIF, entre março de 2014 e novembro de 2017. Trinta e cinco casos-índice foram identificados (18 mulheres=51,4%). Eles foram submetidos a questionário padronizado, testes de função pulmonar e TCAR. Tecido pulmonar foi obtido para revisão em 6 casos, 5 a partir de biópsias cirúrgicas e 1 de autópsia. **Resultados:** A idade mediana do surgimento de sintomas foi 63,2 (34-84) anos e a do diagnóstico foi 64 (35,3-85) anos. Tabagismo esteve presente em 45,7% dos pacientes. Outras exposições ambientais foram referidas por 80% dos casos, sendo exposição a aves presente em 57,1% dos indivíduos. Tosse foi referida por 62,8% e dispneia de grau igual ou maior do que 2 pelo MRCm por

48,6% dos pacientes. Estertores finos foram detectados em 91,4% dos pacientes e baquetamento digital apenas em 20%. A mediana da SpO2 foi 96%, (70-98%). Quatro pacientes (11,4%) mostravam achados clínicos compatíveis com telomeropatias. Fluxos aéreos supranormais estiveram presentes em 77,1% dos voluntários. Os padrões foram classificados como restritivos em 20 (57,1%), normais em 10 (28,6%), indeterminados em 4 (11,4%) e obstrutivo leve em 1 (2,9%). O DLCO mostrou-se reduzidos em todos os 30 pacientes em que foi possível pesquisá-lo. Padrão típico de PIU na TCAR foi detectado em 6 (17,1%) pacientes; padrão indeterminado para PIU em outros 4 (11,4%). A maioria dos casos, 25 (71,4%), exibiu padrão tomográfico não consistente com PIU. Desses, 11(31,4%) exibiam padrão de doença intersticial incompleto. Dos demais, 14, 9 (25,7%) puderam ser classificados como portadores de TCAR compatíveis com PINE, 3 (8,6%) com PO e 2 (5,7%) com PH crônica. No tocante a histologia, o material de autópsia revelou dano alveolar difuso e PO em vários estágios de organização. Um caso mostrou padrão de pneumonite intersticial celular e fibrosante não classificável, com múltiplos agregados linfóides. Os demais 4 mostraram padrões de pneumonite intersticial com acentuação bronquiocêntrica, em 3 deles com destacadas áreas de PO associadas. Esses 4 casos relatavam exposição a pássaros e foram diagnosticados, como pneumonites de hipersensibilidade. **Conclusão:** Pacientes com PIF exibem grande variedade de formas de apresentação clínica. A pesquisa minuciosa de antecedentes familiares deverá ser feita sempre para sua identificação.

AO39 BIÓPSIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR: RESULTADOS CLÍNICOS, ANATOMOPATOLÓGICOS E FINANCEIROS EM HOSPITAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE.

TALES RUBENS NADAI¹; CAIO CESAR CIRINO²; ANDRÉ AMATE NETO¹; LUIS RENATO ALVES¹; ADRIANA IGNÁCIO DE PÁDUA¹; MARCEL KOENIGKAM SANTOS¹; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO¹; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ¹

1.FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP; 2.HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE, AMÉRICO BRASILIENSE, SP.

Palavras-chave: Doença pulmonar intersticial; biópsia pulmonar por videotoracoscopia; gestão de custos
INTRODUÇÃO A biópsia cirúrgica em doenças intersticiais pulmonares é instrumento importante para diagnóstico e tratamento clínico neste grupo heterogêneo de doenças. A biópsia por videotoracoscopia, após a ineficiência do diagnóstico broncoscópico, é o método de escolha para obtenção de amostra tecidual em nosso serviço. Objetivos Analise dos resultados clínicos, anatomopatológicos e financeiros das biópsias pulmonares cirúrgicas de pacientes com doenças intersticiais fibrosantes. **METODOLOGIA** Coorte retrospectivo das biópsias pulmonares por videotoracoscopia realizadas. **RESULTADOS** Em 18 meses, 33 pacientes operados, 14 do sexo feminino (42%) e 18 masculino (54%), idade média 59 anos (37-75), prova de função pulmonar com médias de VF1 de 73,02% (45-111) e CVF de 69,39% (40-101). Procedimento com anestesia geral, intubação não seletiva, uso de CO2 para pneumotórax, bloqueio anestésico intercostal intratorácico, acesso com três portais e uso de Staplers. O tempo cirúrgico médio foi de 43,5 minutos (25-65). Foram biopsiados 42 lobos pulmonares, o lobo inferior direito foi o mais abordado (60%), seguido do superiores direito e esquerdo, ambos com nove abordagens (27%). A média de cargas de staplers foi de 2,81 (2-4), tempo médio de internação foi de 3,36 dias (2-11) e a taxa global de complicações de 12,12%. Nenhum óbito em 90 dias.

O padrão histomorfológico mais frequente foi pneumonite intersticial celular e/ou fibrosante, com acentuação bronquiocêntrica (BFIP) (45% - 15/33), seguido por padrão granulomatoso (18% - 6/33) e pneumonite intersticial celular e/ou fibrosante não classificável (15% - 5/33). Os componentes histomorfológicos mais frequentes foram bronquiólite obliterante e/ou constritiva (COB) (63% - 21/33), seguido por pneumonia organizante (21% - 7/33). Após discussão multidisciplinar, os principais diagnósticos foram pneumonite de hipersensibilidade (10/33), broncoaspiração (5/33) e sarcoidose (2/33). Os padrões histomorfológicos associados com pneumonite de hipersensibilidade pós MDD foram BFIP (80% - 8/10) e não classificável (20% - 2/10). O custo médio do procedimento foi R\$ 6.156,50 reais por paciente. Este custo foi 3,32 vezes maior que o custo unitário de procedimentos cirúrgicos de média complexidade da instituição. Conclusões A biópsia pulmonar por videotoracoscopia para doenças intersticiais é um método de excelência com sensibilidade diagnóstica alta, níveis de complicações clínicas aceitáveis, porém com custo por procedimento elevado comparado ao de cirurgia de médio porte, custo este alavancado pelo alto custo dos Staplers. Mesmo assim, a economia financeira pode acontecer se extrapolarmos para menor tempo de internação e rápido diagnóstico associado ao procedimento. A sensibilidade alta só acontece porque o diagnóstico é multidisciplinar, associando os achados radiológicos, cirúrgicos, clínicos e histomorfológicos em reuniões com presença de especialistas em cirurgia torácica, pneumologia, radiologia e patologia pulmonar.

AO40 TRIAGEM DE APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES COM OBESIDADE MÓRBIDA E EM AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA: ESTUDO COMPARATIVO COM 3 MODELOS (NO-APNEA, STOP-BANG E NOSAS).

RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE¹; MARCELO FOUAD RABAH²; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO³; FLÁVIO JOSÉ MAGALHÃES-DA-SILVEIRA³

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIÂNIA, GO; 3.SLEEP - LABORATÓRIO DE ESTUDO DOS DISTÚRBIOS DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Apnéia obstrutiva do sono; cirurgia bariátrica; triagem

Introdução: A apnéia obstrutiva do sono (AOS) é um distúrbio comum em pacientes com obesidade mórbida e em pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Objetivos:** Validar o modelo No-Apnea como ferramenta de triagem para AOS em pacientes obesos mórbidos (índice de massa corporal $\geq 35,0$ Kg/m²) e em pré-operatório de cirurgia bariátrica e comparar o seu poder discriminatório com a de dois outros modelos de triagem: STOP-Bang e NoSAS. **Métodos:** Todos os pacientes foram recrutados prospectivamente (Outubro de 2016-Janeiro de 2018) e submetidos à polissonografia completa. A gravidade de AOS foi classificada pelo índice de apnéia/hipopnéia: $\geq 5,0$ /h como qualquer AOS (AOS5); $\geq 15,0$ /h como AOS moderada/grave (AOS15) e $\geq 30,0$ /h como AOS grave (AOS30). O No-Apnea é um sistema de pontuação contendo 2 itens (circunferência do pescoço [CP] e idade): a CP (em cm) é pontuada da seguinte forma: 37,0-39,9 (1 ponto), 40,0-42,9 (3 pontos) e $\geq 43,0$ (6 pontos); enquanto a idade (em anos) é pontuada da seguinte forma: 35-44 (1 ponto), 45-54 (2 pontos), ≥ 55 (3 pontos); com pontuação final de 0-9 pontos. Um escore ≥ 3 pontos foi considerado como alto-risco para a presença AOS. O poder discriminatório foi estimado pela área sob a curva (AUC)

enquanto a calibração foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow ($p < 0,05$ foi considerado como calibração inadequada). Tabelas de contingência 2x2 foram utilizadas para obter os parâmetros preditivos. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro (#1.764.165) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento. **Resultados:** Foram recrutados 568 indivíduos adultos em pré-operatório de cirurgia bariátrica: nossa amostra teve mais mulheres do que homens (68,1% vs. 31,9%; $p < 0,001$), mas os homens apresentaram maior prevalência de AOS5 (96,7% vs. 74,7%; $p < 0,001$), AOS15 (86,7% vs. 42,6%; $p < 0,001$) e AOS30 (69,6% vs. 20,4%; $p < 0,001$) em relação às mulheres. Em todos os níveis de gravidade de AOS, o No-Apnea apresentou sensibilidade e especificidade variando de 79,3% a 93,7% e de 40,4% a 34,4%, respectivamente. Para triagem de AOS5, AOS15 e AOS30, o No-Apnea apresentou as seguintes características: i) poder discriminatório: AUC: 0,702 (intervalo de confiança a 95% [IC95%]: 0,647-0,757), AUC: 0,758 (IC95%: 0,718-0,798) e AUC: 0,776 (IC95%: 0,738-0,815); respectivamente e ii) calibração com teste de Hosmer-Lemeshow: $p=0,364$, $p=0,702$ e $p=0,939$, respectivamente. Além disso, sua discriminação não foi estatisticamente diferente quando comparada àquela do STOP-Bang ou do NoSAS, em todos os níveis de gravidade da AOS (todos os valores de $p > 0,05$). **Conclusões:** Em pacientes em pré-operatório de cirurgia bariátrica, o modelo No-Apnea com apenas 2 parâmetros objetivos, mostrou desempenho adequado para o diagnóstico de AOS5, AOS15 e AOS30. Além disso, seu poder discriminatório não foi estatisticamente diferente quando comparado com STOP-Bang (modelo com 8 itens) ou NoSAS (modelo com 5 itens).

AO41 UTILIZAÇÃO DE UM ESCORE DE PONTOS CHAMADO NO-APNEA PARA TRIAGEM DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES COM QUEIXA DE INSÔNIA: ESTUDO TRANSVERSAL COMPARATIVO COM STOP-BANG E ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH.

RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE¹; MARCELO FOUAD RABAH²; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO¹; FLÁVIO JOSÉ MAGALHÃES-DA-SILVEIRA³

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIANIA, GO; 3.SLEEP - LABORATÓRIO DE ESTUDO DOS DISTÚRBIOS DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono; insônia; triagem

Introdução: Apneia obstrutiva do sono (AOS) e insônia são transtornos prevalentes, especialmente em indivíduos encaminhados para laboratório do sono. **Objetivos:** Validar o modelo No-Apnea como ferramenta de triagem para AOS em pacientes com insônia e comparar o seu desempenho com a de dois modelos amplamente validados: STOP-Bang e Escala de Sonolência de Epworth (ESE). **Métodos:** Um estudo transversal foi desenvolvido prospectivamente (Outubro de 2016-Janeiro de 2018) contendo indivíduos com insônia e avaliados com polissonografia completa. Insônia foi definida pela presença de pelo menos um dos seguintes fatores: dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono e/ou acordar antes do desejado (por pelo menos 3 noites/semana e por pelo menos 3 meses). A gravidade de AOS foi classificada pelo índice de apneia/hipopnéia: $\geq 5,0/h$ como qualquer AOS (AOS5); $\geq 15,0/h$ como AOS moderada/grave (AOS15) e $\geq 30,0/h$ como AOS grave (AOS30). O No-Apnea é um modelo de 2 itens (circunferência do pescoço [CP] e idade): a CP (em cm) é

pontuada da seguinte forma: 37,0-39,9 (1 ponto), 40,0-42,9 (3 pontos) e $\geq 43,0$ (6 pontos); enquanto a idade (em anos) é pontuada da seguinte forma: 35-44 (1 ponto), 45-54 (2 pontos), ≥ 55 (3 pontos); totalizando uma pontuação final de 0-9 pontos. Um escore ≥ 3 pontos foi considerado como alto-risco para a presença de AOS. O poder discriminatório foi avaliado pela área sob a curva (AUC); os parâmetros preditivos foram calculados por tabelas de contingência 2x2 e a calibração foi avaliada pelo teste qui-quadrado de Hosmer-Lemeshow. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro (#1.764.165) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento. **Resultados:** Foram recrutados 1.630 pacientes adultos com insônia (897 mulheres e 733 homens). O diagnóstico de AOS5, AOS15 e AOS30 foi de 76,4%, 52,1% e 31,3%; respectivamente. Em todos os níveis de gravidade da AOS, o No-Apnea apresentou sensibilidade de 84,0% a 93,5% e especificidade de 58,7% a 35,0%. O No-Apnea mostrou calibração adequada para triagem de AOS5 ($p=0,935$), AOS15 ($p=0,393$) e AOS30 ($p=0,421$). Para triagem de AOS5, AOS15 e AOS30, nosso modelo apresentou as seguintes AUCs: 0,784 (intervalo de confiança a 95% [IC95%]: 0,757-0,810), 0,748 (IC95%: 0,724-0,772), 0,744 (IC95%: 0,720-0,769). O poder discriminatório do No-Apnea não foi estatisticamente diferente daquele obtido pelo STOP-Bang: para AOS5 ($p=0,053$), AOS15 ($p=0,552$) e AOS30 ($p=0,215$). A ESE não apresentou discriminação satisfatória como modelo de triagem para AOS (AUC $< 0,7$; em todos os níveis de gravidade de OSA). **Conclusões:** Em pacientes com insônia encaminhados para um laboratório do sono, o No-Apnea apresentou discriminação semelhante àquela obtida pelo STOP-Bang, em todos os níveis de gravidade da AOS. Por outro lado, a ESE não apresentou discriminação satisfatória para ser considerada como um modelo de triagem útil para indivíduos com suspeita de AOS.

AO42 TRIAGEM DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO COM UM ESCORE DE PONTOS CHAMADO NO-APNEA EM PACIENTES ENCAMINHADOS PARA LABORATÓRIO DE SONO: ANÁLISE DE DIFERENÇAS DE GÊNERO.

RICARDO LUIZ DE MENEZES DUARTE¹; MARCELO FOUAD RABAH²; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO¹; FLÁVIO JOSÉ MAGALHÃES-DA-SILVEIRA³

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIANIA, GO; 3.SLEEP - LABORATÓRIO DE ESTUDO DOS DISTÚRBIOS DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono; gênero; triagem

Introdução: A apresentação clínica da apnéia obstrutiva do sono (AOS) difere entre os gêneros; entretanto, a análise comparativa do desempenho de modelos de triagem para AOS, entre homens e mulheres, é escassa. **Objetivos:** Avaliar se há diferenças de gênero no desempenho de três modelos de triagem para AOS: No-Apnea, STOP-Bang e NoSAS. **Métodos:** Um estudo transversal foi desenvolvido (Outubro de 2016-Janeiro de 2018) com indivíduos adultos, recrutados prospectivamente e avaliados com polissonografia completa. A gravidade de AOS foi classificada pelo índice de apneia/hipopnéia: $\geq 5,0/h$ como qualquer AOS (AOS5); $\geq 15,0/h$ como AOS moderada/grave (AOS15) e $\geq 30,0/h$ como AOS grave (AOS30). O No-Apnea é um sistema de pontuação contendo 2 itens (circunferência do pescoço [CP] e idade): a CP (em cm) é pontuada da seguinte forma: 37,0-39,9 (1 ponto), 40,0-42,9 (3 pontos) e $\geq 43,0$ (6 pontos); enquanto a idade (em anos)

é pontuada da seguinte forma: 35-44 (1 ponto), 45-54 (2 pontos), ≥ 55 (3 pontos); totalizando uma pontuação final de 0-9 pontos. Um escore ≥ 3 pontos foi considerado como alto-risco para a presença de AOS. O poder discriminatório foi avaliado pela área sob a curva (AUC), enquanto os parâmetros preditivos foram calculados por tabelas de contingência 2x2. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro (#1.764.165) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento. **Resultados:** No total, 4.630 adultos (2.137 mulheres e 2.493 homens) foram avaliados. O diagnóstico de AOS5, AOS15 e AOS30 foi mais prevalente em homens vs. mulheres (todos com $p < 0,001$). As mulheres tiveram maior idade, maior índice de massa corpórea e menor CP do que os homens (todos com $p < 0,001$). A média dos escores do No-Apnea foi menor nas mulheres do que nos homens ($p < 0,001$). Para todos os níveis de gravidade de AOS, a sensibilidade do No-Apnea foi maior nos homens do que nas mulheres, enquanto a especificidade foi maior nas mulheres do que nos homens. Para triagem de AOS5, AOS15 e AOS30, nosso modelo mostrou as seguintes características: i) capacidade discriminatória com AUC: 0,779 (intervalo de confiança a 95% [IC95%]: 0,762-0,795), 0,755 (IC95%: 0,741-0,769) e 0,756 (IC95%: 0,742-0,770); respectivamente; ii) calibração com teste Hosmer-Lemeshow: $p=0,491$, $p=0,851$ e $p=0,351$; respectivamente. Comparando os gêneros, o No-Apnea não mostrou diferença no poder discriminatório para triagem de AOS5 ($p=0,280$), AOS15 ($p=0,436$) e AOS30 ($p=0,696$). De forma similar, STOP-Bang e NoSAS apresentaram poder discriminatório similar entre os gêneros: $p=0,758$ e $p=0,272$ (para AOS5); $p=0,259$ e $p=0,527$ (para AOS15); $p=0,943$ e $p=0,527$ (para AOS30); respectivamente. **Conclusões:** Em pacientes adultos e encaminhados para um laboratório do sono, o No-Apnea mostrou desempenho adequado para a triagem da AOS. Além disso, os três modelos avaliados (No-Apnea, STOP-Bang e NoSAS) apresentaram poder discriminatório similar entre os gêneros.

AO43 SUSPEIÇÃO DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E ACHADOS POLISSONOGRÁFICOS EM PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

FERNANDA OLIVEIRA CHIBANTE; FERNANDA POLO MENDES DA CUNHA MUNIZ; ANNA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA; MARCOS AURÉLIO REBELLO DA SILVA; ALINE RIBAS LIMA; ANAMÉLIA COSTA FARIA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; CLAUDIA HENRIQUE COSTA

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: AOS; fpi; sono

Introdução: A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) é uma doença que acomete 30 em 100.000 indivíduos. Os sintomas são progressivos e cerca de 50% dos pacientes morre em até 03 anos após o diagnóstico. Estudos têm registrado elevada prevalência de Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) em portadores de FPI, constituindo-a como comorbidade importante desta doença intersticial.

Objetivos: Descrever os resultados de questionários de suspeição de AOS e os achados polissonográficos em pacientes com FPI. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal em pacientes com diagnóstico de FPI (diretriz ATS/ERS/JRS/ALAT 2011), provenientes do ambulatório de pneumopatias intersticiais difusas da UERJ. Foram aplicados questionários de suspeição de AOS (Sleep Apnea Clinical Score - SACS) e de sonolência diurna excessiva (Escala de Sonolência diurna de Epworth - ESE). Registrou-se circunferência de pescoço (CP) e índice de massa corporal (IMC). Todos os pacientes realizaram polissonografia Tipo I no polígrafo Alice 5® (Philips) e o estagiamento foi realizado

respeitando os critérios do Manual da Academia Americana de Medicina do Sono - versão 2.3. Foram excluídos do estudo pacientes com eficiência do sono inferior a 60%.

Resultados: Foram estudados 06 pacientes (02 homens), dos quais 05 tiveram o diagnóstico de AOS confirmado por polissonografia. As médias de idade, IMC e CP encontradas foram, respectivamente, $71,8 \pm 5,9$ anos, $27,9 \pm 5,3$ kg/m² e $37,2 \pm 4,4$ cm. As pontuações do SACS e da ESE foram $6,8 \pm 8,4$ e $5,2 \pm 3,3$, respectivamente. A eficiência do sono foi $72,0 \pm 10,5\%$, latência para o sono $14,7 \pm 15,8$ minutos e tempo em vigília após o início do sono $111,4 \pm 39,2$ minutos. Quanto ao percentual de duração dos estágios do sono em relação ao tempo total de sono, as médias de N1, N2, N3 e R foram respectivamente $19,7 \pm 13,2\%$, $49,1 \pm 9,3\%$, $18,3 \pm 5,1\%$ e $13,0 \pm 5,1\%$. A média do índice de despertares foi $20,8 \pm 15,7$ /hora e do índice de movimentos periódicos dos membros $16,5 \pm 17,6$ /hora. O valor médio do índice de apneia-hipopneia, do índice de dessaturação, da saturação mínima de oxi-hemoglobina e do percentual de tempo total de sono com saturação de oxi-hemoglobina abaixo de 90% foram, respectivamente, $18,2 \pm 18,3$ /hora, $13,4 \pm 16,6$ /hora, $78,8 \pm 8,7\%$ e $8,5 \pm 10\%$. **CONCLUSÃO** A AOS é frequente em pacientes com FPI agravando a dessaturação da oxi-hemoglobina noturna em indivíduos habitualmente já hipoxêmicos. Os achados polissonográficos demonstraram baixa eficiência do sono, fragmentação do sono, aumento de sono superficial e aumento de movimentos periódicos de pernas. Pacientes com questionários negativos para suspeição de AOS tiveram o diagnóstico confirmado por polissonografia, o que aponta para a necessidade de um olhar mais atento quando se investiga AOS em portadores de FPI. Faz-se necessário, entretanto, estudo futuro com maior número de pacientes para revisar a relação entre os questionários de suspeição de AOS e os achados polissonográficos nos indivíduos com FPI.

AO44 ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DO SONO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE UNIVERSITÁRIOS DE UM CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

ANDRESSA MOURA COSTA¹; LUIS HENRIQUE SILVA SIQUEIRA¹; LÍDIA ACYOLE DE SOUZA OLIVEIRA²

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO;

2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Sono; estudantes; saúde

Introdução: Estudos tem comprovado que um sono de qualidade favorece o desenvolvimento de características como bom humor, reflexos de habilidades e atividades cognitivas positivas durante o período de vigília. Embora, transtornos e privações de horas de sono serem comuns durante a fase universitária, o sono tem recebido pouca atenção, e sua privação pode acarretar em prejuízos no funcionamento do organismo e de suas atividades, levando a possível fadiga e/ou insônia para um indivíduo, perturbando, portanto, o estado de vigília. Estudos apontam que a irregularidade no padrão do sono e a falta de atividade física podem gerar prejuízos à saúde, tais como os citados anteriormente. **Objetivo:** Avaliar a associação existente entre a Qualidade do Sono (QS) e o Nível de Atividade Física (NAF) de universitários de um curso de Educação Física.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal analítico, de análise quantitativa, realizado com acadêmicos matriculados no curso de Educação Física da Universidade Estadual de Goiás (Campus Ezequiel), localizado em Goiânia, Goiás, Brasil. Para a coleta de dados foram utilizados o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), o Questionário de Matutuidade-Vespertinidade (CARDNIALLI et al., 1992), a Escala de Sonolência Diurna (EPWORTH, 1991) e o Índice

de Qualidade de Sono (PIITSBURGH, 1989). O estudo teve aprovação do comitê de ética sob parecer 038/2016.1. Os dados da pesquisa foram tabulados em Excel e analisados com auxílio do pacote SPSS, versão 22.0. Utilizou-se o teste qui-quadrado, considerando $p < 0,05$. **Resultados:** O presente estudo contou com a colaboração 305 universitários, dos quais 52,1% da amostra foi composta por acadêmicos do sexo masculino ($n=162$). Na distribuição por período foi encontrado que a maioria (29,2%, $n=89$) estavam no primeiro ano da graduação e que 56,4% ($n=172$) esteve matriculado no turno matutino. Quanto a ocupação, a maior parte dos alunos, 61,6% ($n=188$), não trabalham e/ou fazem estágio remunerado. Quanto ao Cronotipo de Sono, os mais frequentes encontrados foram indivíduos Matutinos (81,6% $n=246$), enquanto na QS, 92,8% ($n=283$) dos acadêmicos apresentaram Presença de Distúrbio do sono e 64,9% ($n=198$) Sonolência Excessiva no período diurno. A caracterização resultante dos quatro níveis de atividade física disponíveis pelo questionário, revelam que 14,4% foram classificados como Muito Ativos ($n=44$), 51,5% como Ativos ($n=157$), 31,5% como Insuficientemente Ativo ($n=96$) e 2,6% como sedentários ($n=8$). Não foram encontradas associações do Cronotipo do Sono ($p=0,771$), QS ($p=0,853$) e Nível de Sonolência ($p=0,202$) em relação ao Nível de Atividade Física da amostra estudada. **Conclusões:** Embora a prevalência de distúrbio do sono e a sonolência diurna excessiva, bem como de alunos fisicamente ativos tenha sido considerada alta, não foram encontradas associações do Cronotipo do Sono ($p=0,771$), QS ($p=0,853$) e Nível de Sonolência ($p=0,202$) em relação ao Nível de Atividade Física da amostra estudada.

AO45 HIGH FLOW NASAL CANNULA: BENEFÍCIOS, VANTAGENS E DESVANTAGENS

ERIKSON CUSTÓDIO ALCÂNTARA¹; CAROLINE SILVA PEDROSA²; KATARINE SOUZA COSTA²; RAFAELA SILVA NASCIMENTO²

**1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS - UEG, GOIANIA, GO;
2.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO.**

Palavras-chave: High flow nasal cannula; oxigenoterapia; falência respiratória aguda

Introdução: O High Flow Nasal Cannula (HFNC) é uma terapia de ventilação e oxigenação pulmonar não invasiva. Essa terapia fornece gás aquecido e umidificado por meio de cânula nasal com até 100% de O_2 e fluxo inspiratório máximo de 60 L/min. As vantagens e benefícios clínicos ainda são questionáveis. **Objetivo:** Concatenar as evidências sobre benefícios, vantagens e desvantagens do HFNC. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, conduzida na Biblioteca Virtual em Saúde e United States National Library of Medicine. Incluso artigos entre 2012 a 2018, com descritores: HFNC, oxigenoterapia, falência respiratória aguda, esforço inspiratório e mecanismo de fluxo e pressão, nos idiomas inglês, espanhol e português. Excluiu-se: estudos que não tinham foco principal a análise dos benefícios, vantagens e desvantagens do HFNC; artigos repetidos; editoriais, cartas e comentários. Inicialmente 412 estudos foram avaliados. Em seguida, 15 foram lidos na íntegra. Por fim, 7 artigos atenderam aos critérios de inclusão. Dois artigos foram acrescentados, por meio da revisão das referências dos documentos selecionados, totalizando 9 estudos, um nacional e oito internacionais. **Resultados:** Dentre os efeitos fisiológicos o HFNC melhora oxigenação, a relação ventilação/perfusão, aumenta os volumes pulmonares expiratórios finais, em virtude da pressão positiva expiratória final que é gerada. Há evidências disponíveis que apoiam o uso do HFNC em pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) hipoxêmica. O HFNC

comparado a oxigenoterapia tradicional na IRA hipoxêmica apresentou menor dispneia, maior PaO_2 (127 mmHg versus 77 mmHg, $p=0,002$) e taxas respiratórias mais baixas (21 rpm versus 28 rpm, $p<0,001$), por redução da resistência inspiratória. A taxa de intubação foi significativamente menor com uso do HFNC (38%) em comparação com as técnicas de oxigenoterapia convencional (47%) e VNI (50%), e a taxa de mortalidade foram significativamente mais baixa com HFNC. Em pacientes extubados o HFNC em comparação com a oxigenoterapia convencional reduziu o risco de reintubação dentro das primeiras 72 horas. Apesar dos apontamentos benéficos do HFNC o seu uso na DPOC e na IRA cardiogênica aguda, ainda são controversos, já em pacientes com IRA sua aplicação de forma infrutífera prolongada pode causar intubação retardada com piores resultados clínicos, e em neonatos prematuros os altos fluxos podem levar a barotrauma ou danos no septo nasal. O uso do HFNC foi sugerido em diversas indicações, porém poucas delas foram avaliadas rigorosamente e as metodologias utilizadas não foram claras, dificultando assim a sua reprodutibilidade. **Conclusões:** Existe um potencial benefício no uso do HFNC para prevenir intubação ou reintubação na IRA hipoxêmica, porém deve-se ter cautela em sua aplicação, em diversas disfunções pulmonares, clínicas e funcionais, pois faltam fortes evidências sobre sua eficiência e segurança.

AO46 USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES COM PNEUMONIA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

LUCAS SANTANA SOARES; LUCAS OLIVEIRA FARIAS; ERIKA DE OLIVEIRA MENEZES; JULIANA CHAGAS RECCO; OSMAR RIBEIRO DE JESUS; CARLOS WERNECK GOMES; MATHEUS REZENDE MENEZES; RAUL FILIPE DINIZ

UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Ventilação; mecânica; pneumonia

Introdução: 80% dos casos de pneumonia hospitalar estão associados com a ventilação mecânica. Por outro lado, 9% a 27% dos pacientes ventilados desenvolvem pneumonia. A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é a infecção hospitalar mais comum nas unidades de terapia intensiva. A PAVM é um importante preditor de mortalidade, variando entre 24% e 50% das infecções nosocomiais mais comuns no Brasil, podendo chegar até 70% destas se causada por microrganismos multirresistente. **Objetivos:** O presente estudo visa a obter a incidência e prevalência da pneumonia em pacientes ventilados mecanicamente, além de identificar possíveis fatores associados a essa doença e o prognóstico esperado. **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo de 755 pacientes críticos adultos internados em unidade de terapia intensiva de um hospital de referência em Aracaju, Sergipe, durante oito meses. Os dados foram obtidos de fichas individuais de busca ativa, coletada pela equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. **Resultados:** Dos 755 pacientes críticos adultos internados, 20,5% (155) tiveram o diagnóstico de pneumonia à admissão diretamente na unidade de terapia intensiva. Destes, 43,5% (68) eram do sexo feminino, não havendo distinção significativa entre os sexos (valor $p < 0,05$) e com média de idade de 56 anos ($dp = 17,3$). O tempo de permanência média geral foi de 6 dias, enquanto os pacientes internados com pneumonia permaneceram na unidade em média 10 dias. 45% (339) dos pacientes foram ventilados mecanicamente, mas apenas 3% (5) dos casos com pneumonia eram casos de PAVM, enquanto 67% (103) eram casos de pneumonia por broncoaspiração. Os outros 30% dos casos eram de pneumonia adquirida na comunidade. O tempo de uso (LOT) de antibióticos de pacientes com PAVM foi 16,4 dias em média. O antibiótico

mais usado foi ceftriaxona, presente em 100% dos casos de PAVM. Dos 155 pacientes com pneumonia, 49 morreram – a taxa de letalidade por pneumonia foi de 31,6% e a mortalidade geral de 33,4% (252/755). 2 pacientes morreram por PAVM. **Conclusão:** Através dos resultados apresentados, podemos concluir que grande parte dos pacientes internados nesta UTI estavam em ventilação mecânica, apresentando-se clinicamente mais grave. Dos pacientes com pneumonia, poucos apresentavam a PAVM, o que é contrário a literatura. O antibiótico mais utilizado foi a ceftriaxona, demonstrando a prevalência de espectros de enterobactérias.

AO47 APLICAÇÃO DO REFLEXO DE ESTIRAMENTO COSTAL DURANTE VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

RHUAN GUSTAVO DURAN MIRON; AMANDA ARANHA PIMENTEL; MURILO GARCIA; MARIA EDUARDA GIANELI SYLLA; FLAVIO DANILO MUNGO PISSULIN

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE,
PRESIDENTE VENCESLAU, SP.

Palavras-chave: Ventilação mecânica; pneumonia; serviço hospitalar de fisioterapia

Introdução: A depuração do muco das vias aéreas, por meio do “flow bias” cefálico, sofre prejuízo nos pacientes em ventilação mecânica invasiva com pressão de suporte (PSV). A combinação entre a pressão expiratória e estimulação costal (reflexo de estiramento costal), poderia contribuir com um maior fluxo expiratório e o consequente “flow bias central”. **Objetivo:** verificar os efeitos agudos, ventilatórios e hemodinâmicos, ao aplicar a combinação entre a pressão expiratória e estimulação costal (reflexo de estiramento costal), em pacientes em ventilação invasiva com PSV.

Método: estudo transversal, intervencionista em pacientes com ventilação mecânica invasiva em PSV, realizado após aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa ética), protocolo núm. 3041 e CAPI (Comitê Assessor de Pesquisa Institucional) da Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente (SP). Todos foram posicionados em decúbito dorsal, com inclinação do leito em 45 graus, e foram mensurados a frequência respiratória (FR), volume corrente (VC), volume minuto (VM), complacência (C), resistência das vias aéreas (RVA), saturação de pulso de oxigênio (SpO₂) e a frequência cardíaca (FC). A monitorização ocorreu por 10 minutos (a cada 2 minutos), antes do início da aplicação do reflexo de estiramento costal (antes), durante os 10 ciclos de 10 reflexos de estiramento costal em cada um deles, também a cada 2 minutos (durante). Após o término da aplicação os pacientes tiveram os parâmetros monitorados por 10 minutos, a cada 2 minutos (depois). Foi aplicado teste de Shapiro-Wilk para verificar normalidade e ANOVA para comparar os diferentes momentos de monitorização e estabelecido $p < 0,05$. **Resultados:** foram incluídos 30 indivíduos, idade $61,2 \pm 14,9$ anos, 25 (83%) do sexo masculino, todos com diagnóstico de pneumonia. As variáveis FR, VM, RVA, FC e SpO₂ apresentaram semelhança estatística. O VC e a C apresentaram maior média ($p = 0,027$) ao aplicar a técnica, comparado ao momento antes da aplicação da técnica, $560,30 \text{ ml}$ ($513 - 700$) $\times$ $529,8 \text{ ml}$ ($451,0 - 643,9$) e $56,8 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$ ($45,3 - 70,8$) $\times$ $53,5 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$ ($43,3 - 43,1$). **Conclusão:** houve aumento do VC e da C durante a aplicação do reflexo de estiramento costal associado a pressão expiratória. Maior VC pode contribuir para o “flow bias central”. A técnica foi segura, pois permaneceram estáveis a FR, SpO₂ e FC.

AO48 VERIFICAÇÃO DOS EFEITOS VENTILATÓRIOS E HEMODINÂMICOS AGUDOS COM O USO DO SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL (SFAT)

NATALIA CRISTINA ANDRADE; DÉBORA VASCONCELOS VERISSIMO; GABRIELE DOS SANTOS SILVA; RODOLPHO LEONARDO MAURÍCIO MARTINS; CLAUDIO SPINOLA NAJAS; FLAVIO DANILO MUNGO PISSULIN

UNOESTE, RANCHARIA, SP.

Palavras-chave: Ventilação mecânica; uti; serviço hospitalar de fisioterapia

Introdução: o uso do Sistema Fechado de Aspiração Traqueal (SFAT) tem sido indicado para evitar efeitos indesejados da técnica de aspiração com sistema aberto. Entretanto, os efeitos ventilatórios e hemodinâmicos agudos ainda devem ser melhor avaliados. **Objetivos:** verificar os efeitos agudos em relação a parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos fazendo o uso do SFAT. **Método:** estudo transversal, realizado em parceria com a Universidade do Oeste Paulista (Unoeste), na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI) do Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP). Incluiu pacientes em ventilação mecânica invasiva (Evita Savina), que faziam uso do SFAT, após aprovação ética (CAAE: 52867415.9.0000.5515). Todos os incluídos estavam em ventilação mecânica com pressão de suporte (PSV). Foram avaliadas a saturação de pulso de oxigênio (SpO₂), complacência estática (Cest), diferença arterio-venosa de oxigênio Dif (A - a)O₂, a relação entre a pressão arterial de oxigênio e a fração inspirada de oxigênio (PaO₂/FiO₂), volume corrente (VC), volume minuto (VM), frequência respiratória (f), resistência das vias aéreas (RVA), pressão máxima das vias aéreas (Pmáx), frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA) e a concentração de dióxido de carbono exalado (PetCO₂). Os dados da monitorização foram anotados antes, imediatamente após o término da aspiração e a 2, 4, 6, 8 e 10 minutos depois da conclusão do procedimento. Após anotar os parâmetros que antecederam o procedimento, era aumentada a FiO₂ para 100%, que retornava ao valor basal posteriormente a observação dos parâmetros logo após a aspiração. Os dados estão apresentados em média e desvio padrão (normais) e mediana com percentis 25% e 75% (não normais), determinados pelo teste de Shapiro-Wilk. Para determinar se houve diferença estatística, foi realizada a Análise de Variância (ANOVA) para a comparação entre os parâmetros de interesse ($p < 0,05$). **Resultados:** foram avaliados 36 pacientes com média de idade de $56,56 \pm 15,23$ anos, que apresentaram Dif (A - a) $70,68$ ($35,91 - 114,3$). Entre os parâmetros ventilatórios houve redução na FR ($18,92 \pm 5,31 \times 17,83 \pm 5,9 \text{ rpm}$ / $p = 0,0003$), aumento no VC ($493,4 \pm 146,8 \times 579,3 \pm 165,8 \text{ ml}$ / $p = 0,0079$) e no VM ($9,72 \pm 2,84 \times 10,52 \pm 2,91 \text{ l/min}$ / $p = 0,0029$), ao comparar os momentos antes e após 10 minutos de aspiração, respectivamente. A RVA, a C e a SpO₂ não variaram de forma significativa. Os parâmetros hemodinâmicos FC, PAS e PAD não apresentaram variação significativa entre os momentos verificados. **Conclusão:** o uso do SFAT melhorou a ventilação pulmonar, pela redução da FR e elevação do VC e VM. Demonstrou ser um procedimento seguro por manter estáveis os níveis de FC, PAS e PAD.

AO49 MANEJO DA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO CAUSADA PELO VIRUS H1N1 E USO DE OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

MARCELO FOUAD RABAHI¹; EROS DE SOUSA JUNIOR²; ANGELO ANTÔNIO GOMES DE CARVALHO²; GUILHERME FERREIRA DE ALMEIDA²

1.SBPT, GOIANIA, GO; 2.HGG, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Ecmo; sdra; h1n1

Introdução: A infecção pelo vírus H1N1 tem alta morbimortalidade e os casos graves são conduzidos na UTI principalmente quando associado a síndrome do

desconforto respiratório agudo (SDRA). Relatamos o caso de uma paciente jovem, com quadro de SDRA e hipoxemia refratária causada pelo vírus H1N1, onde o uso da ECMO foi crucial para a melhora clínica. **Relato de caso:** Paciente de 32 anos, sexo feminino, previamente hígida, deu entrada na emergência do Hospital São Francisco de Assis com história de 4 dias de síndrome gripal. Realizou TC de tórax que evidenciou lesões consolidativas bilaterais e foi internada com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e iniciado ceftriaxona e claritromicina. No 2º dia foi transferida para UTI com síndrome respiratória aguda grave (SRAG), iniciada ventilação mecânica invasiva (VMI), curarização e sedoanalgesia para alvo RASS -5 e oseltamivir. Piorou com instabilidade hemodinâmica. Ecocardiograma transtorácico mostrou com FE=68% e discreta insuficiência tricúspide. Realizada manobra de recrutamento alveolar máximo com titulação decremental da PEEP porém manteve SDRA grave com relação P/F<100 e no 4º dia foi pronada por 16 horas. Após a retirada da posição prona apresentava P/F=47, anúrica, Cr:2,5, noradrenalina em 1,3mcg/Kg/min e foi indicada terapia renal substitutiva (TRS). Manteve P/F=60 refratária ao recrutamento alveolar e posição prona e foi indicada ECMO na modalidade venovenosa. Cerca de 48h após intubação endotraqueal a paciente já estava em ECMO e VMI ultraprotetora (VC 2ml/kg peso predito, PEEP: 10 Pplato: 20 FR:10ipm FiO2:30%) e melhora da hipoxemia. Com a estabilização foi suspensa noradrenalina e sedoanalgesia. No 5º dia foi confirmado infecção por H1N1 e mantido esquema antimicrobiano. Realizou ECMO por 114hs, com retirada após 12 horas em VMI protetora e P/F>200 sem o suporte extracorpóreo. A paciente não apresentou despertar adequado e realizou traqueostomia (TQT) no 10º dia de VMI e desconectada do ventilador 3 dias após TQT. Iniciou meropenem por traqueobronquite, posteriormente descalonado para ciprofloxacino guiado por culturas. Evoluiu com recuperação da função renal e diurese. No 21º dia de internação na UTI do Hospital São Francisco de Assis teve alta para enfermagem em bom estado geral em ventilação espontânea em ar ambiente por TQT. **Discussão:** A pneumonia causada pelo vírus H1N1 tem alta morbi-mortalidade devido a sua rápida evolução para SDRA. Na SDRA há uma limitação nas opções terapêuticas, objetivando VMI protetora, manobras de recrutamento alveolar e posição prona nos casos moderado/graves (P/F <150). Na hipoxemia refratária a ECMO em pacientes selecionados deve ter indicação precoce e está associada a redução de morbi-mortalidade com sobrevida de até 70% na SDRA grave. A ECMO não é uma modalidade de tratamento e sim um suporte para correção da hipoxemia, hipercapnia, reduzir as lesões induzidas pela ventilação mecânica e prevenir a disfunção de múltiplos órgãos enquanto os pulmões se recuperam.

AO50 TESTE EM ESTEIRA E TESTE DO DEGRAU DE SEIS MINUTOS PARA AVALIAÇÃO DO BRONCOESPASMO INDUZIDO PELO EXERCÍCIO: ELES SÃO INTERCAMBIÁVEIS? DADOS PRELIMINARES.

LARYSSA SOUZA LEITÃO¹; JESSYCA SELMAN¹; ANDERSON JOSÉ²; GUSTAVO FALBO WANDALSEN³; DIRCEU SOLÉ³; FERNANDA DE CORDOBA LANZA⁴; JOSÉ ALBERTO NEDER⁴; SIMONE DAL CORSO¹
1. UNINOVE, ITAPEVI, SP; 2. UFPA, BELEM, PA; 3. UNIFESP, SAO PAULO, SP; 4. QUEENS UNIVERSITY, KINGSTON.

Palavras-chave: Asma induzida por exercício; teste de esforço; crianças

Introdução: Os testes de broncoprovocação com exercícios mais comumente utilizados são os testes em cicloergômetro e esteira. No entanto, o teste do degrau vem

sendo utilizado para detecção de broncoespasmo induzido pelo exercício (BIE). **Objetivo:** Investigar se um protocolo de teste do degrau de seis minutos (TD6) equivale ao teste cardiopulmonar em esteira na detecção do BIE em pacientes com diagnóstico de asma. **Métodos:** Foram avaliados pacientes com asma, recrutados do Ambulatório de Asma do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, com idade entre 7 e 18 anos, de ambos os gêneros e estáveis clinicamente. Critérios de exclusão: escore 5 de gravidade segundo Global Initiative for Asthma, presença de outras doenças pulmonares crônicas. O protocolo constituiu de duas visitas, separadas por 72 horas, e a ordem dos testes foi randomizada. Nas visitas, os pacientes realizaram a seguinte sequência: espirometria pré exercício, teste de exercício de broncoprovocação (segundo a randomização) e espirometria nos tempos 5, 10, 15, 20 e 30 minutos após o exercício. A normalidade dos dados foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis foram expressas por média e desvio padrão. O declínio do VEF1 em ambos os testes foi comparado pelo teste t de Student pareado. A concordância entre os testes para detecção do BIE (queda $\geq 10\%$ VEF1) foi analisada pelo teste exato de Fisher. Um $p < 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** Foram estudados 22 pacientes (12 ± 3 anos, 48 ± 14 kg, 151 ± 16 cm), com função pulmonar basal normal (CVF: $107 \pm 10\%$ prev, VEF1: $94 \pm 15\%$ prev, VEF1/CVF: 81 ± 10 , FEF25-75%: $2,2 \pm 0,9$). Não houve diferença em relação à maior queda do VEF1 na espirometria após o TD6 e teste na esteira tanto em valores absolutos ($2,2 \pm 0,6$ e $2,1 \pm 0,6$ L, respectivamente). Dos seis pacientes que apresentaram BIE após o TD6, três também o apresentaram após o teste em esteira; dos oito pacientes que apresentaram BIE após o teste em esteira três também o apresentaram após o TD6 ($p = 0,41$). **Conclusão:** De acordo com os resultados preliminares, o BIE foi equivalente entre ambos os testes, podendo o TD6 ser utilizado como teste de broncoprovocação em crianças e adolescentes asmáticos. Conflito de interesse: Não há

AO51 A MEDIDA DA FRAÇÃO EXALADA DO ÓXIDO NÍTRICO (FENO) COMO MARCADOR DO NÍVEL DE CONTROLE EM PACIENTES COM ASMA

JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR¹; FERNANDA CRUVINEL ABREU²; ERICA DA CUNHA SILVA¹; MARCELO FOUD RABAH²
1. UNIRV, APARECIDA DE GOIANIA, GO; 2. UFG, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Asma; feno; controle da asma

Introdução: O principal objetivo do tratamento da asma é alcançar e manter o controle clínico da doença. A medida da Fração Exalada do Óxido Nítrico (FeNO) é considerada um biomarcador da inflamação T-helper cell type (Th2) das vias aéreas. **Objetivos:** Verificar se a medida da FeNO discrimina pacientes com asma controlada, parcialmente controlada e não controlada. **Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo, transversal analítico por meio da coleta de dados de pacientes asmáticos que foram avaliados em relação a sua história clínica, nível de controle da asma, exame físico, espirometria e FeNO. O nível de controle da asma foi determinado conforme critério da Global Initiative for Asthma (GINA), classificados como controlados, parcialmente controlados e não controlados. Os valores da FeNO foram classificados em baixo ou intermediário/alto (baixo < 25 ppb e intermediário/elevado ≥ 25 ppb), de acordo com as recomendações da ATS. **Resultados:** Foram incluídos 81 pacientes asmáticos classificados em controlados 34 (42%), parcialmente controlados 27 (33,3%) e não controlados 20 (24,7%). A medida da FeNO discriminou o grupo não controlado dos grupos controlado ($p = 0,01$) e parcialmente controlado ($p = 0,01$), mas não discriminou

os grupos controlado e parcialmente controlado ($p=0,98$). FENO>30 estava associado a asma não controlada (OR 3,90; 95% CI 1,90 – 13,7; $p = 0,004$; Área sob a curva ROC 0,78, 95% CI 0,65–0,89). **Conclusões:** A FeNO foi capaz de identificar asmáticos não controlados. Isso sugere que sua medida pode ser útil na determinação do controle da asma.

AO52 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E RESPOSTA TERAPÊUTICA EM PACIENTES ASMÁTICOS DE UMA INSTITUIÇÃO DO DISTRITO FEDERAL

VINICIUS ALVES MURAD¹; NANCILENE GOMES MELO E SILVA¹; RAFAEL MELO DE DEUS¹; FELIPE FREITAS DE SOUSA²; RODRIGO SOARES PEREIRA²

1.HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA, DF;

2.CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF.

Palavras-chave: Asma; perfil epidemiológico; broncodilatadores

Introdução: A asma é uma doença heterogênea inflamatória crônica das vias aéreas inferiores, persistente ou estrutural, que resulta em episódios frequentes de exacerbações apresentados por sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse matutina, desencadeadas por uma obstrução do fluxo de ar intrapulmonar. Segundo DATASUS, houve no Distrito Federal cerca de 1941 casos de internações e cerca de 5 óbitos no período de março/2017 a março/2018. Embora a taxa de mortalidade seja baixa, possui considerável relevância, visto que, na maioria dos casos, são evitáveis com o manejo clínico adequado. Além disso, a Global Initiative for Asthma (GINA) preconiza que o tratamento correto retarda a inflamação pulmonar e reduz o dano tecidual, diminuindo a intensidade e número de episódios de asma. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico e eficácia do tratamento em pacientes com asma no Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF). **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo com análise de informações de prontuários de pacientes com asma do IHBDF, via TrakCare®, no período de Janeiro/2012 a Março/2018. Foram avaliados: idade, sexo, início, comorbidades (rinite, sinusite, bronquiectasia, refluxo gastroesofágico e eczema atópico), gravidade de acordo com a classificação do GINA, obstrução de vias aéreas, tendência a exacerbações, número de crises no ano anterior, avaliação da compensação e eficácia da terapêutica a partir da função pulmonar verificada por espirometria (VEF1 e VEF1/CVF) e resposta ao uso de broncodilatador.

Resultados: 82,6% eram do sexo feminino, com idade média de $57,28 \pm 16,3$, sendo que 82,6% tinham o diagnóstico de asma há 7 anos ou mais e somente 21,7% tiveram hospitalizações no anterior. Foram encontrados que 39,1% tinham como fator desencadeante do quadro asmático a Infecção do Trato Respiratório Superior (ITRS) viral, enquanto 15,2% tinham a prática de exercício físico, 10,8% tinham ambos como fatores e 41,3% não possuíam nenhum desses. As principais comorbidades evidenciadas foram rinite (65%) e sinusite (26%). Em relação a gravidade da asma, foi evidenciado que a maioria dos pacientes possuía asma leve (34,8%) e moderada (37%). Cerca de 69,56% referiram obstrução de vias aéreas e 47,82% apresentaram resposta ao broncodilatador. **Conclusão:** Foi observado que a maioria dos pacientes atendidos no IHBDF com asma são idosos e do sexo feminino, sendo que a incidência e prevalência da doença no Brasil é no sexo oposto. Casos mais graves foram observados no sexo masculino, mostrando maior complicações da doença nesse gênero. A ITRS viral foi um grande desencadeador para episódios de exacerbação, sendo necessário verificar a eficácia do uso da vacinação, principalmente da gripe para os idosos. A rinite e a sinusite foram as comorbidades mais

prevalentes observadas, mostrando o acometimento das vias aéreas superiores. 52,18% não apresentaram resposta ao broncodilatador, o que evidencia a necessidade de revisão no plano terapêutico vigente.

AO53 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ASMA: MAGNITUDE DAS INTERNAÇÕES E ÓBITOS EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS

IGOR SANDES DE BARCELOS; DANIEL SILVA SANTOS; MARIA NATHÁLIA PRADO SIMÕES MENDONÇA; LORENN OLIVEIRA MENEZES; SYLVIA KATHARINY FARIAS ANDRADE; ANA ROSA FELIZOLA DORTAS; MARINA MARIA SANTOS ALVES; MARCOS VINICIUS DA SILVA

UNIT, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Asma; hospitalização; epidemiologia

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica do sistema respiratório e é descrita como uma reação de hipersensibilidade mediada por anticorpos IgE, portanto tem entre os principais fatores de risco a atopia. Nela, as vias aéreas inferiores possuem acúmulo de muco e existe uma diminuição no calibre dos brônquios, fatores que contribuem para a limitação variável ao fluxo aéreo. Caracteriza-se por ser reversível espontaneamente ou com o uso da terapia broncodilatadora e anti-inflamatória. A sintomatologia é composta por tosse, dispneia e sibilos. Esses geralmente aparecem pela primeira vez na infância, sendo uma doença relacionada à predisposição genética e à exposição ambiental a alérgenos, dentre os mais comuns: pelo de animais, poeira e lâ. **Objetivos:** Realizar uma análise do perfil epidemiológico da asma no Brasil, com ênfase na faixa etária mais prevalente e com o maior índice de internações e de óbitos, a fim de sinalizar sua importância e conhecer melhor sua magnitude. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, feito a partir da análise dos dados da asma segundo faixa etária (menores de 1 ano a 19 anos; 20 a 49 anos; idade superior a 50 anos) no Brasil, notificados ao DATASUS, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2017. **Resultados:** Foram observados 51.812.961,21 casos totais de asma no Brasil no período referente a janeiro de 2017 a dezembro de 2017, e, desses, 91.284 precisaram de internação (0,17%), principalmente na faixa etária dos menores de 1 ano a 19 anos, 69,2% das internações. Essa faixa etária também é a que possui a maior quantidade de notificações, a qual foi responsável por 68,5% dos casos. Ainda sobre as internações, 13,2% dos registros foram na faixa etária de 20 a 49 anos e os 17,6% restantes, de 50 anos em diante. A prevalência de internação não mostrou significante variação quanto ao sexo, 50% homem e 50% mulher, e, predominou na raça parda, 42,8%. Por fim, dos 471 óbitos registrados, 85,1% ocorreram na faixa etária de idade superior a 50 anos; 6,8% nos mais jovens e 8,1% de 20 a 49 anos. **Conclusões:** Diante do exposto, percebeu-se que a taxa de prevalência é significativa em relação à população geral. Crianças, adolescentes e pessoas de cor parda representam os principais grupos acometidos. No tocante às internações, o número é significativo, o qual indica uma fragilidade no controle da doença e na prevenção de suas exacerbações, que necessita de esforços para uma manutenção mais eficaz e para a melhoria da qualidade de vida do asmático. Contraditoriamente, a faixa etária com maior número de internações é a que possuiu menor número de óbitos, além disso, os idosos constituem grupo de risco para mortalidade. Os óbitos sugerem falha no controle da asma ou desinformação do paciente, uma vez que são potencialmente evitados devido à reversibilidade dos distúrbios ventilatórios e à disponibilidade de tratamentos efetivos.

A054 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CONTROLE DE ASMA EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA EM SÃO LUÍS DO MARANHÃO**JOSÉ ÁLVARO NASCIMENTO PAIXÃO; JOSIEL GUEDES DA SILVA; AMANDA PEREIRA CARVALHO; SOLANO KALUANGILA ANDREILINO SANTIAGO; VITOR PAIXÃO CRUZ; LAIZE NOGUEIRA DE CALDAS; DHEISSON DE ALMEIDA GABRIEL; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA**

UFMA, SÃO LUÍS, MA.

Palavras-chave: Asma; controle; act

Introdução: A principal meta do tratamento da asma é a obtenção e manutenção do controle da doença. Isto acontece com o controle das manifestações clínicas e funcionais da doença. Por isso, o controle dos sintomas é o melhor parâmetro para avaliação do tratamento e para realização de possíveis ajustes terapêuticos na asma. O conhecimento do perfil do paciente aliado ao acompanhamento da evolução clínica do paciente torna a terapia medicamentosa para a asma ainda mais eficaz. **Objetivos:** Verificar o controle de asma nos pacientes acompanhados ambulatorialmente e fazer associação entre controle de asma e as variáveis: sexo, escolaridade, rinite e Índice de Massa Corpórea (IMC). **Métodos:** Estudo analítico transversal realizado no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra (HUUFMA - UPD) com 48 pacientes com diagnóstico de asma moderada ou grave, com idade ≥ 18 anos e em acompanhamento ambulatorial no PAPA há mais de 06 meses. Os participantes responderam questionários contendo dados demográficos, dados clínicos, e a avaliação do controle da asma (ACT). O teste do qui-quadrado foi utilizado para análise das proporções, considerando-se significância estatística valores de $p < 0,05$.

Resultados: 38 (79,2%) participantes da pesquisa são do sexo feminino, com média de idade de 53 anos, com 18 pacientes (37,5%) acima dos 60 anos de idade. 30 pacientes (62,5%) se autodeclararam pardos e 18 pacientes (37,5%) concluíram o ensino médio, sendo que 24 (50%) pacientes estudaram 8 ou mais anos. Da amostra em questão, 16 (33,3%) pacientes estavam com a asma não controlada e 29 (60,4%) possuíam a asma bem controlada. Quando relacionado controle de asma com IMC, sexo, rinite alérgica e escolaridade em anos, notou-se que não há diferença estatisticamente significativa. **Conclusão:** Considerando os estudos prévios, faz-se necessário entender o perfil epidemiológico de pacientes acompanhados em serviços de pneumologia, tendo em vista o impacto da doença tanto na qualidade de vida quanto no controle dos sintomas, sendo essencial entender também os fatores que podem estar associados ao controle da asma.

A055 VALORES DE REFERÊNCIA PARA ESPIROMETRIA FORÇADA EM ADULTOS BRASILEIROS DA RAÇA NEGRA**TARCIANE ALINE PRATA¹; ELIANE VIANA MANCUZO²; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA³; SILVANA SPINDOLA MIRANDA⁴; LARISSA VOSS SADIGURSKY⁵; CAMILA HIROTSU⁶; SERGIO TUFIK⁷**

1.HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE, BELO HORIZONTE, MG; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG; 3.CENTRO MÉDICO BRASIL, SÃO PAULO, SP; 4.HOSPITAL CARDIOPULMONAR, SALVADOR, BA; 5.UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Espirometria; valores de referência; testes de função pulmonar

Objetivos: Derivar equações de referência para a espirometria forçada em adultos brasileiros da raça negra, saudáveis, que nunca fumaram, e comparar com os valores previstos para raça branca publicados em 2007. **Métodos:** Os exames seguiram as normas recomendadas pela

Sociedade Brasileira de Pneumologia e os espirômetros preencheram os requisitos técnicos exigidos pelas diretrizes da American Thoracic Society/ European Respiratory Society. Os limites inferiores foram derivados pela análise do 5º percentil dos resíduos. **Resultados:** Equações e limites de referência foram derivados em 120 homens e 124 mulheres, habitantes de oito cidades brasileiras, por espirômetro de fluxo. Os valores previstos para capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), relações VEF1/CVF e pico de fluxo expiratório (PFE) ajustaram-se melhor por regressões lineares, e os fluxos, por equações logarítmicas. Os valores de referência do VEF1 e da CVF para ambos os sexos foram significativamente menores quando comparados aos previstos para adultos brasileiros da raça branca derivados em 2007. **Conclusão:** Valores previstos para a espirometria forçada foram obtidos em uma amostra da população brasileira de raça negra. Os valores são inferiores aos previstos para a raça branca, justificando a utilização de uma equação específica para adultos de raça negra.

A056 VALORES DE REFERÊNCIA PARA VOLUMES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA DE ADULTOS DA RAÇA BRANCA**THAMINE LESSA ESPÍRITO SANTO ANDRADE¹; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA²; MARIA RAQUEL SOARES³; RENATO LOPES MATOS³; VIRGINIA PACHECO GUIMARAES⁴; GIANCARLO SANCHES⁵; ROBERTO HELOU RASSI⁶; ISRAEL SILVA MAIA⁷**

1.CLÍNICA AMO - ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR EM ONCOLOGIA, SALVADOR, BA; 2.LABORATÓRIO FUNÇÃO PULMONAR CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SÃO PAULO, SP; 3.PNEUMA - MEDICINA RESPIRATÓRIA, CRICIÚMA, SC; 4.HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG; 5.INSTITUTO DO PULMÃO E ALERGIA, MARINGÁ, PR; 6.CLÍNICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO, GOIÂNIA, GO; 7.LABORATÓRIO DE FUNÇÃO PULMONAR DA CLÍNICA TÓRAX, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Volumes pulmonares; testes de função pulmonar; pletismografia pulmonar

Introdução: A mensuração dos volumes pulmonares estáticos tem diversas aplicações clínicas. Os valores de referência para estas medidas mostram, à semelhança dos valores para a espirometria forçada, notáveis diferenças entre diferentes autores. **Objetivo:** Derivar valores de referência para brasileiros saudáveis que nunca fumaram e comparar os valores obtidos com os valores de referência mais usados no Brasil. **Métodos:** Equações de referência por regressões quantílicas foram derivadas em 122 homens e 122 mulheres, não obesos, em sete cidades do Brasil. A idade variou entre 21 e 92 anos nas mulheres e de 25 a 88 anos nos homens. Os volumes pulmonares foram medidos por pletismógrafos SensorMedics, de acordo com as recomendações da SBPT e ATS/ERS. Os limites inferior e superior, expressos pelo percentil 5 e 95, foram derivados por equações específicas. Os resultados foram comparados aos sugeridos por Crapo em 1982 e Neder em 1999. **Resultados:** Os valores medianos para a capacidade pulmonar total (CPT) foram influenciados apenas pela estatura nos homens, e pela estatura e idade nas mulheres. O volume residual foi influenciado pela idade e estatura em ambos os sexos. O peso se correlacionou diretamente com a capacidade inspiratória e inversamente com a capacidade residual funcional e com o volume de reserva expiratório em ambos os sexos. A CPT observada, comparada com os valores previstos pela equação de Neder, foi significativamente menor. Os valores médios foram semelhantes entre os dados do presente estudo e os de Crapo, porém em valores maiores de CPT os atuais valores

foram maiores, o oposto ocorrendo em valores menores.
Conclusão: Novos valores previstos para os volumes pulmonares foram obtidos em uma amostra de brasileiros de raça branca. Os valores diferem daqueles derivados por Crapo e Neder.

AO57 AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA E SUA RELAÇÃO COM OS NÍVEIS DE FADIGA: UM ESTUDO PILOTO

ALINE ALVES ALVES DA SILVA MOREIRA¹; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA²; DENISE SISTEROLLI DINIZ¹

1.UFG, TRINDADE, GO; 2.HC-UFG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Função respiratória; fadiga; esclerose múltipla

Introdução: A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença neurológica degenerativa sistêmica que provoca desmielinização nervosa central e leva o indivíduo a apresentar diversas alterações neuromusculares, sendo a fadiga o sintoma mais incapacitante e frequente. Podem estar presentes também disfunções respiratórias nessa população, porém ainda não é concretizado na literatura sobre a influência da função respiratória sobre o agravamento da fadiga. **Objetivos:** avaliar força muscular respiratória e função pulmonar em pacientes com EM, comparar com valores normais para a idade e relacionar os dados respiratórios com o grau de fadiga coletado.

Métodos: Trata-se de um estudo piloto transversal realizado em um centro de referência de EM em Goiás com a participação de 9 indivíduos maiores de 18 anos com diagnóstico confirmado de EM e que não apresentavam doenças respiratórias associadas. Foi feita caracterização da amostra e avaliada a força muscular respiratória por meio das medidas de pressão inspiratória máxima (Pimáx) e pressão expiratória máxima (Pemáx) por uma manovacuômetro analógico (-150/+150). Após foi avaliada a função pulmonar pelo espirometro Easy One por um técnico treinado. Os níveis de fadiga foi avaliados pela escala modificada de impacto da fadiga (MFIS) e escala de severidade da fadiga (FSS). Os dados foram analisados pelo software SPSS, as variáveis foram descritas por média e desvio padrão e o teste de Spearman foi utilizado para correlacionar as variáveis respiratórias com o grau de fadiga. **Resultados:** A amostra foi composta de 77,8% de mulheres, 22, 2% de homens, 55,6% brancos, 44,4% de negros e pardos. Nenhum dos participantes eram tabagistas, 33,3% relataram serem ex-tabagistas. Em relação a força muscular respiratória, apenas 22,2% atingiu a Pimáx e Pemáx prevista para a idade, sendo 22,2% apresentaram Pimáx abaixo de 50% do previsto e 44,4% não atingiu Pemáx acima de 80% do previsto. Em relação a função pulmonar, apenas 44,4% apresentou volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1) dentro do valor de normalidade, e 66,6% dos indivíduos apresentaram capacidade vital forçada (CVF) abaixo do previsto. A fadiga de acordo com a escala de MFIS estava presente em 22,2% dos indivíduos e de acordo com a FSS em 55,5%. Correlacionando os dados respiratórios com o grau de fadiga apresentado, houve correlação significativa entre a força muscular respiratória (Pimáx e Pemáx) e o grau de fadiga relatado pela MFIS respectivamente (r: -0,79; p:0,01 e r: -0,7; p:0,03) e correlação significativa entre a porcentagem do previsto do VEF1 entre o grau de fadiga pela MFIS (r: -0,68; p:0,04). **Conclusões:** Observamos neste estudo piloto uma alta prevalência de fraqueza muscular respiratória (mais acentuada na musculatura inspiratória), redução da CVF e VEF1 nos pacientes com EM e uma correlação negativa significativa entre força muscular respiratória e grau de fadiga.

AO58 AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA E TEMPO DE USO DIÁRIO DE ODP EM DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES COM DOENÇA RESPIRATÓRIA

LUIZ HENRIQUE SOARES MACHADO; ROBSON APARECIDO PRUDENTE; GUILHERME BIANZENO; AMANDA LAIS PERALTA; VANESSA MONIQUE ROSA; CARINA GRESPI BUENO; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO; SUZANA ERICO TANNI HCFMB, BOTUCATU, SP.

Palavras-chave: Doenças respiratórias; aderência; oxigenoterapia domiciliar prolongada

Introdução: Avaliação da aderência ao uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) em portadores de doenças respiratórias diversas pode ser influente em desfechos clínicos. Entretanto, poucos estudos avaliaram a associação das patologias com a aderência à ODP e seu tempo de uso diário. **Objetivo:** Avaliar aderência e tempo de uso de ODP dos pacientes com hipertensão arterial pulmonar (HAP), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doença pulmonar intersticial (DPI). **Métodos:** O estudo incluiu 200 pacientes em acompanhamento no ambulatório de ODP. Os indivíduos foram avaliados de acordo com a aderência referida e tempo de uso diário de ODP em intermitente, 18 e 24 horas com media de 655 dias no tempo de seguimento. **Resultados:** Do total de pacientes, 10% era do grupo de DPI, 33% tinha HAP e 78,5% DPOC. Em relação ao tempo de uso diário de ODP, 24,5% não tinha indicação de uso de ODP, 25,5% utilizava intermitente, 28,5% 18h e 21,5% tinha prescrição de 24h. A grande maioria era ex-tabagista (75,5%), 17% nunca tinha fumado e 7% ainda eram tabagistas ativos e não tinham prescrição de uso de ODP. Não identificamos diferenças entre os grupos de doenças em relação à aderência ao uso de ODP (p=0,11). Também não identificamos diferenças em relação ao tempo de uso diário de ODP e a aderência (p=0,79). **Conclusão:** A boa aderência no tratamento dos pacientes é de extrema importância, independentemente da patologia respiratória associada.

AO59 RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL E FUNÇÃO PULMONAR DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NA CIDADE DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP

JOYCE MARIANE MARTILIANO SILVA FRUTUOSO¹; IARA BURIOLA TREVISAN²; ISABELA CRISTINA DUARTE ARAÚJO¹; WEBER GUTEMBERG ALVES DE OLIVEIRA¹; ERYC MARA CIPULO RAMOS²; DIONEI RAMOS²; ALINE DUARTE FERREIRA CECCATO¹

1.UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE, SP; 2.FCT-UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP.

Palavras-chave: Idoso; função pulmonar; capacidade funcional

Introdução: Com o aumento da longevidade há relatos na literatura que há uma relação diretamente proporcional entre a capacidade funcional (CF) e a função pulmonar (FP) de idosos. Portanto, investigar se essa relação acontece na mesma proporção com idosos institucionalizados é fundamental, visto que esses são mais susceptíveis a serem dependentes e sedentários. **Objetivos:** Avaliar a capacidade funcional e função pulmonar de idosos institucionalizados e a possível relação entre essas variáveis. **Métodos:** O estudo contou com a participação de 10 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) da cidade de Presidente Prudente/SP. Os participantes foram divididos em três grupos de acordo com o hábito tabagístico: tabagistas (G1; n=2), ex-tabagistas (G2; n=3) e não tabagistas (G3; n=5). Para avaliar a FP foi realizada a espirometria. Já o teste de caminhada de seis minutos

(TC6') foi utilizado para avaliar a CF. A pesquisa foi aprovada pelo CEP envolvendo seres humanos da UNOESTE (CAAE 30754614.6.0000.5515). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, os idosos que não apresentaram condições cognitivas e motoras, o mesmo foi assinado e reconhecido por familiares ou representantes legais. Para análise dos dados foi utilizado o software estatístico SPSS (versão 15.0). A normalidade foi atestada pelo teste de Shapiro Wilks, os dados antropométricos, valores espirométricos e o TC6' foram apresentados em média e desvio padrão e utilizado o teste de ANOVA One Way, exceto para a frequência entre os sexo onde foi aplicado o teste qui-quadrado. Para os coeficientes de correlação entre as variáveis espirométricas e TC6' foi utilizado o teste de Spearman e/ou Pearson. Foram considerados resultados significantes com p-valor <0.05. **Resultados:** A amostra se apresentou homogênea sem diferença significativa entre os grupos nos dados antropométricos, variáveis espirométricas e TC6', porém houve diferença na frequência entre os sexos no grupo G2 e G3. Para os dados de sinais vitais e escala de dispneia e esforço antes e após o TC6' observou-se diferença significativa nas variáveis de PAS (p=0.018), FC (p=0.006), FR (p=0.011) e escala de BORG (p=0.005). Ao se correlacionar a CF e FP entre os três grupos avaliados, notou-se que o grupo de tabagistas e ex-tabagistas apresentaram uma correlação positiva entre o TC6' e todas as variáveis espirométricas: CVF (r=0.90), VEF1 (r=0.90), FEF25-75% (r=0.90) e PFE (r=0.90). **Conclusão:** O hábito tabagístico acarreta na piora da função pulmonar que por consequência se correlacionou com uma piora da capacidade funcional principalmente em idosos institucionalizados.

AO60 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DAS MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS NO BRASIL.

TELMA GOLDENBERG¹; REGINA COUTINHO¹; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO²

1.CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HELIO FRAGA-ENSP/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ; 2.UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Micobactéria não tuberculosa; infecção respiratória; pulmão

Introdução: Devido à alta carga de tuberculose pulmonar (TB), a semelhança clínica e radiológica existente entre esta doença e a doença pulmonar causada pelas micobactérias não tuberculosas (MNT), somada a dificuldade no diagnóstico laboratorial, nos mostra que a epidemiologia da doença pulmonar causada pelas MNTs no Brasil é um grande desafio. A implantação do Sistema de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB) pelo Ministério da Saúde (iniciado em 2010 e concluído em 2013) onde são notificados os casos de MNT no Brasil, foi um importante passo para elucidação e vigilância das infecções pulmonares pelas MNTs no Brasil. **Objetivos:** Calcular a prevalência das infecções respiratórias por micobactérias não tuberculosas a partir dos casos notificados no SITETB, nos anos de 2014 a 2016, ressaltando aquelas de maior prevalência, sexo e idade. **Métodos:** Foram analisados dados secundários extraídos do SITETB dos anos de 2014 a 2016. Foi calculada as taxas de prevalência de MNT, e feita a análise exploratória das principais características clínicas e demográficas associadas à enfermidade. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 53 anos. Houve predomínio do sexo masculino e 62,2% dos pacientes notificados no SITETB apresentaram tratamento anterior para tuberculose pulmonar. A prevalência anual de infecção por MNT foi, respectivamente: 0,27 casos por 100 mil habitantes, 0,43

casos por 100 mil habitantes e 0,51 por 100 mil habitantes, em 2014, 2015, e 2016. As micobactérias mais comumente isoladas foram: complexo *M. avium*, *M. kansasii*, *M. abscessus*, *M. fortuitum* e aquelas sem identificação.

Conclusões: A enorme dificuldade de identificação destas micobactérias por falta de rede laboratorial adequada possibilitaram erroneamente que a grande maioria de casos de pacientes com doença pulmonar por MNT sejam expostos, repetidas vezes, a esquemas para TB antes do correto diagnóstico. A ação mitigatória seria, entre outras, a de se investir na formação de recursos humanos com ênfase na importância do correto diagnóstico da infecção respiratória por MNT e de sua notificação no SITETB a fim de que possamos nos aproximar da realidade da doença pulmonar por MNT no Brasil e assim sugerir políticas públicas para o correto diagnóstico e tratamento das infecções respiratórias.

AO61 ACTINOMICOSE PULMONAR: SÉRIE RETROSPECTIVA DE 09 CASOS

TOMAS NERI BEDER¹; MARCELA DE OLIVEIRA COSTA XIMENES¹; FELIPE MARQUES DA COSTA¹; ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA¹; ALESSANDRO WASUM MARIANI²; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES¹; ANDRE NATHAN COSTA¹

1.DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP; 2.DIVISÃO DE CIRURGIA TORÁCICA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Actinomicose; infecções respiratórias; doenças emergentes

Introdução: A actinomicose pulmonar é uma doença granulomatosa rara, lentamente progressiva, causada por bactérias anaeróbias do gênero *Actinomyces*, sendo *A. israelii*, *A. odontolyticus* e *A. viscosus* os patógenos mais comuns em humanos. A forma pulmonar é a terceira apresentação mais comum, atrás da cervicofacial e abdominal, sendo responsável por 15% dos casos. Apesar do declínio na incidência em países desenvolvidos, atribuído a melhorias nas condições de higiene e ao maior acesso a terapia antibiótica, nosso centro tem registrado um aumento no número de casos, colocando a doença, que mimetiza condições como tuberculose, doenças fúngicas e neoplasia de pulmão, no rol de diagnósticos diferenciais de quadros respiratórios subagudos. **Objetivos:** Relato de casos de actinomicose pulmonar, descrevendo a apresentação clínica, os achados de exames complementares e o tratamento utilizado, com seus desfechos. **Métodos:** Revisão de prontuário médico de 09 pacientes com diagnóstico de actinomicose pulmonar em centro único. **Resultados:** A maioria dos pacientes era do sexo masculino (6/9 - 66%), de meia idade (idade média = 45 anos). Comorbidades pulmonares, como bronquiectasias, asma e tuberculose pulmonar prévia, estavam presentes em 44% (4/9). Os sintomas mais comuns foram tosse (8/9 - 88%), com produção de escarro (7/9 - 77%), dispnéia (5/9 - 55%) e febre (5/9 - 55%). Revisão de imagens tomográficas evidenciou: consolidações (7/9 - 77%), comumente associadas a áreas de necrose central, seguido por bronquiectasias (5/9 - 55%) e linfonodomegalia mediastinal (5/9 - 77%). Dosagem de proteína C reativa média mostrou-se elevada (58,8 mg/L - VR < 5mg/L). O diagnóstico foi dado a partir de cultura do lavado broncoalveolar (3/9 - 33%), biópsia transtorácica (2/9 - 22%), biópsia cirúrgica (2/9 - 22%), biópsia transbrônquica (1/9 - 11%) e cultura de líquido pleural (1/9 - 11%). Os organismos isolados foram: *Actinomyces* sp. (5/9 - 55%), *A. odontolyticus* (3/9-33%) e *A. viscosus* (2/9 - 22%), e Amoxicilina por via oral foi o tratamento mais

utilizado (5/9 - 55%). Amoxicilina-Clavulanato foi usada em 2 pacientes (22%), assim como Penicilina Cristalina em fase inicial seguida por Amoxicilina na manutenção (2/9-22%) e Clindamicina (1/9 - 11%). Houve boa resposta terapêutica e resolução da imagens tomográficas na maior parte dos casos. Dois pacientes (2/9 - 22%) necessitaram de complementação com ressecção cirúrgica por falência do tratamento clínico. **Discussão:** A actinomicose representa uma condição rara, que necessita de alto grau de suspeição clínica aliada a uma avaliação microbiológica adequada para seu diagnóstico. A sua capacidade de mimetizar doenças bem mais prevalentes dentro da prática pneumológica, como tuberculose e câncer de pulmão, além de suas manifestações clínicas inespecíficas, mostram a necessidade de conhecimento de sua fisiopatologia para inclusão na lista de diagnósticos diferenciais e possibilidade de início precoce de tratamento, com melhores desfechos.

AO62 ACHADOS TOMOGRÁFICOS NA DOENÇA PULMONAR POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS (MNT)

NINA ROCHA GODINHO DOS REIS VISCONTI; MICHELLE CAILLEAUX CEZAR; DOMENICO CAPONE; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO

UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Micobactéria; mnt; tomografia

Introdução: A prevalência da infecção por MNT tem aumentado globalmente. O diagnóstico é definido por conjunto de achados clínicos, radiológicos e microbiológicos. Os achados radiológicos são muito variáveis, sendo o conhecimento do espectro de apresentações importante para o diagnóstico e tratamento. **Objetivos:** Descrever achados tomográficos de uma série de casos de doença pulmonar por MNT. **Métodos:** Incluídos 14 pacientes com diagnóstico confirmado de doença pulmonar por MNT do Ambulatório de MNT do IDT/UFRJ. As tomografias de tórax do momento do diagnóstico foram avaliadas por radiologista especialista, sendo registradas as principais alterações parenquimatosas, mediastinais e pleurais. **Resultados:** Os pacientes avaliados apresentavam idade entre 27 e 78 anos, média 60 anos, no momento do diagnóstico. Sete eram do sexo masculino (50%). As principais comorbidades foram pneumonia prévia (n=3), DPOC (n=2), tuberculose prévia (n=2) e neoplasia (n=2). Apenas um paciente fazia uso de medicamento imunossupressor e nenhum era portador do vírus HIV. Sete pacientes (50%) tinham história de tabagismo ativo ou prévio. Os sintomas mais frequentes foram emagrecimento (64%) e tosse (64%). As espécies isoladas foram *M. kansasii* (n=8), *M. fortuitum* (n=1), complexo *M. avium* (n=3), *M. abscessus* (n=1) e *M. senegalense* (n=1). Os achados tomográficos mais frequentes foram alterações brônquicas (n=14), distorção arquitetural (n=13), disseminação acinar com padrão de árvore em brotamento (n=9), lesão residual tipo fibro-atelactásica (n=10) e espessamento pleural (n=10). Cavernas foram visualizadas em 10 pacientes, sendo única em apenas 3 pacientes. Eram >3cm em 7 pacientes e tinham parede com espessura >3mm em 6. Calcificações parenquimatosas (n=8), opacidades (n=7) e nódulos (n=8) foram frequentes; vidro-fosco e derrame pleural não foram visualizados. Adenomegalia mediastinal foi visto em apenas 1 paciente. Encontradas alterações bilaterais na maioria dos pacientes (n=11). Os segmentos mais envolvidos à direita foram 2 (n=12), 5 (n=12), 4 (n=11), 1 (n=10) e 6 (n=9) e à esquerda 5 (n=8), 4 (n=7), 1/2 (n=6), 6 (n=6) e 10 (n=6). **Conclusão:** A análise tomográfica desta série de casos de doença pulmonar por MNT evidenciou predominância de

doença bilateral extensa, comprometendo principalmente os segmentos 2, 5, 4, 1 e 6 à direita e 5, 1/2, 4, 6 e 10 à esquerda, demonstrando provável retardo no diagnóstico da doença pulmonar. O padrão tomográfico foi caracterizado por alterações brônquicas, distorção arquitetural, disseminação acinar com padrão de árvore em brotamento, espessamento pleural, lesão residual tipo fibro-atelactásica e cavernas. Estes achados apontam a necessidade de realizar cultura para micobactérias com teste de identificação de espécie diante dos achados tomográficos descritos.

AO63 ANÁLISE DA MORTALIDADE DEVIDO A BRONQUITE NO BRASIL ENTRE 1998 E 2014

FÁBIO FERREIRA MARQUES; GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO; JÚLIA RODRIGUES MORAES; LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA; LUIS MÁRIO MENDES MEDEIROS; RENATO SOUSA LUZ PEDROSA; BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES; MIRIAN PAIVA SILVA
1995, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Bronquite; registros de mortalidade; tosse

Introdução: A bronquite é uma infecção das principais vias aéreas do pulmão. O principal sintoma é a tosse e uma respiração ofegante. Além disso, aparece com mais frequência nos meses de outono e inverno e afeta principalmente crianças menores de 1 ano. **Objetivos:** Analisar a mortalidade por bronquite nas regiões do Brasil. **Métodos:** Refere-se a um estudo epidemiológico quantitativo com abordagem por corte transversal realizado no Brasil entre os anos de 1998 e 2014. Os dados foram obtidos do sistema DATASUS, de ordem secundária, na categoria de base de dados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), selecionando variáveis significantes. **Resultados:** Constatou-se que no período referente aos anos de 1998 e 2014 houve 3575 mortes. Ademais, a região Sudeste teve 42,43% do total de mortes e a maior quantidade em todos os anos analisados, enquanto a região Centro-oeste ficou com a menor quantidade, exceto no ano de 2014 em que a região Norte ficou com o menor número de óbitos. Observa-se nos dados em estudo que em todas as regiões houve uma diminuição significativa de mortalidade até o ano de 2005 e uma queda no ano de 2012, exceto na região Sul em que houve aumento de 175% em relação ao ano anterior. Em relação a morbidade, houve um total de 717273 internações, 36,97% só nos últimos 5 anos, sendo o maior número no ano de 2014, com 7,18%. Percebe-se também que a hospitalização, assim como a mortalidade, foi diminuindo até os primeiros anos do século 21, voltando a aumentar em 2007. Vale ressaltar ainda que do total de óbitos 54,48% são homens. Além disso, menores de 1 ano são os que mais morreram, 35,86%, mesmo com a média do número de procedimentos para bronquiolite aguda a partir do ano de 2003 representar 98% do número de internações. **Conclusão:** A partir dos dados, observa-se que o principal fator de risco para bronquite é a idade, porque o aparelho respiratório de crianças muito pequenas ainda não está totalmente desenvolvido, bem como o sistema imunológico. Percebe-se também que o recente aumento no número de casos e óbitos em idades mais avançadas é devido mais pelo tabagismo em suas diversas formas (cigarros, cachimbo, charuto, narguilé). Apesar da predominância de óbitos até 1 ano de vida, não houve uma diferença significativa entre a quantidade de internações e de procedimentos realizados a partir do ano de 2003. Portanto, fica claro a necessidade de um diagnóstico precoce para que o tratamento seja eficaz e diminua a mortalidade.

AO64 REPERCUSSÃO FINANCEIRA DO TRATAMENTO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA; LUIS MÁRIO MENDES MEDEIROS; RENATO SOUSA LUZ PEDROSA; BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES; FÁBIO FERREIRA MARQUES; GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO; JÚLIA RODRIGUES MORAES; MIRIAN PAIVA SILVA UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO.

Palavras-chave: Infecções respiratórias; influenza humana; gestão em saúde

Introdução: Os surtos de influenza, que ocorrem sazonalmente, principalmente durante o inverno, repercutem de forma sistemática no aumento das consultas médicas nos serviços primários de saúde e nas emergências hospitalares devido a quadros de pneumonia e outras complicações respiratórias. O aumento nas hospitalizações, bem como os procedimentos realizados nesses pacientes geram gastos ao Sistema Único de Saúde que devem ser analisados meticulosamente a fim de evitar despesas desnecessárias. **Objetivos:** Analisar a repercussão financeira do tratamento das infecções respiratórias ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil nos primeiros seis meses do ano de 2017. **Métodos:** Os dados para o estudo foram obtidos do sistema DATASUS, de ordem secundária, na categoria de base de dados do Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Trata-se de um estudo retrospectivo e quantitativo com abordagem por corte transversal realizado no Brasil entre janeiro a junho de 2017. Analisou-se o número de internações hospitalares aprovadas nesse período, bem como o valor para cada procedimento realizado nos pacientes com infecção respiratória. **Resultados:** No primeiro semestre do ano de 2017 foram aprovadas 629.026 internações hospitalares por infecções respiratórias no Brasil, sendo sua maioria na região Sudeste, com 228.795 casos. Do total de atendimentos referidos, 96,60% tiveram caráter de urgência, o que gerou uma mortalidade de 8 pacientes a cada 1.000 atendimentos por afecções respiratórias na emergência do Brasil. O valor médio de cada internação hospitalar foi de 1.010,98 reais, gerando um custo aproximado de 700 milhões de reais aos cofres públicos, sendo sua maior quantia destinada aos Estados do Sudeste do país. Os serviços hospitalares, por sua vez, foram responsáveis por mais de 500 milhões de reais do total gasto pelo Governo no período analisado. **Conclusão:** A quantidade expressiva de casos de infecções respiratórias no Brasil geram, invariavelmente, custos exorbitantes ao Sistema de Saúde do país. Gastos hospitalares com medicações, procedimentos terapêuticos e materiais usados no ambiente de internação são os principais fatores de gastos nesse âmbito. Desse modo, deve-se, portanto, intensificar a prevenção das infecções transmitidas pelo vírus influenza através de maior adesão da comunidade à vacinação ou à procura precoce aos serviços primários de saúde com o intuito de amenizar tais despesas.

A065 FEOHIFOMICOSE PULMONAR – RELATO DE CASO NATHALI MIREISE COSTA FERREIRA; VIVIANE VIEIRA PASSINI SOARES; FELIPE XAVIER DE MELO; RICARDO LUIZ DE MELO MARTINS; GESSICA MOREIRA ANDRADE; VERONICA MOREIRA AMADO; FERNANDA LARA FERNANDES BONNER ARAÚJO RISCADO; MARCELO PALMEIRA RODRIGUES HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA, BRASILIA, DF.

Palavras-chave: Feohifomicose pulmonar; feohifomicose no Brasil; micoses pulmonares

INTRODUÇÃO Feohifomicose caracteriza um grupo heterogêneo de infecções causadas por fungos da família Dematiaceae, que raramente podem acometer o pulmão. Relatamos o caso de uma jovem com dor torácica ventilatório-dependente e tomografia de tórax mostrando consolidação em lobo inferior direito. Após biópsia pulmonar cirúrgica, a análise micológica fechou o diagnóstico de

Feohifomicose. **RELATO DE CASO** Mulher de 34 anos, previamente hígida, foi submetida à Colecistectomia complicada com abscesso intrabdominal em 2015, tendo necessitado de uso de antibioticoterapia estendida. Evoluiu, após isso, com episódios de dor ventilatório-dependente e febre sem periodicidade definida, além de dispneia aos esforços. Radiografia de tórax mostrava lesão em base pulmonar direita, confirmada pela tomografia de tórax (TC) que descrevia consolidação/massa em lobo inferior direito, com área hipodensa no interior. Fez tratamento para pneumonia em outro serviço, sem efeito, sendo encaminhada para o nosso serviço para melhor investigação. Lavado broncoalveolar mostrou-se negativo para fungos e micobactérias. Biópsia guiada por TC foi conclusiva para infarto pulmonar. Não foram encontrados parasitas, BAAR e fungos no material examinado. Optado por realização de angiotomografia de tórax que excluiu tromboembolismo pulmonar e a paciente referiu melhora da dispneia após a introdução de broncodilatador de longa ação mais corticoide inalatório de forma empírica. Porém, retornou à consulta ambulatorial persistindo com dor ventilatório-dependente e nova TC de tórax mostrava progressão das lesões pulmonares. Nesta ocasião, foi discutido o caso em reunião multidisciplinar, sendo optado por realização de biópsia pulmonar cirúrgica. Em discussão com a patologia, foi descrito achado compatível com pneumonite granulomatosa e supurativa, com ausência de malignidade. Em exame direto pela micologia, foi encontrado presença de hifas e incontáveis micélios demáceos, associados a macroconídeos demáceos com características de feofragmosporos, compatível com Feohifomicose. Discutido com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e optado por iniciar tratamento com Anfotericina B Lipossomal, seguido por Itraconazol por tempo prolongado, com acompanhamento com exames de imagem para analisar regressão das lesões. **DISCUSSÃO** Feohifomicose é diagnosticada quando elementos fúngicos são identificados microscopicamente caracterizados pela presença de melanina ou pigmentos semelhantes em suas paredes. São saprofíticos do solo e vegetais em decomposição e é uma doença cosmopolita, com maior presença em populações rurais da América central e do sul. É classificada em quatro formas, sendo a lesão pulmonar é extremamente rara, com maior incidência em imunocomprometidos. O diagnóstico laboratorial é baseado na morfologia, conforme observado por exame microscópico direto e histopatologia. E apoiado pelo exame de culturas para identificar o gênero e as espécies do agente etiológico.

A066 ANÁLISE DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM DOENÇA POR MICOBACTERIOSES NÃO TUBERCULOSE NO BRASIL DESDE 2013

LUIZ PAULO ARREGUY NOGUEIRA; BRUNO HORTA ANDRADE; OLAVO DIAS JÚNIOR; GRAZIELA DAS MERCÊS PIMENTA RIOGA; DEBORAH DOS REIS ESTRELLA; MARILUCY DE OLIVEIRA SANTOS HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Micobactéria não tuberculose; mnt; sitetb

Introdução: A doença pulmonar crônica por micobactéria não tuberculosa (DP-MNT) é a manifestação patogênica mais comum desse agente, que apresenta reconhecido crescimento de sua prevalência em todo o mundo, inclusive em indivíduos imunocompetentes. A escassez de dados torna a frequência da MNT imprecisa em países de baixa e média renda como países da América Central e América do Sul. A dificuldade de identificação desses casos se acentua por não se tratar de doença de notificação compulsória. No

Brasil, o Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB), desde 2013, registra e vincula os portadores de DP-MNT à distribuição de medicamentos pelo Governo Federal, o que permite registro e identificação da maioria dos casos do país. Objetivos Identificar os casos de DP-MNT tratados no Brasil e registrados no SITETB. Realizar sua análise demográfica a fim de compreender sua distribuição geográfica e perfil epidemiológico incluindo idade, proporção de gênero, forma de ingresso ao tratamento, frequência de subespécies e resultados alcançados com o tratamento. **Métodos:** Foram levantados todos os casos registrados no SITETB submetidos a tratamento de DP-MNT com ou sem envolvimento extra-pulmonar desde o início do seu registro no ano de 2013. As informações obtidas foram transferidas e analisadas no programa Microsoft Excel® 2010 para Windows 10. Resultados Foram identificados 1639 casos de MNT, dos quais 1574 apresentam manifestações pulmonares. Desses, 903 (55,1%) são do sexo masculino e a mediana de idade foi de 53 anos. Com 494 (30,1%) registros, São Paulo é o estado com maior número de notificações, seguido do Rio de Janeiro com 282 (17,2%) e Rio Grande do Sul com 152 (9,6%). As regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste representaram 3,2%, 8,7% e 14,8% do total de registros, respectivamente. As espécies do Complexo *Mycobacterium avium*, *M. kansasii* e do Complexo *Mycobacterium abscessus* foram as mais comumente identificadas como patogênicas, estando associadas como causadoras da doença em 547 (33,4%), 332 (20,3%) e 209 (12,8%) pacientes. Em 406 (24,7%) dos registros, não há especificação da subespécie causadora da doença. A notificação como "Caso novo" representa 85,7% dos pacientes. 792 (48,3%) dos casos foram notificados com desfecho positivo (Curado/Tratamento completo). Conclusão Apesar de o SITETB não ser um sistema de notificação compulsória, e por isso ser limitado à identificação da real prevalência da DP-MNT no Brasil, permitiu a identificação de um enorme número de casos no país nesse período. Este achado sustenta a hipótese de que a prevalência ainda se encontre subestimada. Houve grande variedade da distribuição dos casos entre estados e regiões o que pode se dever por diferenças de prevalência entre regiões, mas também por dificuldade de acesso ao diagnóstico em áreas com menores rendas e recursos de saúde.

AO67 Nocardiose Pulmonar em Paciente Portadora de Proteinose Alveolar: Relato de Caso
TOMAS NERI BEDER; RENATO PIUCCO MATOS; FELIPE MARQUES DA COSTA; ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; ANDRE NATHAN COSTA
DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO,
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Proteinose alveolar; nocardiose; infecções respiratórias

Introdução: A proteinose alveolar pulmonar é uma afecção rara caracterizada pelo acúmulo de material lipoproteínico amorfo nos espaços alveolares, devido a disfunção ou redução de níveis do fator estimulador de colônia de granulócitos (GM-CSF) ou déficits no processamento de surfactante. A alteração nas relações de troca gasosa leva a uma evolução geralmente insidiosa, com dispnéia e tosse, além de sintomas sistêmicos associados em alguns casos. Tais pacientes estão propensos ao desenvolvimento de infecções oportunistas, com destaque para o gênero *Nocardia*, que chega a representar 43% do total de quadros infecciosos em algumas séries, além de micobacterioses

e doenças fúngicas. A seguir, descreveremos um caso de Nocardiose em paciente portadora de proteinose alveolar pulmonar que teve boa evolução após diagnóstico e instituição de tratamento. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 45 anos, portadora de talassemia menor, iniciou quadro de dispnéia progressiva, associada a tosse seca, com piora por 06 meses. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou extensas áreas de pavimentação em mosaico bilateralmente, com espessamento septal interlobular, além de nódulo não calcificado de 1,6 cm, com bordas irregulares, periférico, em lobo inferior esquerdo. Realizou broncoscopia que evidenciou material amorfo de aparência leitosa, além de biópsia pulmonar aberta com achado de macrófagos ingurgitados com material lipoproteínico PAS-positivo, sendo diagnosticada proteinose alveolar pulmonar. No mesmo procedimento, também foi submetida a biópsia do nódulo descrito, com histopatológico demonstrando a presença abscesso pulmonar contendo estruturas filamentosas, gram-positivas, sugestivas de *Nocardia* sp após coloração com o método de Grocott. Iniciou tratamento com Sulfametoxazol-Trimetoprim na dose de 800/160 mg duas vezes ao dia durante 12 meses, com imagens seriadas evidenciando remissão da nodulação, sem sinais de acometimento infeccioso em outros sítios ou lobos pulmonares. Devido a piora da dispnéia e aumento do infiltrado pulmonar atribuído a atividade da proteinose alveolar, necessitou de quatro internações para lavagem pulmonar total, sem isolamento de *Nocardia* em nenhuma das oportunidades. Permanece estável, em acompanhamento ambulatorial, em uso de oxigenioterapia domiciliar pelo quadro de base. **Discussão:** As infecções oportunistas são eventos complicadores da evolução da proteinose alveolar pulmonar, podendo até preceder o diagnóstico da mesma em algumas ocasiões, devendo ser pesquisadas e tratadas de maneira agressiva de forma a evitar desfechos adversos. A Nocardiose é a mais comum destas infecções, com prognóstico favorável na maior parte das vezes, especialmente no caso de instituição precoce de tratamento adequado. As sulfonamidas (Sulfametoxazol-Trimetoprim) representam a terapia de primeira linha, com uso durante intervalos de tempo variáveis a depender do status imune, comorbidades e extensão do acometimento infeccioso.

AO68 PNEUMOTÓRAX SECUNDÁRIO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE PARACOCIDIOIDOMICOSE PULMONAR

PRISCILLA COLBACHINI REZENDE; WILLON OLIVEIRA DE LIMAS; THAIS CRISTINA CALUNGA; ANA LUIZA MURBACH ALIBERTI; MARCELO CENEVIVA MACCHIONE
UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Pneumotórax; paracoccidiodomicose; micose pulmonar

INTRODUÇÃO A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica endêmica causada pela inalação do fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis* e pode ser classificada em forma aguda/subaguda ou crônica. Na forma crônica, o comprometimento pulmonar é frequente e os principais sintomas são tosse, dispnéia e perda de peso, associada a lesões mucocutâneas. O diagnóstico normalmente é considerado baseando-se nos achados radiológicos e a confirmação dá-se através do achado de *P. brasiliensis* no exame microscópico direto. **História clínica:** Paciente de 45 anos, masculino, procurou atendimento médico queixando-se de dispnéia aos moderados esforços e dor torácica à esquerda, ventilatório-dependente, com início há 1 semana. Já havia procurado serviço de saúde

e fora medicado com relaxante muscular. Ex-tabagista, 37 maços/ano. O exame do aparelho respiratório evidenciou diminuição da expansibilidade e do frêmito toracovocal em todo hemitórax esquerdo, timpanismo à percussão e ausência de som respiratório normal. Diante dos achados, solicitou-se um radiograma de tórax que demonstrou a presença de um pneumotórax volumoso associado a uma pequena opacidade obliterando a cúpula diafragmática e o seio costofrênico à esquerda. Realizado ultrassonografia do hemitórax esquerdo para avaliação, notou-se ausência de "lung sliding" à esquerda e presença de pequena coleção hipoecóica. Assim, foi realizada a drenagem pleural guiada por US, com saída de grande quantidade de líquido hemorrágico sugestivo de um hemopneumotórax. Em seguida, uma tomografia computadorizada de tórax que revelou múltiplos nódulos com padrão de halo invertido, esparsos pelos campos pulmonares bilaterais, enfisema centrolobular e parasseptais nos campos pulmonares superiores, linfonodos mediastinais proeminentes, aterosclerose da aorta e espondilose torácica. Foi indicada videotoracoscopia para realização de pleurodese e biópsia. O exame anatomopatológico indicou pneumonia crônica granulomatosa de etiologia fúngica, sugestiva de paracoccidioidomicose. A pesquisa para BAAR foi negativa. Iniciado tratamento com Itraconazol 200mg/dia em regime ambulatorial. Paciente apresentou melhora clínica e radiológica significativas. **Discussão:** A PCM apresenta achados de TCAR, tais como: espessamento septal, opacidades nodulares, bronquiectasias de tração, espessamento do interstício peribroncovascular e enfisema parasseptal. O pneumotórax é a presença de ar no espaço pleural e pode ser espontâneo ou secundário. Os mecanismos fisiopatológicos são: comunicação direta ou indireta entre espaços alveolares e pleura; comunicação entre ar atmosférico e pleura; presença de microorganismos produtores de gás no espaço pleural. O pneumotórax secundário pode resultar de infecções crônicas por tuberculose, histoplasmoze, coccidioidomicose. Na PCM pulmonar, o pneumotórax provavelmente foi causado por ruptura de espaços alveolares, com ou sem bolhas, para o espaço pleural. O caso apresentado é um dos poucos na literatura descritos sobre pneumotórax secundário à PCM pulmonar.

AO69 INVESTIGAÇÃO DO POLIMORFISMO DE NUCLEOTÍDEO ÚNICO +49 A/G (RS231775) DO GENE CTLA-4 EM BRASILEIROS DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE PULMÃO DE NÃO-PEQUENAS CÉLULAS: UM ESTUDO INICIAL
JULIANA RODRIGUES MACHADO¹; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO²; CLAUDIA APARECIDA RAINHO³; VANESSA KAREN DE SÁ⁴; EDWIN ROGER PARRA CUENTAS⁵; VERA LUIZA CAPELOZZI⁶
1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP; 2.FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRÃO PRETO, SP; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO, BOTUCATU, SP; 4.A.C. CAMARGO CANCER CENTER HOSPITAL, SÃO PAULO, SP; 5.MD ANDERSON CANCER CENTER, TEXAS; 6.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; gene ctla-4; sequenciamento de nova geração

Introdução: Câncer de pulmão é uma das causas de mortes por câncer em todo o mundo. Alterações no sistema imunológico estão sendo relacionadas à incidência e resultado do câncer, sendo que a diminuição da reatividade dos linfócitos T tem um grande impacto no desenvolvimento, progressão e prognóstico do câncer. Antígeno 4 de linfócito T citotóxico (CTLA-4) é um dos vitais membros da

superfamília de imunoglobulinas, é regulador de ativação e proliferação de células T. Polimorfismo localizado no éxon 1 do gene CTLA-4 +49A/G (rs231775) tem sido identificado como um polimorfismo funcional do gene. **Objetivos:** Nosso objetivo foi correlacionar o polimorfismo rs231775 com as características clinicopatológicas de brasileiros diagnosticados com câncer de pulmão de não-pequenas células (CPNPC). **Métodos:** 75 pacientes com CPNPC foram incluídos neste estudo. O DNA genômico foi extraído de tecido congelado usando o QIAamp DNA Mini kit (Qiagen, Valencia, EUA). O kit Qubit dsDNA BR (Life Technologies) foi utilizado para quantificar a concentração de DNA. Foram sequenciados os 4 exons do gene CTLA-4 utilizando o TruSeq Custom Amplicon v1.5kit (TSCA, Illumina, San Diego, CA, USA). A corrida de sequenciamento foi realizada no MiSeq com os parâmetros de 300 ciclos em "paired-end". Os dados básicos foram analisados automaticamente com parâmetros do Software MiSeqReporter (Illumina) usando as configurações de "Amplicon-Targeted Resequencing-TruSeq" no instrumento. Os arquivos Bam foram carregados no Integrative Genomics Viewer (IGV; The Broad Institute, Cambridge, MA, USA) para visualização de leitura e arquivos VCF foram importados no VariantStudio (Illumina) para anotação e filtragem de variantes, alinhados ao genoma humano (hg19, NCBI construir 37). Polimorfismos com uma frequência alélica menor (MAF) menor que 0,05 foram considerados variantes raras. Associações entre polimorfismo, parâmetros clínicos e patológicos de pacientes com CPNPC foram investigadas por análise χ^2 ou teste exato de Fisher. O valor prognóstico foi avaliado por análise de sobrevida usando o método de Kaplan-Meier com o teste log-rank para significância estatística. As diferenças foram consideradas estatisticamente significantes quando $p < 0,05$. **Resultados:** 75 tumores foram diagnosticados como CPNPC. Adenocarcinoma (n=52), carcinoma adenoescamoso (n=5), carcinoma de células escamosas (n=15) e carcinoma de células grandes (n=3). As frequências dos genótipos AA, AG e GG foram 53,3% (40/75), 33,3% (25/75) e 13,4% (10/75), respectivamente. Pacientes com o genótipo 49AA tiveram tempo de sobrevida significativamente menor do que aqueles com o genótipo GG ou GA. Estes resultados sugerem que o genótipo +49AA pode ser usado para prever o prognóstico de CPNPC. **Conclusão:** O +49 A>G do CTLA-4 pode servir como marcador genético na avaliação do prognóstico em pacientes com CPNPC, além de fornecer uma compreensão mais abrangente da base genética da resposta imune às células cancerígenas no câncer de pulmão.

AO70 FREQUÊNCIA DE MUTAÇÕES E POLIMORFISMOS NO GENE EGFR EM CÂNCER DE PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS (CPNPC) NO BRASIL

JULIANA RODRIGUES MACHADO¹; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO²; CLAUDIA APARECIDA RAINHO³; VANESSA KAREN DE SÁ⁴; EDWIN ROGER PARRA CUENTAS⁵; VERA LUIZA CAPELOZZI⁶
1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP; 2.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), RIBEIRÃO PRETO, SP; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO, BOTUCATU, SP; 4.A.C. CAMARGO CANCER CENTER HOSPITAL, SÃO PAULO, SP; 5.MD ANDERSON CANCER CENTER, TEXAS; 6.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Câncer de pulmão de não pequenas células; egfr; brasil

Introdução: O câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) representa > 80% do câncer de pulmão e suas alterações moleculares são clinicamente relevantes para

um tratamento promissor. O gene EGFR é comumente mutado em adenocarcinoma pulmonar. Quase 90% dos casos específicos de mutações em EGFR compreendem a substituição de leucina-arginina na posição 858 (L858R) e deleções no exon 19 que afetam a sequência conservada LREA (delE746-A750). Foi demonstrado que a frequência de mutações em EGFR varia entre grupos étnicos: 15% em pacientes norte-americanos e europeus, 40% em asiáticos e entre 2% a 14% em pacientes afro-americanos pacientes. **Objetivos:** Nosso objetivo foi identificar a frequência de mutações e polimorfismos no gene EGFR em pacientes brasileiros diagnosticados com CPNPC. **Materiais e Métodos:** Foi empregado sequenciamento de alto rendimento utilizando TruSeq Custom Amplicon v1.5kit (TSCA, Illumina, San Diego, CA, USA) em 80 amostras de CPNPC. O DNA genômico foi extraído de tecido fresco utilizando o QIAamp DNA Mini kit (Qiagen, Valencia, EUA). Os dados básicos foram analisados automaticamente com parâmetros do Software MiSeqReporter (Illumina) usando as configurações de "Amplicon-Targeted Resequencing-TruSeq" e arquivos VCF foram importados no VariantStudio (Illumina) para anotação e filtragem de variantes. **Resultados:** A frequência de mutação em EGFR em CPNPC foi de 15%. Mutações de EGFR foram independentemente associadas à histologia do adenocarcinoma, idade avançada e tabagismo. **Conclusão:** Nossos resultados sugerem que a frequência de mutações do EGFR em nossa população está entre a população caucasiana e, portanto, suporta a heterogeneidade genética do NSCLC em todo o mundo. Nossos resultados confirmam a necessidade de considerar a etnia e as diferenças geográficas em ensaios clínicos futuros.

A071 APLICAÇÃO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX DE BAIXA DOSAGEM PARA O RASTREAMENTO DO CâNCER DE PULMÃO EM POPULAÇÃO DE RISCO E IDOSA
JORGE HENRIQUE RIVABEN; JULIO MOTT ANCONA LOPEZ; VALERIA CRISTINA VIGAR MARTINS; CRISTIANO RODRIGO DE ALVARENGA NASCIMENTO; FABRICIO PROSPERO MACHADO; SILVIO FONTANA VELLUDO; CARLOS DEL CISTIA DONNARUMMA; JAMILE ALMEIDA SILVA
INSTITUTO PREVENT SENIOR, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Programas de rastreamento; câncer de pulmão; tabagismo

Introdução: O câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC), representa de 75 a 80% de todos os casos de câncer de pulmão. Estima-se que no momento do diagnóstico de CPNPC somente 20 % estão localizados e outra maior parte leva a uma alta taxa de mortalidade. O cenário anterior mudou com o advento do rastreamento do câncer de pulmão pelo método de tomografia de tórax de baixa dosagem (TCTBD) em população de fumantes ou ex-fumantes categorizados com risco elevado, pois a neoplasia é detectada mais precocemente permitindo o tratamento com chance curativa em estádios iniciais ao redor de 65% dos indivíduos rastreados e reduzindo a mortalidade em 20% quando comparada com Rx de tórax (1,2,3). **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi descrever os resultados preliminares obtidos do rastreamento do câncer de pulmão realizado através da tomografia de baixa dosagem (TCTBD) aplicada a uma população de idosos. Material e métodos Os pacientes foram recrutados de um programa de cessação de tabagismo no período de 26.10.2016 a 31.12.2017. Foram avaliados 1198 indivíduos e aplicados os critérios de elegibilidade do National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para o rastreamento do câncer de pulmão em cada paciente. Resultados Deste universo, 816 (68%) eram mulheres e 382 (32%) homens. A média da idade foi de

64 anos. Foram submetidos 821 pacientes aos critérios do NCCN, sendo 535 (65%) elegíveis para indicação da primeira TCBD e 286 (35%) não elegíveis. Já retornaram com o resultado da tomografia 266 pacientes (49,7% dos elegíveis) que foram avaliadas segundo as categorias do Lung CT Screening Reporting and Data System (Lung-Rads). A categoria 1 e 2 do Lung-Rads foi identificada em 255 indivíduos (96%); a categoria 03 em 06 (2%); a categoria 4A em 03 (1%) e a categoria 4B em 01 (<1%). O câncer de pulmão foi identificado em 01 paciente dos 266 (0,4%) até o momento. Outros achados classificados como S no Lung-Rads ocorreram em 12 indivíduos (4,5%). Conclusão O rastreamento do câncer de pulmão com a TCTBD em uma população de idosos de alto risco é factível. Um maior tempo da aplicação do método e incluindo um maior número de indivíduos são necessários para identificar se haverá redução da mortalidade como ocorreu no estudo do National Lung Cancer Screening Trial. **Bibliografia:** 1. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 4, Aug 2011, Vol. 365, 5, pp. 395-409. 2. Linda L. Humphrey, MD, MPH, et al. U. S. Preventive Services Task Force Screening for Lung Cancer: U. S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2014;160:330-338. 2014, Vol. 160, pp. 330-338. 3. Luiz Carlos Corrêa da Silva¹, Alberto José de Araújo, ngela Maria Dias de Queiroz, Maria da Penha Uchoa Sales, Maria Vera Cruz de Oliveira Castellano. Controle do tabagismo: desafios e conquistas. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 42(4):290-298, 2016.

A072 AUMENTO DO NÚMERO DE ÓBITOS NO SEXO FEMININO POR CâNCER DE PULMÃO NO BRASIL: TABAGISMO E SUAS IMPLICAÇÕES GENÉTICAS

MARIA BEATRIZ SARMENTO DE OLIVEIRA ABRANTES SARMENTO¹; DIEGO PEREIRA DE MELO OLIVEIRA²; ERIKA MIRANDA VASCONCELOS¹; HIAGO DANTAS MEDEIROS¹; LAÍS NÓBREGA VIEIRA³; MIRELY GOMES GADIELHA DE OLIVEIRA¹; VALESKA CARVALHO DANTAS DE FRANÇA¹; GEORGIA PAIVA WINCKLER¹
1.UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB), JOAO PESSOA, PB; 2.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS (FCM-PB), JOÃO PESSOA, PB; 3.CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ), JOÃO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; sexo feminino; tabagismo

Introdução: O câncer de pulmão persiste em todo o mundo como uma das principais causas de morte, sendo, no Brasil, a primeira em homens e a segunda em mulheres. O principal fator de risco associado é o tabagismo, sobretudo no sexo feminino, já que nesse possui um maior efeito carcinogênico. Ademais, a prevalência existente em não fumantes, sugere que os fatores genéticos desempenham um papel na predisposição para a neoplasia de pulmão. É perceptível um aumento do número de óbitos entre as mulheres mais significativo que no sexo masculino, já comprovado nos EUA e na Europa, por exemplo. **Objetivos:** Correlacionar o tabagismo com o aumento do número de óbitos em mulheres por câncer de pulmão no Brasil no período de 2000 a 2015; avaliar a influência do tabagismo sobre as mutações genéticas relacionadas ao câncer de pulmão no sexo feminino. **Métodos:** O estudo trata-se de uma revisão literária de caráter observacional e descritivo. Para a coleta de provas estatísticas, no que diz respeito ao número de óbitos de mulheres por neoplasia pulmonar no Brasil, foi utilizado a plataforma de informações de saúde (TABNET) do DATASUS, assim como as estatísticas de mortalidade por câncer de pulmão do Instituto Nacional

do Câncer (INCA). Para o desenvolvimento do estudo foram obtidos dados secundários sobre o tema através de banco de dados virtuais como Scielo, PubMed e Bireme, onde foram selecionados 18 artigos para a fundamentação teórica com uso dos seguintes descritores “câncer de pulmão” associado à “Brasil”, “tabagismo” e “mulheres”.

Resultados: O crescente número de óbitos entre as mulheres por câncer de pulmão é influenciado pelo hábito de fumar. Os dados obtidos revelaram um aumento de 139% no número de óbitos nesse gênero no período de 2000 a 2015. Isso atesta a relevância do metabolismo da nicotina desencadear uma maior incidência de mutações no gene p53 e K-ras. Esse apresenta uma forte associação com o tabagismo, com o sexo feminino e com o tipo histológico, adenocarcinoma, o qual é expressivamente menos intenso nas não fumantes. Foram demonstrados ainda, quatro novas variantes germinativas nos genes ATAD2, AURKA, PTPRD e THBS1 exclusivos de pacientes tabagistas. Além disso, as mulheres podem apresentar comportamento diferente dessa neoplasia devido às diferenças hormonais, visto que o estrogênio estimula a transcrição em 1,5 a 2 vezes em células de pulmão neoplásicas, que expressam RERα e Reβ. Um estudo mostrou a presença de RERα em 85% de mulheres com câncer de pulmão comparado com 31% de mulheres com tecido pulmonar sadio. **Conclusão:** O crescente óbito entre as mulheres por câncer de pulmão no Brasil possui uma forte correlação com as mudanças de hábitos, sendo agravado pela sua predisposição genética. Por isso, é recomendável às autoridades competentes um maior direcionamento de cuidados para tais com ações voltadas para o sexo feminino no combate dessa problemática, posto que as medidas das últimas décadas repercutiram mais positivamente nos homens.

A073 NEOPLASIAS MALIGNAS DE TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO: ANÁLISE COMPARATIVA DO PERFIL DE INTERNAÇÕES NAS REGIÕES BRASILEIRAS DE 2013 A 2017

PRISCILA TAVARES VITORIANO; MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO; MARIA ÂNGELA GONÇALVES FRANCO; RAFAEL RODRIGO CRISANTO DE OLIVEIRA; MAYNARA MACELLI PESSOA DE CASTRO; ANDRÉ MACHADO MIRANDA; VÍCTOR SAMPAIO GREENHALGH; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOAO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico; neoplasias malignas; internações

Introdução: as neoplasias malignas de traqueia, brônquios e pulmões (NMTBP) são importantes por ocuparem a terceira posição entre os cânceres mais comuns no Brasil. O surgimento da terapia alvo para adenocarcinomas revigorou o interesse pelo carcinoma broncogênico, uma das principais causas evitáveis de morte no país e no mundo.

Objetivos: ressaltar a epidemiologia das internações por NMTBP no Brasil, por meio de análise comparativa de suas regiões. **Métodos:** estudo do tipo descritivo, quantitativo, transversal e retrospectivo. A partir da plataforma de dados DATASUS, foram obtidos dados quanto ao número de internações, média de permanência hospitalar, taxa de mortalidade, número de óbitos, valor médio por internação e valor absoluto dos serviços hospitalares, em relação ao ano e caráter de internação e ao sexo da pessoa internada, com base no termo neoplasias malignas de traqueia brônquios e pulmões. Os dados foram obtidos por Região. **Resultados:** de 2013 a 2017 registraram-se 109.994 internações por NMTBP no Brasil, sendo o maior número na região Sudeste (SE) (45,40%). Viu-se aumento ano a ano no número de internações. Em caráter de urgência, as internações representaram 73,69% do total. Em todas as regiões houve

maior número de internações de pessoas do sexo masculino (56,38%). A média de permanência em internação no País foi de 7,9 dias. Em geral, o tempo médio de permanência hospitalar foi de 7,9 dias para homens e 8 dias para mulheres. A média nacional de permanência hospitalar foi de 8,1 dias para internação de urgência, e 7,4 dias para hospitalização eletiva. O número de óbitos foi de 29.057, sendo o sexo masculino responsável pelo maior número de mortes em todas as regiões (57,91%). A taxa de mortalidade no Brasil foi de 26,42%, tendo variado não linearmente de 26,59% em 2013 para 26,17% em 2017. A Região Sul teve a menor taxa de mortalidade (23,56%) e a Região Norte, a maior (32,48%). Em internações de urgência essa taxa foi 1,86 vez maior que naquelas de caráter eletivo. No total, foram gastos R\$ 132.959.378,08. O valor médio por internação foi de R\$ 1.473,33. Em caráter de urgência, esse valor é de R\$ 1.070,51 e eletivo, R\$ 2.601,80. **Conclusão:** com base na análise dos dados disponibilizados pelo DATASUS, verifica-se que o número de internações por NMTBP tem aumentado anualmente. Quase 3/4 das internações são em caráter de urgência. O sexo masculino foi responsável pelo maior número de internações e óbitos em todas as regiões. A taxa de mortalidade hospitalar no Brasil mantém média de 26,42%, com queda não linear de 0,4% em cinco anos. Em que pesem importantes diferenças regionais, a mortalidade hospitalar é 1,86 vez maior nas internações de urgência.

A074 IMPACTO DA FUNDOPLICATURA LAPAROSCÓPICA NA ESTENOSE TRAQUEAL PÓS-INTUBAÇÃO EM PACIENTES PORTADORES DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO ÁCIDO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE PAREAMENTO BASEADO NO ESCORE DE PROPENSAO

PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO¹; EDNO TALES BIANCHI²; HELIO MINAMOTO¹; BENOIT JACQUES BIBAS¹; ARY NASI²; RUBENS SALLUM²; IVAN CECCONELLO²; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES¹

1.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP; 2.DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA, DISCIPLINA DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Traqueia; estenose; refluxo gastroesofágico

Introdução: Dentre as manifestações atípicas ou extra-esofágicas do refluxo gastroesofágico (RGE), as respiratórias são as mais frequentes, podendo incluir laringopatias e a estenose traqueal sendo frequentemente são desacompanhadas de sintomas digestivos de refluxo.

Objetivo: Avaliar prevalência do RGE ácido em pacientes portadores de estenose traqueal benigna e o impacto da fundoplicatura laparoscópica na resolução das estenoses traqueais nos portadores de RGE ácido patológico.

Metodologia: Estudo retrospectivo em adultos portadores de estenose traqueal pós-intubação, com ou sem sintomas de RGE e submetidos a avaliação funcional esofágica. Foram excluídos portadores de fundoplicatura, gastrectomia ou esofagectomia prévia. Pacientes foram submetidos a esofagomanometria perfundida e pHmetria esofágica de 24 horas com 2 eletrodos (Multiplex II; AL-3, Alacer Biomédica, São Paulo). Os portadores de pHmetria anormal receberam tratamento médico (omeprazol 80mg VO/dia) ou foram submetidos a fundoplicatura laparoscópica (Nissen modificado), e acompanhados por 24 meses. O desfecho binário foi: “Satisfatório” se a estenose fora resolvida por ressecção, ausência de necessidade de dilatações ou quando houve decanulação definitiva; “Não Satisfatório” se nenhum dos critérios anteriores foram atendidos. Idade, escore de DeMeester da pHmetria e índice de massa

corporal foram utilizados para obter-se o pareamento do escore de propensão (PEP) entre os portadores de pHmetria anormal submetidos a funduplicatura e os tratados com omeprazol. Os grupos de pacientes foram comparados utilizando o desfecho binário. Significância estatística foi considerada para $p < 0.05$. **Resultados:** Dos 175 pacientes, 74 (42%) possuíam RGE patológico na pHmetria de 24 horas e apenas 21% apresentavam sintomas típicos de RGE (pirose e regurgitação ácida). Pacientes com pHmetria anormal tiveram mais pirose (OR 4.5; CI 2.29-9.08; $p = 0.001$) e uma predominância de refluxo supino e supraesofágico, se comparados aos com pHmetria normal. Dos 124 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, 72 tinham pHmetria normal e foram observados. Dentre os 52 com pHmetria anormal, 32 foram tratados com omeprazol e 20 submetidos a funduplicatura laparoscópica. Não houve complicações ou mortalidade relacionadas à cirurgia. O PEP demonstrou que os pacientes submetidos a funduplicatura tiveram uma chance maior de desfecho satisfatório se comparados aos tratados com omeprazol (OR 5.31; CI 2.41-11.07; $p = 0.03$), sendo similar aos pacientes sem RGE patológico (OR 1; CI 0.47-2.11; $p = 0.99$), que possuem maior chance de resolução da estenose do que os tratados com omeprazol (OR 3.54; CI 2.02-6.19; $p = 0.02$). **Conclusão:** O RGE assintomático é frequente na estenose traqueal. A funduplicatura laparoscópica nos portadores de estenose e RGE patológico relacionou-se a um melhor controle/resolução da estenose traqueal se comparado ao tratamento com omeprazol, e similar ao desfecho da estenose em pacientes sem RGE patológico.

A075 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PULMÕES SUBMETIDOS AOTRATAMENTO COM SOLUÇÃO SALINA HIPERTONICA EM MODELO EXPERIMENTAL DE MORTE ENCEFALICA

PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES¹; LILIANE MOREIRA RUIZ¹; NATÁLIA APARECIDA NEPOMUCENO¹; KARINA ANDRIGHETTI OLIVEIRA-BRAGA¹; GUILHERME HENRIQUE RIBEIRO DE CARVALHO²; ARISTIDES TADEU CORREIA¹

1.HOSPITAL DAS CLÍNICAS HCFMUSP, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP; 2.FACULDADE DE MEDICINA (FMUSP), UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Pulmão; solução hipertônica; morte encefálica

As baixas taxas de captação de órgãos sólidos é um fator problemático para a maioria das equipes transplantadoras, principalmente para a equipe do transplante de pulmão, em virtude da susceptibilidade desse órgão. O número reduzido de captação e a ocorrência de disfunção primária do enxerto estão relacionadas a diversos fatores como: distúrbios homeostáticos e inflamatórios decorrentes principalmente do processo de morte encefálica. A morte encefálica envolve uma série de alterações bioquímicas, repercutindo efeito deletério nos diversos órgãos, neste contexto a utilização de solução salina hipertônica (SSH) surge como recurso terapêutico, que vem sendo difundido na prática clínica, por apresentar função imunomodulatória e ação osmótica. Nosso objetivo foi avaliar os efeitos da solução SSH (7,5%) na mecânica ventilatória (complacência, resistência e Elastância). Foram utilizados vinte e quatro ratos, divididos em três grupos: ME (n=8) animais submetidos a morte encefálica, não houve tratamento; Hip. 0 (n=9) animais submetidos ao tratamento com solução salina hipertônica logo após a indução da morte encefálica; Hip 60 (n=7) animais submetidos ao tratamento com solução salina hipertônica após uma hora da indução da morte encefálica. Após a anestesia, os animais foram

submetidos à cateterização dos vasos carótida e jugular, para monitorização da PAM e infusão da solução de tratamento, respectivamente. Em seguida houve a indução da morte encefálica nos animais. A morte encefálica foi constatada através da observação do pico hipertensivo, seguido de queda de PAM, ausência de reflexos e midríase bilateral. Os animais foram mantidos por 4 horas em morte encefálica, a mecânica ventilatória foi avaliada em 3 momentos: logo após a cateterização dos vasos, duas e quatro horas pós indução da morte encefálica. O experimento foi finalizado após esse período. Os resultados obtidos da análise da Mecânica Ventilatória relacionados à Resistência Tecidual, na comparação entre os tempos dentro de cada grupo, mostrou diferença estatística no grupo ME ($p = 0,022$). Quando analisada a elastância tecidual na comparação entre os tempos dentro de cada grupo, os grupos ME e Hip 0 apresentaram diferenças estatísticas ($p < 0,001$) e ($p = 0,015$), respectivamente. Quando observado a Elastância do Sistema Respiratório, houve diferença estatística no grupo ME ($p < 0,001$), em relação à Complacência do Sistema Respiratório, na comparação entre os tempos dentro de cada grupo, observou-se diferença estatística nos grupos ME ($p < 0,001$), Hip 0 ($p = 0,024$) e Hip 60 ($p = 0,046$). Na análise dos diferentes grupos dentro de cada tempo, não foram observados diferenças estatisticamente significantes. A partir dos resultados obtidos, concluímos que não houve melhora na função pulmonar, ou seja, a solução salina hipertônica não foi efetiva na recuperação do órgão estudado

A076 ASPERGILOMA PULMONAR DO TIPO SIMPLES E COMPLEXO: PERFIL CLÍNICO E RESULTADOS DE 121 CASOS TRATADOS CIRURGICAMENTE.

NATHERCIA CASTRO MOTA¹; ERIKA ANDRADE SANTOS¹; ANTERO GOMES NETO²; ALAN BRENO MOURA PONTES²; JESSÉ RODRIGUES DA SILVA¹; BÁRBARA CAVALCANTE HOLANDA¹; LEILIANE DA SILVA PINTO¹; KAROLINE GONZAGA DA COSTA¹

1.UFC, FORTALEZA, CE; 2.HOSPITAL DE MESSEJANA - FORTALEZA CEARÁ, FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Aspergiloma pulmonar; bola fúngica; tratamento cirúrgico

Introdução: A Aspergilose pulmonar saprofítica decorre da colonização fúngica, pelo *Aspergillus*, de uma cavidade pulmonar preexistente e produz uma massa que se convencionou chamar de “fungos ball”, bola fúngica ou aspergiloma. Os resultados do tratamento clínico do aspergiloma são pouco satisfatórios. Embora possa ter alta incidência de complicações, a ressecção cirúrgica pode proporcionar a cura na grande maioria dos casos. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico e os resultados do tratamento cirúrgico do aspergiloma. **Método:** Foram estudados retrospectivamente 121 pacientes operados, no período de Abril de 1989 à Dezembro de 2016, com o diagnóstico de aspergiloma feito por achados clínicos, radiológicos (RX e/ou Tomografia de tórax) e/ou patológicos (peça cirúrgica) de bola fúngica. O aspergiloma foi classificado em simples e complexo pelo critério de Belcher e Plummer (1960), e os pacientes foram divididos em dois grupos: aspergiloma simples (AS), 53 casos; aspergiloma complexo (AC), 68 casos. Dezenove pacientes com dados incompletos no banco de dados ou no prontuário foram excluídos do estudo. Foram estudadas as variáveis sexo, idade, doença de base, sintomas clínicos, função pulmonar, tipo de procedimento cirúrgico realizado, complicações e mortalidade pós-operatória. **Resultados:** No grupo AC e no AS, 40 (58,8 %) e 31 (58,5 %), respectivamente, dos pacientes eram do sexo masculino, $p = 0,971$. A média de idade no grupo AC foi de $44,3 \pm 12,8$ anos e no AS de $39,04 \pm 13,2$ anos, $p =$

0,041. A doença de base mais comum em ambos os grupos foi a tuberculose (73,6%) e os sintomas mais frequentes foram hemoptise (88,4%) e tosse seca ou produtiva (35,5%). O VEF1 previsto no pré-operatório foi menor nos pacientes do grupo AC que no AS (62,4±21,5 e 83,6±18,9, respectivamente), $p = 0,001$; assim como a CVF pré-operatório foi também menor nos pacientes do grupo AC em relação ao AS (66,8±18,9 e 83,9±15,7 respectivamente), $p = 0,001$. Das 121 cirurgias, 109 (90,1%) foram feitas por toracotomia aberta, 6 (5%) por vídeo-cirurgia, 2 (1,7%) por minitoracotomia e 4 (3,3%) cavernostomias. As ressecções pulmonares mais realizadas foram lobectomias (63,6%) e pneumonectomias (13,2%). Houve 33% de complicações pós-operatórias, sendo 41,2% (28/68) no grupo AC e 22,6% (12/53) no AS, $p = 0,032$. Não houve diferença de mortalidade entre os grupos, embora tenham ocorrido 3 (4,4%) óbitos no grupo AC e nenhum no AS, $p = 0,255$.

Conclusões: A tuberculose foi a doença pulmonar mais comum e a hemoptise o sintoma mais frequente. Os pacientes do grupo AC tem uma idade mais elevada do que os do grupo AS. Os pacientes do grupo AC apresentaram também maior comprometimento da função pulmonar e um índice mais elevado de complicações cirúrgicas do que os do grupo AS, o que mostra que o grupo AC pertence a uma população de doentes potencialmente mais graves, devendo a cirurgia de ressecção ser feita com muito rigor técnico e em casos bem selecionados.

A077 ABORDAGEM HÍBRIDA PARA DESOBSTRUÇÃO E COLOCAÇÃO DE TUBO T DE MONTGOMERY NAS ESTENOSSES TRAQUEAIS EM “FUNDO CEGO”: TÉCNICA E RESULTADOS PRELIMINARES

PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; HELIO MINAMOTO; BENOIT JACQUES BIBAS; MESSIAS FRÖES SILVA JR; ISAAC DE FARIA SOARES RODRIGUES; JULIANA MOL TRINDADE; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES

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

Palavras-chave: Traqueia; estenose; órtese

Introdução: Estenose em “fundo cego” representa uma resposta extrema a injúria traqueal, resultando em ablação fonatória e dependência da traqueostomia para a respiração. A desobstrução da estenose através de uma abordagem híbrida (endoscópica e pela traqueostomia) permite ao paciente respirar e falar através da via aérea natural, ao mesmo tempo que o Tubo-T de Montgomery mantém a patência da via aérea até que o paciente possa ser submetido ao tratamento definitivo. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo apresentar a técnica de desobstrução com colocação de órtese de silicone (tubo-T de Montgomery) e os resultados preliminares do procedimento. **Metodologia:** Análise retrospectiva da desobstrução de estenose em fundo cego em paciente portadores de estenose traqueal. Critérios de inclusão: Estenose traqueal pós-intubação em “fundo cego” (Myer-Cotton grau IV) em pacientes afônicos, dependentes da traqueostomia para respiração; Ineligibilidade temporária (≥ 6 meses) ou definitiva para ressecção traqueal; Estenoses longas (>40 mm). O planejamento incluiu uma tomografia axial computadorizada (TC) da laringe e traqueia com reconstrução sagital em todos os pacientes. O procedimento híbrido (endoscópico e cirúrgico) foi realizado sob anestesia geral através de uma laringoscopia de suspensão e de uma punção no traqueostoma, após a qual sob visão laringoscópica, o trajeto foi identificado, ampliado e retificado. Seguiu-se a colocação de órtese de silicone (tubo-T de Montgomery). Os pacientes foram acompanhados a cada 6 meses e o

tubo-T trocado anualmente. A análise incluiu demografia, complicações e decanulação. **Resultados:** Trinta e três pacientes foram submetidos ao procedimento entre janeiro/2014 e Dezembro/2018. Vinte e sete pacientes eram do sexo masculino, com uma idade média de 36 ± 14 anos. A extensão média do segmento estenótico na TC foi 34,7mm e 23 pacientes foram submetidos a investigação de refluxo gastro-esofágico através de esofagomanometria e pHmetria de 24 horas com 2 eletrodos, sendo 4 com pHmetria anormal e 10 com esofagomanometria anormal. Complicações ocorreram em 9 pacientes (27,2%), sendo as mais frequentes o enfisema subcutâneo, obstrução ou migração do tubo-T (4), sangramento local (3). Quatro pacientes necessitaram de reintervenção (12%) e não houve mortalidade relacionada ao procedimento. Todos os pacientes submetidos a desobstrução por técnica híbrida resumiram a fonação e respiração pela via aérea superior.

Conclusão: A abordagem híbrida para a desobstrução de estenose em fundo cego seguida de colocação de órtese de silicone (tubo-T de Montgomery) foi eficaz na restauração da fonação e respiração em pacientes selecionados que não preenchem critérios de tratamento definitivo da estenose traqueal temporária ou permanentemente. Apesar de morbidade não negligível, o procedimento mostrou-se seguro e pode se beneficiar do desenvolvimento de instrumentação dedicada no futuro.

A078 TRANSPLANTE LOBAR BILATERAL DE DOADOR CADAVER: UMA OPÇÃO VALIOSA PARA RECEPTORES DE BAIXA ESTATURA

NELSON MATTESON FERREIRA DE ALMEIDA¹; ANTERO GOMES NETO²; LUCYARA GOMES CATUNDA²; FERNANDO MOREIRA BATISTA AGUIAR²; JESSÉ RODRIGUES DA SILVA²; KAROLINE GONZAGA DA COSTA²; BÁRBARA CAVALCANTE HOLANDA²; LEILIANE DA SILVA PINTO²

1.UFC, FORTALEZA, CE; 2.HOSPITAL DE MESSEJANA - FORTALEZA CEARÁ; FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Transplante pulmonar; doador cadáver; enxertos para receptores pequenos

Objetivo: Diante da pouca oferta de doadores de pulmão, especialmente para pacientes de baixa estatura e pediátricos, têm-se desenvolvido técnicas para utilizar enxertos maiores em receptores menores. O transplante pulmonar lobar é uma técnica que permite que lobos de doadores sejam implantados em receptores pequenos que tenham discrepância de CPT e de tamanho da caixa torácica. O presente estudo tem por objetivo relatar o resultado de dois casos de tx lobar bilateral de doador cadáver. **Métodos:** Nos últimos 6 anos foram realizados 40 transplantes de pulmão em um Hospital da rede pública do Estado do Ceará, sendo 2 tx lobar bilateral, o objetivo deste relato: 1º Caso: paciente feminina, 39 anos com dispneia progressiva (MRC = 4), há 2 anos, sem comorbidades. Exame físico: SaO₂ = 90%, altura 142 cm, IMC = 21,8 kg/ m². AP: MV rude e crepitações bilaterais. O Raio X e a tomografia computadorizada (TC) de tórax mostravam redução volumétrica dos pulmões, opacidades em vidro fosco predominando nos lobos superiores, distorção arquitetural e bronquiectasia de tração. Os dados espirométricos eram de insuficiência ventilatória restritiva grave (CVF = 0,79 L (29%) e VEF1 = 0,52 L (22%)). O diagnóstico clínico foi de fibrose pulmonar por pneumonia de hipersensibilidade crônica. Foi submetida a transplante lobar bilateral sequencial, recebendo os pulmões de um doador masculino de 180 cm de altura. A paciente evoluiu no PO com disfunção primária do enxerto (DPE), sendo necessário suporte de oxigenador de membrana extra-corpóreo (ECMO); fez também insuficiência renal aguda (IRA) e infecção por KPC

tratada com polimixina e amicacina e hemodiálise. Recebeu alta no 93º pós-operatório. No primeiro ano de seguimento não teve nenhum episódio de rejeição e apresentou considerável melhora da função respiratória [CVF = 1,28 L (60%) e VEF1 = 1,13 (51%)]. 2º Caso: paciente feminina, 35 anos, clínica de tosse seca e dispneia progressiva, há 13 anos, sem comorbidades. A TC de tórax mostrava nódulos subpleurais e peribroncovasculares. Exame Físico: SaO₂: 94%, altura 1,57m, IMC 28 kg/m²; AP: crepitações e sibilos inspiratórios. Os dados de espirometria e de pletismografia eram compatíveis com distúrbio restritivo grave, com CVF: 1,02L (31%), VEF1: 0,94L (34%), CPT: 1,5L (32%). Fez uma biópsia pulmonar que confirmou o diagnóstico de sarcoidose. Foi submetida a transplante lobar bilateral sequencial, com suporte de ECMO VA durante o transoperatório. No pós-tx permaneceu em ECMO VV por 10 dias por ter desenvolvido DPE grave. Fez também hemorragia e síndrome do coágulo retido, sendo reoperada no 3º PO. No 4º PO fez IRA e iniciou hemodiálise; no 10º PO saiu da ECMO. Fez infecção pulmonar (*Klebsiella* e *Candida* no LBA). No 40º PO teve hemorragia digestiva grave, necessitando de transfusão, evoluindo com instabilidade hemodinâmica e piora da função respiratória. No 46º PO foi a óbito por infecção (*Pseudomona MultiR* e *Aspergillus* no LBA) e falência de múltiplos órgãos.

A079 DOSAGEM DE BIOMARCADORES NO SOBRENADANTE DO ENSAIO DE LIBERAÇÃO DE INTERFERON GAMA COMO AUXÍLIO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PLEURAL

ANA PAULA GOMES DOS SANTOS¹; RAQUEL DA SILVA CORRÊA¹; MARCELO RIBEIRO ALVES²; ANA CAROLINA OLIVEIRA SOARES²; THIAGO THOMAZ MAFORT¹; GERALDO PEREIRA²; LUCIANA SILVA RODRIGUES¹; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES¹

1. HUPE-UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ; 2. FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Tuberculose; interferon gama; ip10

Introdução: A liberação de citocinas e quimiocinas por linfócitos-T após a estimulação por antígenos específicos do *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) constituem etapa importante do processo inflamatório contra a tuberculose (TB). Assim, testes imunológicos para a dosagem desses biomarcadores em diferentes espécimes clínicos podem ser úteis para o diagnóstico da TB em suas várias apresentações, incluindo a forma pleural. **Objetivos:** Determinar os níveis de dois biomarcadores [interferon gama (IFN- γ) e proteína indutora do interferon 10-Kd (IP-10)] no líquido pleural (LP) de pacientes com derrame pleural (DP) utilizando o Quantiferon-TB Gold in Tube® (QFT-GIT), como auxílio para o diagnóstico diferencial de TB pleural (TBPI). **Métodos:** Estudo transversal baseado em dados de pacientes com DP em investigação atendidos pelo Serviço de Pneumologia do HUPE/UERJ entre março/2012 e fevereiro/2017. Modelos de regressão linear foram utilizados para comparar os níveis de IFN- γ e IP-10 entre os grupos TB e não TB (NTB). Receiver operating characteristics (ROC) curves, testes de Youden e o índice Kappa (K) foram utilizados na análise estatística. **Resultados:** Entre os 80 pacientes incluídos no estudo (33 TB e 47 NTB), não foram observadas diferenças significativas com relação à resposta Mtb-específica no LP entre os grupos TB e NTB com base no teste QFT-GIT. No entanto, os níveis basais de IFN- γ e IP-10 foram significativamente maiores no grupo TB mesmo após o ajuste para possíveis fatores de confundimento (9,01 UI/ml x 0,15 UI/ml, $p < 0,0001$ e 13.443,09 pg/ml x 2.054,07 pg/ml, $p < 0,0001$). O ponto de corte para IFN- γ basal com base na análise da curva ROC foi de 2,33 UI/ml, gerando valores de sensibilidade (Se), especificidade (Sp), valor preditivo

positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) de 94%, 98% 92% e 98%, respectivamente. O valor de corte do IP-10 foi de 4,361,90 pg/ml (Se = 75%, Sp = 83%, VPP = 52% e VPN = 93%). A dosagem de IFN- γ basal mostrou concordância substancial com a dosagem de adenosina deaminase (ADA) ($k = 0,70$, $p < 0,0001$). O IP-10 Nil, no entanto apresentou concordância moderada com o biomarcador tradicional ($k = 0,4$, $p < 0,004$). O desempenho de IFN- γ foi melhor do que ADA (Se = 75% e Sp = 95,7%). **Conclusão:** A dosagem de IFN- γ e IP-10 basais no LP foram úteis para o diagnóstico de TBPI com destaque para o IFN- γ , o qual mostrou correlação substancial com métodos menos invasivos já estabelecidos e maior Se e Sp do que a dosagem de ADA. Esses dados corroboram o fato de que nos sítios de TB ativa, os biomarcadores já estão elevados na sua forma basal, sem necessidade de estimulação com antígenos de Mtb. Nossos resultados podem impactar significativamente o atendimento primário de pacientes com TBPI, ratificando a medida de IFN- γ e trazendo a dosagem do IP-10 como adjuvantes à dosagem de ADA no LP.

A080 O USO DO XPERT® MTB / RIF COMO MARCADOR PARA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE (TBMR) EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA PARA TBMR NO RIO DE JANEIRO, BRASIL

ANA PAULA GOMES DOS SANTOS¹; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG¹; MARIA ARMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA¹; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO¹
IDT-UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Tuberculose; resistente; genexpert

Introdução: A tuberculose multirresistente (TBMR, resistência à rifampicina e isoniazida) representa cerca de 3,5% de todos os casos de TB no mundo e está associada a desfechos ruins. A resistência a drogas diagnosticada a partir das culturas para micobactérias e testes de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA) pode levar até 8 semanas para seu resultado. Testes rápidos moleculares como Xpert®MTB / RIF podem promover um diagnóstico mais rápido e início do tratamento adequado. No Brasil, o Xpert®MTB / RIF foi incorporado no diagnóstico rotina de casos suspeitos de TB desde 2012. Desde então, todos os pacientes que apresentam resistência à rifampicina (RIF) detectados por este teste são considerados candidatos ao tratamento de TBMR os resultados definitivos. Embora a resistência à RIF tenha sido usada como marcador para TBMR, pouco se sabe sobre sua confiabilidade em nosso cenário. **Objetivo:** Determinar a proporção de resistência à isoniazida (INH) em casos resistentes a RIF identificados por Xpert®MTB / RIF e calcular a diferença de tempo em dias até os resultados de TSA. **Métodos:** Estudo retrospectivo baseado em dados dos pacientes com TBDR atendidos pelo Programa de Controle de Tuberculose do Instituto de Doenças do Tórax / UFRJ entre fevereiro/2016 e março/2018. Os testes de Qui-quadrado, teste-T e Kappa foram utilizados para análise estatística. **Resultados:** 72 casos foram incluídos para análise. A idade média foi de 38 anos (DP $\pm$ 15) e 61% eram homens. 75% eram novos casos de TBDR, 14% retorno após abandono, 4% falência ao tratamento anterior e 7% eram recidiva. Xpert®MTB / RIF foi positivo em 56 casos (78%) com resistência à RIF detectada em 44. Os padrões de resistência segundo TSA foram monorresistência - 18%, polirresistência - 14%, MR-65% e 3% TB extensivamente resistente. As taxas de resistência aos fármacos isolados foram 90% para INH, seguidas de rifampicina-75%, etambutol-32%, estreptomicina 26%, ofloxacina 10% e pirazinamida 7%. A concordância entre Xpert®MTB / RIF e a resistência à RIF pelo TSA foi substancial ($k = 0,80$; $p =$

<0,0001). Entre os casos resistentes a RIF diagnosticados por Xpert®MTB / RIF, 89% também apresentaram resistência à INH e iniciaram o tratamento para TBMR em média 23 dias ($\pm$ 29) antes do resultado do TSA. **Conclusão:** Os resultados demonstraram uma maior prevalência de resistência primária entre os casos de TBDR. O uso do Xpert®MTB / RIF como um marcador para diagnóstico de TBMR foi capaz de prever 89% dos casos, permitindo um início precoce do tratamento, o que pode afetar a transmissão de casos resistentes. No entanto, a resistência à INH foi a mais comum em nossa amostra, mesmo entre os casos sensíveis à RIF, o que reforça a necessidade de implementar o uso rotineiro de testes rápidos que também identifiquem resistência à INH.

AO81 ASSOCIAÇÃO ENTRE TRATAMENTO EMPÍRICO E O DESFECHO DESFAVORÁVEL NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR

FABIANE ALVES DE CARVALHO RIBEIRO¹; MARCUS BARRETO CONDE²; MARCELO FOUAD RABAHI²

1.UFG, GOIÂNIA, GO; 2.UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Tuberculose; tratamento empírico; desfecho desfavorável

Introdução: O desfecho desfavorável da tuberculose (TB), representa uma ameaça adicional ao controle da doença, implicando em um tratamento mais oneroso e complicado.

Objetivos: Avaliar a associação entre o tratamento empírico e o desfecho desfavorável da TB pulmonar. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, a partir das bases de dados da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Foram considerados os casos com notificação TB entre 2004 a 2015. Para fins do estudo foi considerada variável preditiva de exposição, diagnóstico empírico de TB pulmonar (BAAR -), e a variável preditiva de não exposição, o diagnóstico por baciloscopia positiva, teste molecular detectável ou cultura positiva (BAAR +). A variável desfecho favorável foi cura e as de desfecho desfavorável foram óbito, abandono e mudança de diagnóstico. Foram consideradas também as doenças e agravos associados (diabetes, alcoolismo, AIDS e tabagismo). Para análise dos desfechos, foi considerada como variável dependente o diagnóstico de TB pulmonar, o risco relativo (RR) e os intervalos de confiança (IC) de 95% foram estimados para cada desfecho. Já para verificar a associação entre os desfechos, diagnóstico de TB e as doenças e agravos associados, utilizou-se a regressão logística binária. Considerou-se separadamente como variável dependente, cada um dos desfechos. As variáveis foram analisadas, e ajustadas por diagnóstico, doenças e agravos associados, sexo e idade. A associação foi mensurada por meio do odds ratio (OR) e seus respectivos IC de 95%. Foi utilizado o programa SPSS 22.2. A pesquisa foi aprovada pelo CEP do Centro Universitário de Anápolis (nº: 1.483.063). **Resultados:** No que se refere ao desfecho favorável, observou-se maior taxa de cura (76,5%) entre os pacientes com BAAR + (RR=1,80; IC = 1,61; 2,00), e quanto ao desfecho desfavorável observou-se maior taxa de óbito (14,6%) (RR=0,51; IC=0,43; 0,59) e de mudança de diagnóstico (7,5%) (RR=0,17; IC = 0,13; 0,23), entre os indivíduos com BAAR -. O modelo final de regressão logística, com concordância de 74,5%, apontou associação entre o diagnóstico (OR= 0,54; IC = 0,49; 0,61) e a AIDS (OR= 1,47; IC = 1,21; 1,77), com a cura. Assim como, do diagnóstico (OR= 2,00; IC= 1,71; 2,35) e da AIDS (OR= 0,49; IC = 0,38; 0,62), com o óbito. A variável sexo influenciou nos desfechos cura (OR= 0,85; IC = 0,75; 0,94) e abandono (OR= 1,34; IC = 1,17; 1,53), a mudança de diagnóstico mostrou associação somente com o diagnóstico (OR=

0,17; 0,13; 0,23). **Conclusão:** O tratamento para TB sem confirmação etiológica, aumentou o risco de desfecho desfavorável, sendo a taxa de óbito (49%) maior entre os indivíduos com BAAR -. O diagnóstico confirmado de TB foi associado aos desfechos, cura e a mudança de diagnóstico, e o tratamento empírico, ao óbito. Dentre as doenças e agravos associados, somente a AIDS mostrou associação aos desfechos, cura e óbito.

AO82 ANÁLISE DA EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE COM DOIS ESQUEMAS DISTINTOS NO ESTADO DE GOIÁS

VICTOR HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS¹; FABIANE ALVES DE CARVALHO RIBEIRO¹; PRISCILLA DOS SANTOS DECEMBRE MONTALVÃO¹; JOÃO PAULO TOMÉ¹; THIAGO VINÍCIUS MARREIROS¹; MARCELO FOUAD RABAHI²

1.CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS, ANAPOLIS, GO;

2.UFG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Tuberculose; tratamento; efetividade

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.

Objetivo: Avaliar a efetividade entre dois esquemas distintos de tratamento para tuberculose pulmonar no Estado de Goiás, de 2005 a 2009 e 2011 a 2014. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional de série temporal, no qual foram analisados dados secundários coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período entre 2005 e 2014. **Resultados:** A amostra foi composta por 6466 casos de notificação de tuberculose pulmonar, sendo 3652 notificações entre 2004 a 2009 e 3329 entre 2011 a 2015. No que se refere ao desfecho entre os esquemas de tratamento utilizados entre 2004 a 2009 e 2011 a 2015, na análise de regressão logística, ajustada por sexo e idade, observou-se uma redução significativa na taxa de cura de 68,04% para 65,43%; OR 0,90 (0,81-0,99). Aumento significativo na taxa de óbitos de 2,46% para 3,21%; OR 0,77 (0,58 - 1,02) e na taxa de abandono de 10,27% para 14,09%; OR 0,70 (0,61-0,81). **Conclusão:** As mudanças no tratamento reduziram as taxas de cura por TB pulmonar e associaram-se ao aumento das taxas de óbito e abandono.

AO83 IDENTIFICAÇÃO DE FATORES MODIFICÁVEIS NA MELHORIA DO DESFECHOS DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO NO RIO DE JANEIRO

JOSÉ LUIZ DOS REIS QUEIROZ JUNIOR; WALTER COSTA; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; ANA PAULA GOMES DOS SANTOS

HOSPITAL PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Tuberculose; fatores modificáveis; desfechos do tratamento

Introdução: A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública mundial e a estratégia End TB proposta pela Organização Mundial de Saúde estabelece como metas para 2020 uma redução de 20% na incidência de TB e de 35% nas taxas de mortalidade da doença. Para este fim, os desfechos do tratamento da TB (DTT) devem ser revisados e seus fatores relacionados identificados. Nosso principal objetivo é identificar os fatores associados aos DTT não favoráveis (DTT-NF) e apontar possíveis fatores modificáveis visando reduzir taxas de abandono, falência e óbito. **Métodos:** Estudo retrospectivo baseado em dados de casos de TB notificados pelo ambulatório de Tuberculose

do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ entre 2008-2015. Os DTT registrados como mudança de diagnóstico, transferência e ignorados foram excluídos. Recidiva, óbito e abandono foram classificados como DTT-NF enquanto cura e completude do tratamento foram classificados como favoráveis (DTT-F). Testes T e qui-quadrado foram usados na análise estatística. **Resultados:** Dos 1125 casos notificados pelo ambulatório, 225 foram excluídos (41 transferência, 24 mudanças de diagnóstico e 160 desfechos ignorados). Entre os 900 casos incluídos, 180 (20%) tiveram DTT-NF [142 abandonos (16%), 24 óbitos (3%) e 14 recidivas (1,5%)]. A idade média foi semelhante entre os grupos de desfecho favorável ou não (42 anos x 43 anos, $p=0,53$). Foram considerados fatores não passíveis de modificação e associados com DTT-NF o sexo masculino (66% x 55%; $p=0,003$), co-infecção com HIV (10% x 5%, $p=0,04$) e história anterior de TB (11% x 7%; $p<0,0001$). Residir fora da cidade do Rio de Janeiro (28% x 25%, $p=0,009$), alcoolismo (11% x 6%, $p=0,001$) e o registro do abandono anterior (6% x 2%, $p=0,002$) também estiveram associados com desfechos não favoráveis e foram considerados fatores modificáveis. Comorbidades como doença inflamatória intestinal (0,7% x 0%), insuficiência renal crônica (1,3% x 1,1%), neoplasias hematológicas (0,8% x 0%) e transplante prévio (1,7% x 0,6%) apresentaram maior proporção de desfecho favorável ($p=0,04$). **Conclusão:** Na nossa amostra, a taxa de abandono foi maior que a recomendada pelas diretrizes brasileiras. Alcoolismo e abandono ao tratamento prévio de TB são padrões comportamentais que podem ser abordados durante consultas médicas e passíveis de modificação visando uma melhoria nos desfechos da TB. Um maior número de casos desfavoráveis foi encontrado em pacientes que viviam fora do município do Rio de Janeiro. Nestes casos, a distância em relação ao local de tratamento impediu a realização do tratamento sob supervisão, o que poderia ter influenciado nos resultados. A identificação desses fatores pode ajudar na antecipação de possíveis DTT-NF para que seja realizada uma intervenção precoce visando aumentar as taxas de cura e completude do tratamento. Além disso, o acompanhamento em unidades próximas à residência deve ser estimulado visando garantir a melhor adesão do paciente.

AO84 AVALIAÇÃO DO TESTE DE FAGERSTROM EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM-PA

RUAN SEGUIN AZEVEDO QUARESMA¹; ALINE CUNHA GUIMARÃES²; JÚLIA MEDEIROS SANTANA³; ISAAC DE CAMPOS QUARESMA³; MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUSA⁴; JOSÉ ANTÔNIO CORDERO DA SILVA¹

1.FACULDADE METROPOLITANA DA AMAZÔNIA, BELEM,

PA; 2.CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ, BELEM, PA;

3.UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA, BELÉM, PA; 4.UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM, PA.

Palavras-chave: Tabagismo; teste de fagerstrom; nicotina

Introdução: O tabagismo é considerado um problema de saúde pública mundial, sendo nocivo a saúde e causador de dependência física e psicológica. O fumo é considerado uma doença neurocomportamental devido à dependência em nicotina. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para os próximos 30 a 40 anos, o tabagismo será responsável por 10 milhões de mortes ao ano. Considera-se de papel fundamental o monitoramento do padrão de consumo na população, que é realizado através da organização e disseminação de um sistema de vigilância do tabagismo, e baseado em estudos populacionais periódicos de natureza qualitativa e quantitativa. O teste de Fagerstrom mede o grau de dependência em nicotina, é a dependência da nicotina que mantém o vício e mantém os sintomas de

abstinência. **Objetivos:** caracterizar a população tabagista, atendida na estratégia saúde da família mangueirão em Belém-PA, segundo informações obtidas por meio do teste de Fagerstrom. **Métodos:** o estudo foi do tipo analítico, prospectivo, longitudinal e quantitativo. Realizado na ESF mangueirão, Belém-PA. Foram avaliados os pacientes tabagistas atendidos na ESF, acima de 18 anos, que aceitaram participar voluntariamente via assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foi realizado durante o mês de Fevereiro de 2018. Os pesquisadores, acompanhados dos agentes comunitários de saúde (ACS), fizeram visitas nas casas dos pacientes tabagistas para a aplicação do teste de Fagerstrom, em que foi informado dos objetivos da pesquisa e consentiram com a assinatura do TCLE. **Resultados:** foi avaliado um total de 31 pacientes. O teste evidenciou que 29% apresentaram grau baixo de dependência e 29% apresentaram grau elevado. Muitos pacientes (48,5%) afirmaram que acendiam o primeiro cigarro do dia entre 6 a 30 minutos após acordarem e 29% após 60 minutos. A maioria (61,5%) relatou que não acha difícil não fumar em lugares proibidos. A proporção de tabagistas que afirmaram que o primeiro cigarro do dia é o mais prazeroso foi similar ao de qualquer outro. A média de consumo, na maioria dos pacientes (55%), foi de meio a um maço de cigarros diariamente. O grupo de pacientes, que relatou consumo predominantemente matinal, comportou-se de maneira similar ao grupo que refere um consumo mais uniforme ao longo do dia. A maioria (55%) dos pacientes relatou interromper a prática tabágica quando está doente. **Conclusões:** A aplicação do teste de fagerstrom, como medida sistemática de mensuração da dependência física à nicotina, permite nortear o tratamento em relação à escolha dos recursos a serem utilizados, em função do resultado final do grau de dependência obtido. A maioria (52%) dos pacientes apresentou fraca dependência em nicotina ou dependência em pequeno grau, baixos sintomas de síndrome de abstinência, sugerindo que orientações não-farmacológicas para o abandono do tabagismo são de grande ajuda para a cessação do tabagismo desses pacientes.

AO85 EFEITO DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA DEPOSIÇÃO DE TRIGLICÉRIDES MIOCÁRDICOS E NA FUNÇÃO CARDÍACA AVALIADA PELA TÉCNICA DE ESPECTROSCOPIA DE PRÓTONS.

ANA NATÁLIA RIBEIRO BATISTA; THAIS GARCIA; ALEJANDRA VILLANUEVA MAURICIO; JOSÉ WILLIAM ZUCCHI; PAULA SCHMIDT AZEVEDO GAIOLLA; SERGIO ALBERTO PAIVA; IRMA GODOY; SUZANA ERICO TANNI

UNESP BOTUCATU, BOTUCATU, SP.

Palavras-chave: Ressonância magnética cardíaca; tabagistas; espectroscopia de prótons

Introdução: O tabagismo pode alterar o metabolismo dos lipídios no miocárdio, o que pode contribuir para o remodelamento cardíaco. No entanto, não há dados sobre a influência da cessação do tabagismo na deposição de triglicérides miocárdicos avaliados por ressonância magnética cardíaca (RMC) com espectroscopia de prótons.

Objetivo: Avaliar a deposição de triglicérides antes e após a cessação do tabagismo por RMC com espectroscopia de prótons. **Métodos:** Este é um estudo piloto e avaliamos 28 fumantes saudáveis e reavaliamos 10 fumantes ($37,3 \pm 8,0$ anos) após um mês de cessação do tabagismo. Usamos 3 Teslas RMC para quantificar os níveis de deposição de triglicérides miocárdicos e avaliar a função cardíaca.

Resultados: A média de carga tabágica foi de $23,7 \pm 13,2$ anos/maço. O valor da deposição de triglicérides no miocárdio antes e após a cessação do tabagismo foi de

0,56 ± 1,08% vs 0,16 ± 0,22%, respectivamente (p=0,28). Quanto à morfometria e função ventricular direita antes e após os valores de cessação tabágica, o volume sistólico final foi de 47,9 ± 14,7mL vs 43,3 ± 14,0mL (p=0,017) e o volume sistólico final foi de 29,0 ± 6,8mL/m² vs 25,5 ± 7,6mL/m² (p=0,010). O ventrículo esquerdo apenas o diâmetro diastólico final 32,2 ± 4,6mm vs 33,8 ± 4,9mm (p=0,033) mostrou uma diferença estatística significativa. **Conclusão:** Após a cessação do tabagismo, a função cardíaca apresentou melhora sem diferença na deposição de triglicérides miocárdicos.

A086 MOTIVAÇÕES PARA INÍCIO E PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

BRUNO SEBASTIÃO DA SILVA; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; ANA KAROLINE BITTENCOURT ALVES; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; KAROLINNY BORINELLI DE AQUINO MOURA; VITOR PAULO MARCHIORETTO; GISELE MEDEIROS PESSI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Tabaco; hospitalizados; motivações

Introdução: A prevalência de tabagistas entre hospitalizados é maior que na população geral. A hospitalização tem se mostrado uma importante janela de abordagem do tabagismo. Conhecer o perfil desta população, além das motivações para fumar e dificuldades para cessar é de elevada relevância para planejar uma abordagem.

Objetivos: Descrever as razões de iniciação do tabagismo; os gatilhos; as motivações e as dificuldades para a cessação em pacientes internados no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC). Comparar os gatilhos, as motivações, as dificuldades para cessar o tabagismo entre homens e mulheres e entre pacientes com elevada e baixa dependência nicotínica. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo transversal no qual foram entrevistados pacientes tabagistas hospitalizados no HU-UFSC nas enfermarias de clínica médica, cirurgia geral e ginecologia. Dados relacionados ao tabagismo foram avaliados. Foi realizada análise descritiva dos resultados. Os resultados foram apresentados em números absolutos e percentual, média e desvio-padrão, mediana e intervalo interquartil. As diferenças entre os grupos masculino, feminino, alto e baixo grau de dependência foram analisadas através dos testes de Chi-quadrado e T de Student. Considerou-se p < 0,05 como significativo. **Resultados:** Foram entrevistados 186 pacientes: os tabagistas tinham em média 53 ± 13,1 anos e 60,8% eram do sexo masculino. A mediana de idade de início foi de 15 anos, a carga tabágica mediana foi de 40 maços/ano, 53,2% dos pacientes tinham elevada dependência nicotínica. Os principais gatilhos para fumar foram café (89,2%), refeição (89,2%) e ansiedade (87,1%). As principais razões para cessar foram: preocupação com a saúde, atual (94,1%) e futura (90,9%), e o dinheiro gasto com o cigarro (75,3%). O fator dificultador para a cessação mais importante foi a presença de outros tabagistas em casa ou no trabalho (41,4%). Dentre as mulheres destacou-se o pedido de filhos e netos como razão para cessar (67,1%) e o medo de engordar como dificuldade (32,9%). Entre os homens, o trabalho e o álcool destacaram-se como gatilhos. Dentre os pacientes com alta dependência mereceu destaque a baixa escolaridade (66,7%) e o maior número de pacientes obesos (21,2%) quando comparados aos de baixa dependência. **Conclusões:** O perfil dos tabagistas hospitalizados do HU-UFSC foi composto por homens de 50 anos, com elevada carga tabágica, elevada dependência nicotínica e com início precoce do tabagismo. Consumo do café, refeições e os momentos de ansiedade

foram os gatilhos principais. Preocupação com a saúde e com o dinheiro gasto com o cigarro foram as motivações de destaque para cessar o tabagismo. Dentre as dificuldades para cessar o tabagismo, a principal foi a presença de outros fumantes em casa ou no trabalho. Para as mulheres, o medo de engordar foi fator dificultador. Pacientes com maior grau de dependência nicotínica são mais obesos e com menor escolaridade.

A087 USO DO CIGARRO DE PALHA ENTRE OS ESTUDANTES DOS CURSOS DE MEDICINA E DIREITO DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRAOPRETO (UNAERP)

PAULA VIRGINIA BROM DOS SANTOS SOARES; ADA ALEXANDRINA BROM DOS SANTOS SOARES; ANA CARLA SOUSA DE ARAUJO
UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Cigarro de palha; tabaco; estudantes

Introdução: O uso das formas alternativas do tabaco vem crescendo e a faixa etária mais adepta a estas modalidades é a juventude. Isto gera grande preocupação uma vez que o tabagismo precoce está relacionado ao aumento de chances de uso de outras substâncias psicoativas, como álcool e drogas ilícitas. **Objetivos:** Avaliar o perfil do uso do cigarro de palha (paiero) entre os estudantes de medicina e de direito da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), assim como o conhecimento desses estudantes acerca dos malefícios do uso, do potencial de dependência e da existência de nicotina. **Métodos:** No primeiro semestre de 2017, todos os alunos de medicina e de direito da UNAERP serão convidados a preencher questionário estruturado sobre o conhecimento e uso do paiero. **Resultados:** 717estudantes do curso de medicina (62,3% feminino) e 496 do direito (55,4% feminino) com idade média de 23,0 ± 3,2 anos e 24,2 ± 7,53 anos, respectivamente, responderam ao questionário. 33,9% do grupo medicina (46,1% feminino) e 42,7% do direito (45,7% feminino) relataram ter usado cigarro de palha (p=0,04) e a primeira vez foi com 19,1 ± 3,3 anos e 18,7 ± 3,5 anos, respectivamente (p=0,19). 40,7% do grupo medicina e 38,7% do grupo direito usou uma única vez (p=0,65), 2,9% e 8,9%, respectivamente, fazia uso diário (p=0,005), 8,2% e 9,4% de cada grupo relatou uso semanal (p=0,65), 3,3% e 2,8%, respectivamente, uso mensal (p=0,77) e 45,2% e 39,6% com intervalo maior que mensal (p=0,22). A associação com bebida alcoólica foi relatada como sempre por 43,2% da medicina e 25,5% do direito (p<0,0001), e nunca em 9,9% e 26,9% de cada grupo (p<0,0001), respectivamente. 17,7% do grupo medicina e 23,9% do direito fumam paiero em casa (p=0,12), 30,9% e 41,5 de cada grupo fumam em bares (p=0,02), 2,9% e 2,8% de cada grupo com os pais e 73,6% e 94,3%, respectivamente, com amigos (p<0,001). O uso de cigarro industrializado foi de 20,6% no grupo medicina e 17,9% no grupo direito (p=0,47), que tinha mais pais não fumantes (80,6% medicina e 73,6% direito) (p=0,07). 63% dos usuários da medicina e 30,6% do direito sabiam que o paiero contém nicotina (p<0,0001), 84,3% e 73,6%, respectivamente, sabiam que vicia (p=0,004), e 97% e 97,8% de cada grupo sabiam que faz mal à saúde (p=0,97). Os estudantes no terceiro ano de cada curso são os que mais fumam cigarro de palha. **Conclusões:** A prevalência do uso do cigarro de palha foi maior entre os estudantes de direito que demonstraram menos conhecimento de que o paiero contém nicotina e vicia. Amigos e o uso em bares foram fatores mais relevantes nos dois grupos.

A088 AVALIAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SENTENCIADOS TABAGISTAS DE UMA PENITENCIÁRIA DO INTERIOR PAULISTA

DANIELA DE LIRA EIRAS DOMENE; TAMIRES CORREA DE PAULA; CARISTON RODRIGO BENICHEL; MARIANA DE FREITAS GRASSI; ROBERTA MARIELLE ARIK; CARINA GRESPI BUENO; MARIA HELENA BORGATO; ILDA DE GODOY

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, SAO MANUEL, SP.

Palavras-chave: Enfermagem; tabagismo; prisioneiros

O tabaco no presídio serve para uma variedade de funções, como moeda de troca, controle social, símbolo de liberdade e calmante. As razões para as taxas de tabagismo alta em populações de prisioneiros incluem alta dependência da nicotina, doenças mentais, a falta de programas de cessação tabágica disponíveis aos presos e falta de acesso por este grupo de programas de cessação do tabagismo na comunidade. Considerando, a grande quantidade de pessoas presas fumantes, faz-se necessário conhecer a representação social do cigarro nas vidas destes sentenciados. **Objetivo:** Compreender as representações sociais de sentenciados tabagistas sobre o uso do cigarro. **Metodologia:** pesquisa qualitativa com saturação teórica mediante análise da vigésima sétima entrevista semiestruturada de sentenciados tabagistas em uma Penitenciária do Interior Paulista. As entrevistas foram audigravadas, transcritas e para instrumentalizar e operacionalizar a análise de conteúdo das respostas concedidas pelos sentenciados, utilizamos da análise temática, segundo Bardin e o referencial teórico da Teoria das Representações Sociais de Moscovici. **Resultados:** A idade média foi de 47,4 anos e 63% fazem uso de algum tipo de droga ilícita. A idade média que começaram a fumar foi 15 anos, o nível de dependência de nicotina foi baixo/muito

baixo e todos (100%) estavam em estágio motivacional de contemplação para cessação do tabagismo indicando que os indivíduos não se sentem motivados a parar de fumar nos próximos seis meses. Das entrevistas, surgiu quatro categorias temáticas: 1) Dependência do Tabagismo; 2) Relação com Presídio; 3) Representação Econômica; 4) Representação do Social. **Conclusão:** As representações sociais nos levaram a entender o significado do tabagismo nessa população, tornando-se claro que estes indivíduos estão expostos a diversos fatores que contribuem para o uso do tabaco, além de permitir a compreensão das equipes de saúde das penitenciárias sobre o fenômeno e direcionar a formulação de propostas educativas com chances maiores na adesão nas ações de controle, redução/cessação do tabagismo, visto que há poucas investigações sobre a temática. Categoria 1- Dependência do Tabagismo: “Eu sinto prazer fumando... de uma certa forma... tranquilidade... acalma...” (A17) Os sentenciados relatam que o cigarro funciona como forma de alívio pois conseguem controlar a ansiedade, estresse, nervosismo e próprias angústias. Categoria 2- Relação com Presídio: “Por causa da cadeia eu fumo muito mais, ah sei lá fico nervoso, não me sinto seguro, acabo fumando mais toda hora.” (A23). Categoria 3 – Representação Econômica: “É tudo dinheiro jogado fora, na verdade eu tô queimando ele né?” (A4) As despesas com cigarro é 1,20% da renda média contra 0,60% da renda para adquirir arroz e feijão. Categoria 4 – Representação Social: “Eu comecei a fumar pra fazer parte do grupo, pra estar junto com pessoas que eu respeitava, admirava, tava na escola, na 8ª série” (A1).



PÔSTER COM DISCUSSÃO

AP1 COMPARAÇÕES FUNCIONAIS E TOMOGRÁFICAS ENTRE A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) ASSOCIADA AO TABAGISMO E A DPOC ASSOCIADA À EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL E/OU AMBIENTAL

ANDRÉA CRISTINA MENEZES¹; PAULO ROBERTO TONIDANDEL²; ELIZABET SOBRANI³; FLÁVIA CARNEIRO B DE CASTRO⁴; MÔNICA CORSO PEREIRA²; JOÃO TERRA FILHO⁴; MARCEL KOENIGKAM SANTOS⁴; ELCIO OLIVEIRA VIANNA⁴

1. HCRP-FMRP, RIBEIRÃO PRETO, SP; 2. UNICAMP, CAMPINAS, SP; 3. HCRP, RIBEIRÃO PRETO, SP; 4. FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: DPOC; exposição ambiental e/ou ocupacional; exposição ao tabagismo

Introdução: A DPOC é resultado de uma complexa interação entre predisposição genética e meio ambiente, sendo muitos os fatores de risco (idade, sexo, crescimento e desenvolvimento do pulmão). **Objetivo:** Comparar a DPOC de diferentes etiologias em relação a função pulmonar e tomografia computadorizada. **Material e método:** É um estudo transversal com 31 pacientes sendo 15 pacientes com exposição ao tabagismo e 16 pacientes com exposição ocupacional e/ou ambiental a fumaça de biomassa. Critério de inclusão: pacientes com diagnóstico de DPOC confirmado pela relação VEF1/CVF < 0,7 (GOLD). O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto com Protocolo no 736.977 analisou e aprovou o desenvolvimento do estudo. Foram realizadas espirometria, medida de volumes pulmonares e medida de difusão pulmonar por monóxido de carbono (DLCO), gasometria, tomografia computadorizada de alta resolução e teste de caminhada de 6 minutos. **Resultados:** Os dados serão apresentados em média e desvio-padrão. As comparações foram realizadas pelo teste de qui-quadrado. A idade foi 63,2 ± 6,8 anos e 76,1 ± 7,3 anos no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente. O gênero feminino foi 66,7% e 62,5% no grupo tabagista e no grupo não tabagista. A capacidade vital forçada foi 2,5 ± 0,8 L e 1,9 ± 0,6 L no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente. O volume expiratório forçado no 1º segundo foi 1,3 ± 0,5 L e 1,0 ± 0,34 L no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente. A relação volume expiratório forçado no 1º segundo e capacidade vital forçada foi 0,53 ± 0,8% e 0,53 ± 0,1% no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente. A DLCO foi 63,6 ± 29,5 (ml/min/mmHg) e 64,9 ± 26,2 (ml/min/mmHg) no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente. A saturação arterial de oxigênio foi 95,7% e 92,5% no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente. O teste de caminhada de 6 minutos foi 287 m e 263 m no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente. A frequência de hipoxemia foi 60% e 100% no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente. A frequência de hipercapnia foi 6,7% e 37,5% no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente. A frequência de enfisema centrolobular foi 46,6% e 18,7% no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente, com diferença significativa pelo teste de qui-quadrado. A frequência de enfisema paraseptal foi 33,3% e 12,5% no grupo tabagista e no grupo não tabagista, respectivamente. A frequência de enfisema panlobular foi 6,6% e 0 no grupo tabagista e

no grupo não tabagista, respectivamente. **Conclusão:** A frequência de enfisema detectado pela tomografia com análise quantitativa é maior na etiologia por tabagismo.

AP2 FATORES PREDITORES DE QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

REJANNY DUQUE THOMAZ GARCIA¹; ALICE WILK SILVA RIBEIRO²; SÔNIA MARA MIRANDA DE CARVALHO²; MARCELO FOUAD RABAHI³; KRISLAINE DE SOUSA CORRÊA⁴

1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS; UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA, GOIANIA, GO; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO; 3. CLÍNICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO E MEDICINA DO SONO-CLARE; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIÂNIA, GO; 4. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; qualidade de vida; atividade motora

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição associada com alto grau de incapacidade. Tem sido cada vez mais reconhecido que pacientes com DPOC têm comorbidades que exercem maior impacto na qualidade de vida. Estes pacientes geralmente têm limitação ao exercício e sintomas que são determinantes da diminuição do desempenho nas atividades de vida diária, no trabalho e na qualidade de vida relacionada à saúde. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e identificar seus fatores preditores em indivíduos com DPOC, além de descrever as características clínicas e sociodemográficas dos participantes do estudo. **Métodos:** Trata-se de um estudo caso controle, aprovado pelo Comitê de Ética da PUC-Goiás (CAAE: 61577016.3.0000.0037), realizado com portadores de DPOC que fazem acompanhamento médico e/ou treinamento físico supervisionado em uma clínica de Pneumologia do Município de Goiânia, Goiás. Foram coletados, por meio de ficha de avaliação clínica, dados clínicos e sociodemográficos e aplicados questionários para avaliar nível de atividade física diária, o nível de dispneia, o conhecimento sobre a doença e a qualidade de vida, por meio dos instrumentos Questionário Perfil de Atividade Humana, Escala Medical Research Council, Questionário Bristol de Conhecimento sobre a Doença e Questionário das Vias Aéreas 20 (AQ20), respectivamente. O AQ20 é constituído por 20 questões e o resultado final varia de 0 a 20 pontos, onde as pontuações mais elevadas indicam prejuízo na qualidade de vida. Na análise estatística descritiva, as variáveis contínuas foram representadas por média e desvio-padrão e as categóricas, por frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). O teste de regressão linear foi utilizado para a análise do efeito dos fatores preditores da qualidade de vida e o valor de significância adotado foi de p ≤ 0,05. **Resultados:** setenta indivíduos foram avaliados, sendo 38 do sexo masculino (54,3%) e 32 (45,7%) do sexo feminino, com média de idade de 72,96 anos (± 7,46). A maioria dos indivíduos era casada (58,6%), ex-tabagista (77,1%) e possuía doença cardiovascular associada (64,3%). A média do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) pós broncodilatador em porcentagem foi de 58,33% (± 14,75), o que permite classificar a gravidade da

doença destes indivíduos como moderada. O escore médio do AQ20 foi de 8,37 ($\pm 4,32$) e, dentre os fatores avaliados, somente o nível de atividade física diária ($p = 0,04$) e o nível de dispneia ($p = 0,01$) foram preditores desta variável, sendo que indivíduos mais ativos e com menos dispneia alcançaram melhores escores no questionário AQ20. **Conclusões:** no presente estudo, os portadores de DPOC não apresentaram grande prejuízo na qualidade de vida e somente nível de atividade física diária e nível de dispneia foram fatores preditores para qualidade de vida.

AP3 A RELAÇÃO VEF3/VEF6 NO DIAGNÓSTICO DE OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS: UM ESTUDO DE ACURÁCIA BRUNO HENRIQUE RAMOS BISPO¹; GUILHERME BRITO BITENCOURT¹; FERNANDA WARKEN ROSA¹; AQUILES ASSUNÇÃO CAMELIER²

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB), SALVADOR, BA; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Função pulmonar; doença pulmonar obstrutiva crônica; acurácia

Introdução: A Iniciativa Global para DPOC (GOLD) determina que o critério diagnóstico que determina a presença da DPOC seja uma relação VEF1/CVF < 70% após o broncodilatador. A relação VEF3/VEF6 pode ser uma alternativa ao critério tradicional. **Objetivo:** Descrever a acurácia da relação Volume Expiratório Forçado no 3º segundo/Volume Expiratório Forçado no 6º segundo (VEF3/VEF6) na identificação da obstrução de vias aéreas comparado a relação VEF1/CVF < 70%. **Métodos:** Foi realizado um estudo de corte transversal, baseado em uma avaliação retrospectiva de um banco de dados de espirometria. Foram realizadas as espirometrias de acordo com critérios da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Foram utilizados os valores nacionais para cálculo do limite inferior da normalidade dos parâmetros de espirometria. A VEF1/CVF < 70 foi utilizada também como referência de obstrução de vias aéreas por conta da sua utilização no documento GOLD para a DPOC. Para dados descritivos foram utilizados média e desvio padrão, além de proporções. Para o cálculo da força de associação, foi calculado o Coeficiente de Correlação de Spearman. Para análise da acurácia, foi calculada a curva ROC (*Receiver Operator Curve*) com o cálculo do Intervalo de Confiança de 95%. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significante.

Resultados: Foram utilizadas 181 curvas de espirometria (pré broncodilatador) que preencheram os critérios de aceitabilidade da SBPT. A correlação entre a relação VEF3/VEF6 com a VEF1/CVF foi considerada excelente, com $r = 0,90$, $p < 0,0001$. A área abaixo da curva ROC da relação VEF3/CVF no diagnóstico de obstrução das vias aéreas conforme o documento GOLD (VEF1/CVF < 70) foi 0,96, $p < 0,0001$ (IC95% 0,93-0,99). **Conclusão:** A relação VEF3/VEF6 é considerada um parâmetro de alta acurácia para o diagnóstico de obstrução de vias aéreas.

AP4 COMPARAÇÃO DA CELULARIDADE DO ESCARRO INDUZIDO ENTRE DPOC POR EXPOSIÇÃO AO TABAGISMO E DPOC POR EXPOSIÇÃO AMBIENTAL E/OU OCUPACIONAL

ANDRÉA CRISTINA MENEGHINI¹; PAULO ROBERTO TONIDANDEL²; MÔNICA CORSO PEREIRA²; LUCIANA CRISTINA STRACCIA³; CRISTINA DE ALMEIDA SOUZA GALEGO³; GIULIANA BERTOZI³; FERNANDO QUEIROZ CUNHA³; ELCIO OLIVEIRA VIANNA³

1. HCRP-FMRP, BATATAIS, SP; 2. UNICAMP, CAMPINAS, SP; 3. FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Dpoc; inflamação; escarro induzido

Introdução: A patogênese da DPOC é composta pelo processo inflamatório que tem a participação das células

inflamatórias (macrófagos, linfócitos e neutrófilos), de células estruturais (epiteliais, musculares e fibroblastos) e acúmulo de linfócitos T CD8. **Objetivo:** Comparar a celularidade do escarro induzido em DPOC tabagista com DPOC de etiologia ocupacional e/ou ambiental. **Material e Método:** É um estudo transversal com 31 pacientes sendo 15 pacientes com exposição ao tabagismo e 16 pacientes com exposição ocupacional e/ou ambiental a fumaça da queima de biomassa. Critério de inclusão: diagnóstico de DPOC confirmado pela relação VEF1/CVF < 0,7 (GOLD). Foi realizada indução de escarro constituída de 4 inalações de solução salina hipertônica (NaCl 4,5%) com 5 minutos de duração cada uma, com nebulizador ultrassônico DeVilbiss (UltraNeb 2000, Somerset, PA - EUA). Analisou-se a celularidade do escarro induzido. A qualidade do escarro é avaliada pelo número de células escamosas, considerada aceitável se < 30%, razoável se 30-60% e inadequada se > de 61%. Dois casos do grupo DPOC ocupacional/ambiental não obtiveram amostra de escarro satisfatória e seus dados não foram incluídos nessa análise. **Resultados:** Os dados serão apresentados em média e desvio-padrão. As comparações foram realizadas pelo teste t de Student. O peso do escarro foi 21,4 $\pm$ 38,5 g e 3,17 $\pm$ 3,1 g ($p = 0,08$) no grupo tabagista e não tabagista, respectivamente. O número total de células (milhões/ml) foi 33,0 $\pm$ 36,4 e 6,1 $\pm$ 6,2 ($p = 0,01$) no grupo tabagista e não tabagista, respectivamente. A porcentagem de neutrófilos no escarro foi de 79,6 $\pm$ 14,0% e 69,3 $\pm$ 15,0% ($p = 0,07$) no grupo tabagista e não tabagista, respectivamente. O número absoluto de neutrófilos no escarro foi de 1518,2 $\pm$ 1597,3 (milhões/ml) e 451,4 $\pm$ 464,8 ($p = 0,03$) no grupo tabagista e não tabagista, respectivamente. A porcentagem de eosinófilos no escarro foi de 4,2 $\pm$ 4,4% e de 4,8 $\pm$ 7,3% ($p = 0,8$) no grupo tabagista e não tabagista, respectivamente. O número absoluto de eosinófilos no escarro foi de 64,4 $\pm$ 121,8 e 17,3 $\pm$ 26,4 ($p = 0,15$) no grupo tabagista e não tabagista, respectivamente. O número percentual de macrófagos foi de 14,0 $\pm$ 10,8% e 20,1 $\pm$ 12,6% ($p = 0,2$) no grupo tabagista e não tabagista, respectivamente. O número absoluto de macrófagos foi de 161,4 $\pm$ 240,5 e 105,5 $\pm$ 121,3 ($p = 0,5$) no grupo tabagista e não tabagista, respectivamente. A porcentagem de linfócitos foi de 2,4 $\pm$ 2,1% e 5,7 $\pm$ 3,3% ($p = 0,003$) no grupo tabagista e não tabagista, respectivamente. E, o número absoluto de linfócitos foi de 30 $\pm$ 42,7 e de 35,6 $\pm$ 45 ($p = 0,7$) no grupo tabagista e não tabagista, respectivamente. **Conclusão:** Os dados indicam que a DPOC ligada ao tabagismo se associa a maior produção de escarro e maior celularidade, principalmente, neutrofílica.

AP5 EFEITOS DO TREINAMENTO MUSCULAR INSPIRATÓRIO NA CAPACIDADE DE EXERCÍCIO

YVES RAPHAEL DE SOUZA; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; KENIA MAYNARD DA SILVA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; DIEGO CONDESSO; MANOEL FIGUEIREDO; BIANCA FIGUEIRAS UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Treinamento muscular; tc6; dpoc

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) foi classificada em 2002 como a quinta causa de morte no mundo e deve ser a quarta principal causa de morte em 2030, e sua gravidade pode ser influenciada por manifestações extrapulmonares, como diminuição da força e/ou resistência dos músculos respiratórios, gerando inatividade induzida pela dispneia e consequente diminuição da capacidade de exercício. **Objetivo:** O objetivo desta pesquisa foi investigar os efeitos do treinamento muscular inspiratório (TMI) sobre a capacidade de exercício em pacientes com

DPOC. **Métodos:** Ensaio clínico randomizado e controlado de 15 pacientes com DPOC de ambos os sexos com diagnóstico de fraqueza muscular respiratória. Os pacientes foram avaliados através de teste de função pulmonar, Pressão Inspiratória Máxima (PImax), dispneia pela escala modificada Medical Research Council (MRC), teste de caminhada de seis minutos (TC6M) e teste do degrau de seis minutos (TD6M). Os pacientes foram divididos aleatoriamente em dois grupos, grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI) seguindo o mesmo protocolo de TMI: duas sessões por dia, 30 respirações por sessão, todos os dias durante 8 semanas, com uma sessão presencial semanal. A diferença entre os grupos estava na carga. O GI realizou o treinamento com carga de $\approx 50\%$ da PImax e essa carga foi atualizada semanalmente, no treinamento presencial, quando era realizada uma nova medida da PImax. O GC realizou o TMI com carga de $\approx 10\%$ da PImax. Após 8 semanas de treinamento, os pacientes de ambos os grupos foram reavaliados. **Resultados:** Os pacientes do GC não apresentaram diferença entre o pré e pós TMI: PImax = (pré = 66 ± 11 mmHg; pós = 67 ± 9 mmHg; p valor = 0,3559); mMRC = (Pré = 3 ± 1 ; pós = 3 ± 1 ; p valor = 0,61), TC6M = (pré = 443 ± 49 m; pós = 413 ± 43 m; p valor = 0,39) e TD6M = (pré = 182 ± 56 degraus; pós = 183 ± 54 degraus; p valor = 0,5710). O GI apresentou aumento da PImax, diminuição da dispneia e melhora dos testes de campo: PImax = (pré = 69 ± 12 mmHg; pós = 112 ± 15 mmHg; p valor < 0,0001); mMRC = (pré = 3 ± 1 ; post = 1 ± 1 ; p valor = 0,0002), TC6M = (pré = 442 ± 78 m; pós = 467 ± 64 m; p valor = 0,0116) e TD6M = (pré = 173 ± 71 degraus; pós = 207 ± 58 degraus; p valor = 0,0460). **Conclusão:** O GI após TMI mostrou aumento na distância do TC6M e no resultado do TD6M, com diminuição da dispneia em repouso, o que evidencia melhora na capacidade de exercício como benefício do TMI.

AP6 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

LUCAS CARDOSO PACHECO; LUÍSA GRECO FRAGA SANTOS; GUILHERME PAES RAMOS; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; CAMILO FERNANDES; DANIEL YARED FORTE; ISRAEL SILVA MAIA UFSC, FLORIANOPOLIS, SC.

Palavras-chave: Dpoc; oxigênio; sc

Introdução: Há evidência de que a oxigenoterapia domiciliar para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) com hipoxemia grave melhora a sobrevida, se tornando o tratamento padrão para esses pacientes. O custo é o principal limitador do seu uso para a maioria da população. O Estado de Santa Catarina mantém um programa de fornecimento de oxigênio para pacientes com insuficiência respiratória crônica e hipoxemia. Entre eles, o maior número de casos é de portadores de DPOC que recebem oxigênio de acordo com critérios previamente estabelecidos. **Objetivos:** Descrição do perfil epidemiológico dos pacientes do Serviço de Oxigenoterapia do Estado de Santa Catarina que ingressaram no programa no ano de 2009. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva. A data de início de observação foi estabelecida como 1º de janeiro de 2009 e a data limite foi 31 de dezembro de 2009. Foram descritos parâmetros como: sexo, idade, diagnóstico principal, pressão arterial parcial de O₂ (PaO₂) e de CO₂ (PaCO₂). Foi registrado também o número de óbitos, assim como o tempo de sobrevida desses pacientes a partir do momento de entrada no programa. As variáveis categóricas foram descritas em termos de números absolutos (n) e de frequências (%). As variáveis contínuas foram expressas em médias e desvios padrão. A curva de sobrevida foi realizada através do método de Kaplan Meier. Para comparação da

sobrevida entre os grupos foi realizado o Teste Log Rank. A análise de sobrevida foi realizada pelo método de regressão de Cox para obter a taxa de risco de morte (hazard ratio).

Resultados: Foram coletados dados de 127 pacientes admitidos em 2009. Desse total, 68 (54%) eram mulheres e 59 (46%) homens. A média da idade dos pacientes foi de $69,77 \pm 15,26$ anos. Na categorização da idade, temos 35,4% dos pacientes < 70 anos, 44,1% entre 71 e 80 anos e 20,5% > 80 anos. A PaO₂ média foi de $49,25 \pm 14,92$ mmHg, enquanto a PaCO₂ média foi $49,46 \pm 27,22$ mmHg. Quanto à sobrevida, dos 127 pacientes admitidos no programa neste ano, 93 pacientes (73%) morreram e 34 (27%) estavam vivos ao fim do período de observação. Dentro da amostra estudada, 50% dos pacientes faleceram nos primeiros 118 dias. Quando categorizamos a amostra com aqueles com paO₂ < e > 50 mmHg vemos que a diferença de sobrevida não foi significativa entre os dois grupos (p = 0.80). Utilizando a regressão de Cox, a taxa de risco de morte não ajustada mostrou HR de 1,05 (IC95% 0,70-1,58), com p não significativo de 0,80. Quando ajustamos para idade e sexo, o HR é de 1,11 (IC 0,73-1,69), mantendo p não significativo de 0,63. **Conclusões:** O presente estudo nos mostra que os pacientes do serviço de oxigenoterapia do estado de SC são na maioria mulheres, idosos e com hipoxemia grave. A taxa de mortalidade é extremamente elevada, sem que haja associação com a hipoxemia de base.

AP7 TAXA DE EOSINÓFILOS PERIFÉRICOS E RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM DPOC

MATEUS HENRIQUE SCHNEIDER¹; DANIELA DA SILVEIRA GRAVINA¹; GABRIEL RICARDO SIEBGER¹; LUCAS CARLESSO¹; JULIESSA FLORIAN²; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA³

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. ISCMPA PPF, PORTO ALEGRE, RS; 3. ISCMPA PPF, UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Dpoc; reabilitação pulmonar; eosinofilia

Introdução: Vários estudos têm utilizado a contagem de eosinófilos (CE) como biomarcador para decisão terapêutica farmacológica e também como marcador de vários desfechos clínicos. **Objetivos:** Avaliar se a contagem de eosinófilos periféricos seria um marcador capaz de discriminar os resultados após o Programa de reabilitação pulmonar para pacientes com DPOC. **Metodologia:** A partir de uma amostra de 171 pacientes admitidos em um PRP, 86 pacientes que possuíam a contagem de eosinófilos periféricos foram avaliados. Esses pacientes foram divididos em dois grupos: grupo 1 (56 pacientes) com CE < 2% e grupo 2 (30 pacientes) com CE $\geq 2\%$. Os parâmetros avaliados em cada grupo foram o teste de caminhada de 6 minutos (TC6M), índice de dispneia (mMRC), inventários de depressão (BDI) e de ansiedade (BAI) de Beck, questionário Saint George de qualidade de vida na doença respiratória (SGRQ; Sintomas, Atividades, Impacto e Total) e índice BODE. As variações desses parâmetros entre o início e o fim do PRP (2 meses) foram calculadas. **Resultados:** Entre o grupo 1 (35 [62.5%] mulheres, idade média 67.93 ± 10.32 anos, 40 [71.4%] com fenótipo exacerbador) e o grupo 2 (24 [80.0%] homens, idade média 73.13 ± 8.88 anos, 15 [50.0%] com fenótipo exacerbador) não se observou diferença estatisticamente significativa nas características basais nem na função pulmonar: CVF (2.38 ± 0.83 vs. 2.41 ± 0.88 , p = 0.670), VEF1 (2.32 ± 8.95 vs. 1.21 ± 0.66 , p = 0.786), VEF1/CVF (47.39 ± 15.63 vs. 50.47 ± 15.81 , p = 0.416), VR (% do predito) (166.40 ± 74.31 vs. 172.33 ± 66.23 , p = 0.800), DLCO (% do predito) (50.53 ± 18.33 vs. 60.02 ± 31.89 , p = 0.200), CPT (% predito) (117.43 ± 4.75 vs. 109.90 ± 26.36 , p = 0.320). Com relação aos resultados

da reabilitação pulmonar também não foram observadas diferenças estatisticamente significativa entre os grupos: Δ TC6M (54.09 $\pm$ 69.69 vs. 35.27 $\pm$ 38.84, $p = 0.169$), Δ mMRC (-0.84 $\pm$ 0.85 vs. -1.33 $\pm$ 0.82, $p = 0.083$), Δ BAI (-7.37 $\pm$ 6.36 vs. -3.36 $\pm$ 8.07, $p = 0.287$), Δ BDI (-9.10 $\pm$ 8.27 vs. -2.29 $\pm$ 6.06, $p = 0.007$); SGRQ: Δ Sintomas (-10.40 $\pm$ 28.01 vs. -14.54 $\pm$ 15.40, $p = 0.575$), Δ Atividades (-5.65 $\pm$ 17.63 vs. -6.17 $\pm$ 11.80, $p = 0.919$), Δ Impacto (-9.69 $\pm$ 12.91 vs. -10.89 $\pm$ 11.56, $p = 0.659$), Δ Total (-9.71 $\pm$ 11.69 vs. -11.28 $\pm$ 8.53, $p = 0.348$); Δ BODE (-0.96 $\pm$ 1.12 vs. -1.20 $\pm$ 1.01, $p = 0.558$). **Conclusão:** Nessa amostra de pacientes com DPOC, a taxa de 2% de eosinófilos periféricos não foi capaz de prever diferentes resultados após um PRP.

AP8 EFEITO DA GRAVIDADE DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SOBRE A ESTABILIDADE OSMÓTICA ÓCITOS

MARIO DA SILVA GARROTE FILHO; FLAVIANA FERREIRA GOMES; ALICE VIEIRA DA COSTA; DÉBORA LARA ZUZA SCHEUCHER; LUCIANA ALVES DE MEDEIROS; NILSON PENHA SILVA; THÚLIO MARQUEZ CUNHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG.

Palavras-chave: Dpoc com odp; estabilidade osmótica de eritrócitos; fev1

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) pode ser diagnosticada a partir da razão VEF1/CVF < 70 pós-broncodilatador, onde VEF1 é o volume expiratório forçado no primeiro segundo e CVF é a capacidade vital forçada. Quanto maior o comprometimento funcional da doença maior sua gravidade, a qual pode ser expressa pelo VEF1 e pelo teste de caminhada de seis minutos (TC6M). O objetivo do presente trabalho foi avaliar a relação entre a gravidade da DPOC e a estabilidade osmótica de eritrócitos. **Métodos:** A população do estudo foi composta por 71 indivíduos com DPOC e 74 voluntários saudáveis, totalizando 145 pessoas, todas do sexo masculino. Todos os pacientes com DPOC faziam uso de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (ODP). Foram realizados exames hematológicos e bioquímicos, espirometria e TC6M. Um diferencial do presente trabalho foi a realização de teste de fragilidade osmótica para avaliar a resistência osmótica de eritrócitos em soluções contendo 0-0.9% (w/v) NaCl. A absorbância da hemoglobina liberada por eritrócitos rompidos foi utilizada na elaboração de uma sigmoide de Boltzmann. A partir dessa sigmoide foram obtidas diversas variáveis, como 1/H50, que é o inverso da concentração salina em que há 50% de hemólise; Amin, que é a absorbância decorrente da liberação de hemoglobina por eritrócitos que sofreram lise em condições isotônicas com o sangue; e dX, que representa ¼ da variação da concentração salina necessária para promoção de 100% de hemólise. As correlações descritas apresentaram coeficiente de Pearson ou Spearman de pelo menos 0.3 e valor de $p \leq 0.05$. Além disso, para uma mesma variável, foram consideradas apenas as correlações que atendiam a esses critérios no grupo DPOC, mas não no grupo controle. **Resultados:** O resultado de maior destaque foi a correlação negativa observada entre FEV1 e 1/H50, a qual indica que quanto maior a gravidade da DPOC, maior é a resistência osmótica dos eritrócitos. Esse achado foi corroborado pela correlação positiva observada entre FEV1 e Amin, variável que, tipicamente, apresenta correlação positiva com dX. Por outro lado, o TC6M apresentou associação com diversas variáveis hematológicas, dentre as quais se destaca a correlação positiva com a quantidade de eritrócitos. Pelo menos em parte, isso foi devido à ODP. **Conclusão:** A resistência osmótica de eritrócitos aumenta com o aumento da gravidade da DPOC.

AP9 CONCORDÂNCIA ENTRE MMRC E CAT PARA CLASSIFICAÇÃO DE SINTOMAS EM DPOC

DE RÊ; FERNANDA RODRIGUES FONSECA; CARDINE REIS; MARINA BAH; ROSEMERI MAURICI DA SILVA

UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Dpoc; cat; mmrc

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo aéreo, que geralmente é avaliada por meio de espirometria. O grau de limitação ao fluxo aéreo, porém, não compreende a heterogeneidade dessa enfermidade. Assim, o manejo clínico deve considerar a complexidade da DPOC e não somente a classificação espirométrica. Distribuir pacientes em subgrupos homogêneos e com prognóstico semelhante pode potencializar o conhecimento sobre a patogênese e o desenvolvimento de intervenções destinadas a alterar a história natural da DPOC. **Objetivo:** Investigar a concordância entre os pontos de corte da escala Medical Research Council modificada (mMRC) e do COPD Assessment Test (CAT) para a classificação de sintomas da Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD). **Métodos:** Pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HUUFSC Ebserh) foram submetidos às avaliações espirométrica e de risco e sintomas da GOLD. **Resultados:** Avaliaram-se 72 pacientes (41 homens – 56,9%). A idade, o índice de massa corporal (IMC), o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), o escore na mMRC e o escore no CAT, respectivamente, foram iguais a de 65 $\pm$ 8 anos, 23,8[20,9–28,4] kg/m², 40,8[31,9–57,0]% do previsto, 3[1–4] e 18[9–27]. Segundo as classificações espirométrica e de risco/sintomas da GOLD, os pacientes foram distribuídos em: grupo 1 – 4,2% (n = 3), 2 – 25,0% (n = 18), 3 – 51,4% (n = 37) ou 4 – 19,4% (n = 14); grupo A – 13,9% (n = 10), B – 38,9% (n = 28), C – 6,9% (n = 5) ou D – 40,3% (n = 29). Conforme o escore na mMRC e no CAT, respectivamente, 55,6% (n = 40) e 75,0% (n = 54) dos pacientes foram identificados com mais sintomas (grupo B ou D). Considerando os pontos de corte da mMRC (escore 2/ 1) e do CAT (escore 9/ 10), observou-se concordância entre ambos para classificar sintomas ($k = 0,41$; $p < 0,05$). Observou-se, também, concordância dos grupos da GOLD (A/C ou B/D) com os escores na mMRC ($k = 0,50$; $p < 0,05$) e no CAT ($k = 0,88$; $p < 0,05$) para a classificação de sintomas. As frequências das classes de sintomas, considerando os pontos de corte da mMRC e do CAT, entretanto, foram diferentes entre si ($p < 0,05$), assim como as frequências das classes de sintomas pelo escore na mMRC e pelos grupos da GOLD ($p < 0,05$). Somente a frequência das classes de sintomas pelo escore no CAT não diferiu da frequência das classes de sintomas pela GOLD ($p > 0,05$). **Conclusões e Implicações Clínicas:** A concordância entre os escores utilizados para classificação de sintomas e gravidade, embora significativa, ficou distante da concordância desejável. Há necessidade de reavaliação dos critérios em estudos longitudinais, tendo em vista mensuração do impacto nos desfechos.

AP10 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO DO ENFISEMA PULMONAR COM COLOCAÇÃO DE VÁLVULAS ENDOBRÔNQUICAS, ATRAVÉS DA MEDIDA DE VOLUMES PULMONARES OBTIDOS PELA TOMOGRAFIA DE TÓRAX

THAIS MESQUITA FERREIRA; MARCO ANTÔNIO SOARES REIS; LEONARDO BRAND RODRIGUES; ANA CECÍLIA CARDOSO DE SOUSA; RAFAEL CHAVES FERREIRA; TÚLIO CÉSAR BERNARDINO DE OLIVEIRA

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Válvula endobronquica; tomografia de torax; enfisema

Introdução: O enfisema pulmonar avançado é uma doença debilitante, que cursa com piora da qualidade de vida dos pacientes e aumenta o risco de exacerbação. A hiperinsuflação pulmonar é uma das principais consequências do enfisema avançado, apesar de todo tratamento clínico disponível. A redução do volume pulmonar nesses pacientes leva a melhora clínica e funcional, melhorando a tolerância ao exercício e a qualidade de vida. A cirurgia de redução do volume pulmonar é um tratamento aplicado há anos e já reconhecido pela sua melhora, no entanto, pode cursar com grande morbi-mortalidade pós-operatória. Nesse aspecto, as válvulas endobrônquicas são uma opção terapêutica, gerando menores taxas de complicações após o procedimento quando comparadas com as cirurgias redutoras. As válvulas são indicadas para pacientes portadores de enfisema pulmonar grave, heterogêneo e que não possuem ventilação colateral interlobar (ou seja, presença de cissuras completas). Como resultado, buscamos a redução do volume do lobo envolvido e, consequente redução do volume pulmonar total e da hiperinsuflação. **Objetivos:** demonstrar com os casos de implante de válvulas endobrônquicas realizados no Hospital Madre Teresa as alterações dos volumes e da hiperinsuflação pulmonar mensurados através de tomografia computadorizada de tórax de alta resolução e comparar os achados entre si. **Métodos:** realizada análise dos dados de volume e hiperinsuflação pulmonar, calculados através da tomografia computadorizada (TC) de alta resolução do tórax com o software VitreaCore 6.8.109.1. As áreas com densidade menor que -950UH foram utilizadas para determinar áreas de enfisema pulmonar. As medidas foram feitas no pré e pós-procedimento de todos os pacientes submetidos a implante de válvulas endobrônquicas. Para inclusão no estudo, todos os pacientes possuíam sinais de hiperinsuflação pulmonar e aprisionamento aéreo pela pletismografia. **Resultados:** No período entre março/2016 e dezembro/2017, oito pacientes foram submetidos à implante de válvulas endobrônquicas no Hospital Madre Teresa. Após o tratamento, houve redução, em média, do volume pulmonar total de 559ml ($p = 0,0083$), do volume do pulmão que recebeu a válvula de 495ml ($p = 0,0007$), do volume total de áreas de hiperinsuflação de 491ml ($p = 0,0452$). **Conclusões:** Esse estudo piloto permitiu concluir que a TC de tórax pode ser um método eficaz para avaliar os benefícios do tratamento do implante de válvulas endobrônquicas no enfisema pulmonar grave, através da medida da redução das áreas de hiperinsuflação e do volume pulmonar total.

AP11 ESTABILIDADE OSMÓTICA DE ERITRÓCITOS EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SOB OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA
MARIO DA SILVA GARROTE FILHO; FLAVIANA FERREIRA GOMES; ALICE VIEIRA DA COSTA; LUCIANA ALVES DE MEDEIROS; NILSON PENHA SILVA; THÚLIO MARQUEZ CUNHA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG.
Palavras-chave: Dpoc com odp; estabilidade osmótica de eritrócitos; mchc

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) caracteriza-se pela dificuldade respiratória em decorrência de danos nos pulmões causados por substâncias irritantes como o cigarro. O objetivo do trabalho foi avaliar a estabilidade osmótica de eritrócitos em indivíduos com DPOC em relação a indivíduos sem a doença. **Métodos:** A população estudada foi constituída por 145 homens, sendo 74 do grupo controle e 71 com DPOC em uso de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (ODP). A resistência

osmótica, também chamada de estabilidade osmótica, foi avaliada pela absorvância de hemoglobina em 540 nm em concentrações de NaCl entre 0 e 9% (w/v). Também foram realizados diversos testes hematológicos e bioquímicos. **Resultados:** Os eritrócitos dos indivíduos com DPOC em ODP apresentam eritrócitos osmoticamente mais resistentes, provavelmente devido aos valores reduzidos de MCHC (Mean Cell Hemoglobin Concentration), decorrentes de possível efeito protetor da ODP. A origem desse efeito protetor estaria, pelo menos em parte, relacionada à menor quantidade de hemoglobina e de ferro encontrados em indivíduos com DPOC. Uma menor quantidade de hemoglobina no interior do eritrócito implica em menor pressão osmótica interna. Além disso, haveria menos danos oxidativos, já que é a interação entre o oxigênio e o ferro da hemoglobina o principal responsável pela geração de espécies reativas de oxigênio no interior do eritrócito. Além disso, os eritrócitos nos indivíduos com DPOC em ODP exibiram maior duração, conforme indicado pelos valores aumentados de hemoglobina glicada (HbA1c), corroborados por valores reduzidos de bilirrubina total e indireta. Menos notáveis foram os valores reduzidos de ferro e de albumina, os quais estariam associados à inflamação, evidenciada por valores elevados de CRP (C-Reactive Protein) e leucócitos. Os indivíduos com DPOC também apresentaram valores menores do que os do grupo controle para as seguintes variáveis: colesterol total, triglicerídeos e folato. Também se destaca o fato de que a variação da distribuição de volume de eritrócitos (RDW, do inglês Red Cell Distribution Width) estava aumentada em indivíduos com DPOC, o que é condizente com o índice de mortalidade elevado, já que os indivíduos que precisam fazer uso de ODP apresentam quadro grave da doença. **Conclusão:** Os indivíduos com DPOC em ODP apresentaram eritrócitos osmoticamente mais resistentes e maiores valores de RDW que o grupo controle.

AP12 BRONQUIECTASIAS NA DPOC GRAVE: DIFERENÇAS CLÍNICAS E FUNCIONAIS PERMITEM IDENTIFICAR UM FENÓTIPO DA DOENÇA?

SILVIA MARIA DA SILVA DORIA; MARCOS MELLO MOREIRA; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; ILMAR APARECIDA PASCHOAL; MÔNICA CORSO PEREIRA
UNICAMP, CAMPINAS, SP.

Palavras-chave: Teste de função pulmonar; mecanismo da dpoc; bronquiectasia

Introdução: Estudos têm mostrado que bronquiectasias são um achado frequente em pacientes com DPOC moderada a grave. No entanto, a relevância deste achado permanece incerta. **Objetivo:** investigar se a presença de bronquiectasias em pacientes com DPOC grave caracteriza um subgrupo distinto de pacientes quanto aos aspectos clínicos e funcionais. **Métodos:** estudo transversal e observacional com pacientes com DPOC (GOLD III-IV) com história de tabagismo de pelo menos 10 anos-maço. Os pacientes eram seguidos no Serviço de Doenças Pulmonares do Hospital da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil, e foram incluídos entre junho de 2011 e janeiro de 2014. Todos os pacientes estavam estáveis clinicamente nas 4 semanas anteriores à inclusão. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e os pacientes assinaram o termo de consentimento informado antes de participar. Os pacientes foram avaliados clinicamente, submetidos a tomografia computadorizada de alta resolução (TC) e avaliados funcionalmente (espirometria, teste de caminhada de 6 minutos (TC6)). Nas TCs foram avaliados: presença e extensão das bronquiectasias, espessamento

da parede brônquica, aprisionamento aéreo (varredura de expiração), presença de impactação de muco, sinal de árvore em brotamento, bolhas e enfisema. Os pacientes que apresentaram bronquiectasias em dois ou mais lobos pulmonares (BCT) foram comparados com pacientes sem ou com bronquiectasia em apenas um lobo pulmonar (sem-BCT). **Resultados:** 65 pacientes com idade de $65,1 \pm 10,3$ anos, 66% de homens foram avaliados. Comparando os grupos (BCT x sem-BCT) não houve diferença em relação aos sintomas, taxa de exacerbação, índice de dispnéia, uso de oxigenioterapia domiciliar, saturação de O₂ e variáveis da função pulmonar. Houve diferenças ($p < 0,05$) na carga tabágica e na distância caminhada (TC6). Embora a função pulmonar tenha sido similar entre os grupos, os pacientes com bronquiectasias tinham uma carga tabágica significativamente menor. Isso poderia ser devido a uma maior susceptibilidade das vias aéreas aos efeitos do tabaco, embora não saibamos o que determinaria esta diferença em susceptibilidade. A menor distância caminhada no grupo sem-BCT ($361 \text{ m} \times 420 \text{ m}$, $p = 0,03$), pode ser explicada pela desvantagem na mecânica respiratória em pacientes com enfisema, uma vez que, embora haja sobreposição dos achados na maioria dos pacientes (26% dos BCT tinham enfisema), a maioria dos sem-BCT tinha enfisema (63%). **Conclusões:** Bronquiectasias foram encontradas com uma frequência elevada (29,2%) neste grupo de pacientes com DPOC grave. O único fator clínico que diferiu entre os grupos foi a carga tabágica, o que sugere haver nestes pacientes algum outro fator determinando a susceptibilidade ao agente agressor, no caso, o tabagismo.

AP13 PERFIL FITOQUÍMICO DE CAROTENOIDES E VITAMINA A EM PACIENTES COM DPOC LEVE/MODERADO E POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO COM HISTÓRIA TABÁGICA

LAURA CARAM; RENATA FERRARI; JOSÉ WILLIAM ZUCCHI; ANA PAULA COSTA RODRIGUES FERRAZ; ANDRÉ LUIS BERTANI; DUELENE LUDIMILA NOGUEIRA; SUZANA ERICO TANNI; IRMA GODOY

UNESP BOTUCATU, BOTUCATU, SP.

Palavras-chave: Carotenoides; perfil fitoquímico dos antioxidantes; doença pulmonar obstrutiva crônica

Introdução: Os antioxidantes que atenuam o estresse oxidativo poderiam contribuir na terapêutica em tabagistas e pacientes com DPOC; no entanto, a associação entre antioxidantes plasmáticos com tabagismo e DPOC ainda não está clara. **Objetivos:** Verificar a associação entre carotenoides e vitamina A em tabagistas e pacientes com DPOC. **Métodos:** Foram avaliados 16 indivíduos nunca tabagistas [idade (anos) = $52,5 (47,0 - 54,0)$; VEF1 (litros) = $2,8 \pm 0,4$, 16 tabagistas [idade (anos) = $52,0 (49,0 - 53,5)$; VEF1 (litros) = $2,5 \pm 0,5$; história tabágica > 10 maços/anos] e 16 DPOC leve/moderado [idade (anos) = $62,0 (57,2 - 76,0)$; VEF1 (litros) = $2,2 \pm 0,5$; tabagismo ativo DPOC I/II = 50%]. Retinol, luteína, β -caroteno, α -caroteno e β -criptoxantina foram quantificados em plasma humano por cromatografia líquida de alto desempenho (HPLC) com detector fotodiodo (PDA). O estudo foi realizado com base em correlações de valores e observações de análises, e os resultados foram expressos em ng/ml em conjunto de comparação com padrões específicos por meio de curvas de regressão linear.

Resultados: Pacientes com DPOC apresentaram menor concentração de retinol em relação aos nunca fumantes ($0,25 \pm 0,0 \text{ ng/ml}$ vs $0,31 \pm 0,1 \text{ ng/ml}$, $p < 0,05$). Pacientes com DPOC e tabagistas apresentaram valores similares. Os demais compostos antioxidantes apresentaram valores numéricos mais elevados para as concentrações no grupo de nunca fumantes, mas não diferiram entre os grupos ($p > 0,05$). Identificamos correlação negativa

entre retinol (coeficiente de Pearson = $-0,04$, $p = 0,03$) e luteína (coeficiente de Pearson = $-0,15$, $p = 0,04$) com história tabágica. **Conclusão:** Nossos resultados reforçam a importância da cessação do tabagismo para prevenir a progressão da doença e minimizar o desequilíbrio do sistema redox.

AP14 DOSAGEM DE EOSINÓFILOS E FREQUÊNCIA DE EXACERBAÇÕES EM DPOC: ESTUDO EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA

ADALBERTO SPERB RUBIN¹; EDUARDO GARCIA¹; MARCELO FERREIRA NOGUEIRA²; BRUNA MEDEIROS²; LUCAS ELIAS LISE SIMONETI²; FÁBIO NASSAR²; FILIPE BOEIRA SCHELDER²; ALINE DAL POZZO ANTUNES²

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: DPOC; eosinófilos; exacerbações

Introdução: Diversos estudos têm avaliado a associação entre a dosagem de eosinófilos a frequência de exacerbações em DPOC. Até o presente momento, não existem estudos que avaliem essa associação em uma população brasileira. **Objetivos:** O presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre níveis considerados aumentados de eosinófilos séricos basais e a frequência de exacerbações em uma população brasileira de portadores de DPOC. **Métodos:** Este estudo é uma análise retrospectiva e transversal, onde foram selecionados pacientes com diagnóstico clínico-funcional de DPOC estabelecidos pela Iniciativa Global para DPOC (GOLD) e acompanhados no ambulatório de DPOC do Serviço de Pneumologia da Santa Casa de Porto Alegre. Foi analisado o hemograma basal realizado durante o ano de 2016 em pacientes com doença controlada e sem exacerbação nos últimos 30 dias, bem como sua associação com a frequência de exacerbações no ano anterior a esta medida. Optou-se por considerar como ponto de corte para a considerar taxa de eosinófilos aumentada, o valor absoluto de $300 /\mu\text{L}$ e percentual de 2 e 3%. **Resultados:** Foram analisados 280 pacientes com DPOC que preenchiam os critérios de inclusão no estudo. De acordo com os critérios da ALAT, foram considerados DPOC leve 9 (3,2%) pacientes, 69 (24,6%) moderado, 137 (48,9%) grave e 65 (23,2%) muito grave. Pelos critérios do GOLD 2017 (1) 51 (18,2%) pacientes foram classificados GOLD A, 103 (36,8%) GOLD B, 18 (6,4%) GOLD C e 108 (38,6%) GOLD D. Com relação aos valores absolutos de eosinófilos, 219 (78,2%) pacientes, apresentavam contagem menor que $300 \text{ eosinófilos}/\mu\text{L}$ e 61 (21,8%) maior ou igual a $300/\mu\text{L}$. Na análise de valores percentuais de eosinófilos, 192 (68,6%) casos apresentaram menos de 3% de eosinófilos e 88 (31,4%), valor maior ou igual a 3%; 134 (47,8%) apresentaram valor menor de 2% de eosinófilos e 146 (52,1%) valor maior ou igual a 2%. Do total de 280 pacientes estudados, 156 pacientes (55,7%) apresentaram nenhuma ou 1 exacerbação no ano anterior e 124 pacientes (44,3%) apresentaram 2 ou mais exacerbações. Não houve associação entre a taxa de eosinófilos, tanto em números absolutos (ponto de corte de $300 \text{ eosinófilos}/\mu\text{L}$ - $p = 0,768$) quanto na estratificação em percentual (tanto 2 ou 3% - $p = 0,532$), com a frequência de exacerbação no ano anterior a esta medida. A grande maioria dos pacientes estudados, 258 (92,1%) casos, estavam em uso contínuo de combinação de corticoide inalado associado a um ou mais broncodilatador de longa duração. **Conclusões:** No presente estudo, em pacientes com DPOC estável e sob tratamento de manutenção acompanhados em ambulatório especializado, não houve associação entre a medida basal de eosinófilos sanguíneos e a frequência de exacerbações no ano anterior em portadores de DPOC. Estes resultados

indicam que a medida de eosinófilos possa não ser um preditor adequado para avaliar tanto a frequência de exacerbações passadas quanto futuras nossa população.

AP15 AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE DIAFRAGMÁTICA, FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA, PARÂMETROS ESPIROMÉTRICOS E DISPNEIA EM PACIENTES COM DPOC

THIAGO THOMAZ MAFORT; BIANCA FIGUEIRAS; KENIA MAYNARD DA SILVA; YVES RAPHAEL DE SOUZA; DIEGO CONDESSO; ANA CAROLINA SAMPAIO; CLAUDIA HENRIQUE COSTA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; mobilidade diafragmática; dispneia

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença de evolução progressiva, caracterizada pela obstrução progressiva das vias aéreas, com repercussão extrapulmonares, tais como, perda de massa muscular, intolerância ao exercício e dispneia. Alguns autores descrevem a redução da mobilidade diafragmática (MD) em pacientes com DPOC como uma dessas alterações.

Objetivo: Avaliar a relação da MD com a força muscular inspiratória (Pimax), parâmetros espirométricos (VEF1 e VEF1/CVF) e dispneia pela escala modificada Medical Research Council (mMRC) em pacientes com DPOC.

Método: Em um estudo preliminar foram avaliados 20 pacientes com diagnóstico de DPOC, selecionados de acordo com critérios estabelecidos pelo Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) provenientes do ambulatório da Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), submetidos às seguintes avaliações: Ultrassonografia diafragmática (USG), Espirometria e escala de dispneia (MRC). **Resultado:** Foram encontradas a média com desvio padrão da mobilidade diafragmática após a inspiração profunda na região lateral do tórax $51,5 \pm 17,7$ mm, do VEF1 de $56 \pm 22,2\%$ e do VEF1/CVF de $59 \pm 15,6\%$. Os valores de correlação encontrados entre a região lateral com VEF1 foi $r = 0,740$, na região lateral com VEF1/CVF foi $r = 0,868$. Não foi encontrado correlação da MD com Pimax nem com mMRC. **Conclusão:** Em uma análise preliminar de um grupo de pacientes com DPOC foi demonstrado que a mobilidade diafragmática se correlaciona positivamente com o VEF1% e com o VEF1/CVF, sugerindo alteração da mobilidade do músculo diafragma com o nível de gravidade da doença. Não foi observada correlação da MD com a Pimax e o mMRC. Mais dados são necessários para reforçar a hipótese de que nos pacientes com DPOC ocorre alteração da MD e que esta se correlaciona com parâmetros de função pulmonar e com a dispneia. Além disso, é necessário avaliar a correlação da MD com os volumes pulmonares estáticos.

AP16 RELAÇÃO ENTRE DANOS OXIDATIVOS E ESTABILIDADE DE MEMBRANA DE ERITRÓCITOS EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

MARIO DA SILVA GARROTE FILHO; FLAVIANA FERREIRA GOMES; ALICE VIEIRA DA COSTA; LARISSA PEREIRA CAETANO; DOUGLAS CARVALHO CAIXETA; THÚLIO MARQUEZ CUNHA; FOUED SALMEN ESPÍNDOLA; FRANÇOISE VASCONCELOS BOTELHO UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG.

Palavras-chave: DPOC; de oclp; estabilidade osmótica de eritrócitos; estresse oxidativo

Introdução: A DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) é uma doença prevenível e tratável caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo devida a anormalidades das vias aéreas e/ou alveolares geralmente causadas por exposição significativa a partículas ou gases nocivos, como o cigarro. O presente

trabalho teve como objetivo avaliar a existência de associações entre marcadores de agressão oxidativa e defesa antioxidante e a estabilidade osmótica de eritrócitos.

Métodos: A população foi composta por 145 homens, dos quais 74 são do grupo controle e 71 são indivíduos com DPOC e que devido ao estado grave da doença faziam uso de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (ODP). Foram realizados exames hematológicos e bioquímicos, além da avaliação de marcadores de agressão oxidativa, como as substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS, do inglês Thiobarbituric Acid Reactive Substances) e de defesas antioxidantes, como a enzima superóxido dismutase (SOD). Também foi avaliada a estabilidade osmótica de eritrócitos por meio do teste de fragilidade osmótica, em gradiente de concentração (0-0.9% w/v) de NaCl. Os valores de absorvância da hemoglobina liberada pelos eritrócitos foram utilizados para criação de uma sigmoide de Boltzmann. A partir dessa sigmoide foi possível obter diversas variáveis de estabilidade osmótica, dentre as quais se destaca dX, que é a variação da concentração salina correspondente à transição entre a absorvância mínima e a máxima. As correlações que apresentaram coeficiente de Pearson ou Spearman de pelo menos 0.2 e valor de $p \leq 0.05$ foram consideradas significantes. **Resultados:** O principal achado do estudo foram as correlações positivas de dX tanto com TBARS como com SOD. Isso significa que o aumento da agressão oxidativa foi associado à elevação da resistência osmótica de eritrócitos em indivíduos com DPOC, mas também à elevação das defesas antioxidantes. É possível que a associação entre dX e TBARS esteja relacionada com as menores contagens de eritrócitos e os menores níveis de hemoglobina encontrados nos indivíduos com DPOC. A correlação positiva de dX com a SOD sugere que o organismo está conseguindo vencer, pelo menos por hora, esta agressão oxidativa. **Conclusão:** Tanto a agressão oxidativa (TBARS) como a defesa antioxidante (SOD) foi associada à maior estabilidade osmótica de eritrócitos em indivíduos com DPOC em ODP.

AP17 ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES DA FOLLOW-COPD COHORT POR MEIO DA HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

FERNANDA RODRIGUES FONSECA; ALEXÂNIA DE RÊ; CARDINE REIS; MARINA BAHL; ROSEMERI MAURÍCI DA SILVA UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: DPOC; ansiedade; depressão

Introdução: A DPOC está entre as principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. De acordo com o estudo Global Burden of Disease (GBD), essa enfermidade ocupou o oitavo lugar entre as causas de carga de doença, medida por anos de vida ajustados por incapacidade global (DALY) – os 63,9 milhões de DALY por DPOC representaram 2,6% da carga total de doença. Avançar no conhecimento sobre a heterogeneidade de pacientes com DPOC e identificar subgrupos homogêneos em relação à história natural da doença, enfermidades associadas e/ou ao requerimento terapêutico pode ser fundamental para a otimização do manejo clínico, a redução do impacto da enfermidade e a melhoria do prognóstico. **Objetivo:** Descrever a distribuição de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com DPOC clinicamente estáveis acompanhados na FOLLOW-COPD cohort. **Métodos:** Participaram do estudo pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HUUFSC Ebserh). Realizaram-se antropometria e espirometria e aplicaram-se a escala Medical Research Council modificada (mMRC), o COPD

Assessment Test e a escala Hospital Anxiety and Depression (HAD). **Resultados:** Foram avaliados 40 pacientes, sendo 23 (57,5%) homens, que apresentaram idade, índice de massa corporal (IMC) e volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) de 67 ± 8 anos, $22,7[20,1-28,3]$ kg/m² e $41,6 \pm 16,9\%$ do previsto, respectivamente. De acordo com as classificações da Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD), os pacientes mostraram-se com limitação ao fluxo aéreo moderada – 22,5% (n = 9), grave – 50,0% (n = 20) ou muito grave – 27,5% (n = 11) e foram distribuídos por risco e sintomas em A – 27,5% (n = 12), B – 30,0% (n = 12), C – 5,0% (n = 2) ou D – 37,5% (n = 15). Os escores nas subescalas de ansiedade e depressão da HAD foram, respectivamente, 4[2–8] e 4[1–8]. Dentre os pacientes, nove (22,5%) apresentaram sintomas de ansiedade e oito (20,0%) apresentaram sintomas de depressão. Os sintomas de ansiedade e depressão foram mais frequentes em mulheres – n = 6 (66,7%) e n = 5 (62,5%), respectivamente. Todos aqueles identificados com sintomas de ansiedade e/ou depressão foram classificados em grupo B ou D da GOLD. **Conclusões e Implicações Clínicas:** Os resultados deste estudo apontam para o fato de que aproximadamente um quinto dos indivíduos com DPOC apresentam algum sintoma de ansiedade e/ou depressão, indicando a necessidade de atenção à saúde mental destes indivíduos.

AP18 TENDÊNCIA DE INTERNAÇÃO POR DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NO BRASIL NO PERÍODO DE 1998 A 2016

BÁRBARA OENNING OENNING DA GAMA; GABRIELA LONGHI REINER; FABIANA OENNING DA GAMA; GIOVANNA GRÜNEWALD VIETTA; MÁRCIA REGINA KRETZER
UNISUL, PALHOÇA, SC.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; internação hospitalar; tendência

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) representa um grande problema para a saúde pública. No Brasil, é a quinta maior causa de internação no sistema de saúde público analisando maiores de 40 anos de idade.

Objetivo: Analisar a tendência de internação por DPOC no Brasil no período de 1998 a 2016. **Método:** Estudo de tendência de internação por DPOC com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Análise de regressão linear simples, $p < 0,05$. Aprovado no Comitê de Ética da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). **Resultados:** No período, foram analisadas 3.403.536 internações por DPOC no Brasil, com forte tendência de redução nas taxas ($\beta = -6,257$; $p < 0,001$), de 166,2/100.000 habitantes em 1998 para 56,7/100.000 habitantes em 2016. Entre as regiões brasileiras, verificou-se maiores taxas de internação na região sul, 461,8/100.000 habitantes em 1998 e 133,1/100.000 habitantes em 2016, seguida da região centro-oeste, 222,2/100.000 habitantes para 61,6/100.000 habitantes. A região que apresentou as menores taxas de internação foi a nordeste, com 69,6/100.000 habitantes a 36,7/100.000 habitantes. Ocorreu forte tendência decrescente em todas as regiões, com os maiores decréscimos na região sul ($\beta = -19,4$). A tendência mostra-se decrescente nos dois sexos, sendo a maior redução no masculino ($\beta = -6,976$), que possui as maiores taxas de internação no início e no final do período (180,7 e 60,6/100.000 habitantes, respectivamente). Todas as faixas etárias analisadas apresentaram tendência significativa de redução, com os maiores decréscimos nas faixas etárias acima de 60 anos. Na faixa etária de 80 anos ou mais do sexo masculino, houve uma redução de

3370,1/100.000 em 1998 para 1535,3/100.000 habitantes em 2016 ($\beta = -101,198$). No sexo feminino, a redução foi de 2089,1/100.000 habitantes para 548,4/100.000 habitantes ($\beta = -84,372$). As taxas de internação se apresentam mais elevadas nos dois sexos a partir dos 50 anos de idade, com picos mais evidentes nos maiores de 80 anos. **Conclusão:** A tendência de internação por DPOC no Brasil está reduzindo. A região sul apresenta as maiores taxas, assim como o sexo masculino. As faixas etárias a partir dos 60 anos em ambos os sexos apresentam as maiores taxas de internação, com aumento proporcional ao aumento da idade. Os resultados indicam a mudança do perfil desta doença, que pode ser atribuída a uma maior cobertura da estratégia de saúde da família, melhor monitoramento dos casos diagnosticados e acesso gratuito aos medicamentos dispensados pelo SUS, que reduzem as exacerbações dos casos.

AP19 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIAÇÕES DE ADIPOCINAS, CITOCINAS INFLAMATÓRIAS E COMPOSIÇÃO CORPORAL EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NO PERÍODO DE UM ANO

CAROLINA BONFANTI MESQUITA; GUILHERME BIANZENO; ROBSON APARECIDO PRUDENTE; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO; IRMA GODOY; SUZANA ERICO TANNI

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; citocinas inflamatórias; mortalidade

Introdução: Estudos recentes mostram que o tecido adiposo também contribui para a inflamação sistêmica em pacientes com DPOC. Entretanto, não há dados na literatura que avaliem a variação das adipocinas e suas associações com marcadores inflamatórios, exacerbações e mortalidade em um ano nos pacientes com DPOC. **Objetivo:** Avaliar as variações das adipocinas, citocinas inflamatórias e composição corporal em pacientes com DPOC no período de um ano. **Pacientes e Métodos:** Foram avaliados 57 pacientes [Idade: 70,0 (59,7 – 77,0) anos; VEF1: 1,2 (0,8 – 1,4) L/min, destes 6 pacientes morreram, 6 perderam seguimento e 5 não quiseram participar da segunda fase estudo. Portanto, realizamos análise a variação entre os dois momentos (momento final-momento basal) dos 40 pacientes que completaram um ano de acompanhamento. No momento basal e após um ano foram realizadas espirometria, gasometria arterial, exames laboratoriais, oximetria de pulso, dosagem de interleucina (IL)-6, fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), adiponectina e leptina. Também foi realizado avaliação da composição do corpo, força muscular do quadríceps (FMQ) (MicroFet 2), sensação de dispneia [Índice de Dispneia Basal (BDI) e Medical Research Council Modificado (mMRC)], questionário de qualidade de vida na doença respiratória do Hospital Saint George (SGRQ), escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD), índice de BODE e teste de caminhada de 6 minutos (TC6). Foi acompanhada a frequência de exacerbação e mortalidade no período. **Resultados:** Na análise da variação dos 40 pacientes observamos associação da variação da leptina com a variação de IMC (R: 0,43; $p = 0,006$), variação de FMQ E (R: 0,42; $p = 0,008$), variação do índice BODE (R: 0,39; $p = 0,024$) e variação da IL-6 (R: -0,33; $p = 0,003$). Na análise de regressão linear múltipla apenas observamos associação negativa da variação da IMMC com a variação da adiponectina (coef: -0,35; $p = 0,03$). Não observamos associação das adipocinas na frequência de exacerbação ou mortalidade em um ano. **Conclusão:** O presente estudo mostrou que a leptina está associada positivamente com a IMC, força muscular periférica e índice BODE e associada negativamente com a IL-6. Novos estudos sobre a variação

das adipocinas e suas associações com as variações dos marcadores inflamatórios e do estado nutricional devem ser realizados para melhor esclarecimento.

AP20 EOSINÓFILOS PERIFÉRICOS E MORTALIDADE DE PACIENTES COM DPOC EM NOVE ANOS

ROBSON APARECIDO PRUDENTE; GUILHERME BIANZENO; CAROLINA BONFANTI MESQUITA; RENATA FERRARI; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO; SUZANA ERICO TANNI; LUIZ HENRIQUE SOARES MACHADO

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP;

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; eosinófilos; mortalidade

Introdução: As manifestações locais e sistêmicas da DPOC são bem relatadas, entretanto, há poucos estudos que avaliaram a associação entre eosinófilos periféricos e mortalidade em períodos longos de seguimento. **Objetivo:** Avaliar a associação entre eosinófilos periféricos e mortalidade de pacientes com DPOC no período de nove anos. **Métodos:** Foram acompanhadas 110 pacientes (67% homens, 65 ± 9 anos) com DPOC leve a moderada [volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) de $58 \pm 25\%$] durante nove anos. No momento inicial foram realizados hemograma completo, espirometria, oximetria de pulso (SpO2), composição corporal, sensação de dispnéia [Medical Research Council modificado (mMRC)] e distância percorrida em seis minutos (DP6). Análise de Regressão de Cox foi ajustada para gênero masculino, idade, SpO2, VEF1, DP6, mMRC e eosinófilos absolutos categorizados em ≥ 150 ou < 150 (valores da literatura) e ≥ 550 ou < 550 células (valores referentes ao percentil 75% da amostra). A porcentagem dos eosinófilos também foi categorizada em $\geq 2\%$ ou $< 2\%$ (valores da literatura) e $\geq 6,5\%$ ou $< 6,5\%$ (valores referentes ao percentil 75% da amostra). **Resultados:** Durante o acompanhamento 60 pacientes morreram (68% por complicações respiratórias) e, no momento inicial, 81% e 25% apresentaram valores absolutos de eosinófilos ≥ 150 e ≥ 550 respectivamente. O risco de morte foi duas vezes maior nos pacientes que apresentaram valor $\geq 6,5\%$ {hazard ratio [HR]: 2,39 [95% intervalo de confiança (95%CI): 1,05-5,41; $p = 0,04$] ou três vezes maior risco quando utilizado o ponto de corte $\geq 2\%$ [HR: 3,13 (95%CI: 1,39-7,07); $p = 0,006$]. Quando avaliados os números absolutos, apenas o ponto de corte ≥ 150 células apresentou maior risco de morte [HR: 3,02 (95%CI: 1,42-6,42); $p = 0,004$]. Todos os modelos foram ajustados por sexo, idade, SpO2, VEF1, DP6 e mMRC. **Conclusão:** O aumento no número de eosinófilos periféricos, com ponto de corte de 2%, 6,5% e 150 células, foi associado com maior risco de morte em pacientes com DPOC em nove anos.

AP21 AS DIFICULDADES DO DIA A DIA NA CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES DPOC EM FENÓTIPOS

THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; JOSÉ LUIZ DOS REIS QUEIROZ JUNIOR; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; ROBERTO POZZAN; LUIS CRISTOVÃO PORTO
HOSPITAL PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Dpoc; fenotipo; aco

Introdução A doença pulmonar obstrutiva crônica é causa importante de mortalidade no mundo e está em 90-95% dos casos decorrente da exposição ao tabagismo. Há muito tem se discutido a heterogeneidade. Recentemente, Miravittles e colaboradores descreveram diferentes fenótipos da doença destacando-se: exacerbador, sobreposição asma/DPOC (ACO) e enfisema com hiperinsuflação. **Objetivo:** Este estudo objetiva avaliar se no dia a dia do médico pneumologista há ou não facilidade em definir esses

fenótipos e, com isso, se a classificação em fenótipos é uma ferramenta importante para definir terapia. **Métodos:** Entre outubro de 2016 e novembro de 2017 foram avaliados 84 pacientes com diagnóstico de DPOC. Todos realizaram questionário específico avaliando sexo, idade, anos de DPOC, carga tabágica, história de asma ou atopia desde a infância e número de exacerbações e hospitalizações nos últimos 12 meses. Todos realizaram espirometria com prova broncodilatadora além de avaliação funcional pulmonar com medida de volumes e DLCO. A partir destes dados os pacientes foram classificados em um destes três fenótipos descritos acima. Os critérios utilizados para cada fenótipo foram: Fenótipo enfisema com hiperinsuflação – Presença de DLCO abaixo de 75% do predito associado a relação VR/CPT acima de 130 ou CPT % acima de 125% do predito. Fenótipo exacerbador – Presença de 2 ou mais exacerbações ou 1 hospitalização nos últimos 12 meses. Fenótipo ACO – História de asma ou atopia desde a infância com espirometria revelando prova broncodilatadora positiva. Após análise dos dados os pacientes foram classificados em cada um destes fenótipos. **Resultados:** Após a classificação em fenótipos dos 84 pacientes elencados para o estudo apenas 61 pacientes foram definidos em um dos fenótipos avaliados. Vinte e seis deles (30,5% da amostra) foram classificados em fenótipo enfisema com hiperinsuflação, 14 (17% da amostra) como ACO e 21 (25,5% da amostra) como exacerbadores. Com isso, observamos que 23 pacientes (27% da amostra) não foram classificados em nenhum destes fenótipos. Destes obtivemos 8 pacientes que não se encaixavam nenhum dos fenótipos, 5 apresentavam dados tanto de fenótipo enfisema hiperinsuflação + exacerbador, 3 apresentavam sobreposição ACO com enfisematoso com hiperinsuflação, nenhum com sobreposição ACO + exacerbador, 7 apresentavam dados dos 3 fenótipos. **Conclusão:** A classificação em fenótipos é útil na prática clínica para definir o perfil do paciente DPOC que estamos diante facilitando a abordagem e a decisão terapêutica. Porém, devemos estar atento, pois um percentual relevante dos pacientes irão se apresentar com sobreposição dos fenótipos ou, até mesmo, sem conseguirmos observar nenhum relativo a algum destes fenótipos. Com isso, a definição em fenótipos é uma das ferramentas na avaliação clínica, porém não deve ser a única a ser considerada.

AP22 SOBREPOSIÇÃO DE OUTROS FATORES DE RISCO PARA DPOC ALÉM DO TABAGISMO: EVENTO COMUM E SUBESTIMADO

PAULO ROBERTO TONIDANDEL¹; ANDRÉA CRISTINA MENEZINH²; SILVIA MARIA DA SILVA DORIA¹; ILMA APARECIDA PASCHOAL¹; ELCIO OLIVEIRA VIANNA²; MÔNICA CORSO PEREIRA¹

1. UNICAMP, CAMPINAS, SP; 2. USP RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Dpoc; fatores de risco; epidemiologia

Introdução: A coleta de informações sobre fatores de risco para DPOC é essencial mas frequentemente negligenciada. Tabagismo persiste o principal fator de risco para DPOC, mas a doença tem sido cada vez mais reconhecida em indivíduos não fumantes. O risco de DPOC possivelmente aumenta quando a exposição do indivíduo ocorreu para vários fatores de risco ao mesmo tempo. **Objetivo:** investigar em uma população de DPOC todos os fatores aos quais os pacientes se expuseram ao longo da vida. **Métodos:** Estudo transversal, observacional realizado em uma amostra de conveniência em dois ambulatórios de hospitais universitários. Todos os pacientes diagnosticados com base em critérios GOLD e seguidos nos ambulatórios foram convidados a participar e responder um questionário

com perguntas sobre tabagismo, queima de biomassa, diagnóstico prévio de asma, tuberculose, infecções respiratórias na infância, tabagismo materno, exposição ocupacional a vapores, gases ou fumaça. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da instituição. **Resultados:** Foram avaliados 196 pacientes, com média de idade de 66 anos, VEF1 médio de 1,23 (46,25% previsto). 181 pacientes eram tabagistas (43,86 anos / maço) e 17 (8,6%) eram não-tabagistas. Dos 17 não tabagistas, apenas 2 pacientes tinham 1 fator de risco e 15 (88%) tinham 2 ou mais fatores de risco. Dos 181 tabagistas, 156 tinham pelo menos mais um fator de risco, 94 (52%) tinham exposição ocupacional, 65 tinham diagnóstico prévio de asma, 43 (24%) antecedente de tabagismo materno na sua gestação. **Conclusões:** embora o tabagismo permaneça o principal fator de risco para DPOC, exposição concomitante a outros fatores é extremamente comum. Esta informação segue desconhecida, uma vez que o médico, ao detectar o tabagismo não investiga outros possíveis fatores de risco. Conhecer a importância de outros fatores de risco é relevante pois pode impactar em estratégias de prevenção e diagnóstico da doença.

AP23 RASTREAMENTO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO HERNANI DE SÃO THIAGO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (HU-UFSC)

ANA KAROLINE BITTENCOURT ALVES; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; BRUNO SEBASTIÃO DA SILVA; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; KAROLINNY BORINELLI DE AQUINO MOURA; VITOR PAULO MARCHIORETTO; GISELE MEDEIROS PESSI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Tabagismo; doença pulmonar obstrutiva crônica; pacientes internados

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é subdiagnosticada e subtratada em nosso meio. O tabagismo é o principal fator de risco. Dados sobre a DPOC em hospitalizados tabagistas são escassos. **Objetivos:** Avaliar a prevalência da DPOC em tabagistas internados no HU-UFSC. Determinar as características deste grupo, classificá-los quanto à gravidade conforme GOLD 2017 e compará-los com aqueles sem a doença. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e analítico com aplicação de questionário e realização de espirometria à beira leito em pacientes tabagistas hospitalizados no HU-UFSC nas enfermarias de clínica médica, cirurgia, gineco-obstetrícia. Os pacientes responderam perguntas sócio-econômico-demográficas, características relacionadas ao tabagismo, comorbidades e sintomas respiratórios através de instrumentos validados (CAT e mMRC). Foram excluídos pacientes portadores de asma. Utilizou-se a relação VEF1/CVF pós prova broncodilatadora < 0,7 (GOLD 2017) como critério diagnóstico da DPOC. Os resultados foram apresentados em números absolutos e porcentual, média e desvio-padrão, e mediana e intervalo interquartil. As diferenças entre os grupos com e sem DPOC foram analisadas através dos testes de Chi-quadrado e T de Student. Considerou-se $p < 0,05$ como significante.

Resultados: Foram avaliados 83 fumantes hospitalizados. Destaca-se que se tratou de uma população com 53 ± 13 anos, com predomínio de sexo masculino (68,7%), com elevado grau de dependência a nicotina (Escore de Fagerstrom > 5 em 53% dos entrevistados) e muito sintomáticos pelo teste de Avaliação do DPOC (CAT >10 em 62,7%). Vinte e quatro (28,9%) indivíduos preenchiam os critérios diagnósticos para DPOC. Onze (45,8%) foram

diagnósticos definidos por ocasião do estudo e 13 (54,2%) dos 16 participantes que referiam o diagnóstico prévio obtiveram a confirmação. Quanto à gravidade avaliada pelo VEF1, a maioria (70%) apresentou graus leve e moderado. Entre os 11 novos diagnósticos, 9 (82%) foram classificados como doença leve/moderada e 2 (18%) como DPOC grave. Entre os 13 pacientes com diagnóstico referido anteriormente e confirmado pela espirometria, 8 (61%) apresentavam doença leve/moderada e 5 (39%) doença grave ou muito grave. No que se refere à categorização GOLD, a maior parte foi classificada como GOLD D (10 pacientes, utilizando a escala mMRC e 11 utilizando o CAT). O grupo DPOC se diferenciou dos demais nos seguintes parâmetros: idade mais avançada; escore mais elevado do CAT; maior carga tabágica; maior exposição ao tabaco, e a maior influência exercida pela espirometria no processo de cessação. **Conclusões:** A espirometria à beira-leito permitiu identificar uma prevalência estimada em 30% de tabagistas hospitalizados com DPOC e uma elevada taxa de subdiagnóstico. A maioria apresentou graus moderado e grave da doença. A categoria D prevaleceu na avaliação global da DPOC proposta pela GOLD.

AP24 EFEITO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O CONHECIMENTO A RESPEITO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS DA CIDADE DE INHUMAS-GO

THAYS GARCIA SOUTO DE FIGUEIREDO¹; ERIKSON CUSTÓDIO ALCÂNTARA¹; MARCELO FOUAD RABAHI²; IRIDVAL CRISTINO DE FIGUEIREDO²; NÚRIA BERNADO LEITE³; YAGO DIAS DA SILVA⁴; MARILINI DE LIMA TEIXEIRA GONÇALVES⁵; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA¹

1. PUC-GO, GOIANIA, GO; 2. UFG-GO, GOIÂNIA, GO; 3. HUGOL, GOIANIA, GO; 4. FACULDADE DELTA, GOIANIA, GO; 5. FACULDADE UNYLEYA, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Dpoc; educação em saúde; atenção primária

Introdução: As evidências científicas têm comprovado que a doença pulmonar obstrutiva crônica é pouco conhecida tanto por parte dos profissionais de saúde quanto pelos pacientes. É nesse contexto que o Programa de Educação em Saúde sobre a DPOC torna-se uma ferramenta de intervenção necessária para construção do conhecimento dos profissionais da Atenção Primária, principalmente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que desempenham um importante papel de Educação Popular em Saúde junto a comunidade assistida por eles. **Objetivos:** Avaliar o efeito de um programa de educação em saúde no conhecimento sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica entre Agentes Comunitários de Saúde de Inhumas-GO. **Metodologia:** Estudo quase experimental realizado no município de Inhumas-GO com agentes comunitários de saúde. A intervenção do estudo compreendeu a capacitação dos ACS por meio de um Programa de Educação em Saúde validado, que utiliza videoaulas curtas (total de 118' 51"), preparadas por especialistas no assunto, sobre os principais aspectos da DPOC. Foi aplicado um questionário para avaliação do conhecimento sobre a DPOC (QAP-DPOC) antes, imediatamente depois e três meses após a intervenção. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, as variáveis contínuas foram representadas por média e desvio-padrão e as categóricas, por frequência relativa (%). Para comparação do desempenho do questionário antes, imediatamente depois e três meses após a intervenção, utilizou-se o teste de Anova e teste de Tukey. O valor de significância adotado foi de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 67 agentes comunitários, média de idade de 42,84 ± 8,63 anos, tempo de exercício da profissão de 159 ± 42,58 meses, 15% do sexo masculino e 85% do

sexo feminino, a maior parte completou ensino médio (70%) seguido de escolaridade igual ou superior ao ensino universitário (23%) e ensino fundamental (7%). Houve aumento do conhecimento sobre a doença imediatamente após a intervenção ($55,67 \pm 4,57$ vs $58,14 \pm 5,02$; $p = 0,03$), e também quando se comparou o antes da intervenção com três meses após ($55,67 \pm 4,57$ vs $57,35 \pm 4,80$; $p = 0,01$), e não houve redução do conhecimento imediatamente após a intervenção e três meses depois ($58,14 \pm 5,02$ vs $58,14 \pm 5,02$; $p = 0,31$). O aumento do conhecimento aconteceu na maioria dos domínios do questionário quando se comparou o antes e depois da intervenção: prevenção ($p < 0,001$), diagnóstico ($p < 0,001$), tratamento ($p = 0,05$) e monitoramento ($p = 0,03$). **Conclusão:** O Programa de Educação em Saúde promoveu aumento do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e a manutenção deste, mesmo após três meses da capacitação.

AP25 REABILITAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM DPOC ESOD 3-4 REDUZ HOSPITALIZAÇÕES POR EXACERBAÇÃO

PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA¹; ÁLVARO HUBER DOS SANTOS²; RAFAEL MACHADO DE SOUZA²; IVO BONH JR¹; MATEUS HENRIQUE SCHNEIDER¹; CÁSSIA CINARA DA COSTA²

1. PAVILHÃO PEREIRA FILHO - SANTA CASA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS; 2. UNIVERSIDADE FEEVALE, NOVO HAMBRUGO, RS.

Palavras-chave: Reabilitação pulmonar; dpoc; exacerbação
O escore ESOD foi recentemente proposto para estimar o risco de exacerbação em DPOC. As variáveis incluídas são história de exacerbação, tosse produtiva crônica, obstrução funcional pelo GOLD e MRC modificado. **Objetivos:** Determinar se o novo escore ESOD recentemente proposto para identificar pacientes com maior risco de exacerbação pode ser modificado após um programa de reabilitação pulmonar (PRP). **Métodos:** Análise de 150 pacientes com DPOC acompanhados por dois anos após a **Conclusão:** de um PRP. Foram avaliados através do teste de caminhada de seis minutos (TC6), índice de dispnéia (mMRC), Questionário Respiratório de São Jorge (SGRQ), índice BODE e número de internações hospitalares para tratamento das exacerbações. **Resultados:** A média de idade foi de $64,6 \pm 8,1$ anos e a média da relação VEF1 / CVF foi de $49,1 \pm 17,7$ e a média do VEF1% foi de $40,1 \pm 15,6$. Trinta e seis pacientes (24,0%) foram classificados como ESOD 3-4 com maior risco de exacerbação. Pacientes com ESOD 3-4 tiveram mais obstrução (VEF1% pred. $35,1 \pm 9,5$ vs. $41,7 \pm 16,8$; $p < 0,001$) e mais sintomas (mMRC, $3,4 \pm 0,9$ vs. $1,7 \pm 1,2$; $p < 0,001$). Não houve diferença significativa entre as melhorias obtidas nos dois grupos no TC6. Redução significativa na escala mMRC ocorreu no grupo ESOD 3-4 ($\Delta 1,9$ vs. $\Delta 0,7$; $p < 0,001$). A melhora no índice BODE ocorreu em ambos os grupos, mas a mudança média foi significativamente maior no grupo ESOD 3-4 ($\Delta 1,9$ vs. $\Delta 0,8$; $p < 0,001$). Houve diferença significativa na mudança média dos domínios impacto e total do Questionário Saint George de Qualidade de Vida. As hospitalizações dois anos após o PRP mostraram uma redução significativa nos pacientes com maior risco de exacerbações (antes do PRP: 1,09 vs. após o PRP: 0,5; $p = 0,004$). **Conclusão:** O PRP melhorou os desfechos em pacientes com DPOC, especialmente naqueles com maior risco de exacerbações e reduziu as internações hospitalares nos dois anos seguintes de acompanhamento.

AP26 EOSINÓFILOS PERIFÉRICOS E FREQUÊNCIA DE EXACERBAÇÃO EM PACIENTES COM DPOC EM TRÊS ANOS

ROBSON APARECIDO PRUDENTE; GUILHERME BIANZENO; CAROLINA BONFANTI MESQUITA; RENATA FERRARI; SUZANA ERICO TANNI; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO; LUIZ HENRIQUE SOARES MACHADO

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; eosinófilos; exacerbação

Introdução: O papel dos eosinófilos periféricos como preditores de exacerbação na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é considerado paradigma na doença.

Objetivo: Avaliar os eosinófilos periféricos na frequência de exacerbações de pacientes com DPOC no período de três anos. **Métodos:** Foi acompanhada a frequência de exacerbações de 110 pacientes (67% homens, 65 ± 9 anos) com DPOC leve a moderada [volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) de $58 \pm 25\%$] por três anos. No momento basal foram realizados hemograma completo, espirometria, oximetria de pulso (SpO2), intensidade da dispnéia [Medical Research Council Modificado (mMRC)] e distância percorrida em seis minutos (DP6). A porcentagem de eosinófilos foi categorizada conforme a literatura (2%) e também pelo terceiro percentil (75%) da amostra. Modelo de regressão de Poisson foi ajustado pelas variáveis: sexo masculino, idade, SpO2, VEF1, DP6, mMRC e porcentagem dos eosinófilos categorizados em $\geq 2\%$ ou $< 2\%$, e $\geq 6.5\%$ ou $< 6.5\%$. **Resultados:** 17 pacientes não tiveram hemograma avaliado. Do total de 93 pacientes, 72% e 22% apresentaram eosinófilos $\geq 2\%$ e $\geq 6.5\%$ respectivamente. Em relação ao seguimento, 28 pacientes perderam seguimento e não entraram nas análises de regressão. Identificamos que 71% (ponto de corte ≥ 2) e 18% (ponto de corte $\geq 6.5\%$) dos pacientes restantes apresentaram ao menos uma exacerbação com eosinófilos. A regressão de Poisson identificou associação apenas entre a frequência de exacerbação e o ponto de corte dos eosinófilos $\geq 6.5\%$ [coeficiente: -0.76 (95% intervalo de confiança: -1.18; -0.33, $p < 0.001$). **Conclusão:** Pacientes com DPOC, no período de três anos, com ponto de corte $\geq 6.5\%$ apresentaram menor risco de exacerbação em comparação aqueles com menor eosinófilos.

AP27 CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA EM PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA SUBMETIDOS E NÃO SUBMETIDOS AO TREINAMENTO FÍSICO SUPERVISIONADO

REJANNY DUQUE THOMAZ GARCIA¹; ALICE WILK SILVA RIBEIRO²; SÔNIA MARA MIRANDA DE CARVALHO²; MARCELO FOUAD RABAHI³; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA⁴

1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS; UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA, GOIANIA, GO; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO; 3. CLÍNICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO E MEDICINA DO SONO-CLARE; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIÂNIA, GO; 4. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; educação em saúde; exercício

Introdução: A educação em saúde não melhora o desempenho no exercício nem a função pulmonar, mas pode melhorar a habilidade para lidar com a doença e o estado de saúde. Daí a importância de se reforçar planos educacionais em todos os tipos de atendimento, para que seja possível minimizar o número de internações hospitalares e os excessivos gastos gerados ao sistema de saúde **Objetivo:** Comparar o conhecimento sobre a doença em portadores de DPOC submetidos e não submetidos ao treinamento físico supervisionado. **Métodos:** Trata-se de um estudo caso controle, aprovado pelo Comitê de Ética da

PUC-Goiás (CAAE: 61577016.3.0000.0037), realizado com portadores de DPOC que fazem acompanhamento médico e/ou treinamento físico supervisionado em uma clínica de Pneumologia do Município de Goiânia, Goiás. Foram coletados, por meio de ficha de avaliação clínica, dados clínicos e sociodemográficos e aplicado um questionário para avaliar o conhecimento sobre a doença, por meio do Questionário Bristol de Conhecimento sobre a Doença (QBCKD). O QBCKD é constituído por 65 questões, agrupadas em 13 tópicos, cuja nota final é dada em porcentagem de acertos. Para análise dos dados, os participantes foram divididos em dois grupos: caso (indivíduos submetidos a TFS) e controle (indivíduos nunca submetidos a TFS). Para a comparação das variáveis foram utilizados o teste do Qui Quadrado ou Teste Exato de Fisher, o Teste de General Linear Model (GLM) univariado, o Teste Modelo Linear Generalizado (GLZM), com log linear de Poisson. O valor de significância adotado foi de $p \leq 0.05$. **Resultados:** 70 indivíduos foram avaliados, sendo 37 do grupo caso e 33 do grupo controle. As características clínicas e sociodemográficas não diferiram entre os grupos, exceto pelo Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo -VEF1 pós BD (%), que teve um valor médio menor no grupo de indivíduos submetidos ao TFS. Também não houve diferença entre os grupos no que se refere ao conhecimento sobre a doença, com escores médios (em porcentagem) de $48,00 \pm 10,00$ no grupo caso e de $48,56 \pm 9,00$ no grupo controle, $p = 0,80$. O domínio com pior escore foi o do "corticoide inalado" em ambos os grupos, com média de $0,48\% \pm 0,87$ no grupo caso e de $0,43\% \pm 0,68$ no grupo controle, $p = 0,74$. **Conclusões:** No presente estudo, não houve diferença entre conhecimento sobre a doença entre portadores de DPOC submetidos e não submetidos ao treinamento físico supervisionado.

AP28 CORRELAÇÃO ENTRE QUESTIONÁRIO E PEDÔMETRO NA AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DIÁRIA EM PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

REJANNY DUQUE THOMAZ GARCIA¹; ALICE WILK SILVA RIBEIRO²; SÔNIA MARA MIRANDA DE CARVALHO²; MARCELO FOUD RABAH¹; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA⁴

1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS; UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA, GOIÂNIA, GO; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO; 3. CLÍNICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO E MEDICINA DO SONO-CLARE; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIÂNIA, GO; 4. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; atividade motora; exercício

Introdução: Indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são fortemente inativos na vida diária quando comparados com indivíduos saudáveis. Como a atividade física é o mais forte preditor de mortalidade em pacientes com DPOC, a avaliação dos níveis de atividade de vida diária tem ganhado interesse devido à estreita relação entre sedentarismo, incapacidade e mortalidade.

Objetivo: Avaliar o nível de atividade física diária (NAFD) por meio de questionário e pedômetro em indivíduos com DPOC submetidos e não submetidos a treinamento físico supervisionado (TFS) e verificar correlação entre estes dois métodos de avaliação nestes indivíduos. **Métodos:** Estudo caso controle, aprovado pelo Comitê de Ética da PUC-Goiás (CAAE: 61577016.3.0000.0037), com portadores de DPOC que fazem acompanhamento médico e/ou TFS em uma clínica de Pneumologia de Goiânia, Goiás. O NAFD foi

avaliado por meio de um pedômetro usado por 4 dias úteis, e por meio do questionário Perfil de Atividade Humana (PAH) que fornece dois escores: EMA (escore máximo de atividade) e EAA (escore de atividade ajustado). Para análise dos dados, os participantes foram divididos em dois grupos: caso (indivíduos submetidos a TFS) e controle (indivíduos nunca submetidos a TFS). Para a comparação das variáveis foram utilizados o teste do Qui Quadrado ou Teste Exato de Fisher, o Teste de General Linear Model (GLM) univariado, o Teste Modelo Linear Generalizado (GLZM), com log linear de Poisson. Para as correlações utilizou-se o teste de Pearson e o valor de significância adotado foi de $p \leq 0.05$.

Resultados: 70 indivíduos foram avaliados, sendo 33 do grupo caso e 37 do grupo controle. Não houve diferença entre os grupos no que se refere à média de passos, sendo $4886,24 \pm 3765,75$ passos/dia a média no grupo caso e $5235,42 \pm 4106,57$, no grupo controle ($p = 0,71$). Na avaliação feita pelo questionário PAH, o escore EMA médio no grupo caso foi de $69,84 \pm 11,91$ e no grupo controle, $68,36 \pm 10,47$ ($p = 0,58$). Em relação ao escore EAA, a média no grupo caso foi de $54,81 \pm 16,18$ e no grupo controle, $54,88 \pm 15,62$, $p = 0,98$. Houve uma correlação positiva moderada entre a média do número de passos/dia com os escores EMA ($r = 0,43$, $p < 0,001$) e EAA ($r = 0,52$, $p < 0,001$) na amostra total. No grupo submetido ao TFS, também houve correlação positiva moderada entre o EMA e a média do número de passos/dia ($r = 0,56$, $p < 0,001$) e forte entre o EAA e a média de passos/dia ($r = 0,68$, $p < 0,001$). No grupo controle, apenas o EAA obteve correlação positiva fraca com a média de passos ($r = 0,36$, $p = 0,03$). **Conclusões:** Neste estudo, não houve diferença entre NAFD avaliada de forma subjetiva e objetiva entre portadores de DPOC submetidos e não submetidos ao TFS. Foi observada correlação entre o questionário Perfil de Atividade Humana e o pedômetro na avaliação do NAFD em portadores de DPOC, sendo que em indivíduos submetidos TFS o pedômetro e PAH apresentaram correlação mais forte do que no grupo controle.

AP29 PREVALÊNCIA DA POLIFARMÁCIA EM PACIENTES COM DPOC ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE

CAROLINE FREIESLEBEN CRUZ; NATHALIA PREISSLER VAZ SILVEIRA; NATHALIA SPONCHIADO; ANNE VITÓRIA ROSSO; ROBERTO GUIDOTTI TONETTO; EDUARDO WALKER ZETTLER ULBRA, CANOAS, RS.

Palavras-chave: Dpoc; polifarmácia; fármacos

Introdução: O uso de múltiplos fármacos é realidade entre doentes crônicos e idosos. O consumo de cinco ou mais medicamentos é reconhecido como polifarmácia. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença comum com distribuição heterogênea em todo o mundo. Trata-se de uma das doenças crônicas mais comuns em adultos e uma das principais causas de morbidade e mortalidade crônica em todo o mundo. Doenças comumente encontradas em indivíduos com DPOC incluem cardiopatias, doença do refluxo gastroesofágico, diabetes, cânceres, osteoporose e depressão. **Objetivos:** analisar a prevalência de polifarmácia em pacientes com DPOC atendidos em primeira consulta no ambulatório geral de pneumologia de um Hospital da Região Metropolitana de Porto Alegre. Durante o período de agosto de 2017 a janeiro de 2018. **Métodos:** estudo transversal através da aplicação de questionário para pacientes em primeira consulta no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário (HU) de Canoas previamente aprovado pelo Comitê de Ética e

Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Foi considerado como portador de polifarmácia o paciente que utiliza cinco ou mais medicamentos continuamente. A todos pacientes foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). **Resultados:** no presente estudo obteve-se uma amostra total de 90 pacientes atendidos em primeira consulta no ambulatório de Pneumologia e Tisiologia do HU de Canoas, RS. Desses 32(35,5%) foram encaminhados para acompanhamento da DPOC. Nessa amostra 29 (90%) pacientes afirmaram utilizar pelo menos uma medicação continuamente. Considerando polifarmácia como o consumo diário de mais de 5 fármacos obtivemos uma amostra de 11 (34,4%) pacientes. Dentre os demais, 18 (56,2%) ingeriam entre 1 e 5 drogas e nenhum, dos doentes com DPOC, utilizava mais que 10 drogas. **Conclusão:** a polifarmácia é prevalente em consultas médicas ambulatoriais de pacientes portadores de DPOC. Mesmo sabendo das consequências do amplo uso de medicamentos, do impacto no âmbito clínico e econômico e a repercussão destes na segurança do paciente, 34,4% dos pacientes faziam o uso de polifarmácia. Dessa forma, o uso da polifarmácia no tratamento da DPOC pode contribuir para exacerbações aumentadas, perda de função pulmonar, aumento da morbidade e aumento da mortalidade, podendo se caracterizar como uma prática inadequada. Uma abordagem racional, individualizada às necessidades de cada paciente e priorizando as doenças mais graves e de maior potencial de complicações é imperativa. A constelação de doenças relacionadas a DPOC não deve ser negligenciada pelo pneumologista ou por outro médico assistente.

AP30 PREVALÊNCIA DE VACINAÇÃO COM A ANTIPNEUMOCÓCCICA 23-VALENTE ENTRE PACIENTES COM DPOC ENCAMINHADOS AO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE

CAROLINE FREIESLEBEN CRUZ; NATHALIA PREISSLER VAZ SILVEIRA; NATHALIA SPONCHIADO; ANNE VITÓRIA ROSSO; ROBERTO GUIDOTTI TONETTO; EDUARDO WALKER ZETTLER ULBRA, CANOAS, RS.

Palavras-chave: Dpoc; antipneumocóccica 23-valente; prevenção primária

Introdução: doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) são doenças comuns, evitáveis e tratáveis, caracterizadas por sintomas respiratórios persistentes, limitação do fluxo aéreo, casadas por exposição excessiva a partículas ou gases nocivos, e fadiga a exercícios, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Uma das maiores causas de mortalidade em pacientes portadores de DPOC é a infecção invasiva por *Streptococcus pneumoniae*, prevenida através da vacina 23-valente antipneumocóccica. Esta é recomendada a todos adultos com algum tipo de doença crônica, entre eles os portadores de DPOC, segundo o Comitê Consultivo sobre Práticas de Imunização (ACIP). **Objetivos:** o presente estudo tem como objetivo analisar a quantidade de pacientes portadores de DPOC que, em primeira consulta com pneumologista no Hospital Universitário (HU) de Canoas/RS, que já possuem a vacina antipneumocóccica antes do encaminhamento de referência. Durante o período de agosto de 2017 a janeiro de 2018. **Métodos:** estudo transversal no qual foi aplicado um questionário previamente aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) aos pacientes atendidos em primeira consulta no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário de Canoas. A todos, também, foi apresentado o termo de consentimento livre e

esclarecido (TCLE). Foram realizadas estatísticas descritivas de prevalência. **Resultados:** no presente estudo obteve-se uma amostra total de 90 pacientes atendidos em primeira consulta no ambulatório de Pneumologia e Tisiologia do HU de Canoas, RS. Desses 32(35,5%) foram encaminhados para acompanhamento da DPOC. A fim de realizar a prevenção primária para infecção de via aérea inferior por pneumococo desses pacientes, está indicada para todos os doentes a realização de uma dose a cada 5 anos da vacina antipneumocóccica 23-valente. Contudo, somente 9 (10%) desses pneumopatas já haviam realizado esse exame via Unidade Básica de Saúde ou via setor de referência. **Conclusão:** sabendo da importância da prevenção primária para infecção de via aérea inferior por pneumococo pela vacina antipneumocóccica 23-valente ou de outras vacinas de proteção a doenças invasivas pneumocócicas nos pacientes portadores de DPOC, apenas uma minoria dos pacientes estudados já havia realizado a vacina via Unidade Básica de Saúde ou via setor de referência. Sendo assim, a suscetibilidade desses pacientes a infecções graves de um patógeno danoso a essa classe não se justifica já que a vacina tem efetividade estimada de 82%. É necessária divulgação da indicação da vacina em doentes crônicos ou graves.

AP31 FOLLOW COPD COHORT: PONTUAÇÃO NO COPD COMORBIDITY SCORE EM UMA AMOSTRA DO SUL DO BRASIL
CARDINE REIS; FERNANDA RODRIGUES FONSECA; ALEXÂNIA DE RÊ; ROSEMERI MAURICI DA SILVA
UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Dpoc; comorbidade; copd comorbidity score

Introdução: Pacientes com DPOC comumente apresentam alta prevalência de comorbidades, as quais repercutem nos sintomas e desfechos clínicos. A variabilidade da predominância das diferentes doenças ocorre em virtude da heterogeneidade da população estudada. A partir das coortes americanas COPDGene e SPIROMICS, criou-se o COPD Comorbidity Score, o qual contempla onze comorbidades por pontuação simples, distribuídas em doenças cardiovasculares, metabólicas, gástricas, musculoesqueléticas e respiratórias, que se revelaram mais impactantes em desfechos centrados no paciente.

Objetivos: Descrever a pontuação do COPD Comorbidity Score em uma amostra de pacientes com DPOC do sul do Brasil. **Métodos:** Pacientes com DPOC, acompanhados na Follow COPD Cohort, realizaram espirometria, e responderam dados demográficos, o COPD Assessment Test (CAT) e a escala Medical Research Council – modificada (mMRC). Além disso, tiveram a presença e número de comorbidades contadas com base no COPD Comorbidity Score. **Resultados:** 109 pacientes (65 homens) com DPOC (66 ± 8 anos; VEF1%prev = 24 [20-34]; IMC = 25 [21-28]), classificados em GOLD B/D (72%), apresentaram CAT e mMRC de 19 [9-28] e 3 [1-4], respectivamente. A pontuação total no COPD Comorbidity Score foi 1 [0-2], com 33 (30%) pacientes sem nenhuma, 29 (27%) com uma, 31 (28%) com duas, e 16 (15%) com três ou mais comorbidades. A prevalência do tipo de doenças na ordem decrescente foi: 85 (78%) pacientes com doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral); 40 (37%) com metabólicas (diabetes mellitus e obesidade); 16 (15%) com musculoesqueléticas (osteoporose e osteoartrite); 3 (3%) com gástricas (refluxo gastroesofágico), e 3 (3%) com respiratórias (rinite não infecciosa e apneia do sono). **Conclusões e Implicações Clínicas:** A maioria dos

pacientes apresentou comorbidades com pontuação no COPD Comorbidity Score, com predominância das doenças cardiovasculares. Porém, em média, o total do escore foi mais baixo quando comparado às coortes americanas, cuja pontuação foi três. Em relação à frequência e classificação das comorbidades, as três amostras (presente, COPDGene, e SPIROMICS) apresentaram predomínio de doenças cardiovasculares, seguidas de doenças metabólicas e musculoesqueléticas. Contudo, os pacientes das coortes americanas apresentaram maior prevalência de doenças gástricas e respiratórias. Os resultados apontam para a necessidade de avaliação multidisciplinar e interdisciplinar dos pacientes com DPOC.

AP32 PERCEPÇÃO DE IMAGEM CORPORAL EM PACIENTES COM DPOC E SUA RELAÇÃO COM NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA: ESTUDO OBSERVACIONAL

ISABELA CRISTINA DUARTE ARAÚJO¹; ANA PAULA COELHO FIGUEIRA FREIRE¹; ALINE DUARTE FERREIRA CECCATO¹; JULIANA SOUZA UZELOTO²; BRUNA SPOLADOR SILVA²; CAROLINE PEREIRA SANTOS²; DIONEI RAMOS²; ERCY MARA CÍPULO RAMOS²

1. UNOESTE - UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA, PRESIDENTE PRUDENTE, SP; 2. FCT-UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP.

Palavras-chave: Imagem corporal; composição corporal; dpoc

Introdução: A imagem corporal refere-se à satisfação de uma pessoa com seu corpo. Alterações neste aspecto podem influenciar os sentimentos de auto-estima e comprometer habilidades funcionais. A detecção e o conhecimento do impacto dos distúrbios na imagem corporal são dados importantes para a avaliação clínica de pacientes com DPOC, assim como entender se os níveis de atividade física estão associados à imagem corporal.

Objetivos: Avaliar a percepção da imagem corporal em pacientes com DPOC comparados a um grupo de idosos sem alterações pulmonares, além de investigar a associação entre imagem corporal e níveis de atividade física nesses indivíduos. **Métodos:** Estudo transversal observacional, aprovado pelo comitê de ética institucional (CAAE: 46065315.7.0000.5402). Foram recrutados 109 indivíduos, divididos em grupo DPOC (G-DPOC) e grupo controle (GC). Foi realizada avaliação de nível de atividade física (questionário Baecke), percepção da imagem corporal (escala de silhuetas) e índice de massa corporal (IMC). Em seguida foi realizada espirometria e análise de composição corporal (bioimpedância elétrica). Foi utilizado o teste Shapiro Wilk (distribuição dos dados), teste t de Student ou Mann Whitney (comparação entre os grupos), teste Spearman ou Pearson (análise de correlações). **Resultados:** Após exclusões, 44 (28 homens) foram incluídos no G-DPOC e 48 (13 homens) no GC. Nas comparações dos grupos DPOC e GC foram semelhantes em relação à idade, peso, IMC e variáveis de composição corporal. Foram observados menores valores significativos em todas as variáveis de espirometria, com exceção da capacidade vital forçada (FVC) no grupo DPOC comparado ao GC (VEF1 $p < 0.01$ e VEF1/CFV $p < 0.01$). Quanto à análise da imagem corporal, ambos os grupos desejaram um índice de IMC (G-DPOC $p = 0,007$ e GC $p = 0,0001$) e peso (G-DPOC $p = 0,0132$ e GC $p = 0,0001$) significativamente menores, demonstrando insatisfação corporal. Não houve diferença significativa entre a comparação da percepção corporal entre G-DPOC e GC (percepção do IMC $p = 0,7450$ e percepção do peso $p = 0,2297$). Na associação entre insatisfação corporal e função pulmonar, foi observado correlação negativa significativa entre as variáveis de espirometria e insatisfação corporal somente no GC (CVF $p = 0.0072$ e VEF1 $p =$

0.0386), refletindo que piores valores espirométricos estão relacionados a maior insatisfação com a imagem corporal. Não foram observadas associações entre níveis de atividade física e imagem corporal ($p = 0.1087$). Todas as medidas da composição corporal foram positivamente correlacionadas com o nível de insatisfação corporal em ambos os grupos, demonstrando que maiores níveis de gordura estão relacionados a uma maior insatisfação com a imagem corporal ($p < 0.0001$). **Conclusões:** Indivíduos com DPOC apresentam insatisfação corporal, semelhante ao GC. Além disso, a percepção da imagem corporal está relacionada às medidas da composição corporal, mas não aos níveis de atividade física.

AP33 AVALIAÇÃO GENÉTICA DE POLIMORFISMO DO GENE CHRNA 3/5 E SUA RELAÇÃO COM ADICÇÃO AO TABAGISMO

THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; JOSÉ LUIZ DOS REIS QUEIROZ JUNIOR; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; ROBERTO POZZAN; LUIS CRISTOVÃO PORTO

HOSPITAL PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Chrna 3/5; tabagismo; polimorfismo

Introdução: O gene responsável pelo receptor de acetilcolina alfa-nicotínico (CHRNA 3/5) localizado no cromossoma 15q25 apresenta polimorfismos que parecem estar relacionados com perda de função pulmonar e desenvolvimento de DPOC. Além destes, a relação com adicção ao tabaco é defendida, porém ainda controversa na literatura. **Métodos:** Foram avaliados entre fevereiro e novembro de 2017 cento e vinte e três pacientes tabagistas em acompanhamento no ambulatório de tabagismo e / ou no de DPOC da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os pacientes foram divididos de acordo com a carga tabágica sendo o grupo 1 – carga tabágica abaixo de 40 maços ano e grupo 2 – carga tabágica maior ou igual a 40 maços ano. Todos foram avaliados quanto a presença de polimorfismo CHRNA3/5 na posição rs9510307 pelo método de PCR tempo real e método de sequenciamento. Foram avaliados tanto o genótipo quanto os seus alelos A e G. A partir do resultado do sequenciamento genético foi realizada análise estatística utilizando o programa Epi Info 7. **Resultados:** Após análise estatística comparando o grupos 1 e 2 em relação a presença do alelo A, alelo G e genótipo obtivemos os seguintes **Resultados:** A presença do alelo A é mais proeminente no grupo 2 com $p = 0,05$ apresentando diferença estatisticamente significativa. Com isso, a presença do alelo A neste polimorfismo específico parece ser fator de risco para maior carga tabágica indicando maior tendência a adicção ao tabaco. Ao avaliarmos a presença do alelo G não há diferença estatística entre os dois grupos ($p = 0,8$) assim como na análise do genótipo ($p = 0,08$). **Conclusão:** Na população estudada a presença do alelo A na avaliação do polimorfismo CHRNA 3/5 na posição rs 9510307 sugere associação com maior carga tabágica e inferir um maior grau de adicção ao tabaco. Mais estudos devem ser realizados com número maior de pacientes para avaliar esta relação.

AP34 DPOC SECUNDÁRIA A QUEIMA DE BIOMASSA EM MULHERES NÃO-FUMANTES DE ZONA RURAL DA REGIÃO OESTE DA BAHIA

MARCELLO DA SILVEIRA PASCHOALINI; MARINA MALHEIRO CRUZ; RONALDO ADRIANO SILVA DE ALMEIDA

UFOB, BARREIRAS, BA.

Palavras-chave: Poluição do ar; dpoc; meio ambiente

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um problema de saúde pública mundial e encontra-se entre as principais causas de morbidade e

mortalidade em todo o mundo. Estima-se que mais de 3 milhões de pessoas morreram de DPOC em 2012, o equivalente a 6% de todas as mortes no mundo(). Em 2017, foi considerada a quarta principal causa de morte no mundo, com projeção de se tornar a terceira em 2020. No Brasil, em 2010, mais de 127.000 pacientes foram admitidos em hospitais públicos diagnosticados como portadores de DPOC, e mais de 37.000 morreram devido a essa doença. O tabagismo é o fator de risco para DPOC mais frequente e estudado, todavia, não é o único. Há evidências de que a poluição em ambientes fechados decorrente da queima de biomassa para cozinhar e aquecer em habitações com pouca ventilação é um importante fator de risco para DPOC. Quase 3 bilhões de pessoas no mundo usam biomassa e carvão como recurso para cozinhar, aquecer e outras necessidades domésticas, logo, a população exposta no mundo é muito grande. **Objetivos:** Avaliar a apresentação clínica e os achados espirométricos em pacientes do sexo feminino, com queixas respiratórias compatíveis com DPOC, não fumantes, moradoras da zona rural da região oeste da Bahia, expostas a fumaça proveniente da queima de biomassa em fogão doméstico. **Métodos:** Realizamos análise retrospectiva em prontuários de pacientes atendidas em serviço pneumológico privado da cidade de Barreiras – BA, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017. Foram incluídas as pacientes acima de 40 anos, sem história de tabagismo, expostas diariamente a fumaça da queima de biomassa enquanto cozinhavam com fogão de lenha por, pelo menos, 10 anos. As pacientes deveriam apresentar dispnéia crônica aos pequenos ou médios esforços e ter realizado espirometria com medidas de VEF1 e CVF, pré e pós broncodilatador. **Resultados:** Foram incluídas 31 pacientes, com idades entre 46 e 94 anos (média 71,1 anos e mediana 74 anos). Todas as pacientes apresentavam tosse com expectoração associada a dispnéia crônica. O VEF1 pós-broncodilatador variou de 24,7% a 98,7% do predito e, apenas 12 pacientes apresentaram VEF1/CVF (pós-broncodilatador) menor que 0,7. **Conclusões:** Observamos diagnóstico clínico e espirométrico de DPOC em 38,7% das pacientes avaliadas, mostrando que deve ser uma patologia frequente em mulheres não fumantes da zona rural do interior da Bahia, expostas à queima de biomassa enquanto cozinhavam.

AP35 TREINAMENTO COMBINADO EM ACADEMIAS AO AR LIVRE E A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DPOC: ESTUDO DE CASOS

THALITA APARECIDA ALVES DE OLIVEIRA¹; JORGE LUIS CASTRO DEMORI¹; GIOVANNA DE PAULA LIMA DOS SANTOS¹; MICHELE MIDORI WAKABAYASHI PERES¹; WEBER GUTEMBERG ALVES DE OLIVEIRA¹; DIONEI RAMOS²; ALINE DUARTE FERREIRA CECCATO¹
1. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE, SP; 2. FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP.

Palavras-chave: Dpoc; idosos; exercícios

A fisioterapia por meio do treinamento resistido e aeróbico em Academia ao Ar Livre (ALL) promove uma experiência inovadora na prevenção dos sinais e sintomas e melhora da qualidade de vida (QV). **Objetivos:** avaliar a percepção da QV de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) submetidos a um protocolo de treinamento combinado em AAL. **Métodos:** A amostra foi composta por quatro idosos com diagnóstico de DPOC, frequentadores de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Presidente Prudente. Os participantes foram divididos em dois grupos: DPOC intervenção (G1; n = 2); DPOC sedentário (G2; n = 2). A avaliação da função pulmonar foi realizada por meio da espirometria e a percepção da qualidade de vida foi analisada por meio do questionário Chronic Respiratory Questionnaire

(CRQ). O nível de atividade física (AT) foi conferido pelo questionário de Atividade Física Habitual (Baecke). Os sinais vitais assim como os dados antropométricos (peso, altura e IMC) foram analisados. Essas avaliações foram repetidas após oito semanas. O protocolo de exercícios foi realizado em AAL localizada nas proximidades da ESF, os exercícios foram realizados com frequência de duas vezes semanais, durante 70 minutos e aplicação da Escala de Borg para a percepção de esforço e grau de dispneia. **Resultados:** Os idosos do G1 apresentaram média de idade de $71 \pm 4,94$ anos, IMC de $29,40 \pm 6,02$ kg/cm², sendo composto de dois homens. Já o G2 foi composto de um idoso homem e uma mulher, com média de idade de $72,50 \pm 4,24$ anos, O IMC de $26,05 \pm 6,02$ kg/cm². Sobre o histórico tabagístico, apenas um era tabagista e já havia tentando para de fumar por conta própria. Os outros três eram ex-tabagistas. A QV dos pacientes do G1 apresentaram melhora quando comparado ao G2, exceto no domínio autocontrole. Com relação ao nível de atividade física, o G1 teve como escore total melhora de 16,27% quando comparado ao G2 que obteve escore total 7,73%. **Conclusão:** o treinamento em AAL foi benéfico para os idosos, além de promover a utilização de um espaço público e de acesso a comunidade a qualidade de vida e o nível de AT apresentaram melhora.

AP36 INCIDÊNCIA DE INTERNAÇÃO E MORTALIDADE POR DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NO BRASIL: COMPARATIVO POR SEXO NO PERÍODO DE 2008 A 2017

DANIEL SILVA SANTOS; MARIA NATHÁLIA PRADO SIMÕES MENDONÇA; MANUELA AZEVEDO VIEIRA; ANA AMÉLIA BARRETO FONTES; ALVARO ANDRADE GÓIS QUEIROZ; SYLVIA KATHARINY FARIAS ANDRADE; MARINA MARIA SANTOS ALVES; MARCOS VINICIUS DA SILVA

UNIT, BARRA DOS COQUEIROS, SE.

Palavras-chave: Registro de mortalidade; doença pulmonar obstrutiva crônica; hospitalização

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é causada por uma obstrução das vias aéreas, resultando em redução da qualidade e expectativa de vida. É responsabilizada por três milhões de mortes a cada ano, chegando a 5% das mortes por todas as causas e com estimativa de um aumento progressivo da mortalidade. Possui dois tipos principais: a bronquite crônica e o enfisema pulmonar. A bronquite crônica tem como seu principal fator desencadeante o tabagismo crônico e pode evoluir para um quadro de enfisema pulmonar, caracterizado por lesão não reversível nas paredes alveolares. A sintomatologia mais comum é a tosse com expectoração acompanhada de falta de ar e chiado no peito, esses devem persistir por entre 2 a 3 meses seguidos em pelo menos 2 a 3 anos.

Objetivos: Analisar dados epidemiológicos, segundo o sexo, dos casos de internação e mortalidade da DPOC no Brasil, enfatizando o sexo com maior índice de internação e de mortalidade, a fim de compreender sua magnitude e importância. **Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal documental retrospectivo com finalidade explicativa e científica. Foram obtidos dados do DATASUS referentes aos casos de internação e mortalidade, divididos pelo sexo, por DPOC no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017. **Resultados:** Do total de 1.313.055 casos notificados de internação por DPOC nesse período, aproximadamente 53% foram referentes ao sexo masculino e 47% ao feminino. Dos 81.954 casos de óbito notificados, aproximadamente 57% correspondeu ao sexo masculino enquanto 43% ao feminino. **Conclusão:** A partir dos dados analisados, verificou-se a predominância do sexo masculino tanto em casos de internação como em casos de óbito, embora não haja uma alta discrepância em relação aos

números femininos. Verificou-se também a disparidade em relação aos números registrados para internação e o número de óbitos, o que pode significar a falta de registro de óbitos causados pela doença ou a dificuldade de se notificar a causa do óbito pela doença ou por suas comorbidades. Ademais, por ser uma doença crônica com estimativa de aumento de morbidade e mortalidade, em ambos os sexos, inclusive o feminino, deve receber mais atenção tanto por parte da população como do governo a fim de diminuir seus fatores desencadeantes e consequentemente, sua incidência.

AP37 **RELAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO AMBIENTAL POTENCIALMENTE PNEUMOTÓXICA E PACIENTES COM DPOC ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE**

CAROLINE FREIJSLEBEN CRUZ; ANNE VITÓRIA ROSSO; NATHALIA SPONCHIADO; NATHALIA PREISSLER VAZ SILVEIRA; EDUARDO WALKER ZETTLER; ROBERTO GUIDOTTI TONETTO ULBRA, CANOAS, RS.

Palavras-chave: Dpoc; exposição ambiental; pneumotoxicidade

Introdução: o aparelho respiratório está frequentemente exposto a poluição atmosférica. Esses poluentes, quando inalados, produzem diversos efeitos biológicos, sobretudo no aparelho respiratório. A exposição crônica a poluição ambiental contribui para o desenvolvimento de doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), caracterizada por obstrução quase irreversível do fluxo de ar e progressão agressiva da doença, a qual está entre as principais causas de mortalidade e morbidade em todo o mundo. A inflamação crônica está associada à hiperreatividade das vias aéreas que leva a episódios recorrentes de sibilância, falta de ar, opressão no peito e tosse. Pelo fato de as doenças respiratórias crônicas poderem ser detectadas nos estágios iniciais do seu processo patológico, é imprescindível averiguar se há relação com a exposição ambiental em que o paciente está submetido. **Objetivo:** avaliar a exposição ambiental em pacientes com DPOC em primeiras consultas de um ambulatório de pneumologia na região metropolitana de Porto Alegre, durante o período de agosto de 2017 a janeiro de 2018. **Métodos:** estudo transversal através da aplicação de questionário para pacientes em primeira consulta no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário (HU) de Canoas previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). A todos foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). **Resultados:** no presente estudo obteve-se uma amostra total de 90 pacientes atendidos em primeira consulta no ambulatório de Pneumologia e Tisiologia do HU de Canoas, RS. Desses 32(35,5%) foram encaminhados para acompanhamento da DPOC. A fim de realizar a prevenção primária é imprescindível realizar a investigação a respeito dos fatores ambientais, além do tabagismo ativo, os quais o paciente com DPOC ficou exposto. Nessa amostra, 28(87,5%) pessoas afirmaram sofrer algum tipo de exposição ambiental durante a vida, sendo que 16 (50%) relataram estar expostos à mais de uma substância. Dessas, 9 (28,1%) referiram tabagismo passivo, 9 (28,1%) conviviam com animais de estimação, 3 (9,37%) conviviam com poeira doméstica, 6 (18,75%) conviviam com fumaça, 2 (6,25%) contatavam com mofo e 14 (43,75%) relataram algum tipo de exposição laboral. **Conclusão:** sabendo que o corpo humano sofre diariamente com a exposição à diversas agressões do ambiente, constatou-se que 87,5% das pessoas acompanhadas da DPOC estavam submetidos a alguma substância danosa para o corpo durante suas vidas.

Sendo assim, apesar do risco do DPOC sobre a saúde e a qualidade de vida, a doença muitas vezes não é reconhecida, porque os sintomas mais comuns, como a fadiga e a dispnéia aos esforços, comumente são percebidos como normais para o envelhecimento da população fazendo com que os pacientes portadores dessa doença não se previnam das exposições laborais ou domiciliares que poderiam piorar o curso da doença.

AP38 **FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA E ESCORES DO TESTE DE AVALIAÇÃO DA DPOC**

GUILHERME BIANZENO; AMANDA LAIS PERALTA; JOSÉ WILLIAM ZUCCHI; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO; LUIZ HENRIQUE SOARES MACHADO; RENATA FERRARI; SUZANA ERICO TANNI; IRMA GODOY

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; força muscular; sintomas

Introdução: A redução na capacidade funcional e força muscular, alteração na composição corporal e ocorrência de exacerbações estão relacionadas aos sintomas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Objetivo:** Identificar a influência da Força de preensão manual (FPM) nos escores do Teste de Avaliação da DPOC (CAT). **Métodos:** Foram avaliados 34 pacientes de ambos os sexos, com idade ≥ 40 anos, com diagnóstico de DPOC de acordo com as recomendações do GOLD (2017). Coletadas informações sobre o número de exacerbações no ano anterior e avaliadas a FPM por meio do dinamômetro de preensão manual (Saehan Corp. Masan, Korea), força muscular do quadríceps (Microfet 2, Hoggan Health, Estados Unidos), a distância percorrida em 6 minutos (DP6), composição corporal (Bioimpedância bioelétrica, InBody 720; Biospace, Tóquio, Japão), os sintomas por meio da versão validada do CAT e calculado o índice BODE. Foram incluídas na análise de regressão linear múltipla por etapas; exacerbações, índice BODE, FPM e força muscular do quadríceps. O melhor modelo excluiu a força muscular do quadríceps.

Resultados: 75% dos pacientes incluídos no estudo eram do sexo masculino, com média de idade de $63,2 \pm 8,8$ anos. Os valores previstos do VEF1 foram $51,1 \pm 18,3\%$. Os valores médios do TC6 foram de $369,8 \pm 107,5$ metros. A FPM foi preditora de sintomas (CAT) [-0,507 (-44,4 / -7,6; $p = 0,007$; $R^2 = 0,34$)]. **Conclusão:** A FPM é uma ferramenta útil e de fácil uso para avaliar pacientes sintomáticos e pode auxiliar na indicação e monitorização dos efeitos da reabilitação pulmonar com treinamento de força muscular em associação com o tratamento farmacológico.

AP39 **PERFIL DOS PACIENTES E AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROJETO BUSCA ATIVA PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

LUCAS FELIX CARDOSO¹; DANIELA DA SILVA MARQUES¹; VICENTE TRINDADE MOREIRA JUNIOR¹; MATTHEUS ANTHONNY MACHADO DOS SANTOS¹; JOSE BARRETO NETO²; MARCELL COUTINHO DA SILVA²; ALINA KARIME AUSTREGESIL DE ATHAYDE FERREIRA TEIXEIRA²; MARIA LUIZA DORIA ALMEIDA²

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Tabagismo; espirometria; doença pulmonar obstrutiva crônica

Introdução: A DPOC é caracterizada por uma limitação do fluxo aéreo de maneira crônica e progressiva devido a alteração do parênquima pulmonar e vias aéreas. Representa um grande problema de saúde pública e um grande desafio terapêutico. Acomete, predominantemente, indivíduos entre 40 e 75 anos com histórico de tabagismo, sendo este

o fator responsável por 75 a 95% de todos os casos. Nesse sentido, o “Projeto de Busca Ativa para DPOC”, registrado com o número “PJ245-2017” pela Proext da UFS/SE, ocorreu no ano de 2017 na cidade de Aracaju/SE para realizar o diagnóstico precoce da DPOC. **Objetivos:** Traçar o perfil do público atingido pelo “Projeto Busca Ativa para DPOC” e avaliar o impacto dessa ação. **Métodos:** Foram avaliados 174 fumantes/ex-fumantes de ambos os sexos (90 do sexo masculino e 84 do sexo feminino). Todos os participantes foram submetidos à avaliação do pneumologista, ao exame espirométrico e acompanhamento no serviço especializado do hospital caso fosse necessário e de interesse do paciente. **Resultados:** O tempo médio de tabagismo foi de 27,9 anos e a quantidade de indivíduos que se encaixaram no critério diagnóstico para DPOC foi de 58 (33,5%), sendo 31 homens (53,45%) e 27 mulheres (46,55%). Dentre as 58 pessoas com DPOC, obteve-se a seguinte classificação do GOLD: 18 (31%) como 2A; 8 (13,8%) como 3B; 7 (12,1%) como 2B; 6 (10,3%) como 3D; 4 (6,9%) como 1A; 4 (6,9%) como 2C; 4 (6,9%) como 2D; 3 (5,2%) como 4D; 2 (3,4%) como 3A; 1 (1,7%) como 1B e 1 (1,7%) como 4B. O autorrelato de asma e alergia foi mais prevalente no grupo com DPOC (52,9% para Asma e 32,3% para alergias) do que no grupo sem DPOC (30,5% para asma e 13,9% para alergias). O IMC demonstrou ser significativamente ($p \leq 0,05$) menor no grupo com DPOC em comparação com o grupo sem DPOC, a mesma significância ($p \leq 0,05$) ocorreu quanto ao mMRC entre os pacientes com DPOC, sendo maior entre pacientes com 65 anos ou mais do que entre pacientes na faixa etária de 50 à 64 anos. Dentre os pacientes diagnosticados com DPOC, 34 (78,3%) não usavam qualquer medicamento para a DPOC. **Conclusões:** Os resultados se correlacionam com os dados descritos na literatura sobre a prevalência de DPOC entre fumantes/ex-fumantes, frequência do GOLD, frequência entre os sexos, IMC e mMRC. A frequência maior do autorrelato de asma e alergia é um dado recente nos artigos da literatura que associam, possivelmente, ao subdiagnóstico e a percepção do próprio paciente. Essa hipótese aliada ao fato de um grande número de pacientes desse estudo ter sido encontrado em estágios avançados e sem nenhum tratamento deixa notório que o diagnóstico precoce da DPOC através de projetos como esse leva a um excelente impacto já que proporcionará aos pacientes encaminhados para o serviço a oportunidade de terem intervenção terapêutica, que os levarão à redução da exacerbação, melhora da qualidade de vida e redução do risco futuro.

AP40 RELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO PULMONAR E CAPACIDADE FUNCIONAL MÁXIMA EM PACIENTES COM DPOC

PAULA ELINDA IGNACIO GOMES¹; PAULO ROBERTO GOMES²; FABIANO FRANCISCO LIMA²; ROBERTA REGINA IGNACIO GOMES³; ISIS GRIGOLETTO SILVA²; DIONEI RAMOS²; JULIANA SOUZA UZELOTO²; ERCY MARA CIPULO RAMOS²

1. FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, PRESIDENTE PRUDENTE, SP; 2. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO- FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP; 3. UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE, SP.

Palavras-chave: Dpoc; função pulmonar; capacidade funcional

Introdução: Além ser caracterizada por comprometimento da função pulmonar, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é responsável por influenciar negativamente a capacidade funcional de exercício. No entanto a relação da função pulmonar com o comportamento clínico destes pacientes frente a um esforço máximo ainda não está

totalmente elucidada. **Objetivo:** Investigar a relação entre variáveis de função pulmonar e capacidade funcional máxima em pacientes com DPOC. **Métodos:** Foram avaliados pacientes com DPOC estável. Todos realizaram avaliação da função pulmonar (espirometria), e teste progressivo exaustivo em esteira (TPEE) com monitorização da frequência cardíaca (FC) e saturação periférica de oxigênio (SpO2) em cada estágio do teste, além de captação constante do consumo de gases (Quark). Para análise da normalidade dos dados foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Correlações foram realizadas por meio dos testes de Pearson ou Spearman de acordo com a normalidade dos dados. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. **Resultados:** 17 pacientes (11 homens e 6 mulheres) com média de idade de $67,29 \pm 9,78$ anos, capacidade vital forçada (CVF) de $73,24 \pm 12,06\%$ do predito, volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) de $55,89 \pm 21,99\%$ do predito e VEF1/CVF de $60,29 \pm 9,99\%$, apresentaram consumo máximo de oxigênio (VO2max) de $1,41 \pm 0,27$ L/min e carga máxima alcançada no TPEE de $78,24 \pm 20,07$ watts. A FC e SpO2 ao final do TPEE foram de $134,4 \pm 20,06$ bpm e $89,12 \pm 5,93\%$ respectivamente. Houve correlação moderada entre CVF e carga máxima de trabalho ($r = 0,56$; $p = 0,02$); VEF1 e carga máxima de trabalho ($r = 0,56$; $p = 0,02$); VEF1/CVF e VO2max ($r = 0,51$; $p = 0,04$) e PFE e VO2max ($r = 0,58$; $p = 0,02$). A FC e SpO2 no momento da interrupção do TPEE não apresentaram relação com as variáveis de função pulmonar ($p > 0,05$). **Conclusão:** Quanto melhor a função pulmonar maior a capacidade máxima de exercício em pacientes com DPOC. No entanto o comprometimento pulmonar destes pacientes não está relacionado com o comportamento da FC e SpO2 ao final de um esforço máximo.

AP41 CAPACIDADE FUNCIONAL, SINTOMATOLOGIA E VARIÁVEIS VENTILATÓRIAS EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: ASSOCIAÇÕES COM QUESTIONÁRIOS APLICADOS

PATRICIA FARIA CAMARGO; LUCIANA DI THOMMAZO LUPORINI; LUIZ CARLOS DE SOARES CARVALHO JUNIOR; POLLIANA BATISTA DOS SANTOS; RENAN SHIDA MARINHO; AUDREY BORGHI SILVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCAR), SÃO CARLOS, SP.

Palavras-chave: Dpoc; questionários; sintomatologia

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada pelo declínio progressivo da capacidade inspiratória, aumento do esforço respiratório, sintomas de dispneia e fadiga que cursam com prejuízo da capacidade funcional. Além disso, a DPOC pode ser agravada por inúmeras comorbidades, inclusive por distúrbios respiratórios do sono. Contudo, ainda não está claro se há associação entre a capacidade funcional com tais distúrbios do sono. **Objetivos:** Verificar se há correlação da capacidade funcional, percepção subjetiva de esforço e variáveis ventilatórias com os escores dos questionários sintomatológicos de dispneia, qualidade do sono e risco para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) em indivíduos DPOC. **Métodos:** Indivíduos com DPOC a partir de 50 anos de idade realizaram espirometria (confirmação diagnóstica e estadiamento da doença) e responderam aos questionários COPD Assessment Test (CAT, avaliação da sintomatologia), Stop Bang (risco para SAOS) e Pittsburg (qualidade do sono). O TC6 foi realizado com análise simultânea de gases por meio de sistema portátil de ergoespirometria Oxycon Mobile®. A distância percorrida e a percepção de dispneia (BORGd) e fadiga em membros inferiores (BORGf) foram registradas no pico do exercício.

Após análise da normalidade dos dados (teste Shapiro Wilk), verificaram-se as associações entre as variáveis-desfecho (correlações de Pearson e Spearman), adotando-se $p < 0,05$. **Resultados:** Dezoito indivíduos (77,7% homens), com 65 ± 6 anos e estadiamento da doença distribuídos em leve ($n = 11$), moderado ($n = 4$) e severo ($n = 3$). Observamos correlações moderadas ou forte, sendo negativa do CAT com distância percorrida ($r = -0,57$; $p < 0,01$) e positivas do mesmo questionário com BORGd ($r = 0,74$; $p < 0,01$) e BORGf ($r = 0,81$; $p < 0,01$). Houve correlações moderadas, sendo negativa entre os escores do Stop Bang e PETO2 ($r = -0,54$; $p < 0,01$) e positiva de tal escore com PETCO2 ($r = 0,65$; $p < 0,01$). A pontuação do questionário de Pittsburgh mostrou correlação moderada com BORGf ($r = 0,69$; $p < 0,01$). **Conclusão:** pacientes com DPOC com mais sintomas (dispneia e fadiga de membros inferiores) mostraram pior desempenho funcional e maiores prejuízos na qualidade de sono. Apoio Fapesp: 2015/26501-1

AP42 GRUPOS DA GOLD: IMPACTO DA NOVA CLASSIFICAÇÃO

ROSEMERI MAURICI DA SILVA; ANDRÉ LUCIANO MANOEL; ALEXÂNIA DE RÊ; CARDINE REIS; MARINA BAHL; FERNANDA RODRIGUES FONSECA

UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Dpoc; gold; saúde pública

Introdução: Dados publicados recentemente do estudo Fenótipos da DPOC na Europa Central e Oriental (POPE) 1 mostraram a magnitude da redistribuição do risco-sintoma entre os grupos ABCD refinados pela Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD) em 2012. Aplicando a avaliação do ABCD ferramenta apresentada em 2011 e refinada em 2017 pelo GOLD levou a uma mudança vertical na distribuição sintoma-risco de 3.361 pacientes com DPOC: do grupo C para A (1,8% de toda a amostra) e principalmente do grupo D para B (20,4% de toda a amostra). **Objetivo:** Testar a concordância entre os grupos ABCD originais e refinados, em uma coorte do hemisfério sul (Follow COPD Cohort Study), que acontece em Florianópolis (Brasil). **Métodos:** Cinquenta e nove pacientes portadores de DPOC clinicamente estáveis do sistema público de saúde participaram assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, e foram avaliados por meio de espirometria, CAT, mMRC e questionados sobre o número de exacerbações e internações no último ano. **Resultados:** As características dos participantes foram: homens 55,9%, idade 65 ± 8 anos, IMC $23,7 [20,5-27,8]$ kg/m², escore do CAT 19 [8-28], mMRC de 3 [1-4], 1 [0-2] exacerbações e 0 [0-0] hospitalizações. Considerando a espirometria, 2 (3,4%) pacientes estavam no grau 1, 14 (23,7%) no grau 2, 30 (50,8%) no grau 3 e 13 (22,0%) no grau 4. Os grupos ABCD de 2011 e 2017 apresentaram moderada concordância de 0,472 ($p < 0,01$), sendo possível observar que 21 (35,6%) pacientes foram redistribuídos (6,8 de toda a amostra de C para A; 28,8% de toda a amostra de D para B). **Conclusão:** A redistribuição de pacientes foi observada no sentido de maior para menor gravidade, podendo configurar mudança na estratégia terapêutica. O impacto disto precisará ser avaliado longitudinalmente tanto do ponto de vista clínico como de saúde pública.

AP43 TESTE DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (CAT): FATORES ASSOCIADOS

MARIA MADALENA LUZ¹; ROSEMERI MAURICI DA SILVA²; KAROLINY DOS SANTOS¹; ALINE DAIANE SCHLINDWEIN¹

1. UNISUL, FLORIANÓPOLIS, SC; 2. UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Dpoc; cat; questionários

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica

(DPOC) é uma doença prevenível e tratável, caracterizada pela limitação persistente ao fluxo aéreo, usualmente progressiva, e associada com um aumento da resposta inflamatória crônica a partículas nocivas ou gases. Na DPOC, tanto a deterioração progressiva da função pulmonar quanto os efeitos sistêmicos da doença conduzem o paciente a um estado de incapacidade funcional, produzindo efeitos negativos sobre o estado de saúde e/ou qualidade de vida. O COPD Assessment Test (CAT) vem sendo utilizado para monitorar o estado de saúde ao longo do tempo, tendo como papel a complementação das avaliações de função pulmonar, risco de exacerbação e recuperação de uma exacerbação. **Objetivo:** Avaliar os fatores associados à pontuação do CAT em pacientes com DPOC atendidos no ambulatório de pneumologia da Universidade Federal de Santa Catarina. **Métodos:** Foi realizado um estudo com delineamento epidemiológico observacional, do tipo transversal, que incluiu pacientes com DPOC, no período de fevereiro a junho de 2014. Foi aplicado o CAT e o mMRC, e coletados dados referentes à escolaridade, sexo, raça, idade, peso, altura, IMC, carga tabágica, saturação de O₂ e teste de função pulmonar. **Resultados:** Participaram do estudo 45 pacientes com, sendo 30 (66,7%) do sexo masculino, com média de idade de $63,8 \pm 9,8$ anos. A média da pontuação total do CAT foi de $15,8 \pm 8,6$, com mediana de 13, mínimo de 2 e máximo de 38 pontos. Foi observada uma correlação inversa entre escolaridade, em anos completos de estudo e a pontuação total do CAT ($r = -0,491$, $p = 0,001$). Não houve correlação com os resultados da prova de função pulmonar e demais variáveis contínuas. **Conclusão:** Na investigação dos fatores associados, verificou-se associação entre a escolaridade e a pontuação do CAT. A idade apresentou uma tendência de associação e as demais variáveis analisadas não apresentaram associação com a pontuação do CAT.

AP44 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÃO EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM DPOC EM UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR-BA

FERNANDA NUNES PASSOS; GUSTAVO RODRIGUES DE REZENDE; LUCAS TADEU CERQUEIRA DOS SANTOS; CARLA VIVIANE DOS SANTOS CERQUEIRA; LAURA RANGEL QUINTELA; MARGARIDA CELIA LIMA COSTA NEVES; CLERISTON FARIAS QUEIROZ; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS

UFBA, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Dpoc; exacerbações; internação

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) atinge cerca de 7.500.000 brasileiros, chegando a representar, em 2003, no Brasil a quinta maior causa de internamentos hospitalares em maiores de 40 anos. A DPOC, por se tratar de uma condição crônica, por vezes tem seu curso agravado pela associação a outras comorbidades. Essas outras condições associadas podem promover exacerbações do quadro clínico, alterando a função pulmonar e resultando na alteração da prevalência de internamentos hospitalares dos pacientes portadores de DPOC. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de internação e seus fatores associados em pacientes diagnosticados com DPOC acompanhados clinicamente em ambulatório de referência localizado em Salvador-BA. **Métodos:** Estudo descritivo, observacional, transversal e retrospectivo envolvendo 212 pacientes diagnosticados com doença pulmonar obstrutiva crônica que realizaram acompanhamento regular em ambulatório de referência no período de 2016 a 2018. Desta forma, coletou-se dados referentes à características clínicas, comorbidades e fatores sociodemográficos em prontuários eletrônicos. A variável dependente foi definida como internação nos últimos 12 meses. Foram realizadas análises descritivas e medidas de associação, do desfecho

com as variáveis independentes, por meio do teste de Qui Quadrado de Pearson, considerando nível de significância de 95%. Utilizou-se o software SPSS for Windows 22.0.

Resultados: A prevalência de internação entre pacientes diagnosticados com DPOC encontrada foi de 6,6% (porcentagem válida), estando associada a ocorrência de exacerbações no último ano ($p < 0,001$), idas à emergência no último ano ($p < 0,001$), grau de dispneia MRC ($p = 0,004$), uso de antibiótico ($p = 0,013$) e tabagismo atual ($p = 0,042$).

Conclusão: O estudo evidenciou uma baixa prevalência de internações entre os pacientes avaliados, estando ela associada a características clínicas e de hábitos de vida. Um maior número amostral é necessário para avaliar os fatores associados à internação.

AP45 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES COM DPOC EM UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR-BA
LUCAS TADEU CERQUEIRA DOS SANTOS; CARLA VIVIANE DOS SANTOS CERQUEIRA; GUSTAVO RODRIGUES DE REZENDE; LAURA RANGEL QUINTELA; FERNANDA NUNES PASSOS; MARGARIDA CELIA LIMA COSTA NEVES; CLERISTON FARIAS QUEIROZ; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS
UFBA, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Dpoc; epidemiologia; características clínicas

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma morbidade comum, prevenível e tratável caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar devido a anormalidades dessas vias e/ou dos alvéolos. O entendimento das características sociodemográficas e clínicas dos portadores dessa doença é de fundamental importância para um melhor seguimento terapêutico desta morbidade. **Objetivo:** Avaliar as características clínicas e sociodemográficas de pacientes diagnosticados com DPOC, além de seus fatores associados. **Métodos:** Estudo de corte transversal, observacional, descritivo, baseado na avaliação de prontuários de uma série de pacientes portadores de DPOC, acompanhados no Serviço de Pneumologia do Complexo Universitário Professor Edgard Santos, em Salvador, Bahia. Os prontuários avaliados foram eletrônicos, disponíveis por meio do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) do Serviço. Foram avaliados 212 pacientes, com diagnóstico de DPOC, atendidos durante o período de dezembro de 2016 a janeiro de 2018. Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS 22.0. As variáveis descritivas qualitativas foram analisadas por meio de porcentagem e as variáveis descritivas quantitativas por meio de média $\pm$ desvio padrão. **Resultados:** Foram analisados 213 pacientes diagnosticados com DPOC. A análise dos dados sociodemográficos mostrou que a maior parte dos pacientes era do sexo masculino (54,2%), com média etária igual a $68,6 \pm 9,4$ anos, estado civil casado 94 (44,5%) e ensino fundamental incompleto 64 (31,5%). Quanto aos hábitos de vida, a maior parte era de tabagistas prévios 134 (83,8%), enquanto na atualidade a maioria era de não tabagistas 131 (82,9%). Com relação à história clínica, 46 pacientes (24,3%) apresentaram exacerbações dos sintomas no último ano, 37 (20%) foram atendidos em emergência e 12 (6,6%) foram internados. Dentre esses pacientes, 13 (7,6%) apresentaram asma na infância, 16 (8,7%) apresentam asma no presente, 150 (82%) apresentam outras comorbidades, sendo 7 (22,6%) diabetes, 117 (63,9%) hipertensão arterial sistêmica, 10 (5,5%) hipertensão pulmonar, 13 (7,1%) osteoporose e 34 (18,7%) doença do refluxo gastroesofágico. Quanto ao uso de medicamentos, 16 (8,2%) utilizaram corticoide sistêmico, 136 (70,1%) corticoide inalatório e 25 (12,7%) antibióticos.

Conclusões: O estudo evidenciou predominância de pacientes do sexo masculino, idosos e com história de tabagismo prévio. Desses pacientes, observou-se que as exacerbações ocorridas no período levaram a um maior comprometimento clínico. Podendo estar associado a uma maior frequência de idas a emergências ou internamentos hospitalares, com necessidade de uso de corticoide sistêmico ou antibióticos. Entretanto, estudos maiores são necessários para elucidar com maior clareza todos os aspectos envolvidos nestes internamentos, pois fatores como adesão terapêutica ou evolução da doença também podem estar relacionados.

AP46 IMPLICAÇÃO DO AUMENTO DO ÍNDICE HEMATOLÓGICO RDW EM INDIVÍDUOS COM DPOC EM OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

MARIO DA SILVA GARROTE FILHO; FLAVIANA FERREIRA GOMES; ALICE VIEIRA DA COSTA; NATÁLIA CRISTINA MARTINS NUNES MENDES; LUCIANA ALVES DE MEDEIROS; NILSON PENHA SILVA; THÚLIO MARQUEZ CUNHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG.

Palavras-chave: Dpoc com odp; rdw; qualidade de vida

Introdução: A DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) tem como característica a dificuldade respiratória em decorrência de danos nos pulmões pela ação de substâncias irritantes, como as encontradas no cigarro. Atualmente são crescentes as pesquisas que relacionam a gravidade das mais diversas doenças à elevação dos valores da distribuição de volume dos eritrócitos (RDW, do inglês Red Cell Distribution Width). O objetivo do presente trabalho foi avaliar os valores de RDW, em busca de uma maior compreensão da DPOC. **Métodos:** A população deste estudo foi composta por 145 homens, sendo 74 no grupo controle e 71 indivíduos no grupo DPOC. Todos os voluntários do grupo DPOC tinham DPOC e estavam sob Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (ODP). Foram analisados resultados de exames hematológicos e bioquímicos, além da qualidade de vida, que foi medida pelos seguintes questionários: SGRQ (St George's Respiratory Questionnaire), SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey) e CAT (COPD Assessment Test). **Resultados:** Os indivíduos com DPOC apresentaram maiores valores de RDW do que aqueles sem a doença. Esse resultado deve-se ao fato de que menores níveis de ferro e folato encontrados nos indivíduos com essa doença, pois a escassez desses nutrientes promove conjuntamente a ocorrência de microcitose e de macrocitose, respectivamente. De fato, uma correlação negativa foi encontrada entre RDW e níveis séricos de ferro, embora os valores de RDW não tenham apresentado correlação com os níveis sanguíneos de folato. A causa mais provável para os baixos níveis relativos de ferro e de folato na DPOC é a menor ingestão de nutrientes em decorrência da dificuldade de alimentação do indivíduo com a doença. De fato, no grupo com DPOC os valores do índice de massa corporal foram menores que no grupo controle. A diminuição dos níveis de ferro deve também ser decorrente do estado inflamatório caracterizado pela elevação nas contagens de leucócitos e nos níveis séricos de proteína C-reativa, pois a inflamação diminui a disponibilidade de ferro para o organismo. Um dos resultados mais surpreendentes aqui encontrados foi a associação negativa entre valores de RDW e qualidade de vida. Indivíduos com maiores valores de RDW apresentavam pior qualidade de vida, mesmo fazendo uso de ODP. **Conclusão:** Os indivíduos com DPOC apresentaram maiores valores de RDW que os voluntários do grupo controle, provavelmente por deficiência combinada de folato e de ferro, causada por deficiências nutricionais. Os menores níveis de ferro também foram associados à

existência de um estado inflamatório no organismo dos indivíduos com DPOC. Além disso, a correlação negativa observada entre RDW e qualidade de vida sugere que essa variável hematológica possa ser utilizada para estimar a qualidade de vida do paciente com DPOC.

AP47 A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DA DOENÇA PARA ADESÃO AO TRATAMENTO NO PACIENTE COM DPOC
GISELE REIS FERREIRA PINTO; ELIZABETH JAUHAR CARDOSO BESSA; JOSÉ LUIZ DOS REIS QUEIROZ JUNIOR
UERJ/HUPE, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Dpoc; adesão; conhecimento da doença

Introdução: Doença pulmonar obstrutiva crônica é a principal causa de morbidade e mortalidade entre as doenças crônicas. Primordial que o paciente tenha conhecimento da doença e da importância do tratamento. O estudo avalia associações entre o conhecimento e o controle da doença. **Métodos:** Análise descritiva de questionários. 41 pacientes incluídos e 9 excluídos por responderem de modo incompleto. Estudados 32 pacientes acompanhados no nosso Serviço entre 2016 e 2017. Os questionários visavam identificar fatores de risco relacionados; opinião sobre cura; conhecimento quanto ao uso correto da medicação; forma de aquisição do medicamento e realização de fisioterapia respiratória. Havia 15 questões objetivas, 5 relativas ao conhecimento da doença. Avaliados quanto a carga tabágica; história clínica de asma; frequência de exacerbação em 1 ano, classe de medicação e demonstração das etapas do uso da medicações. Submetidos também ao Teste de Função Pulmonar. **Resultados:** Dos 32 pacientes, 59,3% eram do sexo feminino com média de idade de 65.6 ± 9.2 anos; média de VEF1 de $54\% \pm 16.7\%$ e média da carga tabágica de 51.2 ± 37.3 m/a. Desses, 15,6% mantinham tabagismo. Nenhum possuía história de asma. Todos em tratamento com medicamentos inalados; 50% usando apenas formoterol e budesonida e 9.4% usavam formoterol, budesonida e tiotropio. Os outros em uso de formoterol, tiotropio ou glicopirronio isoladamente, ou em associação. 28.1% afirmam sempre comprar medicação; 25% compravam apenas quando tinham condições financeiras. 43.8% adquiriam pela Secretaria de Saúde. Observado que a dúvida mais frequente era sobre a cura da doença, 79% afirmavam existir a cura ou não sabiam responder sobre a sua possibilidade, desconhecendo tratar-se de uma doença crônica. Em relação ao uso correto da medicação, todos afirmavam que tinham recebido instrução prévia, mas 50% não revisavam o manejo do dispositivo. Dos que revisavam o manejo nas consultas, 75% acertaram todas as etapas do uso da medicação. Porém, dos que não revisavam o uso das medicações nas consultas, 68.8% obtiveram erro em alguma etapa do uso. Dos que adquirem a medicação pela Secretaria de Saúde, 100% já ficaram sem a medicação em algum momento por falha no fornecimento. 18,7% não sabem o significado de fisioterapia respiratória. 31,4% apresentaram pelo menos 1 exacerbação no último ano. Surpreendentemente, o maior número de exacerbações foi observado proporcionalmente naqueles pacientes que acertaram todas as perguntas relacionadas ao conhecimento da sua doença. **Conclusão:** O estudo ratifica a importância da revisão contínua do uso correto das medicações nas consultas. Apesar da constatação de que pacientes com conhecimento pleno da doença apresentaram 100% de adesão ao tratamento, não foi possível estabelecer correlação confiável entre conhecimento e o número de exacerbações, visto que o fornecimento descontinuado das medicações pela Secretaria de Saúde e o número da amostra inserida no estudo foram limitantes.

AP48 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR COM TREINAMENTO DE FORÇA E ENDURANCE EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

PRISCILA KESSAR CORDONI; SELMA DENIS SQUASSONI; LUCIENE COSTA BORTOLASSI; MONICA SILVEIRA LAPA; ELIE FISS
FMABC, SANTO ANDRÉ, SP.

Palavras-chave: Reabilitação pulmonar; dpoc; endurance

Introdução: A intolerância ao exercício é uma manifestação comum em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), o que contribui para o aumento da dificuldade no desempenho nas atividades de vida diária (AVD) e consequentemente uma redução da qualidade de vida. Esta intolerância pode ser atribuída à disfunção da musculatura periférica, caracterizada pela redução da força e da massa muscular, associadas à fadiga, à dispneia e ao sedentarismo. **Objetivo:** Verificar a evolução clínica de pacientes com DPOC que realizaram um Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) com exercícios anaeróbios em aparelhos e esteira rolante. **Métodos:** Fizeram parte desse estudo 15 pacientes com DPOC grau 3. Os pacientes realizaram exercícios na cadeira extensora, cadeira flexora, supino reto e pulley frente para fortalecimento de membros superiores (MMSS) inferiores (MMII) e 15 minutos de esteira. Os pacientes realizaram 3 sessões por semana, durante 10 semanas. **Resultados:** Todos os pacientes evoluíram no aumento da força muscular, aumentando progressivamente a carga. O treinamento aeróbico na esteira demonstrou resultado estatisticamente significativo na distância percorrida, avaliada pelo teste de caminhada, sendo $416,5m (\pm 47,1)$ na pré-reabilitação e $463,9m (\pm 66,4)$ na pós reabilitação ($p = 0,006$). **Conclusão:** Verificamos que o protocolo que utiliza treinamento muscular promove uma melhora geral no quadro clínico dos pacientes com resultado significativo no teste de caminhada.

AP49 QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE DPOC

AMANDA MONREAL MONREAL SANCHEZ MARTINELI; AMANDA AIMI; CAMILA ARTIJAS SILVA
UNIMAR, MARÍLIA, SP.

Palavras-chave: Dpoc; qualidade de vida; tabagismo

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) consiste em uma doença crônica e difusa de limitação do fluxo aéreo causada por exposições significativas a partículas e gases nocivos. Na DPOC tem-se bronquite crônica e enfisema pulmonar. Está entre as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Pode-se atribuir ao tabagismo a sua principal causa. Os principais sintomas que os pacientes apresentam são dispneia ao esforço, sibilos e tosse geralmente produtiva. A qualidade de vida num conceito genérico reflete a preocupação com a modificação e melhoria dos atributos de vida, por exemplo, ambiente, física, política, moral e social, ou seja, o estado geral de uma vida humana. Até há pouco tempo, somente questionários de saúde geral eram utilizados e só mais recentemente foram desenvolvidos os questionários doença-específicos. Um dos principais questionários relacionados com as doenças respiratórias é o Questionário de Saint George na doença respiratória (SGRQ). **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de portadores de DPOC em relação à idade, carga tabágica, tratamento e ao tempo de diagnóstico. **Métodos:** É um estudo observacional descritivo e transversal realizado por meio de aplicação do SGRQ à pacientes atendidos no Ambulatório de Pneumologia da Universidade onde os participantes foram convidados a responder o questionário. **Resultados:** A amostra constitui em 70 pacientes, sendo 35 homens e 35 mulheres com idade média de 65,6 anos, carga tabágica de 44,2 M/A e tempo de diagnóstico de 4,8 anos. Encontramos

48 pacientes (69%) em uso regular de medicação prescrita (grupo tratado GT) e 22 (31%) em uso irregular ou mesmo sem medicação (grupo não tratado GNT). O questionário apresenta uma pontuação de 0 a 100, sendo 0 melhor qualidade de vida e 100 a pior qualidade de vida. Apontuação média quanto a qualidade de vida nas diferentes dimensões estudadas (Sintomas, Atividades, Impacto e Total) para o GT e GNT foram respectivamente: (31,94;52,25;33,95;40,07) e (43,07;57,17;34,03;41,14). Pudemos observar também que as médias de idade, carga tabágica e tempo de diagnóstico no GNT foram 67,66;60,0;2,0 em comparação com 63,87;37,97;5,8 do GT. Quando comparamos as diferentes dimensões entre o GT e GNT, encontramos diferença estatisticamente significativa na dimensão de sintomas, sendo pior no GNT, entretanto não houve diferença significativa na de atividade, impacto e total. o GNT apresentou também uma média maior quanto a exposição ao cigarro e menor quanto ao tempo de diagnóstico. Na idade não houve diferença e neste grupo tivemos mais pacientes do sexo masculino. Os resultados foram analisados de acordo com o tipo de amostra paramétrica ou não paramétrica com o auxílio de aplicativos EXCEL e BIOSTAT 5.0. **Conclusão:** Os pacientes portadores de DPOC apresentam deterioração de sua qualidade de vida. Apesar de estarem em acompanhamento, encontramos 31% de amostra sem tratamento adequado, tendo uma pior qualidade de vida quando a dimensão de sintomas.

AP50 CORRELAÇÃO ENTRE A FORÇA MUSCULAR PERIFÉRICA E A DISTÂNCIA NO TC6M EM PACIENTES COM DPOC

YVES RAPHAEL DE SOUZA; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; KENIA MAYNARD DA SILVA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; DIEGO CONDESSO; MANOEL FIGUEIREDO; BIANCA FIGUEIRAS UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Força muscular; tc6; dpoc

Introdução: A DPOC é caracterizada por uma obstrução crônica ao fluxo aéreo, decorrente de uma resposta inflamatória anormal das vias aéreas e pulmão, e com o agravamento da doença apresenta uma restrição do fluxo aéreo expiratório, hiperinsuflação e alterações nas trocas gasosas, fazendo com que os indivíduos com DPOC apresentem algumas alterações com a disfunção muscular esquelética resultando em limitações da capacidade física e funcional. Em alguns estudos foi verificado que pacientes com DPOC apresentam redução de força muscular global, com grande importância para a diminuição de força dos membros superiores colaborando para a baixa qualidade de vida e o aumento da mortalidade desta população. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional dos pacientes e quantificar a força muscular periférica através da força de preensão palmar, buscando uma possível correlação entre essas medidas.

Método: Foram avaliados 15 pacientes com mais de 40 anos de idade, com diagnóstico de DPOC de acordo com o GOLD 2017, de ambos os gêneros, utilizando Teste de Função Pulmonar para controle clínico, Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6M) seguindo as diretrizes da American Thoracic Society/European Respiratory Society (ATS/ERS), e medida da força muscular periférica pela força de preensão palmar (FPP) utilizando um dinamômetro analógico. Os dados foram tratados estatisticamente utilizando medidas de correlação.

Resultados: Os pacientes avaliados apresentaram média de VEF1 = $44 \pm 14\%$, média da distância no TC6M (DTC6M) = $434 \pm 64m$, e média da FPP = 27 ± 4 Kg/força. Quando correlacionados DTC6M e FPP, encontramos $r = 0,577$ com $p\text{-valor} = 0,0241$, mostrando uma moderada correlação entre as medidas. Além disso, encontramos uma possível tendência na relação entre a DTC6M e a FPP quando

subdividimos o grupo baseado nos valores da FPP. Até 20Kg/força (DTC6M = $403 \pm 20m$), até 25Kg/força (DTC6M = $428 \pm 22m$) e até 35Kg/força (DTC6M = $469 \pm 21m$). **Conclusão:** Existe uma correlação moderada entre a DTC6M e a FPP em pacientes com DPOC estável. Além disso, foi identificado neste grupo de pacientes estudados uma possível tendência de relação entre essas medidas, com um corte de $\geq 25m$ a cada 5Kg/força.

AP51 ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO COM EXACERBAÇÕES NA DPOC

KÁSSIA VALÉRIA ARAÚJO DUTRA; VALERIANA DE CASTRO GUIMARAES; MARCELO FOUAD RABAH; JOÃO VICTOR BOMTEMPO DE CASTRO; MARCELA IBANHES MOYA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Refluxo gastroesofágico; dpoc; deglutição

Introdução: Aproximadamente 4 milhões de óbitos anuais são causados pelas doenças respiratórias representando um grande impacto a saúde mundial. Dentre as 30 causas mais recorrentes de morte no mundo a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) representa terceira causa, aproximadamente 65 milhões de pessoas sofrem com a doença. A DPOC configura-se uma obstrução ou limitação do fluxo aéreo prevenível e tratável, porém não é totalmente reversível. A respiração e a deglutição são processos intrinsecamente interligados pois necessitam da realização combinada de ações complexas das estruturas de proteção das vias aéreas durante a deglutição. Alguns autores verificaram uma associação entre a alteração do reflexo de deglutição e DRGE. O refluxo gastroesofágico (RGE) é caracterizado pelo movimento da substância gástrica na área laringofaríngea. Quando a substância gástrica causa uma afecção crônica na região da mucosa do trato aerodigestivo superior é denominada doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Estudos concluíram que os episódios de exacerbações da DPOC e os distúrbios no reflexo de deglutição podem estar relacionados ao DRGE ampliando a probabilidade de colonização bacteriana impactando na qualidade de vida do indivíduo acometido. **Objetivo:** Verificar o impacto da DPOC na qualidade de vida do indivíduo por meio do Questionário de Sintomas Respiratórios – CAT e destes identificar a presença da DRGE. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional prospectivo de avaliação de pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia do Hospital das Clínicas da UFG com diagnóstico de DPOC. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa nº000000, no período de X Aa Y. Para realizar a avaliação da deglutição foi aplicado o protocolo de avaliação funcional da deglutição (AFD) e o Questionário de Sintomas Respiratórios- CAT. Serão apresentados resultados iniciais. **Resultados:** Foram avaliados 34 pacientes sendo estes 41,1% homens e 58,8% mulheres, na faixa etária x, de acordo com o questionário CAT 29, 4% apresentaram moderada, 26,4% grave e 20,7% leve; destes 14,7% relataram ter a DRGE. Os que apresentaram a DRGE associada 60% apresentaram CAT grave e muito grave. **Conclusão:** Os resultados constatarem grande impacto na qualidade de vida dos pacientes avaliados uma vez que mais de 60% aresentaram CAT de moderado a muito grave. Contudo, como os resultados são preliminares é prematuro afirmar que os dados encontrados corroboram com a literatura que aponta uma relação entre a DRGE e a exacerbação da DPOC. Verifica-se ser pertinente estudos mais aprofundados sobre a correlação entre DRGE, doença pulmonar obstrutiva crônica e alteração de deglutição.

AP52 PNEUMOTÓRAX RECORRENTE E LESÕES CÍSTICAS PULMONARES: RELATO DE CASO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

RAFAEL HAHN; LUCIANO BAUER GROHS; RENATA FRAGOMENI ALMEIDA; ROBERTA CASTILHOS DA SILVA; EDUARDO COMAZZETTO DOS REIS; ANELISE CHIESA WEINGARTNER; THIAGO LUCAS BASTOS DE MELO; LETÍCIA SARTORI SARTORI SIMONAGGIO HOSPITAL POMPEIA, CAXIAS DO SUL, RS.

Palavras-chave: Dpoc; birt hogg dube; pneumotórax

Introdução: A síndrome de Birt-Hogg-Dubé é definida por fibrofoliomas (lesões cutâneas), múltiplos cistos pulmonares, pneumotórax espontâneo e neoplasia renal. Atualmente, cerca de 200 famílias apresentam o gene que expressa a doença. Caracterizado por ação autossômica dominante, expresso no locus cromossômico 17p11,2, provocando mutação no gene Folículo (FLCN). Essa proteína tem ação desconhecida. O diagnóstico é relativamente difícil e na maioria das vezes passa despercebido, visto a expressão clínica ser de grande variabilidade, não sendo obrigatório todos achados, simultaneamente e também devido a variabilidade das manifestações, principalmente cutâneas. Em virtude disso, vê-se a necessidade da associação da clínica e do resultado de testes genéticos, a alteração do gene FLCN, único gene conhecido e relacionado a Birt-Hogg-Dubé. **Relato de caso:** Paciente feminina, 48 anos, com diagnósticos prévios de refluxo gastroesofágico e hipotireoidismo, com história de internação há seis meses por dor retroesternal com investigação cardiológica negativa, busca atendimento por dor torácica ventilatório-dependente, de caráter agudo e início súbito. Identificado pneumotórax extenso à direita, presença de múltiplas lesões sugestivas de cistos (na verdade, eram blebs e bolhas subpleurais) em lobo médio e lobos inferiores, sendo submetida a toracotomia direita, com ressecção de lesões bolhosas (bulectomia). Durante a internação, apresentou pequeno pneumotórax à esquerda, com tratamento conservador. No retorno ambulatorial, segunda consulta pós-operatória identificado novo pneumotórax à direita, sendo desta vez submetida a nova internação com vistas a pleurodese. Em virtude da melhor investigação clínica, diagnósticos diferenciais foram estudados e investigados, sendo então necessário a realização de biópsia de lesões cutâneas. Laudo dessa compatível com fibrofolioma. **Discussão:** A hipótese diagnóstica inicial foi de linfangioleiomiomatose, a qual não foi confirmada. Análise do material ressecado foi encaminhada para revisão em serviço de referência em patologia, que identificou: "blebs pleurais com pleurite eosinofílica reativa e poucos "cistos" pulmonares de difícil classificação. Foi considerado que esses "cistos" poderiam corresponder a algum tipo de tumor não-epitelial metastático de baixo grau, o que foi descartado pelo patologista. A distribuição radiológica da doença e os achados patológicos são sugestivos de Birt-Hogg-Dubé, embora não diagnósticos. A síndrome tem associação com fibrofoliomas, confirmados em biópsia em nossa paciente, e tumores renais. A síndrome apresenta além do quadro pulmonar e cutâneo, risco aumentado para tumores renais, inclusive neoplásicos. A referida paciente apresenta cisto simples renal, identificado em exame de imagem prévio. A confirmação do diagnóstico da síndrome é através de estudo genético, o qual não é disponível no Brasil.

AP53 RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS COM DPOC ATENDIDOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ISABELA CRISTINA DUARTE ARAÚJO¹; ISABELE CAROLINE GOMES FADIN¹; TAYNA CRISTINO MARQUES¹; WEBER GUTEMBERG ALVES DE OLIVEIRA¹; NATÁLIA DE SOUZA PONTES²; IARA BURIOLA TREVISAN²; DIONEI RAMOS²; ALINE DUARTE FERREIRA CECCATO¹
1. UNOESTE - UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA, PRESIDENTE PRUDENTE, SP; 2. FCT-UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; idoso; acidentes por quedas

Introdução: O envelhecimento acarreta uma série de modificações tanto morfológicas quanto funcionais que levam a diminuição da capacidade funcional do indivíduo, particularmente associada às condições de doenças crônicas, crises ou perdas. A perda de massa e redução da força muscular estão presentes e se relacionam com alterações na mobilidade, equilíbrio estático e funcional, e podem se tornar fatores potenciais para riscos de quedas nesta população. A literatura aponta uma maior prevalência de quedas em idosos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), devido às manifestações pulmonares e extrapulmonares da doença, como a dispnéia e atrofia muscular periférica acarretando fraqueza muscular em extremidades inferiores. Tais alterações contribuem para a limitação física e declínio funcional do doente, aumentando o risco de quedas. **Objetivo:** Analisar o risco de quedas em idosos com DPOC atendidos em unidades de saúde da família. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal com a participação de 20 idosos, 55% homens e 45% mulheres, assistidos em Unidades de Estratégia Saúde da Família na cidade de Presidente Prudente/SP. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unoeste (Protocolo n. 56724616.9.0000.5515/3239). Os idosos foram divididos em dois grupos: G-DPOC (n = 10; 73,6 ± 7,71 anos), idosos com diagnóstico clínico de DPOC e grupo controle (GC; n = 10; 69,7 ± 6,17 anos), idosos saudáveis. Foram avaliados o equilíbrio estático com o teste de Romberg, o equilíbrio funcional com a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e a mobilidade funcional por meio do teste Time Up & Go (TUG). O teste qui-quadrado foi realizado para comparar os dados categóricos. A análise intergrupos foi verificada pelo teste t de student para amostras independentes ou teste Mann-Whitney. Foi realizada correlação das variáveis a partir do teste de Pearson ou Spearman. O valor de significância foi de p < 0,05. **Resultados:** o hábito tabagístico entre os grupos apresentou diferença significativa (0,0003), G-DPOC com 60% de idosos ex-fumantes e 40% de idosos fumantes; e GC com 10% ex-fumantes e 90% não fumantes. Como esperado, a espirometria constatou a presença de distúrbio ventilatório obstrutivo apenas no G-DPOC. Em relação ao equilíbrio estático e funcional, apenas o G-DPOC apresentaram risco de quedas (Romberg = 20%; EEB = 30%, respectivamente). O TUG do G-DPOC foi maior comparado ao GC (13,3 ± 4 vs 10,3 ± 3 segundos; p = 0,095). Além disso, no G-DPOC houve correlação negativa entre o EEB e TUG (r = 0,826; p = 0,005), indicando que quanto menor a pontuação na EEB maior o tempo na execução do TUG. **Conclusão:** neste estudo os idosos com DPOC apresentaram maior risco de quedas em comparação aos idosos saudáveis.

AP54 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DO CONHECIMENTO SOBRE DPOC PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ERIKSON CUSTÓDIO ALCÂNTARA¹; KRISLAINE DE SOUSA CORRÊA²; MARCELO FOUDAD RABAH³

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS - UEG, GOIANIA, GO; 2. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; inquéritos e questionários; atenção primária à saúde

Introdução: Embora existam alguns instrumentos específicos para avaliar o impacto da DPOC no paciente, não são descritos na literatura instrumentos validados para medir o conhecimento de profissionais da Atenção Primária sobre DPOC. O processo de elaboração e validação, para um grupo de profissionais da saúde com níveis de instrução

tão heterogêneos é um desafio. Há de se considerar itens de assuntos diversos para contemplar os diferentes atores envolvidos no processo de cuidar na Atenção Primária.

Objetivo: Detalhar o processo de elaboração e validação de um questionário para avaliar o conhecimento sobre a DPOC para os profissionais da Atenção Primária. **Métodos:** Estudo metodológico, ser membro efetivo da equipe de Atenção Primária à Saúde. Para o processo de elaboração, delimitou-se o referencial teórico, seguiu as orientações do *Designing Questionnaires and Interviews*. O questionário foi estruturado em quatro partes: (1) orientações gerais para ser respondido, (2) identificação do participante, (3) tempo de preenchimento e (4) dezesseis itens sobre DPOC. No processo de escolha dos itens, considerou-se os principais aspectos sobre: prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento. Após essa etapa, o questionário passou por um processo denominado de validação semântica, e posteriormente por averiguação da reprodutibilidade (Kappa) e confiabilidade (alfa de Cronbach). **Resultados:** Participaram do estudo 88 profissionais da Atenção Primária. O predomínio do nível de escolaridade foi o ensino médio 54,5%. A validação semântica foi conduzida por sete juízes, três itens (57,1%) passaram por reformulação frásica. A reprodutibilidade inferiu a proporção de variabilidade total atribuída ao questionário, mais de 70% dos itens apresentaram $K = 0,61 - 0,88$, refere-se a concordância entre os sujeitos da pesquisa. A confiabilidade é o grau com que os itens do questionário estão correlacionando entre si (α Cronbach = 0,76), sobretudo, com o resultado geral do escore total do questionário, este caracteriza a estabilidade dos itens do questionário. **Conclusão:** O processo de elaboração do questionário seguiu recomendações internacionais. E a validação apresentou resultados satisfatórios na reprodutibilidade e confiabilidade.

AP55 EFEITO DE VIDEOAULAS SOBRE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ERIKSON CUSTÓDIO ALCÂNTARA¹; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA²; JOSÉ ROBERTO JARDIM³; MARCELO FOUAD RABAHI⁴

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS - UEG, GOIÂNIA, GO;
2. PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO;
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP;
4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; educação médica; atenção primária à saúde

Introdução: A videoaula é um sistema de multimídia, com narração de texto e ilustração, capaz de promover oportunidades para construção do conhecimento. O déficit de conhecimento sobre DPOC entre os profissionais da Atenção Primária contribui para pior assistência, sobretudo, o desconhecimento de sinais e sintomas, reduz adesão ao tratamento e falta de autocuidado. **Objetivo:** Acompanhar o efeito de videoaulas, como instrumento de educação em saúde para profissionais da Atenção Primária sobre DPOC. **Métodos:** Estudo quase experimental, participaram 38 profissionais da Atenção Primária à Saúde, na cidade de Goiânia. O nível de conhecimento sobre DPOC foi medido pelo QAP-DPOC antes, logo após e três meses após a capacitação. Utilizou-se seis videoaulas em um modelo padrão, abordando os aspectos de prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento. No final de cada videoaula um facilitador permaneceu em sala para responder eventuais dúvidas sobre os temas abordados. Para o análise dos dados, aplicou-se o teste de Friedman, Tukey a posteriori e correção de Bonferroni. Foi adotado 5% como nível de significância. **Resultados:** A idade média dos participantes

foi de $40,2 \pm 12,3$ anos e o tempo de atuação na Atenção Primária foi $128,5 \pm 118,5$ meses. Quatorze itens do questionário apresentou diferença significativa antes e logo após a capacitação. O escore total do conhecimento antes da capacitação foi 60 pontos e imediatamente após aumentou para 77 ($p < 0,001$). Na análise temporal do conhecimento, após três meses de capacitação manteve-se o nível de conhecimento adquirido com as videoaulas.

Conclusão: As videoaulas devem ser consideradas como instrumento de educação em saúde, pois aumentou o conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre os aspectos: prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento na DPOC, sobretudo a manutenção do conhecimento na escala temporal de três meses.

AP56 AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE UM PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

LORRAINE BARBOSA CORDEIRO; DANIELLA ALVES VENTO; HENRIQUE POLETTI ZANI; LARA DE CASTRO ÁVILA; VIVIANE SOARES

CENTRO UNIVERSITÁRIO- UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO.

Palavras-chave: Dpoc; fisioterapia; reabilitação pulmonar.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença inflamatória das vias aéreas com declínio progressivo e irreversível da função pulmonar causada pela obstrução das vias aéreas e destruição do parênquima. O benefício notável da reabilitação destes pacientes e a melhora na tolerância ao exercício e qualidade de vida. **Objetivos:** Avaliar a efetividade de um protocolo de Reabilitação Pulmonar em portadores de DPOC. **Métodos:** Portadores de DPOC foram submetidos à avaliação pré e pós programa de reabilitação pulmonar, foram realizadas avaliações das variáveis cardiorrespiratórias, frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), pressão arterial (PA), saturação periférica de oxigênio (SpO₂), além dos testes de manovacuometria, espirometria, teste de caminhada de 6 minutos (TC6) ou teste de marcha estacionária de 2 minutos (TME2). Foi aplicada a escala de dispneia do Medical Council Research (MRC) e o DPOC assessmet test (CAT). O protocolo foi realizado durante 12 semanas, duas vezes semanais na Clínica Escola UniFisio da UniEvangélica, Anápolis-GO, associado a exercícios não supervisionados em casa. O protocolo consistiu de: 5 minutos de reeducação diafragmática contra resistência (1 kg); 10 minutos de fortalecimento respiratório com 30% carga máxima; 5 minutos de exercícios abdominais; 10 minutos de exercícios resistidos na PNF diagonal de MMSS e MMII (carga 50% da máxima); 15 minutos de ergometria (bike, esteira, ciclo ergômetro, intensidade de 50-70% da FC máxima); 5 minutos de relaxamento. **Resultados:** Foram submetidos ao estudo 9 pacientes, sendo 44,4%(4) do sexo masculino e 55,6% (5) feminino, com idade média de $75,22 \pm 7,56 \pm$ anos. Destes 55,6% (5) pacientes apresentaram tosse, relataram a prática de atividade física 33,3%(3) e 22,2% (2) são tabagistas. Houve relato de crises de exacerbação em 66,7% (6). Durante o período de seguimento do protocolo, um paciente foi excluído pelo motivo de óbito. Logramos resultados de melhora em todas as variáveis estudadas, porém apenas as variáveis sendo pico de fluxo expiratório (PFE) ($p < 0,04$), pressão inspiratória máxima (PiMAX) ($p < 0,02$), CAT ($p < 0,04$), MRC ($p < 0,01$) e o TME2 ($p < 0,04$) apresentaram melhora significativas. **Conclusão:** O protocolo de tratamento evidenciou melhoras significativas, portanto efetividade. Estes são dados parciais, a amostra está sendo aumentada o que possivelmente produzirá impactos significativos nas demais variáveis.

AP57 AVALIAÇÃO POSTURAL DOS PACIENTES COM DPOC: UM OLHAR SOBRE A FORÇA MUSCULAR, PROTRAÇÃO DOS OMBROS E O CENTRO DE GRAVIDADE CORPORAL

DIEGO CONDESSO; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; KENIA MAYNARD DA SILVA; YVES RAPHAEL DE SOUZA; BIANCA FIGUEIRAS; GIULIA AVOLIO; MANOEL FIGUEIREDO; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Postura; reabilitação; dpoC

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença tratável com repercussão em todo o corpo, ocasionando diminuição da capacidade funcional. O paciente com DPOC apresenta como principais alterações posturais a cifose torácica, promovendo a protração dos ombros, projeção anterior da cabeça e flexão do tronco, alterando o centro de gravidade, que pode prejudicar o desempenho muscular global, além da perda da força muscular periférica, podendo acentuar o risco de queda nesses pacientes. A alteração postural pode alterar a mecânica muscular respiratória. Estudos sugerem que existe uma relação íntima entre postura e respiração. **Objetivo:** Correlacionar a protração dos ombros com a projeção do centro de gravidade e a força muscular periférica em pacientes com DPOC. **Método:** Foram selecionados 4 pacientes provenientes do ambulatório da Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), de acordo com critérios estabelecidos pelo Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Foram submetidos a avaliação postural por fotogrametria pelo Software de Avaliação Postural (SAPO) utilizando medidas de projeção do centro de gravidade (deslocamento anterior), o ângulo entre o processo espinhoso de C7 e o acrômio no eixo horizontal (protração dos ombros). A mensuração da força muscular periférica através de dinamometria de preensão palmar realizou-se por dinamômetro Jamar (Paterson Medical).

Resultado: A Protração dos ombros apresentou acentuada angulação nos pacientes com DPOC (168 ± 14), importante desvio anterior do centro de gravidade ($1,8 \pm 0,5$), média de força muscular periférica de 25 ± 2 . Encontrou-se forte correlação entre protração dos ombros com alteração do centro de gravidade, $r = 0,858$, e moderada correlação com a força de preensão palmar, $r = 0,631$. **Conclusão:** Trata-se de um estudo piloto, que necessita maior número de pacientes, mas sugere que as alterações posturais podem influenciar a capacidade funcional e respiratória desses pacientes.

AP58 PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM DPOC ATENDIDOS AMBULATORIALMENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ELCINEIDE SOARES DE CASTRO¹; LUMA MARIA TAVARES DE SOUSA²; LIA DE OLIVEIRA DOMINGUES²; ISABELLE MENESES DA PONTE²; MATHEUS COUTO FURTADO ALBUQUERQUE²; CAIO CÉSAR JUCÁ LUCENA²; MIGUEL NORONHA FILHO²; KARLA PINHEIRO AFONSO²

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CÂNTIDIO, FORTALEZA, CE; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Dpoc; comorbidade; hospital universitário

Introdução: A principal característica da DPOC é a obstrução crônica ao fluxo aéreo que tem impacto sistêmico e evolução progressiva, sendo um importante problema de saúde que se estima será a quinta principal causa de incapacidade e a terceira principal causa de mortalidade no mundo até 2020. O perfil típico dos pacientes com DPOC inclui comorbidades múltiplas, dentre as quais as doenças cardiovasculares destacam-se como importante causa de hospitalização e óbito. **Objetivos:** Avaliar o perfil dos

pacientes portadores de DPOC atendidos pelo ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Walter Cântidio (HUWC) – principalmente quanto às suas comorbidades e à intensidade com que a Doença Pulmonar os afeta.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal com pacientes portadores de DPOC atendidos no HUWC, durante o ano de 2017. Os pacientes foram avaliados por acadêmicos através de questionários clínicos padronizados (como o Questionário de Avaliação da DPOC – CAT) e também foi feita a classificação de limitação do fluxo aéreo do GOLD 2017, chamados de Graus Espirométricos GOLD 1, 2, 3 ou 4. Após o preenchimento dos dados, é realizada uma intervenção, na qual são propostos hábitos de vida mais saudáveis, além de elucidadas dúvidas sobre a doença que os pacientes porventura apresentem.

Resultados: Foram avaliados 21 pacientes portadores de DPOC, sendo que 52,4% são do sexo masculino e 47,6% são do sexo feminino. A idade média é de 70,62 (DP: $\pm 7,194$) anos. Cerca de 14,3% apresentam algum tipo de cardiopatia, 23,8% além da DPOC, têm diabetes e 57,1% do total são comprovadamente hipertensos. Com relação ao número de exacerbações prévias, 38,1% não apresentam nenhuma ocorrência, enquanto 47,6% registraram de 1 a 3 casos e 14,3% 10 ou mais episódios. O valor médio da relação VEF1/CVF é de 0,548 (DP: $\pm 0,124$). Ademais, no questionário CAT, 35% registraram até 9 na escala, 30% de 10 a 20 e 35% acima de 20 pontos, sendo o escore médio de 14,75 (DP: $\pm 8,6$). Por fim, de acordo com a classificação utilizada pelo documento GOLD, 38,2% foram classificados como Grau Espirométrico GOLD 1, 19% como Grau Espirométrico GOLD 2, 33,3% categorizava-se como Grau Espirométrico GOLD 3 e 9,5% como Grau Espirométrico GOLD 4, este que indica o mais grave grau de alteração espirométrica. **Conclusão:** Percebe-se um alto índice de hipertensão nos pacientes atendidos no ambulatório, assim como notável impacto causado no cotidiano dos mesmos. Conhecendo tais características, podem ser promovidas intervenções mais aplicáveis ao público-alvo, bem como uma atenção diferenciada aos pacientes com maiores complicações clínicas.

AP59 EFEITOS DO TREINAMENTO COMBINADO SOBRE A FORÇA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSO COM DPOC: ESTUDO DE CASO

JESSICA SOUZA SILVA¹; GIOVANA MIKI FERNANDES ITO¹; LARA REGINA DA COSTA ALEXANDRE¹; LAYLA PRADO COTRIM¹; WEBER GUTEMBERG ALVES DE OLIVEIRA¹; DIONEI RAMOS²; ALINE DUARTE FERREIRA CECCATO¹

1. UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE, SP; 2. FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP.

Palavras-chave: Dpoc; idoso; exercício

Introdução: O envelhecimento traz várias modificações, entre as quais o declínio progressivo das funções fisiológicas do organismo. Tanto o treinamento de força quanto um programa de resistência aeróbica são importantes para evitar o declínio funcional associado à idade, principalmente quando associada às doenças crônicas, como a DPOC. O objetivo desse estudo foi avaliar os efeitos do treinamento combinado sobre a força muscular e capacidade funcional de um idoso com DPOC. **Relato do Caso:** idoso do sexo masculino, com 70 anos de idade, eutrófico (IMC = $19,725 \text{ kg/m}^2$), com hipertensão arterial e doenças vasculares, fumante há 52 anos (8 cigarros/dia) foi convidado a participar do estudo. O idoso era frequentador de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade de Presidente Prudente/SP. Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 63119916.2.0000.5515/3603) sob a resolução 466/12 do CNS. O treinamento combinado foi

executado na Academia da Terceira Idade (ATI) vinculada à ESF, com frequência de duas vezes semanais por oito semanas, duração de 70 minutos envolvendo aquecimento global, exercícios aeróbicos e resistidos, e desaquecimento. A Escala de Borg Modificada foi utilizada para avaliação da percepção do esforço e grau de dispnéia. Inicialmente foram obtidos dados pessoais, sinais vitais, dados antropométricos e avaliação da função pulmonar por meio da espirometria. A capacidade funcional foi avaliada por meio do teste de caminhada de seis minutos (TC6') e Pegboard and Ring Test (PRT). A força muscular de membros superiores foi avaliada pelo teste Resisfor e de membros inferiores pelo Teste Sentar e Levantar (TSL). Como resultados, foi observado que no TC6' o idoso apresentou redução em 4% do desempenho quando comparado com a avaliação inicial. Já no PTR, houve aumento do desempenho em 56%. A força de membros superiores obteve melhora de 112% e aumento de 12,5% na força de membros inferiores. **Discussão:** O treinamento combinado já foi demonstrado ser fisiologicamente completo, nesse sentido, o fortalecimento muscular pode melhorar a tolerância ao exercício e a função pulmonar. Foi observado que o treinamento combinado não resultou em melhora da capacidade funcional neste estudo. Entretanto, é necessário que tal prática seja incluída como estratégia de rotina por meio de programas de reabilitação pulmonar, considerando os benefícios do treinamento na força muscular. A ATI mostrou-se um ótimo recurso para mudança do estilo de vida dos idosos, e por ser de fácil acesso, promove o convívio social, item importante para o bem estar emocional do idoso. **Conclusão:** O treinamento combinado proporcionou aumento da força muscular do idoso com DPOC, porém, sugere-se a condução de novos estudos com um maior número de idosos.

AP60 CORREÇÃO CIRÚRGICA DA SÍNDROME DE POLAND COM ENXERTO AUTÓLOGO DE ARCO COSTAL E ESTERNO E RETALHO MUSCULAR EM LACTENTE DE 45 DIAS DE VIDA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RECIFE – PERNAMBUCO, BRASIL

WOLFGANG WILLIAM SCHMIDT AGUIAR; DIEGO MONTARROYOS SIMÕES; NATHALIA DUARTE SILVA; ARUSKA MANUELLY DE OLIVEIRA VITAL; ISABELLE GIRÃO VIOLET GUERREIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Poland; parede torácica; rotação muscular EMC, 45 dias, parto vaginal, peso 3300 g, comprimento 49 cm, perímetro cefálico 36 cm, perímetro torácico 35 cm, Apgar 9/9, idade gestacional 40 semanas e 2 dias. Ao nascimento, apresentou desconforto respiratório, taquipnéia, gemência, dificuldade na amamentação com engasgos frequentes e assimetria torácica com depressão à esquerda. Iniciada investigação e afastadas causas pulmonares. Foi realizada radiografia de tórax, que evidenciou dextrocardia e assimetria nos arcos costais à esquerda. Encaminhado no 13º dia de vida ao Serviço de cCirurgia Torácica do HUOC/UPE. Realizada TC Tórax com reconstrução 3D de arcos costais, que evidenciou mal formação de arcos costais à esquerda, sem aproximação dos mesmos com o esterno, agenesia de músculo peitoral maior, ausência do tecido mamário e adiposo à esquerda. Ecocardiograma transtóraco não evidenciou alterações além da dextrocardia. Pelo desconforto respiratório e disfagia, foi programada abordagem cirúrgica no quadragésimo quinto dia de vida. Realizada esternotomia mediana com exposição da falha, evidenciada ausência do músculo peitoral maior e falha no fechamento dos sétimo, oitavo e nono arcos costais esquerdos. Optado por enxerto de pericôndrio, retirado do arco costal de limite superior à

falha (3,0 x 0,5 cm) e enxerto de esterno (3,5 x 0,8 cm). Realizado descolamento e rotação do músculo grande dorsal e fixação em face medial do músculo peitoral maior direito, para correção da assimetria torácica e proteção da perde torácica e do enxerto de pericôndrio. A Síndrome de Poland é uma doença genética rara caracterizada por ausência do músculo peitoral maior. Ainda com causa indefinida, acredita-se na teoria proposta por Bavinck e Weaver, que há interrupção do suprimento de sangue embrionário para as artérias subclávias, antes da formação do ramo torácico interno, na sexta semana de desenvolvimento embrionário, levando ao não desenvolvimento de estruturas dependentes desse aporte sanguíneo. Pode apresentar diversas variações, tendo constante somente a agenesia do músculo peitoral maior. Pode se apresentar com alterações ósseas, alterações cardiovasculares como dextrocardia e mal formação arteriovenosas, alterações no membro superior ipsilateral como sindactilia, brandidactilia ou hipoplasia muscular. Na maioria dos casos, o tratamento é realizado mais tardiamente, dependendo do grau de acometimento, uma vez que, na maior parte dos casos, não há comprometimento funcional desses pacientes. Contudo, nesse caso, o paciente evoluiu desde o nascimento com desconforto respiratório e disfagia, além de importante assimetria com depressão torácica. O tratamento cirúrgico possibilitou correção dos distúrbios respiratórios, já que ventilação efetiva depende de adequada função da musculatura respiratória e da caixa torácica íntegra, além melhorar os demais sintomas. Paciente teve ótima evolução pós-operatória, com melhora importante do padrão respiratório, favorecendo um desenvolvimento mais sadio.

AP61 PNEUMONIA INTERSTICIAL ATÍPICA POR LEGIONELLA SP EM PACIENTE COM DEFICIÊNCIA CONGÊNITA DE SURFACTANTE

LEONARDO DE MOURA VOLPI; PEDRO DE SOUZA LUCARELLI ANTUNES; SUZETTE MATIKO SASAGAWA; LÚCIA MARA JENNE MIMICA; FABIOLA DEL CARLO BERNARDI; ROBERTO STIRBULOV
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Pneumonia; deficiência de surfactante; legionella sp

Introdução: Legionella spp. são bacilos anaeróbios Gram-negativos, colonizadores intracelulares de macrófagos, associados a 1 a 9% dos casos de Pneumonias Adquiridas na Comunidade. O surfactante pulmonar é um líquido tensoativo produzido pelos pneumócitos II, cuja porção hidrofílica é responsável pelas propriedades imunomodulatórias, intimamente relacionadas ao gênero Legionella. Desta forma, deficiências de surfactante associam-se ao desenvolvimento de pneumonias por agentes atípicos e devem ser consideradas frente a criança pneumopata. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 2 anos e 4 meses, nascido pré-termo, apresentou tosse, desconforto respiratório e febre, levando a hipótese de broncopneumonia, tratada empiricamente. Cinco dias depois, com piora, foi internado e intubado em UTI por um mês, sob cefalosporina de 4ª geração e glicopeptídeo. No segundo mês, evoluiu com pneumotórax à direita, drenado, e mudança de aspecto da secreção traqueal, incitando reintubação e troca da cefalosporina por carbapenêmico. Encaminhado ao nosso serviço, foi aventada hipótese de Pneumonia Intersticial por agente atípico, após descartadas imunodeficiências primárias e secundárias. O lavado brônquico evidenciou crescimento de Legionella sp, instituindo-se terapia com quinolonas. Evoluiu com leucocitose neutrofílica (21.500 leucócitos – neutrófilos

93,7%, linfócitos 5,2%, monócitos 1,1%), sendo realizada biópsia pulmonar, que apresentou marcação imuno-histoquímica para SP-A presente fracamente e apenas no espaço alveolar, sugerindo Deficiência Congênita de Surfactante. Foi então associado Ranitidina, Prednisolona, Cloroquina e Albendazol ao tratamento, sendo autorizada alta hospitalar na semana seguinte, sob gasometria normal, com Cloroquina, Prednisolona, Azitromicina. **Discussão:** O diagnóstico de *L. pneumophila* em crianças é raro. Logo, a internação deve-se a pneumonias de repetição associadas à imunodeficiência, equanto a infecção por *L. pneumophila* teria ocorrido no contexto hospitalar, dada a associação deste patógeno à colonização de tubos orotraqueais e a leucocitose neutrofílica, característica do quadro, só apresentada cinco meses após a internação. Nesta infecção, o surfactante tem papel direto e indireto na defesa, através da interação proteína SP-A/B-LPS bacteriano, que otimiza a função fagocítica, e das colectinas, estimulando a fusão do fagossomo contendo a *Legionella* ao lisossomo. As Deficiências de Surfactante dos componentes hidrofílicos, imunologicamente ativos, são, portanto, de diagnóstico obscuro, feito a partir da suspeita de infecções de repetição sem imunodeficiências associadas e confirmada pela análise imunohistoquímica. Desta forma, é importante a consideração da Deficiência de Surfactante no manejo de pacientes pediátricos com pneumopatias infecciosas, uma vez que estão sujeitos a infecções por agentes etiológicos pouco comuns e não abrangidos nos protocolos de tratamento empírico, influenciando radicalmente no prognóstico deste.

AP62 DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE MALFORMAÇÃO ADENOMATOIDE CÍSTICA ACOMETENDO APENAS UM DOS FETOS DE UMA GESTAÇÃO GEMELAR: IMPLICAÇÕES PARA O MANEJO E O PROGNÓSTICO

ANDRESSA GABRIELA DOS SANTOS LERSCH¹; GABRIEL BAGGIO¹; THIAGO GABRIEL RAMPELOTTI¹; MARINE MARINHO DEL MASCHI¹; MARCO AURÉLIO FARINA JÚNIOR¹; FERNANDA ALTMANN OLIVEIRA¹; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA²

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. UFCSPA E ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Malformação adenomatoide cística; diagnóstico pré-natal; gêmeos monozigóticos

Introdução: a malformação adenomatoide cística (MAC) é uma condição resultante de um desenvolvimento anormal dos bronquíolos terminais que se inicia na quinta semana de gestação. Ela se divide em três subtipos, de acordo com o padrão de lesões císticas identificadas. Nosso objetivo foi relatar um caso de gêmeos monozigóticos discordantes para MAC do tipo II. **Relato do Caso:** a gestante veio inicialmente à avaliação com 23 semanas de gravidez por gestação gemelar monocoriônica e diamniótica. Ela apresentava 31 anos e estava em sua segunda gravidez. O exame de ultrassom realizado em nosso serviço evidenciou no gemelar 2 a presença de polidramnio e de uma lesão em pulmão direito com inúmeros pequenos cistos em seu interior, ou seja, uma MAC do tipo II. A ressonância magnética (RM) fetal mostrou a presença de imagem multicística no pulmão direito do gemelar 2, em topografia predominantemente do lobo inferior, medindo cerca de 4 cm X 3,1 cm X 2,7 cm, aparentemente comprometendo acima de 50% do volume pulmonar. Não havia desvio significativo do mediastino. A ecocardiografia de ambos os fetos foi normal. Os dois exames de ultrassom realizados a seguir mostraram achados similares. Não havia evidência de descompensação cardíaca ou hidropsia no gemelar 2. As crianças nasceram de parto cesáreo com 36 semanas de gestação. O gemelar com MAC evoluiu sem intercorrências,

sendo que não necessitou ser submetido à cirurgia durante as primeiras semanas de vida. **Discussão:** gêmeos monozigóticos apresentam um aumento do risco de defeitos estruturais quando comparados a gêmeos dizigóticos. MACs especialmente grandes podem causar desvio do mediastino e levar a um comprometimento cardiovascular resultando em hidropsia fetal e óbito. A RM tem se mostrado também um importante exame complementar ao ultrassom, que pode auxiliar tanto na definição diagnóstica como também, por exemplo, na medida da extensão da lesão, o que tem importantes implicações para o manejo e o prognóstico.

AP63 ACHADOS PULMONARES EM GÊMEAS IDÊNTICAS APRESENTANDO A FORMA LEVE DA DISPLASIA CAMPOMÉLICA

MERIALINE GRESELE¹; GABRIELA DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ¹; DÉBORA PERIN DECOL¹; LARISSA LEMOS KARSBURG¹; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA²

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. UFCSPA E ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Displasia campomélica; achados pulmonares; pneumopatia

Introdução: a displasia campomélica é uma desordem esquelética rara, geralmente fatal devido a problemas respiratórios. Nosso objetivo foi relatar o caso raro de duas irmãs gêmeas afetadas pela forma leve da displasia campomélica, dando-se ênfase à sua evolução do ponto de vista respiratório. **Relato do Caso:** as gemelares, primeiras filhas de um casal jovem, hígido e não consanguíneo, nasceram no 8º mês com peso de 2250g e 2400g. Apresentaram parada cardíaco-respiratória e necessitaram ventilação mecânica. Permaneceram hospitalizadas por 35 dias devido aos problemas respiratórios, seps neonatal e dificuldade para ganhar peso. Aos 5 meses foi iniciada investigação genética quando ambas as gêmeas apresentavam retardo de crescimento, dolicocefalia, fronte proeminente, fendas palpebrais oblíquas para baixo, cílios longos, orelhas com implantação baixa, úvula bifida, micrognatia, laringomalácia, pectus carinatum, onze pares de costelas, escápulas hipoplásicas, hérnia umbilical, genitália feminina normal, hipoplasia radial bilateral, prega palmar única bilateral, membros curtos, luxação do quadril unilateral, coxas arqueadas, encurvamento femoral bilateral, luxação de ambos os joelhos, fossetas pré-tibiais, pés tortos e hipoplasia dos talos. O cariótipo foi feminino normal. Ambas apresentaram atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. A análise molecular identificou uma substituição de nucleotídeo GCGàGTG na posição 347 do exon 1 do gene SOX9 (mutação A116V). **Discussão:** há poucos relatos de crianças sobreviventes com displasia campomélica. O óbito usualmente ocorre no período neonatal devido a complicações respiratórias secundárias especialmente a anormalidades das vias aéreas superiores e ao tamanho reduzido da caixa torácica. Nossas pacientes apresentaram manifestações brandas da doença. Talvez, isso possa ter relação com a mutação rara do gene SOX9 identificada em ambas.

AP64 OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS E DIFICULDADE ALIMENTARES EM BEBÊS COM MICROGNATIA: CUIDADOS E MANEJO

LUCAS VILELA DE OLIVEIRA JÚNIOR¹; GABRIEL BAGGIO¹; JADE LAZZERON BERTOGLIO¹; MERIALINE GRESELE¹; ELISA PACHECO ESTIMA CORREIA¹; BRUNA ARAUJO¹; PAULO RICARDO GAZZOLA ZEN²; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA²

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. UFCSPA E ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Micrognatia; genética clínica; neonatologia

Introdução: A micrognatia, dependendo da sua gravidade, pode levar a obstrução das vias aéreas e dificuldades alimentares, especialmente no período neonatal. Nosso objetivo foi relatar um caso de um paciente com importante micrognatia que foi hospitalizado em uma unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal. **Relato do Caso:** Paciente G. R. F., sexo masculino, nasceu de parto cesáreo com 28 semanas de gravidez. O recém-nascido (RN) chorou ao nascer. Contudo, deprimiu e apresentou dificuldades de intubação, bradicardia, sendo realizado massagem cardíaca e suporte ventilatório. O diagnóstico médico descrito no prontuário foi de micrognatia e glossoptose, causando obstrução respiratória severa com necessidade de intubação. O RN permaneceu hospitalizado na UTI Neonatal, sendo submetido a vários exames e cirurgias. Nove dias após o nascimento o paciente realizou uma cirurgia de decortificação pulmonar por videotoracoscopia. Foi submetido a uma endoscopia digestiva alta aos quatorze dias de vida e a osteoplastias de mandíbula, com um mês e quinze dias. **Discussão:** No cuidado a estes pacientes, a prioridade deve ser a manutenção da permeabilidade das vias aéreas. Se o tratamento não for adequado, a hipóxia crônica com retenção de CO₂ e o aumento da resistência vascular pulmonar podem levar ao cor pulmonale. Além disso, as crises recorrentes de cianose podem levar à hipóxia cerebral. As dificuldades alimentares ocorrem devido as alterações respiratórias. Por isso, a necessidade de alimentação por sondas gástricas ou entéricas é frequente. Porém, quando a dificuldade respiratória melhora, pode-se possibilitar a alimentação por via oral. Vários tratamentos são descritos na literatura, sendo os mais frequentemente utilizados aqueles que se baseiam no tratamento postural, intubação nasofaríngea e procedimentos cirúrgicos (glossopelexia, traqueostomia e distração mandibular). A avaliação e diagnóstico precoce implicam em melhores tratamentos e cuidados a recém-nascidos em UTIs neonatais com importante micrognatia.

AP65 ANEL VASCULAR: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

CARLA LIZ BARBOSA SILVA¹; CAMILLA SILVA ARAÚJO¹; LARISSA DE CASTRO MONTEIRO¹; ISABELLY RIBEIRO BARBOSA¹; ISADORA DE BESSA GUIMARÃES¹; ANA CLÁUDIA DA SILVA PINTO¹; FERNANDA SILVA CALDAS²; WARLEY DIOGO FRANCISCO DUARTE³

1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC-GO), GOIÂNIA, GO; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO (UNEMAT), CÁCERES, MT; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG), GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Anel vascular; diagnóstico; tratamento

Introdução: Os anéis vasculares (AV) são anomalias congênicas raras do arco aórtico e vasos da base com compressão extrínseca da traqueia, do esôfago, ou ambos podendo manifestar-se com distúrbios respiratórios e/ou digestivos. Correspondem a 1-2% de todas as anomalias cardiovasculares congênicas, sendo mais encontrados em crianças devido ao aparecimento precoce dos sintomas, e raros em adultos. No entanto, podem ser assintomáticos e diagnosticados ao acaso. Nesse contexto, o presente trabalho relata um caso de AV em uma criança, tendo como objetivo demonstrar a importância do seu diagnóstico e tratamento.

Relato de caso: LLBV, feminino, 3 anos e 9 meses, apresentou queixa de asma, rinite, laringotraqueomalácia, com crises frequentes mesmo com uso mensal de corticóide. Ao exame físico, estertores grossos com tiragem de fúrcula. Foi indicado medicações para sintomatologia. Ao retornar em 3 meses, apresentou melhora parcial dos sintomas. Endoscopia indicou esofagite leve. Radiografia de tórax com hiperinsuflação que progrediu com redução volumétrica do pulmão direito, desvio mediastino ipsilateral;

leve espessamento parietal; áreas de aprisionamento aéreo e veia ázigos calibrosa, visto por tomografia (TC). O caso foi discutido com outros profissionais e ao rever a TC houve suspeita de duplicidade do arco aórtico, que foi confirmada através de angiotomografia. Diante do quadro, foi indicado a intervenção cirúrgica. **Discussão:** Os AV podem ser completos, quando circundam toda a região traqueoesofágica, ou incompletos, quando comprimem apenas uma porção esofágica e/ou traqueal. O início e a intensidade dos sintomas dependem da sua localização e grau de compressão, podendo ter início no período neonatal ou mais tardiamente. Nos casos assintomáticos, o diagnóstico é por achado acidental. Quando presentes, os sintomas mais comuns são: dispneia, cianose, estridor e disfagia, sendo agravados pelo choro, alimentação e mudanças de posição. Entretanto, mesmo nos sintomáticos, o diagnóstico pode ser tardio, já que os sintomas são inespecíficos, sendo facilmente confundidos com os de doenças respiratórias ou do refluxo gastroesofágico. Assim, uma história clínica minuciosa é fundamental para o diagnóstico precoce, podendo evitar o desenvolvimento de possíveis complicações, como a traqueomalácia ou lesões crônicas do parênquima pulmonar. Na investigação do AV, o primeiro exame a ser realizado é a radiografia de tórax, em que os sinais sugestivos de AV são: alargamento do mediastino, presença de um botão aórtico à direita, evidência de compressão traqueal e/ou esofageana, atelectasias e hiperinsuflação. Outros exames podem ser realizados para confirmar ou excluir o diagnóstico, como: esofagograma, traqueobroncoscopia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e cateterismo arterial. O tratamento é cirúrgico, sendo indicado para pacientes sintomáticos ou submetidos à cirurgia para correção de anomalias cardiovasculares ou torácica associadas.

AP66 DIPNEIA DECORRENTE DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA EM CRIANÇA DE 4 ANOS

TAYNAN TURRA COSTA¹; THAIS DE MIRANDA LEAL¹; HUGO JOSÉ OLIVEIRA CARLUCCI¹; EDUARDO PIRES MORAIS¹; LIVIA SERAGLIO SOUZA¹; WAGNER RIBEIRO DE FREITAS NERY ALVES¹; RODRIGO PEREZ

UNEMAT, CACERES, MT.

Palavras-chave: Hérnia diafragmática; dispneia; bochdaleck

Introdução: A hérnia diafragmática congênita (HDC) é caracterizada pela formação incompleta do diafragma resultante da ausência do músculo ou sua evaginação. As HDC podem ser posterolaterais (Bochdaleck), anteriores (Morgani e outras) ou centrais. É habitualmente uma doença do período neonatal, mas até 10% dos pacientes podem apresentar sintomas após e até na vida adulta. Não há predileção por sexo e em até 50% dos casos é acompanhada de outras malformações. **Relato de caso:** J. S. Y, quatro anos, masculino, natural e procedente de San Matías/Bolívia. Paciente previamente hígido, transferido para Hospital Regional de Cáceres (HRC) com queixa de tosse persistente há um mês e hipótese diagnóstica de hérnia diafragmática após realização de radiografia. Mãe relata que desde o primeiro mês de vida o paciente apresenta dispneia grau 1 e tosse constante. Quadro este tratado algumas vezes como pneumonia, porém com reincidência da tosse logo após tratamento. Além disso, mãe relata que o paciente apresenta sudorese noturna há dois anos. Gestação de baixo risco, a termo, sem intercorrências, pré-natal completo e cartão vacinal em dia. Na admissão no HRC, paciente apresentou-se afebril, hipocorado ++/4, hidratado, colaborativo. Ao exame físico, murmúrio vesicular diminuído em base pulmonar direita e com ruídos hidroaéreos (RHA) presentes em base direita.

Ausculat cardíaca sem alterações. Abdome escavado, flácido, RHA presentes, sem dor a palpação. Foi realizada tomografia computadorizada que confirmou a hipótese de hérnia diafragmática congênita de Bochdalek com alças intestinais ocupando a metade pósterior inferior do hemitórax direito, com atelectasia compressiva do lobo direito. Paciente foi encaminhado para Santa Casa de Cuiabá para realização de reparo cirúrgico e evoluiu bem. **Discussão:** A HDC é uma patologia rara que deve ser diagnosticada no pré-natal materno, para evitar complicações clínicas e aumentar a sobrevivência. Estima-se que sua incidência seja de 1:2.000 a 5.000 nascidos-vivos, sendo que até 80% dos casos são diagnosticados por ultrassom pré-natal com poder de detecção operador-dependente, justificando o diagnóstico extremamente tardio. A maioria dos pacientes são sintomáticos nas primeiras 24 horas de vida devido à disfunção respiratória moderada a grave com repercussões sistêmicas, o que não ocorreu aqui, havendo apresentação clínica leve e com apenas com 1 mês de vida. Consoante a isso, muitas vezes, a HDC de apresentação tardia tem sintomatologia inespecífica resultando em diagnóstico comumente confundido com pneumonias, convergindo novamente com o caso. Ademais, as HDC podem ocorrer dos dois lados, mas 80% são esquerdas, devido à obliteração mais precoce do canal pleuropertoneal direito e a barreira causada pelo fígado, porém, nosso paciente teve hérnia de Bochdalek, a mais comum e séria, no hemitórax direito. O tratamento cirúrgico é o indicado e, infelizmente, a mortalidade da HDC continua elevada. Apesar disso, o paciente se encontra estável.

AP67 SUPERIORIDADE DE ESQUEMAS TERAPÊUTICOS EM PAC POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE EM CRIANÇAS VACINADAS: UM RELATO DE CASO

PATRICIA BARBOSA DA ROCHA¹; GILMAR ALVES ZONZIN¹; RAFAEL BORGES COUTO¹; LUANA VITAL KOIKE¹; MARIANA BASTOS DE ALMEIDA¹; VICTÓRIA FURTADO DA GRAÇA CÉZAR¹; JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA¹; MAXWELL GOULART BARRETO²

1. UNIFOA, VOLTA REDONDA, RJ; 2. INTENSIBARRA, BARRA MANSA, RJ.

Palavras-chave: Mycoplasma pneumoniae; pediatria; antibioticoterapia

Introdução: A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma importante causa de mortalidade infantil no mundo, especialmente entre menores de 5 anos, e indicação mais comum de internação hospitalar pediátrica. A etiologia varia com a faixa etária e vem sofrendo mudanças devido à vacinação antipneumocócica conjugada, de rotina em alguns países, incluindo o Brasil. Microrganismos intracelulares, não responsivos a beta-lactâmicos são importantes agentes etiológicos e com aumento da incidência relativa por conta da vacinação antipneumocócica. **Relato de caso:** Pré-escolar, masculino, 4 anos, sem antecedentes patológicos, histórico vacinal atualizado, iniciou quadro de inapetência alimentar, vômitos, febre baixa e dispnéia. Diagnosticado como portador de PAC, com imagem consolidativa à esquerda na radiografia de tórax. Tratado com amoxi-clavulanato e evoluiu com relativa estabilidade, recebendo alta hospitalar por critérios clínicos. Encaminhado Pneumologista com tosse produtiva, congestão nasal e persistência de opacidade heterogênea em hemitórax esquerdo, afebril. Sem indicação de internação ou evidência de broncoaspiração. Não se indicou broncoscopia. Considerando quadro clínico após tratamento, bom estado geral e permanência de imagem radiológica, aventou-se a possibilidade de pneumonia por germes atípicos, como Mycoplasma pneumoniae, pelo histórico vacinal. Primo infecção tuberculosa e entre outras possibilidades foram afastadas. Iniciado claritromicina.

Solicitados exames laboratoriais e sorologia, com retorno em 72 horas. Na revisão, exibiu notável melhora e, posteriormente, teste sorológico positivo para Mycoplasma IgG 71 U/ml (VR > 15 U/ml); IgM 150 U/ml (VR > 17 U/ml), além de melhora radiológica completa. **Discussão:** O Brasil está entre os países com alta incidência e mortalidade por PAC, apesar dos novos e potentes antibióticos, da vacinação anti-influenzae e antipneumocócica, e o diagnóstico etiológico torna-se um desafio. A PAC não complicada tem tendência a evoluir bem com uso de beta-lactâmicos. No entanto, além do pneumococo, bactérias atípicas tem papel importante na causa de PAC na idade pediátrica, onde o Mycoplasma tem sua incidência elevada em pré-escolares. Exames para diagnóstico de infecção por Mycoplasma são avaliação sorológica de anticorpos específicos (aumento de IgM ou aumento de 4 vezes de IgG). Há uma limitação das características clínicas, laboratoriais e imagenológicas na previsão da etiologia da PAC, onde a possibilidade de germes atípicos deve ser considerada, mesmo com padrão radiológico não habitual. Embora não haja evidências definitivas quanto à superioridade de esquemas terapêuticos com cobertura para atípicos, sugere-se que pacientes pediátricos vacinados para pneumococos, especialmente em apresentação clínica não típica, considerar a possibilidade de optar por macrolídeo como terapia empírica inicial.

AP68 MALFORMAÇÃO VASCULAR PULMONAR: IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO PRECOZE E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

CARLA LIZ BARBOSA SILVA¹; CAMILLA SILVA ARAÚJO¹; ANA CLÁUDIA DA SILVA PINTO¹; ISABELLY RIBEIRO BARBOSA¹; ISADORA DE BESSA GUIMARÃES¹; LARISSA DE CASTRO MONTEIRO¹; FERNANDA SILVA CALDAS²; WARLEY DIOGO FRANCISCO DUARTE³
1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC-GO), GOIÂNIA, GO; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO (UNEMAT), CÁCERES, MT; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG), GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Malformação vascular pulmonar; quadro clínico; diagnóstico precoce

Introdução: As malformações pulmonares decorrem de um espectro de lesões múltiplas que tem sua origem no período embrionário. A incidência das malformações pulmonares congênitas varia de 30-42 casos para cada 100.000 habitantes por ano. O diagnóstico de malformação arteriovenosa (MAV) situa-se por volta de 41 anos, e menos de 50% dos pacientes vão apresentar sinais e sintomas como cianose, baqueteamento digital, dispnéia, fadiga e policitemia. A tomografia de tórax é padrão ouro para diagnóstico de malformações pulmonares no período pós-natal. O diagnóstico precoce, colabora com a redução da sintomatologia e evita possíveis complicações. **Relato de caso:** JSM, masculino, 4 anos 3 meses, apresenta queixa de cansaço. O pai refere dispnéia de repouso desde mais novo. Ao exame físico, apresentou saturação de O₂ (Sat O₂) 80% em repouso, presença de hemangioma plano extenso em hemitórax direito, baqueteamento digital com unhas em fundo de relógio e pele xerótica. A gasometria arterial evidenciou Sat O₂ 71,5%. O ecocardiograma evidenciou PSAP 26mmHg. A tomografia evidenciou malformação vascular pulmonar, fechando o diagnóstico.

Discussão: O número de diagnósticos precoce de malformações pulmonares vem aumentando devido aos exames de imagens que são altamente efetivos. Os objetivos do tratamento da MAV são melhora dos sintomas de dispnéia/hipoxemia, prevenção de hemoptise e, principalmente, prevenção de complicações neurológicas. O acompanhamento desses pacientes é fundamental para

caracterizar a evolução da doença e prevenir danos maiores. Atualmente, há uma tendência de utilização de ressecções pulmonares minimamente invasivas por videotoracoscopia, que apresentam bons resultados, com menos dor pós-operatória e recuperação precoce.

AP69 O COMPROMETIMENTO RESPIRATÓRIO NA ATAXIA-TELANGIECTASIA: RELATO DE CASO

LIVIA FIOROTTO CAMPOS; ISIS CRISTIANE FONSECA OLIVEIRA HELOU; CAMILA MAIA DE MORAIS; LAIS GOMES DE CARVALHO; NATASHA YUMI MATSUNAGA; LUSMAIA DAMACENO CAMARGO COSTA; RAQUEL VIDICA FERNANDES; DANIÉLLI CHRISTINNI BICHUETTI-SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Ataxia-telangiectasia; respiratório; criança

Introdução: Ataxia-Telangiectasia (AT) é uma doença multissistêmica neurodegenerativa e progressiva, de surgimento precoce e herança autossômica recessiva. É caracterizada por ataxia cerebelar, telangiectasias oculocutâneas, instabilidade cromossômica com suscetibilidade aumentada a neoplasias, imunodeficiência e infecções sinopulmonares de repetição. A doença pulmonar nesses pacientes é causa significativa de morbidade e a principal causa de mortalidade, acometendo mais de 70% dos casos. Este relato visa alertar para a possibilidade dessa síndrome como diagnóstico diferencial em pacientes com afecções sinopulmonares e alterações neurológicas, bem como para a necessidade de acompanhamento especializado e multiprofissional. **Relato de caso:** K. L. P. M., feminino, 9 anos, com diagnóstico de AT desde os 7 anos de idade, foi encaminhada ao serviço de Pneumopediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás por geneticista devido a pneumonias de repetição e tosse úmida crônica. Ao exame: baixo peso, telangiectasias em conjuntiva ocular e face, movimentos atáxicos, MV rude com estertores grossos difusos e sibilos esparsos, sem baqueteamento digital ou cianose. Laboratório: linfopenia (1012 células/mm³); hipogamaglobulinemia (IgG 227, IgA 10, IgM 176 mg/dL); ausência de soroconversão pós-vacinal (rubéola: IgG e IgM não reagentes; IgG para pneumococo: 2/7 reagentes); elevação da alfafetoproteína (344,8 ng/ml). Instituído tratamento com antibioticoterapia profilática, reposição com imunoglobulina humana mensal, corticoterapia inalatória e inibidor da bomba de prótons, além de fisioterapia e fonoterapia. Nos primeiros meses subsequentes, apresentou agudizações respiratórias frequentes, recebendo ciclos de antibióticos orais durante as mesmas, e pouca melhora. Somente foi observado melhora com controle das infecções e melhora total da tosse úmida após curso prolongado de quinolona, ajuste de dose da imunoglobulina humana, profilaxia com macrolídeo e melhora do estado nutricional (após realização de gastrostomia). **Discussão:** A AT, apesar de ser uma doença rara, é um diagnóstico que deve ser considerado em pacientes com doença neurodegenerativa e infecções respiratórias de repetição. Vale ressaltar que a principal causa de morte é a doença pulmonar, que se instala progressivamente após repetidas infecções podendo originar bronquiectasias e destruição do parênquima. O comprometimento pulmonar é atribuído não somente à predisposição causada por uma imunodeficiência complexa, mas também a um conjunto de fatores, desde a diminuição da complacência torácica devido à degeneração neurológica, que torna também a tosse menos eficaz, até o refluxo gastroesofágico e a incoordenação da deglutição, favorecendo microaspirações. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de acompanhamento especializado e multiprofissional, preferencialmente em um centro de

referência, com seguimento holístico do paciente, a fim de otimizar a assistência e a qualidade de vida.

AP70 AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DAS BRONCOSCOPIAS EM CRIANÇAS POR SUSPEITA DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

TIAGO NEVES VERAS¹; LETICIA JANICE BERTELLI²; RAFAELA BENVENUTTI COSTA²; LEANDRO MARCELO SPINELLI²

1. UNIVERSIDADE REGIONAL DE JOINVILLE, JOINVILLE, SC; 2. HOSPITAL JESER AMARANTE FARIA, JOINVILLE, SC.

Palavras-chave: Aspiração; corpo estranho; broncoscopia

Introdução: Uma quantidade significativa de casos de aspiração de corpo estranho (ACE), eventualmente com repercussão fatal, podem ser observadas na infância. A suspeita desta condição faz parte de uma boa anamnese, seguida de adequada propedêutica respiratória. **Objetivos:** descrever a experiência no diagnóstico de pacientes com suspeita de aspiração de corpo estranho em hospital pediátrico terciário. **Métodos:** Vinte e três pacientes menores de 12 anos com suspeita de aspiração de corpo estranho foram retrospectivamente avaliados quanto ao gênero, idade, tempo até apresentação dos sintomas, tipo de corpo estranho, localização e plano terapêutico usado.

Resultados: Os objetos mais frequentemente aspirados eram amendoins e objetos metálicos, como pregos e parafusos. Dezoito pacientes (75%) foram submetidos à avaliação médica com menos de 24 horas de evento suspeito. O principal sintoma foi tosse seca e crianças menores de dois anos foram as mais prevalentes. Ao exame físico, os achados mais frequentes foram sibilância e diminuição unilateral do murmúrio vesicular no lado afetado. Todos os pacientes foram submetidos a broncoscopia rígida sob anestesia geral e o corpo estranho foi identificado em 16 (69,6%). A intervenção com broncoscopia rígida foi utilizada na maioria dos casos, principalmente na presença de corpos estranhos traqueais de origem orgânica. **Conclusões:** A aspiração de corpo estranho traqueobrônquico é uma causa significativa de morbidade na infância. O diagnóstico e tratamento precoces são de extrema importância. A broncoscopia rígida sob anestesia geral deve ser realizada em todos os pacientes com suspeita de aspiração de corpo estranho, o que poderia minimizar a mortalidade e a morbidade se realizada por equipe experiente e no tempo adequado.

AP71 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE A MORTALIDADE POR PNEUMONIA CONGÊNITA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA NO BRASIL

FÁBIO FERREIRA MARQUES; GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO; JÚLIA RODRIGUES MORAES; LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA; LUIS MÁRIO MENDES MEDEIROS; RENATO SOUSA LUZ PEDROSA; BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES; MIRIAN PAIVA SILVA UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO.

Palavras-chave: Pneumonia congênita; pneumonia bacteriana; mortalidade infantil

Introdução: A pneumonia congênita é uma infecção do trato respiratório inferior adquirida por recém-nascidos através da via hematogênica intraútero ou por aspiração de líquido materno contaminado durante o parto. Os sinais e sintomas se estabelecem nas primeiras horas ou dias de vida e os principais patógenos relacionados são *Streptococcus* do Grupo B, *Staphylococcus coagulase negativa* e *Escherichia coli* que conferem alta morbimortalidade nessa faixa etária.

Objetivos: Analisar a mortalidade por pneumonia congênita em pacientes com até 1 ano de vida ou 4000g entre os anos de 1996 a 2015. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa retrospectiva e quantitativa realizada no Brasil entre os anos de 1996 a 2015. Tem como amostra uma população

composta por pacientes com pneumonia congênita com idade inferior a 11 meses ou peso ao nascer abaixo de 4000g. Os dados foram obtidos do sistema DATASUS, de ordem secundária, na categoria de base de dados no Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), utilizando o CID 10 – P23. Utilizaram-se como variáveis: sexo, raça, peso, tipo de parto, região e ano. **Resultados:** Foram encontrados 15.632 óbitos notificados de pneumonias congênicas no Brasil, sendo que 15.502, 99,16%, foram em menores de 1 ano de vida. Além disso, 50,41% ocorreu entre 0 a 6 dias de vida e 37,19% de 7 a 27 dias, sendo que 17,26% de todos os episódios afetaram aqueles que variavam de 1500g a 2499 gramas ao nascer. Do total, 39,82% foram parto vaginal, e também 57,70% ocorreram em recém-nascidos do sexo masculino, sendo que 0,39% tiveram seu sexo ignorado. Em relação a etnia, as mais acometidas foram a branca e a parda, 39,66% e 26,11% respectivamente, mas uma quantidade considerável, 30,82%, teve sua raça ignorada. Ressalta-se que 45,94% da mortalidade foi na região Sudeste e que a Região Centro-oeste teve a menor taxa, 8,14%. Por fim, o ano de 1999 contou com 7,63% dos relatos de óbito por pneumonia congênita, em contrapartida com o menor, 2,40%, em 2015. **Conclusão:** Percebe-se que a maior probabilidade de ocorrer óbitos por pneumonia congênita situa-se nos seis primeiros dias de vida do recém-nascido e afetam, principalmente, crianças do sexo masculino. Em relação ao peso ao nascer, conclui-se que aqueles com baixo peso, ou seja, entre 1500g a 2500g apresentam maior fragilidade no que diz respeito ao óbito por esta infecção. Portanto, constata-se que há uma extrema necessidade de ampliar os estudos relacionados à pneumonia congênita, uma vez que afeta recém-nascidos frágeis e lhes confere alta mortalidade.

AP72 ESPONDILOENCONDRODISPLASIA (SPENCD): UMA CONDIÇÃO GENÉTICA ASSOCIADA À DEFICIÊNCIA IMUNE E A INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS RECORRENTES
GABRIEL BAGGIO¹; ANDRESSA GABRIELA DOS SANTOS LERSCH¹; TAINA MAFALDA DOS SANTOS¹; CARLOS EDUARDO VELOSO DO AMARAL¹; DANIELLE FRIDA FONSECA BARBIARO¹; RAFAEL FABIANO MACHADO ROSA²

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. UFCSPA E ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Spencd; infecções recorrentes; deficiência imune

Introdução: a espondilocondrodisplasia (SPENCD) é uma displasia esquelética rara caracterizada por alterações imunológicas e neurológicas. Apresentamos o caso de um menino com SPENCD apresentando disfunção imunológica e infecções respiratórias recorrentes. **Relato do Caso:** Menino branco de 9 anos, único filho de pais jovens e não-consanguíneos, sem história familiar de doenças genéticas. Nasceu a termo, de parto cesáreo, pesando 3.870 g e medindo 49 cm. Ao exame físico observou-se peso de 25,5 Kg ($P > 3$), estatura de 120 cm ($P < 3$) e perímetro cefálico de 53,5 cm ($P > 50$), pregas epicânticas bilaterais, raiz nasal achatada, orelhas baixo-implantadas, desproporção entre os segmentos corporais superiores e inferiores e hepatoesplenomegalia. O seu desenvolvimento neuropsicomotor era normal. Apresentava história de infecções recorrentes, especialmente de vias aéreas (incluindo episódios de broncopneumonia) a partir dos 7 anos. A avaliação imunológica constatou deficiência imune combinada, humoral e celular. Nos últimos 6 meses apresentou reativação da varicela-zoster, além de diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico e infecção por citomegalovírus. Os raios-X de coluna e de ossos

longos revelaram vértebras com acentuada platisspondilia, irregularidade dos núcleos secundários de ossificação, deformidade dos núcleos epifisários proximais dos úmeros e das tíbias, além dos distais dos antebraços e fêmures. A ressonância magnética de crânio, o cariótipo e a triagem para doenças de depósito lisossomal foram normais. **Discussão:** os achados clínicos e radiológicos foram compatíveis com o diagnóstico de SPENCD. Pacientes com baixa estatura e infecções de repetição (especialmente de vias aéreas)/anormalidades imunológicas deveriam ser investigados para esta condição.

AP73 EVOLUÇÃO DA HIPERPLASIA DE CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS DA INFÂNCIA

CARLA LIZ BARBOSA SILVA¹; CAMILLA SILVA ARAÚJO¹; ISABELLY RIBEIRO BARBOSA¹; ISADORA DE BESSA GUIMARÃES¹; ANA CLÁUDIA DA SILVA PINTO¹; LARISSA DE CASTRO MONTEIRO¹; FERNANDA SILVA CALDAS²; WARLEY DIOGO FRANCISCO DUARTE³

1. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC-GO), GOIÂNIA, GO; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO (UNEMAT), CÁCERES, MT; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG), GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Hiperplasia neuroendócrina pulmonar; diagnóstico; exames complementares

Introdução: As doenças intersticiais pulmonares crônicas em crianças compreendem um heterogêneo grupo de raras desordens pediátricas com diferentes perfis clínicos, podendo apresentar taquipneia, dispneia com tiragens intercostais, cianose, tosse crônica, intolerância a exercícios. A hiperplasia de células neuroendócrinas da infância (HCNI) pertence a essas doenças e possui etiologia indefinida, é mais prevalente em lactentes e crianças até 2 anos, do sexo masculino. Este trabalho, tem por finalidade expor um quadro clínico de HCNI e sua evolução diante do acompanhamento multiprofissional. **Relato de caso:** MVSL, feminino, 3 anos 3 meses, mãe relata inicialmente quadro de asma e rinite sem melhora com tratamento. Paciente apresentava baixo peso e narinas com secreção. O ecocardiograma evidenciou canal arterial persistente com repercussão mínima. Foi tratado infecção das vias aéreas superiores (IVAS) e após 3 meses, MVSL retornou apresentando episódios de cianose perioral em lugares abafados acompanhado de tosse úmida. Ao exame físico, murmúrio vesicular rude com estertores grossos difusos, tiragens de fúrcula. O ecocardiograma se normalizou. Tomografia de tórax foi sugestiva de hiperplasia de células neuroendócrina da infância. Foi indicado o uso de fofair 12/12h e fisioterapia respiratória. Ao retornar, em 3 meses, houve melhora parcial dos sintomas, com dispnéia aos esforços. Foi iniciado pulsoterapia com prednisolona 2mg/kg/dia. O quadro clínico evoluiu satisfatoriamente e a paciente segue em acompanhamento regular a cada 3 meses. **Discussão:** AHCNI pode ser diagnosticada com base na clínica e em achados radiológicos como a presença de opacidade em vidro fosco nas regiões centrais dos pulmões, envolvendo pelo menos quatro lobos, especialmente o lobo médio e a língua, e aprisionamento aéreo. A presença de taquipneia persistente, retrações, crepitações e baixa saturação de oxigênio sugerem a presença de doença das vias aéreas. A biópsia pulmonar tem sido bastante utilizada pra fechar o diagnóstico. As informações sobre o tratamento são escassas, é recomendado fazer o acompanhamento e corticoterapia para aliviar a sintomatologia.

AP74 IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DA REGULAÇÃO DA PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA NA REDE DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF)

CARMEN LÍVIA FÁRIA DA SILVA MARTINS¹; LUCIANA DE FREITAS VELLOSO MONTE²; IRANEIDE BARROS DA SILVA³; ISABEL CRISTINA

LOURENÇO CRUZ²; MADALENA MARIA PEREIRA³; CLARA CORREIA DE SIRACUSA⁴; LUIZA ALVES DE SOUSA⁴

1. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DF; UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA E HOSPITAL DA CRIANÇA, BRASÍLIA, DF; 2. HOSPITAL DA CRIANÇA, BRASÍLIA, DF; 3. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF; 4. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF.

Palavras-chave: Regulação; pneumopediatria; rede de saúde

Introdução: O processo de regulação das vagas para consultas e procedimentos é importante instrumento em Saúde Pública, melhorando acesso, e controle de qualidade dos serviços, com base na portaria nº 1.559 de 08/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS. Este processo, além de agilizar a marcação de consultas e exames, orienta estratégias aos Gestores minimizando as filas, ao evidenciar locais de maiores demandas. A pneumologia pediátrica assiste os pacientes no tratamento de doenças complexas respiratórias desde a investigação ao acompanhamento. O atendimento eletivo para a pneumologia pediátrica na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), inclui o Entorno, e outros estados, em regime de tratamento fora de domicílio (TFD), ou investigação diagnóstica. **Objetivo:** Implantação e monitoramento da regulação em pneumologia pediátrica na rede SES-DF, por prioridade de risco, buscando uma ferramenta no delineamento de fluxo de atendimento na especialidade. **Metodologia:** Levantamento da fila na especialidade em dezembro de 2016; População < 18 anos (IBGE); Estimativa da necessidade de pneumopediatria, baseado na portaria nº 1.631/GM (GM/MS de 01/10/2015) que versa sobre Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no SUS; Identificação do pneumopediatria e serviços ambulatoriais na rede; e verificação da procedência nas solicitações.

Resultados: População < 18 anos: 830.846 (29,5% da população); a referida portaria estimava três pneumologistas (40h/semana)/100mil habitantes adultos, extrapolando-se para a Pediatria, estimou-se um pneumopediatria/100mil, ou necessidade de 320 horas/semana (oito pneumopediatras/40h), havendo na rede 137 horas do profissional, um déficit de 183 horas(quatro pneumopediatras). Assim foi pactuado com gestores a organização do trabalho e ampliação de carga horária nos ambulatorios da especialidade, dando início à regulação da especialidade em dezembro de 2016. Nesta época, haviam 1774 solicitações na fila da pneumologia pediátrica no DF, distribuídos em diferentes procedências: Região Sudoeste (367), Norte (319), Centro-Sul (273), Oeste (266), Centro-Norte (198), Sul (163), e Leste (188). Com o monitoramento a demanda passou a 978 solicitações em julho de 2017, e de 350 em março de 2018, uma redução de 45% e 80% na fila, respectivamente.

Conclusão: Houve uma redução significativa na fila de espera para a especialidade, os atendimentos foram agilizados conforme prioridade de risco. Vale ressaltar que a solicitação com prioridade vermelha, na atualidade, tem sido atendida na mesma semana. O mapeamento dos ambulatorios na rede, e dos profissionais disponíveis, bem como, a pactuação com os gestores permitiu a implantação da regulação na especialidade, proporcionando melhor acesso e contrareferência responsável, além de uma ferramenta para o delineamento de um fluxo de atendimento na rede de saúde do Distrito Federal no âmbito da pneumologia pediátrica.

AP75 DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIA FÚNGICA EM PRÉ-ESCOLAR: RELATO DE CASO

GABRIELA DE FARIA RIBEIRO; LORI MURAKAMI; WALDMAN SANTOS DAVI; JOÃO PAULO CHAGAS MUNIZ; KASSYA STEPHANIE SOUSA DE ARAÚJO; LÍVIA CHRISTINE SANTANA E SILVA CARVALHO; MAYRA APARECIDA CÔRTEZ; RODRIGO PEREZ UNEMAT, CACERES, MT.

Palavras-chave: Pneumonia fúngica; diagnóstico; pediatria
Introdução: A pneumonia fúngica (PF) é uma patologia considerada rara e grave quando comparada com as pneumonias de etiologias bacterianas e virais. Comumente afeta indivíduos imunodeprimidos (de origem primária ou secundária), podendo evoluir com manifestações intensas de caráter agudo e decurso grave. Apresenta sintomas inespecíficos, simulando uma infecção bacteriana. Diante disso, busca-se relatar a dificuldade em realizar o diagnóstico de PF, principalmente em crianças sem comprovação de imunodeficiência. **Relato de caso:** Criança do sexo masculino, 2 anos e 10 meses de idade, ingressa no Pronto Atendimento com quadro de febre há 3 dias, tosse e taquipneia há 1 dia. Exames complementares: proteína C reativa (PCR) 96 mg/l, linfopenia e radiografia de tórax sugestivo de broncopneumonia não específica. Foi prescrito azitromicina. Posteriormente, apresentou piora do quadro com sintomas de inapetência, astenia, diarreia e gemência. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular rude com estertores finos difusos. Foi conduzido para internação e associação de ceftriaxone. Ainda sem melhora do quadro, suspendeu-se o esquema terapêutico, sendo prescrito oxacilina associado a clorafenicol e hidrocortisona. Apresentou edema de mãos e pés, oscilações nos exames laboratoriais e piora radiológica com focos de consolidação distribuídos por todo parênquima pulmonar bilateralmente. Após 3 dias houve a suspensão e a Introdução de vancomicina e cefepime por 11 dias e prescrição de furosemida por 1 dia. No quarto dia deste esquema, associou-se itraconazol e após três dias de uso houve normalização do PCR. Realizou pesquisa por 2 vezes de HIV, com resultado não reagente e realização de lavado gástrico, devido à suspeita de tuberculose, por hipótese de imunodeficiência secundária. Houve melhora do quadro e a criança recebeu alta hospitalar após 17 dias de internação. Foi orientado tratamento com antibioticoterapia domiciliar e encaminhamento ao pneumologista. **Discussão:** A PF geralmente afeta pacientes imunodeprimidos. Em decorrência de sua raridade e da forma como se apresenta, com manifestações incomuns, há uma insuficiência de diagnóstico. No caso estudado, não houve a comprovação de imunodeficiência primária devido ao alto custo dos exames e inviabilidade de realizá-los pelo Sistema Único de Saúde. O diagnóstico é extremamente controverso, sendo necessário a presença do fungo no material histológico, por meio da hemocultura, cultura de escarro e lavado broncoalveolar, entretanto, na secreção traqueal muitas vezes encontra-se a colonização. Existe uma escassez de informação acerca do diagnóstico das pneumonias micóticas. Atualmente para o seu diagnóstico considera-se a persistência e a piora do quadro clínico frente a variadas mudanças dos esquemas terapêuticos antibacterianos. Portanto, observa-se a necessidade de estudos que visem o aprimoramento no que tange ao diagnóstico, contribuindo dessa forma para um maior suporte para a atuação médica específica.

AP76 PANORAMA DO TRATAMENTO DA FIBROSE CÍSTICA COM MANIFESTAÇÕES PULMONARES NO BRASIL
FÁBIO FERREIRA MARQUES; GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO; JÚLIA RODRIGUES MORAES; LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA; LUIS MÁRIO MENDES MEDEIROS; RENATO SOUSA LUZ PEDROSA; BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES; MIRIAN PAIVA SILVA UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO.

Palavras-chave: Fibrose cística; pneumopatias; lesão pulmonar

Introdução: A fibrose cística é uma doença genética autossômica recessiva, multissistêmica, sendo o acometimento pulmonar responsável pela maior morbimortalidade dos pacientes. A fisiopatogenia clássica da doença pulmonar é o acúmulo de muco nas vias aéreas, assim como a presença de reação inflamatória predominantemente neutrofílica e infecção bacteriana. As alterações pulmonares iniciam nas vias aéreas menores e são progressivas, evoluindo para o surgimento de bronquiectasias, fibrose pulmonar e cor pulmonale.

Objetivos: Analisar o tratamento da fibrose cística com manifestações pulmonares. **Métodos:** Refere-se à um estudo epidemiológico quantitativo com abordagem por corte transversal realizado no Brasil entre os anos de 2015 e 2017. Os dados foram obtidos do sistema DATASUS, de ordem secundária, na categoria de base de dados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando o CID-10 E84.0 fibrose cística com manifestações pulmonares e selecionando variáveis significativas. **Resultados:** Constatou-se no período realizado 3435 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). A região sudeste concentrou a maior parte, 49,34%, em contrapartida a Centro-Oeste teve apenas 3,93% das AIH. Do total, 19,88% foram de regime público, sendo 72,78% ignorados. Além disso, o caráter de atendimento maior foi o de urgência, 81,97%. Em relação ao ano de processamento, a média foi de 1145 AIH por ano, sendo que 2017 teve um total de 34,17%. Média permanência por Procedimento foi de 14,1 dias, sendo importante ressaltar que o valor dos serviços hospitalares por procedimento foi de 4034404,21. Por fim, a taxa de mortalidade foi de 5,76, sendo 9,52 do regime privado. **Conclusão:** A abordagem terapêutica padrão para a doença pulmonar inclui antibióticos, higiene das vias aéreas, exercício, mucolíticos, broncodilatadores, oxigênio, agentes anti-inflamatórios e suporte nutricional. A utilização adequada dessas terapias resulta em mais pacientes com fibrose cística sobrevivendo na vida adulta com uma aceitável qualidade de vida. Por isso, é importante ampliar o acesso público de pessoas com essa doença, bem como para alterar o caráter de atendimento, passando a ser mais eletivo, para um melhor manejo fibrose cística com manifestações pulmonares.

AP77 DEVEMOS SUSPEITAR DO DIAGNÓSTICO DE FIBROSE CÍSTICA NO PACIENTE ADULTO?

MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO¹; MONICA DE CÁSSIA FIRMI²; MONICA MULLER TAULOS²; DANIELA DE SOUZA PAIVA BORGLI³; SANDRA PEREIRA IMPAGLIAZZO³; CRISTIANE BARBOSA CHAGAS DA SILVA COSTA³; FERNANDA MARTINS FILGUEIRAS⁴; AGNALDO JOSÉ LOPES²

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E UFF, RIO DE JANEIRO, RJ; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ; 3. HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO, RJ; 4. UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Fibrose cística; adulto; diagnóstico

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva multissistêmica, com comprometimento principalmente pulmonar e pancreático. No Brasil, apenas 2,9% apresentam idade superior a 45 anos. O objetivo do trabalho foi de demonstrar a variabilidade fenotípica na FC, através do relato de caso de um paciente de 57 anos com diagnóstico de FC há 20 anos, sem tratamento específico desde então. **Relato de caso:** Paciente com 57 anos com o diagnóstico de FC há 20 anos (1998), através de suspeição clínica e teste genético com duas mutações

identificadas (R1162X / R334W). O paciente nunca realizou tratamento específico para a doença. Devido à sua profissão (dentista e militar), foi recentemente transferido em definitivo para Rio de Janeiro, quando decidiu iniciar seu tratamento. Atualmente, queixa-se de piora da tosse e dispnéia, com tosse produtiva há mais de 25 anos e piora da dispnéia nos últimos 5 anos. Negou dor torácica, sibilos, febre ou emagrecimento. Apresentou alguns hemoptóicos durante a faculdade, há 35 anos, sendo tratado como pneumonia. Na história pregressa relatou diversas pneumonias na infância, além de sinusite de repetição. Possui etnia Europeia, com pais saudáveis e não consanguíneos. Duas irmãs falecidas com menos de 1 ano de idade. Ao exame físico, sinais vitais normais e Spo2 de 96%. Roncos nos ápices pulmonares e baqueteamento digital, além de IMC de 33,6 kg/m2. A espirométrica evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo leve. O estudo radiológico do tórax evidenciou bronquiectasias nos lobos superiores com extensas impatações mucoides. Cultura de escarro evidenciou *Pseudomonas aeruginosa*. Já na primeira consulta foram iniciados medicamentos específicos para a fibrose cística.

Discussão: Antigamente confinada à faixa etária pediátrica, tem-se observado um aumento de pacientes adultos com FC tanto pelo maior número de diagnósticos de formas atípicas de expressão fenotípica mais leve, assim como pelo aumento da expectativa de vida pelo tratamento. O último relatório publicado pelo Registro Brasileiro de Fibrose Cística, em 2015 demonstrou 3.857 pacientes registrados, com 79% com idade até 20 anos. Nosso paciente possui 57 anos, representando 2,2% dos pacientes registrados. A média do IMC (kg/m2) para pacientes acima de 18 anos é de 21,45 ± 3,97. O paciente do caso apresenta IMC de 33,6 kg/m2, e não apresenta insuficiência pancreática. No Brasil, a mutação ΔF508 é a mais prevalente, 48,75% dos casos. O paciente apresenta mutações (R1162X e R334W), correspondendo, respectivamente, a 1,1% e 1,2% das mutações encontradas no Brasil. Mesmo sem tratamento específico aos 57 anos, evidenciou um distúrbio ventilatório obstrutivo leve, sendo que no Brasil a obstrução moderada e grave foi observada em 63,4% em pacientes acima de 30 anos. Este caso deve servir de alerta aos pneumologistas de que, mesmo em apresentações clínicas brandas em pacientes adultos, o diagnóstico de FC deve ser lembrado.

AP78 FIBROSE CÍSTICA EM PACIENTE ADULTO

FERNANDA CANHOTO GROSSO; BRUNA GHELLER; TAYSA ANTONIA FELIX DA SILVA; CLAUDIO PEREIRA REZENDE NETO; RENATO RICCI KAUFFMANN; RENATA MACIULIS DIP; MARCOS RIBEIRO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA, LONDRINA, PR.

Palavras-chave: Fibrose cística; bronquiectasias; infecção

Introdução: A Fibrose Cística (FC) é uma doença genética transmitida por herança autossômica recessiva. Ocorre devido a mutações em um gene responsável pela codificação da proteína que regula a condutância transmembrana da FC. Como consequência, as secreções corporais se tornam espessas e acarretam obstruções, levando as manifestações clínicas características. **Relato do caso:** D. M. A. , 26 anos, feminina, branca, casada, estudante, natural do Ceará e residente em Lúponópolis/PR. Encaminhada ao ambulatório de Pneumologia (AHC/Uel) para investigação de tosse produtiva há aproximadamente 15 anos associada a dispnéia aos moderados esforços e infecção de vias aéreas superior e inferior de repetição desde a infância. Relatava piora progressiva dos sintomas ao longo dos anos. Referia anosmia desde a infância e negava história familiar de doenças pulmonares. Realizou biópsia transbrônquica que evidenciou infiltrado inflamatório.

Realizou tomografia computadorizada (TCAR) que evidenciou opacidades retículo nodulares, opacidades em vidro fosco e bronquiectasias e a espirometria evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com redução CVF. Foi iniciado azitromicina (500 mg 3x/semana). Realizou exames reumatológicos, sorologias, imunoglobulinas, Sudam e elastase fecal, e pesquisa de fungos, as quais foram negativas. Em exame de iontoforese (2 testes) as dosagens de cloretos foram, respectivamente, 75 mEq/L e 70 mEq/L. Realizou nova TCAR mostrando doença em progressão. Lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica com áreas de fibrose. Confirmado o diagnóstico de FC, a paciente foi orientada a manter azitromicina, iniciada alfadornase e encaminhada para fisioterapia respiratória. Segue em acompanhamento ambulatorial sem novas internações ou exacerbação. **Discussão:** Os pacientes com FC podem ser classificados como tendo doença clássica ou atípica. A maioria dos pacientes apresenta a forma clássica, que usualmente é diagnosticada na infância. Por outro lado, a forma atípica, devido a apresentação leve, tem seu diagnóstico estabelecido na idade adulta e geralmente requer avaliação genética. Há um grande número de mutações conhecidas, porém uma minoria é capaz de ser identificada com os pacotes disponíveis. O caso relatado pode ser classificado como FC atípica, explicando assim o diagnóstico tardio. Embora a FC apresente acometimento sistêmico, a doença pulmonar se mantém como a maior causa de morbimortalidade. As manifestações respiratórias típicas da FC incluem uma tosse persistente e produtiva e provas de função pulmonar que são consistentes com doença obstrutiva. A progressão da doença inclui exacerbações agudas, levando a bronquiectasias, e ao declínio da função pulmonar. Em relação ao tratamento da FC o paciente deve receber terapia medicamentosa e fisioterapia respiratória, e é essencial que o paciente receba antibioticoterapia nos quadros agudos e crônicos, broncodilatadores e agentes que promovam o clearance das secreções das vias aéreas.

AP79 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ADULTOS ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DE FIBROSE CÍSTICA DO INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

RAFAEL MELO DE DEUS; IRACEMA FERREIRA SANDERS; MARIA MARGARETE DA SILVA ZEMBRZUSKI; THAIS FERNANDES BORGES; VINICIUS ALVES MURAD

INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA, DF.

Palavras-chave: Fibrose cística; mucoviscidose; teste do suor

Introdução: A fibrose cística é uma doença genética autossômica recessiva, caracterizada pela disfunção da proteína CFTR. A síndrome clínica é multissistêmica e decorre do transporte defeituoso de cloreto. Em geral, apresenta-se por uma ampla gama de manifestações, dentre elas, doença pulmonar progressiva, disfunções gastrointestinais, doença hepática, infertilidade masculina, desnutrição e elevadas concentrações de eletrólitos no suor.

Objetivo: Evidenciar o perfil epidemiológico dos pacientes com fibrose cística do ambulatório de pneumologia do Hospital de Base do Distrito Federal. **Métodos:** Estudo transversal descritivo que analisou indivíduos a partir de 18 anos, de ambos os sexos, acompanhados do ambulatório de fibrose cística do Hospital de Base do Distrito Federal, por meio de revisão de prontuário eletrônico no sistema trackare e dados do registro brasileiro de fibrose cística no período de 2013 a 2018. **Resultados:** Foram analisados 43 pacientes, 56,75% eram do sexo masculino. A idade variou

de 18 a 45 anos, sendo a mediana de idade de 25 anos. Apenas 19% dos pacientes foram diagnosticados antes de um ano de vida. Foram a óbito três pacientes. 49% foram considerados eutróficos, 26% apresentaram baixo peso e 3% estavam acima do peso. Em relação às comorbidades mais prevalentes, 78% apresentaram bronquiectasias, 67,5% com insuficiência pancreática, 62% com sinusopatia, 24% com polipose nasal e 16% com diabetes. Em relação às manifestações respiratórias, a tosse estava presente em 81% dos pacientes, 30% apresentaram baqueteamento digital e 8% eram oxigênio dependentes. A função pulmonar evidenciou distúrbio obstrutivo em 62% dos pacientes, distúrbio restritivo em 3% e normal em 24%. A microbiota do escarro demonstrou predomínio de *Pseudomonas aeruginosa* em 54%, *Staphylococcus aureus* em 49%, *Burkholderia cepacia* em 24% e *Stenotrophomonas maltophilia* em 6%. Em relação às mutações genéticas, 68% dos testes foram heterozigotos e as maiores frequências encontradas foram: F508del em 59%, N1303K em 5%, G542X em 5% e R1066C em 5%. **Conclusão:** Embora seja considerada uma doença da infância, o número de pacientes adultos com fibrose cística vem aumentando consideravelmente, graças aos avanços dos conhecimentos genéticos, acompanhamento e tratamento desta doença.

AP80 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE FIBROSE CÍSTICA NO BRASIL DE 2008 A 2017

THAYNÁ DE SOUSA E CASTRO; JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER; CAROLLINE FERNANDES ARAUJO MAIA; LUCAS CAMELO FERREIRA FARIA; MARCELO CARVALHO MEDEIROS FILHO; ALINE LOPES DE OLIVEIRA; RAUL VIDICA TEODORO BARCELOS; RONNAN VICTORIA FERREIRA SILVA

UNIRV - CAMPUS APARECIDA, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Fibrose cística; epidemiologia; Brasil

Introdução: Com um fenótipo variável, que inclui doença pulmonar, insuficiência pancreática, íleo meconial, além de agenesia bilateral dos ductos deferentes, resultando em azoospermia obstrutiva e infertilidade masculina. A fibrose cística (FC) é uma doença autossômica recessiva, que tem como causa as mutações genéticas, no cromossoma 7, influenciadas pela hereditariedade e independe de fatores socioeconômicos e culturais, no gene regulador da condutância transmembrana da FC (CFTR). A expressão da FC é bem diversificada e se caracteriza pelo transporte defeituoso de cloreto, que regula o balanço de íons e água no corpo, em especial nas células exócrinas dos pulmões e de outros órgãos. A mucoviscidose é progressiva e por isso necessita do acompanhamento de um pneumologista e atendimento integral. **Objetivo:** Identificar os casos de internação e óbito por região no Brasil durante o período de 2008 a 2017, através do banco de dados do DATASUS.

Metodologia: O estudo é de cunho observacional analítico, sobre o perfil epidemiológico de fibrose cística no Brasil, os dados que foram obtidos através da plataforma DATASUS - Departamento de Informática do SUS, na página de Informações da Saúde (TABNET). foram utilizados dados do dia 1 de janeiro de 2008 ao dia 31 de dezembro de 2017. Para melhor avaliar os dados quantitativos, foram utilizados dados das regiões demográficas brasileiras. **Resultados:** Durante o tempo pesquisado a fibrose cística com manifestações pulmonares foi a causa de 662 internações na região norte, dentre elas 10,73% vieram a óbito, na região nordeste 1.192 pessoas foram internadas e 4,45% faleceram, na região sudeste o número de internações foi de 4.949, entre elas 4,77% dos pacientes faleceram, na região sul 2.503 pessoas foram hospitalizadas e 4,99% vieram a óbito, na região centro-oeste ocorreram 501 hospitalizações e 6,39% destas faleceram. **Conclusão:** É possível notar que a fibrose

cística com manifestações pulmonares foi responsável por 517 óbitos, dentre as 9.807 internações totais ocorridas no Brasil, de 2008 a 2017. Entre todas as regiões demográficas brasileiras, a região norte foi a área em que a taxa de mortalidade foi mais alta durante o período estudado.

AP81 VARIANTE PATOGENICA RARA DO GENE CFTR PRESENTE EM DOIS IRMÃOS COM FORMA LEVE DE FIBROSE CÍSTICA

ISIS CRISTIANE FONSECA OLIVEIRA HELOU; CAMILA MAIA DE MORAIS; MARILIA DA SILVA GARROTE; LIVIA FIOROTTO CAMPOS; NATASHA YUMI MATSUNAGA; VIRGÍNIA AUXILIADORA FREITAS DE CASTRO; RAQUEL VIDICA FERNANDES; LUSMAIA DAMACENO CAMARGO COSTA

HOSPITAL DAS CLINICAS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Fibrose cística; genética; pseudobactter

Introdução: a fibrose cística (FC) é uma doença autossômica recessiva cuja alteração genética leva a uma alteração na proteína CFTR, responsável pela homeostase de sal e água nas células epiteliais. Leva ao funcionamento inadequado das glândulas exócrinas, com comprometimento de glândulas sudoríparas, pulmões e trato gastrointestinal. Lactentes podem apresentar síndrome metabólica relacionada à CFTR, caracterizada por alcalose metabólica hipoclorêmica e hiponatremia. **Relato de caso:** Trata-se dos irmãos J. A. N. R. , DN 24.07.2009 e L. H. R. , DN 22.12.2010, com diagnóstico de FC na idade de 9 e 4 meses, mediante dosagem de cloreto no suor de 70 e 55, respectivamente. Ambos apresentaram baixo ganho ponderal no primeiro ano de vida, com episódios recorrentes de desidratação, alcalose metabólica hipoclorêmica, hiponatremia e hipocalcemia. O baixo ganho ponderal foi atribuído à depleção crônica de sódio, pois tiveram boa resposta à suplementação oral de cloreto de sódio, sendo suspensa a terapia de reposição enzimática devido à pesquisa de gordura nas fezes negativa. Não desenvolveram doença respiratória e mantém ganho adequado de peso com escore z normal para todos os parâmetros nutricionais. Recentemente submetidos ao teste genético (sequenciamento do gene CFTR), sendo identificadas duas mutações patogênicas, DeltaF508 e Val 232 Asp. Atualmente estão com idade de 7 e 8 anos, totalmente assintomáticos, sendo vistos no centro de fibrose cística duas vezes ao ano. **Discussão:** a fibrose cística engloba uma grande variedade de fenótipos, devido ao enorme número de mutações identificadas. Alguns pacientes manifestam formas leves de doença, com suficiência pancreática exócrina e doença pulmonar leve. Esses irmãos apresentaram uma forma típica de manifestação de fibrose cística em lactentes, desordem metabólica relacionada à CFTR. Porém evoluíram de forma muito benigna, sem doença pulmonar e com suficiência pancreática. A mutação F508del, encontrada em heterozigose nos dois irmãos é a mais frequente na população mundial, tendo uma frequência de 48,75% na população brasileira, segundo dados do REBRAFC em 2015. Entretanto a alteração encontrada no segundo alelo (c. 695 T>A) não possui registro identificado na base de dados CFTR2. Essa variante promove a substituição do aminoácido valina na posição 232 por aspartato (p. Val232Asp). Encontra-se presente, em heterozigose, em 5 entre cerca de 123 mil indivíduos da população mundial e já foi previamente descrita na literatura médica associada ao quadro de fibrose cística. Adicionalmente, estudos funcionais realizados demonstram que esta mutação leva à inibição da maturação da proteína codificada. Desta forma, esta variante é considerada definitivamente patogênica. Esses casos nos alertam para o diagnóstico de fibrose cística em crianças com episódios recorrentes de

desidratação com distúrbio metabólico além de revelar uma alteração patogênica do gene CFTR ainda não identificada na base de dados CFTR2.

AP82 FIBROSE CISTICA, DIAGNÓSTICO TARDIO EM IDOSA: RELATO DE CASO

BIANCA FIDELIX ESPINDULA; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; ISABELA MAGGIONI HOLZ; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; LUIS OLAVO HIROAKI DE OLIVEIRA; ELIZABETH BRAGA MISAIO; ALINE REIS BERTOLDI; FLÁVIO GNECCO LASTEBASSE IAMSPE, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Fibrose cística; bronquiectasia; doença genética pulmonar

Introdução: A fibrose cística é a doença autossômica recessiva mais comum, cuja incidência mundial é de 1:2500 nascidos vivos caucasianos. No Brasil, não há estudos de triagem neonatal ou epidemiológicos abrangentes que permitam estimar a sua incidência. Casos de apresentação da FC em adultos têm sido descritos e, nas 2 últimas décadas, tornou-se evidente que ela inclui um espectro amplo de apresentação do que se reconhecia anteriormente.

Relato de caso: Feminino, 64 anos, com relato de infecção pulmonar de repetição (3 episódios nos últimos 4 meses) e queixa, na época, de tosse com expectoração amarelada e volumosa, sibilância, dispneia e febre. Refere melhora parcial com antibiótico, com permanência de tosse com pouca expectoração, dispneia aos moderados esforços e sibilos. Nega esteatorreia ou baixo peso. Antecedentes: 2 filhos vivos. Nega exposição ocupacional/ambiental. Exames de sangue dentro da normalidade. Imunoglobulinas normais; Alfa 1 Anti-tripsina 147, FR 22; FAN negativo. Cultura aeróbia no escarro, BAAR e Xpert MTB/Rif negativos. CVF 2,72(98%); VEF1 2,37(107%); IT 0,87. Pesquisa de mutação $\Delta F508$ negativa. 3 testes do cloreto no suor positivos (92; 74 e 78mmol/L). Rx tórax: opacidades bilaterais em vidro fosco, maiores em LLII. TC Tórax: Bronquiectasias cilíndricas e nódulos centrolobulares mais evidentes no LM, língua, segmento basal do LID e do LIE. **Discussão:** A FC é causada por mutações do gene regulador de condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR) e o tipo mais comum é a $\Delta F508$. Devido ao tamanho deste gene e a variedade de mutações identificadas, a falha em detectar mutações não exclui o diagnóstico de FC. O método padrão ouro para o diagnóstico da é o teste do cloreto no suor, mas existe a análise genética e a determinação da diferença de potencial transepitelial nasal. A maioria dos pacientes recebem o diagnóstico até os 12 anos de idade, porém ultimamente a FC não tem sido mais considerada uma doença exclusivamente pediátrica. Em 2013, os adultos compreenderam 49,7% da população com FC, comparados com 29,2% em 1986. Os pacientes que recebem diagnóstico precoce têm uma combinação de sintomas GI e pulmonares, enquanto distúrbios respiratórios são mais comuns no tardio. Os diagnosticados na idade adulta têm apresentações variáveis e atípicas, com doença mais leve, melhor prognóstico a longo prazo, melhor função pulmonar, maiores taxas de suficiência pancreática, menos complicações e maior expectativa de vida do que os diagnosticados na infância. Contudo, o curso da doença costuma ser afetado por colonização bacteriana pulmonar crônica, exacerbações infecciosas recorrentes e bronquiectasias. O caso em questão ilustra que, embora a FC geralmente se apresente na 1ª infância, o diagnóstico de FC deve ser considerado em adultos com infecções pulmonares recorrentes. Muitos médicos não estão cientes dessa possibilidade, potencialmente levando a um diagnóstico tardio ou ausente.

AP83 FIBROSE CÍSTICA: O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO TARDIO

CAMILA MAIA DE MORAIS; ISIS CRISTIANE FONSECA OLIVEIRA HELOU; LIVIA FIOROTTO CAMPOS; LAIS GOMES DE CARVALHO; DANIELLI CHRISTINNI BICHUETTI-SILVA; NATASHA YUMI MATSUNAGA; LUSMAIA DAMACENO CAMARGO COSTA; RAQUEL VIDICA FERNANDES

HOSPITAL DAS CLINICAS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Fibrose cística; teste do suor; genética

Introdução: A Fibrose Cística é uma doença de herança autossômica recessiva, rara, crônica, grave, potencialmente fatal. Caracterizada pela desregulação da proteína reguladora da condutância transmembrana, CFTR, acomete, em graus variados, o pâncreas, pulmões, intestino, fígado e testículos. Cerca de 70 mil pessoas no mundo têm Fibrose Cística e cerca de 3.000 pessoas no Brasil. A mortalidade é em torno de 85%. A média de sobrevida é 41,1 anos com tratamento adequado. **Objetivo:** Expor o caso clínico de uma paciente atendida no serviço de pneumologia pediátrica do HC-UFG, com diagnóstico tardio de fibrose cística, sem acompanhamento em centro de referência, no intuito de alertar sobre a gravidade e prognóstico da doença. **Relato de caso:** DCBO, 16 anos, feminino, procedente de Carmo do Rio Verde-GO. Até os 10 anos era hígida (SIC), quando iniciou quadro de cefaleia, tosse úmida diária, dispnéia progressiva e astenia. Fez uso frequente de antibióticos. Apresentou dois episódios de pneumonia, com uma internação. Houve perda de peso progressiva, mais expressiva após os 13 anos. Nega diarreia e gordura nas fezes. Recebeu o diagnóstico de fibrose cística há três anos, mas sem uso de medicações de uso contínuo, sendo encaminhada ao HC-UFG aos 16 anos. Irmão e pais saudáveis. Exame físico: IMC 11,2 (Z < -3). Ausculta: MV rude, estertores grossos difusos, expansibilidade diminuída. Tiragem de fúrcula, subcostal, intercostal. FR 39 ipm SpO2 83%. Unhas em vidro de relógio, cianose de leito ungueal. Teste do suor confirmatório: condutividade 99mmol/L e quantitativo 75mmol/L. Foi internada para antibioticoterapia, coleta de exames e atendimento multidisciplinar. Iniciada dieta hipercalórica, alfadornase, pancreatina. Colhido teste genético. Durante a internação, espirometria VEF1 0,73 L(26%) que se enquadra em uma das indicações do transplante pulmonar. No 16º dia de internação, apresentou pneumotórax hipertensivo espontâneo, com necessidade de punção de alívio e drenagem de tórax, ventilação mecânica por um mês. Evoluiu bem, atualmente com traqueostomia, gastrostomia, sem ventilação mecânica, com oxigênio suplementado na traqueostomia, com programação para decanulação. **Discussão:** O diagnóstico é feito após triagem no teste do pezinho, com IRT alterado, ou após suspeita clínica, com a confirmação pelo teste do suor e teste genético, com a identificação das mutações patogênicas. O tratamento é complexo, multidisciplinar, individualizado e pode envolver uso de enzima pancreática, suplementação vitamínicas, dieta hipercalórica, profilaxia ou tratamento das infecções, fisioterapia respiratória, inalação de mucolítico potente, aconselhamento genético, monitoramento da progressão da doença e educação continuada do paciente e de sua família. É uma doença rara, mas que não deve ser esquecida. Pela sua gravidade, se suspeitada, deve-se encaminhar o paciente precocemente para Centro de Referência para elucidação diagnóstica e tratamento adequado visando melhor prognóstico.

AP84 HIPERTENSÃO PULMONAR GRAVE EM PACIENTE COM DOENÇAS AUTOIMUNES SOBREPOSTAS: RELATO DE CASO

MILLA TRABACHIN ALMEIDA FERRAZ; FELIPE AMORIM ZAROUR; JOÃO FILIPE COSTA ALVES PEREIRA; ANDRÉA CASTIGLIONI ALVES TEIXEIRA E SILVA; ILDSO BOTELHO DA COSTA CAMPOS; LUIZ FELIPE MARQUES BARBOSA SILVA

UFMT, CUIABA, MT.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; lupus; saaf

Introdução: Hipertensão pulmonar (HP) grave é uma doença debilitante, com expectativa de vida reduzida, que acomete adultos jovens. A prevalência de HP no lúpus eritematoso sistêmico (LES) varia de 0,5 a 17,5%, sendo raras as formas graves. Naqueles com LES e síndrome do anticorpo antifosfolípideo (SAAF), têm maior prevalência de trombose, morbidade da gravidez, doença valvar, hipertensão pulmonar, lúpus eritematoso, trombocitopenia, anemia hemolítica, lesões vasculares renais e comprometimento cognitivo; pior qualidade de vida e maior risco de danos aos órgãos.

Relato de caso: Mulher, 33 anos, parda, procedente de Gaúcha do Norte – MT, G5P3A2 (2 natimortos, 1 filho vivo e 2 abortos). Sem histórico de tabagismo e etilismo. Iniciou quadro com polisserosites (derrames pericárdico e pleural), artrite, nefrite, hipocomplementenemia, coombs direto e anticorpos antinucleares positivos, recebendo diagnóstico de LES. Após 3 anos, apresentou dispneia aos mínimos esforços, tosse seca e dor torácica opressiva. Ao exame físico havia desdobramento e hiperfonese de segunda bulha cardíaca. Exames complementares demonstraram: Radiografia de tórax com abaulamento do arco pulmonar, ectasia das artérias pulmonares, hilos acentuados e área cardíaca no limite superior da normalidade; Eletrocardiograma com sobrecarga de câmaras direita; Ecocardiograma com insuficiência aórtica e mitral discreta, insuficiência tricúspide importante, cavidades direitas aumentadas e HP severa (PSAP: 100 mmHg); Cateterismo cardíaco direito confirmou HP e cintilografia de ventilação/perfusão pulmonar normal. Devido morbidade gestacional e anticorpos antifosfolípidios positivos, teve diagnóstico posterior de SAAF secundário. Com base nesses achados, foi feito o diagnóstico de HP associada a LES e SAAF. Desenvolveu no mesmo período, sinais e sintomas de neurite óptica e mielite transversa, sendo diagnosticada com doença de Devic, devido anticorpo anti-aquaporina 4 IgG ser positivo. Mesmo com tratamento otimizado para HP, evoluiu com cor pulmonale e insuficiência cardíaca direita, visto no último ecocardiograma. Atualmente, está em acompanhamento ambulatorial multidisciplinar. **Discussão:** A HP grave quando associada a doenças reumáticas traz um prognóstico sombrio com progressão mais rápida da doença e pouca resposta à terapia. Taxas de mortalidade avaliadas em um período acima de 5 anos variam entre 14% a 50%, sendo usual a morte súbita em decorrência de colapso circulatório. Devido à gravidade da doença, é fundamental lembrarmos de rastreá-la em pacientes com doenças autoimunes, a fim de iniciar tratamento precoce e retardar avanço da doença. **Referências:** 1. Pérez-Peñate, GM et al. Pulmonary Arterial Hypertension in Systemic Lupus Erythematosus: Prevalence and Predictors. J Rheumatol. , v. 43, n. 2, p. 323-9, Feb. 2016.2. Souza, EJ et al. Sildenafil no tratamento da hipertensão pulmonar associada a lúpus eritematoso sistêmico e síndrome antifosfolípido. J Pneumol. , v. 29, n. 5, Set-Out. 2003.

AP85 HIPERTENSÃO PULMONAR COMBINADA COM MELHORA IMPORTANTE APÓS REABILITACAO CARDIO-PULMONAR E DISPOSITIVO CARDIACO

ROGER PIRATH RODRIGUES; VICTOR MEDEIROS BENINCÁ; CAIQUE MARTINS PEREIRA DE MOURA; JOÃO VÍTOR TERNES RECH; GUSTAVO PERESSONI BERNARD; MATHEUS FRITZEN; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC,
FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; insuficiência cardíaca; reabilitação cardio-pulmonar

A Hipertensão Pulmonar (HP) é uma condição patológica dividida em 5 grupos etiológicos tendo o grupo 2 (secundário a doença cardíaca esquerda) como etiologia mais comum. Neste grupo, HP combinada (HPcIC) possui aumento desproporcional da pressão média da artéria pulmonar (pmap) em relação pressão capilar pulmonar (PCP) e da resistência vascular pulmonar (RVP). As terapias alvo não mostram resposta. A reabilitação cardio-pulmonar (RCP), dispositivos cardíacos (CDI e RSC) e transplante são aliados pouco utilizados. Nos relatamos um caso de HPcIC com melhora hemodinâmica considerável após colocação de CDI associado a RCP. **Relato de caso:** Feminino, 53 anos, vinda do ambulatório de transplante cardíaco com dispnéia (classe funcional III NYHA), fibrilação atrial e insuficiência cardíaca (ICC) miocárdica por cardiopatia isquêmica. Tratamento otimizado para ICC porém com desconfortos frequentes. Ao exame saturava 96%, turgência jugular, eupneica. MV+ com crepitações bi-basais. Ritmo irregular (B3), com FC 114 bpm. Ecocardiograma aumento das cavidades direita e esquerda, PSAP 78 mmHg e FE normal. Espirometria sugerindo distúrbio ventilatório restritivo leve, angiogramografia de tórax e cintilografia V/Q normais, BNP 656 mg/dl e Ergoespirometria VO₂max 10,82 ml/Kg/min. Cateterismo direito mostrou pressão média da artéria pulmonar (PMAP) 63 mmHg, pressão capilar pulmonar (PCP) 20 mmHg, pressão do átrio direito (PAD) 18 mmHg, resistência vascular pulmonar (RVP) 7 wood e débito cardíaco (DC) 4 l/min. Havia usado sildenafil e bosentan sem resposta. Otimizou então diuréticos e associou nitrato. Encaminhada a RCP e após 1 ano, permanecia com dispnéia de Classe II-III. Seguiu-se implante de CDI com manutenção da RCP. Evoluiu após 6 meses com melhora da dispnéia (classe II) e hemodinâmica (PMAP 38 mmHg, DC 5 L/min e RVP 3,6w assim como ergoespirometria com VO₂ max de 13,20 ml/Kg/min) **Discussão:** O manejo de pacientes com HPcIC constitui um desafio clínico tendo em vista a alta morbimortalidade e a ausência de terapia alvo específica. No momento a otimização terapêutica da ICC e o foco ante o aumento da RVP. Mesmo evidente a redução da morbimortalidade em pacientes com ICC sem HP, há poucos estudos de uso de dispositivos cardíacos implantáveis e a reabilitação cardio-pulmonar com resposta hemodinâmica em HPcIC. A resposta clínica e hemodinâmica favorável deste paciente com redução substancial da RVP e da PMAP comprova a etiologia do aumento das pressões da artéria pulmonar assim como reforça a ideia de otimização total no tratamento da doença cardíaca esquerda. Referências GALIÉ, N et al. ERJ 2015 46: 903-975 HOLZMEISTER, J. Lancet 2011 9792, p. 722-730 VACHIER, J. et al. JAAC 2013, 25: 100-108

AP86 DISPNEIA E HIPERTENSÃO PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO DE CARDIOPATIA ISQUÊMICA EM PACIENTE JOVEM

ROGER PIRATH RODRIGUES¹; CAIQUE MARTINS PEREIRA DE MOURA¹; JOÃO VÍTOR TERNES RECH¹; GUSTAVO PERESSONI BERNARD¹; MATHEUS FRITZEN¹; VÍCTOR MEDEIROS BENINCÁ²; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, RS.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; grupo 2; doença isquêmica

Introdução: A Hipertensão Pulmonar (HP) é uma condição

patológica dividida em 5 grupos. O grupo 2 (secundário a doença cardíaca esquerda) geralmente vem associado com fatores de risco como diabetes, HAS e idade avançada, diferenciando das doenças da artéria pulmonar (grupo 1). Os sintomas são inespecíficos como dispnéia, dor torácica e palpitação. O diagnóstico de HP relacionado a doenças do coração esquerdo em paciente jovem pode ser um desafio diagnóstico. **Relato de caso:** Feminino, 45 anos residente em Florianópolis. Há 3 anos com investigação de quadro de dispnéia aos esforços classe II de NYHA e palpitação, com piora nos últimos 4 meses. Há 2 anos realizou cirurgia do tornozelo. Hipertensão mas sem tratamento no momento, portadora de Fator V Leiden e no histórico familiar mãe com trombose venosa profunda prévia. Não tabagista. Faz uso de gabapentina, metadona, duloxetine e indometacina. A paciente foi encaminhada pelo cardiologista para investigação de HP. Ao exame físico: obesidade (IMC 31), saturando 96% em ar ambiente, TA 140/80 mmHg, taquicárdica 110 bpm, acianótica, eupneica em repouso, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações, e abdome normal, edema +/4 de membros inferiores. Apresenta ecocardiograma (ECO) com FE normal e PSAP de 40 mmHg, sorologias negativas, marcadores reumatológicos negativos, BNP de 40 ug/L, Dímero D 230, Espirometria sugeria distúrbio ventilatório restritivo leve. Angiotomografia de tórax normal e cintilografia pulmonar com baixa probabilidade para TEP. A paciente foi encaminhada para o ECO transesofágico e cateterismo cardíaco. O ECO apresentou forame oval patente (microbolhas +), PSAP de 40 mmHg. Cateterismo direito mostrou uma PMAP 21 mmHg com RVP 1,6 wood com IC normal, com pressão capilar pulmonar (Pcp) de 15 mmHg. Submetido na sequência a cateterismo esquerdo que evidenciou obstrução de 90% no tronco da artéria descendente anterior sendo submetida a angioplastia coronariana por stent. Após 6 meses, paciente apresenta melhora da dispnéia agora em classe I e com ECO não evidenciando HP. **Discussão:** O grande desafio diagnóstico da investigação da dispnéia em paciente com hipertensão pulmonar é a pesquisa da etiológica. A maioria dos pacientes tem HP secundária a doença cardíaca esquerda, porém uma série de fatores de risco e comorbidades geralmente estão presentes. Neste caso a realização do cateterismo esquerdo em sequência ao direito foi fundamental no diagnóstico e manejo. Porém não faz parte das diretrizes a necessidade de investigação de coração esquerdo, também por aumento de morbidade. O teste volumétrico tem sido recomendado em pacientes com Pcp entre 12-15 mmHg. Adicionalmente, a paciente possuía um forame oval patente que poderia justificar a presença de HP, porém a persistência de taquicardia e a história de palpitação com HAS mal controlada fizeram a equipe pensar em investigar coração esquerdo mesmo em paciente jovem. O caso ressalta a importância de descartar o grupo de maior causa etiológica da HP.

AP87 TESTE DA CAMINHADA DE SEIS MINUTOS NA PREDIÇÃO DE MORTALIDADE EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR EM UMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

GABRIELA OLIVEIRA SIQUEIRA COSTA; ELAINE BRITO VIEIRA; IVAN TERUAKI IVANAGA; RUDOLF KRAWCZENKO OLIVEIRA; ROBERTA PULCHERI RAMOS; ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA; JAQUELINA SONOE OTA

UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Hap; tc6m; prognóstico

Introdução: A mensuração da capacidade de exercício por meio da distância realizada no teste da caminhada de seis minutos (DTC6M) possibilita a avaliação da gravidade

de pacientes portadores de hipertensão arterial pulmonar (HAP). Os valores de corte da DTC6M, determinados como preditores de mortalidade ou piora clínica, são derivados de estudos internacionais e portanto sua generalização é questionável na população brasileira. Estudos demonstraram que indivíduos saudáveis da nossa população apresentam maiores valores de DTC6M quando comparada a de outros países, apesar de menor estatura. **Objetivos:** Identificar valores de corte da DTC6M para prever mortalidade em uma amostra de pacientes com HAP no Brasil. **Métodos:** Entre março de 2003 e julho de 2016, foram selecionados 94 prontuários de pacientes com HAP-Grupo 1 assistidos pelo Serviço de Circulação Pulmonar da Disciplina de Pneumologia (Unifesp- EPM). Os dados demográficos, a DTC6M basal e as datas do diagnóstico (cateterismo cardíaco direito), do óbito por qualquer causa e do TC6M basal foram coletados retrospectivamente. **Resultados:** O tempo de acompanhamento em mediana foi de 10,7 anos [8,9 – 12,5]. Durante o período de acompanhamento ocorreram 32 óbitos e 1 perda de seguimento. A DTC6M basal corrigida por idade, sexo e classe funcional associou-se à mortalidade (HR = 0,995 [0,991-0,999]; p = 0,028). Por meio da regressão de Cox (HR = 2,727 [1,284;5,792]; p = 0,009), o ponto de corte de 330 metros foi preditor de mortalidade ($\times 2 = 9,216$; p = 0,002 log-rank). A sobrevida para os pacientes que caminharam $>$ ou $\leq$ 330m foi 96 vs 96%, 89 vs 91%, 84 vs 74% e 83 vs 43% em 1,2,3 e 5 anos, respectivamente. **Conclusão:** A DTC6M basal no valor de 330 metros foi preditor de mortalidade nos pacientes com HAP em uma coorte brasileira de pacientes com HAP.

AP88 HIPERTENSÃO PULMONAR INDUZIDA PELA PARACOCIDIOIDOMICOSE PULMONAR

SABRINA SETEMBRE BATAH¹; PATRICIA DOS SANTOS LEÃO¹; ADRIANA IGNÁCIO DE PÁDUA²; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ²; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO¹

1. DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E MEDICINA LEGAL, FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, RIBEIRÃO PRETO, SP; 2. DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; ecocardiograma; paracoccidiodomicose

Introdução: Paracoccidiodomicose é uma infecção fúngica endêmica na América do Sul, principalmente no Brasil, com uma terapia antifúngica disponível. Atualmente, a fibrose pulmonar residual é a principal seqüela a longo prazo com considerável aumento de morbidade e mortalidade. A inflamação granulomatosa promove uma deposição de matriz extracelular desorganizada, sendo um processo crítico para o remodelamento parenquimatoso e vascular. Além disso, essa deposição desorganizada induz uma notável distorção na arquitetura que pode afetar os vasos.

Objetivos: Estudar o impacto do remodelamento vascular na paracoccidiodomicose em pacientes com hipertensão pulmonar. **Métodos:** Um estudo de caso-controle retrospectivo foi realizado com 25 pacientes clinicamente diagnosticados com paracoccidiodomicose por biópsia e/ou contra-imunoelctroforese. O ecocardiograma com doppler foi realizado em todos os pacientes e posteriormente, foi feito a análise e morfometria de lâminas coradas com H&E e picrossírius. **Resultados:** A maioria dos pacientes são homens e fumantes, da zona rural, com a média de idade de 51 anos (variando de 35 a 73). A pressão sistólica da artéria pulmonar (sPAP) mostrou ser maior que 50mmHg em 20% dos casos. A análise histológica mostrou alta deposição de matriz extracelular, especialmente de fibras

de colágeno grossas, na camada adventícia dos vasos pulmonares, correlacionando-se significativamente com sPAP. Além disso, a camada muscular lisa demonstrase com muscularização de pequenos vasos e hiperplasia endotelial focal. Nenhum dos pacientes teve estudo hemodinâmico. **Conclusão:** O remodelamento vascular é consequência da paracoccidiodomicose pela deposição de fibras colágenas na camada adventícia dos vasos, promovendo destacado espessamento e rigidez. Nesse contexto, paracoccidiodomicose pode ser considerada uma indutora de hipertensão pulmonar, e o cateterismo cardíaco direito poderia ser recomendado para diagnóstico precoce da hipertensão pulmonar. (FAPESP 2016/23933-0)

AP89 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE TROMBOEMBOLIA VENOSA EM PACIENTES CLÍNICOS HOSPITALIZADOS E ADEQUAÇÃO DA PROFILAXIA: COMPARAÇÃO ENTRE ESCORE DE PADUA E A ESTRATIFICAÇÃO DE MAYNARD BELISA MARIN ALVES; RAQUEL PEREIRA VIEIRA; LISIANE FREITAS LEAL; GABRIEL DALLA COSTA; MARCELO BASSO GAZZANA HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Tromboembolia venosa; prevenção; estratificação de risco

Introdução: O risco de tromboembolia venosa (TEV) em pacientes clínicos é significativo, sendo necessário estratificá-lo para adotar as medidas profiláticas. Na prática clínica, há diversos métodos para estimar o risco. Entretanto, não existe consenso de qual estratégia é melhor, tendo em vista a heterogeneidade da população dos pacientes não cirúrgicos, o que aumenta a dificuldade em implementar a prevenção adequada. **Objetivos:** Comparar o escore de Padua e a estratificação de Maynard em relação ao risco de TEV em pacientes clínicos hospitalizados e verificar a adequação das medidas profiláticas prescritas. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, realizado no Hospital Moínhos de Vento no mês de Outubro de 2017. Foram entrevistados consecutivamente todos pacientes clínicos nas primeiras 48 horas da hospitalização. Dados complementares foram extraídos do prontuário eletrônico da Instituição. Foram calculados os escore de Padua e seus níveis (baixo risco: 0 a 3 pontos; alto risco: 4 a 20), e os pacientes também foram classificados conforme categorização de Maynard (alto, médio e baixo risco). As diretrizes do *American Collage of Chest Physicians* (9ª edição, 2012) foram utilizadas para caracterizar adequação da profilaxia. **Resultados:** Foram incluídos 100 pacientes, cuja média da idade foi de 64,9 anos ($\pm$ 19,8), sendo a maioria do gênero feminino (n = 62). Os fatores de risco para TEV foram imobilidade (n = 59), infecção aguda (n = 50), cateter central (n = 23), neoplasia recente (n = 16, sendo 8 metastáticas), viagem prolongada (n = 14), pneumopatia agudizada (n = 12), TEP prévia (n = 6), acidente vascular cerebral (n = 5), entre outros. Dez pacientes apresentavam contra-indicações relativas para profilaxia farmacológica, sendo 5 por sangramento grave e 5 por coagulopatia. A média do escore de Padua foi de 3,77 pontos ($\pm$ 2,44), sendo classificados 47 pacientes como baixo risco e 53 pacientes como alto risco. Já pela categorização de Maynard somente 3 pacientes foram considerados de baixo risco. A profilaxia foi considerada adequada em 89 pacientes. Dos outros 11 pacientes, 9 não receberam medidas preventivas e 2 receberam excessivamente. A heparina não fracionada em mini-dose foi utilizada em 47 pacientes, enoxaparina em 33 e fondaparina em 1. **Conclusão:** Considerando o escore de Padua como padrão de estratificação de risco para TEV em pacientes clínicos, a categorização de Maynard tende a superestimar este risco. Adicionalmente, a profilaxia

para TEV foi utilizada de forma adequada na maioria dos pacientes da população estudada.

AP90 PREVALÊNCIA DE TROMBOEMBOLIA VENOSA AGUDA ASSOCIADA AO USO DE CATETERES CENTRAIS DE INSERÇÃO PERIFÉRICA: UMA COORTE DE MAIS DE 700 PACIENTES

JANAINA DA SILVA FLOR; LUCIANE BORELLI FINATTO; ANA ISABEL MARTINS; DENISE CRISTINA DA SILVA; RUBIA NATASHA MAESTRI; MARCELO BASSO GAZZANA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Tromboembolia pulmonar; trombose venosa profunda; cateter central de inserção periférica

Introdução: O uso de cateteres centrais de inserção periférica (PICC) tem aumentado substancialmente na prática diária. A tromboembolia venosa (TEV) aguda é uma das possíveis complicações maiores. A prevalência relatada na literatura varia amplamente (2 a 75%), dependendo da população do estudo. As complicações relacionadas ao uso de PICC fazem parte dos alvos de boas práticas clínicas dos programas de acreditação hospitalar (Fallouh N et al, 2015). **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi relatar a prevalência de TEV aguda associada ao uso de PICC em nossa instituição. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo realizado no Hospital Moínhos de Vento (Porto Alegre, RS). Os dados foram extraídos das planilhas de controle do uso de PICC além da revisão dos prontuários dos pacientes. Todos as inserções de PICC foram realizadas por um grupo de enfermeiras treinadas e sob orientação ecográfica. A localização dos cateteres foi confirmada por radiografia de tórax. Conforme a rotina institucional, as enfermeiras assistenciais têm a orientação de fazer notificação compulsória quando há suspeita de TEV. Os métodos diagnósticos de TEV utilizados foram ecodoppler venoso, angiogramografia computadorizada de artérias pulmonares e cintilografia pulmonar perfusional. **Resultados:** Entre Janeiro de 2012 e Agosto de 2017 foram inseridos 853 PICC em 778 pacientes (1,22 cateteres por paciente; amplitude 1 a 8). A média de idade dos pacientes foi 64,3 anos (DP $\pm$ 20,3). O PICC foi inserido principalmente no membro superior direito (97,1%) e na primeira tentativa (67,5%). As indicações para o uso de PICC foram uso de antimicrobianos (82,4%), quimioterapia (5,7%), nutrição parenteral (5,5%) e outras (6,4%). O PICC modelo Groshong foi o tipo de cateter mais utilizado (84,8%). Houve suspeita clínica de TEV em 54 pacientes. O ecodoppler venoso detectou trombose venosa superficial (veia basilíca ou veia cefálica) em 7 pacientes (prevalência 0,73%) e trombose venosa profunda (veia axilar ou veia subclávica) em 4 pacientes (prevalência 0,42%). Anticoagulação plena foi prescrita para estes 4 últimos pacientes. Durante o seguimento não foi detectada tromboembolia pulmonar em nenhum paciente. **Conclusão:** A prevalência de tromboembolia venosa aguda associada ao uso de cateteres centrais de inserção periférica foi baixa na nossa instituição, supondo que há boas práticas relacionadas ao uso dos PICC. Estes resultados necessitam ser confirmados num estudo prospectivo.

AP91 EMBOLECTOMIA POR CATETER NO TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: SÉRIE DE CASOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

ADRIAN FROZI FILHO; MARCELO BASSO GAZZANA; MAURICIO FARENZENA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE POA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Embolectomia por cateter; tromboembolismo pulmonar; tromboectomia

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma condição grave. A embolectomia por cateter (EC), com ou

sem o uso de trombolítico intrapulmonar, é uma alternativa em pacientes com TEP persistente apesar da terapia padrão ou que tem contra-indicação a recebê-la. **Objetivo:** Relatar a experiência dos Serviços de Pneumologia e de Radiologia Intervencionista no tratamento da TEP com EC. **Metodologia:** Estudo de casos retrospectivo, de novembro de 2006 a março de 2018, de todos os pacientes que realizaram EC. Revisou-se os prontuários através de formulário padronizado. Análise estatística foi somente descritiva. **Resultados:** Foram realizadas dezenove (19) EC no período do estudo. Os pacientes tinham média de idade de 52,1 anos (27 a 89 anos), sendo 10 (52%) do sexo masculino. O diagnóstico de TEP nestes pacientes foi realizado por angio-TC em 15 (84,3%) pacientes, por cintilografia pulmonar em 1 (5,2%) paciente e por arteriografia pulmonar em 2 (10,5%) pacientes. A indicação da EC foi TEP extenso em 4 casos, falha ao trombolítico em 2 e contra indicação ao trombolítico em 13 casos. Embolectomia mecânica (fragmentação) foi realizada em todos os casos e uso de trombolítico intrapulmonar (alteplase) em 2. Houve óbito de 4 pacientes intrahospitalar, sendo apenas 1 desses relacionada ao TEP. Filtro de veia cava foi colocado em 8 pacientes. Complicações ocorreram em 3 pacientes, sendo sangramento grave (hematoma mamário) em 1, não grave em outro (hematúria) e 1 caso apresentou arritmia ventricular. **Conclusão:** A embolectomia por cateter é um procedimento que pode ser uma alternativa para tratamento efetivo da TEP em pacientes selecionados, que não respondem ou tem contra-indicação ao uso de antitrombóticos.

AP92 AVALIAÇÃO DE VARIÁVEIS HEMODINÂMICAS, DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA SUBMETIDOS A ENDARTERECTOMIA PULMONAR EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE BELO HORIZONTE-MG

ANA CECÍLIA CARDOSO DE SOUSA; FREDERICO THADEU ASSIS FIGUEIREDO CAMPOS; RODRIGO DE CASTRO BERNARDES; MARCELO BRAGA IVO; FRANCISCO TADEU DA MOTA ALBUQUERQUE; LUIZ CLAUDIO MOREIRA LIMA; THAÍS MESQUITA FERREIRA; RAFAEL CHAVES FERREIRA

HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar tromboembólica crônica; endarterectomia; pulmonar

Introdução: A Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica (HPTEC) ocorre em cerca de 0,5-4% dos pacientes após um evento de Embolia Pulmonar Aguda (EPA), é caracterizada pela permanência de trombos organizados nas artérias pulmonares após 3 meses de anticoagulação, relacionada a uma pressão média na artéria pulmonar (PAPm) $\geq$ 25 mmHg, pressão de oclusão da artéria pulmonar (PoAP) $\leq$ 15 mmHg, resistência vascular pulmonar (RVP) $\geq$ de 3 unidades Wood, com pelo menos um defeito de perfusão detectado por exame de imagem. Diante de um quadro de HPTEC, o tratamento de escolha é a Endarterectomia Pulmonar (EAP). **Objetivo:** Avaliar variáveis hemodinâmicas, dados clínicos e epidemiológicos de pacientes portadores de HPTEC submetidos a EAP no Hospital Madre Teresa em Belo Horizonte-MG. **Materiais e métodos:** As variáveis hemodinâmicas, dados clínicos e epidemiológicos de cada paciente avaliado, foram adquiridas através de um estudo observacional longitudinal, no período de abril de 2017 a março de 2018. **Resultados:** De abril de 2017 a março de 2018, 12 pacientes foram submetidos à EAP, destes 4 pacientes (33%) do sexo feminino, 8 pacientes (66,7%) do sexo masculino. Cerca de 8 pacientes (66,7%) tinham relato de ao menos 1 evento de EPA prévia. Além disso, 2 pacientes (16,7%) haviam história de Trombose Venosa Profunda prévia.

Em relação à Classe Funcional (CF) de dispneia (OMS), 2 pacientes (16,7%) relataram dispneia CF II; 9 pacientes (75%) CF III; e 1 paciente (8%) CF IV. Cerca de 4 pacientes estudados (33,4%), usavam algum tratamento específico para HP. No CAT direito a média das variáveis hemodinâmicas dos pacientes, antes da EAP, eram: índice cardíaco (IC): 2,55 L/min/m²; RVP: 690,4 dyn/s/cm-5; IRVP (Índice de RVP): 1200 dyn/s/cm-5/m²; PAPm: 42,16 mmHg. No pós-operatório imediato, foram realizadas as medidas hemodinâmicas, através do cateter de Swan Ganz, de 10 dos 12 pacientes operados, sendo a RVP medida em 6 pacientes. As médias das variáveis hemodinâmicas, no primeiro e último dia de uso do cateter, foram respectivamente: IC: 2,51 e 2,85 L/min/m²; PAPm de 30,30 e 28,57 mmHg; RVP de 292 e 211 dyn/s/cm-5; IRVP de 496,50 e 575,14 dyn/s/cm-5/m². A mortalidade no pós-operatório imediato foi de 25% (3 pacientes), sendo 1 por falência ventricular direita, 1 por hemorragia brônquica e 1 por hemorragia intra-abdominal. Nenhum paciente até o fechamento deste estudo faleceu no pós-operatório tardio. A média de duração da internação hospitalar foi de 18,9 dias, sendo 6,4 dias em terapia intensiva. **Conclusão:** De acordo com a análise realizada, pode-se concluir que a EAP realizada tem sido eficaz, na melhora hemodinâmica, apesar de uma mortalidade de 25% no pós-operatório imediato e zero no pós operatório tardio. Os resultados apresentados mostram a importância da EAP no tratamento da HPTEC, e a necessidade do trabalho de uma equipe multidisciplinar, para que seja oferecida à população esta modalidade terapêutica, que vem a ser a única modalidade curativa para HPTEC.

AP93 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA A INFECÇÃO PELO HIV: DESCRIÇÃO DE UMA SÉRIE DE 12 CASOS

GUSTAVO PICOLOTTO; IGOR GORSKI BENEDETTO; MARCELO BASSO GAZZANA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Hipertensão arterial pulmonar; infecção pelo HIV; diagnóstico

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) associada a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é bem descrita na literatura. Embora a prevalência da infecção pelo HIV seja elevada no Brasil, há poucos relatos de HAP associada ao HIV no nosso meio. **Objetivo:** Descrever as características clínicas e o manejo de pacientes com HAP associada ao HIV. **Métodos:** Série retrospectiva de casos de pacientes atendidos no Ambulatório de Circulação Pulmonar do Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de 2010 a 2017. Foram incluídos pacientes com diagnóstico de HAP associada ao HIV segundo critérios da diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia (2016). Os dados foram coletados do prontuário eletrônico da Instituição. **Resultados:** Foram incluídos 12 pacientes, cuja média da idade foi de 39,8 anos ($\pm 4,9$), sendo 8 (75%) do sexo feminino. O tempo médio entre o diagnóstico da infecção pelo HIV e da HAP foi de 4 anos, e em 4 pacientes o diagnóstico foi contaminante. A média da contagem de CD4 foi em média de 454,7 cels/mm³ ($\pm 265,5$), e a carga viral de 12.000 cópias/mL (± 9.715). A classe funcional no momento do diagnóstico foi III-IV em 6 casos. A média da distância percorrida no teste da caminhada foi de 371,8 metros ($\pm 141,7$), com dessaturação significativa em 4 pacientes. A estimativa da pressão sistólica da artéria pulmonar por ecocardiograma foi de 72,9 mmHg ($\pm 23,7$). Os dados hemodinâmicos invasivos foram (média $\pm$ desvio padrão) pressão média na artéria pulmonar (45,4 $\pm$ 20,1 mmHg), pressão de oclusão na artéria pulmonar (8,3 $\pm$

4,1 mmHg), resistência vascular pulmonar (8,1 $\pm$ 6,9WU), pressão no átrio direito (7,8 $\pm$ 4,7 mmHg) e débito cardíaco (5,1 $\pm$ 2,1 mmHg). Em dois pacientes a vasorreatividade foi positiva. **Conclusão:** Pacientes com HAP associada ao HIV se apresentam com significativo comprometimento da capacidade funcional e hemodinâmica, apesar de um comprometimento não grave da imunidade

AP94 EMBOLIA PULMONAR EM ADOLESCENTE – RELATO DE CASO

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; ALINE REIS BERTOLDI; ALANA KANEDA GARCIA; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS; ELIZABETH BRAGA MISAQ; MAURI MONTEIRO RODRIGUES; PATRICIA KITTLER VITORIO IAMSPE, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Embolia pulmonar; pediatria; infecção pulmonar

Introdução: A embolia pulmonar pediátrica (EPp) foi descrita há quase 200 anos por von Loschner e o conhecimento sobre essa doença permanece fragmentado. É um acometimento bimodal: na infância e na adolescência. Crianças negras tem incidência 2,38 vezes maior que brancas. Estudos mostram a incidência de EPp com variação de 8,6 a 57 em crianças hospitalizadas e de 0,14–0,9 em 100.000 na população geral de crianças não hospitalizadas. EPp pode estar relacionado a infecção, neoplasias, doenças inflamatórias sistêmicas (LES, DII, SAAF), doença cardíaca congênita, NPT, trombofilias herdadas ou adquiridas e cateteres venosos centrais. Os sintomas/sinais clássicos incluem dispneia, dor torácica pleurítica, tosse, hemoptise, síncope, taquicardia, taquipneia e edema. Em crianças, não há modelos específicos de diagnóstico validados de predição para EP. O exame padrão ouro é a Angiografia pulmonar, no entanto o exame diagnóstico mais utilizado é a Angiotomografia de tórax. Todos os pacientes pediátricos com trombose devem realizar os testes para trombofilia. As recomendações para o manejo dos pacientes pediátricos com EP foram extrapolados dos dados dos adultos, contudo as decisões devem ser individualizadas. O tratamento pode ser com trombólise farmacológica ou mecânica nos pacientes com sinais de EP de alto risco ou com heparinização e, posterior, uso de cumarínico de 3 meses a 1 ano. **Caso:** Adolescente, 17 anos, admitido com astenia, cefaleia, febre, dor torácica ventilatório dependente associada a vômitos há 2 dias. Diagnosticado com sepse de foco pulmonar, evoluiu com insuficiência respiratória e necessidade de ventilação invasiva. Devido a piora clínica foi associado vancomicina e oseltamivir à ceftriaxona. Curso com melhora clínica e laboratorial sendo extubado após 10 dias. Três dias após extubação teve desconforto respiratório e queda da SpO₂ (78%), sendo aventada a possibilidade de embolia pulmonar. A angiotomografia de tórax evidenciou tromboembolismo agudo bilateral, notando-se falhas de enchimento em ramos arteriais segmentares e subsegmentares dos lobos inferiores. Iniciado heparinização plena. Este apresentou melhora clínica, apesar de manutenção de febre, decorrente de infecção de corrente sanguínea por *Acinetobacter baumannii* ESBL resolvida com o uso de Meropenem. O ECOT não evidenciou sinais de hipertensão pulmonar. Investigação inicial de trombofilias negativa. O mesmo teve alta melhorado com uso de rivaroxabana. **Discussão:** Os autores descrevem um caso de embolia pulmonar em adolescente, cuja condição é rara, porém potencialmente fatal, e que muitas vezes não é reconhecida nessa população. Deve-se manter o alto índice de suspeição dessa condição no diagnóstico diferencial de dispneia uma vez que não há modelos de predição diagnóstica validados.

AP95 HIPERTENSÃO PULMONAR E DEFICIÊNCIA DE VITAMINA C – RELATO DE CASO

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; EDUARDA CARNEIRO GOMES FERREIRA; DEBORAH DE SÁ PEREIRA BELFORT; THAÍS CABRAL DE MELO VIANA; PEDRO BARBOSA DE ALBUQUERQUE MARANHÃO; HEITOR DUARTE DE ANDRADE; MARIA EDUARDA PIRES LINS E SILVA LIMA; CHRISTYANNE MARIA RODRIGUES BARRETO DE ASSIS

SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Vitamina c; hipertensão pulmonar; escorbuto

Introdução: O escorbuto, manifestação clínica da deficiência de vitamina C, apesar de pouco frequente, ainda ocorre nos dias atuais. Dentre os fatores de risco estão o baixo nível socioeconômico, alcoolismo, doenças psiquiátricas e alergia alimentar, sendo a baixa ingestão de frutas e verduras a causa principal. O ácido ascórbico é fundamental para produção do colágeno. A clínica é variada e inespecífica, acometendo diversos órgãos, sobretudo aqueles cujo colágeno é componente essencial como a pele, sistema hematológico, articular e ósseo. **Caso:** Paciente, 51 anos, admitido com dor, edema e calor em membro inferior esquerdo, petéquias perifoliculares e equimoses dolorosas em membros inferiores, gengivorragias esporádicas e dispneia aos moderados esforços há 1 mês. Exames de admissão evidenciaram anemia normocítica, deficiência de ferro, ácido fólico e vitamina B12. Realizou ultrassonografia de membro inferior esquerdo que descartou trombose venosa profunda e eletrocardiograma demonstrou supra de ST em parede inferior e onda T invertida profunda de V1 a V4. ECOTT evidenciou aumento de câmeras direitas, disfunção sistólica de ventrículo direito, hipertensão arterial pulmonar de grau moderado com PSAP estimado de 61 mmHg, insuficiência tricúspide discreta e derrame pericárdico mínimo. Tomografia de tórax e cintilografia de ventilação e perfusão descartaram tromboembolismo venoso. Como paciente com baixa ingestão de frutas e verduras, aventada possibilidade de deficiência de vitamina C e iniciado reposição empírica parenteral. Evoluiu com melhora clínica progressiva e dosagem sérica prévia de vitamina C de 0,05 mg/dL confirmou diagnóstico. Após 11 meses, realizou novo ECOTT que demonstrou câmaras cardíacas de dimensões normais e ausência de sinais de hipertensão pulmonar.

Discussão: Os autores descrevem um caso de escorbuto e hipertensão pulmonar sem outra causa identificada e que regrediu totalmente após suplementação de vitamina C, sendo provável uma relação de causalidade. Esta vitamina contribui para o aumento da síntese e biodisponibilidade do óxido nítrico pelas células endoteliais. Além disso, é cofator da enzima prolil-hidroxilase que atua como sensor de oxigênio regulando a atividade do fator de transcrição induzível por hipóxia (HIF). O HIF coordena a resposta celular a hipóxia, incluindo a vasoconstrição pulmonar. A deficiência de vitamina C pode inativar a prolil-hidroxilase, aumentando a atividade do HIF com consequente hipertensão pulmonar. Existem poucos relatos na literatura e como a apresentação clínica é inespecífica e pode simular várias condições mais frequentes, muitas vezes não é reconhecida. Assim, deve-se manter um alto índice de suspeição no diagnóstico diferencial de hipertensão pulmonar, principalmente nos pacientes com risco de deficiências vitamínicas.

AP96 TROMBOEMBOLIA PULMONAR APÓS ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO E EVOLUÇÃO

MARCELO BASSO GAZZANA; PIERANGELO TADEU BAGLIO; ANIBAL PIRES BORGES; MAURICIO PIMENTEL; LEANDRO IOSCHPE ZIMMERMAN

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Tromboembolia pulmonar; ablação por radiofrequência; arritmia cardíaca

Introdução: A tromboembolia pulmonar (TEP) é uma rara complicação maior da ablação por radiofrequência, com incidência entre 0 e 0,25% (Burststein B *et al*, 2017). O objetivo deste estudo é relatar o histórico de três pacientes que apresentaram esta complicação após o procedimento. **Relato dos casos:** Caso 1: Paciente feminina de 37 anos, relatava palpitações há mais de 5 anos. Usava anticoncepcional oral (ACO) combinado. Foi diagnosticada com taquiarritmia supraventricular por reentrada nodal e submetida ablação por radiofrequência. Três dias após iniciou com dispneia intensa, dor torácica inespecífica e febrícula, sem hipotensão nem dessaturação. Na angioTC foram evidenciados defeitos de enchimentos na artéria pulmonar lobar inferior direita e na lingular. Não foi detectada disfunção de VD. Foi anticoagulada com enoxaparina e após rivaroxaban. Detectou-se mutação do gene da protrombina, em heterozigose. Paciente teve evolução favorável. Caso 2: Paciente feminina de 41 anos, com diagnóstico de taquicardia supraventricular por reentrada nodal atrioventricular típica. Procedeu-se a ablação de via lenta por radiofrequência. No dia seguinte ao procedimento iniciou com dispneia e dor torácica pleurítica. Foi admitida normotensa, eupneica em ar ambiente. AngioTC revelou defeitos de enchimento em artérias pulmonares principais e segmentares. Ecocardiograma não demonstrou disfunção do VD. Identificou-se TVP nas veias femoral comum e ilíaca externa direitas. Foi anticoagulada com enoxaparina seguido por warfarin, apresentando boa evolução. Caso 3: Paciente feminina de 37 anos apresentava palpitações há 5 anos. Foi diagnosticada taquiarritmia supraventricular por reentrada nodal. Fazia uso de anticoncepcional combinado e ciproterona para hirsutismo. Foi realizada ablação da via lenta. No dia seguinte ao procedimento iniciou com dispneia. Foi detectado TVP no local do introdutor. Não apresentou instabilidade clínica nem hemodinâmica. AngioTC confirmou tromboembolia pulmonar. Recebeu anticoagulação plena, sendo mantido warfarin. No seguimento, não apresentou novos episódios de tromboembolia venosa. **Discussão:** Os três casos relatados tiveram um contexto e evolução muito semelhantes. São mulheres jovens, com sintomas de taquiarritmia supraventricular não fibrilação atrial há vários anos, em uso de ACO, que apresentam TEP sem instabilidade hemodinâmica nas primeiras 72 horas após o procedimento e TVP concomitante no sítio da venopunção, que, sob anticoagulação plena, evoluíram favoravelmente do ponto de vista tromboembólico. Pela baixa incidência, não há recomendação formal de anticoagulação periprocedimento. Pode-se inferir que o uso de anticoncepcional talvez tenha contribuído como um fator de risco adicional a punção para o desenvolvimento de TEP. Enfim, a TEP relacionada a ablação por radiofrequência tem padrão comum de apresentação, sendo sugerida a avaliação de fatores de risco adicionais para TEV, e na sua presença considerar profilaxia primária.

AP97 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO TRATADO COM PROCEDIMENTO ENDOVASCULAR

ROSEANE CARDOSO MARCHIORI; ARIIVALDO LEAL FAGUNDES; ROMUALDO BOLZANI SANTOS; FABRYCIANE DE LIMA GRECCO; GRAZIELLI DOS SANTOS LIDTKE; GUSTAVO TRINDADE MICHEL; KELI CRISTINA MANN; ABDIAS BAPTISTA DE MELLO NETO
 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS.

Palavras-chave: Embolia pulmonar; angiojet; tratamento endovascular

Objetivo relatar caso de TEP tratado com terapia intervencional devido contraindicação absoluta de uso de trombolíticos. **Relato de caso:** MSG, 34 anos, feminina, do lar, internou no Hospital Universitário de Santa Maria com dispnéia, tosse, escarro hemático e febre baixa. Diagnósticos prévios de obesidade, HAS e AVC hemorrágico há 3 anos. Trinta dias antes da internação apresentou episódio convulsivo, aspiração maciça de conteúdo gástrico, insuficiência respiratória aguda manejada com intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Permaneceu hospitalizada até 10 dias atrás. Na internação atual, o RX de tórax evidenciou consolidações bilaterais, iniciada antibioticoterapia. Em 48 horas apresentou piora clínica importante, dispnéia aos mínimos esforços, mal-estar e taquicardia. A angiotomografia revelou aumento do diâmetro do tronco da artéria pulmonar (AP), falhas de enchimento em artérias pulmonares principais, consolidações pulmonares coincidentes com áreas de falha de enchimento vascular. Foi iniciada anticoagulação com Heparina não-fractionada. O ecocardiograma transtorácico evidenciou disfunção sistólica e severa hipocinesia do VD, TAPSE = 13mm e pressão sistólica em artéria pulmonar (PSAP) estimada de 74 mmHg. O tratamento trombolítico foi descartado pelo antecedente prévio de AVC. A equipe de hemodinâmica indicou a realização de procedimento endovascular para tratamento do cor pulmonale agudo e do TEP submaciço. Devido à alta carga trombótica, optou-se por procedimento com dispositivo que permitisse a aspiração dos trombos, conforme experiência da equipe – Angiojet. O procedimento foi realizado através do cateterismo seletivo das câmaras direitas, por cateter Pig Tail, e a arteriografia confirmou defeitos de enchimento de ambos pulmões. A seguir, com o dispositivo de trombectomia percutânea Solent Omin 6F (Angiojet Ultra) ao nível do ramo direito da AP, foram realizadas infusões de pequenas doses de TNK, 3 sessões de 20 segundos cada. A mesma sequência foi realizada no ramo esquerdo da AP. Apresentou 2 episódios de redução da FC sem bradicardia e sem repercussão hemodinâmica. A angiografia de controle mostrou melhora significativa do enchimento intraluminal. Ao final, identificou-se hemoglobinúria. Em 24 horas diminuiu hemoglobinúria, não houve intercorrências ou alteração da função renal. Novo ecocardiograma realizado após 4 dias evidenciou PSAP = 40mmHg, TAPSE = 22, redução nas dimensões das cavidades direitas e redução da regurgitação tricúspide. Recebeu alta hospitalar 10 dias após o procedimento, com prescrição de anticoagulante oral por 6 meses. Três meses após o procedimento, novo ecocardiograma apresentou parâmetros dentro da normalidade, com PSAP = 20mmHg. Paciente segue clinicamente bem, sem queixas respiratórias, com atividade física normal. **Conclusões:** A remoção dos trombos obstrutivos das artérias pulmonares principais pode facilitar a recuperação do ventrículo direito e melhorar sintomas e sobrevida em paciente com cor pulmonale agudo.

AP98 MALFORMAÇÃO VASCULAR PULMONAR: RELATO DE CASO

ADRIAN FROZI FILHO; MARCELO BASSO GAZZANA; GABRIELA MARCOLIN

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE POA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Mav; malformação arteriovenosa; maps

Introdução: As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVPs) são comunicações vasculares anormais que geram um shunt contínuo da direita para a esquerda entre as artérias

e veias pulmonares, permitindo que uma proporção de sangue venoso sistêmico contorne o leito capilar pulmonar e retorne ao coração esquerdo e à árvore arterial sistêmica.

Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 69 anos de idade, ex-tabagista (IT 40 maços-ano), DPOC, hipertenso, com história prévia de AVC isquêmico foi transferido para CTI do HCPA em 05/01/18. Relatava dispnéia iniciada há 3 meses, com piora progressiva, há 30 dias aos pequenos esforços (mMRC 3). Negava outros sintomas associados a dispnéia como dor torácica ou abdominal, hemoptise ou outras formas de sangramentos e histórico familiar de doenças pulmonares. Realizou Tomografia computadorizada de Tórax sugestiva de malformação arteriovenosa na porção basal lateral do LIE, com de aproximadamente 6,5 x 3,1 cm, nutrida por duas artérias principais, provavelmente as artérias segmentares basal medial e basal anterior do LIE e tem drenagem pela veia pulmonar inferior esquerda, estando todas estas estruturas vasculares dilatadas. Na admissão paciente estava taquicárdico e taquipneico, além de hipoxêmico (SpO2 82% com O2 em máscara com reservatório 10L/min). À ausculta pulmonar murmúrios reduzidos com sopro em LIE e baqueteamento digital. Durante a sua internação apresentou 2 novos AVCs que causaram hemiparesia à direita e afasia, motivo pelo qual foi iniciada anticoagulação plena. Dentre os exames realizados ecocardiograma com fração de ejeção de 56% e shunt intrapulmonar grau IV, espirometria com distúrbio ventilatório combinado leve e volumes pulmonares com hiperinsuflação leve com alçapamento aéreo grave. Realizada embolização completa de um dos dois ramos arteriais da MAVP e parcial de outro em 18/01/18 com melhora expressiva da hipoxemia, mantendo SpO2 acima de 90% em ar ambiente. Ecocardiograma pós embolização manteve shunt intrapulmonar grau IV. Posteriormente necessitou suspender anticoagulação devido quadro hemorragia digestiva alta, secundária à angiodisplasias gástricas. **Discussão:** São incomuns, com incidência de 1 por 100.000 habitantes, com proporção entre homens e mulheres variando de 1: 1,5 a 1,8, porém devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de problemas pulmonares comuns, incluindo hipoxemia, nódulos pulmonares e hemoptise. A importância delas decorre do risco elevado de embolia, 1 em cada 4 pacientes terão um acidente vascular cerebral (AVC), abscessos ou infarto agudo do miocárdio. Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos com MAVPs têm telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) como causa, no entanto, podem ocorrer em uma variedade de condições médicas adquiridas ou idiopática. O paciente não possui critérios suficientes para THH (critérios de Curação) e excluídas as demais causas, ficou como idiopática.

AP99 EMBOLIOTOMIA CIRURGICA NO TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR GRAVE SECUNDARIA A TROMBOCITOPENIA POR HEPARINA

MARCELO BASSO GAZZANA; IGOR GORSKI BENEDETTO; AMARILIO VIEIRA DE MACEDO NETO; FRANCES KOPPLIN CRESCO

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Tromboembolia pulmonar; trombocitopenia por heparina; embolotomia cirúrgica

Introdução: A trombocitopenia por heparina é uma complicação rara mas potencialmente muito grave. Está associada a eventos trombóticos graves, podendo inclusive evoluir ao óbito. Descrevemos o caso de uma paciente que apresentou (HIT) após a alta hospitalar e foi admitida num quadro grave que necessitou tratamento cirúrgico. **Relato do Caso:** Paciente feminina de 60 anos

foi submetida a colestomia por diverticulite complicada. Fez uso de profilaxia para tromboembolia venosa (TEV) com heparina não fracionada em mini-dose. Após 7 dias teve alta hospitalar sem maiores intercorrências. Cerca de 5 dias após chegou na emergência com dispnéia intensa, cianose e hipotensão relativa, necessitando oxigênio por máscara de Hudson (FIO2 100%). Angiotomografia computadorizada de artérias pulmonares demonstrou extensos defeitos de enchimento bilaterais. Ecocardiograma revelou disfunção grave do ventrículo direito. Na admissão a contagem plaquetária era de 57.000/mm3 (normal na internação prévia). Foi iniciada heparina plena e paciente foi encaminhada para embolectomia cirúrgica. Procedimento transcorreu sem imprevistos, havendo discreta melhora clínica. Nas 48 horas subsequentes paciente não evoluiu favoravelmente e contagem plaquetária reduziu ainda mais. Repetida angioTC que demonstrou progressão da trombose. Levantada hipótese de trombocitopenia por heparina, sendo então trocado anticoagulante por fondaparinux. Diante da impossibilidade de utilização do trombolítico e da ineficácia da embolectomia por cateter, paciente foi encaminhada para embolectomia cirúrgica. Foram removidos extensos trombos bilateralmente. Dosagem de anticorpos para fator plaquetário 4 mostrou-se elevada, confirmado diagnóstico de HIT. Após longo período de hospitalização, paciente teve alta hospitalar eufórica em ar ambiente (SpO2 94%), normotensa e sem sinais de disfunção ventricular direita no ecocardiograma. Optou-se por tratamento de manutenção com warfarin. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 1 ano, tendo boa evolução. **Discussão:** A trombocitopenia induzida por heparina geralmente ocorre entre 5 a 10 dias do uso da heparina. Entretanto, a queda da contagem pode ocorrer até 30 dias após administração, o que houve no presente caso, quando na alta hospitalar os níveis de plaquetas eram normais. O uso de heparina no contexto da HIT provoca progressão da trombose e novos eventos, podendo evoluir ao óbito. O manejo da HIT envolve, além da suspensão das heparinas, o emprego de anticoagulantes alternativos (hirudina, argatroban e derivados, que não estão disponíveis no Brasil). O fondaparinux não é o fármaco de eleição, mas há relatos de casos em que foi empregado no manejo da HIT. Enfim, é fundamental reconhecer que a trombocitopenia por heparina pode ocorrer mais tardiamente, às vezes, após a alta hospitalar, devendo entrar no diagnóstico diferencial de situações de trombose refratária e que podem necessitar de terapias agressivas, como a embolectomia cirúrgica.

AP100 TROMBÓLISE EM TEP MACIÇO EM PACIENTE JOVEM: IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO DE SÍNCOPE COMO SINTOMA

GRETA DA ROCHA; LUCIANO BAUER GROHS; EDUARDO COMAZZETTO DOS REIS; ANELISE CHIESA WEINGARTNER
HOSPITAL POMPEIA, CAXIAS DO SUL, RS.

Palavras-chave: Embolia; trombolise; insuficiência respiratória

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) ocorre anualmente em 100 a 200 pacientes/100.000 habitantes. O prognóstico depende de fatores como tamanho do trombo e status cardiopulmonar prévio do paciente. Em casos severos, com ocorrência de falência de ventrículo direito (VD), há indicação de trombolise, com dissolução ativa do trombo. **Relato de caso:** F. E. W., feminino, 37 anos, obesa, em uso de anticoncepcional oral. Apresentava dispneia e dor torácica há uma semana. Episódio de síncope há cinco dias. No atendimento, regular estado geral, com pressão arterial sistólica de 89 mmHg e empastamento de perna direita. Na

angiotomografia, apresentava TEP bilateral extenso, com sinais de aumento de artéria pulmonar e retificação de septo interventricular, com aumento de diâmetro do ventrículo direito. Sem contraindicações à trombolise, foi submetida a este tratamento com sucesso, sendo usado alteplase em via periférica, protocolo de TPA acelerado (10% da dose em dez minutos, o restante em 2 horas), com melhora dos sintomas e resolução do quadro. São apresentadas as imagens pré e pós-trombolise. A anticoagulação foi indicada de forma contínua, ad Eternum. **Discussão:** O presente relato tem por objetivo aumentar a conscientização para o diagnóstico de TEP em pacientes cuja apresentação inclui síncope, que pode significar sobrecarga aguda de VD. São casos de alto risco, com indicação de trombolise, mesmo que no momento do atendimento pareçam estáveis. Na presença de fatores de risco, deve ser avaliada esta possibilidade diagnóstica. Pacientes com TEP extenso têm risco elevado de desenvolverem hipertensão pulmonar tromboembólica crônica, doença de difícil manejo e elevada mortalidade. A terapêutica é segura, principalmente nos pacientes com menos de 65 anos. Não há estudos com novos anticoagulantes no seguimento destes pacientes, embora sejam utilizados por vários grupos.

AP101 GESTAÇÃO APÓS TROMBOENDARTERECTOMIA POR HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA

LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; JONAS MURILO VIEIRA; LORENA CÔRTEZ SANTELLO BOETTCHER; LUIZ FELIPE DE SOUZA NOBRE; GUILERME LOUREIRO FIALHO; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; tromboendarterectomia; gestação

Introdução: A hipertensão pulmonar associada ao tromboembolismo pulmonar crônico (HPTEPC) é condição frequentemente subdiagnosticada e potencialmente curável através de cirurgia. Pacientes portadoras de hipertensão arterial pulmonar (HAP) apresentam elevado risco de mortalidade durante a gestação e no pós-parto. A combinação de HPTEC tratada com cirurgia seguida de gravidez a termo sem complicações é pouco descrita

Relato do Caso: TGE, feminino, 31 anos, cozinheira, com antecedentes de diabetes mellitus tipo I, obesidade grau I e asma controlada. Em 2007 iniciou com dispneia de início súbito com piora progressiva. Apresentou quatro episódios confirmados de tromboembolismo pulmonar no período entre 2007 a 2012, associados a episódios de RNI fora da faixa terapêutica. A investigação para trombofilias foi positiva apenas para a mutação do gene da enzima MTHF redutase. Relatou uso de anticoncepcional antes do primeiro episódio tromboembólico. A angiotomografia do tórax (2013) evidenciou falha de enchimento de ramo arterial interlobar esquerdo com extensão para o ramo de LIE e lingular, com características de TEP crônico. O CAT direito de 05/2013 - PMAP 44mmHg, PCP 10mmHg. BNP- 432pg/ml. Iniciou acompanhamento no serviço de pneumologia com diagnóstico de HPTEPC, classificada como grupo 4 (Nice, 2013), classe funcional III de NYHA. O Ecocardiograma (ECO) de 2013 com Fração de Ejeção (FE) 55% e PSAP de 88mmHg, TAPSE = 1,0cm. TC6 min não foi concluído devido a hipotensão e síncope. Foi encaminhada para o INCOR/SP em uso de varfarina. CAT direito de 04/2015- PMAP 54mmHg, PCP 16mmHg. Em agosto de 2015 foi submetida a tromboendarterectomia pulmonar bilateral, com sucesso. Retornou para consulta em 03/2016 assintomática. CAT direito normal de 01/2016

- PMAP 21mmHg, PoAP 9mmHg. Em uso de Varfarina. TAP 2,7. Encaminhada para realização de laqueadura tubária. Em abril de 2016, 8 meses após a cirurgia, a paciente engravidou. Realizou seguimento no ambulatório de alto risco, onde foi iniciado para enoxaparina e suspensão varfarina. A gestação ocorreu sem intercorrências graves, com parto cesário a termo em 12/2016. Após a gestação, a paciente permaneceu assintomática, realizando atividade física moderada sem dispneia ou dessaturação. ECO em 12/2017 - PSAP 23mmHg, FE 58%, com discreta hipocinesia do VD, sem sinais de hipertensão pulmonar. **Discussão:** Trata-se de uma paciente que se beneficiou de tromboendartectomia com melhora clínica e hemodinâmica mantida mesmo após a gestação, sem novos episódios tromboembólicos. Destaca-se o adequado manejo com enoxaparina e indicação de parto cesário, como o objetivo de evitar uma possível descompensação cardíaca. Apesar do desfecho favorável, a gestação em pacientes após realização de tromboendarterectomia por HPTEPC ainda é pouco relatada e deve ser fortemente desencorajada devido ao elevado risco de complicações.

AP102 MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR COM SHUNT

LUIZA BARBOSA BRITO; LETÍCIA LIMA SANTOS; MATHEUS HATTGE DE OLIVEIRA; JÉSSICA FERNANDA GOMES SILVA; LUIZ ALBERTO NUNES RIBEIRO; CLARA MONTEIRO REIS; JOÃO AMORIM DE SOUZA JÚNIOR; KATIA REJANE RODRIGUES
UNIFENAS, ALFENAS, MG.

Palavras-chave: Fistula arteriovenosa; shunt; má formação

Introdução: A fistula arteriovenosa pulmonar associada a shunt de direita para esquerda são condições raras, congênitas e classificadas como malformações arteriovenosas (MAVs). Resultam de uma conexão anormal entre a artéria pulmonar e a veia pulmonar e estão associadas a morbidade e mortalidade substanciais pelos efeitos da embolia paradoxal. Os pacientes podem apresentar cianose e problemas respiratórios. As possíveis complicações incluem acidente vascular cerebral, abscesso cerebral, hemorragia pulmonar e hipoxemia.

Relato de caso: Paciente M. G. F., masculino, 60 anos, em atendimento ambulatorial de pneumologia em uso de oxigenoterapia domiciliar há 1 ano, ex-tabagista há 1 ano, de 10 m/a, HAS, apresentava cianose de extremidades, baqueamento digital, SpO2 81% aa, MRC 2, com HD de DPOC. Em propedêutica apresentava espirometria normal, BD negativo e angio TC de tórax com formação expansiva de vasos enovelados adjacentes a região hilar direita caracterizando MAV pulmonar com shunt arteriovenoso de grandes vasos e ecocardiograma com FE 60%, PSAP 45 mmHg, gasometria arterial com pH 7,39, pCO2 36 pO2 47, HCO3 23, SaO2 80%, paciente recebeu indicação de tratamento endovascular, mas o mesmo recusou-se. Segue em uso de suplementação de O2 domiciliar e apresentou 2 AVCi sem sequelas neurológicas. **Conclusão:** Neste caso foi confirmado que se tratava de uma malformação arteriovenosa pulmonar (MAVPs) com shunt e não de um paciente com DPOC em fase avançada da doença. Nestes casos, a literatura recomenda a embolização das MAVPs, na ausência de contra-indicações, como hipertensão pulmonar grave, insuficiência renal, e para o tratamento emergencial de MAVPs recomenda-se ressecção cirúrgica. **Referências:**

1. Hsu CC, Kwan GN, Thompson SA et al. Embolisation therapy for pulmonary arteriovenous malformations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. 2. White RI. Pulmonary Arteriovenous Malformations: How Do I Embolize?. Techniques in Vascular and Interventional Radiology 2007;10(4): 283-90. 3. Shovlin CL, Condliffe

R, Donaldson JW et al. British Thoracic Society Clinical Statement on Pulmonary Arteriovenous Malformations. Thorax 2017; 72(12): 1154-1163. 4. Guvenc O, Saygi M, Demir IH et al. A rare cause of cyanosis in childhood: Pulmonary arteriovenous malformation. Turk Kardiyol Dern Ars 2017; 45(6): 538-540.

AP103 RELATO DE CASO: ACOMETIMENTO VENOSO E ARTERIAL DA DOENÇA DE BEHÇET, UM DESAFIO NO SEU MANEJO

PRISCILA ABREU FRANCO; MIRIAM GIORGETTI; THAIS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; BRUNA CAVALCANTE TORRES; BRUNA MOREIRA LIMA ROCHA; JAQUELINA SONOE OTA; FABIANA STANZANI
UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Doença de Behçet; comprometimento venoso e arterial; tep

Introdução: A doença de Behçet (DB) é uma doença rara, de manifestação variável. O comprometimento venoso e arterial tornam o seu manejo complexo. **Relato de caso:** Masculino, 25 anos, apresentou-se a emergência com tosse e hemoptise de moderado volume, febre 38 °C e dispneia mMRC2 há 4 dias. Há 4 anos apresentou TVP em membros inferiores, anticoagulado com Varfarina sob bom controle. Relatava também que há 4 anos apresenta úlceras orais dolorosas recorrentes, acnes no dorso, furunculose de repetição em coxas e episódio de úlcera peniana há 4 meses com resolução espontânea. Há 3 meses, após a suspensão inadvertida da Varfarina, apresentou sonolência, cefaleia, diplopia e recebeu o diagnóstico de aneurisma gigante da carótida interna esquerda e foi submetido à embolização. No atendimento encontrava-se hipoxêmico e hipotenso, quadro revertido com expansão volêmica e oxigênio. Com a suspeita de doença de Behçet (DB) foi submetido à angiotomografia de aorta, cérebro, pescoço, tórax e abdome. Exames revelaram: aneurisma sacular no bulbo carotídeo direito; falhas sugestivas de trombo agudo em vários ramos arteriais pulmonares, além de sinais de trombos crônicos em artéria do lobo inferior direito, aumento de câmaras direitas; opacidades em átrio e ventrículo direito sugestivos de trombo; trombose de v. hepática; ausência de alterações em sistema nervoso central. Ecocardiograma transtorácico com aumento das câmaras cardíacas direitas e velocidade do refluxo da valva tricúspide. Com o diagnóstico de DB foi tratado com pulsoterapia com metilprednisolona e ciclofosfamida, além da anticoagulação. Houve melhora das úlceras e do quadro clínico. Evoluiu com aumento do aneurisma da carótida direita, sendo submetido ao tratamento cirúrgico. **Discussão:** A DB é uma vasculite rara que acomete artérias e veias de diferentes calibres do organismo. Tem maior prevalência e gravidade em homens jovens, com períodos de crise e remissão. A doença pode ser leve, com manifestações benignas e auto-limitadas, mas há formas graves, com elevada morbimortalidade, como a chamada "vâsculo-Behçet", prevalente em 40% dos casos. Nestes, 75% dos eventos são de natureza venosa e os demais arteriais. A TVP de membros inferiores é a manifestação mais comum embora tromboembolismos de outros sítios e aneurismas da artéria pulmonar (AP) e da aorta abdominal também ocorram frequentemente. O envolvimento da AP geralmente ocorre 3 a 4 anos após a instalação da doença. Hemoptise maciça é característica da forma aneurismática, enquanto na trombose pulmonar, a repercussão clínica é variável. O tratamento tem como objetivo reduzir a incidência de rupturas vasculares e a ocorrência de fenômenos tromboembólicos. O uso de agentes anticoagulantes e anti-agregantes plaquetários é controverso, principalmente na vigência de aneurismas arteriais. Consensualmente, a terapia de escolha é a

imunossupressão. O uso de agentes biológicos é reservado a casos refratários à terapia convencional, com resultados promissores.

AP104 O DESAFIO DA TOMADA DE DECISÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTE COM TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA

ANDRESSA GABRIELA DOS SANTOS LERSCH¹; EDUARDO MORAIS EVERLING¹; LUANA REDEL DE MORAES¹; EDNA FLORES GONÇALVES¹; VILMAR FONTANIVE²; MARA RÚBIA ANDRÉ ALVES DE LIMA²; WALDO LUÍS LEITE DIAS DE MATTOS²

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. UFCSPA E ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Telangiectasia hemorrágica hereditária; malformações arteriovenosas pulmonares; síndrome de osler-weber-rendu

Introdução: A síndrome de Osler-Weber-Rendu (OWR) ou Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH) é uma doença autossômica dominante, mas 20% não apresentam histórico familiar (mutações esporádicas). Caracteriza-se por formação de telangiectasias que representam malformações arteriovenosas (MAVs). As principais manifestações são cutâneo-mucosas, epistaxe, sangramento pulmonar, gastrointestinal e intracerebral. As MAVs pulmonares (encontradas em 15-33% dos casos de THH) determinam “shunt” direita-esquerda, causando dispneia, hemoptise e embolia paradoxal. São geralmente múltiplas e bilaterais, com predileção por lobos inferiores e cerca de 60% das MAVs pulmonares têm como causa THH. **Relato do Caso:** 19 anos, branca, estudante, natural e procedente de Porto Alegre/RS, com THH diagnosticada na infância após investigação de episódios de dispneia e síncope. Apresenta MAV cerebelar, embolizada em 2014, diversas MAVs pulmonares, última embolização em maio/2016, e telangiectasias em mucosa oral e em membros. Hospitalizada em abril de 17 para avaliar indicação cirúrgica. Tomografia computadorizada de tórax com MAVs pulmonares de 3-4mm de diâmetro, bilaterais e difusas, algumas com achados de embolização prévia. Redução da SpO₂ por “shunt” venoso-arterial (85%) e dispneia mMRC 1. VEF1 105.6%/101% e CVF 101.3%/94%. Ecocardiograma com PSAP 18mmHg e FE 70%. Achados determinaram conduta conservadora, a cirurgia não sendo indicada pela distribuição homogênea pelo parênquima pulmonar. Foi, então, mantido acompanhamento ambulatorial e profilaxia de trombose com ácido acetilsalicílico (AAS).

Discussão: A THH deve constar como diagnóstico diferencial pneumológico, apesar de rara, prevalência de 1.5-2/10000. As formas mais comuns são THH1 (61% dos casos, com predomínio pulmonar e cerebral) e THH2 (37% dos casos, com predomínio hepático). A fisiopatologia deriva de alterações em camada muscular e lâmina elástica da parede vascular, por mutações nas vias mediadas por TGF- β , levando ao desenvolvimento de vasos sanguíneos aberrantes, extrema fragilidade vascular e MAVs. Critérios de Curação determinam diagnóstico clínico - epistaxes espontâneas recorrentes; telangiectasias múltiplas e em locais característicos; lesões viscerais (MAVs pulmonares, hepáticas, cerebrais e espinhais, telangiectasias gastrointestinais); história familiar positiva em 1º grau. Confirma-se por técnicas de biologia celular. O tratamento da THH inclui medidas para: controle da epistaxe (tampões locais e laser); controle da anemia ferropriva com suplementação de ferro e, se necessário, transfusões; controle das MAVs pulmonares, cerebrais e hepáticas com embolização cautelosa indicada para pacientes sintomáticos. Como alternativa, em MAVs pulmonares, ressecção cirúrgica é considerada se aumento significativo

da sintomatologia ou complicações, mas não foi necessária no caso relatado. Prognóstico é bom e maioria dos pacientes leva vida normal.

AP105 AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

IZABEL TEREZA DINIZ¹; TALITA RAMOS DE ALENCAR SILVA¹; MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS¹; LORINE UCHÔA INÁCIO MATOS¹; MARCELO FOUDAD RABAH²

1. HUGO, GOIÂNIA, GO; 2. UFG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar; anticoagulação; angiotomografia de tórax

Introdução: A embolia pulmonar (EP) refere-se à obstrução da artéria pulmonar ou de um dos seus ramos. Os fatores de risco para tromboembolia pulmonar (TEP) são diversos. Recomenda-se a utilização do escore de Wells para suspeição clínica. A angiotomografia (AngioTc) de tórax é considerada o método de escolha para o diagnóstico. A principal complicação é a hipertensão pulmonar tromboembólica crônica. O acompanhamento do caso até sua resolução completa é essencial. **Objetivo:** Avaliar características clínicas, de imagem e tratamento de pacientes com TEP internados no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) no período de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2016. **Métodos:** Estudo descritivo, observacional e retrospectivo, realizado através de revisão de prontuários, com inclusão de 54 pacientes com diagnóstico de TEP, internados na enfermaria entre janeiro de 2015 a dezembro de 2016. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário, composto por: idade, sexo, fatores de risco (cirurgias realizadas em até 30 dias, neoplasia maligna, trombofilias, imobilização prolongada, uso de contraceptivos orais), motivo da internação, classificação de risco para TEP (escore de Wells), necessidade de internação em UTI, apresentação tomográfica da EP, tipo de anticoagulação instituída e tempo necessário para resolução do evento.

Resultados: A média de idade dos pacientes foi de 46,6 anos, sendo a grande maioria do sexo feminino (70,4%, n = 38). Os fatores de risco para TEP encontrados foram: 4 (7,4%) pacientes com neoplasia maligna, 9 (16,6%) com diagnóstico ou suspeita de trombofilia, 26 (48,1%) com período de imobilização prolongada, 9 (16,6%) em uso de contraceptivos hormonais e 17 (31,5%) com imobilização decorrente de pós-operatório nos últimos 30 dias. Tratamento em UTI foi realizado em 38 pacientes (70,4%). A relação entre o tipo de TEP (maciço) com a necessidade de internação em UTI foi estatisticamente significativa (p = 0,025). Em relação à apresentação tomográfica do TEP, constatou-se que o segmentar acometeu trinta (55,5%) pacientes, o maciço doze (22,2%). O tratamento durante a internação foi realizado com enoxaparina em todos os pacientes. O tratamento domiciliar foi realizado, principalmente, com novos anticoagulantes orais (64,8%), varfarina (33,3%) e enoxaparina (1,85%). 57,5% dos pacientes evoluíram com resolução da embolia em 3 meses de anticoagulação. 12,9% dos pacientes evoluíram com complicações relacionadas ao evento. **Conclusão:** Na amostra analisada, o diagnóstico de TEP demonstrou maior prevalência entre mulheres de aproximadamente 46.6 anos, admitidas pela suspeita clínica do evento (escore de wells com risco intermediário). O tratamento inicial na maioria dos casos, foi realizado em UTI com enoxaparina, e posteriormente com anticoagulantes orais por 3 a 6 meses. Resolução clínica foi observada na maioria dos pacientes que se mantiveram em acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar.

AP106 SLING DE ARTÉRIA PULMONAR: RELATO DE CASO
BRUNA FREIRE ACCORSI; ELIANDRA DA SILVEIRA DE LIMA;
KATCHIBIANCA BASSANI WEBER; SUELEN SANTOS CAMARGO;
RAFAEL BOTTEGA; RICARDO CARVALHO; MAGALI SANTOS
LUMERTZ; LEONARDO A PINTO
PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Sling artéria pulmonar; anormalidade vascular; lactente

Introdução: A alça da artéria pulmonar é uma anormalidade vascular congênita rara. Também chamada de artéria pulmonar esquerda anômala, é originada da artéria pulmonar direita, passa entre a traqueia e o esôfago e forma um anel incompleto em torno da traqueia e do brônquio principal direito, comprimindo as paredes dessas duas estruturas e obstruindo a via aérea. **Relato do Caso:** Paciente com 5 meses, previamente hígida, levada à emergência por tosse e dispnéia há 2 dias. Na chegada, esforço respiratório moderado a grave e sibilos à ausculta pulmonar. Progrediu com piora da disfunção ventilatória, estridor inspiratório e expiratório, sendo encaminhada à UTI Pediátrica. No mesmo dia evoluiu com insuficiência respiratória, necessidade de ventilação mecânica (VM) com parâmetros altos. Após 3 semanas de internação apresentou intercorrência ventilatória, evoluindo com parada cardiorrespiratória durante 4 minutos. Por manter quadro clínico grave e não tolerar redução dos parâmetros da VM, realizada angiotomografia do tórax, a qual evidenciou sinal de alça da artéria pulmonar com estenose subtotal do brônquio lobar esquerdo e lobo inferior direito, presença de comunicação interatrial e provável comunicação interventricular, além da presença de brônquio traqueal para lobo superior direito. Após um mês da internação, em seu período mais estável, foi transferida a serviço de referência em cirurgia pediátrica torácica e cardíaca com vistas à intervenção cirúrgica.

Discussão: Anomalias vasculares são um importante fator de compressão extrínseca em recém-nascidos e lactentes. Em função da alta letalidade, o diagnóstico e o tratamento precoces do sling da artéria pulmonar são fundamentais para uma boa evolução clínica. Os sintomas da doença são causados pela obstrução respiratória e costumam iniciar no período neonatal, mas podem surgir mais tarde, ainda nos primeiros meses de vida. A maioria dos pacientes apresenta esforço ventilatório progressivo, associado ou não a estridor inspiratório e/ou expiratório e cianose. Também pode ocorrer apnéia obstrutiva; disfagia é rara. Em alguns casos há períodos em que a criança permanece assintomática. Defeitos cardíacos são encontrados em cerca de metade dos pacientes, mais comumente o defeito do septo atrial e/ou ventricular, o canal arterial patente e a veia cava superior esquerda. No caso descrito acima, a paciente apresentou sintomas clássicos da doença, que foi confirmada através da angiotomografia de tórax, um dos exames de escolha para diagnosticar a anomalia. A sobrevivência das crianças afetadas é bastante improvável sem a correção cirúrgica. Com a intervenção cirúrgica precoce, o prognóstico é bom. Entretanto, a mortalidade cirúrgica aumenta pela coexistência de anormalidades traqueais e/ou brônquicas. Pacientes que obtiveram sucesso no procedimento cirúrgico podem ficar livres de sintomas significativos, porém muitos apresentam alguma obstrução persistente das vias aéreas. **Referências:** UpToDate.

AP107 HIPERTENSÃO PULMONAR EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ESQUERDA E FRAÇÃO DE EJEÇÃO PRESERVADA
ELIZABETH BRAGA MISAQ; VANESSA DA PENHA RIBEIRO; ALANA KANEDA GARCIA; ALINE REIS BERTOLDI; PAMELA CRISTINA

COSTA DOS SANTOS; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; PATRICIA KITTLER VITORIO; MAURI MONTEIRO RODRIGUES
IAMSPE, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; insuficiência cardíaca; fração de ejeção preservada

Introdução: Hipertensão pulmonar (HP) é uma doença com importante morbimortalidade, prevalência de 97 casos/106 e predomínio em mulheres. A HP é classificada em cinco grupos, onde o de maior frequência é o grupo 2 - doença cardíaca esquerda e/ou valvopatia significativa. Apresentamos um caso de HP do grupo 2, com o objetivo de ressaltar a importância do diagnóstico usando instrumentos diagnósticos não invasivos e de fácil acesso, além da condição da HP relacionada à insuficiência cardíaca esquerda com fração de ejeção preservada (ICFEP), condição não rara e muitas vezes subdiagnosticada. **Relato de caso:** Paciente feminina, 90 anos, ex-tabagista, hipertensa, dislipidêmica, portadora de doença renal crônica dialítica e insuficiência cardíaca. Refere ortopnéia e edema de membros inferiores. BNP 657,6 pg/ml. TC de tórax: Pequeno derrame pleural bilateral, espessamento difuso de paredes brônquicas, atenuação em mosaico do parênquima pulmonar e cardiomegalia global. ECO-TT: SIV de 16mm, PPVE de 16mm, DDVE de 34mm, AE de 47mm, FEVE de 60%, AD com aumento importante, VD normal, IT moderada a importante, PSAP de 87 mmHg, TAPSE de 9mm, hipertrofia concêntrica de VE de grau importante. Diagnosticado HP secundária à insuficiência cardíaca esquerda com fração de ejeção preservada (HP-ICFEP). **Discussão:** Sabe-se que a principal causa de HP é a insuficiência cardíaca esquerda (ICE). Thenappan ET al avaliaram pacientes com HP e 19% com ICFEP, que eram mais velhos, com maior prevalência de doenças cardiovasculares e pior função renal. Já Wouter Jacobs ET al elaboraram escore de risco com parâmetros não invasivos (clínicos, ECG e Eco) para pacientes com HP e ICE, cuja aplicação, diminuiu em 20% a necessidade de cateterismo cardíaco (CATE). A ICE com fração de ejeção preservada é uma condição subdiagnosticada e que pode levar à HP. Apesar do diagnóstico da causa da HP ser extremamente relevante, muitas vezes não se faz necessário a realização do CATE direito, procedimento arriscado e dispendioso. **Conclusão:** A hipertensão pulmonar secundária a insuficiência cardíaca é uma entidade frequente, porém subdiagnosticada, que representa grande impacto na morbimortalidade dos pacientes e que, muitas vezes, poderia ser diagnosticada com exames complementares não invasivos. **Referências:** 1. Thenappan T, Shah SJ. Mardi Gombert-Maitland M et al. Clinical Characteristics of Pulmonary Hypertension in Patients With Heart Failure and Preserved Ejection Fraction. Circ Heart Fail. 2011;4: 257-265. 2. Jacobs W, Konings TC, Heymans MW et al. Noninvasive identification of left-sided heart failure in a population suspected of pulmonary arterial hypertension. Eur Respir J 2015; in press. 3. Baker JG, Wilcox RG. B-Blockers, heart disease and COPD: current controversies and uncertainties. Thorax 2016;0: 1-6. 4. Galié N, Humbert M, Vachiery JL, Gibbs S et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Eur Resp J 2015 46: 903-975;

AP108 OBSTRUÇÃO EXTRÍNSECA DO TRONCO DA CORONÁRIA ESQUERDA SECUNDÁRIA A HIPERTENSÃO PULMONAR MULTIFATORIAL – UM RELATO DE CASO
RAMIRO DOURADO MARANHÃO; DANIELA GRANER SCHUWARTZ
TANNUS-SILVA; FREDERICO SANTOS FARIA; FERNANDO MAURICIO DE MORAIS LOYOLA
HC-UFG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Circulação pulmonar; hipertensão pulmonar; dor torácica

Introdução: ao longo dos últimos 10 anos as diretrizes a cerca da hipertensão pulmonar tem se atualizado a fim de otimizar a assistência desses pacientes. A atualização das definições e da classificação faz-se determinante para a abordagem e terapêutica no tratamento da hipertensão pulmonar. Definir a etiologia, é peça fundamental nesse tratamento, e a avaliação seriada e reinvestigação em caso de falha terapêutica faz-se necessário no manejo desses pacientes nos serviços de circulação pulmonar. **Relato de caso:** paciente m. L. O. , Sexo feminino, 56 anos, com história de hipertensão pulmonar há 10 anos, de etiologia múltipla: cia do tipo ostio secundum, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono e dpoc, em seguimento clínico no ambulatório de circulação pulmonar hc-ufg. A princípio com bom controle da doença por meio de alfa bloqueador (sildenafil) e adequado controle sintomático por meio de laba, evoluiu com piora da classe funcional nyha de i para iii associada a dor anginosa típica ao longo de 2 meses, com importante limitação funcional e múltiplas internações para manejo de dor torácica e provável insuficiência de vd. Estudo angiográfico para elucidação etiológica da piora funcional evidenciou obstrução de 80% do óstio do tronco da coronária esquerda, tendo -se programado abordagem percutânea eletiva com colocação de stent para a paciente em nosso serviço. **Discussão:** o presente artigo visa discutir a necessidade da ampliação da investigação etiológica de dor torácica em pacientes portadores de hipertensão pulmonar afim de diagnosticar precisamente e precocemente obstruções coronarianas passíveis de intervenção percutânea com importante impacto na funcionalidade e qualidade de vida de tais pacientes.

AP109 SEQUESTRO PULMONAR

LUIS CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR; JAQUELINA SONOE OTA; FERNANDA FERREIRA BIGELI; BRUNA CAVALCANTE TORRES; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; KEYDSON SOUSA SANTOS; MARIANA LAFETÁ LIMA; PRISCILA ABREU FRANCO UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Sequestro pulmonar; hemoptise; angiogramografia

Justificativa: Diante de um paciente jovem com achado radiográfico de massa em lobo inferior direito em exame admissional, assintomático respiratório, porém com história de herpes zoster há 2 semanas, levanta diagnósticos diferenciais. A ausência de outros sintomas sistêmicos ou comorbidades a hipótese diagnóstica de malformação congênita deve ser aventada. Sequestro pulmonar é uma rara anomalia congênita, caracterizada por tecido pulmonar não funcionante que recebe seu suprimento sanguíneo arterial da circulação sistêmica. Perfaz 0,15- 6,40% de todas as malformações pulmonares congênitas. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 26 anos, com tosse seca intermitente. Durante exames admissionais foi evidenciado massa em lobo inferior esquerdo com ausência de broncograma aéreo, posterior à área cardíaca em radiografia de tórax, sendo encaminhado ao pneumologista para investigação. Nega exposições ocupacionais, tabagismo, perda de peso, febre ou sudorese, infecções de repetição ou hemoptise. Faz uso de droga ilícita (cocaína) uma vez por semana há sete anos. Ao exame físico do aparelho respiratório: à inspeção, tórax sem abaulamentos ou retrações, com expansibilidade torácica preservada. À percussão, sons claro pulmonares em toda extensão. À ausculta, sons pulmonares presentes bilateralmente com diminuição na base do pulmão esquerdo. Ausculta da voz reduzida no local. Realizada tomografia de tórax com contraste demonstrando volumosa massa pulmonar no lobo inferior esquerdo, heterogênea, com áreas císticas/necrose

interna, sem comunicação com a árvore traqueobrônquica, medindo cerca de 9,0 x 6,5 cm. Apresenta vascularização sistêmica através de ramo arterial com origem na aorta descendente. Tais achados são compatíveis com sequestro pulmonar intralobar. **Discussão:** O sequestro pulmonar é uma entidade incomum, em que a tomografia computadorizada e a arteriografia são os exames que mais trazem informações e oferecem diagnóstico definitivo e seguro. Foi primeiramente descrito por Pryce em 1946 como uma artéria anormal advinda da aorta que supre uma massa broncopulmonar ou cisto que é dissociado da árvore brônquica normal. Apresenta-se como extralobar ou intralobar, sendo a forma extralobar identificada frequentemente no período pré-natal e se torna sintomática no início da vida. Enquanto, a intralobar é identificada mais tardiamente, muitas vezes secundária a infecção recorrente e hemoptise, correspondendo a 75% dos casos, compartilhando o mesmo revestimento pleural e visceral do pulmão normal. Localização mais comum do ILS é na região pulmonar basal posterior segmentar e quase dois terços aparecem no pulmão esquerdo. É mais prevalente no sexo masculino, sendo a maioria dos pacientes assintomáticos ou com sintomas respiratórios inespecíficos. Muitas vezes o diagnóstico é feito quando a região anômala se infecta. Pelo risco de infecções pulmonares de repetição, a opção terapêutica geralmente é cirúrgica.

AP110 SÍNDROME DE ABERNETHY: UMA RARA CAUSA DE HIPERTENSÃO PULMONAR

LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS; ANDRE AUGUSTO NUNES BATISTA; EDGAR CHELI NETO; MURILLO DE ARAUJO MARTINS; ISABELA BORACINI SANCHES; JAMILI LEITE DA SILVA; ADRIANA IGNÁCIO DE PÁDUA; HENRIQUE TURIN MOREIRA USP RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRAO PRETO, SP.

Palavras-chave: Abernethy; hipertensão pulmonar; shunt portosistêmico

Introdução: A hipertensão pulmonar é uma condição que pode estar associada a múltiplas condições clínicas como doenças respiratórias, infecciosas, cardiovasculares, autoimunes, drogas, dentre outras etiologias. O diagnóstico envolve a associação de dados clínicos, e exames clínicos, sendo o cateterismo de câmaras cardíacas direitas o padrão ouro para seu diagnóstico adequado. **Objetivo:** relatar um caso de hipertensão pulmonar por Síndrome de Abernethy. **Resumo do caso:** homem de 40 anos, que procurou atendimento médico por quadro de dispnéia aos esforços e síncope desde os 27 anos, com histórico prévio de palpitações, angina e sopro cardíaco desde a infância. Durante investigação, mostrou sinais de sobrecarga cardíaca direita e dilatação do tronco da artéria pulmonar sugestivos de hipertensão pulmonar que foi confirmado após realização de cateterismo cardíaco (PAPm 34 mmHg, POAP 15 mmHg, RVAP 220 dynas/seg/cm-5). Nesta ocasião foi identificado alterações na ecogenicidade do parênquima hepático, que após propedêutica complementar, sugeriu ser um adenoma hepático. O paciente manteve acompanhamento com diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar idiopática e adenoma hepático por 12 anos. Durante seguimento de nódulo hepático com ressonância nuclear magnética, foi visualizada uma mal formação venosa esplâncnica com comunicação porto-sistêmica intra-hepático com nódulo hipervascular estável, compatível com mal formação de Abernethy levantando a hipótese de uma possível causa para hipertensão pulmonar. **Discussão:** Hipertensão pulmonar trata-se de condição associada a múltiplas etiologias, que requer cuidado na investigação. Exige em muitas ocasiões uma avaliação multidisciplinar para identificação da etiologia correta. O caso acima relatado

trata-se de paciente que inicialmente, apesar de extensa propedêutica, recebeu diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar idiopática. Porém, mantido acompanhamento, novos dados de exames de imagem, levantaram a hipótese de malformação de Abernety, doença rara caracterizada por shunt portossistêmico extra-hepático congênito, como causa da hipertensão pulmonar.

AP111 FATORES ASSOCIADOS À VACINAÇÃO ANTI-INFLUENZA E ANTI-PNEUMOCÓCICA EM IDOSOS

FABIANE ALVES DE CARVALHO RIBEIRO; LUIS MÁRIO MENDES MEDEIROS; BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES; DANIELA CRISTINA TIAGO; LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA; NATHÁLIA RAMOS LOPES; MARCELO FOUAD RABAH

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS, ANÁPOLIS, GO.

Palavras-chave: Idosos; anti-influenza; anti-pneumocócica

Introdução: O Brasil vem seguindo a tendência mundial de envelhecimento da população, tendo em vista a proporção de idosos que aumentou de 9,7%, em 2004, para 13,7% em 2014. Dentre as hospitalizações dessa faixa etária, as doenças respiratórias representam até 11% do total em algumas situações. Nos últimos anos houve uma redução na mortalidade em idosos por infecções respiratórias devido ao advento de campanhas de vacinação. **Objetivo:** Avaliar os fatores associados a vacinação anti-influenza e anti-pneumocócica em idosos. **Método:** Estudo observacional e analítico realizado entre usuários de cinco Instituições de Longa Permanência (ILP) e de idosos de uma unidade de saúde secundária, na cidade de Anápolis-GO. Foram coletados dados referentes ao perfil sócio demográfico, local de atendimento, vacinação anti-influenza e anti-pneumocócica, hábito tabágico e hospitalização prévia.

Resultados: Foram avaliados 293 idosos, sendo 64,2% atendidos em uma unidade de saúde secundária e 35,8% em ILPs de Anápolis. A faixa etária de maior prevalência foi de 60 a 69 anos (41%), com predominância do sexo feminino (58%). Em relação ao estado vacinal, a vacina anti-influenza predominou entre os idosos das ILPs (75,2%) e da unidade secundária de saúde (80,3%). Já a vacina anti-pneumocócica apresentou baixa adesão em ambos os locais, 36,2% dos idosos das ILPs receberam a vacina e apenas 3,7% dos idosos da unidade de saúde secundária. No que se refere ao hábito tabágico observou-se que 41,6% dos idosos, eram fumantes ou ex fumantes, entre esses idosos, 54% não haviam recebido a vacina anti-influenza e 45,4% não receberam a vacina anti-pneumocócica. No tocante a hospitalização prévia por doença respiratória e vacinação, 6,5% dos idosos não haviam recebido a vacina anti-influenza e 9,2% não haviam recebido a vacina anti-pneumocócica. Na análise de regressão logística, observou-se que os idosos da ILP apresentaram maior cobertura da vacina anti-influenza (OR = 3,5; IC = 1,7; 6,9) e os idosos da unidade de saúde secundária da vacina anti-pneumocócica (OR = 14,69; IC = 5,8; 37,3). O hábito tabágico mostrou associação somente com a vacina anti-influenza (OR = 2,3; IC: 1,2; 4,5). **Conclusão:** O presente estudo verificou maior cobertura vacinal anti-influenza, e baixa adesão a vacina anti-pneumocócica. No que se refere ao hábito tabágico, observou-se uma menor cobertura vacinal entre os idosos, sendo este agravado associado a ausência da vacina anti-influenza. A hospitalização prévia não foi associada ao estado vacinal.

AP112 MORTALIDADE POR ASMA NA BAHIA NA PRIMEIRA DÉCADA DO SÉCULO XXI

PAULA TRISI LAVIGNE; ROBERTO PALMA COSTA FILHO; MICHEL SILVA BATISTA; MATEUS DOURADO DE OLIVEIRA NOGUEIRA;

MATHEUS BRITO ALMEIDA RODRIGUES SILVA; MEIRELAYNE BORGES DUARTE

UNIFACS, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Asma; bahia; mortalidade

Introdução: A asma é uma doença caracterizada por uma inflamação crônica das vias aéreas inferiores que se manifesta como doença episódica, marcada por crises agudas de obstrução brônquica. A doença é contínua com inflamação crônica persistente. Os casos graves podem levar a insuficiência respiratória aguda e morte. A asma é uma enfermidade mundial com prevalência variando de 0 a 30% em diferentes populações. Essa doença foi identificada como causa básica de 2.597 óbitos no Brasil em 2000. Em outros 1.292 ela foi identificada como causa associada. Objetivo Comparar o coeficiente de mortalidade por Asma na Bahia entre 2001 e 2010, por Macrorregião de saúde, faixa etária e sexo. Metodologia Estudo de agregados do tipo observacional longitudinal e ecológico, sobre os óbitos cuja causa básica tenha sido registrada como asma (CID-10 J45), no Estado da Bahia na primeira década do século XXI. Para esse estudo, foram colhidos dados do DATASUS nos anos de 2001 a 2010, utilizando as variáveis macrorregião de saúde, faixa etária e sexo. Para chegar aos resultados, foram calculados os coeficientes de mortalidade de acordo com as variáveis citadas. O estudo dos resultados foi comparado com estudos prévios presentes na literatura.

Resultados: Nota-se que, dentre as 9 macrorregiões do Estado da Bahia, a região Sul apresentou a maior média dos coeficientes de mortalidade relacionados à asma entre 2001 e 2010, enquanto a menor média foi vista na Norte, com RR = 2,0 entre as duas regiões. A análise estratificada por faixa etária demonstrou que o índice de mortalidade por asma no 1º. ano de vida reduz-se com a idade e se mantém inferior até os 49 anos, quando então aumenta exponencialmente com a idade, até os idosos longevos (80 anos ou mais) que, em 2006, apresentaram o coeficiente mais elevado, com RR = 5,1 comparados aos idosos jovens (60 a 69 anos). Comparando o primeiro e o último anos da série, observa-se tendência declinante (ou estabilização) da mortalidade por asma em todas as faixas etárias, exceto nas faixas de 70 a 79 anos e de 80 anos ou mais (elevação de 10% e 53%, respectivamente). A análise por sexo evidencia que o sexo feminino apresentou risco discretamente mais elevado que o masculino em todo o período. **Conclusão:** As regiões mais desenvolvidas da Bahia apresentaram um índice menor de mortalidade, mas isso não significa que a asma seja menos prevalente nessas regiões. O coeficiente de mortalidade por asma por faixa etária na Bahia possui resultados similares aos dados de todo o país, sendo mais elevado em idosos e crianças menores de 1 ano. Já o coeficiente de mortalidade por sexo evidenciou risco discretamente maior no sexo feminino. Sabe-se que a incidência de asma na infância é maior no sexo masculino (na razão de 2:1). Porém, como a mortalidade foi muito maior em idosos é possível que não haja diferença por sexo na Terceira Idade, mas o presente estudo não permite chegar a essa conclusão.

AP113 TAXA DE MORTALIDADE POR ASMA NO BRASIL: ANÁLISE DOS ANOS DE 2008 A 2015

MAIARA DA SILVA BRANDÃO RODRIGUES; DANIELLE SILVA DOS SANTOS; MAYARA SOUSA SILVA; CAROLINA BARBOSA SOUZA SANTOS; ANA CARLA CARVALHO COELHO; CAROLINA SOUZA-MACHADO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Asma; mortalidade; óbitos

Introdução: A asma constitui-se como um problema mundial de saúde pública e elevados são os índices de óbitos anuais no Brasil, embora haja crescentes

investimentos relacionados ao tratamento. **Objetivos:** Descrever a taxa de mortalidade por asma da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, no período de 2008 a 2015. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, realizado por meio de dados sobre o número de óbitos e taxa de mortalidade anuais extraídos do SIM/DATASUS, de acordo com local de residência a partir de 2008, com Causa (CID- BR-10): Asma. As variáveis estudadas foram região, sexo e faixa etária, por ano de óbito, no período de 2008 a 2015. O cálculo da taxa de mortalidade foi feito por meio da razão entre o número total de óbitos e população residente no período, multiplicado por 100.000 habitantes. **Resultados:** Entre os anos de 2008 a 2015 ocorreram 19.419 óbitos devido à asma no Brasil, sendo observado nos anos de 2008 e 2015 cerca de 2.696 e 2.232 óbitos, respectivamente. Houve um decréscimo de, aproximadamente, 17,21% do número absoluto de óbitos por asma no período de estudo. A taxa média de mortalidade por asma foi de 1,3/100.000 habitantes, verificando-se as maiores taxas nos anos de 2008 e 2010 (1,4/100.000 habitantes). Comparando as regiões brasileiras, as taxas de mortalidade mais elevadas foram detectadas nas regiões Nordeste (1,6/100.000 habitantes) e Sul (1,3/100.000 habitantes). A região Nordeste obteve o segundo maior número absoluto de óbitos por asma 6.833 (35,18%) e a maior taxa de mortalidade, quando comparado com as outras regiões do país no período analisado. Enquanto a região Norte obteve o menor número de óbitos 935 (4,81%) e menor taxa de mortalidade (0,7/100.000 habitantes). Apresentaram as maiores taxas de mortalidade por asma, no período, indivíduos idosos, 60 anos ou mais, (23,2/100.000 habitantes) e pessoas do sexo feminino (1,55/100.000 habitantes). **Conclusões:** Nos últimos 8 anos, as taxas de mortalidade em brasileiros asmáticos, registradas pelo SUS, apresentaram diminuições em várias regiões federativas. Presume-se que os investimentos em saúde, principalmente a consolidação de programas de atenção aos asmáticos (ainda que pulverizados no país) e o fornecimento de medicações inalatórias, possam gerar tais efeitos. É preciso que ações de manutenção e acompanhamento da asma sejam constantemente incentivadas e fortalecidas no país.

AP114 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PNEUMOCONIOSES NO BRASIL: INDICATIVO DE INTERNAÇÕES E ÓBITOS NO PERÍODO DE 2016 A 2017

DANIEL SILVA SANTOS¹; ISABELLE ARAUJO DE OLIVEIRA SANTANA¹; LORENNNA OLIVEIRA MENEZES¹; ANA AMÉLIA BARRETO FONTES¹; SYLVIA KATHARINY FARIAS ANDRADE¹; IGOR SANDES DE BARCELOS¹; MARINA MARIA SANTOS ALVES¹; MARCOS VINICIUS DA SILVA¹ UNIVERSIDADE TIRADENTES, BARRA DOS COQUEIROS, SE.

Palavras-chave: Pneumoconiose; hospitalização; registros de mortalidade

Introdução: Pneumoconioses são as doenças pulmonares ocupacionais mais diagnosticadas no mundo, causadas pela inalação e acúmulo de poeiras presentes no ar, que acarretam uma reação granulomatosa pulmonar. As principais pneumoconioses são silicose, pneumoconiose dos minérios de carvão, asbestose, talcoose, silicatose, siderose, baritose e estanhose. Apesar de serem predominantemente assintomática, os principais sintomas presentes são inespecíficos: como dispneia, tosse não produtiva e febre; por isso, estima-se que tais doenças sejam subdiagnosticadas. Além disso, o desenvolvimento da doença depende de fatores intrínsecos, predisposição genética e falha nos mecanismos de defesa, e extrínsecos, tipo de agente e tempo de exposição a partículas. O diagnóstico pode ser feito com uma associação entre história

clínica, história de exposição a possíveis agentes e radiografia de tórax. A conduta consiste em retirar completamente o paciente do contato com substâncias causadoras das doenças, haja vista que a exposição contínua agrava o quadro e, caso necessário, o tratamento farmacológico é sintomático. **Objetivos:** Realizar uma análise do perfil epidemiológico da pneumoconiose no Brasil, através do índice de internações hospitalares e óbitos no período de 2016 a 2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa. As informações de morbidade foram recolhidas, descritas e analisadas a partir do Sistema de Internação por AIH do DATASUS, Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde, no período de 2016 a 2017, com todas as regiões do Brasil e seus estados. **Resultados:** Dos 1.193.098,89 casos de pneumoconiose no Brasil no período analisado, 39,64% foram na região sudeste, 27,94% no nordeste e 11,16% no sul. Desses, apenas 1.191 necessitaram de internação, assim distribuídos: 35,01% no Sudeste; 30,39%, no Nordeste e 16,04%, no Sul. A morbidade nesse período foi de 10,7%, com maior índice no Nordeste (39,06%), seguido pelo Sudeste (34,38%). **Conclusão:** A partir do exposto e da relevância das pneumoconioses na saúde pública, é fundamental seu controle e sua prevenção, bem como esforços para evitar o subdiagnóstico. A taxa de incidência é maior na população de sexo masculino em idade ativa, isso se deve à maior exposição desse grupo, assim como nas regiões sudeste, nordeste e sul devido à maior concentração de indústrias. Os casos mais complicados também se concentram nessas áreas. A taxa de morbidade é considerável, e maior no nordeste, haja vista que nessa região o acesso a cuidados médicos pode ser, em algumas vezes, menor.

AP115 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O NÚMERO DE INTERNAÇÕES E NÚMERO DE ÓBITOS CAUSADOS PELA EMBOLIA PULMONAR NAS REGIÕES BRASILEIRAS ENTRE 2015 E 2017

DANIEL SILVA SANTOS¹; LORENNNA OLIVEIRA MENEZES¹; ALVARO ANDRADE GÓIS QUEIROZ¹; ANA AMÉLIA BARRETO FONTES¹; CARLOS AUGUSTO VILA NOVA MORAES¹; JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS NETO¹; ANGELA SANTOS LIMA²; MARCOS VINICIUS DA SILVA¹

1. UNIVERSIDADE TIRADENTES, BARRA DOS COQUEIROS, SE; 2. UNIT, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Embolia pulmonar; hospitalização; registros de mortalidade

Introdução: A embolia pulmonar refere-se à condição em que trombo(s) migra(m) da circulação sistêmica até a vasculatura pulmonar. É a complicação potencialmente mais grave do Tromboembolismo Venoso (TEV), que compreende trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (EP/TEP). A EP é uma condição comum e potencialmente fatal, com uma taxa global de mortalidade de 15% nos três meses subsequentes, tendo como causa mais comum de óbito precoce a insuficiência ventricular direita. A incidência de EP é alta o suficiente para que seja considerado um real problema clínico. Conforme dados americanos, a prevalência de EP em pacientes hospitalizados é de 0,4%. Destes, a mortalidade na primeira hora após a instalação dos sintomas é de 11% e aproxima-se de 15% no terceiro mês. Há registros indicando que a mortalidade hospitalar ultrapassa de 30% em pacientes com EP maciça e instabilidade hemodinâmica. **Objetivo:** Evidenciar dados epidemiológicos comparando a taxa de internações e o número de óbitos causados por Embolia Pulmonar nas regiões brasileiras. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal documental com

finalidade explicativa e científica. Foram obtidos dados epidemiológicos do DATASUS através da coleta dos cadastros e pacientes com Embolia Pulmonar avaliando o momento da internação e o desfecho da doença, seja ela a recuperação ou a morte, entre 2015 e 2017. **Resultados:** No Brasil, foram notificados 15.922 internações devido à Embolia Pulmonar, sendo que ocorreram 4.460 óbitos. Desses, a região Sudeste é a que possui o maior número de internações, 8.838, com 2.444 óbitos. No entanto, a região Nordeste possui a maior porcentagem da relação óbitos/internações, 37,39%. Seguida pelas regiões Norte (30,46%), Centro-Oeste (27,09%), Sudeste (27,65%) e Sul (23,66%). **Conclusão:** A partir dos dados analisados, verificou-se que a região Sudeste é a mais acometida pela EP e a região Nordeste onde a letalidade da doença é maior. Em contrapartida, a região Sul é a região com os melhores índices de recuperação. Portanto, é visível o maior problema no diagnóstico precoce e, por conseguinte, demora no início da intervenção terapêutica na região Nordeste. Observa-se a necessidade de melhora na velocidade do diagnóstico quando se trata de Embolia Pulmonar.

AP116 EPIDEMIOLOGIA DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM GOIÁS NOS ANOS DE 2017 E 2018

MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA¹; ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO¹; ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES¹; NATHÁLIA AIDAR BITTAR¹; PAULO TADEU SILVA CAMPOS²; NATHÁLIA TAVARES DA SILVA¹; EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA¹; MARIA ANGELICA ELOI FRANCO¹

1. UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO; 2. PUC-GO, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Influenza; epidemiologia; síndrome respiratória aguda

Introdução: Após a pandemia de gripe H1N1 em 2009, o Ministério da Saúde (MS) direcionou a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) para monitoramento epidemiológico. O conhecimento dos vírus circulantes, das faixas etárias, os fatores de risco e os óbitos passaram a ser mais averiguados para o melhor manejo da SRAG. **Objetivo:** Realizar uma investigação epidemiológica a cerca da SRAG, com enfoque no seu histórico anual de incidência, número de casos notificados e faixas etárias, fatores de riscos de mortalidade e classificação final dos óbitos. **Métodos:** O trabalho realizado é um estudo epidemiológico quantitativo transversal, com dados obtidos por meio de consulta ao SINAN, analisando casos notificados em Goiás de 01/01/2017 a 05/03/2018. **Resultados:** No ano de 2018 em Goiás registrou-se 47 casos de SRAG, 3 por Influenza A/H1N1 pdm09 e 1 por Influenza B. O Metapneumovírus, Vírus Sincicial Respiratórios (VSR), Parainfluenza 3 e Adenovírus, representaram respectivamente 6, 2, 2 e 1 casos. No ano de 2017 notificou-se 721 casos de SRAG, com 9,29% de Influenza A/H3 sazonal, 4,72% de Influenza B, 0,55% de Influenza A Não Subtipado, 0,42% de Influenza A/H1N1 pdm09, 14,29% de VSR, 4,44% de Metapneumovírus, 2,22% de Adenovírus e 1,66% de Parainfluenza 3. Relatou-se 10 óbitos por SRAG em 2018, 1 em menor de 2 anos de idade, 1 em 20-29 anos, 4 em 30-39 anos, 1 em 40-49 anos e 3 em maiores de 60 anos. Em 2017 ocorreram 128 óbitos, as faixas etárias mais acometidas foram maiores de 60 anos, 40-49 anos, menores de 2 anos, 50-59 anos e 30-39 anos, com 40, 17, 17, 16 e 11 casos. As causas de óbitos por SRAG em 2018 foram as não especificadas com amostra coletada (CNECA) (70%), Metapneumovírus (20%) e Parainfluenza 3 (10%). Dos 10 óbitos, 4 possuíam doença cardiovascular, 1 doença renal, 1 imunodeficiência e 1 era gestante. No ano de 2017 as CNECA representaram 53,13%, Influenza A/H3 Sazonal 10,94%, não especificadas sem coleta de amostra 8,59%, Influenza B e VSR 7,81% cada, Adenovírus e SRAG em investigação 2,34% e Influenza A Não Subtipado

1,56% cada. Dos 128 óbitos, 25 possuíam pneumopatia, 24 doenças cardiovasculares, 16 diabetes, 12 doença renal, 9 imunodeficiência, 6 obesidade, 4 doenças neurológicas e 2 eram gestantes. **Conclusão:** A vigilância da SRAG identifica cepas circulantes de vírus de tropismo respiratório. A análise dos dados de 2017 e 2018 em Goiás nos mostra que a Influenza A/H1N1, o Metapneumovírus, o Influenza A/H3 sazonal e o VSR são os mais incidentes, com os menores de 2 anos de idade e os maiores de 60 anos mais susceptíveis a óbito. Destaca-se pneumopatia, doenças cardiovasculares, diabetes, doença renal e imunodeficiência como fatores de risco, o que reforça as medidas do MS de identificação das cepas para composição da vacina e ações voltadas para crianças e idosos como muito relevantes.

AP117 ATENDIMENTO HOSPITALAR A PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS POR ENFERMIDADES PNEUMOLÓGICAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES; FÁBIO FERREIRA MARQUES; GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO; JÚLIA RODRIGUES MORAES; LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA; LUIS MÁRIO MENDES MEDEIROS; RENATO SOUSA LUZ PEDROSA; MIRIAN PAIVA SILVA UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO.

Palavras-chave: Pneumopatias; doenças pulmonares intersticiais; hospitalização

Introdução: As internações em decorrentes de agravos das doenças pulmonares crônicas (asma, DPOC, tuberculose, pneumoconioses, paracoccidioidomicose e câncer pulmonar) são uma das principais causas de hospitalização atualmente. Esses pacientes quando alocados nos centros hospitalares tendem a estar com descompensação ou agravamento da doença pulmonar, o que gera altas taxas de óbitos. Sendo que tais índices poderiam ser reduzidos com uma maior adesão do tratamento, o que muitas vezes não é constatado, tanto pela dificuldade do uso das medicações inalatórias como pelo abandono da terapêutica. **Objetivos:** Analisar as principais características relacionadas ao atendimento hospitalar a paciente sob cuidados prolongados por enfermidades pneumológicas no Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** Estudo epidemiológico transversal e retrospectivo, com fonte de dados secundária. Os mesmos foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram selecionadas as internações hospitalares de pacientes sob cuidados prolongados por enfermidades pneumológicas no Sistema Único de Saúde no Brasil entre 2015 e 2017. Os possíveis vieses encontrados estão relacionados com a impossibilidade de extrair informação individuais neste banco de dados, além das subnotificações que ocorrem nos sistemas de informação em saúde. No entanto, levando-se em conta a abrangência dos resultados que se aplicam aos habitantes em geral, o mesmo encontra-se minimizado. **Resultados:** Foram encontradas 7264 internações de pacientes sob cuidados prolongados por enfermidades pneumológicas, com uma média anual de 2421 casos, com aumento gradativo, culminando em 2581 casos (35,5%) em 2017. As regiões com maior prevalência foram Sudeste (38%) e Sul (31,4%). O caráter de urgência das internações predomina sobre o eletivo, com 57,6%. Isso implica também na alta taxa de mortalidade no decorrer dessas internações de 22,6% dos casos, sendo que em 2015, foi de 24,9%, caindo nos anos subsequentes. Os gastos financeiros durante esse período foram de aproximadamente R\$4722337/ano, sendo que o ano com mais gastos foi 2017 (35,5%). **Conclusões:** Foi constatado que um aumento gradual das internações acompanhada aumento de gastos financeiros. No entanto pacientes estão

morrendo menos, quando hospitalizados, o que sugere avanço das técnicas de terapêutica e prolongamento da vida destes. Logo, observou-se uma possível relação entre o caráter da internação e o desfecho do paciente, e com isso é possível traçar estratégias que previnam/evitem internações de urgência. Além disso, é notável a influência das regiões sul e sudeste no incremento desses dados, inferindo que nesses locais devem-se intensificar campanhas envolvendo a adesão correta do tratamento dos pneumopatas, assim como o uso correto dos dispositivos inalatórios, e com isso reduzir as taxas de internações.

AP118 INTERNAÇÕES POR EMBOLIA PULMONAR NAS REGIÕES BRASILEIRAS: TRAÇANDO UM PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA¹; ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO¹; ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES¹; NATHÁLIA AIDAR BITTAR¹; PAULO TADEU SILVA CAMPOS²; NATHÁLIA TAVARES DA SILVA¹; EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA¹; MARIA ANGELICA ELOI FRANCO¹
1. UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO; 2. PUC-GO, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Epidemiologia; internação; embolia pulmonar

Introdução: o tromboembolismo venoso (TEV), que abrange duas condições interrelacionadas (trombose venosa e tromboembolismo pulmonar), constitui a terceira doença cardiovascular mais comum e é a principal complicação pulmonar aguda em pacientes hospitalizados. O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a obstrução aguda ou episódica da circulação arterial pulmonar por um trombo sanguíneo, com súbita redução ou cessação da perfusão à zona correspondente. Desse modo, torna-se essencial estudar a epidemiologia da embolia pulmonar, a fim de aperfeiçoar um diagnóstico mais precoce, reduzindo assim o tempo de internação e a morbidade.

Objetivos: traçar o perfil epidemiológico das internações por embolia pulmonar nas diferentes regiões brasileiras.

Métodos: estudo quantitativo de delineamento transversal e base populacional. Considerou-se o total de internações notificadas no Brasil no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2017, analisando a faixa etária, o sexo e as regiões brasileiras. Os dados foram de origem secundária e obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Resultados: a partir dos resultados obtidos, observou-se 52.583 internações por embolia pulmonar, sendo que 56% ocorreram na região Sudeste. A região Norte teve o menor número de internações, com 2%. Os casos de internação aumentaram de acordo com o avanço da idade, sendo que 15% das internações deram-se em maiores de 80 anos, enquanto 0,1% em menores de 1 ano. Cerca de 61% dos casos de morbidade estão relacionados ao sexo feminino. **Conclusões:** diante de tal quadro, observa-se que a maioria dos pacientes acometidos são mulheres com mais de 80 anos, o que condiz com a literatura. Dessa forma, é essencial o estudo epidemiológico, visto que o TEP é uma condição de difícil diagnóstico diante de seu amplo espectro clínico. Além do mais, nota-se uma maior chance de um novo fenômeno embólico com o atraso terapêutico.

AP119 TENDÊNCIA TEMPORAL PARA TAXA DE MORTALIDADE E NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES POR DPOC EM PERNAMBUCO ENTRE 2008 E 2016

LINA COSTA MACHADO BRITO¹; LIANA GONÇALVES MACEDO¹; BRIVALDO MARKMAN-FILHO²; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN¹; CARLOS FEITOSA LUNA³

1. HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE; 2.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE;

3. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) - PERNAMBUCO, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica; estudos de séries temporais; indicadores de morbimortalidade

Introdução: A DPOC poderá se tornar a terceira causa de óbito no mundo até 2020. Dados do Ministério da Saúde referentes às doenças respiratórias em adultos demonstram a DPOC como principal causa de mortalidade, sendo responsável por 25% das hospitalizações. O uso de medicações inalatórias já demonstrou ser eficaz na redução do número e gravidade de exacerbações assim como na melhora de sintomas e qualidade de vida. Entretanto, o uso irregular dessas drogas pode contribuir para o aumento do número de internamentos e da morbimortalidade.

Objetivos: Avaliar a tendência temporal do número de internamentos e da taxa de mortalidade hospitalar por DPOC em Pernambuco, segundo sexo, macrorregiões e sistema de saúde público e privado, no período de 2008 a 2016. **Metodologia:** Estudo ecológico do tipo séries temporais, utilizando dados do DATASUS referentes à taxa de mortalidade, número de internamentos e número de óbitos no estado de Pernambuco, entre 2008 e 2016. Para avaliar a tendência temporal foi realizada análise de regressão linear simples e todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. **Resultados:** A taxa de mortalidade hospitalar por DPOC não apresentou tendência linear no sistema público de saúde. No setor privado, houve acréscimo significativo para ambos os sexos. Em relação ao número de hospitalizações, houve decréscimo não significativo no setor público. No setor privado, a redução foi significativa para ambos os sexos. A análise da taxa de mortalidade hospitalar, por macrorregiões do Estado, no setor público, revelou acréscimo significativo no Agreste, não apresentando tendências nas demais regiões. No setor privado, houve acréscimo significativo para a Região Metropolitana e Sertão. Analisando-se o número de internamentos por macrorregiões, houve decréscimo significativo no Vale do São Francisco/Araripe para o setor público. No setor privado, houve decréscimo significativo para a Região Metropolitana. Não houve tendências para as demais regiões em ambos os setores.

Conclusão: O aumento na taxa de mortalidade hospitalar e a diminuição do número de hospitalizações por DPOC no sistema público, embora não significante, pode indicar que a liberação gratuita de medicamentos inalatórios interfere positivamente na redução do número de exacerbações e necessidade de internação. É possível que o aumento na taxa de mortalidade esteja relacionado à hospitalização dos pacientes clinicamente mais graves. No setor privado os resultados foram semelhantes, porém com significância estatística. Esses achados nos permitem formular a hipótese de que o uso descontinuado da medicação inalada favoreceu a ausência de tendência significante nos desfechos do setor público. A análise das variáveis por macrorregiões sugere a necessidade de estudos que avaliem a possível influência dos fatores socioeconômicos e acesso ao tratamento especializado para DPOC.

AP120 INCIDÊNCIA DE CASOS POR PNEUMONIA EM UNIDADE DE URGÊNCIA EM

LUCAS OLIVEIRA FARIAS; ERIKA DE OLIVEIRA MENEZES; LUCAS SANTANA SOARES; MATHEUS REZENDE MENEZES; OSMAR RIBEIRO DE JESUS; VICTOR HUGO CARDOSO; LUANA MARTINS ARAUJO; CARLOS WERNECK GOMES

UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Epidemiologia; pneumonia; urgência

Introdução: A pneumonia está incluída dentre as infecções do trato respiratório inferior que mais afeta e traz consequências ao homem, é responsável por grande

parte das internações de causas respiratórias e por grande número de óbitos. A pneumonia é caracterizada como uma infecção dos pulmões que pode ser causada por vírus, bactérias, parasitas ou fungos. Levando-se tais causas em consideração, existem diversos tipos de pneumonias designadas ao agente causador, dentre elas a pneumonia adquirida na comunidade (PAC), a pneumonia adquirida por ventilação mecânica (PAVM) e a pneumonia por broncoaspiração, sendo esses os tipos mais frequentes e os quais foram observados no presente estudo. **Objetivos:** Caracterizar e delinear a frequência e mortalidade por pneumonia em pacientes críticos assistidos em unidade de urgência. **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo de 755 pacientes críticos adultos internados em unidade de urgência de um hospital público em Aracaju, Sergipe, durante oito meses. Os dados foram obtidos de fichas individuais de busca ativa, coletada pela equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. **Resultados:** Dos 755 pacientes críticos adultos internados, 20,5% (155) tiveram o diagnóstico de pneumonia à admissão diretamente na unidade crítica (Ala Vermelha). Destes, 43,5% (68) eram do sexo feminino, não havendo distinção significativa entre os sexos (valor $p < 0,05$) e com média de idade de 56 anos ($dp = 17,3$). O tempo de permanência média geral foi de 6 dias, enquanto os pacientes internados com pneumonia permaneceram na unidade em média 10 dias. 30% (48) dos casos encontrados eram de pneumonia adquirida na comunidade, 3% (5) eram pneumonia adquirida por ventilação mecânica e os outros 67% (103) eram casos de pneumonia por broncoaspiração. Dos 155 pacientes com pneumonia, 49 morreram – a taxa de letalidade por pneumonia foi de 31,6% e a mortalidade geral de 33,4% (252/755). **Conclusão:** Em síntese, apesar das dificuldades encontradas, relacionadas principalmente à necessidade de investigação hospitalar para a determinação da causa de morte, este estudo demonstrou a utilidade do delineamento caso- controle na abordagem de determinantes da incidência de pneumonia por causas evitáveis. Não se pretendeu aqui esgotar essa discussão, mas somente apresentar alguns resultados relativos a frequência da doença, que se mostrou menos significativa do que os resultados apresentados no País.

AP121 SAZONALIDADE CLIMÁTICA NAS HOSPITALIZAÇÕES POR INFLUENZA EM BRASÍLIA-DF ENTRE 2010 E 2016

JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR; CAROLINA TEIXEIRA NOGUEIRA; JULIANA PEREIRA DA SILVA; MARIANA DE SOUZA LEMOS; NAIANE MOREIRA BARBOSA; PATRÍCIA JORDANA LEITE DE ANDRADE

UNIRV, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Influenza; sazonalidade; epidemiologia

Introdução: A infecção por influenza e suas complicações são responsáveis por mortes, internações, e consequentes gastos com serviços de saúde. A vigilância epidemiológica do vírus influenza é de fundamental importância e o conhecimento sobre a epidemiologia das doenças respiratórias é essencial para planejamento de intervenções efetivas na área da saúde. **Objetivos:** Apresentar o número de internações por influenza em crianças e adultos em Brasília-DF no período de 2010 a 2016 e avaliá-las em conjunto com dados meteorológicos para identificar padrões de sazonalidade climática durante o período analisado.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo analítico com base nos dados de internações por influenza durante os anos 2010 a 2016 fornecidos pelo DATASUS. Os dados meteorológicos foram obtidos com o Instituto Nacional de Meteorologia da estação meteorológica de Brasília, Latitude: -15.78 °, Longitude: -47.93°, altitude: 1159.54m.

Os resultados foram analisados com o programa STATA, versão 13.0. Dois tipos de estações foram considerados: seca/chuvosa (índice pluviométrico $< / > 100\text{mm/mês}$); quente/fria com média de temperatura mínima **Resultados:** Durante o período analisado ocorreram 504 internações por influenza, mediana de 5 (3-9) internações por mês. Destas 185 (36,7%) ocorreram na estação chuvosa, mediana mensal de 4 (2-6) e 319 (63,3%) na estação seca, mediana mensal de 6 (4-10). Em relação a todo período estudado, a precipitação média mensal foi de 123,8mm; mínima de 0 e máxima de 491,8mm; a média de temperatura máxima mensal foi de $27,7 \pm 1,7^\circ\text{C}$; mínima de 24,7 e máxima de 33; a média de temperatura média mensal foi de $21,7 \pm 1,4^\circ\text{C}$; mínima de 19 e máxima de 25,7; a média de temperatura mínima mensal foi de $17,1 \pm 1,6$; mínima de 13,5 e máxima de 19,6; a média de umidade relativa média mensal foi de 63,1 $\pm$ 13,4%; mínima de 34,4 e máxima de 83,8. Verificou-se que as medianas de internação em relação à estação seca/chuvosa foram estatisticamente diferentes, ocorrendo mais internações na estação seca ($p = 0,01$). As medianas de internação na estação quente/fria não foram estatisticamente diferentes ($p = 0,33$). A análise de correlação mostrou haver correlação negativa fraca entre a precipitação e o número de internações ($r: -0,25$, $p = 0,03$). O modelo de regressão de Poisson permitiu estimar que a precipitação e temperatura prediz 4% do número de internações ($p < 0,00001$). **Conclusão:** Observou-se significativa, porém baixa influência umidade nas hospitalizações influenza no período estudado.

AP122 PNEUMOCONIOSES NAS CAPITALS BRASILEIRAS: TRAÇANDO UM PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA¹; ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO¹; EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA¹; NATHÁLIA AIDAR BITTAR¹; ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES¹; PAULO TADEU SILVA CAMPOS²; MARIA ANGELICA ELOI FRANCO¹; NATHÁLIA TAVARES DA SILVA¹

1. UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO; 2. PUC-GO, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Pneumoconiose; epidemiologia; capitais brasileiras

Introdução: A pneumoconiose, doença pulmonar causada por poeiras minerais, reúne um conjunto de doenças respiratórias conhecidas pelo seu agente causador. As principais pneumoconioses são: silicose, asbestose e pneumoconiose dos trabalhadores de carvão (PTC). No Brasil, o processo de industrialização, iniciado nos últimos 100 anos, juntamente com as atividades extrativistas, sempre presentes no país, garantem a prevalência da doença entre os trabalhadores expostos. Desse modo, torna-se essencial estudar a epidemiologia desse grupo de doenças na tentativa de relaciona-la com seu processo gerador. **Objetivos:** Traçar o perfil epidemiológico das pneumoconioses nas principais capitais brasileiras. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional, baseado no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) do banco de dados no Ministério da Saúde (DATASUS). Foram analisadas questões referentes às internações por pneumoconioses, entre 2010 e 2017, considerando as variáveis: sexo, idade, raça, capital brasileira, média de permanência e número de óbitos. **Resultados:** A partir dos resultados obtidos, observamos que ocorreram 1.052 internações por pneumoconioses durante o período analisado, sendo que a maioria (16,1%) ocorreu em São Paulo, seguido por Goiânia (8,9%) e Salvador (8,5%). A média de permanência hospitalar desses pacientes foi de 12 dias, porém variando bastante entre as capitais brasileiras, indo desde 21,5 dias em Salvador, a 4,9 dias em Curitiba. No período estudado, ocorreram 124 óbitos (que corresponde a 11,7% das internações), sendo 16 em São Paulo, 15 em Salvador e 12 no Rio de Janeiro.

Em relação a faixa etária, 18,8% dos pacientes internados por pneumoconioses tinham entre 60 e 69 anos, 17,6% entre 50 e 59 anos e 15,7% entre 70 e 79 anos. Quanto as variáveis sexo e raça, a maior prevalência das internações relatadas ocorreu entre homens (68,3%) de cor parda (26,4%). **Conclusões:** Diante de tal quadro, observamos que a maioria dos pacientes acometidos são homens pardos com mais de 50 anos, residentes de grandes centros urbanos, cuja economia é voltada para o setor industrial e extrativista. Apesar da mortalidade não se mostrar muito elevada, as pneumoconioses constituem um problema de saúde pública devido a sua alta morbidade. Dessa forma, faz-se de extrema importância a implementação de ações de prevenção e controle da doença no ambiente de trabalho.

AP123 PERFIL DOS ENCAMINHAMENTOS PARA A PRIMEIRA CONSULTA EM UM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE

CAROLINE FREIESLEBEN CRUZ; NATHALIA SPONCHIADO; ANNE VITÓRIA ROSSO; NATHALIA PREISSLER VAZ SILVEIRA; ROBERTO GUIDOTTI TONETTO; EDUARDO WALKER ZETTLER ULBRA, CANOAS, RS.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico; consultas; ambulatório

Introdução: a perspectiva do usuário é indispensável para o aprimoramento das políticas de saúde direcionadas à garantia dos princípios constitucionais da universalidade e integralidade. Os motivos que levam um paciente a recorrer aos cuidados de saúde e a forma como valoriza os sintomas e os percebe como problema vão depender da história pessoal e do contexto cultural e socioeconômico. O manejo de doenças pneumológicas crônicas, como a DPOC, com o pneumologista é vista como uma das competências mais essenciais para alcançar mudanças comportamentais no paciente, bem como aumenta a probabilidade de resultados de saúde desejados. **Objetivos:** analisar o motivo do encaminhamento dos pacientes referenciados pela rede básica ambulatorial do sistema único de saúde em primeira consulta para o pneumologista no Hospital Universitário de Canoas. **Materiais e métodos:** estudo transversal no qual foi aplicado um questionário previamente aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) aos pacientes atendidos em primeira consulta no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário (HU) de Canoas. A todos, também, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), durante o período de agosto de 2017 a janeiro de 2018. **Resultados:** no presente estudo obteve-se uma amostra total de 90 pacientes atendidos em primeira consulta no ambulatório de Pneumologia e Tisiologia do HU de Canoas, RS. Desses 7 (7,8%) foram encaminhados para acompanhamento da DPOC, 9 (10%) devido a alterações em um exame de imagem, 17 (18,9%) para obter liberação para realização de procedimento cirúrgico, 22 (24,4%) a fim de investigar dispneia, 7 (7,8%) com o intuito de investigar um nódulo pulmonar e 28 (31,1%) apresentaram outros motivos de encaminhamento. Estão contidos nesses outros motivos de encaminhamento a saber tosse, asma, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS), retornos ambulatoriais pós internações prolongadas, acompanhamento pós tratamento de tuberculose, fibrose pulmonar e pacientes com sintomas inespecíficos para investigação pneumológica. **Conclusão:** sabendo da importância da referência e da contra referência, o paciente deve ser encaminhado para o pneumologista de modo apropriado. A maioria dos pacientes encaminhados para

investigação pneumológica apresentavam necessidades ligadas a especialidade referenciada, contudo muitas das investigações poderiam ter sido iniciadas na unidade básica de saúde, e somente após a confirmação de um diagnóstico, ser avaliado a real necessidade de encaminhar o paciente para acompanhamento em um hospital terciário.

AP124 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SOLICITAÇÃO DA ESPIROMETRIA POR MÉDICOS EM UNIDADES DE SAÚDE DE SERGIPE

DANIEL SILVA SANTOS; JULIANA EVELYN BEZERRA DE JESUS; LORENN OLIVEIRA MENEZES; ANA ROSA FELIZOLA DORTAS; JOSÉ WALMIR RODRIGUES DE MENEZES; CARLOS AUGUSTO VILA NOVA MORAES; BIANCA XAVIER DE OLIVEIRA SOUZA; MARCOS VINICIUS DA SILVA UNIVERSIDADE TIRADENTES, BARRA DOS COQUEIROS, SE.

Palavras-chave: Epidemiologia; pneumologia; espirometria

Introdução: A espirometria faz parte de um grupo de “testes de função pulmonar”, que incluem ainda testes de volumes pulmonares e capacidade de difusão. Algumas vezes, também são incluídos nesse grupo testes que avaliam a função dos músculos respiratórios. Sua importância deve-se a fato de que ela pode estabelecer a presença ou ausência de anormalidades da fisiologia respiratória e a classificação da natureza da doença pulmonar do paciente, determinar a gravidade da disfunção pulmonar, dar seguimento a progressão de uma doença, mensurar objetivamente a resposta terapêutica, rastrear anormalidades pulmonares após exposição a agentes nocivos. A espirometria é uma ferramenta de diagnóstico eficaz em termos de custos para a avaliação da função pulmonar e para a localização de casos em contextos de recursos limitados. **Objetivo:** Conhecer o perfil epidemiológico dos médicos que solicitam a espirometria para fins diagnósticos no estado de Sergipe. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional e transversal com médicos de Sergipe. Aplicou-se um questionário durante os meses de janeiro e fevereiro de 2017. Todos os entrevistados assinaram o TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido). Foram entregues 100 questionários, mas apenas 50 profissionais aceitaram respondê-lo. A identidade dos entrevistados foi preservada e todos os questionários foram aplicados por uma mesma examinadora. Dados analisados e programa utilizado: análise descritiva (frequência simples e percentual e as contínuas por média e desvio padrão), inferencial e análise de correspondência múltipla; software SPSS versão 20. A pesquisa foi realizada em unidades de saúde diversas de Sergipe. **Resultado:** Dentre a amostra de cinquenta médicos entrevistados, 27 (58,7%) são do gênero masculino e 19 (41,3%) são do gênero feminino. Dentre os médicos entrevistados a média de idade é de 37,3 anos e em média 11,4 anos de prática médica. Na distribuição de função 21 atuam como médicos especialistas (46,7%), 17 como médico generalista (37,8%), 5 como médico residente (11,1%) e 2 não souberam informar (4,4%). A respeito da localização do hospital e/ou clínica que trabalham 43 estão localizadas na área urbana (86%) e 7 na área rural (14%). O tipo de instituição prevalente foi o setor público com 35,1% (39), seguido do setor privado 18,9% (21), consultório particular 14,4% (16), medicina geral 12,6% (14), ambulatório de especialidades 9,9% (11) e hospital-escola 9% (10). Os médicos entrevistados atendem diariamente 20,4 pacientes, sendo que destes 4,2 pacientes apresentam doenças respiratórias e 2,7 são tabagistas. **Conclusão:** Os entrevistados têm uma média de idade de 37,3 anos e em média 11,4 anos de prática médica. A maioria deles atua como médico especialista (46,7%), no setor público (35,1%) e na área urbana (86%). O perfil dos pacientes atendidos

correspondem a uma média de 20,4 pacientes por dia, dentre esses 4,2 com doenças respiratórias e 2,7 tabagistas.

AP125 SAZONALIDADE CLIMÁTICA NAS HOSPITALIZAÇÕES POR COQUELUCHE EM BRASÍLIA-DF ENTRE 2010 E 2016

JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR; ANA LUIZA BARROS PARREIRA; CAROLINA ARAÚJO GONÇALVES; CAROLINA DE ARAÚJO MACHADO; EVELYN AZAMBUJA LOPES; MARIANA DE LIMA BARBOSA; NATHÁLIA MIGUEL COSTA MONTEIRO UNIRV, APARECIDA DE GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Coqueluche; sazonalidade; epidemiologia

Introdução: Causada pela bactéria *Bordetella pertussis* a coqueluche é uma enfermidade de notificação compulsória, altamente contagiosa, que acomete indivíduos em qualquer faixa etária. É responsável por inúmeras hospitalizações e possui mortalidade alta, principalmente em lactentes². O conhecimento epidemiológico a cerca das doenças imunopreveníveis é de suma importância para intervenções efetivas na área da saúde. **Objetivos:** Apresentar o número de internações por coqueluche em crianças e adultos em Brasília-DF no período de 2010 a 2016 e avaliá-las em conjunto com dados meteorológicos para identificar padrões de sazonalidade climática durante o período analisado.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo analítico com base nos dados de internações por coqueluche durante os anos 2010 a 2016 fornecidos pelo DATASUS. Os dados meteorológicos foram obtidos com o Instituto Nacional de Meteorologia da estação meteorológica de Brasília, Latitude: -15.78 °, Longitude: -47.93°, altitude: 1159.54m. Os resultados foram analisados com o programa STATA, versão 13.0. Dois tipos de estações foram considerados: seca/chuvosa (índice pluviométrico < / > 100mm/mês); quente/ fria com média de temperatura mínima. **Resultados:** Durante o período analisado ocorreram 578 internações por coqueluche, mediana de 7 (3-11,5) internações por mês. Destas 142 (24,6%) ocorreram na estação fria, mediana mensal de 6,5 (1,5-16,5) e 436 (75,4%) na estação seca, mediana mensal de 7 (3-11). Em relação a estação chuvosa ocorreram 286 hospitalizações, mediana mensal 7 (3-11) e em relação a seca 292 hospitalizações, mediana 6,5 (2-12). A precipitação média mensal foi de 123,8mm; mínima de 0 e máxima de 491,8mm; a média de temperatura máxima mensal foi de 27,7 ± 1,7°C; mínima de 24,7 e máxima de 33; a média de temperatura média mensal foi de 21,7 ± 1,4°C; mínima de 19 e máxima de 25,7; a média de temperatura mínima mensal foi de 17,1 ± 1,6; mínima de 13,5 e máxima de 19,6; a média de umidade relativa média mensal foi de 63,1 ± 13,4%; mínima de 34,4 e máxima de 83,8. Verificou-se que as medianas de internações em relação às estações seca/chuvosa, quente/fria não foram estatisticamente diferentes (p = 0,80 e 0,89, respectivamente). A análise de correlação mostrou não haver correlação entre as variáveis climáticas e o número de internações. **Conclusão:** Não foi observada relação entre hospitalizações por coqueluche e sazonalidade climática no período estudado.

AP126 PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE ENTRE 2007-2011: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BAHIA E SALVADOR

BRUNO HENRIQUE RAMOS BISPO¹; CAIO FONSECA DA CUNHA¹; GUILHERME BRITO BITENCOURT¹; IEDA MARIA BARBOSA ALELUIA²
1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB), SALVADOR, BA; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Infecção respiratória aguda; mortalidade proporcional; infecções na infância

Introdução: As infecções respiratórias agudas são uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo em todas as idades, especialmente no período neonatal e na infância, sendo o principal motivo de procura aos serviços de saúde e de hospitalizações nesta faixa etária. Inúmeros fatores de risco vêm sendo relacionados a pior desfecho, como estado nutricional, condições de moradia, número de habitantes no domicílio e escolaridade dos pais. **Objetivo:** Pretende-se identificar a mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda (IRA) em crianças menores de cinco anos de idade de forma comparativa entre o estado da Bahia e sua capital Salvador. **Métodos:** Este é um estudo do tipo corte transversal com compilação de dados secundários obtidos através dos indicadores de mortalidade do Indicadores e Dados Básicos – IDB, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2012. **Resultados:** Em 2007, a proporção de óbitos por IRA em crianças com menos de 5 anos foi de 3% em Salvador e 4,7% na Bahia, correspondendo a um número de óbitos de 25 e 237, respectivamente. No ano de 2011, no fim do período estudado, a mortalidade proporcional na Bahia foi de 3,8%, correspondendo a 158 óbitos; e em Salvador de 4,2%, com 28 mortes. A proporção média durante o período de 2007 a 2011 foi de 4,2% na Bahia e de 3,9% em Salvador. Vale destacar que, enquanto a proporção de óbitos no município de Salvador teve pouca variação no período em questão, no Estado houve redução gradativa do número de óbitos. **Conclusão:** Infecção respiratória aguda ainda é uma causa importante de internação neonatal e pediátrica e de óbito em crianças. Por outro lado, a redução do número de óbitos no estado ao longo do tempo parece refletir melhorias nos serviços de saúde no interior do estado. Nesse dimensionamento, a avaliação criteriosa dos dados em questão pode contribuir para o diagnóstico e tratamento adequados, essenciais para reduzir a mortalidade em crianças.

AP127 SAZONALIDADE CLIMÁTICA NAS HOSPITALIZAÇÕES POR LARINGITE E TRAQUEÍTE EM BRASÍLIA-DF ENTRE 2010 E 2016

JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR; ALEXANDRE ABDELAZIZ RODRIGUES; DANIEL CAVALCANTE FONSECA; KARINNY MIRANDA ARAÚJO; MATHEUS OLIVEIRA NAVES; RAFAEL CAMPOS OLIVEIRA UNIRV, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Laringite; traqueíte; sazonalidade

Introdução: Doenças respiratórias são causas frequentes de adoecimento e óbito, geralmente estão associadas à variação sazonal. O conhecimento sobre a epidemiologia das doenças respiratórias é essencial para o planejamento de intervenções efetivas na área da saúde. **Objetivos:** Apresentar o número de internações por laringite e traqueíte em crianças e adultos em Brasília-DF no período de 2010 a 2016 e avaliá-las em conjunto com dados meteorológicos para identificar padrões de sazonalidade climática durante o período analisado. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo analítico com base nos dados de internações por laringite/traqueíte durante os anos 2010 a 2016 fornecidos pelo DATASUS. Os dados meteorológicos foram obtidos com o Instituto Nacional de Meteorologia da estação meteorológica de Brasília, Latitude: -15.78 °, Longitude: -47.93°, altitude: 1159.54m. Os resultados foram analisados com o programa STATA, versão 13.0. Dois tipos de estações foram considerados: seca/chuvosa (índice pluviométrico < / > 100mm/mês); quente/ fria com média de temperatura mínima. **Resultados:** Durante o período analisado ocorreram 1.195 internações por laringite e traqueíte, mediana de 13 (9-18,5) internações por mês. Destas 617 (51,6%) ocorreram na estação chuvosa,

mediana mensal de 13 (10-19) e 319 (48,4%) na estação seca, mediana mensal de 13 (9-18). Em relação a estação fria ocorreram 178 hospitalizações, mediana mensal 10 (9-14,5) e em relação a quente 1017 hospitalizações, mediana 14 (10-19). A precipitação média mensal foi de 123,8mm; mínima de 0 e máxima de 491,8mm; a média de temperatura máxima mensal foi de $27,7 \pm 1,7^\circ\text{C}$; mínima de $24,7$ e máxima de 33 ; a média de temperatura média mensal foi de $21,7 \pm 1,4^\circ\text{C}$; mínima de 19 e máxima de $25,7$; a média de temperatura mínima mensal foi de $17,1 \pm 1,6$; mínima de $13,5$ e máxima de $19,6$; a média de umidade relativa média mensal foi de $63,1 \pm 13,4\%$; mínima de $34,4$ e máxima de $83,8$. As medianas de internação na estação seca/chuvosa não foram estatisticamente diferentes ($p = 0,43$). Verificou-se que as medianas de internação em relação à estação fria/quente foram estatisticamente diferentes, ocorrendo mais internações na estação quente ($p = 0,04$). No entanto, a análise de correlação não mostrou correlação entre as temperaturas máxima, média ou mínima e o número de internações. **Conclusão:** Observou-se maior número de hospitalizações por laringite e traqueíte nos meses mais quentes, porém sem significância estatística em relação a sazonalidade climática.

AP128 PERFIL DOS PACIENTES COM DOENÇAS PULMONARES OBSTRUTIVAS ENCAMINHADOS AO AMBULATÓRIO GERAL DE PNEUMOLOGIA COM EXAME ESPIROMÉTRICO REALIZADO ANTES DA REFERÊNCIA

CAROLINE FREIESLEBEN CRUZ; NATHALIA SPONCHIADO; NATHALIA PREISLER VAZ SILVEIRA; ANNE VITÓRIA ROSSO; EDUARDO WALKER ZETTLER; ROBERTO GUIDOTTI TONETTO ULBRA, CANOAS, RS.

Palavras-chave: DPOC; asma; espirometria

Introdução: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e asma são doenças respiratórias crônicas comuns e de distribuição mundial heterogênea. A asma é uma doença inflamatória associada a hiperatividade das vias aéreas, que resulta em dispnéia, sibilância e tosse. Já a DPOC, uma das doenças crônicas mais comuns em adultos e a maior causa de morbidade crônica e mortalidade no mundo, pode apresentar sintomas comuns a outras patologias, como fadiga e dispnéia pós esforços físicos. A espirometria com prova brônquodilatadora é o exame fundamental para definir diagnóstico, auxiliar no acompanhamento clínico, na modificação de conduta ou no prognóstico dessas doenças.

Objetivos: o objetivo do presente estudo é identificar a quantidade de pacientes com doenças pulmonares obstrutivas que em primeira consulta com pneumologista no Hospital Universitário de Canoas/RS que foram referenciados pela rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) já tendo realizado espirometria antes da referência. Durante o período de agosto de 2017 a janeiro de 2018. **Métodos:** estudo transversal no qual foi aplicado um questionário previamente aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) aos pacientes atendidos em primeira consulta no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário (HU) de Canoas. A todos, também, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). **Resultados:** no presente estudo obteve-se uma amostra total de 90 pacientes atendidos em primeira consulta no ambulatório de Pneumologia e Tisiologia do HU de Canoas, RS no período de estudo. Desses, 47 (52,2%) apresentavam um possível diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva, sendo 26(28,8%) com suspeita de DPOC, 15(16,6%) possivelmente asmáticos e 6(6,6%) em investigação para ambas as doenças. Para um adequado diagnóstico foi solicitado exame espirométrico, já

que somente 13 desses pneumopatas já haviam realizado esse exame via Unidade Básica de Saúde ou via setor de referência. **Conclusão:** a principal hipótese diagnóstica para os pacientes encaminhados para primeira consulta foi de doença pulmonar obstrutiva crônica. Constatou-se que em uma minoria dos encaminhamentos os pacientes apresentavam exame espirométrico mesmo verificando que a maioria das hipóteses diagnósticas eram a respeito de doença pulmonar obstrutiva. Sendo assim, a amostra não segue a recomendação da realização da espirometria pela Unidade Básica de Saúde como importante fator de diagnóstico funcional, de estabelecimento do prognóstico e de identificação da gravidade funcional das doenças respiratórias.

AP129 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ATOPIAS RESPIRATÓRIAS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA EM SÃO LUÍS-MA

ANA BEATRIZ SOUSA COSTA; TALYTA GARCIA DA SILVA RIBEIRO; JOSIEL GUEDES DA SILVA; HELAINE DIAS GUIMARAES; AMANDA PEREIRA CARVALHO; EDUARDO JOSÉ SILVA GOMES DE OLIVEIRA; JANAINA OLIVEIRA BENTIVI PULCHERO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA
UFMA, SÃO LUÍS, MA.

Palavras-chave: Atopia; fatores desencadeantes; controle da asma

Introdução: Entende-se por atopia o resultado de uma reação de hipersensibilidade da pele e da mucosa a determinadas substâncias, com influência genética e ambiental. Em relação às vias aéreas, duas variantes clínicas são relevantes: a asma e a rinite alérgica. A primeira, refere-se à inflamação crônica das vias aéreas inferiores, com hiperresponsividade e consequente limitação ao fluxo aéreo. A segunda, é uma inflamação da mucosa nasal, mediada por IgE, com sintomas de rinorreia, congestão nasal, prurido e espirros. Considerando-se a interação dessas atopias, faz-se necessário avaliar o perfil epidemiológico dos seus portadores. **Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico de pacientes atópicos atendidos no serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, em São Luís-MA e promover a abordagem multiprofissional aos mesmos.

Métodos: Estudo descritivo de caráter observacional com delineamento transversal, realizado em pacientes portadores de asma brônquica e rinite associada em acompanhamento ambulatorial em um Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA), anexo do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Foram aplicados 165 questionários que abordavam aspectos sociodemográficos, clínicos e fatores de risco vinculados às atopias. Os dados foram analisados utilizando o programa IBM SPSS Statistics 24. A realização da pesquisa está de acordo com as determinações da resolução nº 466 de 2012 do CNS do Ministério da Saúde e apresenta a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário.

Resultados: Notou-se que cerca de 76,4% dos pacientes eram do gênero feminino; 50,8% relataram estar em união estável/ casados; 33,3% afirmaram 11 anos de estudo. No que tange a história de atopia cerca de 60,5% relataram história familiar positiva; 40,5% relataram ausência de história pessoal de atopia/ alergia medicamentosa e 32,3% relataram atopia progressa e atual a determinados alérgenos. Dos pacientes com atopias cerca de 37% tem histórico familiar positivo e 47% negam essa condição patológica (atopias), mas com a presença do componente familiar. Com relação ao tabagismo, 67,2% negaram uso prévio e atual de tabaco. Notou-se também, que 52,3% dos pacientes tem animais domésticos no domicílio, sendo esse também um fator de exposição. **Conclusão:** A unicidade

das vias aéreas revela a importância do conhecimento sobre os mecanismos patológicos e fatores genético e ambiental envolvidos. A amostra em estudo evidenciou, que o gênero feminino reuniu boa parte dos casos de associação entre asma e rinite, além disso, o componente familiar e a presença de animais no domicílio foram mencionados como contribuintes para o desenvolvimento de atopias. Com este esboço epidemiológico, será possível a implementação de ações voltadas para o controle dessas patologias, prevenção de exacerbações e, sobretudo, educação continuada aos pacientes, tornando-os protagonistas do cuidado com a saúde.

AP130 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE INTERNAÇÃO POR EMBOLIA PULMONAR: UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA

IGOR SANDES DE BARCELOS; JOSÉ WALMIR RODRIGUES DE MENEZES; ISADORA CARDOZO ROZA BARRETO; ANA ROSA FELIZOLA DORTAS; SYLVIA KATHARINY FARIAS ANDRADE; CARLOS AUGUSTO VILA NOVA MORES; LORENNNA OLIVEIRA MENEZES; MARCOS VINICIUS DA SILVA
UNIT, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Tromboembolismo; embolia pulmonar; epidemiologia

Introdução: Embolia pulmonar é a obstrução aguda das artérias e arteríolas pulmonares através de coágulos sanguíneos, provenientes da circulação venosa sistêmica. Dessa maneira, a oxigenação do sangue é diminuída na área afetada, o que pode levar a grandes alterações no organismo devido à hipoxia e evoluir para óbito. Essa afecção é a principal complicação aguda da trombose venosa profunda. Sendo assim, pode-se aplicar a tríade de risco de Virchow: estase sanguínea, hipercoagulabilidade e lesão vascular, que refletirá a importância de fatores genéticos e ambientais na sua fisiopatologia. **Objetivo:** Traçar um perfil epidemiológico dos casos de internação da embolia pulmonar no Brasil no período de novembro de 2015 a novembro de 2017, tendo como base sexo, faixa etária e etnia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, documental e retrospectivo. Os dados foram obtidos através do DATASUS, referentes à incidência dos casos de internação por embolia pulmonar no Brasil divididos por sexo, faixa etária e etnia. **Resultados:** Foram notificados 16.452 casos de internação por embolia pulmonar no período já supracitado. No que tange ao sexo, foram 10.163 casos do sexo masculino (61,8%), e 6.289 do sexo feminino (38,2%). A respeito da etnia, foram 7.949 casos da raça branca (48,34%), 709 da raça preta (4,31%), 4.029 pardos (24,5%), 234 amarelos (1,4%), 5 indígenas (0,04%) e 3.526 não declarados (21,5%). No que concerne à idade, até a segunda década de vida houve apenas 1.382 casos (8,4%), enquanto o restante dos casos se concentra entre as terceira e oitava décadas de vida, com 15.070 casos (91,6%). **Conclusão:** Os dados encontrados mostram, por razões ainda não elucidadas, que no período considerado, houve uma relevante prevalência de casos do sexo masculino em relação ao feminino. No que diz respeito à etnia, apesar do número expressivo de casos com etnia não declarada (21,4%), a embolia predominou nos indivíduos de cor branca (48,33%). Em relação a faixa etária, há um aumento expressivo da incidência com o passar dos anos, principalmente entre a terceira e a quarta décadas de vida.

AP131 MÉDICOS PNEUMOLOGISTAS NO BRASIL: DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA ENTRE 2013 E 2017

LUIS MÁRIO MENDES MEDEIROS; RENATO SOUSA LUZ PEDROSA; BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES; FÁBIO FERREIRA MARQUES; GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO; JÚLIA RODRIGUES MORAES; LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA; MIRIAN PAIVA SILVA

UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO.

Palavras-chave: Pneumologista; médicos; registros médicos

Introdução: Pneumologia é a especialidade que estuda as doenças relacionadas ao pulmão e às vias aéreas, que compõem o trato respiratório, como a nasofaringe, faringe, laringe, traqueia, brônquios, bronquíolos, alvéolos, faz seus diagnósticos, tratamentos ou prevenção. **Objetivo:** Avaliar a quantidade de médicos pneumologistas no Brasil e sua distribuição de acordo com as regiões brasileiras. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo e quantitativo com abordagem por corte transversal realizado no Brasil entre os anos de 2013 e 2017 cujos dados foram obtidos de maneira secundária na plataforma do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Brasil, por meio do DATASUS. Foram avaliadas as variáveis: quantidade de médico pneumologista por ano e mês, tipo de prestação de serviço, quantidade que atende no SUS e quantidade por região do país. **Resultados:** Em janeiro de 2013 havia 1456 médicos pneumologistas no Brasil, representando 0,47% de todas as especialidades. Em dezembro de 2017, essa porcentagem se encontra no valor de 0,42%, com 1631 pneumologistas. Ao avaliar a média de médicos dessa especialidade, obteve-se um valor de 1543,717 pneumologistas. Já a cardiologia, por exemplo, possui, em dezembro de 2017, 4,89% de médicos da sua especialidade. No ano de 2013, 49,3% dos pneumologistas prestavam serviço público, 15,1 faziam serviço filantrópico e 35,5 serviços privados. Em 2017, não há informado médicos pneumologistas que prestam serviço públicos, filantrópicos ou privados. Há somente a categoria “não informada”. Em dezembro de 2017, foi avaliado que a maioria, 57,6% dos pneumologistas atendem no SUS, enquanto essa quantidade, no ano de 2013, representava 64,9%, havendo uma redução do ano 2013 até 2017. Em relação às regiões do Brasil, em 2013 verificou-se que a maior quantidade de médicos pneumologistas concentravam-se na região sudeste do Brasil, com 56%, seguido da região nordeste, 18,68%, sul, 14,9%, centro oeste, 6,84% e norte, com 4,61%. Em 2017, permaneceu a região Sudeste com a maior quantidade de pneumologistas do Brasil, com uma porcentagem de 55,32%, assim como permanece a região Norte com menor porcentagem, representando 4,28% dos pneumologistas. **Conclusão:** Nota-se que a quantidade de pneumologistas é pequena em todas as regiões do país em comparação com outras especialidades médicas e que a região brasileira com maior quantidade de especialistas do pulmão é a sudeste, desde o ano de 2013 até o ano de 2017. Da mesma forma, permanece a região norte como sendo a que possui menor quantidade de médicos pneumologistas do Brasil. Ainda, em 2013, havia uma quantidade maior de médicos que atendiam pelo SUS, reduzindo no ano de 2017.

AP132 TAXA DE INTERNAÇÃO E MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE GOIÁS E O CENTRO-OESTE

IGOR SANDES DE BARCELOS; MANUELA AZEVEDO VIEIRA; JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS NETO; LORENNNA OLIVEIRA MENEZES; SYLVIA KATHARINY FARIAS ANDRADE; DANIEL SILVA SANTOS; MARINA MARIA SANTOS ALVES; MARCOS VINICIUS DA SILVA
UNIT, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Registro de mortalidade; hospitalização; doenças respiratórias

Introdução: As doenças do aparelho respiratório abrangem diversas patologias, como pneumonia, infecções respiratórias agudas, doenças pulmonares obstrutivas e doença pleural, além de malignidades do trato respiratório. Elas representam uma importante causa de morbidade e

mortalidade, as quais estão entre as dez principais causas de morte em todo o mundo. No Brasil, as doenças do aparelho respiratório representam a quarta principal causa de morte. Dentre essas doenças, a pneumonia, inflamação do trato respiratório inferior, frequentemente apresenta os maiores índices de prevalência. **Objetivo:** Evidenciar a incidência da mortalidade frente aos casos de internação de pacientes com doenças do aparelho respiratório, através da comparativa das notificações da cidade de Goiás com a região Centro-Oeste. **Método:** Realizou-se um estudo transversal, documental, com finalidade explicativa e científica. Foram obtidos dados do DATASUS referentes aos casos de notificação das doenças do aparelho respiratório em Goiás e no Centro-Oeste, durante o período de setembro de 2012 a setembro de 2017. **Resultado:** Foram notificados, no período descrito acima, 498.561 casos de internação por doenças do aparelho respiratório no Centro-Oeste, os quais predominaram os casos de pneumonia, com 56,17%. Desses, 213.039 ocorreram no estado de Goiás, também liderado pela pneumonia, com 54% dos casos, em contraste com a pneumoconiose, com 0,7%. Por fim, o número de óbitos em Goiás, pelas patologias relacionadas, correspondeu a 37,7% do número de óbitos total da região centro-oeste. **Conclusão:** De acordo com os dados analisados, foi possível observar que dentre as doenças do aparelho respiratório, na região centro-oeste predominou a pneumonia, assim como no estado de Goiás. E, em relação à mortalidade, observou-se que em relação à região centro-oeste, o estado de goiás foi responsável um terço dela.

AP133 PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA – ATENDIDOS PELO PARECER DA PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX - IDT/UFRJ - NOS ANOS DE 2016 E 2017

LUIZ PAULO LOIVOS; ALEXANDRE PINTO CARDOSO; DANIEL WAETGE; PAULO ALBUQUERQUE DA COSTA; MARCOS EDUARDO PASCHOAL; AMIR SZKLO

IDT - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Sida; pneumopatias; diagnóstico

O Instituto de Doenças do Tórax – IDT – é o responsável pelo atendimento aos pacientes portadores de doenças ou síndromes respiratórias no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). O parecer do IDT presta assessoria técnica aos Serviços Clínicos, Cirúrgicos, de Emergência e CTI do HUCFF, visando orientação de conduta diagnóstica e terapêutica aos pacientes internados em enfermarias de outras especialidades. Nos anos de 2016 e 2017, foram solicitados 26 pareceres para atendimento de pacientes portadores de SIDA com doenças ou manifestações respiratórias. Foram atendidos 19 pacientes (5 pacientes com mais de uma solicitação), sendo 10 do sexo masculino e 9 do sexo feminino. A faixa etária variou de 17 a 84 anos, sendo 31,5% com idade superior a 65 anos. Praticamente todos os pareceres foram oriundos do Serviço de DIP (92,3%) sendo os demais provenientes de Clínica Médica (7,7%). As causas de internação dos pacientes foram múltiplas, dentre as quais 50% foram decorrentes de queixas não-respiratórias (tendo as queixas pulmonares surgido durante a internação) e 50% de causa primariamente respiratória. As causas de solicitação dos pareceres foram predominantemente para auxílio diagnóstico (92,3%) sendo os demais para orientação terapêutica (7,7%). Dentre os pareceres diagnósticos, aproximadamente 20% se deveram a esclarecimento de sinais/sintomas clínicos e 80% a alterações observadas em exames de imagem, dentre as

quais 63,6% eram infiltrados pulmonares, 22,7% derrame pleural, 9% lesões císticas, e 4,5% nódulos pulmonares. Os diagnósticos mais prevalentes observados foram: infecções bacterianas (23% dos casos), tuberculose (18%), asma (7,6%), hipertensão pulmonar, infecções fúngicas, pneumocistose, bronquiolite criptogênica, vasculites e síndrome de recuperação imune (todas com 5,1%) e tromboembolismo pulmonar e sequelas pulmonares (2,5%). Alguns diagnósticos se sobrepuseram. Em 7,6% dos casos a investigação diagnóstica foi inconclusiva. A evolução dos pacientes resultou em alta hospitalar em 90% dos casos e em óbito em 10%. **Conclusão:** Ainda que as internações por SIDA e condições associadas sejam menos prevalentes do que no passado, os pacientes internados continuam representando desafio diagnóstico para as equipes médicas. O perfil atual inclui pacientes com mais idade e caracteristicamente com mais associações de doenças. Ainda se destacam entre elas a tuberculose – e o risco para a equipe de saúde – e as infecções bacterianas e fúngicas, além de doenças não infecciosas como bronquiolites, asma, tromboembolismo pulmonar e síndrome de recuperação imune. O conhecimento das condições respiratórias que acompanham a SIDA é fundamental para um melhor atendimento aos pacientes.

AP134 EPIDEMIOLOGIA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO PULMONAR CONVIVENDO COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

LUCAS OLIVEIRA FARIAS; ERIKA DE OLIVEIRA MENEZES; LARA REBECA CORREIA; OSMAR RIBEIRO DE JESUS; MATHEUS REZENDE MENEZES; LUCAS SANTANA SOARES; CARLOS WERNECK GOMES; JULIANA CHAGAS RECCO

UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Hipertensão; pulmonar; coronariopatias

Introdução: A hipertensão pulmonar é uma comorbidade passível de ser associada à Síndrome Coronariana Aguda. Não existem dados disponíveis no Brasil sobre a prevalência de Hipertensão Arterial Pulmonar. No entanto, um registro brasileiro sobre a patologia encontra-se em andamento, a fim de suprir a inexistência de dados epidemiológicos a respeito da patologia. Já a prevalência da Doença Arterial Coronariana (DAC) na população adulta está estimada em 5 a 8% no Brasil. 53% dos pacientes com hipertensão pulmonar são homens negros e com mais de 60 anos.

Objetivos: Delinear o perfil epidemiológico de pacientes de unidade de referência em cardiologia e correlacionar com casos de hipertensão pulmonar. **Métodos:** Foram analisados 200 prontuários de pacientes com síndrome coronariana aguda em hospital de referência entre os anos de 2015-2017. **Resultados:** Dos 200 pacientes com síndrome coronariana aguda, 123 (77%) são homens, enquanto 22 (11%) pacientes apresentam hipertensão pulmonar. Dos pacientes com hipertensão pulmonar, a maioria (59,1%) é do sexo masculino, havendo disparidade de sexo (valor $p < 0,05$). A média entre as idades de pessoas com síndrome coronariana aguda foi de 63 anos, enquanto pacientes com essa doença associada a hipertensão pulmonar têm média de idade 72,3 anos. Dados relevantes mostram que a raça branca é prevalente nesses pacientes com 59,1% (13), enquanto 27,3% (6) pacientes são negros, 9,1% (2) são pardos e não foi registrado a raça de um dos pacientes. Os pacientes com hipertensão pulmonar e síndrome coronariana aguda são de maioria aposentados (60%), tendo apenas 9 (40%) pacientes ativos. **Conclusão:** Nota-se que síndrome coronariana aguda é uma possível comorbidade para a hipertensão pulmonar nesse ambiente. A maioria dos pacientes são do sexo masculino e com idade de 73 anos, assim como confirma a literatura. A epidemiologia

da doença é importante para encontrar e assegurar dados específicos para tratamento dessas patologias.

AP135 PANORAMA DA TUBERCULOSE PULMONAR EM PORTADORES DE HIV NO PERÍODO DE 2012 A 2017 NA REGIÃO CENTRO OESTE

RONNAN VICTORIA FERREIRA SILVA; OXANA GAIÃO DOS REIS; THAYNÁ DE SOUSA E CASTRO; JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR; IANE DE OLIVEIRA PIRES PORTO; PAULA CRISTINA OLIVEIRA LEMOS; CAROLINE FERNANDES ARAUJO MAIA; CASSIO RANIERE CARDOSO DOS SANTOS
UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIANIA, APARECIDA DE GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Hiv; epidemiologia; tuberculose

Introdução: O Brasil ocupa posição de destaque da carga mundial de Tuberculose (TB) e o Centro-Oeste acomoda aproximadamente 22% dos casos do país. Nos últimos anos a coinfeção tuberculose-HIV tem crescido e está mudando os aspectos epidemiológicos e prognósticos da tuberculose. **Objetivos:** Descrever a proporção de casos de tuberculose pulmonar em portadores de HIV na região Centro-Oeste entre 2012 a 2017. **Metodologia:** Realizado corte transversal do número de casos de tuberculose pulmonar em todas as faixas etárias no período de 01 de janeiro de 2012 até 31 e dezembro de 2017 em portadores de HIV. Os dados foram obtidos do DATASUS no portal de informações em saúde (TABNET), utilizando-se o indicador morbidade hospitalar do SUS, por local de internação (Região Centro-Oeste). **Resultados:** Foram notificados no Centro-Oeste um total de 25.140 casos de tuberculose pulmonar no intervalo estudado, 10,11% (2.543) em portadores de HIV. Observou-se uma queda de 3,6% dos casos entre 2012 e 2013 (420 para 405 casos), entre 2013 e 2014 um aumento de 4,7% (405 para 424 casos), entre 2014 e 2015 uma redução de 1,17% (424 para 419 casos), entre 2015 e 2016 um aumento de 6,2% (419 para 445 casos), e entre 2016 e 2017 uma queda de 3,4% (445 para 430 casos). **Conclusão:** Foi possível constatar queda nos casos de coinfeção tuberculose-HIV entre os anos de 2012 a 2013, após esse período observou-se discreto, mas constante o crescimento dos casos totais até 2017.

AP136 SAZONALIDADE CLIMÁTICA NAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DO NARIZ E SEIOS DA FACE EM BRASÍLIA-DF ENTRE 2010 E 2016

JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR; ANA CAROLINA PINHEIRO MEDEIROS; HELOISA RODRIGUES SOARES DA SILVA; JOAO MIGUEL DA SILVA CARVALHO; SAMARA GOMES COSTA; THIAGO FERNANDES BARCELOS
UNIRV, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Doenças do nariz; seios da face; sazonalidade

Introdução: A sazonalidade climática está associada a aumento do número de consultas e hospitalizações por doenças respiratórias ou de mortes por doenças respiratórias. 1 Sua influência pode ser explicada pelo aparecimento de padrões que favorecem disseminação de doenças e por ação direta do clima na via respiratória. 2 O conhecimento sobre a epidemiologia das doenças respiratórias é essencial para planejamento de intervenções efetivas na área da saúde. 3 **Objetivos:** Apresentar o número de internações por doença do nariz e seios da face em crianças e adultos em Brasília-DF no período de 2010 a 2016 e avaliá-las em conjunto com dados meteorológicos para identificar padrões de sazonalidade climática durante o período analisado. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo analítico com base nos dados de internações por doença do nariz e seios da face durante os anos 2010 a

2016 fornecidos pelo DATASUS. Os dados meteorológicos foram obtidos da estação meteorológica de Brasília. Os resultados foram analisados com o programa STATA, versão 13.0. Dois tipos de estações foram considerados: seca/chuvosa (índice pluviométrico $< / > 100\text{mm/mês}$); quente/fria com média de temperatura mínima **Resultados:** Durante o período analisado ocorreram 1.824 internações por doenças do nariz e seios da face, média de $21,7 \pm 8,5$ internações por mês. Destas 824 (45,2%) ocorreram na estação chuvosa, média mensal de $20,1 \pm 8,8$ e 1.000 (54,8%) na estação seca, média mensal de $23,3 \pm 8,0$. Em relação a todo período estudado, a precipitação média mensal foi de 123,8mm; mínima de 0 e máxima de 491,8mm; a média de temperatura máxima mensal foi de $27,7 \pm 1,7^\circ\text{C}$; mínima de 24,7 e máxima de 33; a média de temperatura média mensal foi de $21,7 \pm 1,4^\circ\text{C}$; mínima de 19 e máxima de 25,7; a média de temperatura mínima mensal foi de $17,1 \pm 1,6$; mínima de 13,5 e máxima de 19,6; a média de umidade relativa média mensal foi de $63,1 \pm 13,4\%$; mínima de 34,4 e máxima de 83,8. Verificou-se que as médias de internações em relação às estações seca/chuvosa, quente/fria não foram estatisticamente diferentes ($p = 0,09$ e $0,19$, respectivamente). A análise de correlação mostrou haver correlação negativa fraca entre temperatura máxima ($r: -0,30$, $p = 0,01$) média ($r: -0,33$, $p = 0,002$) e mínima ($r: -0,32$, $p = 0,003$), e correlação negativa fraca da precipitação ($r: -0,24$, $p = 0,03$) em relação ao número de internações. O modelo de regressão de Poisson permitiu estimar que a precipitação e temperatura prediz 6,4% do número de internações ($p < 0,00001$). **Conclusão:** Observou-se significativa, porém baixa influência da temperatura e umidade nas hospitalizações por doença do nariz e seios da face no período estudado.

AP137 ANÁLISE ESPACIAL E EPIDEMIOLÓGICA DA PREDOMINÂNCIA DO SEXO FEMININO NOS CASOS DE EMBOLIA PULMONAR NO ESTADO DE SERGIPE EM UM PERÍODO DE 5 ANOS

DANIEL SILVA SANTOS; BIANCA XAVIER DE OLIVEIRA SOUZA; LORENNNA OLIVEIRA MENEZES; JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS NETO; ALVARO ANDRADE GÓIS QUEIROZ; MARIA NATHÁLIA PRADO SIMÕES MENDONÇA; MARINA MARIA SANTOS ALVES; MARCOS VINICIUS DA SILVA

UNIVERSIDADE TIRADENTES, BARRA DOS COQUEIROS, SE.

Palavras-chave: Embolia pulmonar; hospitalização; epidemiologia

Introdução: A embolia pulmonar é definida como uma obstrução de artérias e arteríolas pulmonares por um coágulo ou por outra substância como gordura, ar ou até mesmo células neoplásicas. Desse modo, essa patologia torna-se uma questão importante nos dias atuais visto que é a terceira doença cardiovascular mais prevalente no Brasil, com uma taxa global de mortalidade de 11% nas duas primeiras horas após instalação dos sintomas. **Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por embolia pulmonar no estado de Sergipe, no período de janeiro de 2008 e dezembro de 2016. **Metodologia:** Estudo ecológico, na qual a unidade de análise foram os 75 municípios que compõem o estado de Sergipe. Utilizou-se os casos de internamento em Embolia Pulmonar no período de 2008 a 2016 tendo como fonte os dados secundários do SIH/DATASUS. **Resultados:** Foi analisado 181 casos de internação. Desses, 127 pacientes (70%) foram do sexo feminino, dessas 25% com idade entre 70 e 79 anos. Houve 52 casos de óbitos, dos quais 36 (70%) eram mulheres. Além disso, entre os municípios mais afetados, Aracaju aparece com um total de 137 internações, sendo 99 mulheres. Em seguida, Lagarto com 19 internações, sendo dessas 12

femininas. **Conclusão:** De face aos dados apresentados, o estado de Sergipe apresenta semelhança aos dados obtidos em pesquisas nacionais, uma vez que também apresenta predomínio do sexo feminino. Esses dados se devem ao fato da maior gama de fatores de predisposição à doença no sexo feminino, como a gravidez a termo, parto cesárea, puerpério, anticoncepcional oral e terapia de reposição hormonal. O fato de o único hospital terciário de Sergipe estar localizado na capital do estado é responsável por uma desproporção no número de internações e uma desproporção da quantidade de óbitos registrados em Aracaju, em relação aos demais municípios de Sergipe.

AP138 REABILITAÇÃO PULMONAR DOMICILIAR EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIA: UM ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO E RANDOMIZADO

TIAGO PEREIRA FREITAS¹; ANDERSON JOSÉ²; JESSYCA SELMAN¹; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO³; SAMIA ZAHÍ RACHED³; RAFAEL STELMACH³; SIMONE DAL CORSO¹

1. UNINOVE, EMBU, SP; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM, PA; 3. HCUSP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Bronquiectasia; reabilitação; tratamento domiciliar

Introdução: A reabilitação pulmonar domiciliar (RPD) é uma alternativa promissora que pode ajudar os pacientes a superar as barreiras que causam baixa aderência a um programa de reabilitação pulmonar ambulatorial. Entretanto, a RPD ainda não foi investigada em pacientes com bronquiectasia. Objetivo deste estudo foi investigar o impacto da RPD na capacidade funcional, qualidade de vida e força muscular periférica em pacientes com bronquiectasia.

Métodos: Neste ensaio clínico randomizado, 39 pacientes foram randomizados em dois grupos: RPD (n = 20, 44 ± 18 anos, VEF1: 51 ± 22%): realizaram três sessões por semana, durante oito semanas de exercícios aeróbios (treinamento em degrau durante 20 minutos) e exercícios resistidos usando faixas elásticas. Grupo controle: (n = 19, 47 ± 14 anos, VEF1: 45 ± 16%): receberam um manual educativo e a recomendação para a prática de exercícios. Todos os pacientes receberam um contato telefônico semanal e o grupo RPD recebeu uma visita domiciliar a cada 15 dias. Avaliações: O shuttle walk teste incremental (SWTI), shuttle walk teste endurance (SWTE), qualidade de vida (Saint George's Respiratory Questionnaire, SGRQ) e força muscular de quadríceps foram mensurados na avaliação inicial e após a intervenção. Análise estatística: as análises foram realizadas no software SPSS (versão 20.0, Chicago, IL, USA). O teste de The Shapiro-Wilk foi utilizado para analisar a normalidade dos dados. Os desfechos foram analisados por meio do teste de medidas repetidas de duas vias com análise post hoc Holm-Sidak. * = P < 0.05.

Resultados: Os grupos RPD e controle apresentaram, respectivamente, diferença no SWTI: 89 ± 77m* e -70 ± 122m* [diferença entre grupos: 160m* (IC 95%: 93 a 227m)], SWTE: 5,6 ± 5,7 min* e 0,2 ± 2,2 min [5,4 min* (IC 95%: 2,1 a 8,7min)], SGRQ: -9 ± 12%* e 4 ± 9% [-12%* (IC 95%: -19 a -5%)], força de quadríceps: 6,4 ± 8,4 kgf* e -1,0 ± 6,1 kgf [7,4 kgf* (IC 95%: 2,6 a 12,3)]. **Conclusão:** A RPD melhorou a capacidade funcional, qualidade de vida e força muscular em pacientes com bronquiectasia. A RPD demonstrou ser segura e pode ser considerada uma alternativa para os pacientes que não podem participar de um programa de reabilitação pulmonar ambulatorial.

AP139 EVOLUÇÃO CLÍNICA A LONGO PRAZO DE PACIENTES COM BRONQUIECTASIA NÃO FIBROSE CÍSTICA SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE PULMÃO: RESULTADOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA BRASILEIRO

JULIANE PENALVA COSTA SERRA; RAFAELA MOTA DE JESUS; SAMIA ZAHÍ RACHED; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; LUCAS MATOS FERNANDES; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA; MARCOS NAOYUKI SAMANO; SILVIA VIDAL CAMPOS INCOR - FMUSP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Transplante; pulmão; bronquiectasia não fibrose cística

Introdução: Bronquiectasias não fibrose cística (não - FC) é a oitava causa de indicação de transplante pulmonar (Tx) de acordo com o registro de 2017 da International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT). No entanto, essa doença pulmonar é mais frequente nos países em desenvolvimento e, em nosso centro, representa 19,1% de todos os receptores de Tx. Pouco se sabe sobre os desfechos clínicos e de segurança de pacientes transplantados por bronquiectasias não-FC, sendo a maioria dos dados disponíveis decorrente de pequenas séries de casos. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e funcional de pacientes com bronquiectasias não - FC submetidos a transplante de pulmão do centro de referência Instituto do Coração – HC - FMSUP. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de prontuários de todos os pacientes com bronquiectasias não - FC que realizaram Tx no período de 2003 a 2017. O diagnóstico de bronquiectasias foi definido com base em imagens de tomografia computadorizada de alta resolução. O diagnóstico de fibrose cística (FC) foi excluído pelo teste do suor e/ou genotipagem. **Resultados:** Sessenta dos 314 receptores de Tx eram pacientes com bronquiectasia não-FC. A média de idade foi de 38,17 anos e 55% (33/60) era do sexo masculino. Todos os transplantes pulmonares foram bilaterais. As etiologias mais comuns de bronquiectasia foram: idiopática (51,6%), pós-infecciosa (20,0%) e discinesia ciliar (20,0%). O índice de massa corporal (IMC) médio na lista de espera foi de 21,7 Kg/m². O intervalo médio entre inclusão na lista de espera e o Tx foi de 25,6 meses. A *Pseudomonas aeruginosa* (cepa mucoide) foi o agente colonizador mais frequente e os pacientes tiveram um aumento médio de 1,73 litros do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) após 12 meses do Tx. Durante o seguimento, quinze pacientes morreram, oito (13,3%) deles no primeiro ano devido a: disfunção primária do enxerto (50%), infecção (37,5%) e hemorragia intracerebral (12,5%). Três pacientes foram submetidos a retransplante devido à disfunção crônica do enxerto pulmonar. As taxas de sobrevida em 1, 3 e 5 anos após o Tx foram de 87,5%, 70,7% e 63,9%, respectivamente. **Conclusão:** Estes dados reforçam o benefício do Tx para pacientes com bronquiectasias não-FC com doença avançada. Nossos resultados demonstraram que a sobrevida precoce e tardia após o Tx em pacientes com bronquiectasias não - FC é semelhante àquelas observadas em estudos recentes e são comparáveis a outras doenças pulmonares supurativas.

AP140 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRONQUIECTASIA LOCALIZADA E NÃO-LOCALIZADA: HÁ VANTAGEM DA CIRURGIA POR VIDEOTORACOSCOPIA?

ANTERO GOMES NETO¹; ISRAEL LOPES MEDEIROS¹; NELSON MATTESON FERREIRA DE ALMEIDA²; OLAVO COSTA PINHEIRO¹; NATHERCIA CASTRO MOTA²; JESSÉ RODRIGUES DA SILVA²; ERIKA ANDRADE SANTOS²; KAROLINE GONZAGA DA COSTA²

1. HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Bronquiectasia localizada; bronquiectasia não-localizada; cirurgia torácica vídeo-assistida (vats)

Introdução: Em pacientes portadores de bronquiectasias localizadas ou não- localizadas, uni ou bilateral, nos quais os sintomas persistem após a otimização do tratamento

clínico, a cirurgia de ressecção pulmonar torna-se uma excelente opção terapêutica. Nas últimas décadas, com o aprimoramento da técnica da cirurgia torácica vídeo-assistida (VATS), passou a se fazer, também por essa técnica, ressecções pulmonares mais elaboradas do tipo broncoplastias e segmentectomias anatômicas, tanto nas afecções pulmonares malignas, quanto nas doenças pulmonares supurativas que incluem bronquiectasia. Este estudo objetiva avaliar o resultado do tratamento cirúrgico de bronquiectasias com a realização de duas abordagens cirúrgicas distintas, VATS e toracotomia aberta convencional (TAC), relação ao tempo de internação e às complicações e mortalidade pós-operatórias. **Métodos:** Entre fevereiro de 2005 e dezembro de 2016, 69 pacientes portadores de bronquiectasia localizada e não-localizada, atendidos no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes e submetidos a tratamento cirúrgico foram avaliados retrospectivamente. Os dados para o estudo foram coletados de um banco de dados do serviço de cirurgia torácica do Hospital e complementados por revisão de prontuários. Os pacientes foram divididos em dois grupos: A = TAC e B = VATS. Registrou-se os dados das variáveis independentes (idade, sexo, queixa principal, localização e etiologia da bronquiectasia), e das variáveis dependentes (tempo de permanência hospitalar, complicação e mortalidade). Os dados obtidos foram organizados em planilha digital e analisados estatisticamente. **Resultados:** Os grupos A e B foram constituídos, respectivamente, de 35 (50,7%) e 34 (49,3%) pacientes, sendo 22 (32%) deles do sexo masculino e 47 (68%) do feminino, com média de idade semelhante nos dois grupos $39,1 \pm 15,0$ anos ($p = 0,549$). Quanto à distribuição das bronquiectasias, 50 (72,5%) eram localizadas, e quanto à etiologia, 50,7% eram indeterminada, 20,2% pós-pneumonia, 18,8% pós-tb; e 9,9% outras. O tipo de ressecção mais realizado foi a lobectomia (79,7%), seguida pela segmentectomia (13,0%) e pneumonectomia (4,3%), sendo 26% de ressecções combinadas (lobectomias e segmentectomias, uni- ou bilaterais). O tempo de permanência pós-cirurgia foi menor no grupo B (VATS) em relação ao A (toracotomia), 5,7 versus 7,4 dias ($p = 0,01$), e houve também uma tendência menor de complicações no grupo B (20,6%), versus A (25,7%), $p = 0,614$, com zero de mortalidade nos dois grupos. **Conclusões:** O tratamento cirúrgico de pacientes portadores de bronquiectasia localizada e não-localizada pela abordagem vídeo-assistida apresentou uma tendência à redução da taxa de complicação e um menor tempo de internação pós-operatória, o que torna a técnica cirúrgica vídeo-assistida o procedimento de eleição no tratamento dessa patologia.

AP141 ACTINOMICOSE PULMONAR: UM RELATO DE CASO ATÍPICO

RAFAELA MOTA DE JESUS; JULIANE PENALVA COSTA SERRA; RENATO MIRANDA LIMA; BLENDY NUNES ENDLICH; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; REGINA CARVALHO PINTO; RAFAEL STELMACH; SAMIA ZAHY RACHED
USP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Bronquiectasias; actinomicose pulmonar; actinomyces

Actinomicose é uma doença rara, causada pelo *Actinomyces* spp (principalmente, *Actinomyces israelii*), bacilo gram positivo filamentosos parte da flora comensal da orofaringe, trato gastrointestinal e trato urogenital. A doença pulmonar é a terceira forma mais comum, depois da forma cervicofacial e abdominopélvica, e frequentemente mimetiza neoplasias ou tuberculose pulmonar. Relatamos um caso de actinomicose pulmonar, com apresentação clínica atípica.

Paciente, sexo feminino, 24 anos, há 5 anos queixa de dispnéia, tosse, eventual hemoptise, sibilos e perda de 20 kg. Negava tabagismo e etilismo, sem história de exposição a agentes externos ou uso de medicações contínuas. Seu único antecedente relevante era o tratamento de tuberculose pulmonar quando criança. Exame físico revelava higiene bucal adequada, baqueteamento digital e saturação periférica de oxigênio de 92% ao ar ambiente. Tomografia de alta resolução evidenciou bronquiectasias em lingula e lobo inferior esquerdo, com áreas extensas de consolidação (Figura 1A). Análise laboratorial evidenciou teste de suor, alfa 1 antitripsina, imunoglobulinas e auto anticorpos normais. HIV, hepatites e sorologias fúngicas resultaram negativas. Função pulmonar mostrou distúrbio restritivo com redução importante da capacidade de difusão do monóxido de carbono (25% do predito). Broncoscopia sem alterações mas complicada com pneumotórax pós biópsia. Evoluiu com insuficiência respiratória. Nova tomografia de alta resolução, mostrou aumento da destruição arquitetural, novas áreas de consolidação e persistência de pneumotórax (figura 1B). Biópsia cirúrgica do pulmão subsequente evidenciou processo granulomatoso crônico e extensa área de fibrose. Cultura do lavado broncoalveolar resultou positiva para *Actinomyces odontolyticus*. Foi tratada com penicilina cristalina por 28 dias seguido por amoxicilina 1g, 3 vezes ao dia. Necessitou de drenagem torácica contínua com pressão negativa por controle digital até alta hospitalar. Sessenta dias após o início da antibioticoterapia, apresentou melhora clínica e radiológica significativa (figura 1C) com saturação de 94% ao ar ambiente e ganho de 4 Kg no período. Actinomicose pulmonar é, normalmente, causada por broncoaspiração da secreção da orofaringe ou do trato gastrointestinal e está associada com má higiene oral. Pacientes com anormalidades estruturais, como DPOC e bronquiectasias são grupo de risco. Nossa paciente não tinha fator de risco para broncoaspiração ou má higiene oral. Ainda assim, tinha história pregressa de tuberculose, que resultou em bronquiectasias assintomáticas, fator de risco para a infecção atual. Embora seja uma infecção pulmonar rara, pode causar destruição pulmonar importante, com insuficiência respiratória crônica e piora da qualidade de vida. Considerar essa etiologia durante a avaliação microbiológica e estudos patológicos é essencial para prevenção de diagnósticos equivocados e tratamento correto evitando, evolução catastrófica e morte.

AP142 CORRELAÇÃO ENTRE PARÂMETROS CLÍNICO-FUNCIONAIS E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO-FIBROCÍSTICA

GABRIEL MATOS MACHADO; LEONARDO GONÇALVES SANTOS; RODRIGO AMORIM COELHO; ANNE LOURDES SEREJO DA SILVA; DANIEL CUTRIM AIRES; MATHEUS SALLES DE CARVALHO LIMA; EMANOEL MORAES VERAS; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA

UFMA, SÃO LUIS, MA.

Palavras-chave: Bronquiectasia; qualidade de vida; sinais e sintomas

Introdução: Bronquiectasias promovem elevada morbimortalidade, com risco de perda na função pulmonar e pode ocasionar acentuado comprometimento da qualidade de vida, tendo em vista que nesse grupo de pacientes a tosse, produção de escarro e frequência de infecções respiratórias estão alteradas. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida em paciente com Bronquiectasias Não-fibrocísticas e correlacionar com parâmetros clínicos e funcionais.

Métodos: Estudo Transversal Descritivo, realizado no ambulatório de Pneumologia no Programa de Assistência ao Paciente Asmático do Hospital Universitário em São

Luís (MA). Foram incluídos 30 pacientes acima de 18 anos, portadores de Bronquiectasias. Excluídos pacientes com diagnóstico de fibrose cística, sem estabilidade clínica, carga tabágica igual ou superior a 15 maços-ano, e portadores da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Todos os participantes responderam o questionário respiratório de St. George's (SGRQ) e o questionário de qualidade de vida geral SF-36. **Resultados:** Bronquiectasia pós-infecciosa (66,7%) foi diagnóstico etiológico mais frequente, e a média de idade dos pacientes foi de 48 anos. Houve comprometimento na qualidade de vida de todos os pacientes em todos os domínios do questionário SGRQ, a média dos escores para sintomas, atividade e impacto foi 54,01% (+- 17,0), 50,45% (+- 21,8) e 40,63% (+- 16,6), respectivamente. A correlação entre os escores totais de ambos questionários apresentou coeficiente de Pearson de -0,744 e $p < 0,05$. Encontrou-se correlação entre VEF1% e o escore total do SGRQ ($p < 0,05$). **Conclusão:** A qualidade de vida dos pacientes é baixa, havendo correlação tanto em um questionário geral de qualidade de vida quanto em um questionário doença específica, reafirmando o impacto negativo da doença na vida do bronquiectásico. Pacientes que sofreram maior limitação durante suas atividades, e piores expectativas de melhora possuíam maior acometimento da função pulmonar, com níveis mais baixos do VEF1%. Com perspectivas futuras, objetiva-se o desenvolvimento de um programa de reabilitação pulmonar visando à melhoria da qualidade de vida dos bronquiectásicos. A validação de um questionário específico para bronquiectasia e um segmento em longo prazo tornarão mais relevantes a avaliação do impacto da qualidade de vida e de seus fatores associados.

AP143 PAPEL DAS COMORBIDADES NA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS PACIENTES COM BRONQUIECTASIA NÃO FIBROCÍSTICA

LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; SIMONE PAULO MATEUS; RENATO IUNES BRANDÃO SALLES; RODRIGO IUNES BRANDÃO SALLES; ANNA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA; ANA PAULA GOMES DOS SANTOS; WALTER COSTA; RAQUEL ESTEVES BRANDÃO SALLES

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

Palavras-chave: Bronquiectasia; comorbidades; vef1

Introdução: A presença de comorbidades nos pacientes com bronquiectasias não fibrocísticas (NFC) pode ser um fator de risco adicional na mortalidade desses pacientes, mudando a evolução e a necessidade de abordagem terapêutica específica. **Objetivos:** Identificar as principais comorbidades de pacientes com bronquiectasias NFC e avaliar a sua influência na função pulmonar. **Método:** Estudo transversal realizado com pacientes do ambulatório de bronquiectasias NFC do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ. Todos os pacientes tinham diagnóstico de bronquiectasia a partir de tomografia computadorizada do tórax e foram submetidos à espirometria no período de fevereiro – maio 2017, além da coleta de dados antropométricos e identificação de comorbidades (C+) ou não (C-). Os pacientes com exacerbação no momento da realização da espirometria foram excluídos. Foram utilizados os testes Qui-Quadrado e T para análise estatística. **Resultados:** Dos 100 pacientes incluídos, 72 eram mulheres e 28 homens, com idade média de 56,5 anos (± 16). O valor médio do índice de massa corpórea (IMC) foi de 24,4 Kg/m² $\pm 5,1$. Os valores percentuais médios de VEF1 pós-broncodilatação (BD), CVF pós-BD e da relação VEF1/CVF pós-BD foram: 56,7%, 68,5% e 66,2, respectivamente. 70% dos casos eram C+, sendo as doenças cardiovasculares as mais prevalentes (63%), seguidas por DPOC (36%),

diabetes (23%), asma (20%), doenças osteoarticulares (17%), depressão (10%), neoplasias (10%), hipotireoidismo (6%), doenças autoimunes (4%), insuficiência renal crônica (4%) e hepatite C (1%). Os pacientes C+ eram mais velhos (60 x 49 anos, $p = 0,001$) e apresentavam IMC maior (25 x 22 Kg/m², $p = 0,002$) que os C-. Com exceção do VEF1/CVF, que foi menor nos pacientes com comorbidades ($p = 0,02$), os valores funcionais analisados não mostraram diferença significativa entre os grupos. **Conclusão:** Em nossa amostra, os pacientes com bronquiectasias NFC com comorbidades associadas eram mais velhos e com leve sobrepeso, o que pode ter influenciado nos valores funcionais respiratórios. Estes achados podem ter impacto na qualidade de vida e na mortalidade desses pacientes.

AP144 BRONQUIECTASIAS DIFUSAS, PANSINUSOPATIA E POLIPOSE NASAL: UM RELATO DE CASO

ISIS CRISTIANE FONSECA OLIVEIRA HELOU; LIVIA FIOROTTO CAMPOS; CAMILA MAIA DE MORAIS; LAIS GOMES DE CARVALHO; VIRGINIA AUXILIADORA FREITAS DE CASTRO; NATASHA YUMI MATSUNAGA; RAQUEL VIDICA FERNANDES; LUSMAIA DAMACENO CAMARGO COSTA

HOSPITAL DAS CLINICAS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Fibrose; discinesia; imunodeficiência

Introdução: Bronquiectasia é uma condição persistente ou progressiva caracterizada por dilatação anormal e irreversível dos brônquios. Embora seja recomendado a investigação etiológica, cerca de 40% dos pacientes permanecem sem diagnóstico. Quando associada a doença de vias aéreas superiores, fibrose cística (FC), imunodeficiências (ID) e discinesia ciliar primária (DCP) devem ser excluídas. **Relato de caso:** Y. F. N. A., 14 anos, feminino, encaminhada ao serviço de FC do HC-UFG em 2009 devido a tosse crônica, pneumonias recorrentes, e rinosinusites, sem comprometimento do estado nutricional. Apresentava bronquiectasias difusas, pansinusopatia crônica, polipose nasal e comunicação interatrial discreta sem repercussão. Na investigação etiológica apresentou teste do suor quantitativo de cloreto 51 mmol/L e 64 mmol/L em 2007 e 2009 respectivamente. Outros diagnósticos foram excluídos: imunodeficiência, ABPA e deficiência de alfa-1-antitripsina. Indicado fisioterapia respiratória, alfadornase e imunização especial. Em 2017 realizou o sequenciamento do gene CFTR para fibrose cística não sendo encontradas mutações patogênicas. Realizado terceiro teste do suor, com valor de cloreto quantitativo 26 mmol/L, sendo afastado o diagnóstico de FC. Em reavaliação de diagnósticos diferenciais, aplicamos o escore clínico para o diagnóstico de DCP- PiCaDar (Primary Ciliary Dyskinesia Rule) que pontuou 6 (tosse crônica, nascida a termo-2, pneumonia neonatal-2, rinite perene-1 e otite média serosa-1) sugerindo o diagnóstico dessa doença. Aguardamos a realização de testes adicionais (análise da ultraestrutura ciliar, óxido nítrico nasal e teste genético) para a confirmação. **Discussão:** A investigação etiológica das bronquiectasias deve ser guiada pela clínica. Diante dos sintomas de vias aéreas superiores, a investigação inicial para FC, DCP e ID foi realizada. A dosagem de cloreto por métodos quantitativos no suor ≥ 60 mmol/L, em duas amostras, confirma o diagnóstico de fibrose cística. Alternativas para o diagnóstico são a identificação de duas mutações na proteína CFTR. A paciente em questão apresentou dois testes do suor limítrofes e sequenciamento genético negativo. As ID primárias estão entre as causas mais importantes de bronquiectasias em criança. A triagem para defeitos humorais é recomendada, sendo a investigação avançada indicada em casos específicos. Diante da exclusão da FC e ID foi aventado hipótese de DCP e aplicado o escore clínico PiCaDar que apresenta 90% de sensibilidade e 75%

de especificidade para esse diagnóstico. Com pontuação maior ou igual a 5 recomenda-se prosseguir a investigação com testes ampliados. A paciente descrita foi inicialmente diagnosticada como fibrose cística mediante cloro anormal no suor mas teve esse diagnóstico afastado após teste genético ampliado, sendo a discinesia ciliar primária um diagnóstico provável. A investigação etiológica de pacientes com bronquiectasias ainda é um desafio em nosso país.

AP145 TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS REALIZADO NA ESTEIRA EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS: ASSOCIAÇÃO COM QUALIDADE DE VIDA E ESPIROMETRIA

HENRIQUE MURAGUCHI¹; CAROLINE REBELO SILVEIRA¹; THAIS FERES MOREIRA LIMA¹; ALCIMAR NUNES PINHEIRO¹; JOSÉ ALVARO AMARAL JÚNIOR¹; WELTON CERQUEIRA PEREIRA¹; FLORENIR GLÓRIA SILVA PAES²; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA¹

1. UFMA, SÃO LUIS, MA; 2. HUPD, SÃO LUIS, MA.

Palavras-chave: Bronquiectasia; este de caminhada de seis minutos realizado na esteira; saint george's respiratory questionnaire

Introdução: A bronquiectasia é uma doença que se caracteriza por dilatação permanente e anormal dos brônquios. Indivíduos com bronquiectasias apresentam limitação funcional, isto é, têm menor capacidade para realização de exercícios. O teste de caminhada de seis minutos pode ser utilizado para avaliar tolerância a realização de exercícios físicos. No entanto, a necessidade de um corredor de 30 metros para sua aplicação é uma importante limitação do mesmo. **Objetivo:** Avaliar se o teste de caminhada de seis minutos realizado na esteira ergométrica (TC6est) se correlaciona com a qualidade de vida e com a função pulmonar dos pacientes com bronquiectasias.

Métodos: Estudo transversal realizado em pacientes com diagnóstico de bronquiectasia atendidos no ambulatório do serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, em São Luís, MA. Foram incluídos todos aqueles com idade superior a 18 anos e inferior a 80 anos, com tomografia computadorizada de alta resolução de tórax realizada nos últimos dois anos confirmando o diagnóstico. Para avaliar a qualidade de vida dos pacientes foi aplicado o Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Todos os pacientes foram submetidos ao TC6est e realizaram prova de função pulmonar. Os dados foram analisados pelo programa estatístico Stata® versão 12.0. Para verificar a correlação entre as variáveis foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Observou-se correlação negativa entre a distância percorrida no TC6est e o escore total do SGRQ ($r = -0,495$; $p = 0,005$) e uma correlação positiva com o VEF1 ($r = 0,544$, $p = 0,001$). A idade apresentou uma correlação negativa com a distância percorrida pelos pacientes no TC6est ($r = -0,563$; $p = 0,001$). **Conclusão:** O TC6est demonstrou ser uma ferramenta útil na avaliação clínica de pacientes com bronquiectasias. Observaram-se correlações estatisticamente significativas do TC6est com a qualidade de vida e com parâmetros espirométricos desses pacientes.

AP146 IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL: RINOSINUSOPATIA CRÔNICA ASSOCIADO A BRONQUIECTASIAS

LETÍCIA ALVES AMIM; MARCELO QUEIROZ OLIVEIRA; MÁRCIO HENRIQUE PIEROBON MARTINS; THAIS BASSO MIMOTO; MARCELO CENEVIVA MACCHIONE; PEDRO CUNHA DE MENDONÇA; MARIA CLAUDIA PAIVA SAITO

UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Imunodeficiência comum variável; rinosinusopatia crônica; bronquiectasias

Introdução: Imunodeficiência comum variável (ICV) caracteriza-se por maior susceptibilidade à infecções. A prevalência é de 1-25.000 a 50.000 indivíduos e com picos na 1ª e 3ª décadas de vida, afetando igualmente indivíduos do sexo masculino e feminino. Os critérios diagnósticos são infecções recorrentes, idade acima de 4 anos, níveis reduzidos de IgG ou de IgG e/ou IgM, ausência de reação vacinal e exclusão de outras causas de hipogamaglobulinemia. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente jovem com ICV e rinosinusopatia crônica associado a bronquiectasias. **Relato do caso:** Paciente de 25 anos procurou atendimento médico relatando resfriados frequentes desde os 15 anos de idade, com múltiplas internações. No último ano apresentou episódios mensais de tosse com expectoração amarelada, rinorréia purulenta, febre, mal estar e inapetência, com necessidade de tratamento com antibióticos. Na consulta relatou apenas anosmia e obstrução nasal. Antecedente de empiema pleural à esquerda, drenado. Nega tabagismo e história familiar de asma. O exame do aparelho respiratório demonstrou a presença de estertores grossos basais bilaterais. Realizado radiografia de tórax que evidenciou uma redução volumétrica no lobo inferior esquerdo e opacidades reticulares neste mesmo lobo. A TC de tórax demonstrou a presença de bronquiectasias nos lobos inferiores, mais acentuadas à esquerda e nódulos centrolobulares com padrão de árvore em brotamento. Em decorrência dos sintomas nasais relatados, solicitamos uma TC de seios da face que demonstrou a presença de uma pansinusopatia crônica. A avaliação da função pulmonar revelou a presença de um distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com CVF reduzida. Foram solicitados diversos exames para investigação de bronquiectasias: perfil genético para fibrose cística negativo; baciloscopia e cultura de micobactérias negativas; IgE total $< 2\text{mg/dl}$; IgM para *Aspergillus* sp = não reagente; IgA = $4,0\text{mg/dl}$; IgM = $9,7\text{mg/dl}$; IgG $< 140\text{mg/dl}$. Realizada a dosagem de anticorpos vacinais contra pneumococo antes e depois da vacinação, confirmando assim o diagnóstico de ICV. Instituímos tratamento com fisioterapia respiratória para higiene brônquica, azitromicina 500mg/3x semana e imunoglobulina endovenosa mensal na dose de 400mg/kg. Iniciado o tratamento a paciente não apresentou mais nenhuma infecção pulmonar e/ou rinosinusite. **Discussão:** ICV é medida por diferentes genes que leva ao surgimento de hipogamaglobulinemia, infecções recorrentes, neoplasias e doenças autoimunes. Dentre as principais infecções recorrentes destacam-se as dos seios paranasais e pulmonares que podem deixar sequelas, principalmente bronquiectasias. O exame físico mostra descarga nasal ou congestão significativa secundária a sinusite crônica, linfadenopatia, esplenomegalia, artrite e alterações dermatológicas associadas a doenças autoimunes. O tratamento é feito com a infusão de imunoglobulinas, que reduz a incidência de infecções agudas e profilaxia com antibióticos.

AP147 DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA: RELATO DE 4 CASOS

CAROLINE DE SOUZA MARTINS FERNANDES; MARINA ADRIANI ZOUCAIS

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

Palavras-chave: Discinesia ciliar primária; síndrome de kartagener; bronquiectasias

Introdução: Discinesia ciliar primária (DCP) é uma rara

doença autossômica recessiva, na qual há redução da depuração mucociliar, devido a alterações da estrutura ciliar, provocando infecções de vias aéreas superiores e pneumonias recorrentes. **Relato de caso:** Apresentamos quatro casos de pacientes com diagnóstico de DCP. Caso 1: paciente feminina, 26 anos, cujos pais eram primos, com quadro de asma, sinusopatia, com bronquiectasias difusas visualizadas na tomografia computadorizada de tórax. Foi feito o diagnóstico de síndrome de Kartagener, configurada pela DCP associada a tríade situs inversus, pansinusite e bronquiectasias. Caso 2: paciente masculino, 50 anos, com bronquiectasias, sinusopatias, com diagnóstico prévio de discinesia ciliar, sob investigação diagnóstica para infertilidade. Caso 3: paciente feminina, 17 anos, em tratamento de asma brônquica, com história de tosse, dispneia e sibilância desde o nascimento, com infecções respiratórias de repetição, otites médias crônicas, com coloboma e perfuração de membrana timpânica, com posterior redução de acuidade auditiva, sinusites recorrentes, e abordagem cirúrgica para ressecção de pólipos nasais, com situs inversus total, diagnosticado ao nascimento, quando sofreu insuficiência respiratória aguda, sendo internada em UTI neonatal. Caso 4: paciente feminina, 20 anos, irmã do caso 3, com quadro de infecções respiratórias de repetição e asma, com bronquiectasias em lobos inferiores, descartados os diagnósticos de fibrose cística e deficiência de alfa1 antitripsina. **Discussão:** O número de casos de paciente com DCP pode ser mais alto que o descrito. No Brasil, há a dificuldade para realização do diagnóstico na rede pública. O diagnóstico deve ser pensado em casos de pacientes com história de infecções do trato respiratório de repetição e bronquiectasias, nos adultos sob investigação de infertilidade, casos familiares associados, e filhos de relações consanguíneas. **Referências:** 1. MODARESI, Mohammadreza et al. Primary ciliary dyskinesia in six patients with bronchiectasis. *Advances in Respiratory Medicine*, v. 84, n. 2, p. 109-115, 2016. 2. ABBASI, Munir Ahmad et al. Kartagener syndrome: a not so rare phenomenon. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, v. 26, n. 4, p. 598-601, 2014.

AP148 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES BRONQUIECTÁSICOS NÃO FIBROCÍSTICOS

SIMONE PAULO MATEUS; LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; RAQUEL ESTEVES BRANDÃO SALLES; WALTER COSTA; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; BERNARDO RANGEL TURA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES

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

Palavras-chave: Bronquiectasia; mmrc; qualidade de vida
Introdução: A bronquiectasia é uma doença crônica das vias aéreas, irreversível, caracterizada por fases estáveis da doença e agudizações. Os questionários de qualidade de vida (QV) avaliam a percepção de saúde através do ponto de vista do paciente. **Objetivo:** Avaliar a relação qualidade de vida com o grau de dispneia em pacientes bronquiectásicos.

Métodos: Estudo transversal realizado em um hospital universitário, referência para doenças respiratórias. Entrevistados 101 pacientes com bronquiectasias não-fibrocísticas e posteriormente, separados em dois grupos de acordo com a gravidade da dispneia (Escala modified Medical Research Council - mMRC). Os dados foram coletados através do questionário genérico EQ-5D-3L e revisão de prontuários. **Resultados:** Dos 101 pacientes entrevistados, 60 foram incluídos no grupo A e 41 no grupo B. Grupo A (grau dispneia 0 e 1): Maioria feminina 43 (72%) pacientes, idade média $\pm$ DP de $57 \pm 15,81$ anos e índice de massa corpórea (IMC) médio $\pm$ DP de $23,48 \pm$

$4,05 \text{ kg/m}^2$. Vinte e sete pacientes (45%) apresentaram ≥ 2 comorbidades e 25 (42%) tiveram pneumonia de repetição. Volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) pré broncodilatador (BD) valor médio $\pm$ DP de $1,49\text{L} \pm 0,61$ (58,9% do predito). Cinco (8%) pacientes participaram de Programa de Fisioterapia Respiratória (PFR). Em relação à QV, a valoração média $\pm$ DP foi de $0,626 \pm 0,179$ e Escala Analógica Visual (EAV), média $\pm$ DP de $71,33 \pm 18,45$ pontos, indicando valores satisfatórios da QV. A maioria dos pacientes do grupo A, não apresentaram problemas nos domínios mobilidade e cuidados pessoais, mas apresentaram limitações moderadas nos domínios atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão, respectivamente, 32 (53%), 48 (80%), 33 (55%), 40 (67%) e 30 (50%). Grupo B (grau dispneia 2 e 3): Dos 41 pacientes desse grupo, 30 (73%) eram do gênero feminino, idade média $\pm$ DP de $56,15 \pm 15,24$ anos e IMC médio $\pm$ DP de $25,68 \pm 6,21 \text{ kg/m}^2$. Apresentaram ≥ 2 comorbidades 23 (56%) pacientes e 29 (71%) tiveram pneumonia de repetição. VEF1 pré BD médio $\pm$ DP de $1,14 \pm 0,49$ (46,3% do predito). Participaram de PFR 3 (7%) pacientes. Em relação à QV, a valoração média $\pm$ DP foi de $0,429 \pm 0,127$ e a EAV média $\pm$ DP de $55,24 \pm 20,67$ pontos, indicando valores baixos da QV. A maioria dos pacientes apresentaram limitações moderadas em todos os domínios, 34 (83%), 27 (66%), 38 (93%), 24 (59%) e 22 (54%), respectivamente. **Conclusão:** O fator dispneia exerceu forte impacto sobre a qualidade de vida desses indivíduos, com prejuízo às atividades com exigências físicas. A alta prevalência do domínio depressão/ansiedade em ambos os grupos pode estar relacionada às limitações das atividades diárias e a evolução da doença. Identificar as implicações e otimizar uma abordagem a esses pacientes pode diferenciar o desfecho ocasionando melhor qualidade de vida.

AP149 TOSSE CRÔNICA, SIBILÂNCIA E DISPNEIA: BRONQUIECTASIAS E ASPERGILOSE

VIVIANE VIEIRA PASSINI SOARES; VITORINO MODESTO DOS SANTOS; CHRISTIANE ALVES TEIXEIRA; SAMUEL ABNER DA CRUZ SILVA; MAYZA LEMES DUARTE
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF.

Palavras-chave: Bronquiectasias; aspergilose; tosse

Introdução: A aspergilose pulmonar crônica (CPA) é uma condição incomum associada a diversos distúrbios respiratórios, e se manifesta como cavidades, alterações fibrosantes, Aspergiloma clássico ou lesões nodulares (1,2). Relatamos o caso de idosa diagnosticada com Aspergilose pulmonar através de exames de imagem e laboratoriais com resposta satisfatória ao tratamento. **Relato de caso:** Idosa de 76 anos, com história prévia de bronquiectasias e tosse produtiva há 4 meses, além de dispnéia e sibilância, com piora do quadro 6 horas antes da admissão. Havia usado, há um mês, Moxifloxacino e Amoxicilina-Clavulanato, sem resposta. A tomografia de tórax mostrou nódulos dispersos, no segmento basal posterior à esquerda, opacidades em vidro fosco e arvore em brotamento; bronquiectasias mais em bases. Laboratorial mostrava leucocitose, com neutrofilia e eosinofilia. Optado por Piperacilina-Tazobactam por 14 dias, sem boa resposta. Exame de Escarro e lavado broncoalveolar, para Tuberculose, foram negativos. Posteriormente foi solicitado, ainda em esquema antibiótico citado, dosagem de galactomanana, que veio positiva (0.7- valor de referência < 0.5). Após iniciar tratamento com Itraconazol, paciente tornou-se assintomática e o teste de controle veio negativo. No seguimento, a tomografia mostrou resposta ao antifúngico, com diminuição importante dos nódulos em vidro fosco.

Discussão: Aspergilose invasiva, aspergilose pulmonar crônica(CPA), aspergilose broncopulmonar alérgica(ABPA) e aspergiloma são diferentes apresentações da infecção por *Aspergillus*. Na paciente do caso, o diagnóstico de CPA foi estabelecido com atraso devido as manifestações não específicas(3) como a tosse, dispnéia, sibilância, eosinofilia. Descartadas outras causas, e apesar de ser um exame com sensibilidade variável, Galactomana sérica por estar acima de 0,5 e ficar negativo após tratamento com antifúngico, nos levou a crer que o resultado foi significativo. **Conclusão:** Idosos com sintomas e distúrbios pulmonares crônicos são comuns e, apenas de rara, devemos sempre lembrar de Aspergilose. Manifestações clínicas e de imagem não específicas contribuíram para dificuldades no diagnóstico. Neste contexto, há utilidade no teste de galactomanana para confirmar o diagnóstico. Relatos de casos podem aumentar suspeita de condições pulmonares menos comuns, contribuindo para diagnóstico precoce e o início do tratamento adequado. **Referências:** 1. Denning DW et al. European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases and ERS. Chronic pulmonary aspergillosis: rationale and clinical guidelines for diagnosis and management. Eur Respir J 2016;47: 45-68. 2. Dos Santos VM, A 76-year-old man with a right lung adenocarcinoma and invasive aspergillosis. Mycopathologia 2013;176(1-2): 113-118. 3. Sun KS, et al. Galactomannan testing and the incidence of invasive pulmonary aspergillosis: a 10-Year Nationwide population-based study in Taiwan. PLoS One 2016;11(2): e0149964.

AP150 AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROCÍSTICAS UTILIZANDO O QUESTIONÁRIO EQ-5D-3L

SIMONE PAULO MATEUS; LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; RAQUEL ESTEVES BRANDÃO SALLES; WALTER COSTA; BERNARDO RANGEL TURA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Bronquiectasia; eq-5d-3l; qualidade de vida
Introdução: Doenças respiratórias crônicas, como bronquiectasias (BQT), frequentemente levam a danos progressivos à saúde e podem causar limitações diárias nos pacientes. Devido ao aumento desses casos, é realmente necessário melhorar o conhecimento sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), para que possa contribuir positivamente para o cuidado ao paciente. O EQ-5D-3L é um questionário simples de rápida aplicação, que pode ser usado em mais de um intervalo de tempo. É composto por cinco áreas: mobilidade, autocuidado, atividades diárias, dor ou desconforto e ansiedade ou depressão. Estabelece 243 estados de saúde, incluindo uma escala visual analógica (EQ-EAV) e um termômetro, que descreve um valor de pior (zero) para o melhor (100) estado de saúde do paciente. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida de pacientes com bronquiectasias através do sistema descritivo EQ-5D-3L e EAV. **Método:** Estudo longitudinal de vários casos de bronquiectasias não fibrocísticas em pacientes com 18 anos ou mais. O diagnóstico foi confirmado pelo exame radiológico do tórax e pela tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR). Todos os pacientes responderam ao questionário antes da consulta. **Resultados:** Foram incluídos 122 pacientes, dos quais 87 eram do sexo feminino. A composição do estado de saúde não mostrou alteração em nenhum dos domínios, em pequena parte dos pacientes (3,28%). O menor valor avaliado foi de 0,12730 e o valor máximo foi de 1, sem percepção da doença. A média foi de $0,5428 \pm 0,1811$. O estado de saúde de 28,69% da

amostra (35 pacientes), com avaliação $\leq 0,408$, apresenta agravos em todos os domínios. Em relação à EAV, a média foi de $64,55 \pm 21,1$ pontos. **Conclusão:** O estudo mostrou que houve perda significativa da qualidade de vida, causando limitações diárias na vida dos pacientes com bronquiectasias.

AP151 RESOLUÇÃO CURATIVA DA ESTENOSE DE TRAQUEIA BENIGNA COM O USO DO TUBO T DE MONTGOMERY: EXPERIÊNCIA DO HUAP

LEONARDO DIAS RIBEIRO; JESSE ELY BARROS SILVEIRA JUNIOR; PABLO MARINHO MATOS; ANTONIO BENTO DA COSTA BORGES CARVALHO FILHO; LUIZ FELIPPE JUDICE; LAURA MAMBRINI REIS; OMAR MOTÉ ABU MOURAD; RODRIGO JORGE PEREIRA GONÇALVES

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ.

Palavras-chave: Tubo t; montgomery; estenose de traqueia

Introdução: Existem vários métodos de se abordar uma estenose traqueal benigna, através de tratamento cirúrgico, dilatações, laser, uso de órtese em vias aéreas ou associação de procedimentos (inserção de órtese no per-operatório). Sabe-se que a melhor alternativa para a cura definitiva pré a cirurgia. Entretanto, pacientes que não possuem condições clínicas para a cirurgia, estenoses muito complexas ou que ainda não apresentam a via aérea em condições adequadas a cirurgia (inflamação local), podem necessitar de utilização de órteses traqueais. O tubo em T de Montgomery é o tipo de órtese mais comumente utilizado, sendo inserido através do óstio de traqueostomia. **Objetivo:** Identificar o número de pacientes e procedimentos, suas indicações e intercorrências da utilização do Tubo em T nos pacientes que apresentaram cura apenas com a utilização desta órtese. **Método:** Estudo retrospectivo no período, 590 pacientes portadores de lesões obstrutivas da via aérea principal, foram prospectivamente inseridos no banco de dados de Traqueia do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário. Avaliaram-se os pacientes em que foi utilizado a órtese traqueal Tubo em "T" de Montgomery com doença benigna. **Resultados:** O estudo envolveu pacientes submetidos ao procedimento de inserção do Tubo em "T" sem perspectiva cirúrgica entre Março de 1986 até Fevereiro de 2017. Foram selecionados e analisados 168 pacientes e destes 24 (14,3%) pacientes receberam indicação curativa. A distribuição entre os sexos foi de 117 (69,64%) masculinos e 51 (30,36%) femininos. A idade mínima foi 7 anos e a máxima foi 80 anos. O tempo mínimo de uso da órtese foi de 30 dias e o máximo foi de 1800 dias (média de 310 dias). Foram realizadas inserções de tubo "T" como tratamento em 54 pacientes dos 168 selecionados para o estudo destes 39 (72,2%) não apresentaram quaisquer complicações, 7 (12,9) apresentaram complicações como granulomas, infecções sem a troca do tubo "T", 5 (9,3%) complicaram e tiveram a necessidade de troca de tubo "T", 2 (3,7%) vieram encaminhados por outro serviço com o tubo "T" e 1 (1,9%) apresentou complicação com o tubo "T" sem nova colocação de tubo "T". **Discussão:** Os pacientes com indicação de utilizar o Tubo em T podem ser divididos em: 1) pacientes sem condições clínicas para cirurgia de ressecção traqueal; 2) pacientes com estenoses muito longas para ressecção traqueal; 3) pacientes em que a via aérea ainda se apresenta com inflamação local e devem aguardar o momento ideal para a cirurgia. Embora o Tubo em T não seja utilizado com a finalidade curativa, uma percentagem significativa de pacientes pode ser curada com a utilização da órtese. **Conclusões:** A análise dos dados apresentados revelou que 24 (14,3%) dos pacientes em que se utiliza o Tubo em T são curados apenas com a utilização da órtese. A maioria dos pacientes não apresenta complicações e

dentre os que desenvolveram raramente a complicação é de importância suficiente para indicar a retirada da órtese.

AP152 AVALIAÇÃO DO PERFIL DA SEDOANALGESIA EM BRONCOSCÓPIA FLEXÍVEL AMBULATORIAL NO INCOR-HCFMUSP

MURILLO SALVIANO OLIVEIRA BARROS; EVELISE LIMA; ASCÉDIO JOSÉ RODRIGUES; NILZA SAYURI ABE; ANDRÉ LOBO NAGY; ANAREGIA DE PONTES FERREIRA; FELIPE NOMINANDO DINIZ OLIVEIRA; MÁRCIA JACOMELLI

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

Palavras-chave: Broncoscopia flexível; sedoanalgesia; segurança

Introdução: A Broncoscopia Flexível (BF) é procedimento que pode provocar desconforto ao paciente (tosse, náusea, dor nasal, dispnéia). A utilização adequada de sedoanalgesia é fundamental, facilitando a realização da BF e minimizando o desconforto. A associação de opióides e ansiolíticos produz um efeito sinérgico na analgesia, além de induzir à sedação, aliviando a ansiedade e suprimindo o reflexo da tosse. Mas o risco de depressão cardiopulmonar é uma preocupação crítica e real na utilização da sedoanalgesia. **Objetivo:** I- Avaliar o perfil da sedoanalgesia utilizada na BF em pacientes ambulatoriais no Serviço de Endoscopia Respiratória do InCor/HC-FMUSP. II- Observar complicações relacionadas à sedoanalgesia utilizada. **Metodologia:** Estudo prospectivo, realizado de junho a novembro de 2017, com inclusão de pacientes, maiores de 18 anos, que realizaram BF sob sedação, em atendimento ambulatorial no InCor/HC-FMUSP. Os pacientes foram submetidos à BF com monitorização cardíaca, pressão não invasiva e de oximetria. A sedação foi realizada de forma endovenosa e a anestesia tópica utilizada em solução salina através do canal do broncoscópio. Os dados analisados foram tipo e dose das drogas administradas, sinais vitais antes, durante e depois do procedimento, o tipo e o tempo do procedimento realizado, as complicações relacionadas à sedoanalgesia e procedimentos. **Resultados:** 226 pacientes realizaram BF com sedação. LBA foi realizada em 73% e biópsias em 65% dos casos. A média de idade 48 ± 24 anos, sendo 50% homens. A sedação utilizada foi fentanyl (dose média 104mcg), midazolam (dose média 4,4mg) e propofol (dose média 145mg). Em 34% dos casos ($n = 76$) foi utilizada associação de fentanyl, midazolam e propofol, em 34% ($n = 76$) foi utilizada a associação de fentanyl e propofol, em 32% foi utilizada a associação midazolam e fentanyl e apenas 1 caso foi utilizada a associação de midazolam e propofol, com queda de saturação de oxigênio (QSO) em 26% ($n = 20$), 14% ($n = 11$), 14% ($n = 10$) e zero% respectivamente. A anestesia tópica utilizada foi xylocaina (400mg, mx = 7mg/kg). Em 18% dos casos ($n = 41$) foi observada QSO abaixo de 90% (grupo I), mas apenas 1 paciente necessitou que o procedimento fosse interrompido, sendo a QSO controlada e revertida rapidamente com aumento do fluxo de oxigênio oferecido pelo cateter nasal. Os outros 40 pacientes do grupo I sofreram QSO transitória, sem necessidade de interrupção do procedimento. Em 3% dos casos ($n = 6$) foi observada bradicardia leve (aproximadamente 60 bpm) e 2 pacientes apresentaram hipotensão leve (PAS em 90mmHg) dentro do grupo I. O tempo médio de exame foi de 31 minutos e 47 segundos no grupo I e 32min e 48 segundos no grupo II (sem QSO), sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Nenhuma outra complicação foi observada nesse grupo de pacientes. **Conclusão:** O perfil de sedoanalgesia utilizado no Serviço de Endoscopia Respiratória InCor-HCFMUSP é seguro e com baixa taxa de complicação considerada leve.

AP153 ECOBRONCOSCÓPIA (EBUS): EXPERIÊNCIA NO IDT/UFRJ

NINA ROCHA GODINHO DOS REIS VISCONTI; CAROLINE DE SOUZA MARTINS FERNANDES; AMIR SZKLO; ALEXANDRE PINTO CARDOSO; JOÃO PEDRO STEINHAUSER MOTTA

UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Ecobroncoscopia; ebus; diagnóstico

Introdução: O uso da ecobroncoscopia (EBUS) cresce desde a primeira publicação na literatura sobre o método, em 2003. Desempenha um papel fundamental no diagnóstico e estadiamento do câncer pulmonar, além de ser uma ferramenta útil para a identificação de doenças não neoplásicas como a sarcoidose e a tuberculose. Desta forma, faz-se necessário que serviços envolvidos com a implementação e ensino deste método conheçam suas características para alcançar uma curva de aprendizado e disseminar adequadamente suas vivências. **Objetivos:** Descrever a experiência com o EBUS no Serviço de Endoscopia Respiratória do Instituto de Doenças do Tórax (IDT) da UFRJ. **Métodos:** Análise retrospectiva dos procedimentos de EBUS executados no IDT/UFRJ desde a adoção do método em fevereiro de 2014. Através de revisão do prontuário eletrônico, foram obtidos os laudos, os resultados citopatológicos e microbiológicos e as informações tomográficas e epidemiológicas, quando disponível. **Resultados:** No período de 21 de fevereiro de 2014 a 09 de março de 2018, foram realizados 85 exames. Os procedimentos são realizados sob sedação consciente e anestesia tópica. A maior parte (55%) foi em pacientes que não eram vinculados ao HUCFF. A idade dos pacientes variou de 21 a 86 anos, média de 58 anos. Setenta e oito procedimentos (92%) tinham objetivo diagnóstico, enquanto em 7 casos (8%) o exame foi realizado exclusivamente para estadiamento de neoplasia. A hipótese diagnóstica inicial era neoplasia pulmonar em 44%, tuberculose em 18% e sarcoidose em 8%. Radiologicamente, 60% tinha imagem pulmonar e linfadenomegalia mediastinal ou hilar; 19% apenas linfadenomegalia hilar/mediastinal; 12% apenas imagem pulmonar e 8% massa mediastinal. Linfonodos foram puncionados em 79% dos exames, massa pulmonar em 13%, massa mediastinal em 7%, esôfago em um caso e em 3 pacientes não foram realizadas punções. O material foi considerado representativo por análise citopatológica em 92,6% dos casos. Considerando os exames com indicação diagnóstica, o EBUS foi capaz de definir uma etiologia específica em 58% dos pacientes. Foi feito o diagnóstico de tuberculose em 7 pacientes, neoplasia pulmonar em 33, sarcoidose em 2. Das neoplasias pulmonares diagnosticadas, 48% eram adenocarcinoma, 24% carcinoma escamoso, 21% carcinoma de pequenas células e 6% carcinoma não pequenas células não especificado. Nos exames cujo objetivo era estadiamento, 4 (57%) tiveram o resultado positivo, definindo acometimento mediastinal pelo tumor. O exame foi bem tolerado na maioria dos pacientes, sendo necessária interrupção precoce em apenas 12 exames (14%). **Conclusão:** A experiência relatada do EBUS no IDT/UFRJ demonstra que a representatividade do material obtido está de acordo com a literatura publicada por centros de referência. Chama atenção o uso frequente deste método como ferramenta diagnóstica e não exclusivamente de estadiamento. A despeito de não haver a participação de anestesista, o exame em geral foi bem tolerado.

AP154 AVALIAÇÃO BRONCOSCÓPICA NA DECANULAÇÃO DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS: EXPERIÊNCIA COM 317 PACIENTES

LEONARDO DIAS RIBEIRO; JESSE ELY BARROS SILVEIRA JUNIOR; PABLO MARINHO MATOS; ANTONIO BENTO DA COSTA BORGES

CARVALHO FILHO; LUIZ FELIPPE JUDICE; LAURA MAMBRINI REIS; OMAR MOTÉ ABU MOURAD; RODRIGO JORGE PEREIRA GONÇALVES

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ.

Palavras-chave: Decanulação; broncoscopia; traqueostomia

Introdução: O aumento da complexidade no atendimento médico leva a uma maior sobrevivência de pacientes que outrora apresentavam expectativa de vida limitada. Dentre diversos avanços, o maior preparo das Unidades de Terapia Intensiva destaca-se no Brasil nas últimas duas décadas, com consequente aumento do número de pacientes submetidos a ventilação mecânica e com necessidade de traqueostomia. Após desmame ventilatório e melhora do estado clínico do paciente; a retirada da cânula de traqueostomia deve ser realizada com critério e sob estrita vigilância médica. A possibilidade de estenose traqueal e outras afecções laringo-traqueais que podem evoluir para obstrução da via aérea até meses após a decanulação deve sempre ser considerada. **Objetivo:** Avaliar a incidência e o tipo das complicações laringotraqueais nos pacientes submetidos a traqueostomia e a ventilação mecânica invasiva. Prevenir as consequências clínicas e legais de complicações não diagnosticadas em pacientes pós intervenção invasiva/cirúrgica. Verificar a efetividade das medidas implementadas a fim de prevenir as lesões laringotraqueais. **Método:** A partir análise contínua de todos os pacientes submetidos a traqueostomia são protocolarmente reavaliados endoscopicamente até o processo de decanulação pela mesma equipe de cirurgia torácica no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário no Período de Janeiro de 2005 até Dezembro de 2016 e clínica particular dos autores no período de 2005 à 2016. Foram incluídos no estudo todos os pacientes internados no Centro de Tratamento Intensivo e em unidade coronariana das unidades participantes do estudo em Niterói e Rio de Janeiro com sugestão clínica de decanulação. **Resultados:** Um total de 317 pacientes, distribuídos por 170(53,62%) homens e 147(46,37%) mulheres, idade compreendida de 15 a 95 anos (média de 59,89 anos) 19,24% não puderam ter a cânula retirada devido a alterações que poderiam obstruir a via aérea; apenas 73,8% foram de fato decanulados ao primeiro exame endoscópico. Dentre o total dos pacientes, 234(73,8%) apresentavam alterações consequentes a intubação prolongada ou à própria traqueostomia. Entretanto 190(59,9%) do total dos pacientes possuíam alterações que permitiam decanulação, mas que necessitaram de procedimentos como dilatação ou ressecção de granulomas, o que ressalta a necessidade de acompanhamento com repetidas endoscopias. Pacientes em acompanhamento endoscópico 80% do total fizeram somente um exame a fim de decanulação, 15,4% passaram por 02 exames, 3,1% por 03 exames e 1,5% até 08 exames endoscópicos. No período ocorreu falha do controle endoscópico em 03(0,94%) pacientes dos 317. **Conclusões:** A avaliação endoscópica prévia à decanulação deve fazer parte do protocolo de acompanhamento do paciente traqueostomizado. A multidisciplinaridade no processo de decanulação é necessária a avaliação fisioterápica, fonoaudiológica e clínica criteriosa diminui exames endoscópicos desnecessários e a falha na própria decanulação.

AP155 EBUS-TBNA NO DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO DA NEOPLASIA PULMONAR. TUDO EM UM SÓ PROCEDIMENTO
VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO¹; LILIA MAIA SANTOS²; RICARDO MINGARINI TERRA³; REGINA BARROS⁴; CRISTINA MITTELDORF⁵; ANDRÉ LOBO NAGY⁶; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO⁷; MÁRCIA JACOMELLI⁸

1. INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, INCOR - HCFMUSP, HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP; 2. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

EPE, PNEUMOLOGY, COIMBRA, PT, COIMBRA; 3. INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, INCOR - HCFMUSP E HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP; 4. INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP; 5. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP; 6. INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO E INCOR - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP; 7. INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS HCFMUSP E HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO, SP; 8. INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS HCFMUSP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Neoplasia de pulmão; ebus-tbna; diagnóstico e estadiamento

Introdução: Para o diagnóstico precoce da neoplasia pulmonar (NP) é necessária análise de material histológico ou citológico da lesão suspeita. A coleta desse material pode ser realizada através de broncoscopia flexível (BF), da punção por agulha guiada por TC (PAAF-TC) ou por métodos cirúrgicos (MC). Para o estadiamento linfonodal embora a mediastinoscopia seja o padrão ouro, esta está associada a uma maior morbidade e mortalidade, quando comparada a métodos endoscópicos disponíveis atualmente para o mesmo fim. A ecobroncoscopia com punção aspirativa com agulha fina (EBUS-TBNA) é um método consagrado na realização do diagnóstico e do estadiamento N em um só procedimento. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do EBUS-TBNA no diagnóstico e no estadiamento linfonodal da NP em nosso meio. **Métodos:** Análise retrospectiva do banco de dados do InCor-HCFMUSP, ICESP-FMUSP e Hospital SÍRIO Libanês, de 08/2011 a 12/2017, avaliando dados dos pacientes com suspeita de NP, que foram submetidos ao EBUS-TBNA para investigação diagnóstica e estadiamento linfonodal mediastinal. **Resultados:** Foram selecionados 52 pacientes, com média de idade de 63 ± 12 anos, sendo 62% homens ($n = 32$). O EBUS-TBNA foi diagnóstico em 83% dos casos ($n = 43$), BF em 10% dos casos ($n = 5$), MC em 6% ($n = 3$) e PAAF-CT em 2% ($n = 1$). Adenocarcinoma foi o tipo mais frequente com 64% dos casos ($n = 33$), pequenas células em 19% ($n = 10$), carcinoma epidermóide em 15% ($n = 8$) e carcinóide em 2% ($n = 1$). No estadiamento da NP foi observado N0/N1 (confirmado cirurgicamente) em 23% ($n = 12$), N2 em 61% dos casos ($n = 32$), N3 em 13% dos casos ($n = 7$), inconclusivo em 2% ($n = 1$). Mesmo em pacientes com estadiamento Nzero confirmado ($n = 11$), o EBUS-TBNA foi diagnóstico em 2 casos, puncionando diretamente a lesão primária da NP (18% desses casos). Dos 17 casos sem linfonodomegalias à TC, o EBUS foi diagnóstico em 11 pacientes (65% desses casos), recuperando células neoplásicas para diagnóstico em linfonodos considerados normais à TC. A sensibilidade do EBUS-TBNA no diagnóstico da NP foi de 81%. A sensibilidade e o VPN no estadiamento da NP foi de 98% e 92% respectivamente. Nesse grupo de pacientes, a espera por uma biópsia cirúrgica foi em média de 30 dias (de 15 a 57 dias) e a espera por uma PAAF-TC foi de 106 dias. Nenhum dia de espera por uma BF, pois era realizada no mesmo momento do EBUS-TBNA se necessário. O EBUS-TBNA como primeiro e único método para diagnóstico e estadiamento, identificou a neoplasia de forma precoce, dispensando o tempo necessário para realização de outro procedimento diagnóstico (PAAF-TC ou biópsia cirúrgica). Nenhuma complicação foi observada nesse grupo de pacientes. **Conclusão:** O EBUS-TBNA foi eficaz no diagnóstico da NP mesmo em casos onde a TC não mostrava linfonodomegalias e foi eficaz no estadiamento da NP em um mesmo procedimento, encurtando muito o período para início do tratamento, na medida que dispensa a realização de outros exames diagnósticos.

AP156 BRONCOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE MICOBACTERIOSE PULMONAR E SUAS MANIFESTAÇÕES ENDOBRÔNQUICAS: ESTUDO RETROSPECTIVO

MÁRCIA JACOMELLI; DIEGO ANDRÉS GUARANGO JARAMILLO; SERGIO EDUARDO DEMARZO; PAULO ROGÉRIO SCORDAMAGLIO; LUCIANA PASCHOARELI BOSCO TAVARES; EVELISE LIMA; FELIPE NOMINANDO DINIZ OLIVEIRA; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Micobacterioses; lesões endobrônquicas; broncoscopia

Introdução: Apesar das mortes por tuberculose (TB) terem diminuído em 22% entre 2000 e 2015, ela continua sendo uma das dez principais causas mundiais de morte. Segundo a OMS foram 10,4 milhões de novos casos de TB em 2015 no mundo todo. Cerca de 50 a 80% dos pacientes com TB pulmonar, não têm escarro ou tem pesquisa de BAAR negativa. Nesses casos está indicada a broncoscopia (BF) com lavado broncoalveolar (LBA) e/ou biópsia transbrônquica (BTB). Muitos desses casos podem evoluir com tuberculose endobrônquica (TBE), definida como inflamação específica da árvore traqueobrônquica causada pelo bacilo da TB. A TBE tem sido diagnosticada em 10 a 36,8% dos pacientes com TB pulmonar e/ou linfadenite tuberculosa que se submetem à BF. A TBE pode evoluir para estenose brônquica como complicação tardia mais temida, a despeito da terapia antituberculosa, sendo difícil o diagnóstico e o manejo dessa patologia. Outras micobacterioses não TB também podem evoluir com lesões traqueobrônquicas.

Objetivo: Avaliar as alterações traqueobrônquicas em pacientes com diagnóstico de micobacteriose pulmonar.

Métodos: Foram analisados, retrospectivamente, dados de pacientes submetidos a BF com coleta de LBA e Biópsias (BX), para diagnóstico de micobacteriose pulmonar no InCor-HCFMUSP, entre 01 de janeiro de 2014 a 30 de julho de 2016. Os pacientes foram sedados e anestesiados topicamente segundo o protocolo da instituição. Foram incluídos na análise final os pacientes com micobacteriose pulmonar confirmada pela pesquisa direta (PBAAR) e/ou cultura positiva no LBA ou na BX e/ou presença de processo granulomatoso na BX, com ou sem necrose caseosa. Foram analisadas as alterações traqueobrônquicas obtidas a partir dos laudos e fotos dos exames e catalogadas segundo a classificação de Chung. **Resultados:** Foram identificados 104 pacientes com micobacteriose pulmonar confirmada, dos quais 29 (27,85%) tinham alterações endobrônquicas. A idade média foi 39,96 anos $\pm$ 18,05 e 17 eram mulheres (58,62%). A lesão de mucosa edematosa/enantemática foi a mais frequente das alterações endobrônquicas (n = 10, 34,48%), seguida da lesão fibroestenótica (n = 9, 31,03%), granular (n = 3, 10,34%), bronquítica não específica (n = 3, 10,34%), caseosa (n = 2, 6,89%), e tumoral (n = 2, 6,89%). Não foram observadas lesões ulcerativas nesse grupo de pacientes. Foi observado um maior número de lesões endobrônquicas nas micobacterioses por M. tuberculosis. Em 25 pacientes foi identificado M. tuberculosis (86,20%) e em 4 pacientes outras micobactérias (13,79%) sendo respectivamente M. abscessus (n = 1), e M. kansasii (n = 3). **Conclusão:** Alterações endobrônquicas foram bastante frequentes nos casos de micobacterioses pulmonares (TB ou não TB), nesse grupo de pacientes, enfatizando a importância da realização da BF de forma precoce para manejo dessa patologia.

AP157 EFICÁCIA DIAGNÓSTICA DO EBUS-TBNA NA LINFADENOPATIA MEDIASTINAL E HILAR EM PACIENTES COM NEOPLASIA EXTRATORÁCICA NEM TUDO É METÁSTASE

RAQUEL BEZERRA ESTRELA RODRIGUES; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; RICARDO MINGARINI TERRA; REGINA BARROS; CRISTINA MITTENDORF; ANDRÉ LOBO NAGY; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; MÁRCIA JACOMELLI INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Neoplasia extrapulmonar; linfonodomegalia mediastinal; ebus-tbna

Introdução: Até 30% dos casos de malignidade extratorácica podem metastatizar para o mediastino. A confirmação citológica ou histológica dos linfonodos mediastinais é fundamental para o planejamento terapêutico. Embora a mediastinoscopia seja o padrão ouro no diagnóstico etiológico da linfadenopatia mediastinal, está associada a uma maior morbidade e mortalidade quando comparada a métodos endoscópicos, disponíveis atualmente, para o mesmo fim. Além disso, a mediastinoscopia pode não conseguir acesso aos linfonodos hilares. É necessário avaliar a eficácia do EBUS-TBNA, no diagnóstico da linfadenopatia mediastinal em pacientes oncológicos em nosso país, onde as doenças infecciosas ganglionares têm alta incidência. **Objetivo:** avaliar a eficácia diagnóstica (de etiologia inflamatória, infecciosa, e neoplásica) do EBUS-TBNA na linfadenopatia mediastinal e hilar em pacientes com neoplasia extratorácica em nosso país. **Método:** Foi analisado retrospectivamente, banco de dados realizado prospectivamente, com procedimentos de EBUS-TBNA em pacientes com neoplasia extratorácica diagnosticada, para elucidação diagnóstica de linfadenopatia mediastinal observada na TC de tórax ou na PET-CT, de agosto de 2011 a março de 2017, no InCor-HCFMUSP, ICESP-FMUSP e Hospital Sírio Libanês. Linfadenopatia foi definida como menor diâmetro do linfonodo maior que 10 mm à TC e captação dos linfonodos pela 2-fluoro-2-deoxy-D-glicose (FDG) à PET-CT. Pacientes com diagnóstico prévio ou atual de neoplasia pulmonar no momento da realização do EBUS-TBNA foram excluídos do estudo. **Resultados:** De 619 pacientes submetidos ao EBUS-TBNA, 134 pacientes preencheram os critérios de inclusão, com média de idade de 58 anos $\pm$ 11 anos, sendo 82 pacientes do sexo masculino (59,31%). As neoplasias extrapulmonares mais frequentes foram: carcinoma colorretal (n = 24, 18%), neoplasia mamária (n = 21, 16%), neoplasia hematológica (n = 19, 14%), cabeça e pescoço (n = 18), carcinoma de rim e vias urinárias (n = 12,9%), carcinoma de próstata (n = 10,7%) e outros (n = 30, 22%). O EBUS-TBNA identificou metástase em linfonodos mediastinais ou hilares em 45% dos casos (n = 61) e uma neoplasia primária nova (hematológica). Foram diagnosticados ainda, inflamação reacional linfonodal (confirmada cirurgicamente ou com acompanhamento radiológico) em 18% dos casos (n = 24), reação sarcoide em 13% (n = 18), doença infecciosa (4 com tuberculose, 3 com infecção fúngica, 1 com actinomyces) em 6% (n = 8). Perda de acompanhamento em 8 casos (6%), resultado inconclusivo em 9 casos (7%) e resultado falso benigno em 5 casos (4%). A sensibilidade do EBUS-TBNA, VPN e acurácia em detectar metástase linfonodal mediastinal e hilar foi de 91,2%, 90,9% e 83,6% respectivamente. A sensibilidade geral para diagnóstico benigno ou maligno foi de 83,6%. Não houve complicações nesse grupo de pacientes. **Conclusão:** O EBUS-TBNA é método seguro e eficaz no diagnóstico de linfadenopatia mediastinal e hilar em pacientes com neoplasia extrapulmonar.

AP158 RENDIMENTO DIAGNÓSTICO DA BRONCOSCOPIA EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAI IMUNOSSUPRIMIDOS COM INFILTRADO PULMONAR

GUILHERME NOGUEIRA SPINOSA; SERGIO EDUARDO DEMARZO; ANDRÉ LOBO NAGY; ASCÉDIO JOSÉ RODRIGUES; ADDY LDIVINA MEJIA PALOMINO; NILZA SAYURI ABE; ANAREGIA DE PONTES FERREIRA; MÁRCIA JACOMELLI
INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Broncoscopia; transplantado renal; infiltrado pulmonar

Introdução: O transplante renal (TX) é o tipo mais frequente entre todos os transplantes de órgão sólidos realizados, com importante progresso nas últimas décadas. As infecções são as principais complicações no TX renal, sendo a infecção pulmonar a mais comum delas. Um dos achados mais frequentes na tomografia computadorizada de tórax (TC) é o infiltrado pulmonar, que pode ser inflamatório ou infeccioso. Na suspeita de infecção, a definição do agente etiológico é fundamental para uma cobertura terapêutica direcionada. A broncofibroscopia (BF) com seus métodos de coleta de material, como o lavado broncoalveolar (LBA) e a biópsia transbrônquica (BTB) podem ser utilizados na investigação diagnóstica nestes casos. **Objetivos:** I- Avaliar o rendimento da broncoscopia com LBA e BTB na investigação diagnóstica do infiltrado pulmonar em pacientes transplantados. II- Avaliar a segurança e a taxa de complicação da BF nesse grupo de pacientes. **Métodos:** Análise retrospectiva de banco de dados e prontuários de pacientes adultos, com antecedente de TX renal e recebendo imunossupressão, em investigação diagnóstica de infiltrado pulmonar; e que se submeteram à BF no período de 01/11/2013 a 01/07/2017 no InCor HC-FMUSP. **Resultados:** Foram analisados 101 pacientes, com média de idade de 53 ± 12 anos, sendo 62 homens (61%). De comorbidades, 26 pacientes tinham diabetes mellitus (26%), 39 tinham hipertensão arterial sistêmica (39%) e 7 tinham insuficiência cardíaca crônica (7%). A mediana de tempo decorrido do TX até o momento da BF, foi de 2,5 anos (de 1 mês a 23 anos). A BF foi realizada em ambiente ambulatorial em 65% ($n = 66$) e em UTI em 35% ($n = 35$) dos casos. A BF foi diagnóstica em 69% dos casos ($n = 70$), sendo 74% ($n = 26$) em ambiente de UTI e 61% ($n = 40$) em ambiente ambulatorial. Foi isolado um único agente infeccioso em 43 pacientes; em 21 mais de uma etiologia e em 6 pacientes, inflamatório. A BF realizou diagnóstico de BOOP em 13,8% dos casos, infecção bacteriana em 12,8% (*S. aureus*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *S. marcescens*, *H. influenzae*, *P. putida*), infecção viral em 18,8% (CMV, Herpes simples 1 e 2, adenovírus, rinovírus e EBV). Foi diagnosticado infecção fúngica em 34,6% (*P. jirovecii*, *Aspergillus*, *Paracoccidioides*, *H. capsulatum*, *C. albicans*, *C. parapsilosis*), dos quais a pneumocistose foi a mais frequente, em 23,7%. Tuberculose foi diagnosticada pela broncoscopia em 6,9% dos casos e em 3 pacientes por outro método (escarro pós exame). Em 32% dos casos não houve confirmação diagnóstica. Observamos 11% de complicações em pacientes sem fatores de risco, sendo sangramento moderado ou grave (com necessidade de medidas hemostáticas) em 72,7% ($n = 8$), 18,2% ($n = 2$) de broncoespasmo, com necessidade de utilização de broncodilatadores e 9,1% ($n = 1$) de pneumotórax, diagnosticado por radiografia de tórax. **Conclusão:** A BF mostrou-se um procedimento seguro e eficaz no diagnóstico de doenças pulmonares em pacientes transplantados renais imunossuprimidos.

AP159 PERFIL DOS EXAMES DE BRONCOSCOPIA REALIZADOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO

ANNA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA; LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; GLEICE DA SILVA FERNANDES; THAIS JACHELLI CORREA;

THIAGO THOMAZ MAFORT; LEONARDO PALERMO BRUNO; RAQUEL ESTEVES BRANDÃO SALLES; DENIZ MUNIZ FERRAZ
UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Broncoscopia; neoplasia; biópsia transbrônquica

Introdução: A broncoscopia flexível é um método endoscópico utilizado para fins diagnósticos, terapêuticos e de pesquisa. As indicações para realização desse método endoscópico são infecções respiratórias, hemoptise, queimadura de vias aéreas, diagnóstico e estadiamento de câncer de pulmão, remoção de corpo estranho, intubação traqueal, drenagem de abscessos pulmonares, entre outros. A mortalidade relacionada ao procedimento é rara, sendo um procedimento seguro. **Objetivo:** Conhecer o perfil dos pacientes que realizaram broncoscopia e os resultados obtidos a partir da coleta de diferentes tipos de materiais no Serviço de Pneumologia e Tisiologia do HUPE/UERJ. **Métodos:** Análise retrospectiva baseada em dados dos prontuários e registros próprios do Setor de Broncoscopia de procedimentos realizados no período de setembro de 2016 a abril de 2017. **Resultados:** Foram realizados 102 exames nesse período, sendo 56 pacientes (54,9%) do sexo feminino, a média de idade foi de 56 anos e 52,9% eram brancos. Com relação ao tabagismo, 15,5%, 28,1%, 55,8% representaram tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, respectivamente. Quanto ao motivo de solicitação das broncoscopias, a maioria (49 pacientes - 48%) ocorreu por suspeita de infecção, 28,4% por suspeita de neoplasia e 29,4% para diagnóstico diferencial de pneumopatias intersticiais difusas. As bactérias mais comumente isoladas foram *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*. Cultura para micobactérias foi positiva em 5 exames, sendo apenas 1 com BAAR positivo e 1 PCR para tuberculose (GenExpert) positivo. O exame direto para fungos foi positivo em 10 pacientes (9,8%), sendo a *Candida spp* o mais prevalente, sugerindo contaminação por germes de flora comum. Houve ainda crescimento de *Aspergillus sp* em 3 casos, e *Sporothrix SP* e *Cryptococcus sp* em 1 caso cada. O exame histopatológico foi positivo para neoplasia em 5 pacientes, e para Sarcoidose pulmonar em 4 casos. Todos os exames foram realizados com anestesia tópica e sedação. As complicações no período analisado foram pneumotórax pós biópsia transbrônquica (1 paciente) e sangramento de grande monta (1 caso) com necessidade de internação pós-procedimento. **Conclusão:** A broncoscopia flexível é um método pouco invasivo utilizado para diagnóstico e terapêutica, e suas indicações passam por doenças infecciosas, neoplásicas e inflamatórias. Em nosso serviço, a maioria dos pacientes são do sexo feminino e não-tabagistas, e a suspeita de infecções respiratórias foi o principal motivo para a solicitação de broncoscopia. As complicações relacionadas ao exame foram raras.

AP160 CRIOBÍPSIA PULMONAR: INICIATIVA PIONEIRA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO – SÉRIE DE CASOS

LEONARDO PALERMO BRUNO; LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; ANNA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA; RAQUEL ESTEVES BRANDÃO SALLES; THIAGO THOMAZ MAFORT; DENIZ MUNIZ FERRAZ

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

Palavras-chave: Criobiópsia; crioterapia; biópsia

Introdução: A biópsia pulmonar cirúrgica faz parte da avaliação de pacientes com pneumopatia intersticial difusa (PID) quando os dados clínicos, radiológicos e laboratoriais não são conclusivos. Porém, muitos pacientes não possuem reserva pulmonar para poder realizar o procedimento,

dificultando o diagnóstico de certeza das PID. A Criobiópsia transbrônquica permite retirada de tecido pulmonar através de uma criosonda e pode ser usado como uma alternativa à biópsia cirúrgica no diagnóstico de PID com risco menor de complicações no pós-operatório e menor tempo de internação. É indicada também para fins de tratamento como na recanalização brônquica, desvitalização de tecidos, retirada de corpo estranho, tratamento de tumores endobrônquicos e carcinoma in situ. Além de conseguir uma amostra de tecido pulmonar maior, os fragmentos costumam ser mais representativos do parênquima pulmonar e com menor grau de artefato, possibilitando melhor avaliação pelo patologista. A criosonda permite ainda biópsia de lesões tangenciais de via aérea, além de possuir uma técnica de relativa fácil aplicação com equipamentos e manutenção pouco dispendiosos. Os riscos inerentes ao procedimento são: o pneumotórax, sangramentos e infecção (pós-procedimento). **Relato:** Nosso serviço adquiriu o aparelho de criobiópsia em março de 2017 e foram realizados 13 exames. Sendo um com indicação de recanalização endobrônquica, um para diagnóstico de tumor endobrônquico e os demais para diagnóstico de doença intersticial difusa. Os pacientes selecionados para o exame eram acompanhados em nosso serviço e submetidos a testes de função pulmonar, ecocardiograma e tomografia de tórax. Os pacientes foram hospitalizados em média 3 dias antes da biópsia e recebendo alta hospitalar com uma média de 30 horas após o procedimento. A média do Volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) foi de 1,55 L e capacidade vital forçada (CVF) de 1,67 L. Houve apenas um paciente com pneumotórax pós procedimento. Dos achados histopatológicos, dois pacientes apresentaram padrão típico de pneumopatia intersticial usual (PIU), uma com diagnóstico de Sarcoidose, duas com padrão de Pneumonia por hipersensibilidade e uma com Adenocarcinoma mucoepidermóide. Alguns dos exames histopatológicos estão passando por processo de revisão para definição diagnóstica. Houve ainda um caso de recanalização brônquica em uma jovem com história de tratamento prévio para tuberculose latente, que evoluiu nos últimos dois anos com quadro de tosse, febre e dispneia. Já havia realizado duas broncoscopias convencionais diagnósticas, porém apenas evidenciando processo inflamatório e oclusão de lobo médio por lesão endobronquica. Foi realizado a Criobiópsia com intuito de diagnóstico e de desobstrução do lobo médio, evidenciando a presença de broncolitos. **Conclusão:** A Criobiópsia / Crioterapia é um método inovador e que possibilita biópsia e/ou tratamento de pacientes não elegíveis para procedimentos mais invasivos convencionais.

AP161 EDAC: IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
ANDREYA PEREIRA FURRIEL; KEYDSON SOUSA SANTOS; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; PRISCILA ABREU FRANCO; WILLIAN JOSE MENDONÇA SERPA RODRIGUES; ANA CAROLINA TERRA CRUZ; LUIZ HIROTOSHI OTA
UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Colapso excessivo; dispneia; broncoscopia
Introdução: Existem basicamente dois tipos de estenoses funcionais das vias aéreas centrais: as malácias (traqueobroncomalácia, TBM) e as decorrentes do colapso das vias aéreas. Essas últimas são denominadas, em inglês, excessive dynamic airway collapse (EDAC, colapso dinâmico excessivo das vias aéreas). Embora a ocorrência dessas estenoses seja relativamente comum, não há registros de estudos multicêntricos ou prospectivos com foco nas alterações dinâmicas das vias aéreas; além de alguns pesquisadores não distinguirem as entidades, o que

dificulta a identificação e tratamento de cada alteração. O caso relatado a seguir trata-se do diagnóstico de EDAC durante investigação de dispneia. **Relato:** Masculino, 73 anos, natural e procedente de São Paulo, casado, aposentado, previamente pintor. Queixava-se de dispneia há 6 anos, mMrc 2, associada a tosse seca e sibilância, predominantemente matutina e desencadeada por odores. Tem roncos e apneia presenciada. Epworth 10. Nega internações ou necessidade de intubação orotraqueal (IOT). Antecedentes pessoais: Obesidade, DRGE em uso de omeprazol 40mg/dia; e em uso de Formoterol+Budesonida 12/400mcg 12/12h. Hábitos e exposições: Ex tabagista 17maços-ano (cessou há 2 anos). Nega uso de álcool, drogas e demais comorbidades. Foi pintor por 30 anos. Exame físico: Eupneico em repouso, PA 140x90mmHg; IMC 35; Som pulmonar presente bilateralmente, discretos estertores finos em bases. f: 22ipm, SpO2: 94% ar ambiente Teste do degrau 3min: Inicial SpO2 93%, FC 78; final SpO2 89% FC 114 Radiografia de Tórax com discreto infiltrado reticular e Tomografia de Tórax com reticulado fino periférico, bilateral, com predomínio em bases, bronquielectasias de tração dispersas pelo parênquima; na fase expiratória apresentou redução do lúmen de brônquios principais e atenuação em mosaico. Polissonografia: Acentuado índice de apneia e hipopneia por eventos obstructivos (AIH 94). Dessaturação da oxi-hemoglobina. Broncoscopia: Colabamento subtotal de parede de rinofaringe/coanas, com infiltração gordurosa do trajeto da rinofaringe, e dos brônquios principais, intermédio e lobar superior direito às custas de migração excessiva da porção membranácea, com colabamentos de 50-60% do predito. Criobiópsia transbrônquica: Inflamação crônica inespecífica com focos de pneumonia em organização. Hipótese de BOOP por aspiração crônica. Espirometria tecnicamente inaceitável. **Discussão:** O EDAC é desencadeado por processos inflamatórios crônicos que atrofiam as fibras elásticas longitudinais na porção membranosa. Aumento das pressões intratorácicas e hipotonia da musculatura da porção posterior das vias aéreas são também responsáveis pelo afrouxamento da porção membranosa, e o colapso excessivo. Broncoscopia e TC são métodos diagnósticos, havendo boa correlação entre os mesmos. O tratamento visa minimizar sintomas e melhorar qualidade de vida, sempre individualizado, podendo envolver perda ponderal, uso de pressão positiva (CPAP) e até mesmo endopróteses.

AP162 EDAC: SÉRIE DE CASOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO PAULO
ANDREYA PEREIRA FURRIEL; ANA CAROLINA TERRA CRUZ; WILLIAN JOSE MENDONÇA SERPA RODRIGUES; RODRIGO JOSÉ NINA FERREIRA; LUIZ HIROTOSHI OTA; ANAREGIA DE PONTES FERREIRA; PRISCILA ABREU FRANCO; ANA CAROLINA LIMA RESENDE
UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Dispneia; colapso dinâmico; via aérea
Introdução: As estenoses funcionais de vias aéreas dividem-se basicamente em traqueobroncomalácia (TBM) e EDAC (excessive dynamic airway collapse – colapso dinâmico excessivo de vias aéreas). No EDAC, durante a expiração normal, o aumento da pressão pleural produz colapso dinâmico das vias aéreas, capaz de reduzir o lúmen em 50% ou mais, podendo chegar a mais de 70% de redução em certos casos. Pode estar associado a tosse refratária, dispneia, sibilância e até mesmo insuficiência respiratória, e deve ser aventado como diagnóstico diferencial nos casos de asma e DPOC (refratários ao tratamento otimizado) e naqueles com desmame ventilatório difícil. O diagnóstico provém tanto da Tomografia Computadorizada de Tórax

quanto da Broncoscopia, em que se observa o colapso dinâmico durante a respiração. Pode ocorrer amputação da curva de fluxo expiratório na espirometria. **Material e Método:** Descrevemos uma série de casos com 8 pacientes com diagnóstico de EDAC confirmados via broncoscopia. Dentre os incluídos 5 eram do sexo feminino, com idade entre 50 a 92 anos. 87,5% apresentava obesidade grau I e 1 paciente portava obesidade grau II, em conformidade com demais estudos, em que o EDAC predomina em obesos. Quanto aos sintomas, todos iniciaram investigação devido dispneia progressiva; e destes, 25% estava em acompanhamento devido síndrome de apneia e hipopneia obstrutiva do sono e 37,5% tinham sintomas de doença do refluxo gastroesofágico. Na TC de tórax: 85% possuía atenuação em mosaico e sinais de aprisionamento aéreo. Em relação à espirometria, três pacientes não conseguiram atingir manobras aceitáveis, e os demais apresentavam distúrbio ventilatório restritivo; o que não foi confirmado na literatura sobre EDAC. O diagnóstico foi confirmado via broncoscopia, evidenciando colapso de vias aéreas em todos os pacientes, com redundância excessiva da porção membranacea, acometendo desde a traqueia, e em 50% dos avaliados houve predomínio do colapso do brônquio principal direito. **Discussão:** O EDAC deve ser estratificado conforme status funcional, extensão da anormalidade na via aérea e a porcentagem do colapso. Os principais fatores de risco para EDAC são: tabagismo, obesidade, inflamação crônica das vias aéreas (p. ex: asma e DPOC) e condições que levam à atrofia das fibras elásticas. O tratamento do EDAC deve ser individualizado e resultados ainda não são garantidos. Em nosso serviço tem-se visto bons resultados com aplicação de pressão positiva nas vias aéreas (CPAP); tratamento de sintomas dispnéicos e perda ponderal. Em casos de obstrução severa ou refratários às demais medidas, pode-se avaliar a colocação de endopróteses.

AP163 TUMOR GLÔMICO ENDOBRÔNQUICO – RELATO DE CASO

JORGE HUMBERTO ARDILA VEGA¹; SERGIO OLIVEIRA DA SILVA¹; JULIANA MATOS DA SILVA¹; THIERRY FELLIPE FERNANDES TEIXEIRA¹; PRISCILLA ALVARENGA FERREIRA¹; JOSE ALVES ROCHA FILHO²; GUSTAVO FORTUNATO¹; MARCEL LIMA ALBUQUERQUE³
1. HUPES/UFBA, SALVADOR, BA; 2. HOSPITAL CARDIOPULMONAR, SALVADOR, BA; 3. HUPES/UFBA/ HOSPITAL CARDIOPULMONAR, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Tumor; glômico; endobrônquico

Introdução: Tumores glômicos (TG) são neoplasias benignas de partes moles, raros e constitui menos de 2% de todos os tumores de partes moles (umesh). Derivam histologicamente das células do glomus neuromioarterial, ou corpo glômico, uma estrutura anatômica que se acredita estar relacionada à regulação da temperatura (akata). A localização mais comum desse tumor é na região subungueal (takashi), no entanto, podem ocorrer ocasionalmente em locais supostamente desprovidos de corpos glômicos, como trato gastrointestinal, ossos, colo de útero, ovários e mediastino (yanlong). TG primários do pulmão são extremamente raros, com poucos relatos na literatura. As estratégias diagnósticas e terapêuticas para esta condição não estão bem estabelecidas. Relatamos um caso de tumor glômico do brônquio do segmento posterior do lobo superior direito que se apresentou como pneumonia pós-obstrutiva de repetição. **Caso Clínico:** Homem 58 anos de idade procurou a emergência com quadro de febre há 04 dias com picos diários, associado a tosse sem expectoração e dispneia. Tinha antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 e asma brônquica. Referia internamentos prévios com os mesmos sintomas, sendo tratado com

antimicrobianos, sempre recebendo alta com melhora do quadro clínico. Negava abuso de álcool e história de tabagismo. Ao exame físico estava subfebril, eupneico com boa saturimetria em ar ambiente. Ausculta respiratória com murmúrio vesicular bem distribuído sem ruídos adventícios. O restante do exame não mostrou alterações relevantes. A radiografia de tórax demonstrou opacidade heterogênea no lobo superior direito e opacidades lineares no lobo inferior esquerdo, com aspecto de atelectasias subsegmentares. Foi visto na Tomografia computadorizada de tórax formação expansiva de contornos lobulados e por vezes espiculados e de densidade heterogênea com imagens aéreas em permeio, medindo cerca de 4,4 x 4,1 cm nos maiores eixos axiais, em segmento posterior do lobo superior do pulmão direito (LSD) em topografia paramediana determinando redução de calibre de segmento brônquico neste sítio. Blocos consolidativos confluentes com broncogramas aéreos em permeio e opacidades em vidro fosco no mesmo segmento pulmonar. A fibrobroncoscopia revelou tumor endobrônquico ocupando o segmento posterior do LSD, ocluindo também a saída do segmento apical. Realizado biópsia brônquica cujo resultado foi compatível com tumor glômico. O paciente foi submetido a lobectomia superior direita como tentativa de terapia definitiva, procedimento sem intercorrência. Recebeu alta em boas condições clínicas para seguimento ambulatorial.

AP164 DENTES E PRÓTESES DENTÁRIAS COMO CAUSA DE CORPO ESTRANHO ENDOBRÔNQUICO

MATHEUS RABAH¹; LETICIA FERNANDES FRAGA¹; MARCELO FOUAD RABAH¹

1. PUC-GO, GOIANIA, GO; 2. UFG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Corpo estranho; dentes e próteses; aspiração

Introdução: As aspirações traqueobrônquicas de corpo estranho são problemas médicos sérios que podem levar à tosse produtiva, dispneia, insuficiência respiratória e até a morte. Embora possam ser vistos em todas as faixas etárias, eles são menos comuns em adultos em comparação com crianças. O desconforto respiratório agudo pode ser observado em crianças, mas às vezes pode ser assintomático. No entanto, em adultos, pode haver tosse produtiva, dor lateral e falta de ar, além de ser assintomática. Os materiais estranhos orgânicos, tais como os alimentos, são aspirados mais comumente e geralmente se alojam no brônquio fonte direito. No entanto, corpos estranhos brônquicos variam de acordo com suas naturezas. Ossos, alimentos, objetos metálicos, prótese dentária, dentes e objetos de plástico são os mais frequentes. Em especial, as aspirações de dentes e próteses dentárias são raras na literatura, porém neste estudo foi reportado três casos de broncoaspiração, tanto de dentes como próteses dentária.

Métodos: Realizado estudo descritivo com quatro casos de corpo estranho endobrônquico de materiais de fixação metálica dentária. Os casos foram oriundos de um serviço de referência para Endoscopia Respiratória da cidade de Goiânia e todos foram submetidos a broncofibroscopia com aparelho Pentax 18-X, com monitorização utilizando oxímetro de pulso e sedação com midazolam (0,05 mg/kg) e fentanil (1,0 µg/kg) além de anestesia tópica com solução de lidocaína a 1% (máximo de 4,5 mg/kg). Foi utilizada uma pinça de pressão para retirada do corpo estranho pelo canal de trabalho da broncoscopia. **Resultados:** Dos quatro casos, os três primeiros apresentaram como corpo estranho uma fixação metálica dentária, as quais estavam situadas em brônquio do lobo inferior direito, brônquio do lobo médio, e subsegmento C do brônquio do segmento

apical do lobo inferior direito, respectivamente. O último caso o corpo estranho foi um dente, que estava instalado no brônquio intermediário direito associado a intensa inflamação. Em relação ao sucesso da retirada do corpo estranho, apenas uma fixação metálica dentária – a que se situava em subsegmento C do brônquio do segmento apical do lobo inferior direito – não foi possível de se retirar. Os outros corpos estranhos foram retirados com sucesso e sem intercorrências. **Conclusão:** Próteses dentárias e dentes são achados comuns na broncoscopia indicada para retirada de corpos estranhos. Entende-se que a aspiração de corpos estranhos na faixa etária adulta é relevante e dar a devida atenção a esses eventos se justifica pelo fato desta afecção poder levar a um diagnóstico errado ou até a insuficiência respiratória seguida de morte. A literatura ainda é muito escassa quando os corpos estranhos são dentes ou próteses dentárias, e diante o grande aumento de uso dessas próteses pela população a investigação e documentação de casos se torna mandatória.

AP165 RELATO DE CASO: ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE BRONQUIECTASIAS

ANDREYA PEREIRA FURRIEL; KEYDSON SOUSA SANTOS; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; PRISCILA ABREU FRANCO; LUIZ HIROTOSHI OTA
UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Corpo estranho; via aérea; bronquiectasias

Introdução: Corpo estranho em via aérea de pacientes adultos sem doenças neurológicas/distúrbios de deglutição é um evento raro (< 0,33% dos casos) e deve ser suspeitado como diagnóstico diferencial dos quadros de sibilância. Outros sintomas prevalentes são tosse e dispnéia. Os maiores afetados são os extremos de idade (crianças e idosos) e aspiração em adultos hígidos tem sido relacionado a materiais inorgânicos, relacionados a atividade laboral (p. ex: construção civil). Relatamos um caso clínico de aspiração de corpo estranho em paciente adulto, sem distúrbios neurológicos ou relacionados a deglutição, com achados tomográficos compatíveis e confirmado através de broncoscopia. **Relato:** Sexo feminino, 62 anos, natural de Pernambuco e procedente de São Paulo, com tosse e piora da sibilância há 1 ano. Asmática desde os 28 anos, em tratamento irregular, apresentava piora do quadro, com crises frequentes há 1 ano. Queixava-se de tosse produtiva, com expectoração hialina, associado a sibilos e dispnéia aos esforços; nega febre, perda ponderal, ortopneia e demais sintomas. Teste de controle de asma 19. Ex- tabagista (CT 15maços/ano cessou há 5 anos). Antecedentes pessoais: Asma, Hipertensão arterial e catarata. Medicamentos em uso: Alenia 12/400mcg 12/12h; Teofilina 100mg 12/12h; Prednisona 5mg/dia (prescrito em consulta ao AME em 2016); Enalapril 20mg/dia. Exame físico: Bom estado, eufneica, PA 140x110mmHg; IMC: 27; FR 18ipm; SpO2: 98%; FC 88bpm. Ausculta pulmonar com sibilos expiratórios em base esquerda, sem demais alterações ao exame físico. Espirometria: Distúrbio ventilatório obstrutivo moderado, com resposta ao uso de broncodilatador. Tomografia de Tórax sem contraste: Lesão endobrônquica em LIE (lobo inferior esquerdo) hiperatenuante associada a imagem de árvore em brotamento e pequenas bronquiectasias locais. Broncoscopia: Brônquio principal esquerdo obstruído na porção terminal por corpo estranho fixo. Realizada retirada do objeto (ossículo de frango) com pinça dente de rato, sem intercorrências. Após retirada do corpo estranho, apresentou melhora dos sibilos e regressão dos focos de impactação mucoide em nova TC tórax. **Discussão:** Apesar

de infrequente em adultos, estudos comprovam que 47% dos objetos aspirados são orgânicos. A localização mais frequente é à direita (justificado pela anatomia pulmonar) e o método de escolha do broncoscópio depende da experiência do profissional (rígido melhor em corpos estranhos fixos; e flexível gera menor morbidade e riscos de procedimentos secundários). Possíveis complicações do procedimento incluem febre, pneumotórax, sangramento em vias aéreas, edema laríngeo e insuficiência respiratória. Achados de imagem dependem da natureza e localização do material, sendo atelectasia, aprisionamento aéreo e bronquiectasias os mais frequentemente encontrados.

AP166 TRATAMENTO BRONCOSCÓPICO COM CRIOTERAPIA EM PACIENTE COM BRONCOLITASE TUBERCULOSA – RELATO DE CASO

LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; ANNA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA; LEONARDO PALERMO BRUNO; RAQUEL ESTEVES BRANDÃO SALLES; THIAGO THOMAZ MAFORT; DENIZ MUNIZ FERRAZ

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

Palavras-chave: Criobiópsia; broncolitase; recanalização brônquica

Introdução: A Crioterapia é um método utilizado em broncoscopia intervencionista para fins diagnósticos e terapêuticos em patologias pulmonares, na qual uma criosonda é empregada para obtenção de fragmentos pulmonares, sendo eles transbrônquicos ou endobrônquicos, além de poder ser utilizada para recanalização de via aérea e retirada de corpos estranhos. Esse método torna-se ainda mais atraente quando pensamos em pacientes com doenças pulmonares ou sistêmicas que seriam impeditivas a abordagens diagnósticas ou terapêuticas mais invasivas, sendo possível encurtar tempo de internação e taxa de complicações nesses pacientes. Caso clínico: Feminina, 45 anos, negra, enfermeira, há 2 anos realizou tratamento de Tuberculose latente com Isoniazida por 6 meses após evidência de PPD forte reator. Há 1 ano paciente apresentando quadro de febre intermitente, tosse produtiva e dispnéia aos esforços. Tomografia de tórax evidenciando consolidação atelectásica em topografia de lobo médio (BLM) associada a linfonodomegalias hilares, infracarinal e paratraqueal baixa à direita com áreas de calcificação. Broncofibroscopia evidenciando alargamento da carina principal, lesão exofítica ocluindo a entrada do BLM com saída de secreção branca e espessa. Realizado biópsia endobrônquica no BLM com pinça comum. Exame histopatológico evidenciando processo inflamatório crônico e agudo, negativo para malignidade. Pesquisa para Tuberculose, micobacteriose e infecção fúngica negativa, tanto no lavado brônquico, quanto demais testes. Acesso a linfonodos patológicos visualizados em TC tórax via Ultrassonografia endobrônquica também revelou resultado citopatológico e microbiológico inconclusivo. Decidida então abordagem por Criobiópsia / Crioterapia, sendo obtidas novas biópsias para diagnóstico e feito recanalização brônquica por meio de retirada de fragmentos da lesão exofítica de aspecto cálcico (broncolito) com a criosonda. Saída de grande quantidade de secreção purulenta. Nova broncoscopia convencional após uma semana do procedimento, evidenciando manutenção do BLM pérvio. **Discussão:** A Crioterapia é um método inovador e possibilita tratamento de lesões endobrônquicas de forma paliativa e curativa, assim como diagnóstico de doenças parenquimatosas (intersticiais e alveolares) como alternativa a biópsia cirúrgica, com menor mortalidade e complicações. A Broncolitase é definida como a presença de material calcificado (ossificação) no lúmen da árvore traqueobrônquica, sendo uma complicação pouco

frequente na Tuberculose. Pode ocorrer fechamento total do brônquio, podendo comprometer a qualidade de vida e função pulmonar. A recanalização brônquica se faz necessária naqueles pacientes que fazem infecções recorrentes ou mantenham-se sintomáticos.

AP167 FÍSTULA ARTÉRIO-BRÔNQUICA LEVANDO A HEMOPTISE MACIÇA – TRATAMENTO COM BRONCOSCÓPIO FLEXÍVEL

HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS; JOSE CLAUDIO TEIXEIRA SEABRA; LUIZ VON LOHRMANN CRUZ ARRAES; MARIANA CANEVARI DE OLIVEIRA; VANESSA MOREIRA SOUSA UNICAMP, CAMPINAS, SP

Palavras-chave: Fístula artério-brônquica; hemoptise maciça; fibroscópio

Introdução: A hemoptise é uma ocorrência que raramente necessita de intervenções em caráter de emergência, pois muitas vezes ocorre em pequenas quantidades. Porém algumas delas são caracterizadas como hemoptises maciças, que podem levar a morte se não houver uma rápida intervenção. **Relato de caso:** Paciente masculino, 42 anos e em sala de arteriografia para o tratamento endovascular de aneurisma de segmento lobar de artéria pulmonar, devido a queixas de hemoptises recorrentes. Como antecedente apresenta Doença de Behçet. A Cirurgia Torácica foi chamada em caráter de emergência para avaliar uma hemoptise maciça que se iniciou durante o procedimento, após a tentativa de colocação de um segundo dispositivo trombosante endovascular no aneurisma citado. Houve perfuração do vaso e comunicação com o brônquio correspondente. Imediatamente comparecemos na sala de arteriografia munidos de broncoscópios rígido e flexível, além de já deixar uma mesa cirúrgica pronta para uma provável toracotomia exploradora. Iniciamos a avaliação com o fibroscópio, através do tudo orotraqueal, concomitante com a ventilação mecânica. A tática endoscópica foi primeiro higienizar a árvore brônquica esquerda, para melhorar a ventilação. Depois partimos para a árvore brônquica direita, utilizando-se de soro fisiológico gelado e de solução de adrenalina. Após o controle do sangramento, identificamos uma alça da mola utilizada na embolização saindo da parede lateral do brônquio do Lobo Médio. Optamos pela retirada com a pinça de biópsia e este procedimento foi bem sucedido, apesar de um moderado sangramento após a saída do dispositivo, mas que foi novamente controlado com soro gelado e solução de adrenalina. O paciente foi mantido com sedação e transferido para a UTI. Apresentou evolução satisfatória nas 24h seguintes e extubado na sequência. Recebeu alta hospitalar e manteve acompanhando ambulatorial com boa evolução. Repetiu tomografia e broncoscopia um mês após o evento que mostrou controle do aneurisma, ausência de lesões endobrônquicas e sem mais queixas de hemoptise.

Discussão: Hemoptises maciças são caracterizadas por um sangramento volumoso em vias aéreas e se não houver uma rápida intervenção pode culminar com a morte do paciente, que neste caso se dá por asfixia. Preconiza-se a toaleta brônquica e o tamponamento do sangramento utilizando-se de broncoscópio rígido, principalmente devido ao seu calibre e a possibilidade de oxigenação durante o procedimento. Porém neste caso sentimos confiança na utilização do fibroscópio, pois o paciente encontrava-se estável hemodinamicamente e conseguimos manter uma aceitável saturação durante o procedimento. Sabíamos também que na falha deste primeiro atendimento ou na perda de confiança da abordagem inicial, tínhamos outros métodos preparados e imediatamente a disposição. Com excelente

colaboração da equipe de anestesia e ao empenho de todos os profissionais envolvidos, tivemos êxito em nossa abordagem para o tratamento da complicação.

AP168 ABORDAGEM E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NÓDULOS PULMONARES ESCAVADOS: UM RELATO DE CASO

ISABELLA CARVALHO MONTEIRO¹; LUCIANA NETTO GIOIA¹; CHARLES MAROLY LESSA MANTOVANI¹; NAZIR SOUBIHE NETO²; JULIANA CARVALHO BRITO¹; ELISA SEBBA DE SOUZA VEGA¹; NELSON DE ARAUJO VEGA¹; FABIO LUIS DA SILVA¹

1. SANTA CASA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Nódulos pulmonares escavados; metástases; adenocarcinoma de colon

Introdução: O diagnóstico etiológico de nódulos pulmonares escavados é um grande desafio na prática clínica, visto a variedade de causas. Assim, a abordagem desses pacientes devem envolver uma história clínica detalhada, exame físico e exames complementares. Apresenta-se um caso de uma paciente feminina, 68 anos, não tabagista, com dispnéia progressiva e nódulos pulmonares escavados bilateralmente.

Relato de caso: Mulher, 68 anos, com história de dispnéia crônica e progressiva de início há um ano. Há 3 dias evoluiu com piora desta, referindo ser aos pequenos esforços associado a sibilância, febre e tosse seca. Paciente portadora de HAS, dislipidemia, cirurgia de revascularização do miocárdio e com história prévia de dois tratamentos de pneumonia no último ano. Negou história de etilismo e tabagismo. Admitida no serviço de emergência da Santa Casa em bom estado geral, consciente e orientada, hipocorada 1+/4+, acianótica e afebril, FR: 20ipm SpO2: 93% ar ambiente. Ausculta pulmonar com sibilos difusos e estertores grossos em terço inferior de hemitórax direito. Os exames de imagem demonstraram massa hilar direita com envolvimento circunferencial do brônquio fonte direito e múltiplos nódulos pulmonares, menores de 1,5cm, de distribuição difusa, contornos regulares e com escavações. Foi realizado broncofibroscopia e exame citopatológico do lavado broncoalveolar positivo para células epiteliais atípicas. A biópsia transbrônquica demonstrou focos de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. O exame imunohistoquímico (CK7 negativo, CK20 positivo, CDX2 positivo, TTF1 negativo, PAX-8 negativo, NAPSIN-A negativo), associado ao padrão morfológico foram compatíveis com metástase de adenocarcinoma de origem em cólon/reto. Encaminhada então ao serviço de oncologia para realizar estadiamento clínico, colonoscopia e tratamento complementar.

Discussão: Durante a avaliação de um paciente com nódulo pulmonar escavado a investigação deve ser direcionada pelas características do paciente e história clínica. Em nosso caso, o diagnóstico foi confirmado por biópsia transbrônquica e a etiologia dos nódulos escavados foi metástase de adenocarcinoma de cólon. A frequência de nódulos escavados metastáticos é rara quando comparado com tumores primários e a prevalência de metástase pulmonar de cólon é baixa (10%), sendo o carcinoma epidermoide mais frequentemente associado à esse tipo de lesão pulmonar. Portanto, deve-se considerar a metástase de adenocarcinoma de colon uma causa atípica, mas provável de nódulos pulmonares escavados. **Referências:** 1) Bodanese L, Gutierrez ALTM, Capone D, Marchiori E. Metástases Pulmonares Atípicas: Apresentações Tomográficas. Radiol Bras. 2002;35(2): 99-103. 2) Zeng Y, Xu Y, Shu R, Sun L, Tian Y, Shi C et al. Altered expression profiles of circular RNA in colorectal cancer tissues from patients with lung metastasis. Int J Mol Med. 2017;40: 1818-28. 3) Marchiori E, Hochegger B, Zanetti G. Nódulos múltiplos escavados. J Bras Pneumol. 2017;43(2): 85.

AP169 URINOTÓRAX COMO CAUSA DE DERRAME PLEURAL PERSISTENTE: RELATO DE CASO**EDGARDO DE JESUS LLANES ROBLES; BEATRIZ GEHM MORAES; ALINE DAL POZZO ANTUNES****SANTA CASA DE MISERICORDIA, PORTO ALEGRE, RS.****Palavras-chave:** Creatinina líquido pleural; pielografia; critérios de light

Introdução: Urinotórax é uma das causas incomuns de derrame pleural e resulta da acumulação de urina no espaço pleural; muitas vezes é sub-diagnosticado e necessita ser considerado em pacientes com derrame pleural sem diagnóstico claro, associado a uropatia obstrutiva. Outras causas de urinotórax são trauma, cirurgia urológicas, lesões malignas do trato urinário. Na literatura o urinotórax já foi dividido em duas categorias dependendo da condição fisiopatológica causal: Urinotórax obstrutivo ou traumático; sem esquecer a relação com malformações congênitas mais comumente valvas uretrais posteriores. **Relato de caso:** Masculino de 76 anos de idade, história de Diabetes mellitus, hipertensão arterial e Doença arterial coronariana. Apresenta-se com quadro clínico de dor torácica e dispnéia progressiva, 2 semanas após ter sido submetido a nefrectomia parcial à direita por cisto renal Bosniak III; foi constatado derrame pleural e foi feita toracocentese de alívio na cidade de moradia, sem estudos complementares, voltando a refazer o derrame pleural poucos dias depois com piora do quadro clínico. Internado, o exame físico revelou na auscultação diminuição do murmúlo vesicular na base pulmonar à direita. A toracocentese revela líquido pleural com características de transudado segundo os critérios de Light, com ADA < 10, considerando a possibilidade de urinotórax, determinou-se a creatinina do pleural com um valor de 2,0 mg/dl, e uma relação creatinina líquido pleural/soro maior do que 1. Foi realizada cintilografia renal com 99m Tc-DTPA a qual demonstrou presença do radioisótopo dentro do tórax o que demonstrou a presença de fistula nefro-pleural. Foi realizada cistoscopia com colocação de cateter duplo Jota e sonda vesical de demora, realizada pielografia ascendente que confirmou a presença de fistula para o retroperitônio partindo do cálice médio; as condutas anteriores não conseguiram evitar a reaparição do derrame pleural comprometendo a mecânica ventilatória do paciente; precisando de toracocenteses repetidas obtendo quantidades consideráveis de líquido pleural com as mesmas características; pelo que foi decidido a realização de nefrostomia percutânea e pleuroscopia mais pleurodese; foram coletadas amostras da pleura, e o anatomopatológico foi negativo para malignidade, e os culturais negativos. Dias depois foi realizada pielografia descendente que não evidenciou fistula, o paciente teve melhora clínica substancial, posteriormente foram retirados a nefrostomia e cateter Duplo Jota, o radiograma de tórax confirmou a resolução do derrame pleural. **Conclusão:** O urinotórax como causa de derrame pleural apesar de ser raro deveria ser considerado dentro das múltiplas possibilidades diagnósticas, o clínico deve ter um alto grau de suspeição diante este fenômeno, neste caso o processo de resolução, apresentou-se como um reto terapêutico, sendo necessário condutas e procedimentos considerados mais invasivos, para conseguir o desfecho desejado.

AP170 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA – RELATO DE CASO**EVELINE MONTESSI NICOLINI; JOÃO PAULO VIEIRA; DIEGO MARTINEZ MARQUES LOPES DE SIQUEIRA; JORGE MONTESSI; GUILHERME DE ABREU RODRIGUES; EDMILTON PEREIRA DE ALMEIDA****HOSPITAL MONTE SINAI, JUIZ DE FORA, MG.****Palavras-chave:** Tumor fibroso; pleural; mesotelioma

O Tumor Fibroso Solitário da Pleura (TFSP) é um tipo raro de tumor pleural com origem nas células mesenquimatosas do tecido pleural submesotelial, que ao contrário do mesotelioma maligno da pleura, não possui relação com exposição ao asbesto. Este tumor se destaca por apresentar crescimento lento e sintomatologia inespecífica como tosse, dispnéia e dor torácica. O objetivo desse trabalho é relatar um caso raro de tumor fibroso solitário da pleura de grande volume, avaliando os principais sintomas, diagnóstico e tratamento bem como revisar a literatura com destaque para as principais diferenças entre este tumor benigno e o mesotelioma maligno da pleura. Neste trabalho, apresentamos o caso de paciente feminina, 64 anos, com queixa de dor leve esporádica do tipo em aperto em base de hemitórax esquerdo, associado a tosse seca e dispnéia leve, com evolução há aproximadamente um ano e meio, sem alterações cardiovasculares, e imagem radiográfica demonstrando velamento de dois terços inferiores do campo pulmonar esquerdo. Realizada TC de tórax com evidenciou lesão pleural de aspecto de heterogêneo, procedida biópsia trans-torácica com agulha, com diagnóstico inicial de neoplasia maligna da pleura com posterior imuno-histoquímica confirmando tumor fibroso solitário da pleura. Conforme revisão da literatura crítica, optado pela ressecção cirúrgica da lesão sem intercorrências, sendo confirmada TFSP após avaliação da peça cirúrgica.

AP171 DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE TUMOR DESMOIDE INTRATORÁCICO EM MULHER ADULTA COM CEFALEIA POR HIPOTENSÃO LIQUÓRICA**IGOR GORSKI BENEDETTO¹; FRANCES KOPPLIN CRESPO¹; PIERANGELO TADEU BAGLIO¹; GUSTAVO COSTA FERNANDES²; CRISTIANO FEIJO ANDRADE¹; MARCELO BASSO GAZZANA¹****1. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS; 2. SERVIÇO DE NEUROLOGIA DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.****Palavras-chave:** Neoplasia; pleura; tumor desmoide

Introdução: Os tumores desmóides são uma entidade caracterizada por proliferação celulares derivadas de células mesenquimais, também conhecido como fibromatose agressiva, de caráter semelhante aos sarcomas, exceto por geralmente não terem comportamento de disseminação metastática, embora o potencial de ser localmente agressivos. A morbidade é conforme o grau de invasibilidade local da lesão, e alto risco de recorrência após ressecção. Há maior incidência em pacientes com polipose adenomatosa familiar, síndrome de Gardner, entre outras condições associadas estão a gestação e antecedente de trauma. O local de acometimento pode ser qualquer órgão, mas frequentemente são lesões intra-abdominais, ou de parede abdominal, de tronco ou extremidades. O crescimento é indolente e imprevisível. O tratamento curativo é a ressecção cirúrgica completa. **Relato de caso:** Paciente feminina, 35 anos, realizou ressonância nuclear magnética de coluna torácica para investigação de cefaleia por hipotensão líquórica. Neste exame, demonstrou-se achado incidental de lesão heterogênea no recesso costofrênico lateral direito com calcificações periféricas. Estudo tomográfico realizado para esclarecimento diagnóstico mostrou volumosa massa heterogênea de 9,5x5,3x5,7 cm com realce heterogêneo e sugestão de origem em superfície pleural. Conforme relato da paciente, havia sido investigado há 7 anos lesão na mesma topografia, sendo suspeitado de derrame pleural organizado, mas perdeu seguimento. Realizado biópsia transtorácica guiada por ecografia da lesão

presumivelmente pleural com exame anatomopatológico sugerindo tumor fibroso solitário. Realizado ressecção cirúrgica da lesão, sem intercorrências e com boa evolução pós-operatória. Achados transoperatórios com visualização de lesão com acometimento do lobo inferior direito e pleura, sem invasão de estruturas adjacentes, sendo realizado ressecção completa. Exame anatomopatológico definitivo foi compatível com tumor desmóide pleuropulmonar.

Discussão: o tumor desmóide é uma neoplasia com comportamento localmente agressivo, embora seu crescimento seja geralmente indolente e sem potencial metastático. O acometimento torácico deste tumor é raro. Há escassa descrição na literatura de tumores desmóides pleuropulmonares, e frequentemente exibem características semelhantes ao tumor fibroso de pleura. Assim como para tumores desmóides de outros sítios, é indicado ressecção cirúrgica com margens livres para evitar recorrências. O seguimento ideal após ressecção não está bem estabelecido. Tumor desmóide deve ser incluído no diagnóstico diferencial dos tumores fibrosos de pleura.

AP172 DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE PROVOCADO POR ENDOMETRIOSE PERITONEAL E FÍSTULA ABDOMINO-PLEURAL: RELATO DE CASO

FERNANDA POLO MENDES DA CUNHA MUNIZ¹; THIAGO THOMAZ MAFORT²; PATRÍCIA FRASCARI LITRENTTO²; LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS²

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ; 2. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Derrame pleural; endometriose; biópsia pleural

Introdução: A endometriose é causa rara de derrame pleural (DP). Normalmente o DP secundário à endometriose ocorre pela presença de focos de tecido endometrial na cavidade pleural. O líquido usualmente é hemático e costuma haver aumento do volume deste seguindo os catamênios. O diagnóstico nem sempre é fácil, uma vez que a toracocentese não costuma ser suficiente para isso. A biópsia pleural às cegas (com agulha de Cope) também costuma ter baixo rendimento. Os dados clínicos e de imagem (principalmente quando se utiliza a ressonância nuclear magnética) costumam dar pistas importantes para este diagnóstico. **Relato de caso:** Paciente de 33 anos com relato de DP recidivante, já tendo sido submetida à três toracocentese sem diagnóstico definitivo. Interna com quadro de dispneia aos esforços, dor torácica posterior a direita e sensação de peso no hemitórax direito. A radiografia de tórax mostrava volumoso DP a direita. Foi submetida à toracocentese e biópsia pleural com agulha de Cope. O líquido era coloração pardo-escura, aspecto turvo, com microscopia mostrando ausência de critérios citológicos de malignidade, no material examinado. A biópsia pleural mostrou fragmentos de pleura apresentando hiperplasia das células mesoteliais, sem atípias. Ausência de granulomas. Ausência de glândulas ou estroma endometriais. Com resultados inconclusivos após esta abordagem a paciente foi encaminhada para videotoracoscopia. Esta mostrou DP moderado com superfícies pleurais aparentemente normais. Durante o procedimento cirúrgico foi possível identificar diversos pontos de comunicação entre a cavidade peritoneal e a pleural (fístulas abdomino-pleurais). Assim, assumiu-se que o DP se originara no abdômen com invasão do espaço pleural por tais fístulas. Foi colocado dreno de tórax com diminuição progressiva da drenagem até retirada do dreno com 5 dias de pós-operatório. A seguir a paciente foi encaminhada para RNM de abdômen e pelve que mostrou pequena quantidade de líquido livre na cavidade

com prováveis focos de endometriose no peritônio. Na revisão dos sinais e sintomas a paciente relatou que o DP aumentava sempre durante os catamênios e era acompanhado de leve aumento do volume abdominal. Foi então encaminhada para o Serviço de Ginecologia para tratamento específico da endometriose. **Discussão:** Diante de um quadro de derrame pleural recidivante, principalmente quando se tratar de líquido hemático e com piora durante os catamênios temos que pensar em endometriose como causa. No presente caso não havia tecido endometrial no espaço pleural e sim na cavidade peritoneal com fístula abdomino-pleural.

AP173 CORRELAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA PULMONAR COM O DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO

LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; LUANA FORTES FARIA; THAIS JACHELLI CORREA; GLEICE DA SILVA FERNANDES; RAQUEL DA SILVA CORRÊA; LUCIANA SILVA RODRIGUES; ANA PAULA GOMES DOS SANTOS; THIAGO THOMAZ MAFORT
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Tuberculose pleural; ultrassonografia pulmonar; toracocentese

Introdução: A Tuberculose pleural (TP) é a forma de tuberculose extrapulmonar mais frequentemente encontrada. Predomina em adultos jovens, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária, devendo sempre ser lembrada como diagnóstico diferencial de pacientes mais idosos. A ultrassonografia pulmonar é um exame sem riscos, capaz de identificar características do líquido pleural e auxiliando na realização da toracocentese para análise do líquido.

Objetivo: Avaliar as características ultrassonográficas no derrame pleural tuberculoso em hospital universitário do estado do Rio de Janeiro- Brasil. **Discussão:** Foram realizados 85 procedimentos de toracocentese de março de 2015 a outubro de 2017, dos quais 71 procedimentos foram submetidos a exame de Ultrassonografia pulmonar, análise de amina desaminase (ADA) e bioquímica pleural desses 43 homens (60,5%). A idade média dos pacientes com diagnóstico de TP foi de 43 anos, e no grupo não TP 63 anos ($p < 0,0001$). O DP unilateral foi encontrado em maior frequência em ambos os grupos ($p = 0,12$). Com relação as características ultrassonográficas, os pacientes com TP apresentaram DP complexo septado em 39,3% dos casos, enquanto no grupo não TP 11,6% ($p = 0,014$). O derrame pleural simples ou complexo sem septações foi encontrado em 88,4% dos pacientes com DP não TP. A média do ADA foi de 63 U/mL no grupo TP e 16,6 no grupo não TP. Com relação a análise do líquido, o exsudato linfocítico foi predominante no grupo TB (75%) e 58% no grupo não TP ($p = 0,11$). Apenas um paciente do grupo TP possuía sorologia positiva para HIV e 3 no grupo não TP ($p = 0,15$). **Conclusão:** A tuberculose pleural é a forma de tuberculose extrapulmonar mais comum e seu diagnóstico deve ser lembrado em todo derrame pleural uni ou bilateral em pacientes com quadro crônico ou subagudo de febre, sudorese noturna e emagrecimento. A ultrassonografia pulmonar auxilia no diagnóstico e na predição de complicações por meio de análise das características do líquido pleural, não ofertando riscos para o paciente e diminuindo a exposição a radiação e a complicações da toracocentese. O líquido pleural complexo septado em nossa amostra foi encontrado em 39,8% dos pacientes com tuberculose pleural, com boa correlação com o ADA e com os demais exames.

AP174 DERRAME PLEURAL POR PANCREATITE CRÔNICA
MARINA DE OLIVEIRA ANDRADE; DANIELE CARDOSO DOS SANTOS; DUSTIN HOFFMAN MONTEIRO SILVA; GABRIELA ANDRÉ DE

SOUZA; LARISSA CRISTINA TAMPELLINI; MARIA CLAUDIA PAIVA SAITO; PEDRO CUNHA DE MENDONÇA; MARCELO CENEVIVA MACCHIONE

UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Derrame pleural; pseudocisto pancreático; exsudato

Introdução: Derrame pleural é o acúmulo anormal de líquido na cavidade pleural. Dividem-se em transudatos e exsudatos. E apresentam composição e etiologia distintas. Uma das causas de derrame pleural exsudativo é a ruptura de um pseudocisto secundário à pancreatite crônica.

História clínica: Paciente MJB, 62 anos, procurou serviço de saúde com queixa de dispneia em repouso há 1 mês. Negou dor torácica, tosse e outros sintomas respiratórios. Negou febre e/ou emagrecimento no período. Sem comorbidades prévias, não tabagista, etilista. O exame físico do aparelho respiratório demonstrou diminuição da expansibilidade e do frêmito torácovocal, maciez à percussão e ausência de som respiratório normal no hemitórax direito. Solicitado de RX de tórax, que evidenciou uma opacidade de todo hemitórax direito. Realizado TC de tórax para melhor avaliação, a qual detectou acentuado derrame pleural à direita associado a atelectasia/colapso do parênquima pulmonar adjacente somado à desvio contralateral das estruturas mediastinais. Entre os achados adicionais foi constatado uma imagem heterogênea na cabeça do pâncreas, sugestivo de um pseudocisto. Foi submetida à toracocentese de alívio com retirada de 2 litros de líquido de coloração marrom. A análise confirmou tratar-se de um exsudato com leucócitos = 192/mm³ (84% de polimorfonucleares), amilase = 5192U/L (amilase sérica = 41U/L) e glicose = 86. Diante desses achados, foram solicitados exames de alfa amilase e lipase séricas, cujos valores foram, respectivamente, 76U/L e 426U/L, e também realizada RNM de abdome que evidenciou uma lesão cística na cabeça do pâncreas, medindo 3,8x3,2cm, com discreta dilatação de ducto pancreático principal e sugestivo pseudocisto pancreático. **Discussão:** Os derrames pleurais exsudativos são geralmente causados por doenças infecciosas, inflamatórias, neoplasias ou obstrução linfática. Em virtude da irritação e inflamação pleural, há um aumento da permeabilidade capilar e consequente extravazamento de um líquido rico em proteínas e LDH para o espaço pleural. O aspecto macroscópico do líquido pode auxiliar na identificação da sua etiologia. Líquidos de aspecto turvo sugerem celularidade alta (causas inflamatórias) ou com alto teor de proteínas ou lipídios (quilotórax). A elevação dos níveis de amilase no líquido pleural ocorre em algumas patologias específicas, tais como pancreatite aguda ou crônica, uma ruptura de um pseudocisto com fístula para o espaço pleural, ruptura esofágica ou alguns tipos de adenocarcinoma. No caso descrito, os níveis elevados de amilase (>4000U/L) associado aos achados descritos na TC e principalmente na RNM de abdome confirmam tratar-se de um derrame pleural por ruptura de um pseudocisto secundário à pancreatite crônica.

AP175 SÍNDROME DA UNHA AMARELA – RELATO DE CASO

DIEGO LIMA ALVES DA SILVA; MARTA DE ANDRADE LIMA COELHO; VIVIANE COUTINHO DA SILVEIRA PELIN; MELISSA DE MOURA ROLIM; LEONARDO JESUS COELHO DE POSSÍDIO; THAINNÁ CAMPOS SALVATTORI; LINA COSTA MACHADO BRITO; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Síndrome da unha amarela; derrame pleural; linfedema

Introdução: A síndrome da unha amarela (SUA) é uma

doença rara, caracterizada pela tríade clássica de unhas amarelas, derrame pleural e linfedema. Foi descrita por Samman e White, com alterações ungueais e o linfedema em sua descrição. Posteriormente, foi vista a associação do derrame pleural, formando a tríade. Observou-se com frequência a associação de rinossinusite e bronquiectasias e Bowers descreveu a bronquiectasia como o quarto componente da SUA. **Relato de caso:** Homem, 55 anos, motorista, ex-tabagista (CT 66 maços-ano), com dispneia há 05 anos e tosse crônica, com expectoração branca. Paciente tem múltiplos internamentos prévios, com toracocenteses de alívio e passado de drenagem torácica à esquerda, sem diagnóstico firmado. Ao exame físico, murmúrio vesicular reduzido em HTD, redução de frêmito tóraco-vocal, edema simétrico, indolor, não compressível de membros inferiores e de mãos. Unhas de mãos e pés amarelas, com paroníquia, hiperqueratose e intensa distrofia. As alterações de pele e de unhas já existiam há 15 anos. No internamento, realizada TC de tórax com redução de hemitórax esquerdo com retração de estruturas do mediastino, com múltiplas lesões fibrosas no lobo superior e inferior e bronquiectasias, com derrame à direita. Toracocentese foi realizada com saída de 1500ml de líquido citrino e inserção de dreno pigtail, sendo evidenciado exsudato com 99% de linfomononucleares, glicose 110mg/dL, DHL 262U/L, proteína 5,29mg/dL, amilase 71mg/dL. A pesquisa de BAAR no escarro e no líquido pleural foi negativa. A citologia sem células neoplásicas. Ecocardiograma sem alterações; ultrassonografia venosa de membros inferiores com doppler sem trombozes venosas. O paciente recusou-se ao procedimento de pleurodese, com acompanhamento ambulatorial para SUA. **Discussão:** A etiologia da SUA ainda não foi estabelecida. A principal hipótese para a fisiopatologia da SUA é explicada pela hipoplasia e obstrução do sistema linfático e hipoalbuminemia, com a formação de edema de membros e de derrame pleural. O edema de membros na maioria das vezes é assimétrico. O derrame pleural é um exsudato, com predomínio linfocítico e pode ser uni ou bilateral, de volume variado. O tratamento da SUA visa ao controle dos sintomas. Não há tratamento medicamentoso para essa síndrome. Os estudos mostram benefício do uso de vitamina E, bem como do itraconazol via oral por seu efeito no crescimento das unhas. Para o derrame pleural, há descrição na literatura de resolução espontânea. Na maioria dos casos descritos, ele apresenta-se de forma recidivante com necessidade de pleurodese. No caso aqui relatado, houve a recusa do paciente em submeter-se à pleurodese. Nessas situações, há relato na literatura da colocação de um shunt pleuroperitoneal para controle do derrame pleural.

AP176 AVALIAÇÃO DA TRAQUEIA DE PACIENTES COM ESCLERODERMIA ATRAVÉS DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: ASSOCIAÇÃO COM ACHADOS CLÍNICOS E FUNCIONAIS

BRUNO RANGEL ANTUNES DA SILVA¹; GISELE REIS FERREIRA PINTO¹; VERONICA SILVA VILLELA¹; ROGER LEVY¹; ALAN RANIERI MEDEIROS GUIMARÃES²; ALYSSON RONCALLY CARVALHO²; AGNALDO JOSÉ LOPES¹

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Esclerodermia; função pulmonar; tomografia computadorizada

Introdução: Apesar da constelação de manifestações torácicas que ocorrem em pacientes com Esclerose Sistêmica (ES), pouco se sabe sobre o real envolvimento da traqueia nesses pacientes. Nesse contexto, a traqueia tem sido uma 'zona esquecida' no estudo de várias doenças, pois os processos patológicos envolvendo essa

estrutura muitas vezes não receberam o reconhecimento clínico necessário. Mais recentemente, tem sido descrito o processo de eskeletonização e volumetria de vias aéreas através da tomografia computadorizada (TC), onde o componente de imagem digital é transformado em um subconjunto do componente original. Entretanto, até o presente momento, não há na literatura nenhum estudo que tenha explorado esse recurso na avaliação da traqueia de pacientes com ES. **Objetivos:** Identificar e quantificar as alterações morfológicas na traqueia de pacientes com ES e, secundariamente, correlacionar esses achados com os dados clínicos e de função pulmonar. **Métodos:** Este foi um estudo transversal em que 28 adultos com ES e 27 indivíduos controles submeteram à TC de tórax com posterior segmentação e eskeletonização da traqueia. Além do mais, todos os participantes realizaram os testes de função pulmonar (incluindo espirometria, pletismografia de corpo inteiro e medida da capacidade de difusão ao monóxido de carbono-DLco) e a avaliação clínica incluindo o escore cutâneo de Rodnan (mRSS). Na volumetria da TC, adicionalmente, foi calculado o índice de sinuosidade, que é expresso como um valor ≥ 1 , onde quanto maior o índice, maior a tortuosidade da traqueia. **Resultados:** A média da idade dos pacientes foi de $52,5 \pm 11$ anos, sendo 25 mulheres e 3 homens. Comparado aos controles, os pacientes com ES mostraram maiores valores nos parâmetros medidos através da volumetria da traqueia, incluindo área, excentricidade, maior diâmetro, menor diâmetro e índice de sinuosidade. A área da traqueia e seu diâmetro equivalente foram correlacionados negativamente com a razão entre o fluxo expiratório forçado e o fluxo inspiratório forçado a 50% da capacidade vital forçada (FEF50%/FIF50%) ($r = -0,44$, $P = 0,03$; e $r = -0,46$; $P = 0,02$, respectivamente), enquanto o índice de sinuosidade foi correlacionado negativamente com o pico de fluxo expiratório ($r = -0,51$, $P = 0,008$). Além do mais, o mRSS mostrou correlação positiva com excentricidade ($r = 0,62$, $p < 0,001$) e índice de sinuosidade ($r = 0,51$, $P = 0,007$). Já os anticorpos anti-topoisomerase I mostraram correlação positiva com o índice de sinuosidade ($r = -0,45$, $P = 0,03$). **Conclusão:** Em pacientes com ES, há modificações na geometria da traqueia com alterações na sua excentricidade, diâmetro e tortuosidade. Nesses pacientes, as modificações na geometria da traqueia associam-se com marcadores de obstrução funcional que ocorrem no nível da traqueia cervical. Além do mais, há associação da tortuosidade da traqueia com o envolvimento cutâneo, o grau de fibrose pulmonar e a autoimunidade.

AP177 GRASNIDOS EM DOENÇAS INTERSTICIAIS PULMONARES

MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; RAFAELA BOAVENTURA MARTINS; MARINA DORNFELD CUNHA CASTRO; PAULA SILVA GOMES; ANDRÉA GIMENEZ; CESAR YOSHITO FUKUDA; MILENA TENÓRIO CERZOLI
UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Grasnidos; doenças pulmonares intersticiais; sons pulmonares

Grasnidos são sons pulmonares mistos, com um componente musical curto ("sibilos curtos"), acompanhados ou precedidos de estertores. Sua presença denota comprometimento de vias aéreas distais em doenças intersticiais (DPI). São tipicamente ouvidos do meio para o final da inspiração. Podem ser escutados em outras condições, tais como pneumonias e bronquiectasias, facilmente distinguíveis das DPI. Apenas um pequeno estudo antigo (Earis, 1982) descreveu a frequência dos grasnidos em 14 pacientes com DPI; 9 tinham pneumonia de hipersensibilidade (PH). O objetivo do presente estudo

foi avaliar a presença e causas associadas dos grasnidos em uma grande série de pacientes com DPI. **Métodos:** Foram selecionados retrospectivamente pacientes com DPI desde 2010, avaliados em primeira consulta, por pós-graduandos ou médicos-assistentes, especializados em DPI. Pacientes sem diagnóstico final estabelecido, sem descrição dos achados tomográficos, e portadores de sarcoidose estágio I foram excluídos. Para inclusão, pacientes com FPI deveriam ter TCAR típica ou biópsia cirúrgica com padrão definitivo ou provável. O diagnóstico de PH foi feito por critérios publicados (Pereira, 2016). Pacientes com bronquiolite diversas foram incluídos. **Resultados:** Foram avaliados 970 casos com DPI. 57,4% eram do sexo feminino. A média de idade foi de $59,9 \pm 14,0$ anos. Os diagnósticos finais, em ordem decrescente de frequência, foram: Doenças do tecido conectivo 235 (24,2%), PH 202 (20,8%), FPI 92 (9,5%), sarcoidose 77 (7,9%), fibrose por aspiração 70 (7,2%), DPI familiar 39 (4,0%), drogas 35 (3,5%), bronquiolite 28 (2,9%), BOOP 26 (2,7%), e diversos. Grasnidos foram escutados em 46 (4,7%) do total de casos; por ordem decrescente de frequência estavam presentes em: BOOP 13,0%, PH 10,9%, fibrose por aspiração 5,7%, DPI familiar 5,1%, bronquiolite 3,7%, sarcoidose 2,7% e FPI 1,1%. Em outros diagnósticos, grasnidos foram ouvidos em 6 casos, sendo 3 com fibroelastose, 2 com pneumonia bronquiolocêntrica idiopática e um com PINE. Sibilos foram ouvidos em 44 casos e sua presença não se associou com a presença de grasnidos ($x^2 = 1,93$, $p = 0,16$). Na TCAR mosaico foi observado em 148 casos, isolado em nove. A presença de grasnidos se associou com a presença de mosaico: 21/148 (14,2%) dos portadores de mosaico tinham grasnidos, em comparação a 25/822 (3,0%) daqueles sem mosaico ($x^2 = 34,5$, $p < 0,001$). De modo semelhante, grasnidos foram mais frequentes nos pacientes com DPI associadas à fibrose na TCAR: 41/687 (6,0%) comparado a 5/283 (1,8%, $x^2 = 7,83$, $p = 0,005$). A razão de verossimilhança para o diagnóstico de PH foi de 3,48. **Conclusão:** Grasnidos são incomuns em DPI, mas quando presentes apontam para doenças com comprometimento bronquiolar, especialmente as que cursam com fibrose. Sua presença na FPI é muito rara.

AP178 PERFIL CLÍNICO, RADIOLÓGICO E DA FUNÇÃO PULMONAR DOS PACIENTES PORTADORES DE PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE (PH) ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS (DPIS) DO HOSPITAL JÚLIA KUBISTCHEK (HJK)

DEBORAH DOS REIS ESTRELLA; LUIZ PAULO ARREGUY NOGUEIRA; TARCIANE ALINE PRATA; MARILUCY DE OLIVEIRA SANTOS; GEDIEL CORDEIRO JÚNIOR; GRAZIELA DAS MERCÊS PIMENTA RIOGA
HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE - FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Doenças pulmonares intersticiais; pneumonite por hipersensibilidade; doenças pulmonares intersticiais granulomatosas

Introdução: A PH é uma DPI de evolução variável e que acomete pessoas susceptíveis. É causada pela inalação de antígenos associada a uma resposta inflamatória imunomediada. No Brasil, os antígenos mais comuns são os aviários e o mofo. Não existem critérios diagnósticos validados e a PH por ter vários padrões de Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR). **Objetivo:** Avaliar a evolução clínica, radiológica e da função pulmonar dos pacientes com PH do Ambulatório de DPIS do HJK.

Métodos: Foram extraídos dados de prontuário de 129 pacientes, de 01/01/2014 a 30/07/2017. A medicação escolhida para tratamento foi a Prednisona (PDN) na dose de 0,5-1mg/kg/dia, com suspensão lenta. As variáveis

categóricas são apresentadas em termos de frequência e porcentagem e as numéricas como contínuas, mediana, 1º e 3º quartil. Aplicou-se gráficos de Kaplan Meier e teste de log-rank para avaliar sobrevida. Para verificar a associação entre variáveis categóricas usou-se o teste Qui quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher. **Resultados:** A idade mediana foi de 67 anos. 27,1% dos pacientes se expuseram a pássaro, 20,1% a mofo, 40,3% a pássaros e mofo e 12,5% a fatores não identificados. O principal padrão de TCAR foi reticular com faveolamento (36,4%). 58,1% não eram tabagistas. 70,5% tiveram diagnóstico firmado pela associação clínico-radiológica e 29,4% foram submetidos à investigação histopatológica. 42,4% usaram PDN por ≥ 6 meses e 48,1% tiveram uma ou mais exacerbações. 62,7% tinham dispnéia ≥ 3 mMRC. 10% tiveram óbito no HJK e 28,6% perderam o seguimento. Na análise da função pulmonar, 39,5% tinham distúrbio ventilatório restritivo grave e 70,3% caminharam uma distância(D)>300 metros(m). Observou-se melhora da Capacidade Vital Forçada (CVF), em mL, no grupo que usou PDN ≥ 6 meses ($p = 0,334$) e queda da nos grupos de PDN < 6 meses ($p = 0,003$) e que nunca usaram PDN ($p = 0,136$). Houve queda da D caminhada independente do tratamento com relevância para os que usaram PDN ≥ 6 meses ($p = 0,024$) e os que não receberam PDN ($p = 0,025$). A maioria dos pacientes evoluiu com piora da TCAR. Não houve associação entre a evolução da TCAR e o uso de PDN ($p = 0,804$). As seguintes variáveis se associaram ao óbito com relevância estatística: Exacerbações ($p = 0,002$), uso O2 domiciliar ($p = 0,005$) e Hipertensão Pulmonar ($p = 0,002$). A sobrevida se estabilizou em 84,7% após 5 anos de seguimento. **Conclusões:** Os pacientes com PH avaliados têm maior gravidade clínica e fibrose mais avançada. Apesar de não ter sido objetivo, uso de PDN não teve associação com melhor prognóstico neste estudo. O trabalho contribui para mostrar o caráter progressivo e a alta morbimortalidade da doença, e a necessidade de diagnóstico precoce. Mais estudos são necessários para avaliar a efetividade da PDN e de outras drogas no tratamento.

AP179 A ASSOCIAÇÃO FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA E ENFISEMA: UM ESTUDO DE CASOS AVALIANDO O PERFIL DA FISIOPATOLOGIA PULMONAR

ELIZABETH JAUHAR CARDOSO BESSA; AGNALDO JOSÉ LOPES; FERNANDO MEDEIROS ANSELMO; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; CLAUDIA HENRIQUE COSTA

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

Palavras-chave: Enfisema; fibrose pulmonar idiopática; fisiopatologia respiratória

Introdução: A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença intersticial pulmonar progressiva, de caráter fibrosante, histologicamente associada com pneumonia intersticial usual. O enfisema pode estar associado com FPI, conforme descrito na síndrome conhecida como “fibrose pulmonar combinada ao enfisema” (FPCE). A associação foi descrita pela primeira vez por Cottin, em 2005, como uma síndrome caracterizada por dispnéia aos esforços, enfisema nos lobos superiores e fibrose nos lobos inferiores, volumes pulmonares preservados e DLCO reduzida. O tabagismo é um fator associado a esses dois distúrbios respiratórios. Não há pesquisas contrastando a FPCE com outras doenças intersticiais pulmonares. Nenhum estudo clínico investigou a relação entre a extensão do enfisema e as alterações na função pulmonar ao longo do tempo em pacientes com FPI. No presente estudo, avaliamos funcionalmente e morfológicamente um grupo de pacientes

com FPI e enfisema. **Objetivo:** Avaliar o comportamento da fisiopatologia respiratória em pacientes com FPCE.

Método: Foi realizado um estudo transversal com análise de dados incluindo 16 pacientes com diagnóstico de FPCE baseado na análise da TCAR. Todos os pacientes foram acompanhados pelo Serviço de Pneumologia da UERJ entre 2016 e 2017, sendo submetidos às medidas de CVF, VEF1, volumes estáticos e DLCO, além da TCAR para avaliação do enfisema e do padrão consistente com UIP confirmando FPI, de acordo com as diretrizes atuais. Os critérios de exclusão foram pacientes com asma ou com qualquer doença do tecido conectivo. **Resultados:** Dos 16 pacientes, 11 eram do sexo masculino e a média da idade era de 69,5 + 6,76 anos. Quatro pacientes (25%) estavam em uso de oxigênio domiciliar e, desses, 100% apresentavam DLCO acentuadamente reduzida. Apenas 5 pacientes (31%) negavam ou desconheciam ter comorbidades. Dentre as doenças mais prevalentes estavam a hipertensão arterial sistêmica (19%), doença do refluxo gastroesofágico (19%) e hipertensão arterial pulmonar (13%). Oito pacientes (50%) tinham CVF dentro da normalidade; em 3 pacientes (19%) a CVF estava levemente reduzida e apenas 1 (6%) apresentava redução acentuada da CVF. A CPT estava normal em 9 pacientes (56%) e levemente reduzida em 4 pacientes (25%). Nenhum paciente apresentava redução acentuada da CPT. O VR encontrava-se aumentado em 2 pacientes (13%). A maioria dos pacientes (56%) apresentava redução acentuada da DLCO, enquanto 31% tinham redução moderada da DLCO. **Conclusões:** A presença de enfisema foi associada a uma relativa preservação dos volumes pulmonares (CVF e CPT), enquanto que a redução desproporcional da DLCO foi observada em mais de 50% dos pacientes. O presente estudo tem limitações, mas confirma algumas evidências da literatura e coloca em ressalva que as medidas da CVF podem não ser apropriadas para monitorar a progressão da doença nesses pacientes, mostrando a importância da medida da DLCO. Além disso, FPI com enfisema é mais comum em homens fumantes.

AP180 CORRELAÇÃO ENTRE O PROCESSO DE FORMAÇÃO DA FIBROSE PULMONAR E A MODULAÇÃO DE GENES DIFERENCIALMENTE EXPRESSOS

KARINA SMIDT SIMON; CESAR AUGUSTO MELO E SILVA; JOSE MORAIS; JOAO PAULO FIGUEIRI LONGO; VERONICA MOREIRA AMADO; ANAMELIA LORENZETTI BOCCA

UNB, BRASILIA, DF.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar; modelo murino; inflamação

A fibrose pulmonar é uma doença crônica, com uma taxa de mortalidade importante, refratária a tratamentos, e que demanda atendimento ao paciente nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. É caracterizada pela destruição progressiva e irreversível da arquitetura do pulmão, devido ao depósito de colágeno decorrente do estabelecimento de um processo de cicatrização exacerbado e desregulado. Até o momento, as abordagens terapêuticas são apenas paliativas. Além disso, apesar dos avanços no conhecimento dos mecanismos patogênicos que levam ao estabelecimento desta doença, ainda existem muitos mecanismos pouco conhecidos. Desta forma, esse trabalho tem como objetivo avaliar a progressão da fibrose pulmonar, correlacionando-a com eventos da resposta imune que contribuem com o processo de fibrogênese, e identificar genes cujos produtos participam dos mecanismos de modulação do dano pulmonar que geram a doença. Para isso, desenvolvemos um modelo crônico onde camundongos BALB/c sofreram instilação intratraqueal de bleomicina

e foram acompanhados por até 30 dias para verificação da formação da fibrose e identificação das características advindas do desenvolvimento do processo. Constatou-se que as alterações mais pronunciadas ocorreram 5, 15 e 30 dias após o tratamento. Observou-se alterações na capacidade respiratória dos animais; alteração do padrão normal nos exames de imagem; alteração da quantidade relativa de transcrito de citocinas pró-inflamatórias, como TNF- α e IFN- γ ; e genes associados à formação de fibrose como Integrina- β 6, angiotensinogênio, decorina, endoglin, SMAD 4, FasL, além de algumas metaloproteinases de matriz. Em conjunto esses dados indicam que a linhagem de camundongos escolhida não só é capaz de desenvolver fibrose pulmonar após o tratamento com bleomicina, como é possível observar ao longo de 30 dias o desenvolvimento da doença com diversas características do processo inflamatório e alteração do mesmo para um perfil fibrótico. Isso demonstra a relevância deste modelo para o desenvolvimento de novas terapêuticas para a fibrose pulmonar.

AP181 DOENÇAS PULMONARES DIFUSAS EM IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL SÉRIE DE CASOS

ANA CAROLINA LIMA RESENDE; PRISCILA ABREU FRANCO; ANDREYA PEREIRA FURRIEL; KEYDSON SOUSA SANTOS; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR; BRUNA CAVALCANTE TORRES; MIRIAM GIORGETTI; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Imunodeficiência; infecções de repetição; imunoglobulina

A imunodeficiência comum variável (IDCV) é a doença de maior relevância clínica entre as imunodeficiências primárias (IDP). Apresenta-se na maioria das vezes através de infecções de repetição, associada a alto índice de doenças autoimunes e linfoproliferativas. Importância clínica devido gravidade da doença que geralmente tem diagnóstico tardio. Relatamos uma série de 16 casos de IDCV acompanhados no ambulatório de Pneumologia do Hospital da Universidade Federal de São Paulo por meio de revisão sistemática de prontuário. Entre os 16 pacientes acompanhados, 8 (50%) eram do sexo feminino; idade entre 28-81 anos. Em relação ao acometimento pulmonar avaliado por meio de tomografia de tórax, a bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (25%) e granulomas pulmonares (25%) foram os achados mais prevalentes. Dos achados histopatológicos apresentados, o mais comum foi bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP: 25%), seguido de doença linfogranulomatosa e hiperplasia nodular linfóide (ambas, 18,7%). Houve presença de doença autoimune associada em 37,5% dos pacientes (púrpura trombocitopênica idiopática, tireoidite de Hashimoto e hiperplasia intestinal linfóide). Não foi evidenciado surgimento de neoplasias durante o seguimento. Tratamento com imunoglobulina foi realizado em 93,7% dos pacientes, exceto em caso único por perda de seguimento. Todos os casos incluídos no estudo atendiam aos critérios diagnósticos preconizados pela Sociedade Europeia de Imunodeficiências (2014): redução significativa na concentração sérica de IgG combinada com baixos níveis de IgA e/ou IgM e resposta baixa ou ausente às imunizações, excluídas outras causas de hipogamaglobulinemia. Trata-se de uma rara disfunção imune caracterizada por hipogamaglobulinemia cursando com um amplo espectro de manifestações clínicas. A incidência de IDCV é semelhante nos dois gêneros, podendo se manifestar em qualquer época da vida, conforme observado nesse estudo. Os principais fenótipos da IDCV são doença pulmonar crônica, doenças autoimunes, enteropatias, doenças

linfoproliferativas e surgimento de neoplasias. Diferente da literatura, em que as bronquiectasias são o achado tomográfico mais frequente, BOOP se mostrou a alteração mais comum nessa amostra. Recomenda-se reposição de imunoglobulina humana periodicamente para pacientes com IDCV, tendo sido comprovado na literatura a redução do número de infecções.

AP182 MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR E O CUSTO DAS PNEUMONIAS EM 2017 NO BRASIL

MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA¹; ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO¹; ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES¹; NATHÁLIA AIDAR BITTAR¹; PAULO TADEU SILVA CAMPOS²; NATHÁLIA TAVARES DA SILVA¹; EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA¹; MARIA ANGELICA ELOI FRANCO¹
1. UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO; 2. PUC-GO, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Morbimortalidade hospitalar; custo; pneumonia

Introdução: A pneumonia é uma infecção respiratória aguda que está frequentemente associada a causas e complicações de internações hospitalares no Brasil e em todo o mundo. Dessa forma, é importante conhecer o atual perfil epidemiológico e mensurar os gastos hospitalares relacionados a essa doença. **Objetivo:** Quantificar a morbidade hospitalar e os custos diretos das internações relacionadas às pneumonias, no Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), no ano de 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo transversal, em que os dados foram obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) referentes ao ano de 2017. As variáveis selecionadas foram: número de internações, média de permanência, total de óbitos, taxa de mortalidade, valor total e valor médio de internação. Os dados foram estratificados de acordo com o sexo, região e faixa etária. **Resultados:** Em todo o Brasil em 2017 foram contabilizadas 614.709 internações por pneumonia, das quais 317.634 foram homens e 296.975 mulheres. As faixas etárias com o maior número de internação foi de 1 a 4 anos com 111.910 e 80 anos ou mais com 109.904, correspondendo a 18,2% e 17,8% do total, respectivamente. A média de permanência hospitalar, em todo o país foi de 6,3 dias. Em 2017 foram registrados 55.447 óbitos por pneumonia, sendo que 24.996, o equivalente a 45% do total, ocorreram na faixa etária de 80 anos ou mais. A taxa de mortalidade geral do país foi de 9,02, porém observou-se uma variação conforme a idade e a região do país. A região norte registrou a menor taxa geral com 5,34, enquanto que na região sudeste o índice foi de 11,33. Analisando a idade, o menor valor foi 0,33 para aqueles entre 1 e 4 anos de idade, e o maior valor foi de 22,75 para os acima de 80 anos de idade. No que tange aos custos diretos das internações, em 2017 foram gastos R\$ 632.484.217,27 em internações hospitalares relacionadas a pneumonia, o que corresponde a um custo médio por internação de R\$ 1029,01. Contudo, o valor médio por internação também apresenta diferenças entre as regiões do país, sendo que o menor custo por internação foi na região norte, com uma média de R\$ 878,57. Já o maior valor médio por internação foi registrado na região sudeste com R\$ 1112,20. **Conclusão:** A pneumonia é uma patologia muito frequente, causa de internações hospitalares em todas as faixas etárias. Entretanto, é preciso reforçar a atenção à população idosa, uma vez que a taxa de mortalidade é significativamente maior nessa faixa etária. Por conta do grande número de casos os gastos diretos são vultuosos, e uma pequena redução no valor médio de internação pode significar uma expressiva redução do custo total da doença. É importante que se avalie maneiras de redução do custo de internação sem significar piora no cuidado dos pacientes.

AP183 AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE DOENÇAS INTERSTICIAIS PULMONARES

LUANA FORTES FARIA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; FERNANDO MEDEIROS ANSELMO; MARCOS AURÉLIO REBELLO DA SILVA; ANNA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Fpi; fibrose pulmonar; doenças intersticiais

Introdução: A Fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença intersticial fibrosante, crônica, rara e de caráter progressivo. Restringe-se ao pulmão e seu substrato é a pneumonia intersticial usual (padrão histológico e/ou radiológico). É uma doença caracterizada por alta morbidade e mortalidade, com perda da função pulmonar, dispneia e hipoxemia progressivas, levando a morte. Os pacientes têm uma sobrevida aproximada de 3 anos após o diagnóstico.

Objetivo: Avaliar o perfil clínico de pacientes com FPI em acompanhamento no ambulatório de doenças intersticiais do Hospital Universitário Pedro Ernesto. **Métodos:** Estudo retrospectivo com revisão de prontuários médicos no período de Outubro de 2017 a Março de 2018 de 75 pacientes com diagnóstico de FPI acompanhados em ambulatório referência em doenças intersticiais pulmonares de hospital universitário. O diagnóstico foi estabelecido em paciente com confirmação histológica ou radiológica de pneumonia intersticial usual (PIU), na ausência de associação a outras doenças que podem levar a fibrose pulmonar. Foram coletados dados demográficos e clínicos. **Resultados:** Os pacientes com FPI apresentaram idade média de 74 anos (DP 7,1), e em sua grande maioria são pacientes masculinos (67%), brancos (69%) e ex-tabagistas (66%). Em 75% dos pacientes a tomografia de tórax tinha padrão típico de PIU. Um paciente não apresentava estertores à ausculta pulmonar e mais da metade apresentava baqueteamento digital. Em 92% encontramos presença de alguma comorbidade, sendo a mais comum a hipertensão arterial sistêmica (60%), doença do refluxo gastroesofágico (33,7%) e diabetes melito (30%). O hipotireoidismo foi encontrado em 8% dos pacientes e hipertensão pulmonar em 9,5%. 33,7% dos pacientes apresentavam alguma positividade na dosagem de anticorpos positivos, sem que estivesse relacionado com diagnóstico de doença reumatológica e sem prevalência de um anticorpo específico. Os pacientes apresentaram CVF média de 71,3% (DP 21,93), VEF1 média de 74,59% (DP22) e DLCO 41,67 (DP20,9). 40% fazem uso de oxigenoterapia domiciliar e tem MRC entre 2 e 3 em sua maioria. 32% estão em uso de antifibróticos e 48%, aguardando o início da medicação. **Conclusão:** A FPI é uma doença ainda de diagnóstico difícil e tardio, pois muitos pacientes associam a dispneia com a presença de outras comorbidades. Observamos, que o diagnóstico tomográfico associado a história clínica e exame físico tem reduzido a necessidade de biópsias pulmonares. Isso também se explica pela idade avançada e morbidade que a biópsia pode trazer aos doentes. A presença de doença do refluxo pode ser responsável por exacerbações e deverá ser tratada sempre que presente. O uso de antifibróticos pode aumentar a sobrevida dos doentes, por reduzir a velocidade de progressão da doença. Os custos da medicação e a falta de um protocolo nacional dificultam o acesso aos medicamentos antifibróticos.

AP184 TRATAR SARCOIDOSE INICIALMENTE COMO TUBERCULOSE MUDA O CURSO DA DOENÇA

MARIA RAQUEL SOARES; MARINA DORNFELD CUNHA CASTRO; PAULA SILVA GOMES; REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA; BRUNO

LEÔNCIO DE MORAES BERALDO; ANDRÉA GIMENEZ; RIMARCOS GOMES FERREIRA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Sarcoidose; tuberculose; prognóstico

Introdução: A sarcoidose é uma doença de etiologia desconhecida. Muitos estudos avaliam as similaridades clínico-radiológicas e histopatológicas, bem como a ligação epidemiológica, molecular e imunogenética entre tuberculose (TB) e a sarcoidose, duas doenças granulomatosas multissistêmicas. O diagnóstico da sarcoidose em áreas endêmicas para TB pode ser um grande desafio e levar a erros e atraso de tratamento. As consequências clínicas dessa conduta são desconhecidas. **Objetivos:** Comparar a avaliação inicial e no acompanhamento as características dos portadores de sarcoidose tratados como tuberculose antes do diagnóstico com os demais pacientes. **Métodos:** Estudo retrospectivo de uma coorte de portadores de sarcoidose torácica de centros de referência em doença pulmonar intersticial. Fatores basais e evolutivos foram comparados por análise univariada entre pacientes tratados e não tratados inicialmente como tuberculose. Fatores relacionados ao curso limitado (involução espontânea ou estabilidade após um tratamento) e persistente (recaída ou resistência terapêutica, tratamento permanente ou doença crônica sem tratamento) foram comparados por análise uni e multivariada. Valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo. Nos tratados não havia comprovação bacteriológica da infecção. **Resultados:** Foram incluídos 200 pacientes, tendo 44 (22% dos casos) recebido tratamento para TB. Dentre esses, a maioria era do sexo feminino (57%), com média de idade de 49 anos e mediana de tempo de sintomas ao diagnóstico de 18 meses. O estadiamento radiológico mais frequente foi o II (acometimento parenquimatoso e ganglionar). A média da CVF foi de $79,9 \pm 20,8\%$. Após exclusão de 40 casos de sarcoidose fibrosante, os pacientes foram divididos em dois grupos (pacientes com tratamento tuberculostático - 33 e não submetidos ao tratamento - 127) e as variáveis foram comparadas. Os pacientes tratados para TB tiveram: maior frequência de diagnóstico tardio com tempo superior a 12 meses (58 x 34%), dispneia (52 x 31%) e emagrecimento (64 x 38%). Houve maior ocorrência de acometimento ganglionar isolado nos pacientes não tratados para TB (28 x 6%). Não houve diferença em relação às variáveis funcionais. A presença de dois ou mais envoltimentos sistêmicos relevantes foi mais prevalente no grupo tratado (24 x 10%). Evolutivamente, os pacientes tratados tiveram curso mais persistente (70 x 41%), com maior ocorrência de recaídas (67 x 35%) do que os pacientes sem tratamento. Em análise multivariada, o tratamento da tuberculose não foi selecionado como indicador de doença persistente. **Conclusão:** O tratamento da sarcoidose inicialmente como tuberculose se associa com diagnóstico mais tardio, maior ocorrência de dispneia, emagrecimento, doença parenquimatosa e multissistêmica e resulta em evolução mais persistente, provavelmente por retardo diagnóstico.

AP185 FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: EVOLUÇÃO DE 9 PACIENTES TRATADOS COM PIRFENIDONA E/OU NINTEDANIBE

CAROLINE DE SOUZA MARTINS FERNANDES; NINA ROCHA GODINHO DOS REIS VISCONTI; DENISE DO AMPARO TEIXEIRA BOUÇO; LEONARDO HOEHL CARNEIRO; MARINA ADRIANI ZOUÇAS; KAREN ROSAS SODRÉ AZEVEDO; MARIA DE FATIMA DO AMPARO TEIXEIRA

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

Palavras-chave: Fibrose pulmonar idiopática; doença intersticial pulmonar; antifibróticos

Introdução: A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença pulmonar fibrótica, progressiva e com sobrevida média de 3 a 5 anos. **Objetivos:** Avaliar a evolução dos pacientes com FPI tratados com pirfenidona e/ou nintedanibe no ambulatório de doenças intersticiais do INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX/HUCFF - UFRJ.

Métodos: Estudo retrospectivo dos últimos 3 anos dos pacientes com FPI tratados por período superior a 2 meses, observando aspectos clínicos e espirografia. **Resultados:** Foram estudados 9 pacientes, sendo 5 homens (média 67 anos, variação 60 a 76 anos) e 4 mulheres (média 60 anos, variação 57 a 63 anos). Em 5 casos o diagnóstico foi clínico radiológico (TCAR) e em 4 houve confirmação por biópsia pulmonar (pneumonia intersticial usual). Sete pacientes foram tratados com pirfenidona com boa tolerância, exceto o caso 3 que teve mal estar, náuseas e vômitos, tolerando bem dose de 800mg/dia. Dois apresentaram reações cutâneas em áreas expostas ao sol, sendo reforçada a importância do protetor solar. Nos 3 pacientes tratados com nintedanibe (caso 7 fez uso de pirfenidona e depois nintedanibe) houve diarreia diária, mas sem necessidade de interrupção. Ninguém apresentou toxicidade hepática. Houve melhora da tosse nos 9 casos. Dentre os tratados com pirfenidona: melhora em 2 casos: caso 3, FPI há 6 anos, terapia há 20 meses, melhor da dispneia e da restrição (aumento de 200ml na CVF e no VEF1) e caso 5, FPI há 4 anos, sob terapia há 3 meses, melhor da dispneia e sem tosse. Permanecem com dispneia e restrição inalterados: caso 4, FPI há 3 anos e meio, terapia há 8 meses e caso 6, FPI há 4 anos, terapia há 26 meses. Dentre os tratados com nintedanibe: caso 1, FPI há 4 anos, terapia há 10 meses, evolui com dispneia estável e piora da restrição; caso 2, FPI há 4 anos, terapia há 8 meses, melhor da dispneia e da restrição (aumento de 200ml na CVF e no VEF1). Nestes 2 casos a suspensão do nintedanibe ocorreu por decisão judicial, com piora significativa da dispneia e da tosse. O caso 2 retornou a terapia e o caso 1 aguarda o medicamento. Três (casos 7, 8 e 9) dos 9 pacientes evoluíram com insuficiência respiratória e óbito: caso 7, FPI por 3 anos, tratado com pirfenidona por 2 anos e por nintedanibe por 3 meses, sem resposta; caso 8, FPI por 5 anos, tratado por 3 meses com pirfenidona e caso 9, FPI por 5 anos, tratado por 1 ano e 4 meses, sem controle da doença. Não foi constatado exacerbação da FPI em nenhum dos casos. **Conclusão:** Os efeitos colaterais de nintedanibe e pirfenidona foram bem tolerados. Houve melhora da tosse em todos, em 2 casos a interrupção provocou agravamento dos sintomas. A restrição melhorou em 2 casos e permaneceu inalterada em outros 2 casos, fato incomum na literatura. O tratamento da FPI permitiu melhor qualidade de vida e redução da progressão na maioria dos casos.

AP186 CORRELAÇÃO ENTRE DENSIDADE VASCULAR LINEAR NA VIDEOCAPILAROSCOPIA E FUNÇÃO PULMONAR NA ESCLEROSE SISTÊMICA

BRUNO RANGEL ANTUNES DA SILVA; CLAUDIA HENRIQUE COSTA;
ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; ROGER LEVY; VERONICA SILVA VILLELA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Esclerodermia; capilaroscopia; prova de função pulmonar

Objetivos: A videocapilaroscopia periungueal (VCP) é um método utilizado na avaliação de acometimento orgânico na esclerose sistêmica (ES). Estudos relatam que pode haver correlação entre gravidade de alterações na VCP e doença pulmonar na ES. No entanto, não há estudos

quantitativos. O presente estudo tem como objetivo avaliar a correlação quantitativa entre densidade vascular na VCP e função pulmonar em pacientes com ES. **Métodos:** Foram avaliados prospectivamente todos os pacientes com ES atendidos nas disciplinas de Pneumologia e Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, no período de março de 2016 até julho de 2017. Todos os pacientes foram submetidos a exame clínico, avaliação laboratorial imunológica, exame de VCP e provas de função pulmonar simultaneamente. Para avaliação da gravidade da ES, nove órgãos e sistemas foram pontuados de acordo com a escala de Medsger. As provas de função pulmonar foram realizadas de acordo com as diretrizes do American Thoracic Society. Para a avaliação de densidade vascular na videocapilaroscopia foi usada a atribuição de pontuação em 32 campos digitais de acordo com a seguinte escala: 0: densidade vascular normal; 1: 7-8 capilares/campo; 2: 6-4 capilares/campo e 3: menos que 3 capilares/campo. Para a análise estatística foram usados as equações de correlação de Pearson e Spearman para dados quantitativos.

Resultados: Foram incluídos 95 pacientes; 85 mulheres e 10 homens; 38 com a forma limitada e 57 com a forma difusa da doença; 39 negros e 56 brancos; média de idade 49,4; tempo de doença 9,5 anos; 93 pacientes tiveram fator antinuclear positivo; 27 apresentaram anticorpo anti-Scl-70. De acordo com a escala de Medsger houve doença grave nos sistemas: vascular, 9 pacientes; cutânea, 11; multissistêmica, 14 e pulmonar, 25. A densidade vascular média na VCP foi de 36,2 (DP 24,5). Os níveis médios de capacidade vital forçada e de capacidade difusora de monóxido de carbono foram de 77,3 (DP 19,9) e 66,8 (DP 25,3) respectivamente. Houve correlação entre CVF e DLCO ($r = -0,38$ e $-0,39$ respectivamente), com a presença de úlceras digitais isquêmicas ($r = -0,5$) e com acometimento multissistêmico pela doença ($r = -0,28$). **Conclusão:** Estudamos uma população de pacientes ES com forma predominantemente difusa da doença e com acometimento pulmonar grave. De acordo com estudos prévios, verificamos correlação entre redução de densidade vascular na VCP e presença de úlceras isquêmicas e acometimento multissistêmico na ES. Encontramos também correlação quantitativa entre redução de densidade vascular na VCP e piora na função pulmonar. Esse resultado corrobora a hipótese de que as alterações no leito vascular periungueal avaliadas pela VCP se correlacionam com gravidade da doença pulmonar em pacientes com ES.

AP187 DOENÇAS INTERSTICIAIS PULMONARES: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

ADALBERTO SPERB RUBIN¹; EDGARDO LANNES ROBLES²; ALINE DAL POZZO ANTUNES²; VILMAR FONTANIVE²; DOUGLAS ZAIONE NASCIMENTO²; BIANCA FURIAN²; LILIAN LONZETTI²; BRUNO HOCHHEGGER¹

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Doenças intersticiais; epidemiologia; incidência

Introdução: As doenças pulmonares intersticiais (DPIs) são afecções heterogêneas, agrupadas em função de achados clínicos, radiológicos e funcionais semelhantes. A investigação sobre sua prevalência e classificação final é difícil, uma vez que nem sempre se obtêm diagnósticos específicos. Alguns estudos internacionais sugerem que fibrose pulmonar idiopática e sarcoidose seriam responsáveis por 50% do total de doenças pulmonares intersticiais. Objetivo O objetivo do presente estudo é traçar um perfil epidemiológico das doenças intersticiais pulmonares mais frequentes em uma população atendida

em ambulatório especializado em hospital universitário, na cidade de Porto Alegre. **Métodos:** Foram analisados os atendimentos realizados no Ambulatório de Doenças Intersticiais da Santa Casa de Porto Alegre no ano de 2017. Foram excluídos pacientes sem diagnóstico definitivo que ainda estavam em fase de investigação diagnóstica ou em acompanhamento em conjunto com o ambulatório de transplante pulmonar. A decisão diagnóstica final foi baseada em resultados de exames considerados definitivos (exames de imagem e/ou anatomopatológicos) ou definidos em reunião multidisciplinar. Todos os pacientes atendidos eram provenientes do SUS, não sendo incluídos pacientes privados da referida instituição. **Resultados:** No ano de 2017, 240 pacientes foram atendidos em nosso ambulatório com diagnóstico de doença pulmonar intersticial, sendo que 215 receberam diagnóstico final específico e 25 aguardavam exames adicionais. Os diagnósticos mais frequentes nestes 215 casos foram: fibrose pulmonar idiopática – 63 casos (29,3%); doença intersticial associada a doença autoimune – 40 (18,6%); sarcoidose – 34 (15,8%); silicose – 23 (10,7%); doença pulmonar intersticial inclassificável – 19 (8,8%); pneumonia por hipersensibilidade – 12 (5,5%); pneumonia intersticial descamativa – 6 (2,7%); pneumonia intersticial inespecífica idiopática – 3 (1,4%), vasculites – 3 (1,4%), pneumotoxicidade por fármacos – 3 (1,4%), pneumonia organizante – 2 (0,9%), proteinose alveolar – 2 (0,9%) e outras – 5 (2,3%). **Conclusões** Em nossa casuística, a doença intersticial pulmonar mais frequentemente encontrada foi a fibrose pulmonar idiopática, seguido de associação com doenças autoimunes e sarcoidose. Os dados encontrados foram semelhantes a séries europeias, onde doenças fibrosantes crônicas e sarcoidose são as entidades mais diagnosticadas. Também como em outras populações, foi verificado uma grande ocorrência de doenças intersticiais secundárias ou associadas a doenças autoimunes. Diferente de outras séries nacionais, a incidência de pneumonia por hipersensibilidade foi baixa, embora seja possível que dentre as doenças indeterminadas houvessem casos subdiagnosticados de PH. O conhecimento da epidemiologia das doenças intersticiais em nosso país e regiões é importante para estabelecer estratégias de diagnóstico e tratamento mais corretos e adequados para nossa população.

AP188 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO KING'S BRIEF INTERSTITIAL LUNG DISEASE (K-BILD) HEALTH STATUS QUESTIONNAIRE

LEILA JOHN MARQUES STEIDLE¹; KAROLINE SILVEIRA²; PEDRO HEIDORO DE MORAES BRANCO TAVARES¹; DARLAN LAURICIO MATTE³; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI¹; MARCIA MARGARET MENEZES PIZZICHINI¹; EMILIO PIZZICHINI¹; MICHELLE GONÇALVES DE SOUZA TAVARES²

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC; 2. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL, PALHOÇA, SC; 3. UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Questionário; doença pulmonar intersticial; tradução

Introdução: Não há no Brasil instrumentos específicos para mensurar o estado de saúde em pacientes com doença pulmonar intersticial (DPI) que auxilie nas condutas terapêuticas e direcionamento das intervenções. O KING'S BRIEF INTERSTITIAL LUNG DISEASE - K-BILD é um instrumento originalmente de língua inglesa que avalia o estado da saúde em pacientes com DPI. Neste contexto, há necessidade de tradução e adaptação cultural do instrumento específico King's Brief Interstitial Lung Disease (K-BILD) para ser utilizado em território brasileiro.

Objetivos: Traduzir e adaptar culturalmente K-BILD para a língua portuguesa falada no Brasil. **Métodos:** Estudo que envolve uma adaptação cultural, com a tradução para a língua portuguesa falada no Brasil do K-BILD, aprovado pelo CESH-UNISUL, com parecer 2.296.776/2017. As etapas do protocolo foram: Autorização do autor original; Tradução do K-BILD da língua inglesa para a língua portuguesa; Unificação das 3 versões por um comitê revisor (pneumologistas e fisioterapeutas respiratórios); Retradução (português para inglês); Revisão e da retradução: comparação da retradução com a versão inglesa original; Avaliação e aceite do autor da versão original; Análise da versão pelo comitê revisor e elaboração de nova versão; Desdobramento cognitivo (DC): identificação da clareza para o entendimento, em pacientes com DPI no ambulatório do Hospital Universitário da UFSC demonstrando a aceitabilidade, compreensão e reprodutibilidade. Os critérios de inclusão para o DC foram: diagnóstico clínico de doença pulmonar intersticial, maiores de 18 anos e alfabetizados; assinatura do TCL; Elaboração da versão final. **Resultados:** O autor do original questionou o termo do item 3 "severe" retraduzido como "severity". O comitê respondeu ao autor que decidiu manter "severity". No item 6 o autor sugeriu que os termos "tired" ou "cansado" fosse mais próximos de algo como "feeling low in mood, like depression". O comitê sugeriu modificar o termo "cansado" ou "tired" para "incomodado", ou seja, "annoyed" ou "bothered". O autor do original aceitou a sugestão devido a semântica ser a mesma. Após o aceite da versão final em português pelo autor do K-BILD, a etapa do DC foi realizada em 20 indivíduos com DPI, com média de 55 anos. Ao serem questionados a clareza e entendimento das questões e sugestões sobre cada item, indicaram ótima clareza em todos os itens. A média das somatórias das notas atribuídas pelos entrevistados em cada questão foram superiores à 8 (80% de clareza), não sendo necessário alterações mantendo a versão aplicada. **Conclusão:** O K-BILD encontra-se traduzido e adaptado culturalmente para a língua portuguesa falada no Brasil, sendo o único instrumento para avaliação do impacto da doença em vários aspectos da vida em pacientes portadores de DPI no Brasil.

AP189 COINFEÇÃO TUBERCULOSE/HIV: UM PROBLEMA ATUAL

MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA¹; ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO¹; ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES¹; NATHÁLIA AIDAR BITTAR¹; PAULO TADEU SILVA CAMPOS²; NATHÁLIA TAVARES DA SILVA¹; EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA¹; MARIA ANGELICA ELOI FRANCO¹
1. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO; 2. PUC-GO, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Coinfecção; hiv; tuberculose

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa ainda muito prevalente em países subdesenvolvidos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, há 10,4 milhões de casos de TB por ano, sendo 12% coinfecção com o HIV. A TB é a segunda principal causa de morte por doenças infecciosas e a principal em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Atualmente, a infecção pelo o HIV é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de TB ativa e o uso de terapia antirretroviral reduz drasticamente este risco. **Objetivo:** Descrever e analisar (investigar) o perfil epidemiológico da coinfecção tuberculose/HIV. **Métodos:** Estudo quantitativo retrospectivo com delineamento transversal de base populacional. Foi realizada a abordagem quantitativa dos casos confirmados, óbitos e taxa de mortalidade de indivíduos coinfectados HIV/tuberculose e pacientes com apenas tuberculose no período de janeiro de 2006 até dezembro de 2016, com as variáveis: presença de HIV, faixa etária, forma extrapulmonar e região. Os

dados foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Posteriormente, foi realizada estatística dos dados, análise por escala de proporção e por linha tendência no período, com o coeficiente de determinação (R^2). **Resultados:** No período estudado houveram 1.040.659 casos de tuberculose no país, desses, 111.774 foram em pacientes com o HIV. Do ano de 2006 a 2017 houve um decréscimo de apenas 243 no número absoluto de casos de TB e a análise de tendência mostrou que esse foi pouco significativo ($R^2 = 0,05$), visto que os números variaram muito a cada ano. Já em relação aos casos de coinfeção TB/HIV, houve um aumento significativo da incidência ($R^2 = 0,60$), variando de 8.022 em 2006, para 9.397 em 2017. Tratando-se da taxa de mortalidade total dos anos analisados, os pacientes coinfectados obtiveram um valor 30% maior (com 4,8%) do que os pacientes com apenas TB (com 3,35%). Em ambos os casos, a faixa etária mais prevalente tanto para incidência, quanto para óbitos, foi de 20-39 anos. Enquanto apenas 14,85% dos pacientes sem coinfeção apresentaram a forma extrapulmonar, cerca de 34,82% dos pacientes com HIV demonstraram essa forma. Por fim, as regiões com maior e menor incidência em ambos os casos foram a Sudeste e a Centro-Oeste respectivamente. Entretanto, a região Nordeste, que apresentou a menor mortalidade nos casos de apenas TB (2,59%), obteve a maior mortalidade se tratando da coinfeção (6,31%). **Conclusões:** Com base nos dados apresentados, é necessário se atentar para os casos de coinfeção TB/HIV, visto que estes apresentam aumento da incidência e ainda são uma importante causa de morte. É indispensável realizar um rastreio ativo dos pacientes com HIV que são mais suscetíveis a contrair a TB, efetivar políticas de promoção de saúde e fomentar a prevenção da doença, além disso incentivar o tratamento precoce de ambas as entidades, sabendo-se que é indicado tratar a TB antes de iniciar o TARV.

AP190 EPIDEMIOLOGIA DOS NOVOS CASOS DE TUBERCULOSE

MARTINELO RIBEIRO DE SOUZA¹; ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO¹; ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES¹; NATHÁLIA AIDAR BITTAR¹; PAULO TADEU SILVA CAMPOS²; NATHÁLIA TAVARES DA SILVA¹; EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA¹; MARIA ANGELICA ELOI FRANCO¹

1. UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO; 2. PUC-GO, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Tuberculose; epidemiologia; mycobacterium

Introdução: A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa crônica que teve seu agente causador descoberto em 1882, entretanto, continua uma causa de preocupação para a vigilância sanitária até os dias de hoje. A Organização Mundial da Saúde estima que um terço da população mundial é infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, desses, 8 a 9 milhões adoece e 2 milhões vão a óbito. **Objetivo:** Traçar o perfil clínico epidemiológico dos casos de tuberculose notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre 2012 e 2016. **Métodos:** Estudo epidemiológico retrospectivo do tipo descritivo, cujo os dados foram obtidos por consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis nos anos de 2012 à 2016. **Resultados:** No período estudado, o número total de notificações foi de 429.063, com média de 85.813 casos/ano. O ano de 2012 apresentou o maior número de notificações, com 86.848. Notou-se que as taxas de incidência não se alteraram significativamente em relação aos anos anteriores do estudo (2001-2011). A região Sudeste continua em primeiro lugar no número de casos, seguida pelo Nordeste, Sul, Norte e,

por ultimo, Centro-Oeste. A cidade de São Paulo continua em primeiro lugar, apresentando 98.770 notificações no período analisado. Em relação a idade, observa-se que a incidência começa a aumentar na faixa etária de 15 a 19 anos e alcança seu ápice entre 20 e 39 anos. Esse padrão se mostra bem semelhante aos anos passados, quando a população mais acometida também era o adulto jovem. O sexo mais acometido foi o masculino com 68% dos casos. Do total de casos notificados, cerca de 320.505 realizaram exames conclusivos para HIV, sendo positivo em cerca de 15%. Entre as situações de desfecho possíveis, a cura foi a mais observada em 67,9% dos casos, 12,2% abandonaram o tratamento e 3,5% resultaram em óbitos por tuberculose. **Conclusão:** O estudo mostrou que as notificações de tuberculose se mantiveram estáveis ao longo dos anos e as incidências proporcionais entre as unidades da federações. São Paulo continuou apresentando os maiores números de notificações da doença. A faixa etária mais acometida permaneceu entre 20 à 39 anos. Dos casos diagnosticados, um número considerável de pacientes abandonaram o tratamento, mostrando a dificuldade de adesão, seja pelos efeitos colaterais ou pelo longo período necessário que o tratamento exige. Esse cenário de estagnidade demonstra a necessidade de se investir em promoção de saúde, elaborando políticas e programas que objetivem o controle da doença através de vigilância epidemiológica aperfeiçoada, expansão do tratamento supervisionado na atenção básica e desenvolvimento de ações educativas.

AP191 RESPOSTA AO RITUXIMABE EM PACIENTES COM MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS AUTOIMUNES E DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL: UMA COORTE RETROSPECTIVA

HELI SAMUEL PINTO SOUZA¹; TOMAS NERI BEDER¹; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO¹; MARCIO V Y SAWAMURA²; SAMUEL KATSUYUKI SHINJO³; RONALDO ADIB KAIRALLA¹; BRUNO GUEDES BALDI¹

1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP; 2. INSTITUTO DE RADIOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP; 3. DIVISÃO DE REUMATOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Antissintetase; miosite; rituximabe

Introdução: A doença pulmonar intersticial (DPI) é uma complicação frequente e potencialmente severa das chamadas miopatias inflamatórias autoimunes (MIA). A síndrome antissintetase (SAS) é caracterizada pela positividade para algum anticorpo anti aminoacil-t-RNA sintetase associada à DPI, miosite e/ou artrite. O Rituximabe, anticorpo monoclonal quimérico que age através da depleção de linfócitos B CD20+ periféricos, é uma opção no tratamento de diversas doenças autoimunes, incluindo MIA e DPI, frequentemente como terapia de resgate. **Objetivos:** Avaliação da resposta à administração de Rituximabe como terapia de resgate em pacientes com MIA e DPI. **Métodos:** Análise retrospectiva de 14 pacientes com MIA que foram tratados com Rituximabe. **Resultados:** Foram incluídos 14 pacientes com MIA, 12 com positividade para anti-Jo1 e 2 com miosite definitiva por critérios de Bohan e Peter. O tempo médio de seguimento foi de 2.1 anos. Os pacientes haviam recebido uma média de 4 drogas imunossupressoras antes do uso do Rituximabe, com destaque para Azatioprina (92%), Micofenolato de Mofetil (71%) e Metotrexato (57%). As principais indicações para o uso da droga foram progressão da DPI (43%) e doença muscular progressiva (97%). A dose total média utilizada foi de 5,5g (2-8g). A capacidade vital forçada (CVF) inicial

média foi de 57% (variação: 27-88%) e 63% (variação: 19-97%) após a administração do Rituximabe; 6 pacientes (43%) atenderam ao critério IMACS para melhora da CVF. As tomografias de tórax foram avaliadas por um radiologista com experiência em imagem torácica: os padrões de DPI mais comuns foram pneumonia intersticial não específica (85%) e pneumonia em organização (28%). Os pacientes que receberam Rituximabe precocemente (menos de 03 anos após o diagnóstico) tiveram um desfecho melhor do que aqueles com administração tardia (mais de 03 anos): a melhora da CVF ocorreu em 5/9 (67%) dos indivíduos no grupo de administração precoce, contra 0/5 (0%) daqueles com tratamento tardio. Em análise de tomografias seriadas, 7/9 (77%) dos pacientes no grupo precoce mostraram melhora (55%) ou estabilidade (22%) da DPI após o Rituximabe, contra 0/5 pacientes do grupo considerado tardio. A dose média de prednisona utilizada diminuiu de 24 mg antes do tratamento para 9 mg após. Um paciente apresentou reação anafilática durante a infusão e 7 (50%) tiveram infecções, sendo o trato respiratório o sítio mais comum (72%). Um paciente evoluiu a óbito 6 meses após a última dose de Rituximabe devido a quadro infeccioso pulmonar. **Discussão:** Relatamos, nesta série de casos, nossa experiência com uso do Rituximabe em pacientes com MIA. Nossos achados foram concordantes com estudos anteriores, que demonstraram redução na dose de corticóides e melhora espirométrica e radiológica após o uso da medicação. Desta forma, a depleção de linfócitos B CD20+ usando anticorpos monoclonais anti-CD20 parece ser uma terapia de resgate promissora para pacientes com MIA/SAS.

AP192 RELATO DE CASO: O USO DE MESILATO DE IMATINIBE PARA TRATAMENTO DE PNEUMOPATIA SECUNDÁRIA A BLEOMICINA

PRISCILA TAVARES VITORIANO; MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO; ANDRÉ MACHADO MIRANDA; HELENA DE AGUIAR ACIOLI LINS; VÍCTOR SAMPAIO GREENHALGH; CAROLINA DE MELO FERNANDES RÔLO; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Pneumopatia; mesilato de imatinibe; bleomicina

Introdução: A pneumonite induzida por bleomicina (PIB) é uma condição de difícil manejo clínico que ocorre em cerca de 20% dos pacientes submetidos a terapias contendo esse fármaco, com mortalidade aproximada de 10-20%. O tratamento com corticoides é descrito como uma forma de amenizar os sintomas. Este relato de caso apresenta a Introdução de Mesilato de Imatinibe (MI) no tratamento da PIB após falha terapêutica com terapias a base de corticoides. **Relato do Caso:** Paciente J. C. G., 21 anos, encaminhada à Pneumologia do HULW/UFPB por dispnéia aos esforços e tosse seca. Exame físico: bom estado geral, orientada, anictérica, acianótica, afebril, normocorada e hidratada. Avaliação respiratória: murmúrio vesicular presente em ambos os hemitórax e ausência de ruídos adventícios. TC de tórax sem contraste: opacidades em vidro fosco esparsas no parênquima pulmonar bilateral, evidentes no lobo superior à direita. Espirometria: distúrbio ventilatório restritivo grave, sem variação significativa de fluxo ou volume após uso de broncodilatador. Antecedente de tratamento para Linfoma de Hodgkin (LH) tratado com quimioterapia à base de bleomicina e radioterapia há 6 meses. Paciente refere que os sintomas iniciaram após o tratamento para o linfoma. Sob a hipótese diagnóstica de fibrose pulmonar secundária à bleomicina, iniciou-se tratamento com corticoides - prednisona 60 mg/dia. Houve melhora parcial dos sintomas, porém, com queda da CVF

de 44% para 36%. Diante da queda da CVF a despeito do tratamento com prednisona, adotou-se por introduzir Mesilato de Imatinibe 400 mg/dia no tratamento em terapia conjunta com 40 mg/dia de Prednisona. Após dois meses de tratamento, a paciente tornou-se e segue assintomática, com elevação da CVF de 36% para 50%/ a paciente mantém seguimento clínico, tomográfico e de função pulmonar. **Discussão:** a fibrose pulmonar decorrente da PIB ocorre em cerca de 20-40% dos pacientes tratados com bleomicina que tinham LH, e possui mortalidade elevada. O quadro clínico é caracterizado por tosse não produtiva e dispnéia aos esforços. O diagnóstico é sugerido durante exames de imagem principalmente a TC de tórax com indícios de infiltrado intersticial quando excluídas infecções ativas. A realização de biópsia é indicada sempre que possível e pode identificar os padrões inflamatórios e de proliferação de tecido fibrótico. A patogênese não é claramente compreendida e aparentemente envolve o dano oxidativo, deficiência relativa da bleomicina hidrolase e susceptibilidade maior a citocinas inflamatórias como TGF- β e TNF- α , as quais são creditadas a estimulação, transformação, proliferação e acúmulo de fibroblastos. O Mesilato de Imatinibe é um inibidor específico do receptor da tirosina quinase e está relacionado com a inibição da ação dessas citocinas, e mostra-se como um possível agente no tratamento dessa condição clínica.

AP193 SÍNDROME DO PULMÃO ENCOLHIDO (SHRINKING LUNG SYNDROME)

GUSTAVO FRAZZATO MEDEIROS DE MIRANDA; REGINA CÉLIA CARLOS TIBANA; MARIA RAQUEL SOARES; ALEXANDRE WAGNER SILVA DE SOUZA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA
UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Pulmão encolhido; shrinking lung syndrome; lúpus eritematoso sistêmico

Introdução: Doenças do tecido conjuntivo podem cursar com acometimento pulmonar. Dispneia, dor pleurítica e restrição pulmonar, excluindo infecção, fenômenos tromboembólicos, hipertensão pulmonar e acometimento intersticial, levanta a hipótese diagnóstica de síndrome do pulmão encolhido (SPE). **Objetivo** Descrever a evolução de pacientes com SPE. **Métodos:** Foram selecionados, retrospectivamente, oito casos de SPE do ambulatório de Doenças Pulmonares Intersticiais da Universidade Federal de São Paulo, de setembro de 2008 a novembro de 2017. **Resultados:** Houve predomínio feminino (7: 1), com idade média de 34 anos (20-56), em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Dor pleurítica foi relatada em 7 casos e derrame pleural em 3 dos 8 pacientes. Tosse seca esteve presente em três casos. À auscultação pulmonar não se observou estertores em velcro. A saturação basal média foi de 97%, com redução para 95% ao esforço. Hipertensão pulmonar foi avaliada pela pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP), elevada em apenas um paciente (PSAP = 34), sem embolia na cintilografia de perfusão. Ultrassonografia diafragmática foi normal em quatro de cinco pacientes que a realizaram. Dois dos sete apresentaram queda da saturação $\geq 4\%$, em relação ao valor basal, durante o esforço. Um apresentava atelectasias e redução da mobilidade diafragmática, e o outro possuía tomografia sem alterações. Metade dos pacientes possuíam tomografia de tórax normal. Os outros apresentaram atelectasias em bases (n = 4) ou lobo médio (n = 1), pequeno derrame pleural (n = 3) e micronódulos (n = 1). Foram tratados com corticosteroides e imunossuppressores, como ciclofosfamida (n = 4), azatioprina (n = 4), micofenolato (n = 4), ciclosporina (n = 1) e rituximabe (n = 3). Os motivos

de troca foram ausência de melhora, infecções, linfopenia e intolerância. A média na melhora da Capacidade Vital Forçada (CVF) foi de 15%, com CVF média inicial de 1,65 L (45,5% do previsto) para 1,90 L (52,8% do previsto) após o tratamento. A dispnéia inicial era aos esforços grandes (n = 1), moderados (n = 4) e pequenos (n = 3). Após o tratamento apresentaram dispnéia aos grandes esforços (n = 3) e moderados (n = 5). Um paciente prosseguiu com perda da função pulmonar, apesar do tratamento. **Discussão:** Há predomínio do sexo feminino devido ao fato de ser o grupo mais acometido pelas collagenoses. Acredita-se que a SPE seja desencadeada por inflamação pleural crônica, resultando em hipoinsuflação. Dentre os sintomas, destaca-se a dor pleurítica. Seu aparecimento não está relacionado ao tempo de doença reumatológica, podendo aparecer no primeiro ano até anos mais tarde. Como não há DPI, espera-se que a ausculta pulmonar seja normal, embora estertores possam estar presentes caso existam atelectasias. Não existe um consenso de tratamento. A maioria dos casos são tratados com corticosteróides (>0,5 mg/Kg/dia), associado a outras medicações imunossupressoras, como azatioprina, ciclofosfamida e rituximabe.

AP194 DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL GRANULOMATOSA-LINFOCÍTICA EM PACIENTE ADULTO COM IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL
PIERANGELO TADEU BAGLIO; IGOR GORSKI BENEDETTO; FRANCES KOPPLIN CRESPO; CRISTIANO FEIJO ANDRADE; MARCELO BASSO GAZZANA

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Imunodeficiência primária; doença granulomatosa; doença intersticial

Introdução: A Imunodeficiência comum variável (Common Variable Immunodeficiency, CVID) é uma imunodeficiência primária caracterizada por alterações das células B, gerando prejuízo na produção de imunoglobulinas. É uma das mais “comuns” formas de deficiência de anticorpos em crianças e adultos. Devido a apresentação clínica heterogênea, com manifestações diversas: doença pulmonar crônica, distúrbios autoimunes, infecções recorrentes, doenças gastrointestinais e uma predisposição para doenças linfoproliferativas, esta entidade é denominada “variável”. A doença pulmonar intersticial granulomatosa-linfocítica (Granulomatous and lymphocytic interstitial lung disease, GLILD) é o acometimento pulmonar intersticial difuso mais frequente na CVID. A GLILD é caracterizada pela presença de pneumonia intersticial linfocítica associada a granulomas sem necrose, e frequentemente com bronquiolite folicular. **Relato do Caso:** Paciente masculino de 38 anos, previamente hígido, não tabagista, com histórico de realização de septoplastia nasal no passado, não tinha histórico de infecções de repetição, nem mesmo na infância. Admitido na emergência por quadro de cefaleia, mialgias, febre alta (até 39,5°C) e sintomas de via aérea superior há 2 dias (coriza, dor de garganta), associado sudorese noturna referida há 2 semanas, sem sintomas constitucionais. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, normotenso, eufônico em ar ambiente e com ausculta pulmonar evidenciando crepitações no hemitórax inferior direito, sem outras alterações relevantes. Foi iniciado tratamento empírico com cefuroxima, azitromicina e oseltamivir. As culturas de escarro e sangue foram negativas, assim como as pesquisas para infecções virais (vírus respiratórios, Influenza sazonal e H1N1). Sorologias para HIV e doenças do tecido conjuntivo foram negativas. Na tomografia de tórax observou-se extensa consolidação

com broncograma aéreo no lobo inferior direito e nódulos de distribuição peribronquico e septais, além de nodulações subpleurais com até 1,0 cm, associado identificação de hepatoesplenomegalia. Realizado broncoscopia com lavado broncoalveolar (negativo para infecções) e biópsia transbronquial com resultado inconclusivo. Após, foi submetido a biópsia pulmonar por videotoracoscopia, com anatomopatológico evidenciando agregados linfóides, principalmente ao redor dos bronquíolos e presença de granulomas sem necrose, com **Conclusão:** do patologista de possível associação com imunodeficiências primárias ou secundárias. **Conclusão:** A GLILD associada a CVID é responsável por maior morbidade e mortalidade. A etiologia é desconhecida assim como qual o tratamento ideal. Pacientes podem receber imunoglobulina para correção dos níveis séricos e a maioria recebe inicialmente tratamento com corticoide sistêmico, embora a resposta seja pobre nas doenças intersticiais. Tratamento adicional indicado pode incluir azatioprina, rituximab ou micofenolato, com resposta satisfatória.

AP195 RELATO DE CASO: SARCOIDOSE COM ACOMETIMENTO ESPLÊNICO

PRISCILA TAVARES VITORIANO; VÍCTOR SAMPAIO GREENHALGH; MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO; ANDRÉ MACHADO MIRANDA; HELENA DE AGUIAR ACIOLI LINS; ALEXANDRE ROLIM DA PAZ; GABRIELA MATOS FALCÃO TARGUETA; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Sarcoidose; hipersplenismo; citopenia

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistêmica inflamatória, caracterizada por granulomas não caseosos. O pulmão é o órgão mais comumente acometido, havendo alterações na radiografia torácica em 90% dos pacientes, apresentando achados como adenopatia hilar, alveolite e pneumonite intersticial. Outros órgãos como pele, olhos, fígado, medula, rim, sistema nervoso, coração também podem ser acometidos. O acometimento esplênico é identificado em 6,7% a 77% dos pacientes, sendo mais comum o achado de imagem, sem expressão clínica. Geralmente assintomático, pode causar dor abdominal ou sintomas inespecíficos como sudorese noturna, febre e náuseas. Relatamos um caso de sarcoidose com acometimento pulmonar e esplênico avançado, com quadro de anemia e realização de esplenectomia sob hipótese diagnóstica de doença linfoproliferativa. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 72 anos, foi internada no dia 06/03/2017 relatando que há cerca de 6 meses iniciaram-se os sintomas de astenia, anorexia, sonolência e perda de peso, por volta de 22 kg nesse período, além de desconforto no hipocôndrio esquerdo. O exame físico mostrava paciente hipocorada, obesa, mas com evidências de perda ponderal recente. Exame torácico normal. Na palpação abdominal, notou-se baço palpável à 10 cm do rebordo costal. Exames laboratoriais: hematimetria 2,53 milhões/mm³, hemoglobina 7,2 g/dL, hematócrito de 22,5% e plaquetas de 107.000/mm³. TC do tórax identificou múltiplos nódulos pulmonares. PET-Scan confirmou a presença dos nódulos pulmonares quentes e esplenomegalia. Foi submetida a biópsia dos nódulos pulmonares, com resultado inconclusivo (negativo para malignidade). Com a evolução do quadro e piora da anemia e dor no hipocôndrio esquerdo, a paciente foi submetida a esplenectomia no dia 30/03/2017, com as hipóteses diagnósticas de síndrome linfoproliferativa. O exame histopatológico do baço constatou achados de múltiplos granulomas epitelióides não necrosantes na polpa branca e intensa congestão na polpa vermelha esplênica. Já sob a hipótese de sarcoidose, com acometimento

pulmonar e esplênico, foi encaminhada para a pneumologia. Em seguimento, sem evidências de atividade da doença desde a esplenectomia, mantém CVF em torno de 70%.

Discussão: Poucos casos de sarcoidose são identificados na primeira consulta, sendo que metade deles são achados acidentais de radiografias. Frequentemente, o diagnóstico é cogitado após a demonstração histológica de acometimento granulomatoso. É importante ressaltar que se trata de um diagnóstico de exclusão, com sintomas inespecíficos e apresentações clínicas muito variadas. Acometimento esplênico intenso e clinicamente relevante é incomum (3% a 6%), levando a um quadro de anemia, leucopenia, trombocitopenia ou até pancitopenia. No caso estudado, o acometimento esplênico maciço, as citopenias por hiperesplenismo e a ausência de diagnóstico histológico à biópsia pulmonar fortaleceram a hipótese inicial de doença linfoproliferativa.

AP196 SÉRIE DE CASOS PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE COM EXPOSIÇÕES ATÍPICAS NO BRASIL

BRUNA CAVALCANTE TORRES; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR; MIRIAM GIORGETTI; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; PRISCILA ABREU FRANCO; FERNANDA FERREIRA BIGELI; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Pneumonite de hipersensibilidade; exposições; atípica

Pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma intersticiopatia com apresentação clínica variável, cuja inflamação no parênquima pulmonar é causada pela inalação de antígenos específicos em indivíduos previamente sensibilizados. Existem mais de 350 causas para a PH no mundo. No Brasil as mais frequentes são: exposição a mofo domiciliar ou no trabalho e a pássaros. Relatamos uma série de oito casos de Pneumonite de Hipersensibilidade cujos agentes causais são incomuns no Brasil acompanhados no ambulatório de Pneumologia da Universidade Federal de São Paulo por meio de revisão sistemática de prontuário. Entre os 8 pacientes acompanhados, 4 (50%) eram do sexo feminino; idade entre 35-75 anos. Em relação ao acometimento pulmonar avaliado por meio de tomografia de tórax infiltrado lineares e reticulares com aprisionamento aéreo, bronquiectasias de tração e vidro fosco foram os achados mais prevalentes, áreas com faveolamento observadas em 5 (62,5%). Houve identificação como única causa base exposição a isocianatos em 5 (62,5%), "pulmão de padeiro" em 1 (12,5%), pó de madeira em 1 (12,5%) e sauna em 1 (12,5%) caso. Quanto a vícios, nenhum era tabagista e 5 (62,5%) tinham história de tabagismo prévio. Tratamento com afastamento a exposição e terapia imunossupressora foi realizada em todos os pacientes. Todos os casos incluídos no estudo atendiam aos critérios diagnósticos pela análise clínica, radiológica e anatomopatológica. O afastamento do antígeno é a chave para o tratamento. Na forma aguda, apenas a retirada da exposição pode ser suficiente para a resolução da doença. Nos casos crônicos, a não determinação do agente causal, pode determinar um prognóstico desfavorável. Recentes estudos permitiram um maior entendimento sobre a fisiopatogênese, especificamente no estudo da suscetibilidade genética e na modulação da resposta imune frente a determinados antígenos. Este estudo visa alertar exposições infrequentes no Brasil como causas de pneumonite de hipersensibilidade que devem ser aventadas para diagnóstico precoce e identificação de agente causal permitindo o tratamento com o afastamento da exposição e eventual uso de medicação anti-inflamatória.

AP197 SARCOIDOSE CRÔNICA E RECIDIVANTE

PATRICIA FRASCARI LITRENTTO; MARIANA CARNEIRO LOPES UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Sarcoidose; crônica; recidivante

Introdução: Sarcoidose é uma doença sistêmica, de causa indefinida e curso variável caracterizada pela formação de granulomas não caseosos em diversos órgãos, o que leva a alteração das estruturas teciduais e danos funcionais. O tratamento inicial preconizado é corticoide. No entanto, em casos de refratariedade ao corticoide ou intolerância outras drogas podem ser empregadas. Pacientes podem ter a apresentação aguda da doença, nem sempre havendo indicação de tratamento sistêmico. Existe a apresentação crônica da sarcoidose, em que há necessidade de tratamento e seguimento por mais do que 2 anos, porém alguns trabalhos orientam o seguimento do paciente por 5 anos. Alguns fatores estão associados a doença crônica, como envolvimento neurológico, cardíaco, ósseo, uveíte posterior, nefrocalcinose, lúpus pernio, CVF e determinados genótipos. Pacientes que se apresentam com a síndrome de Löfgren costumam evoluir com melhor prognóstico e remissão dos sintomas em até dois anos. **Objetivo:** Demonstrar o curso da doença e o perfil de pacientes portadores de sarcoidose pulmonar. **Metodologia:** Estudo de coorte entre agosto 2015 e março 2018 incluídos 64 pacientes com diagnóstico de sarcoidose acompanhados no ambulatório de Pneumologia da Policlínica Piquet Carneiro – UERJ. **Resultados:** Dos 64 pacientes, 10 nunca precisaram de tratamento, 26 encontravam-se sem tratamento há mais de 1 ano, e 4 pacientes pararam tratamento há menos de 1 ano. 9 seguem em uso de corticoide isoladamente em desmame, com melhora dos sintomas. 14 encontram-se em tratamento, com falha ao uso isolado de corticoide e necessidade de acréscimo de uma segunda droga. 6 pacientes retornaram o tratamento perante recidiva da doença. Nesses 6 pacientes observamos que o tempo entre o diagnóstico e a recidiva variou entre 2 a 30 anos (2/6/8/9/16/30 anos). Também foi observado dos 20 pacientes que apresentam pior prognóstico (em uso de 2 drogas e os recidivantes) 4 são homens e 16 mulheres. Destes pacientes, 18 não caucasianos e 5 brancos. A média de idade ao receber o diagnóstico foi igual 44,8 anos. A média da CVF 77,8% e DLCO 87,2%. O estágio radiológico 2 foi o mais prevalente entre esses pacientes. **Conclusão:** A sarcoidose é uma doença de curso variável e de caráter heterogêneo. O seguimento dos pacientes durante o curso da doença, independente de estarem ou não em vigência de tratamento medicamentoso é recomendado. Embora alguns estudos preconizem o acompanhamento desses pacientes por 2 ou 5 anos, devemos considerar os casos de recidiva após esse período.

AP198 RELATO DE CASO: PROTEINOSE ALVEOLAR COM EVOLUÇÃO PARA FIBROSE PULMONAR

BRUNA CAVALCANTE TORRES; PRISCILA ABREU FRANCO; MIRIAM GIORGETTI; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR; FERNANDA FERREIRA BIGELI; BRUNA MOREIRA LIMA ROCHA; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Proteínose alveolar; fibrose; interstício

Introdução: A proteínose alveolar pulmonar é causada por defeitos na geração ou degeneração de surfactante e caracterizada pelo acúmulo excessivo de fosfolípidos e apoproteínas surfactantes no trato respiratório inferior. Associação de fibrose pulmonar é rara. Neste estudo, relatamos um caso de proteínose alveolar com fibrose progressiva de paciente em acompanhamento ambulatório de doenças intersticiais- Pneumologia da UNIFESP. **Relato**

de caso: Masculino, 47 anos, pedreiro, ex-tabagista (30 maços/ano), ex-etilista. Relatava dispneia aos grandes esforços que evoluiu para pequenos esforços, associado à tosse seca após diagnóstico de criptococose sistêmica (acometimento de pele e SNC comprovado por biopsia) há 20 anos. Ao exame físico: ausculta pulmonar com estertores em velcro em base esquerda, baqueteamento digital, dessaturação no teste do degrau de 4 minutos. Espirometria com distúrbio ventilatório restritivo e redução acentuada da difusão ao monóxido de carbono. TC tórax com consolidações e opacidades em vidro fosco peribronquiais, e algumas áreas de padrão de atenuação do tipo pavimentação em mosaico, bilaterais, predominantemente centrais. O lavado bronco alveolar evidenciou predomínio de macrófagos alveolares, vários contendo pigmento enegrecido e grosseiro no citoplasma, além de poucas células colunares ciliadas e não ciliadas, típicas, em fundo mucoide, por vezes proteico e amorfo. Biopsia transbrônquica mostrou fibrose discreta, septal com material proteináceo alveolar. Foi feito diagnóstico de Proteinose Alveolar forma autoimune, o paciente evoluiu para hipoxemia importante SpO₂ 74% e foi tratado com lavagem pulmonar (4 vezes no período). Apresentou melhora parcial do quadro após lavagens, mas em nova recaída da doença foi optado por tratamento com Rituximabe (3 infusões com intervalo semestral). Atualmente segue com estabilidade clínica e funcional, sem tratamento específico há 3 anos. Em evolução tomográfica, apresenta achados característicos de proteinose alveolar com sinais de fibrose pulmonar, mostrando parênquima com consolidações e opacidades em vidro fosco com distribuição peribroncovascular, associadas a bronquiectasias e bronquiolectasias de tração. **Discussão:** A frequência de fibrose nos cursos de proteinose alveolar é < 2%; no entanto, o prognóstico desses casos é muito ruim. O mecanismo de fibrogênese ainda é desconhecido e o tratamento não é bem estabelecido. Achados tomográficos de fibrose pulmonar em pacientes com proteinose alveolar também ainda não estão bem definidos. Este relato visa alertar para necessidade de estudos em casos de proteinose alveolar que evoluem com fibrose pulmonar para propor critérios e tratamento, visto que se sabe que são casos associados a piores desfechos.

AP199 EOSINOFILIA PULMONAR EM PACIENTE PORTADOR DE ESTENOSE MITRAL: RELATO DE CASO

TOMAS NERI BEDER; ISNARD MAUL MEIRA DE VASCONCELOS; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; MARTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA; ALEXANDRE FRANCO AMARAL; BRUNO GUEDES BALDI; RONALDO ADIB KAIRALLA

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Eosinofilia pulmonar; drogas e toxinas; hipereosinofilia

Introdução: As doenças pulmonares eosinofílicas, comumente denominadas conjuntamente apenas "eosinofilia pulmonar", englobam uma ampla gama de condições caracterizadas pela infiltração de eosinófilos no tecido pulmonar, podendo ser ou não acompanhadas de eosinofilia periférica. Devido a multiplicidade de causas, seu espectro clínico é bastante variado, caminhando desde doença rapidamente progressiva, podendo levar a insuficiência respiratória (ex.: pneumonia eosinofílica aguda) a quadros subagudos/crônicos ou recorrentes (como na pneumonia eosinofílica crônica). **Relato do Caso:** Paciente de 55 anos, sexo masculino, com diagnóstico de estenose mitral de etiologia reumática em acompanhamento com a Cardiologia, iniciou quadro de três semanas de dispnéia,

inicialmente aos médios esforços com progressão até ao repouso, associada a tosse seca e palpitações. Admitido em pronto-socorro, apresentava-se taquidispnéico, com FC = 110 bpm em ritmo irregular, SpO₂ = 86% em ar ambiente e edema de membros inferiores. Realizou radiografia de tórax que mostrou sinais de congestão, em associação a imagem de aspecto consolidativo em terço inferior a direita, com laboratório evidenciando leucocitose (18750 céls/mm³) às custas de intensa eosinofilia (8542 céls/mm³). Havia elevação de IgE total (1066 UI/ml – VR = < 100) e o ANCA era negativo. Solicitada tomografia de tórax que evidenciou vidro fosco difuso, bilateral, com predomínio em campos médios e inferiores, adquirindo aspecto por vezes intensamente confluyente e nodular. Ecocardiograma mostrou espessamento valvar mitral, com área valvar reduzida em grau moderado (1,3 cm²) e escore de Wilkins = 7 pontos. Submetido a broncoscopia, cujo lavado mostrou 1630 células, das quais 71% eram eosinófilos. Iniciadas medidas para insuficiência cardíaca descompensada e investigação do quadro de eosinofilia, com revisão de prontuário evidenciando elevações de contagem eosinofílica em exames anteriores, com oscilações esporádicas ao longo dos anos, decidindo-se por retirada de potenciais medicações causadoras considerando-se a cronologia de uso e as descrições em literatura (alopurinol e atorvastatina). Após a suspensão, a contagem eosinofílica entrou em queda progressiva, com melhora clínica, resolução da hipoxemia e do infiltrado pulmonar, sendo submetido a realização de valvoplastia mitral por cateter balão (VMCB) ao final da internação, indicada por área valvar reduzida em paciente sintomático. Atualmente, permanece estável em seguimento ambulatorial. **Discussão:** A eosinofilia pulmonar é condição de diagnóstico desafiador, exigindo avaliação clínica detalhada na discriminação de suas causas. O acometimento intersticial difuso característico destes quadros pode ser mascarado na presença de cardiopatia e congestão pulmonar, elevando o grau de dificuldade de um diagnóstico que necessita de precisão diante do potencial efeito adverso de seu tratamento mais utilizado, a corticoterapia, em pacientes com etiologia infectoparasitária.

AP200 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR EM LACTENTE: UM RELATO DE CASO

PATRICIA GABRIELLA ZAPATA; LUCCIANO MASSUDA; STEPHANIE HELLMANN; LAURA NICOLETTI LOUREIRO DE ALMEIDA
FMUSP ICR, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Proteinose alveolar; lavado pulmonar total; doença intersticial

Introdução: Proteinose alveolar (PAP) é uma doença caracterizada pelo acúmulo de material lipoproteico no interior dos alvéolos, prejudicando trocas gasosas consequentes de processo fibrótico e inflamatório local. É uma doença com prevalência estimada em 0,37/100000 casos e prognóstico bem variável. Pode ser de origem: congênita, auto-imune, idiopática ou secundária. Todas etiologias, de maneira geral, apresentam defeito catabólico e acúmulo de surfactante nos alvéolos, seja por erro na produção, na remoção ou em ambos. Quanto a clínica, na maior parte dos casos, o portador tem taquipnéia, alguns hipoxemia, cianose, baqueteamento digital e padrão radiográfico típico de doença intersticial. O diagnóstico é através da associação da clínica com as alterações do lavado broncoalveolar, mas geralmente faz-se necessário o estudo histopatológico. A terapêutica mais instituída é a lavagem pulmonar total (LPT) com melhora do padrão radiográfico e dos sintomas ainda que temporário. **Relato de caso:** H. V, 1 ano e 1 mês,

feminino, com histórico de dificuldade de ganho ponderal desde o nascimento devido a episódios repetidos de vômitos. Apresentou 2 internações prolongadas com quadros de pneumonia e necessidade de oxigenioterapia por longos períodos (última delas permaneceu em ventilação mecânica por 1 mês), na ocasião foram feitas diversas hipóteses pra esclarecer a etiologia (entre elas Fibrose Cística e Imunodeficiência), que logo foi confirmada pelo teste genético: Intolerância a Proteína Lisinúrica (SLC7A7) e instituída terapêutica específica. Desde os 5 meses paciente mantendo taquidispnéia importante (FR = 88 ipm), hipoxemia (saturação basal = 75%), baqueamento digital e cianose generalizada. Foi encaminhada ao serviço devido a manutenção da taquidispnéia e da necessidade cada vez crescente de oxigenioterapia. Apresentava padrão radiológico com acometimento intersticial, com diversos infiltrados. Devido à grande associação entre a variante patogênica e PAP, foi indicado LPT, confirmando a hipótese inicial, tanto pelo aspecto do lavado broncoalveolar quanto, pela análise bioquímica com predomínio de macrófagos (74%) e resultado PAS (Ácido periódico de Schiff) positivo. Após LPT, paciente evoluiu com melhora radiológica, da taquidispnéia (FR = 60 ipm), com saturação basal de 90% e redução da necessidade de oxigenioterapia domiciliar de 2L/min para 0,5 L/min. Paciente segue acompanhando sem indicação atual de nova LPT. **Discussão:** A PAP é uma doença rara de difícil tratamento, com a lavagem pulmonar total sendo um dos tratamentos mais seguros e efetivos, no entanto, é uma técnica complicada e propensa a riscos como instabilidade hemodinâmica, hipoxemia, hidropneumotorax. Torna-se necessário estudos e desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas. **Referências:** 1- ROSEN SH, CASTLEMAN B, LIEBOW AA. Pulmonary alveolar proteinosis. *N Engl J Med* 1958; 2-AHMED AWAB, MUHAMMAD S. KHAN; Whole lung lavage-technical details, challenges and management of complications

AP201 ASSOCIAÇÃO DE HISTIOCILOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS COM DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER EM PACIENTE COM MANIFESTAÇÃO PULMONAR

NINA ROCHA GODINHO DOS REIS VISCONTI; CAROLINE DE SOUZA MARTINS FERNANDES; MICHELLE CAILLEUX CEZAR; NADJA POLISSENI GRAÇA; VALMIR SANGALLI LUCAS
UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Histiocitose; erdheim-chester; langerhans

Introdução: As histiocitoses são um grupo de doenças de apresentação clínica variável, caracterizadas por acúmulo de células derivadas das células dendríticas ou macrófagos. A doença de Erdheim-Chester (EC) é uma histiocitose que cursa com infiltração de qualquer órgão por histiócitos espumosos não-Langerhans CD68+, CD1a-. Clinicamente, o envolvimento ósseo com osteoesclerose cortical simétrica de ossos longos associada a alterações neurológicas e cardiovasculares são as manifestações mais comuns. O envolvimento pulmonar é visto em 20% dos casos conferindo pior prognóstico. Nos últimos anos, aumenta o conhecimento sobre a patogênese da doença, permitindo o surgimento de novos tratamentos. **Relato do Caso:** Homem, 80 anos, ex-tabagista, com quadro de dispnéia progressiva, emagrecimento e rash cutâneo difuso de evolução de 6 meses, sendo encaminhado à Pneumologia do HUCFF. Tomografia de tórax evidenciou espessamento grosseiro dos septos interlobulares, nódulos de distribuição perilinfática e linfadenomegalia mediastinal. Cintilografia óssea mostrou hipercaptação difusa e simétrica em terços proximais de úmeros, terços distais de fêmures e proximais das tíbias. Biópsia de pele diagnosticou lesão

proliferativa de células de Langerhans (S100+/CD1a+/CD207+). Submetido à biópsia pulmonar cirúrgica, cujo histopatológico evidenciou fibrose, ocasionais histiócitos xantomatosos em meio a proliferação fibrosa e frequentes histiócitos CD68+, CD163+ e CD1a- e inflamação linfoplasmocitária discreta, sugestivo de doença de Erdheim-Chester. Paciente evoluiu no pós-operatório com sepse por estafilococcia, indo a óbito. **Discussão:** EC é uma doença rara, de difícil diagnóstico, que pode ser feita com histologia e avaliação do fenótipo dos histiócitos observados em um contexto clínico e radiológico compatível. É relatada a associação com histiocitose de células de Langerhans (HCL) em 20% dos casos. Estudos recentes sugerem uma patogenia em comum das doenças, envolvendo a ativação da via de sinalização do MAPK, principalmente a mutação do gene BRAF p. V600E, vista em 50% dos pacientes com EC. O acometimento pulmonar pela HCL é comum em adultos e se caracteriza por nódulos pulmonares e cistos bizarros. Na doença de EC, se caracteriza por infiltrados intersticiais, vidro fosco, opacidades centrolobulares e distribuição perilinfática. Relatamos um caso raro de associação de HCL cutânea com doença de EC com acometimento pulmonar e ósseo em paciente idoso e ex-tabagista em que se pôde chegar ao diagnóstico através da biópsia pulmonar e cutânea. **Referências:** Emile, Jean-François, et al. "Revised classification of histiocytoses and neoplasms of the macrophage-dendritic cell lineages." *Blood* 127.22 (2016): 2672-2681/ Diamond, Eli L., et al. "Consensus guidelines for the diagnosis and clinical management of Erdheim-Chester disease." *Blood* 124.4 (2014): 483-492/ CAMPOCHIARO, Corrado et al. Erdheim-Chester disease. *European journal of internal medicine*, v. 26, n. 4, p. 223-229, 2015.

AP202 RELATO DE CASO: DOENÇA DE CHURG-STRAUSS SEM VASCULITE? EVOLUÇÃO ATÍPICA DE PACIENTE COM INFECÇÃO POR HTLV

CAROLINA NILO DE SANTANA; MARIA LUIZA DORIA ALMEIDA; JOSE BARRETO NETO; MARCELL COUTINHO DA SILVA; ANA PATRICIA ALMEIDA SANTANA; EDSON FRANCO FILHO; LARISSA TIZIANE DE ALMEIDA PEREIRA; JOSÉ CAETANO MECIEIRA
UFS, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Htlv; linfoma; churg-strauss

Introdução: O vírus HTLV é responsável pela infecção de 20 milhões de pessoas no mundo, porém 5% dos infectados desenvolvem doença. As principais patologias associadas são o linfoma-leucemia de células T e a mielopatia. Alterações pulmonares associadas ao HTLV são incomuns, e pneumonia intersticial linfóide é uma delas. **Relato de caso:** Paciente 46 anos com tuberculose pleural com confirmação microbiológica em 2008, sendo tratada. Em 2011 retorna com tosse, dispnéia, eosinofilia periférica e infiltrado pulmonar. Biópsia transbrônquica compatível com bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP). Instituído corticoterapia, na tentativa de desmame entre 30 e 20 mg retornou com eosinofilia, rinossinusite e lesões descamativas em extremidades. Devido à eosinofilia persistente realizou-se mielograma com imunofenotipagem e cariótipo sem anormalidades. Internações sucessivas entre 2011 e 2015 apresentou poliartrite, tumoração cervical cuja biópsia de glândula salivar mostrou infiltração linfocitária sem monoclonalidade, dosagem de IgE > 2000, eletroneuromiografia com neurite crônica periférica sensitivo motora. Em 2015 apresentou sibilância e novas opacidades pulmonares. Síndrome hipereosinofílica foi descartada por ausência de translocação F1P1L1/PDGFR. Autoanticorpos, inclusive anca, eram negativos. A sibilância, infiltrado pulmonar migratório, sinusopatia e polineuropatia, sugeriam a hipótese de Granulomatose Eosinofílica com

Poliangeite. A biópsia pulmonar cirúrgica, entretanto, revelou padrão de pneumonia intersticial linfóide. Em janeiro de 2018 evoluiu com leucograma 72.000 com 76% de linfócitos. A imunofenotipagem e estudo de clonalidade de linfócitos T por citometria de fluxo no sangue periférico confirmou neoplasia de células T madura com sorologia para HTLV positiva (ELISABlot). Foi encaminhada para centro de referência em hematologia, evoluiu a óbito 1 mês após o diagnóstico de linfoma. **Discussão:** A BOOP é uma doença pulmonar intersticial que não possui critérios diagnósticos bem definidos, de causa idiopática ou associada a uma variedade de processos biológicos. Uma possível causa no caso descrito seria a infecção viral. O HTLV-1 induz a expressão aberrante de IL-6, responsável pela regulação da resposta imune e inflamatória, a qual pode estar relacionada com a patogênese da BOOP. Após uma biópsia transbrônquica compatível com BOOP, nossa paciente desenvolveu pneumonia intersticial linfóide, doença linfoproliferativa incomum no adulto, caracterizada pela presença de infiltrado pulmonar intersticial e alveolar. De causa desconhecida, pode decorrer de alteração imune ou manifestação de uma infecção, principalmente HTLV. O risco de linfoma por células T em um paciente com infecção por HTLV 1 está entre 2 e 5%, aparecimento entre 20 a 30 anos após a infecção viral. O quadro agudo é agressivo, a média de sobrevida 6 meses. Quadro clínico inclui lesões de pele e infiltrado pulmonar, características apresentadas pela paciente.

AP203 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR COM EVOLUÇÃO PARA DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR FIBROSANTE

JOEL SERAFINI¹; CAROLINA ROSSETTI SEVERO¹; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL¹; DIOGO DREVENOWSKI¹; ANA KARYN EHRENFRIED DE FREITAS²; CAROLINE SOUZA SOKOLOSKI¹; DANIELLA PORFIRIO NUNES¹; MARIANA SPONHOLZ ARAUJO¹
1. HOSPITAL DE CLÍNICAS UFPR, CURITIBA, PR; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR.

Palavras-chave: Proteinose; complicações; fibrose

Introdução: A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença pulmonar rara caracterizada pelo acúmulo de surfactante nos espaços alveolares. São possíveis três etiologias: autoimune, secundária e congênita. A autoimune é a mais frequente sendo causada por anticorpos contra o fator estimulador de colônias de granulócitos-macrófagos (GM-CSF). O padrão tomográfico característico é a pavimentação em mosaico. O curso clínico é variável, podendo evoluir com remissão espontânea até falência respiratória. O surgimento de doença pulmonar intersticial (DPI) fibrosante na evolução da PAP foi relatado como extremamente raro em séries de casos. O método de lavagem pulmonar total (LPT) é o tratamento padrão-ouro, sendo consideradas terapias de resgate rituximab, plasmáfese e GM-CSF (sargramostim). **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 41 anos, iniciou com dispneia progressiva e tosse seca aos 28 anos. Na ocasião, ao exame físico apresentava baqueteamento digital e estertores crepitantes em bases. Na investigação foi realizada tomografia de tórax que demonstrou lesões pulmonares difusas com padrão de pavimentação em mosaico e distribuição geográfica. A broncoscopia evidenciou secreção leitosa na luz brônquica e, o lavado broncoalveolar e a biópsia transbrônquica, confirmaram o diagnóstico de PAP. A paciente foi submetida a LPT com melhora clínica e funcional. Entretanto, de 2007 a 2015 apresentou múltiplas exacerbações da doença, tendo realizado um total de sete LPTs no período. Devido ao quadro refratário, associados à LPT, foram realizados três pulsos com rituximab em

2013 e três sessões de plasmáfese em 2014. Em 2015 conseguiu liberação de sargramostim e vem utilizando a medicação até o momento. Evoluiu com estabilidade clínica, porém com perda funcional progressiva e, em tomografia de tórax de abril de 2017, foram observadas opacidades em vidro fosco, espessamento irregular de septos e múltiplas áreas de bronchiolectasias de tração, compatíveis com DPI fibrosante, nas áreas previamente acometidas pelo padrão de pavimentação em mosaico. **Discussão:** A DPI fibrosante tem sido relatada como achado raro em pacientes portadores de PAP, sendo a incidência em grandes coortes relatada em aproximadamente 1%. Recentemente, um estudo realizado com portadores de PAP com seguimento tomográfico de longa data, apresentando os vieses de incluir apenas pacientes de maior gravidade e uma amostra limitada, encontrou fibrose pulmonar em 23% dos pacientes ao longo do seguimento. A etiologia da fibrose é ainda discutível, mas as evidências atuais apontam a fibrose como uma possível evolução da doença, especialmente em suas formas mais graves. Apresentamos um caso de PAP refratária que demonstrou uma mudança de padrão nas áreas acometidas ao longo do seguimento, sugerindo que nesse caso o quadro tenha sido evolutivo. Não existem estudos sobre a efetividade do tratamento nessa fase da doença, mas no presente caso foi optado por manutenção do sargramostim.

AP204 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR INDUZIDA POR FÁRMACOS

PATRICIA FRASCARI LITRENTI¹; JOSÉ LUIZ DOS REIS QUEIROZ JUNIOR¹; LEONARDO PALERMO BRUNO¹; ELIZABETH JAUHAR CARDOSO BESSA¹; CLAUDIA HENRIQUE COSTA¹; GISELE REIS FERREIRA PINTO¹; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES¹
HOSPITAL PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Doença pulmonar intersticial; corticoterapia; fármaco

Introdução: As pneumopatias induzidas por fármacos consistem em apresentações clínico-radiológicas estabelecidas através da reação pulmonar à utilização de algum a fármaco. Comprometimento intersticial agudo ou subagudo, com boa resposta a retirada do fármaco e uso de corticoide é um achado frequente nessas condições. A sua prevalência é de 2,5 a 3% dos casos de doenças intersticiais. **Relato de caso:** Foram avaliados 4 casos de pacientes acompanhados no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) entre 2017 a 2018, com suspeita de pneumopatia induzida por fármacos. 1) JLAS, diagnóstico de hepatite C há 4 anos, em tratamento com Interferon há cerca de 2 anos. Evoluiu com possível pneumonia de organização criptogênica. Foi realizado tratamento com prednisona tendo melhora clínica e funcional, porém sem melhora radiológica. Foi realizada broncoscopia com criobiópsia sendo confirmado o diagnóstico de COP. 2) JS, 81 anos, paciente apresentou quadro de dispneia de intensidade moderada desde maio de 2017, associada a tosse inicialmente seca, que evoluiu para secreativa, em julho do mesmo ano. Em setembro, iniciou uso de O2 domiciliar. Ex-tabagista (10 maços/ano), hipertenso, hipotireoidismo, e possui marcapasso. Fazia uso de Amiodarona há 8 anos. Ao chegar no ambulatório foi iniciada prednisona e suspensa amiodarona. Paciente evoluiu com melhora significativa dos sintomas respiratórios (não sendo mais necessário oxigenioterapia) e prova de função pulmonar. 3) RP, 67 anos, ex-tabagista há 26 anos (20 maços/ano), possui calopsita em casa. Portador de fibrilação atrial crônica, submetido a cardioversão elétrica sincronizada em 2015, e usuário de amiodarona. Apresenta quadro de dispneia e tosse seca há cerca de 2 anos. Foi suspensa amiodarona e não houve

mais contato com a calopsita. Houve melhora significativa dos sintomas respiratórios. 4) Paciente com doença renal crônica estágio V (doença de base desconhecida), tratada com transplante renal em março de 2016. Terapia imunossupressora com micofenolato, tacrolimus e prednisona. Em junho de 2017 inicia quadro de tosse seca, persistente, que evolui com dispneia aos pequenos esforços e piora da tosse. Foi internado em julho de 2017 sendo iniciado antibioticoterapia, porém com a piora do quadro necessitou de ventilação mecânica. Foi realizada biópsia cirúrgica com histopatológico compatível com pneumonia em organização. Após uso de corticoterapia e suspensão de tacrolimus teve resolução completa da imagem pulmonar e dos sintomas. **Discussão:** A toxicidade pulmonar induzida por fármacos deve sempre estar incluída no diagnóstico diferencial de enfermidades pulmonares. Para isso necessita-se de anamnese bem detalhada, visto que mesmo não sendo uma das principais causas ainda assim acomete um número relevante de pacientes. Os principais medicamentos envolvidos são os quimioterápicos, antiarrítmicos (destacando amiodarona), antibióticos, alguns tipos de anti-inflamatórios e anticonvulsivantes.

AP205 LACTENTE COM PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR

ELIANDRA DA SILVEIRA DE LIMA; BRUNA FREIRE ACCORSI; KATCHIBIANCA BASSANI WEBER; SUELEN SANTOS CAMARGO; RAFAEL BOTTEGA; PAULO M. PITREZ; MAGALI SANTOS LUMERTZ; LEONARDO A PINTO
PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Doença intersticial; proteinose alveolar pulmonar; lactente

Introdução: As doenças pulmonares intersticiais são raras. São caracterizadas por lesão intralobular inflamatória não granulomatosa e fibrótica, envolvendo parede alveolar e interstício. **Relato de caso:** Lactente, masculino, 3 meses, levado à emergência por tosse há duas semanas, esforço respiratório há quatro dias, e dois picos febris. Ausculta pulmonar e cardíaca normais, sem queda da saturação de oxigênio (satO₂), taquipneia. Raio-x de tórax com consolidação em lobo inferior direito. Permaneceu internado por três dias, com uso de oxigênio e Amoxicilina, recebendo alta com plano de completar dez dias de antibiótico. Seis dias após a alta, retorna por persistência da taquipneia, com queda da satO₂, mantendo ausculta normal. Novo raio-x de tórax com consolidação em lobo médio e atelectasia em lobo superior esquerdo. Hemograma e proteína C reativa sem alterações e pesquisa viral negativa. Iniciado oxigênio por cateter nasal e substituído Amoxicilina por Claritromicina. Solicitada avaliação pneumológica. Durante acompanhamento, criança persistiu com taquipneia e tiragem subcostal, mantendo frequência respiratória (FR) entre 80 – 90 movimentos respiratórios por minuto (mrpm). Iniciada investigação: eletrólitos no suor, imunoglobulinas e ecocardiograma normais. Tomografia computadorizada (TC) de tórax: extensas áreas de vidro fosco, a qual é mais prevalente nas porções pendentes de ambos os pulmões, principalmente em segmentos basais dos lobos inferiores, o que poderia estar relacionado a pneumonia lipóidica ou proteinose alveolar pulmonar (PAP). Família negou administração de óleo mineral. Submetido a fibrobroncoscopia, sem alterações de vias aéreas, com lavado broncoalveolar (LBA) em segmento posterior de lobo inferior esquerdo, com aspecto opaco e esbranquiçado, sugestivo de PAP. Exame citopatológico com presença de numerosos macrófagos, numerosos linfócitos, positivo para a coloração Periodic Acid Schiff (PAS), estabelecendo o diagnóstico de PAP. Após LBA, criança evoluiu com

diminuição da FR (50 – 60 mrpm). Recebeu alta com plano de seguimento ambulatorial. **Discussão:** A PAP, doença rara, caracteriza-se pelo acúmulo de material lipoproteico em alvéolos, resultante de uma alteração genética ou adquirida do metabolismo do surfactante. Existem quatro formas reconhecidas: congênita, auto-imune, secundária e idiopática. As manifestações variam desde insuficiência respiratória grave em recém-nascidos até sintomas insidiosos, como taquipneia, tosse, intolerância ao exercício e baixo crescimento pondo-estatural. A TC de tórax mostra alterações difusas, com densidades bilaterais em vidro fosco, acometendo lobo médio e inferiores. O diagnóstico e, também tratamento, consiste em LBA. O líquido apresenta aspecto leitoso com material PAS positivo em macrófago alveolar. Em crianças com taquipneia persistente, o diagnóstico de doença intersticial pulmonar deve ser considerado. **Referências:** UpToDate. Pulmonary alveolar proteinosis in children.

AP206 DOENÇA DE NIEMMAN-PICK B: RELATO DE CASO **ANA CECÍLIA CARDOSO DE SOUSA; PRISCILA OTTONI GAMA; FREDERICO THADEU ASSIS FIGUEIREDO CAMPOS; CLAUDIA JULIANA DE REZENDE; PEDRO HENRIQUE DUTRA GONÇALVES LAZZARONI; JÚLIO GUERRA DOMINGUES; PEDRO AUGUSTO LOPES TITO; TÚLIO CÉSAR BERNARDINO DE OLIVEIRA** *HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG.*

Palavras-chave: Nieman-pick; esfingomielinase ácida; relato de caso

Trata-se de paciente do sexo masculino, 67 anos, contador, de Itambacuri, MG, hipertenso e portador de DRGE em tratamento, queixando dispneia progressiva já em classe funcional III NYHA. Apresentava face pletórica, baqueteamento digital, hipoxemia; crepitações teleinspiratórias, sem sibilos; bulhas rítmicas, com hiperfoneses de P₂, sem sopros, normocárdico e normotenso; e hepatomegalia. RX do tórax evidenciou espessamento intersticial pulmonar difuso, sobretudo nos terços médio e inferior bilateralmente e aumento do índice cardiotorácico; US do abdome, hepatoesplenomegalia e aterosclerose aórtica; exames laboratoriais, trombocitopenia e dislipidemia com baixo colesterol HDL; e ecocardiograma transtorácico, fração de ejeção de 70%, hipertensão pulmonar grave, com repercussão em câmaras direitas. TC do tórax mostrou importante espessamento liso dos septos inter e intralobulares e extensas áreas de atenuação em vidro fosco, bilaterais, difusas, compatível com pavimentação em mosaico, bronquiectasias e bronquioloectasias de tração, além de aumento do calibre do tronco da artéria pulmonar e imagem compatível com divertículo traqueal. Na broncoscopia foram realizados lavado broncoalveolar, negativo, e biópsia transbrônquica, que revelou parênquima com acúmulo de histiócitos xantomatosos preenchendo difusamente os espaços alveolares, no interstício alveolar e nas pleuras visceral e parietal; vacuolização citoplasmática das células epiteliais ciliadas do revestimento bronquiolar; e discreto infiltrado de mononucleares, com leve fibrose septal alveolar, sem desorganização estrutural. A correlação dos achados direcionou a suspeita clínica para um possível diagnóstico de doença de depósito, dentre elas Niemann-Pick (DNP), Gaucher, Erdheim Chester e proteinose alveolar. A DNP é uma síndrome rara caracterizada pela infiltração de macrófagos espumosos em diversos órgãos devido ao depósito intracelular de compostos lipídicos, esfingomielina, nos tipos A e B, ou colesterol, tipo C, com hepatoesplenomegalia, infiltração medular, além de amplo espectro de manifestações. Na DNP A há grave acometimento neurológico, rápida deterioração e sobrevida curta, com óbito entre 2 e 3 anos de idade. Na DNP B,

há envolvimento pulmonar, sem prejuízo neurológico e com maior sobrevida, indivíduos assintomáticos ou oligossintomáticos até a fase adulta, a partir de quando se iniciam sintomas pulmonares, aumento sérico de colesterol não HDL e triglicérides, plaquetopenia e leucopenia, em graus variáveis, e insuficiência hepática. A DNP C cursa com comprometimento neurológico de forma mais indolente e sobrevida média de 7 anos. Sob suspeita de DNP B, foi solicitada dosagem sérica da atividade da esfingomielinase ácida, fortemente reduzida, cujo resultado confirmou o diagnóstico. O caso relatado demonstra a importância da correlação entre história clínica (dispneia e hepatomegalia), os achados de imagem e o resultado do anatomopatológico para suspeição de doenças raras, como as de depósito, possibilitando adequados diagnóstico, manejo e rastreamento familiar.

AP207 SÍNDROME HEPATOPULMONAR EM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL: UM RELATO DE CASO

NINA ROCHA GODINHO DOS REIS VISCONTI; CAROLINE DE SOUZA MARTINS FERNANDES; MICHELLE CAILLEAUX CEZAR; VALMIR SANGALLI LUCAS; MARIA DE FATIMA DO AMPARO TEIXEIRA; NADJA POLISSENI GRAÇA

UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Intersticial; síndrome hepatopulmonar; fibrose pulmonar

Introdução: A síndrome hepatopulmonar é uma complicação da doença hepática crônica, principalmente na presença de hipertensão portal, podendo ocorrer em hepatopatias leves e graves. É caracterizada por dilatações vasculares pulmonares, que levam a shunt intrapulmonar e doença hepática. É uma doença progressiva, com mau prognóstico, cujo único tratamento efetivo é o transplante hepático. **Relato do Caso:** Homem, de 57 anos, ex-tabagista, com quadro de dispneia progressiva aos esforços e tosse seca após exposição a mofo, com 1 ano e 6 meses de evolução. Foi evidenciada doença intersticial pulmonar, padrão provável UIP, sendo encaminhado para o ambulatório de Doenças Intersticiais do HUCFF para investigação. Sem história de exposição ocupacional, comorbidades ou uso de medicações. Espirometria normal, teste da caminhada dos 6 minutos com dessaturação significativa. Marcadores para doenças autoimunes negativas. Evolui agudamente com piora da dispneia e hipoxemia desproporcional à doença pulmonar. Nova tomografia de tórax descartou exacerbação aguda e nova espirometria mostrou-se dentro dos parâmetros da normalidade com redução acentuada da difusão do CO. Angio-tomografia negativa para TEP. Exames mostraram sinais de hepatopatia crônica e hipertensão porta e ecocardiograma com microbolhas evidenciou shunt intrapulmonar, confirmando o diagnóstico de síndrome hepatopulmonar, sendo indicado o transplante hepático.

Discussão: A síndrome hepatopulmonar se apresenta em 80% dos casos no contexto de hepatopatia conhecida, porém em 20% pode ser a primeira manifestação da doença hepática, tornando o diagnóstico desafiador. A associação com doença intersticial pulmonar é relatada na literatura em 7-17% dos casos, sendo a causa da relação desconhecida. Apesar de incomum, é importante seu reconhecimento devido ao mau prognóstico e indicação de transplante hepático nos casos graves. **Referências:** (1) Rodríguez-Roisin, Roberto, and Michael J. Krowka. "Hepatopulmonary syndrome—a liver-induced lung vascular disorder." *New England Journal of Medicine* 358.22 (2008): 2378-2387. (2) Fritz, Jason S., Michael B. Fallon, and Steven M. Kawut. "Pulmonary vascular complications of liver disease." *American journal of respiratory and critical care medicine*

187.2 (2013): 133-143. (3) Shahangian, S., et al. "Interstitial Lung Disease in Patients with Hepatopulmonary Syndrome: A Case Series and New Observations." *Lung* 192.3 (2014): 421-427.

AP208 DOENÇA INTERSTICIAL EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATOIDE: A IMPORTÂNCIA DE IR ALÉM DA COLAGENOSE

CAROLINA NILO DE SANTANA; MAYARA FRANCIS SANTOS SANTANA; ANDREZA MARCELINO BARRETO; MARCELL COUTINHO DA SILVA; EDSON FRANCO FILHO; ALINA KARIME AUSTREGESILLO DE ATHAYDE FERREIRA TEIXEIRA; LARISSA TIZIANE DE ALMEIDA PEREIRA; MARIA LUIZA DORIA ALMEIDA

UFS, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Artrite reumatoide; pneumonite de hipersensibilidade; intersticiopatia

Introdução: O envolvimento pulmonar na artrite reumatoide é frequente, porém nem sempre é diagnosticado. A própria doença, os efeitos secundários dos medicamentos necessários, ou as infecções favorecidas pela imunossupressão, resultante da terapia, pode afetar todas as estruturas respiratórias. Apesar desta estreita relação, nem sempre a alteração pulmonar no paciente portador de artrite reumatoide será decorrente desta doença. **Relato de caso:** DRF, 40 anos, sexo masculino, queixa de dispneia aos médios esforços associada a tosse produtiva com secreção hialina e obstrução nasal com rinorreia hialina, evoluindo com quadro de dispneia ao repouso há 1 ano. Diagnóstico de Artrite Reumatoide Juvenil desde os 15 anos, com FR = 150 e anti-CCP positivo e uso irregular de Metotrexato e Prednisona. Tabagismo passivo e convívio domiciliar com pássaros desde a infância. Ao exame físico crepitações finas principalmente em campo inferior esquerdo à ausculta respiratória. Presença de nódulos em cotovelo direito e dor à movimentação com crepitações em articulações interfalangeanas, ombros e joelhos. TC de tórax com Linfonodos mediastinais aumentados, extensas áreas de faveolamento pulmonar com vidro despolido de permeio e áreas de espessamento pleural difusas em ambos os pulmões, predominando em lobos inferiores. Devido ao antecedente de exposição importante a pássaros, definiu-se por realização de biópsia cirúrgica, apesar do diagnóstico de colagenose e o achado anatomopatológico revelou-se compatível com pneumonia por hipersensibilidade.

Discussão: A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é uma doença pulmonar intersticial causada pela inalação de poeiras orgânicas ou inorgânicas em ambiente domiciliar ou ocupacional, que geram sensibilização em indivíduos suscetíveis e resposta inflamatória não mediada por IgE. A Artrite Reumatoide é uma doença inflamatória do tecido conectivo que pode cursar com manifestações respiratórias em qualquer estágio, que incluem doenças intersticiais, derrame e espessamento pleural, inflamação de vias aéreas, vasculite e hipertensão pulmonar. A doença pulmonar é uma importante causa de morbidade e mortalidade na artrite reumatoide, sendo constantemente subdiagnosticada. Além disso, o portador de artrite reumatoide pode não ter comprometimento pulmonar associado apenas à sua patologia, fato que dificulta mais o diagnóstico. Os autores trazem o desafio de diagnosticar e manejar um doente com duas condições concomitantes que podem causar acometimento pulmonar intersticial.

AP209 ALTERAÇÕES PULMONARES APÓS USO ABUSIVO DE CRACK EM PACIENTE PREVIAMENTE HÍGIDO: RELATO DE CASO

CAROLINA MORENO COSSI; GABRIELA GONÇALVES OLIVEIRA; EUZÉBIO PEREIRA BATISTA; ANA LAURA CARAMORI SILVA;

MARCELO CENEVIVA MACCHIONE; PAULO HENRIQUE ALVES TOGNI FILHO

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Cocaína/crack; complicações pulmonares; alterações em tomografia de tórax

Introdução: Os pulmões são os órgãos mais acometidos pelos usuários de crack devido à inalação da droga, resultando em diversas alterações radiológicas como opacidade em vidro fosco, espessamento septal, nódulos, derrame pleural entre outras. **Relato do caso:** Paciente masculino, 41 anos, deu entrada no serviço de emergência queixando-se de dispnéia súbita, tosse com escarro enegrecido e febre após uso abusivo de crack, associado à dor pleurítica à esquerda. Referia uso de crack há 16 anos e não ter comorbidades. Relatava estar desempregado. Ao exame físico, paciente em bom estado geral, lúcido e orientado, taquipneico, frequência cardíaca 95 bpm, pressão arterial 120x70 mmHg, saturação de oxigênio 90% em ar ambiente. Ao exame do precórdio e da área pulmonar não foram observadas alterações dignas de nota. Realizados exames gerais, pesquisa de BAAR e fungos no escarro e tomografia de tórax. Hemograma com leucocitose de 28.200 mm³ e segmentados de 86%, sem outras alterações, gasometria arterial: PO₂ de 56,8 mmHg e saturação de oxigênio de 88,6%. Sem alterações na função renal e hepática, eletrocardiograma normal. Foi introduzido antibioticoterapia com ceftriaxone e clindamicina, nebulização e suplementação de oxigênio por cateter nasal. No dia subsequente à internação o paciente foi mantido sob suplementação de oxigênio e iniciado moxifloxacino, devido diminuição do murmúrio vesicular em hemitórax direito, roncos e crepitações difusas em hemitórax esquerdo. Exames de escarro sem alterações, solicitados anti HIV I e II, sorologias para hepatite B e C e VDRL. Na TC de tórax, alterações em vidro fosco, espessamento septal interlobular, nódulos centrolobulares, espessamento das paredes brônquicas e pequeno derrame pleural bilateral. O paciente teve alta hospitalar após sete dias de internação.

Discussão: A cocaína/crack é uma droga muito utilizada no Brasil, relacionada a vários problemas de saúde, incluindo o sistema respiratório. Os sintomas respiratórios agudos após o uso da droga incluem tosse seca ou com expectoração sanguinolenta ou carbonácea, dispnéia, febre, dor torácica e broncoespasmo. Na TC de tórax, as alterações mais observadas são opacidade em vidro fosco, consolidações e nódulos do espaço aéreo. Vários mecanismos de lesão podem estar envolvidos, incluindo reatividade química direta, produção de espécies reativas de oxigênio, processos inflamatórios por ativação de macrófagos alveolares e neutrófilos e resposta imune específica. O manejo do paciente é de suporte e o médico deve se atentar para a história clínica e possibilidade diagnóstica, já que o uso da droga pode ser omitida pelos pacientes. **Referências:** 1. http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/1998_24_5_6_portugues.pdf 2. <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/762.pdf> 3. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000500012 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24144776> 5. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132008000500012&script=sci_arttext&tlng=en

AP210 PNEUMONIA INTERSTICIAL NÃO ESPECÍFICA DA ARTRITE REUMATOÍDE TRATADA COM TOCILIZUMABE – RELATO DE CASO

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO¹; HEITOR DUARTE DE ANDRADE¹; THAIS CABRAL DE MELO VIANA¹; NATHÁLIA MONTEIRO PEREZ MAZÓ¹; EDUARDA CARNEIRO GOMES FERREIRA¹; ANTONIO SILAIDE DE ARAÚJO JÚNIOR¹; HENRIQUE DE ATAÍDE MARIZ²; PEDRO ALVES DA CRUZ GOUVEIA¹

1. SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE; 2. SERVIÇO DE REUMATOLOGIA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Pine; artrite reumatoide; tocilizumabe

Introdução: A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória sistêmica, que geralmente apresenta-se com acometimento articular, com uma prevalência de 1% da população. Manifestações extra-articulares podem estar presentes e dentre elas o acometimento pulmonar é a principal causa de morbimortalidade. Manifestações pulmonares da AR podem envolver parênquima pulmonar, vasculatura, vias aéreas e pleura. Cerca de metade dos pacientes tem alterações radiológicas pulmonares, destes aproximadamente 75% são assintomáticos. A doença intersticial pulmonar (DIP) é o acometimento pulmonar da AR mais comum. Para o diagnóstico, os achados radiológicos da TC tórax de alta resolução podem dividir-se principalmente em padrão de Pneumonia Intersticial Usual, o mais comum com 50% dos casos, e de Pneumonia Intersticial Não-Específica (PINE), o segundo mais comum (10-32% dos casos) e que responde melhor ao tratamento medicamentoso. **Caso:** Paciente, 51 anos, sexo feminino, usuária crônica de corticoide foi encaminhada ao ambulatório de Clínica Médica pela presença de nódulos subcutâneos indolores em MMSS e MMII, e desenvolvimento progressivo de deformidades articulares em mãos e pés há cerca de dois anos. Foi diagnosticada com AR pois além dos achados clínicos tinha Fator Reumatoide em altos títulos e PCR elevada. Não foi iniciado tratamento de primeira linha com Metotrexato, pois apesar de ser assintomática do ponto de vista respiratório, apresentava crepitações bibasais na ausculta pulmonar. Na avaliação realizou espirometria com padrão restritivo e TC de Tórax cujos achados evidenciaram DIP, sugerindo provável PINE em atividade. Após discussão e revisão de literatura, optado por iniciar tratamento com Tocilizumabe. Paciente evoluiu bem clinicamente aguardando tempo de tratamento para nova imagem radiológica. **Discussão:** Os autores descrevem um caso de DIP com padrão de PINE em atividade, condição esta, que apesar de não possuir nenhum ensaio clínico mostrando a melhor terapêutica, tem como tratamento de primeira linha o uso de corticoide. A paciente, contudo, já vinha em uso deste medicamento, desenvolvendo sintomas a despeito disso. Foi optado por iniciar tratamento biológico em detrimento do Metotrexato, visto que este último está relacionado à pneumonite e, portanto, contraindicado no tratamento de manifestação pulmonar da AR. Os imunobiológicos de escolha para o tratamento da AR são os anti-TNF α , porém não apresentam boa resposta para as manifestações pulmonares. Como a paciente apresentava importante manifestação articular em atividade, além do acometimento pulmonar foi optado por iniciar Tocilizumabe, inibidor da IL-6. Esta foi uma boa alternativa terapêutica, por manter estável a função pulmonar e pela boa resposta articular. Além do mais algumas séries de casos demonstram melhora do quadro respiratório.

AP211 BIÓPSIA PULMONAR CIRÚRGICA TRANS DIAFRAGMÁTICA NO DIAGNÓSTICO DE FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

MARCELO BASSO GAZZANA¹; CRISTIANO FEIJO ANDRADE¹; LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar; biópsia pulmonar cirúrgica; refluxo gastroesofágico

Introdução: A biópsia pulmonar cirúrgica é um método

essencial para o diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática (FPI) naqueles pacientes com tomografia computadorizada (TC) de tórax que não apresentam padrão típico de pneumonite intersticial usual (PIU). É realizada por videotoracoscopia ou toracotomia (biópsia cirúrgica “aberta”). Relatamos o caso de uma paciente que foi submetido a funduplicatura esofágica e que durante a cirurgia foi realizada biópsia pulmonar através do hiato diafragmático. **Relato do Caso:** Paciente feminina de 70 anos apresentou episódio de síncope. Na avaliação foi evidenciado infiltrado pulmonar no RX de tórax. TC de tórax confirmou espessamento de septos intralobulares em regiões subplerais dos lobos inferiores, bronquiectasias de tração, ausência de faveolamento e volumosa hérnia hiatal. Referia tosse seca eventual, sobretudo associada a sensação de regurgitação, para o qual usava omeprazol 20 mg 2 X ao dia. Vinha em tratamento para hipertensão arterial com valsartana e hidroclorotiazida. Negava tabagismo significativo. Avaliação reumatológica negativa assim como exposições inalatórias. Espirometria era normal e capacidade de difusão pulmonar com redução moderada (47%). Foram otimizadas medidas para refluxo gastroesofágico (DRGE), que incluíam orientações, aumento da dose do inibidor da bomba de prótons e associação de domperidona. Como sintomas permaneceram realizou manometria e pHmetria esofágicas, que revelaram hipotonia do esfíncter inferior, motilidade ineficaz e refluxo gastroesofágico distal. Foi então indicada funduplicatura. Considerando que não havia padrão tomográfico típico de PIU e havia possibilidade de pneumonite por aspiração recorrente, optou-se por realizar biópsia pulmonar cirúrgica através do amplo hiato diafragmático. O tecido pulmonar foi tracionado inferiormente, sendo seccionado com grameador cirúrgico. Na sequência procedeu-se a herniorrafia diafragmática e a esofagoplastia. Não houve intercorrências, tendo alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório. Exame anátomo-patológico demonstrou achados de PIU sem evidência de aspiração. Prescrito pirfenidona. Paciente permanece em acompanhamento. **Discussão:** A biópsia pulmonar cirúrgica tem sido amplamente utilizada no diagnóstico de doenças pulmonares parenquimatosas difusas, incluindo FPI (Lynch DA et al, 2018). Abordagem cirúrgica alternativa, por via transdiafragmática, é raramente relatada na literatura. A maior série estudou 16 pacientes infectados pelo HIV que realizaram biópsia hepática e biópsia pulmonar concomitantes através de minitoracotomia seguida de frenotomia (Fernandez A et al, 1996). Outros relatos envolvem ressecção de nódulos pulmonares em pacientes submetidos a cirurgia abdominal por câncer (Dionigi G et al, 2006). Considerando que a incidência de DREG é elevada em pacientes com FPI, naqueles pacientes que necessitem tratamento cirúrgico do refluxo e também biópsia pulmonar diagnóstica é possível realizar abordagem combinada.

AP212 RELATO DE CASO: FIBROSE PULMONAR POR ARTRITE REUMATOIDE

PRISCILA TAVARES VITORIANO; HELENA DE AGUIAR ACIOLI LINS; MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO; ANDRÉ MACHADO MIRANDA; JACINTA MARIA PARENTE VIEIRA; CECÍLIA GABRIELA DE ARRUDA CASTELO BRANCO BRITO; GESUALDO PEREIRA SOARES; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOAO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar; artrite reumatoide; pneumopatia intersticial

Introdução: A liberação do uso de medicações comprovadamente capazes de lentificar a progressão da fibrose pulmonar idiopática (FPI) causou renovado interesse no diagnóstico das pneumopatias intersticiais, em particular

a FPI. No entanto, é fundamental lembrar que a FPI é um diagnóstico de exclusão, devendo-se considerar diagnósticos diferenciais como pneumonia de hipersensibilidade crônica, asbestose e fibrose pulmonar associada a collagenoses.

Relato de caso: Paciente V. J. S, masculino, marceneiro, 61 anos, atendido em 09/02/2015. **Queixa:** dispneia aos esforços e tosse seca há 5 anos. Nega tabagismo. Sem exposições inalatórias relevantes. Antecedentes DM, HAS. Ao exame físico: regular estado geral, eupneico em repouso; baqueteamento digital discreto. Estertores crepitantes nas bases pulmonares; SpO2 91%. Radiografia do tórax: campos pulmonares reduzidos, opacidades intersticiais bilaterais. Espirometria: distúrbio ventilatório restritivo grave (CVF 49%, VEF1/CVF 113%) sem variação com uso de broncodilatador. TCAR: espessamento septal, opacidades reticulares predominando na periferia e nas bases de pulmão, sem faveolamento: padrão possível PIU. Ao longo do acompanhamento ambulatorial, o paciente evoluiu com artralgia e edema em pequenas articulações de mãos, pés e punhos. Foram solicitados exames reumatológicos: FAN reagente (nucleolar pontilhado fino 1/320; IgG 320. Anti-CCP positivo 135 U/ml). A partir do diagnóstico de artrite reumatoide, o paciente foi tratado com prednisona 15mg/dia, reuquinol, leflunomida e infusões semestrais de rituximab. Após três anos de seguimento, o paciente encontra-se estável, com dispneia aos médios esforços, em uso de prednisona 5 mg/dia, leflunomida e ciclofosfamida, com CVF 42%. **Discussão:** A artrite reumatoide (AR) pode causar afecções respiratórias clínicas e histologicamente variadas, incluindo consolidações, doença bronquiolar, acometimento intersticial, pleural, das grandes vias aéreas, da vasculatura pulmonar, além das infecções secundárias. Destaca-se o acometimento intersticial, devido a sua maior prevalência e possibilidade de evolução para fibrose pulmonar terminal com insuficiência respiratória. Os padrões histológicos predominantes no acometimento intersticial são a pneumonia intersticial não específica (PINE) e a pneumonia intersticial usual (PIU). Em geral, complicações pulmonares são responsáveis por 10 a 20% da mortalidade na AR. Dentre os pacientes com AR, a mortalidade em 5 anos é duas vezes maior na presença de acometimento intersticial pulmonar (39% versus 18,2%). Pacientes com padrão PIU tendem a ter um índice de sobrevida menor do que aqueles com outros padrões. Eventualmente, o diagnóstico de pneumopatia intersticial antecede o diagnóstico de AR, impondo diagnóstico diferencial com FPI. É fundamental excluir as collagenoses (em particular a AR) e outras com tratamento específico antes de assumir a natureza idiopática da pneumopatia intersticial, dadas as diferenças de tratamento e prognóstico.

AP213 MULHER JOVEM COM CISTOS PULMONARES ASSOCIADO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ

PIERANGELO TADEU BAGLIO; IGOR GORSKI BENEDETTO; FRANCES KOPPLIN CRESPO; MARCELO BASSO GAZZANA
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Doenças pulmonares intersticiais; doenças císticas pulmonares; birt-hogg-dubé

Introdução: A síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD) é caracterizada por lesões cutâneas, como hamartomas, localizado geralmente na região da cabeça e pescoço, associado cistos pulmonares e episódios de pneumotórax espontâneo. É uma condição autossômica dominante causada por mutações no gene da foliculina (FLCN) e há associado risco aumentado de neoplasia renal.

Mediante estudo de sequenciamento genético podem ser detectadas mutações relacionadas à síndrome. A incidência não é completamente conhecida, mas já foram identificadas cerca de 200 famílias no mundo. Há presença de cistos pulmonares múltiplos e bilaterais, e pode ser a única manifestação da doença, encontrada em até 80% dos casos. O pneumotórax espontâneo ocorre em aproximadamente 30% dos pacientes até a quarta década de vida. O diagnóstico é baseado em critérios que incluem as características clínicas conforme acometimento dos sistemas (pele, pulmonar, renal) e a presença da mutação FLCN. **Relato do Caso:** Paciente feminina de 33 anos, não tabagista, com diagnóstico prévio de hipotireoidismo e tireoidite de Hashimoto, com carcinoma papilar de tireoide tratado em 2017, e enxaqueca, sem outras doenças conhecidas. Encaminhada para avaliação pneumológica por alteração radiológica (tomografia de tórax com alguns cistos pulmonares isolados). Referia desconforto torácico leve (inespecífico e intermitente), sem outros sintomas respiratórios. Negava febre, sudorese noturna ou sintomas constitucionais. Ao exame, apresentava-se em bom estado geral, eufórica em ambiente com saturação de oxigênio de 98%, normotensa, eutrófica, ausculta pulmonar sem alterações. Exames laboratoriais com função tireoideia, renal, hepática, hemograma, marcadores inflamatórios eram normais. Sorologias virais, incluindo HIV e pesquisa de doenças do tecido conjuntivo negativas. Nível sérico de alfa-1-antitripsina normal. Exames de função pulmonar: espirometria e volumes pulmonares normais, difusão pulmonar (DLCO) era 93% do previsto. Dosado Fator de Crescimento Endotélio Vascular (VEGF) 55 pg/ml. Realizado exame de sequenciamento do gene FLCN, sendo detectado a presença da mutação c. 1448T>C p. Leu483Pro em heterozigose no éxon 13 do gene FLCN. Correlacionados exames de imagem e sequenciamento genético, confirmado o diagnóstico da síndrome de BHD. **Conclusão:** A síndrome de BHD é uma doença rara que deve ser considerada no diagnóstico diferencial das doenças císticas pulmonares. Apesar do acometimento pulmonar ser frequente na maioria dos casos, geralmente a função pulmonar é normal ou com alterações leves. Do ponto de vista pneumológico, a conduta a ser definida é o manejo de pneumotórax quando presente. O prognóstico é diretamente relacionado à presença de neoplasias, principalmente renal, sendo sua vigilância necessária em todos os casos.

AP214 EXACERBAÇÃO DA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA/ENFISEMA APÓS DESCONTINUAÇÃO DO NINTEDANIBE

ISABELA MAGGIONI HOLZ; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; BIANCA FIDELIX ESPINDULA; LUIS OLAVO HIROAKI DE OLIVEIRA; MARIA BERNARDO TONOLLI; MARIANA SILVA LIMA; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES IAMSPE, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar idiopática; enfisema pulmonar; nintedanibe

Introdução: – Exacerbação é um evento catastrófico na evolução da FPI (EXFPI), associando-se à alta taxa de mortalidade. No estudo Inpulsis, que incluiu indivíduos com FPI e FPI associada à enfisema (FPIE), o nintedanibe mostrou-se eficaz em retardar o declínio da CV. É sugerido que ele possa também reduzir as taxas de exacerbações. Relatamos um caso de exacerbação da FPIE após descontinuação do nintedanibe. **Relato do caso:** Sexo feminino, 60 anos, portadora de HAS e doença do refluxo gastroesofágico, ex tabagista 46 maços-ano, exposição a periquitos e mofo. Em novembro de 2015, procurou o ambulatório referindo dispneia e tosse havia 3 anos.

Estertores finos na ausculta pulmonar; SpO₂ = 92%. TCAR do tórax compatível com achados de fibrose nos lobos inferiores e enfisema nos lobos superiores. Função pulmonar: CV = 67%; CPT = 53% e DCO = 27%. Usado nintedanibe de abril a outubro/2017, com melhora da CV e CPT. Após 2 meses da descontinuação do antifibrótico, a paciente evoluiu com piora aguda da dispneia. Na TCAR do tórax, observadas áreas de vidro fosco superimpostas à fibrose. Internada em UTI, recebeu suporte ventilatório invasivo, terapia antimicrobiana e metilprednisolona, sendo reintroduzido o nintedanibe. Paciente, no entanto, teve PCR durante hemodiálise, indo a óbito. **Discussão:** Estudos experimentais apontam que, afora sua ação antifibrótica, o nintedanibe pode ter ação anti-inflamatória. Conjecturamos se, em nosso caso, a suspensão do nintedanibe poderia ter deflagrado alguma cascata inflamatória nas áreas de pulmão normal para explicar a exacerbação. Para nosso conhecimento, o caso que descrevemos é o primeiro relato de EXFPI após suspensão do nintedanibe. Existem 2 relatos de caso de progressão da fibrose (mas não EXFPI) após descontinuação do nintedanibe, sendo aventada a hipótese de que a reativação de receptores das tirosinoquinases (inibidas pela droga) poderia estar envolvida nesse processo.

AP215 FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA EM TRABALHADOR DA INDÚSTRIA METAL MECÂNICA – RELATO DE CASO

LUCIANO BAUER GROHS; LETÍCIA SARTORI SARTORI SIMONAGGIO; ANELISE CHIESA WEINGARTNER; EDUARDO COMAZZETTO DOS REIS

HOSPITAL POMPÉIA, CAXIAS DO SUL, RS.

Palavras-chave: Fpi; ocupacional; nintedanibe

Introdução: As doenças intersticiais pulmonares têm apresentação clínica variável, sendo extenso o diagnóstico diferencial. A exposição à indústria metal-mecânica tem sido identificada como de risco para fibrose pulmonar idiopática. Com o surgimento de tratamentos específicos para fibrose pulmonar idiopática, há necessidade de estabelecer claramente esta doença em pacientes com exposição ocupacional. Neste relato, mostramos seguimento e investigação em paciente com pneumopatia ocupacional como diagnóstico diferencial. **Relato de caso:** AM, 80 anos, masculino. Aposentado da indústria metalúrgica – trabalhou em banho de cromo para peças automobilísticas por 15 anos. Dispneia intensa em repouso, emagrecimento (peso atual 40 kg). Início dos sintomas há cerca de dez anos, progressivos. Consulta para avaliação de oxigenoterapia. Sem hipocratismo digital e com estertores crepitantes durante todo o ciclo inspiratório. Biópsia pulmonar cirúrgica, há oito anos, mostrou fibrose pulmonar com áreas de faveolamento. Presença de granuloma tuberculóide, BAAR negativo. TC tórax: Espessamento de septos intra e interlobulares, com áreas de faveolamento nas periferias dos pulmões, mais proeminente nas bases. Bronquectasias e bronquiolectasias difusas. Impressão: achados compatíveis com pneumonia intersticial usual. Após discussão multidisciplinar e avaliação de outro serviço de Doenças Pulmonares Intersticiais, foi considerado o diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática (FPI). Foi iniciado nintedanibe, na dose de 150 mg 2xx/dia. Houve estabilidade em um ano e meio de seguimento. Elevação progressiva de transaminases nos primeiros seis meses, quando chegaram a três vezes o valor normal (assintomático), a dose foi reduzida para 150 mg/dia. Com a redução da dose, houve recuperação completa laboratorial. Não ocorreram sintomas gastrointestinais importantes. **Discussão:** O caso mostra dificuldades no manejo da fibrose pulmonar quando há exposição a indústria metal-mecânica, que tem risco maior

de doença do que a população geral (odds ratio de 10,97 no Reino Unido e 4,97 na Coreia do Sul foram descritos). O cromo é relatado como cancerígeno, associado a aumento de câncer de pulmão, mas não fibrose. É mandatório diante de trabalhador com exposições de risco respiratório com achados sugestivos de FPI a realização de biópsia pulmonar (nem sempre necessária em outras subpopulações) para descartar doença ocupacional, que tem achados sugestivos. O granuloma identificado no presente caso era único, e o diagnóstico foi feito pela discussão multiprofissional, que é o padrão-áureo.

AP216 RELATO DE CASO: PNEUMONIA POR HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA – EXPOSIÇÃO DOCUMENTADA E TCAR SÃO SUFICIENTES PARA O DIAGNÓSTICO?

PRISCILA TAVARES VITORIANO; ANDRÉ MACHADO MIRANDA; MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO; JACINTA MARIA PARENTE VIEIRA; CECÍLIA GABRIELA DE ARRUDA CASTELO BRANCO BRITO; ALEXANDRE AUGUSTO RAMALHO ARARUNA; EDVALDO JOSE TRINDADE MEDEIROS DA SILVA; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOAO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Hipersensibilidade; pneumopatia avançada; exposição documentada

Introdução: Dependendo da história clínica e dos achados da tomografia computadorizada do tórax de alta resolução (TCAR), múltiplos diagnósticos diferenciais de um quadro de pneumopatia intersticial fibrosante devem ser considerados, incluindo pneumonia de hipersensibilidade, pneumonia intersticial associada a colagenose, asbestose e fibrose pulmonar idiopática. A documentação de exposição ambiental óbvia a mofo ou aves pode induzir ao diagnóstico de pneumonia por hipersensibilidade, embora a acurácia desse marcador não tenha sido verificada. **Relato do Caso:** Paciente de 73 anos, admitida no HULV, proveniente de uma Unidade de Pronto Atendimento de João Pessoa com diagnóstico de pneumonia. Referia piora aguda da dispnéia. História de tosse e dispnéia há mais de 10 anos. Não tabagista. Interrogada, confirmou exposição crônica, intensa, a mofo doméstico. Para documentar a exposição, foi solicitado que o ambiente doméstico fosse fotografado por familiares. Ao exame físico: mau estado geral, dispnéia em repouso, cianose labial e de extremidades, com baqueteamento digital. SpO₂ 72% em ar ambiente. Respiratório: estertores crepantes difusos em ambos hemitóraces. Radiografia de tórax: campos pulmonares reduzidos, opacidades intersticiais. TCAR: espessamento septal, áreas de faveolamento de distribuição segmentar, nódulos centrolobulares, áreas de perfusão em mosaico, focos de vidro fosco. Padrão UIP improvável. Gasometria arterial em ar ambiente mostrou hipoxemia, sem hipercapnia. A paciente não conseguiu realizar as manobras da espirometria. Sorologias negativas para colagenoses. Estudo histopatológico foi descartado, dado o elevado risco de procedimentos invasivos. Foi estabelecido diagnóstico clínico tomográfico de pneumonia por hipersensibilidade crônica fibrosante, iniciando-se terapia com prednisona 1 mg/kg/dia e broncodilatadores inalatórios, além da oxigênio inalatório, com sensível melhora sintomática. A paciente permaneceu internada até que fosse realizada a mudança de seu domicílio para ambiente livre de mofo. Teve alta com oxigênio domiciliar e prednisona. Segue em acompanhamento ambulatorial por dois anos, com uma segunda internação de causa não respiratória. **Discussão:** O diagnóstico de PH depende da história clínica (incluindo a exposição inalatória), dos achados à TCAR, dos estudos imunológicos com precipitinas (quase invariavelmente indisponíveis em nosso meio) e, se necessário, dos achados

histopatológicos. O caso em questão contava apenas com os dados clínicos e tomográficos. A documentação fotográfica da exposição acabou dando substrato para o diagnóstico e tratamento.

AP217 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE ASSOCIADA À ESCLEROSE TUBEROSA EM PACIENTE MASCULINO

MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA; JULIA ELISA SILVA NUNES PAIS; NATÁLIA ANDRADE MENDONÇA; BRUNA FELÍCIO DE CARVALHO; ALINE DE BASTOS FERREIRA; GABRIEL PEREIRA GOMES; DANIELE PINHEIRO DA SILVA; JÚLIA DE JESUS CAETANO
FACULDADE DE MEDICINA DA UFG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Linfangioleiomiomatose; esclerose tuberosa; masculino

Introdução: A esclerose tuberosa (ET) é uma doença autossômica dominante rara, caracterizada por diferenciação e proliferação celular desordenada, principalmente na forma de angiolipomas. A doença afeta a pele, cérebro, rim, coração, pulmões e olhos. O envolvimento pulmonar, linfangioleiomiomatose (LAM), é mais frequente no sexo feminino. No entanto, alguns estudos mostram que a LAM em homens com esclerose tuberosa pode ser maior do que previamente relatado. **Relato do Caso:** D. S. S., masculino, 32 anos. Há três anos iniciou quadro de dispnéia aos grandes esforços que evoluiu para dispnéia aos mínimos esforços, sibilância e tosse seca, episódios isolados de hemoptise e edema de membros inferiores esporádico. Tem antecedentes de refluxo gastroesofágico, úlcera péptica, doença renal crônica (estágio II) e nefrolitíase. O pai também apresenta esclerose tuberosa. Nega tabagismo. Criou aves (pombos, periquitos, canários) e coelho por 3 anos até há 3 meses. Já trabalhou em lavoura (produção e colheita de tomates) por 3 anos, até há 2 anos, com o lixamento e acabamento de painéis de alumínio por 1 ano (parou há 4 meses) e atualmente é carregador em fábrica de móveis. Ao exame físico apresenta múltiplas pápulas hiperocrômicas em região de nariz, malar e mento, sem outras alterações. Apresenta espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo leve e difusão ao monóxido de carbono de 42% do previsto. Teste de caminhada revelou dessaturação de O₂ (SpO₂ inicial de 97% e final de 92%). A tomografia computadorizada (TCAR) de tórax apresenta múltiplos cistos pulmonares esparsos e bilaterais; TC de crânio apresenta áreas subcorticais hipoatenuantes, parcialmente delimitadas, múltiplos pequenos nódulos calcificados subependimários nos ventrículos laterais e pequeno cisto de aracnoide na fossa craniana média esquerda; Tomografia Computadorizada de abdôme apresenta múltiplos angiomiolipomas renais e microlitíase renal bilateral, não obstrutiva. Foi iniciado tratamento com Rapamicina (Sirolimus). **Discussão:** A incidência de ET devido aos avanços no diagnóstico está aumentando. A incidência era estimada, nos anos 80, entre 1/100000 a 1/200000 indivíduos e, atualmente, tem sido relatada entre 1/6000 a 1/10000 nascidos vivos e 1/20000 na população. A LAM ocorre em 30 a 40% das mulheres e em apenas 10 a 12% dos homens com ET. Pode ser assintomática ou apresentar-se com dispnéia de esforço progressiva e pneumotórax recorrente. As alterações funcionais respiratórias mais precoces são redução do volume expiratório forçado no primeiro segundo e redução da difusão do monóxido de carbono, alteração esta apresentada pelo paciente do presente caso. O transplante de pulmão era o único tratamento eficaz para LAM, recentemente o Sirolimus foi aprovado para o tratamento. Relatamos o caso de um paciente com critérios para diagnóstico do complexo esclerose tuberosa e com história familiar da doença e que, a despeito do sexo masculino, apresenta LAM associada.

AP218 PNEUMONITE POR CRACK

DUSTIN HOFFMAN MONTEIRO SILVA; DANIELE CARDOSO DOS SANTOS; GABRIELA ANDRÉ DE SOUZA; LARISSA CRISTINA TAMPELLINI; MARINA DE OLIVEIRA ANDRADE; PEDRO CUNHA DE MENDONÇA; MARIA CLAUDIA PAIVA SAITO; MARCELO CENEVIVA MACCHIONE
 UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Quadro agudo; uso de crack; pneumonite

Introdução: O crack corresponde à forma mais agressiva e viciante da cocaína, sendo o pulmão o principal órgão exposto no ato de fumar. A fumaça atinge rapidamente a mucosa do trato respiratório e o epitélio alveolar pulmonar, gerando sintomas respiratórios agudos, edema pulmonar, barotrauma, exacerbação da asma brônquica, hemorragia alveolar, bronquiólite obliterante com pneumonia organizada, fenômenos de hipersensibilidade e deterioração da função pulmonar. As manifestações clínicas agudas caracterizam a chamada síndrome "pulmão do crack". **História clínica:** Paciente de 41 anos, sexo masculino, casado, artista plástico, usuário de crack há 16 anos, procurou atendimento médico com história de dispnéia súbita, tosse seca e febre intermitente. Relatou que a tosse tornou-se produtiva, com escarro enegrecido, três dias após o início dos sintomas. Ao exame físico do aparelho respiratório, apresentava sons respiratórios normais reduzidos em hemitórax direito e presença de roncocal e estertores difusos no hemitórax esquerdo, com hipoxemia ($SpO_2 = 83\%$) e taquipnéia ($FR = 24$ irpm). Foi realizada uma tomografia computadorizada de tórax a qual evidenciou consolidações e opacidade em vidro fosco bilaterais predominando junto aos hilos e poupando as áreas parasseptais e subpleurais, associadas a espessamento septal interlobular liso nos segmentos apicais que esboça arcadas poligonais. Notou-se nódulos centrolobulares, leve espessamento das paredes brônquicas e pequeno derrame pleural bilateral e aumento do número de linfonodos mediastinais. Foi iniciado tratamento com antibioticoterapia, broncodilatadores e oxigênio. Ficou em isolamento respiratório pois aventou-se a hipótese de síndrome respiratória aguda grave por influenza, mas o resultado do swab nasofaríngeo foi negativo. Diante da história clínica e dos antecedentes de uso de droga inalatória, aventou-se a hipótese de pneumonite por crack. Suspendeu-se os antibióticos, permaneceu com oxigênio e corticoide endovenoso e evoluiu com melhora clínica e radiológica. No 6º dia de internação recebeu alta. **Discussão:** O uso do crack provoca vasoconstrição pulmonar e dano celular por isquemia. Seu efeito tóxico sobre o endotélio e a reação de hipersensibilidade são responsáveis pela febre, hipoxemia, hemoptise e insuficiência respiratória. O uso de cocaína leva à pneumonite e doenças intersticiais. Caracteriza-se pelo espessamento do septo alveolar e infiltrado de células, além de fibrose intersticial. A radiografia e outros exames de imagem auxiliam na investigação, sendo alternativas para diagnósticos diferenciais. Na Tomografia Computadorizada de Alta Resolução, o edema cardiogênico e o não-cardiogênico podem se expressar pelo comprometimento pulmonar difuso ou multifocal, com opacidades em vidro fosco, consolidações, espessamento liso de septos interlobulares, com ou sem derrame pleural. O tratamento depende da condição clínica do paciente e da doença e a corticoterapia é controversa.

AP219 PNEUMONITE POR HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA: RELATO DE UM CASO COM EXPOSIÇÃO DOMÉSTICA NO INTERIOR DO PARANÁ – BR

MARIANA DIAS DE CAMPOS; DIOGO PINETTI MARQUEZONI; ALINE ALVES DOMINGUES; HENRIQUE RAMIRES SILVEIRA; CAROLINE

MIGUEL AVER; MARIA CAROLINA BORGOGNONI; PAULA RUBIA BRAGUIM; FERNANDA CABRERA OLIVEIRA
 UNICESUMAR, MARINGÁ, PR.

Palavras-chave: Pneumonite por hipersensibilidade; doença pulmonar intersticial; fibrose pulmonar

Introdução: A Pneumonite por Hipersensibilidade (HP), trata-se de uma doença pulmonar intersticial (DPI) complexa, com apresentação clínica e intensidade variável, representada pela reação imunológica exacerbada à inalação repetida de determinados antígenos. Este trabalho tem como objetivo descrever um quadro de HP diagnosticado no interior do Paraná, caracterizado por um indivíduo com exposição prolongada a aviário no ambiente doméstico. **Caso clínico:** W. J. S, masculino, branco, 68, não tabagista, apresentou, em 2016, história de dispnéia aos moderados esforços, tosse seca, sendo indicado internamento com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e antibioticoterapia. Após avaliação da pneumologia, foi diagnosticado com HP Crônica, devido história de exposição prolongada à aves, quadro clínico e tomografia computadorizada sugestiva, que evidenciou linfonodomegalias mediastinais, com calcificações; bronquiectasias, opacidades em vidro fosco, difusas, bilaterais, predominantes na periferia dos lobos e em lobos inferiores, faveolamento, e sinais de fibrose. Após 15 dias de internamento, recebeu alta, com corticoterapia e O_2 domiciliar, indicação de biópsia pulmonar, não realizada pelo alto risco cirúrgico definido pela cardiologia, e acompanhamento com especialistas, onde realizou espirometria que evidenciou $VEF1$ 1,69; CVF 1,8 e $VEF1\%F$ 94%, sugerindo moderado distúrbio ventilatório restritivo. Dois meses após alta, foi readmitido com descompensação do quadro, sendo necessário encaminhamento à UTI, onde recebeu suporte avançado e tratamento com glicocorticoide, antibioticoterapia e oseltamivir, definido diagnóstico de sepse de foco pulmonar, evoluindo com piora do estado geral, diagnóstico de choque séptico, com uso de droga vasoativa, porém, evoluindo com parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso, refratária ressuscitação cardiopulmonar. **Discussão:** A HP representa 2% dos casos incidentes de DPI, trata-se de uma resposta imune inadequada a antígenos inalados, caracterizada por dispnéia, defeito pulmonar restritivo e infiltrados intersticiais, além de, a longo prazo, fibrose pulmonar. A HP é classificada em apresentação aguda, subaguda ou crônica. A HP crônica, cerne deste trabalho, caracteriza-se pela dispnéia progressiva, e deve ser considerada diante de história relevante de exposição ambiental, grasnidos à ausculta pulmonar, com predomínio de lobos superiores. Aos testes de função pulmonar, significativos à avaliação da gravidade, apresenta-se com padrão funcional restritivo, redução grave na capacidade de difusão de CO e hipoxemia. Ao Lavado Broncoalveolar, encontra-se significativo aumento no total de Linfócitos T (maior que 50%). Histologicamente, há presença de infiltrado inflamatório crônico, granulomas não necróticos, com distribuição peribroncovascular, e focos de bronquiólite obliterante (triade diagnóstica). O afastamento do antígeno é a chave para o tratamento da HP, associado a corticoterapia em formas crônicas.

AP220 LINFANGIOMATOSE PULMONAR DIFUSA COM HIPOVENTILAÇÃO ALVEOLAR: RELATO DE CASO

JOYCE VALADÃO BORGES; MARCELO BEZERRA DE MENEZES; MURILLO DE ARAUJO MARTINS; ANA CAROLINA LOPES RODRIGUES CUNHA; ISABELA BORACINI SANCHES; ANDRÉ AUGUSTO NUNES BATISTA; EDGAR CHELI NETO; JAMILI LEITE DA SILVA
 USP RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Linfangiomatose pulmonar; hipoventilação alveolar; vasos linfáticos

Introdução: A linfangiomatose é caracterizada por proliferação anormal de tecido linfático e formação de linfangiomas nos pulmões, ossos e outros órgãos. Pode acometer exclusivamente o pulmão ou múltiplos órgãos, sendo o envolvimento pulmonar uma das principais causas de mortalidade associada a esta patologia. **Relato de caso:** LF, 29 anos, queixava-se de tosse seca, perda ponderal, dispneia aos esforços progressiva de início no mês anterior ao primeiro atendimento. Ao exame físico apresentava-se emagrecido e com crepitações bilaterais à ausculta respiratória. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou espessamento intersticial interlobular em regiões apical e posterior, associado a áreas de vidro fosco. Gasometria arterial em ar ambiente: pH 7,34 pO₂ 54,7 pCO₂ 55,8 HCO₃ 29,5 SatO₂ 84,3%. A espirometria mostrou distúrbio ventilatório restritivo (VEF1/CVF 121%; VEF1 1,05 - 27%; CVF 1,09- 22%; difusão de 17%) desproporcional ao acometimento parenquimatoso. Realizada biópsia cirúrgica de pulmão esquerdo com achado intra-operatório de espessamento pleural e aderências firmes em parede torácica e mediastino. A avaliação anátomo-patológica evidenciou proliferação e dilatação de anastomoses de vasos linfáticos em pleura, septos interlobulares e peribronquiolares, compatível com linfangiomatose pulmonar difusa. Iniciado tratamento com propranolol e prescrito interferon-gama. Indicado o uso de ventilação não-invasiva e oxigenioterapia domiciliares. 18 meses após o primeiro atendimento faleceu em outro serviço. **Discussão:** A linfangiomatose pulmonar difusa é uma patologia rara, com cerca de 240 casos publicados na literatura mundial. Os sintomas inespecíficos (tosse, dispneia, hemoptise e dor torácica) tornam difícil a suspeita diagnóstica, que geralmente demanda biópsia para confirmação. Lesões ósseas ou quilotórax favorecem o diagnóstico, embora nem sempre estejam presentes. O tratamento visa a impedir o acúmulo de linfa, evitando sintomas compressivos. Estudos recentes com propranolol mostraram bons resultados, reduzindo níveis de VEGF1 e produção de quilo. Alguns estudos avaliaram a possível eficácia de interferon alfa-2b e bevacizumabe, porém não foram conclusivos. O prognóstico é reservado e melhor para os que não apresentam lesões ósseas; infecções, quilotórax e insuficiência respiratória crônica denotam pior prognóstico. Não encontramos na literatura relatos de associação com hipoventilação alveolar e em nosso caso não houve tempo hábil para investigação de outros acometimentos que pudessem contribuir para hipoventilação.

AP221 CRIÓBIÓPSIA E SUA UTILIDADE NO DIGNÓSTICO DE PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA

BÁRBARA FERREIRA SCHNEIDER¹; EDNA FLORES GONÇALVES¹; LUCAS VILELA DE OLIVEIRA JUNIOR¹; LUANA REDEL DE MORAES¹; VILMAR FONTANIVE²; WALDO LUÍS LEITE DIAS DE MATTOS²
1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Pneumonite de hipersensibilidade; criobiópsia; diagnóstico

Introdução: As doenças pulmonares intersticiais (DPIs) são patologias heterogêneas, agrupadas em função de achados clínicos, radiológicos e funcionais semelhantes. Entretanto, um pequeno número corresponde pela maioria das DPIs, nesse grupo, situam-se a fibrose pulmonar idiopática, a pneumonite de hipersensibilidade, a sarcoidose, a pneumonia intersticial não específica, as doenças ocupacionais, a pneumonia em organização e as bronquiolites diversas. A pneumonite de hipersensibilidade (PH) engloba um grupo de doenças pulmonares causadas pela inalação de vários

materiais antigênicos, que são usualmente orgânicos. As três maiores categorias de antígenos que causam PH são agentes microbianos, proteínas animais e substâncias químicas de baixo peso molecular. O diagnóstico diferencial na sua fase crônica é difícil devido à apresentação clínica e radiológica muito semelhante à de outras doenças intersticiais, sendo frequentemente necessária a realização de biópsia pulmonar. **Relato de caso:** J. K., 30 anos, sexo feminino. Internada eletivamente para elucidação de hipótese diagnóstica de DPI. Teve diagnóstico de pneumonia intersticial descamativa aos 3 anos de idade. J. K. apresenta perda de função pulmonar e pouca percepção de dispneia. Trabalhava com produção de calçados e há 5 anos com fabricação de gesso, tem contato com ambiente rural e galinhas. Devido aos achados tomográficos inconclusivos, optou-se pela realização de criobiópsia pulmonar para elucidação diagnóstica. Criobiópsia realizada em 26/05/17, revelou achados anatomo-patológicos compatíveis com pneumonite de hipersensibilidade crônica. **Discussão:** As biópsias pulmonares há anos são padrão ouro para o diagnóstico, principalmente, quando os dados clínicos e radiológicos não são conclusivos. Entretanto, existem fatores limitantes, como o estado de saúde do paciente, alto risco de morbidade e mortalidade associada à abordagem cirúrgica. A Criobiópsia transbrônquica permite retirada de tecido pulmonar através de uma crio-sonda, e pode ser usado como uma alternativa à biópsia cirúrgica no diagnóstico de DPI, com um menor risco de eventos adversos e mortalidade, como também um período de internação mais curto.

AP222 CISTOS PULMONARES NA SÍNDROME DE SJÖGREN (SS) SECUNDÁRIA AO LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES): UMA RARA ASSOCIAÇÃO

RAFAEL RODRIGUES DE MIRANDA; ANDREA PADILHA DE TOLEDO; DANIELLE CRISTINE CAMPOS BEDIN; LUCIANA ALVES DE OLIVEIRA LOPES; MAÍRA THOMAZINI RODRIGUES; MAURO GOMES
HOSPITAL SAMARITANO, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Sjogren; lupus; pneumonia intersticial linfocítica

Introdução: A síndrome de Sjögren (SS) é uma das conectivopatias mais comuns e com uma grande variedade de manifestações extraglandulares, podendo ser primária ou secundária. A forma secundária ocorre quando há associação a outras collagenoses, como o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). O objetivo do presente estudo é relatar o caso de uma paciente com um grande espectro de autoimunidade e ricas manifestações tomográficas compatíveis com pneumonia intersticial linfocítica (LIP) na SS. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 76 anos, previamente acompanhada por anemia hemolítica autoimune, foi admitida no hospital com queixa de dispneia há 1 ano acompanhada de cansaço, inapetência, adinamia, artralgias e xerostomia. Ao exame físico apresentava-se descorada, com boa saturação em ar ambiente e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente com discretos estertores crepitantes finos em campos pulmonares inferiores. Exames laboratoriais mostravam Hb 8,7, esquizócitos e reticulócitos aumentados, FAN positivo 1/640 nuclear homogêneo, Anti-DNA positivo 1/40, Anti Ro positivo, Anti La negativo, sorologias negativas, imunoglobulinas normais. A interpretação diagnóstica inicial foi de LES com anemia hemolítica. A Tomografia de Alta Resolução (TCAR) do tórax mostrou numerosos cistos pulmonares de paredes finas e com predomínio nos 2/3 inferiores de ambos os pulmões, compatíveis com Pneumonia Intersticial Linfocítica (LIP). O PET-CT não demonstrou áreas de captação em parênquima

pulmonar. O anatomopatológico da biópsia labial demonstrou extensa área de infiltrado linfomononuclear em glândulas salivares. O contexto clínico, laboratorial, tomográfico e anatomopatológico de lábio inferior apontam para LES com SS secundária associada a LIP. **Discussão:** A autoimunidade pode se manifestar de diversas formas nos pulmões. Cistos como sendo as principais anormalidade tomográficas ocorrem em diversas doenças, sendo a LIP um importante diagnóstico diferencial. Em um contexto clínico adequado como no caso em questão, os cistos são bastante sugestivos da SS. A SS secundária associada a LIP pode ter uma gravidade maior, possivelmente pelo envolvimento pulmonar pela conectivopatia de base, no caso o LES. Poucos são os casos descritos na literatura da SS secundária e LIP, o que torna esse caso único e interessante. **Referências bibliográficas:** 1. Garcia D, et al. BMJ Case Rep 2013. Aug 2;2013. 2. Flament T1, Bigot A2, Chaigne B2, Henique H3, Diot E2, Marchand-Adam S4. Pulmonary manifestations of Sjögren's syndrome. Eur Respir Rev. 2016 Jun;25(140): 110-23.

AP223 ACOMETIMENTO PULMONAR EM GRANULOMATOSE COM POLIANGIITE – RELATO DE CASO

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; LUIS OLAVO HIROAKI DE OLIVEIRA; SIMONE LOBO KRUPK MATIAS; ISABELA MAGGIONI HOLZ; ALANA KANEDA GARCIA; ALINE REIS BERTOLDI; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS; MARIA AMÉLIA CARVALHO DA SILVA SANTOS

IAMSPE, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Gpa; piu; anca

Introdução: A granulomatose com poliangiíte (GPA) é a forma de vasculite sistêmica, ANCA associada, com inflamação granulomatosa necrotizante dos tratos respiratórios superior e inferior. O quadro clínico em 90% dos pacientes envolve a presença de crostas nasais, rinosinusite crônica, tosse, hemoptise, dispneia e dor pleurítica. As manifestações variam desde ulceração, estenose brônquica, massas traqueais ou brônquicas e, mais raramente, a bronquiectasias. Há doença intersticial pulmonar em até 18%, e em sua maioria com padrão que se assemelha a PIU. Os nódulos no parênquima pulmonar geralmente não causam sintomas. A hemorragia alveolar difusa é uma das manifestações pulmonares mais graves e pode acontecer como achado inicial com rápida evolução para insuficiência respiratória. O diagnóstico envolve ANCA, anti-MBG, TCAR de tórax e TC de seios da face, broncoscopia com LBA e biópsia pulmonar, nasal/dos seios da face e renal. É sempre importante afastar tuberculose. As biópsias traqueais ou brônquicas mostram necrose fibrinoide, microabscessos e infiltração de histiócitos e neutrófilos sem vasculite. Nódulos esféricos com tamanho variável de 0,3 a 12cm são característicos de GPA com necrose central, mais friáveis que caseosos com possibilidade de se transformarem em cavidades. O tratamento envolve uso de glicocorticoides e imunossuppressores. **Caso:** G. P. O. S., 78 anos, sexo feminino, com episódios de sinusite de recorrentes. Referia tosse produtiva com expectoração há 3 meses sendo tratada com antibióticos sem melhora. Evoluiu com piora da tosse com hemoptoicos, sem febre sendo internada. Possuía crostas em meato médio. Baciloscopia do escarro negativa. Exames mostravam PCR e VHS elevados, função renal alterada e hematuria, com USG do aparelho urinário normal. Na TC de tórax havia sinais de intersticiopatia com pequeno componente fibrogênico pulmonar bilateral caracterizado por reticulado, vidro fosco, espessamento septal intralobular, bronquiectasias/bronchiolectasias de tração, predominando nas periferias e nas regiões posteriores. Biópsia transbrônquica com infiltrado

inflamatório linfomononuclear, hiperplasia de pneumócitos e antracose; citologia negativa para neoplasia. Paine auto-imune mostrou C-ANCA reagente sendo diagnosticada com GPA. Realizou pulsoterapia com metilprednisolona 1g/dia por 3 dias seguido de doses de Ciclofosfamida mensais, com melhora clínica. **Discussão:** Os autores descrevem um caso de GPA associado a Doença intersticial pulmonar do tipo Pneumonia intersticial usual com diagnóstico pela positividade do ANCA.

AP224 FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: RELATO DE 3 CASOS COM APRESENTAÇÕES RADIOLÓGICAS ATÍPICAS

CAROLINE DE SOUZA MARTINS FERNANDES; NINA ROCHA GODINHO DOS REIS VISCONTI; MARIA DE FÁTIMA DO AMPARO TEIXEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar idiopática; doença intersticial pulmonar; diagnóstico

Introdução: Fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença intersticial pulmonar de caráter progressivo e crônico. Promove morbidade considerável, com declínio progressivo da função pulmonar, limitando atividades de vida diária, levando a insuficiência respiratória, com uma sobrevida em torno de 2 a 4 anos. **Relato de caso:** Apresentamos três casos de FPI com apresentação radiológica atípica. Caso 1: Mulher, 65 anos, com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), ex-tabagista, carga tabágica (CT) 90 maços-ano, parou há 2 anos, com história de dispneia aos esforços, progressiva, há 2 anos associada a tosse com expectoração mucóide, com tomografia computadorizada de tórax (TCT) que evidenciava aprisionamento aéreo e faveolamento difusos, com predomínio no pulmão direito; bronquiectasias (BQTs) e bronchiolectasias (BQLTs) de tração associadas a áreas de distorção arquitetural. Caso 2: Homem, 59 anos, ex-tabagista, CT 62 maços-ano, parou há 17 anos, com dispneia aos médios esforços associada a tosse seca há 4 meses. TCT com predomínio de opacidades em vidro fosco, em relação ao discreto padrão reticular periférico e áreas de faveolamento, mais evidentes nas bases pulmonares, com BQTs de tração. Caso 3: Homem, 66 anos, portador de HAS e DM, ex-tabagista, cessou há 20 anos, CT 40 maços-ano. TCT mostrava extensas áreas de opacidades em vidro fosco; reticulação irregular, associado a pouco faveolamento periférico; distorção arquitetural; BQTs e BQLTs de tração distribuídas difusamente. A biópsia pulmonar cirúrgica identificou pneumonia intersticial usual (PIU) em todos os casos. **Discussão:** Apresentamos três casos de FPI cujas imagens radiológicas mostravam padrão com alterações consistentes com diagnóstico indeterminado para PIU ou alternativos/não-PIU, configurado por áreas de distribuição difusa associado a aprisionamento aéreo - caso 1 -, e áreas com predomínio de opacidade em vidro fosco - casos 2 e 3 -, conforme novos critérios tomográficos definidos pela sociedade Fleischner de radiologia (2017). Tanto por esta classificação radiológica como pelo consenso de FPI da ATS os casos necessitavam de biópsia pulmonar para **Conclusão:** diagnóstica. **Referências:** 1. LYNCH, David A. et al. Diagnostic criteria for idiopathic pulmonary fibrosis: a Fleischner Society White Paper. The Lancet Respiratory Medicine, 2017.2. RAGHU, Ganesh et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. American journal of respiratory and critical care medicine, v. 183, n. 6, p. 788-824, 2011.

AP225 DOENÇA RESPIRATÓRIA POR IGG4

EDGAR CHELI NETO¹; JOSE ANTONIO BADDINI MARTINEZ²; ANAISA CARNEIRO RUAS³; JOYCE VALADÃO BORGES³; ANDRE AUGUSTO

NUNES BATISTA²; MURILLO DE ARAUJO MARTINS²; ISABELA BORACINI SANCHES²; ANA CAROLINA LOPES RODRIGUES CUNHA²
1. FAMECA, BEBEDOURO, SP; 2. FMRP, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: IgG4; imunoglobulina; glicocorticóides

Introdução: – A doença relacionada à imunoglobulina G4 (IgG4-RD) é uma condição imunomediada cada vez mais reconhecida, composta por uma coleção de distúrbios que compartilham características patológicas, sorológicas e clínicas particulares e que pode acometer vários sítios anatômicos. Estima-se que o envolvimento pulmonar na doença sistêmica relacionada a IgG4 ocorra em 10% e o envolvimento pleural em 5%. Uma variedade de apresentações de tomografia computadorizada (TC) de tórax tem sido descritas, incluindo vidro fosco irregular, opacidades nodulares e de consolidação e também faveolização. O diagnóstico de doença relacionada a IgG4 baseia-se nas características clínicas, na concentração sérica de IgG4 ≥ 2 vezes o limite superior do normal (140 mg / dL) e na presença de células positivas para IgG4 na histopatologia. **Relato de caso:** E. A. C, homem, negro, 43 anos, natural e procedente de Patrocínio –MG, iniciou quadro de dispneia progressiva associado a tosse produtiva e febre há aproximadamente 1 ano, com perda ponderal de 23kg ao longo deste período. Foi tratado a princípio com antibioticoterapia com hipótese de pneumonia, sem melhora dos sintomas, sendo assim encaminhado a um hospital de referência em Barretos. Apresentava à Tomografia computadorizada de Tórax opacidades pulmonares bilaterais, representadas principalmente por nódulos e massas. Foi então submetido a uma biópsia cirúrgica, a qual evidenciou células positivas para IgG4, sendo assim realizado diagnóstico de Doença respiratória por IgG4; Foi iniciado corticoterapia endovenosa com metilprednisolona 40mg 1 vez ao dia, com paciente apresentando melhora dos sintomas. **Discussão:** A doença relacionada à imunoglobulina G4 (IgG4-RD) geralmente ocorre mais comumente em homens de meia-idade e idosos. A patogênese da doença é pouco compreendida; achados consistentes com um distúrbio auto-imune e um distúrbio alérgico estão presentes. A maioria dos pacientes responde aos glicocorticóides, particularmente nos estágios iniciais da doença. Em alguns subgrupos de doença orgânica, a responsividade aos glicocorticóides tem sido considerada um critério diagnóstico para o distúrbio. No entanto, muitos pacientes sofrem de doença recorrente durante ou após o uso de glicocorticóides. Por ser uma condição pouco conhecida, de descoberta relativamente recente, acometimento raro e que se não tratada evolui para fibrose levando à disfunção orgânica, o objetivo deste relato é enfatizar a importância do diagnóstico e tratamento precoce.

AP226 DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL POR ARTRITE REUMATÓIDE ASSOCIADA A DPOC GRAVE – RELATO DE CASO

BRUNO DE MORAES SANTOS WONG¹; FLAVIA ROCHA FERNANDES²
1. PREFEITURA SÃO JOSÉ – SC, FLORIANÓPOLIS, SC; 2. INSS, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Doença pulmonar intersticial; collagenose; artrite reumatóide

Introdução: O acometimento pulmonar por artrite reumatóide (AR) é relativamente comum, havendo risco de desenvolvimento de doença pulmonar intersticial (DPI) em 7,7% a 10% dos pacientes com diagnóstico desta collagenose. A associação de AR com DPI pode elevar a mortalidade em três vezes, quando comparado a pacientes sem acometimento pulmonar. O tabagismo é fator de risco para desenvolvimento de doença extra-articular, além de

possibilitar a associação com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **Relato de caso:** Mulher, 66 anos, queixa de dispnéia com sibilância recorrente há 05 anos. Ex-tabagista há 18 anos (30 maços/ano), do lar, com diagnóstico prévio de DPOC e uso de budesonida/formoterol 12/400 mcg 2x/dia. Além do quadro respiratório, também havia queixa de poliartralgia matinal recorrente, principalmente em mãos. Ao exame físico a paciente apresentava sobrepeso, leve dispnéia, com murmúrio broncovesicular universalmente audível e estertores “em velcro” esparsos em bases. Não exibia deformidade ou sinal flogístico articular. Ao Rx de tórax: infiltrado intersticial difuso, com predomínio em bases e pequenos nódulos esparsos. A TCAR de tórax encontrou-se espessamento septal interlobular com predomínio em periferia e bases pulmonares, associado a bronquielectasias e áreas escassas de vidro fosco. Enfisema centrolobular com predomínio em lobos superiores e áreas de aprisionamento aéreo concomitantes. Na espirometria havia distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado, sem resposta broncodilatadora com VEF1/CVF pos-BD = 0,33, VEF1 pos-BD = 0,59 L (28%) e CVF pos-BD = 1,76 (68%). Solicitada dosagem de fator reumatóide sérico, que apresentou-se elevado - 374,6 UI/ml (látex), além de VHS aumentado de 43 mm. **Discussão:** A DPI é a mais comum das formas de acometimento pulmonar em portadores de AR, dentre esses, o padrão histológico tipo PIU (pneumopatia intersticial usual) é o mais freqüente e o de pior prognóstico, como sugere ser o caso descrito, inferindo-se pelo padrão da TCAR de tórax. Some-se ao quadro a superposição de DPOC grave. Apesar do prognóstico reservado, a paciente obteve significativa melhora clínica e radiológica com a instituição de prednisona 20 mg/dia e metotrexate 15 mg/semana, além da troca de budesonida/formoterol 12/400 mcg por umeclidínio/vilanterol 62,5/25 mcg 1x/dia, com redução do infiltrado intersticial, melhora da disposição geral com relevante atenuação da dispnéia e desaparecimento da poliartralgia. **Referências:** 1- Kawassaki AM, Tibana RCC, Rodrigues SCS. Doenças Pulmonares Intersticiais – Vol. 13 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu 2018. cap. 17, p. 243-65 2- Kim EJ, Elicker BM, Maldonado F, Webb WR, Ryu JH, Van Uden JH, et al. Usual Interstitial Pneumonia in Rheumatoid Arthritis – associated Interstitial Lung Disease. Eur Respir J 35 (6): 1322-8, 2010

AP227 SARCOIDOSE PULMONAR COM PADRÃO MILIAR – RELATO DE CASO

ANA CAROLINA LIMA RESENDE¹; MARIANA LAFETÁ LIMA¹; WILLIAN JOSE MENDONÇA SERPA RODRIGUES¹; PRISCILA ABREU FRANCO¹; BRUNA CAVALCANTE TORRES¹; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR¹; ANDREYA PEREIRA FURRIEL¹; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA¹
UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Sarcoidose miliar; quitotiosidase; lesão miliar

Introdução: Sarcoidose é uma doença de etiologia desconhecida caracterizada por formação de granulomas em qualquer órgão. As lesões pulmonares típicas são nódulos perilinfáticos, espessamento septal interlobular, opacidades peri-hilares bilaterais e predominam nos campos pulmonares superior e médio. O padrão miliar é raro. Na literatura existem poucos casos descritos de sarcoidose pulmonar miliar, apresentando maior prevalência no sexo masculino, 4ª década de vida. Nenhum biomarcador está disponível para avaliar a evolução da sarcoidose, sendo alguns propostos: enzima conversora de angiotensina, neopterina, interleucina 2 e lisozima. Estudos recentes também evidenciam a quitotriosidase como potencial marcador para diagnóstico.

Relato de caso: Masculino, 57 anos, natural e procedente

São Paulo - SP, pedreiro. Relato de dispneia progressiva há seis meses, associado a tosse esporádica sem expectoração e perda ponderal de 7kg em cinco meses. Negava febre, sintomas de via aérea superior, refluxo ou hemoptise. Antecedentes patológicos/exposições: Ex-tabagista 30 maços/ano, abstêmio há 20 anos, ex etilista (1 dose de pinga por 15 anos), contato com pombos por 6 meses, afastado há 5 anos, exposição a tinta e poeira. Negava comorbidades conhecidas ou uso de medicações contínuas. Antecedentes familiares: pai falecido aos 93 anos por pneumonia, sem outros fatores relevantes. Ao exame físico: IMC 21 kg/m², ausculta cardíaca sem alterações, presença de estertores finos bibasais em exame pulmonar, sem outros achados. Realizado teste do degrau, inicialmente com Sat O₂ 96%, ao final do teste de 3 minutos, com Sat O₂ 88%, com boa recuperação. Exames laboratoriais: Hb14, Ht 45,8%, Leucócitos 6820 (sem desvio), Cr 1,1mg/dl, INR 1,08, PPD 0mm, calcúria 24 horas normal. Realizado ecocardiograma com FE 61%, sem alterações segmentares ou valvares, holter com arritmias raras, e prova de função pulmonar com distúrbio ventilatório inespecífico, sem resposta ao broncodilatador. Tomografia de tórax: Linfonodomegalia paratraqueais à direita e subcarinais, medindo até 1,3 cm no menor eixo. Traqueia e brônquios centrais pervingos, de calibre normal. Múltiplos nódulos pulmonares com distribuição randômica predominando nos campos pulmonares superiores. Focos esparsos de espessamento pleural. Broncoscopia sem alteração anatômicas, lavado broncoalveolar com predomínio de macrófagos (84%) e anatomopatológico com inflamação crônica granulomatosa sem necrose. Dosagem de **Quitotiosidade**: 1906,0 nMoles/h/ml (VR: 8-132) **Discussão**: A sarcoidose com opacidades miliares é um padrão raro e impõe diagnóstico diferencial com tuberculose, pneumoconioses e lesões metastáticas. Um novo biomarcador vem sendo proposto, a quitotiosidade, é produzida por macrófagos ativados, tem alta sensibilidade e especificidade, e os estudos sugerem seu uso para controle clínico, de prognóstico e na avaliação de recidiva nos pacientes com sarcoidose.

AP228 PACIENTE COM TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA

MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA; NATÁLIA ANDRADE MENDONÇA; JULIA ELISA SILVA NUNES PAIS; GABRIEL PEREIRA GOMES; DANIELE PINHEIRO DA SILVA; JÚLIA DE JESUS CAETANO; BRUNA FELÍCIO DE CARVALHO; ALINE DE BASTOS FERREIRA FACULDADE DE MEDICINA DA UFG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Traqueobroncopatia osteocondroplástica; calcificação traqueobrônquica; obstrução traqueobrônquica

Introdução: A traqueobroncopatia osteocondroplástica (TPO) é uma doença benigna da árvore traqueobrônquica que, embora seja considerada rara, vem sendo diagnosticada com maior frequência com a larga utilização de broncoscopia e tomografia de tórax. A incidência relatada em autópsias é de 1 em 400 casos. A obstrução traqueobrônquica resultante da doença leva à confusão diagnóstica com asma brônquica e doença pulmonar obstrutiva crônica. A presença de calcificação traqueobrônquica exige diagnósticos diferenciais como amiloidose, sarcoidose e policondrite recidivante. **Relato do Caso**: C. S. B., masculino, 54 anos, aposentado, com dispneia há 25 anos que progrediu de MRC 1 para MRC 2; tosse seca ocasional e sibilância e, no início do quadro, hemoptóicos. Relatou exposição à poeira no ambiente de trabalho (pedreira), sempre em função administrativa. Negou tabagismo. Exame físico: expansibilidade e murmúrio vesicular reduzido em bases, sibilos esparsos. Espirometria: Distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado.

Teste de caminhada de 6 minutos: SpO₂ pós exercício de 88%. Ecocardiograma: discreto aumento das câmaras direitas. Pressão sistólica da artéria pulmonar de 65 mmHg. Tomografia computadorizada de tórax: nódulos calcificados, centrais, em lobo superior direito, nódulos não calcificados esparsos ao longo do pulmão, pulmões de atenuação reduzida e heterogênea e aglomerações de nódulos com hipoatenuação de perimeio. Broncoscopia: estenose de 70% da luz traqueal por redução do seu diâmetro latero-lateral, em toda sua extensão, traqueia tortuosa, com mucosa friável, facilmente sangrante ao toque do aparelho e apresentando superfície irregular, com aspecto de múltiplas placas amareladas, estenose de 50% da luz dos brônquios fontes. Biópsia endobrônquica: parede brônquica com edema, congestão vascular e focos de calcificação, sem evidências de depósitos amiloides. Após avaliação do Grupo Multidisciplinar do Serviço de Pneumologia do HC-UFG, o diagnóstico foi de TPO. Optou-se inicialmente por adotar conduta para doença pulmonar crônica e controle espirométrico e broncoscópico. **Discussão**: Na TPO ocorre metaplasia do epitélio escamoso, acúmulo de cálcio e crescimento de cartilagem e de osso no tecido subepitelial, com projeção para o lúmen laringotraqueobrônquico. A etiologia permanece desconhecida, havendo possibilidade de associação com infecção crônica, silicose e amiloidose. No presente caso havia exposição não significante à sílica e os achados tomográficos, broncoscópicos e anatomopatológicos não foram compatíveis com silicose, amiloidose ou policondrite recidivante. A amiloidose atinge a parede membranosa da cartilagem e na policondrite há deformidades e espessamento da cartilagem traqueobrônquica, não evidenciadas neste caso. A ablação das lesões pode ser utilizada no tratamento. A TPO deve ser considerada no diagnóstico diferencial das calcificações traqueobrônquicas heterogêneas.

AP229 PNEUMOTÓRAX: RELATO DE CASO DE UMA APRESENTAÇÃO RARA NA SARCOIDOSE

CAROLINE DE SOUZA MARTINS FERNANDES; NINA ROCHA GODINHO DOS REIS VISCONTI; MARIA DE FÁTIMA DO AMPARO TEIXEIRA; LEONARDO HOEHL CARNEIRO; MICHELLE CAILLEAUX CEZAR; NADJA POLISSENI GRAÇA; VALMIR SANGALLI LUCAS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Sarcoidose; pneumotórax; doença intersticial pulmonar

Introdução: Sarcoidose é uma doença inflamatória multissistêmica comum, caracterizada pela formação de granulomas de necrose não caseosa por diversos órgãos, dentre eles os pulmões. Alterações na radiografia de tórax são observadas em 90% dos pacientes portadores de sarcoidose, sendo os achados mais encontrados: linfadenopatia hilar bilateral e infiltrado parenquimatoso que pode ser reticular ou reticulonodular, e opacidades alveolares. Pneumotórax não é uma apresentação comum – presente somente em 2 a 4% dos casos. Relatamos um caso de paciente internado para investigação diagnóstica de infiltrado intersticial bilateral que apresentou pneumotórax espontâneo secundário. **Relato de caso**: Homem pardo, 46 anos, foi internado para investigação de dispneia aos esforços, progressiva, associada a fadiga, inapetência e perda ponderal, iniciados há cerca de 2 anos. Ao exame físico, não apresentava hipoxemia. Realizada radiografia de tórax que evidenciou pneumotórax de grande magnitude à direita, com extensas áreas de opacidades reticulo-nodulares difusas em ambos os pulmões, predominando nos 2/3 inferiores, associado a aumento hilar. Na tomografia computadorizada de tórax visualizavam-se além destas

alterações, micronódulos com padrão de distribuição perilinfática. Foi submetido à toracostomia com dreno tubular em selo d'água, à direita, com melhora da dispneia. Após o procedimento, foi efetuada broncoscopia, que não mostrou alterações na árvore brônquica, e realizada biópsia transbrônquica, cujo exame histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de sarcoidose. Iniciado tratamento com prednisona 40mg/dia, com seguimento ambulatorial.

Discussão: Pneumotórax na sarcoidose foi descrito pela primeira vez em 1948, pode ser um achado inicial, ou mais comumente, encontrado em estágios tardios. Acredita-se que o mecanismo seja o envolvimento pleural, com ruptura de bolhas subpleurais, que podem ser encontradas com 3 a 4 anos do início dos sintomas, ou a necrose de um granuloma subpleural. A ocorrência de pneumotórax num paciente com a função pulmonar já comprometida pode ser fatal. O manejo do pneumotórax na sarcoidose não é tão claro. Talvez o uso de corticosteroide precoce possa ser benéfico e reduza casos de recidiva de tal complicação. No nosso caso, foi o primeiro episódio de pneumotórax do paciente. Porém, a literatura mostra que a sarcoidose é uma causa pouco reconhecida de pneumotórax espontâneo recidivante. Alguns pontos positivos que falam a favor desta etiologia são: pacientes jovens, história limitada de tabagismo com grave distúrbio ventilatório obstrutivo e evidência de sarcoidose pulmonar e extrapulmonar.

Referências: 1. MANIKA, Katerina et al. Pneumothorax in sarcoidosis. *Journal of thoracic disease*, v. 6, n. Suppl 4, p. S466, 2014. 2. SUNNETCIOGLU, Aysel et al. A case of sarcoidosis with pleural involvement. *The clinical respiratory journal*, v. 12, n. 1, p. 334-336, 2018.

AP230 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE POR EXPOSIÇÃO A MOFO DOMÉSTICO

LARYSSA RENATA MUNIZ ROCHA; BEATRIZ BARBOSA DE VASCONCELOS; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO; ALEXANDRE ROLIM DA PAZ; GRAZIELA BATISTA DE SOUSA; JÉSSICA MEDEIROS SALES; CECÍLIA GABRIELA DE ARRUDA CASTELO BRANCO BRITO; KAIO ALIGHIERI NUNES DE FRANÇA UFPA, JOAO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Pneumonia; hipersensibilidade; mofo

Introdução: A pneumonia de hipersensibilidade é uma síndrome caracterizada por inflamação do parênquima pulmonar, causada pela exposição a antígenos específicos. A forma crônica se apresenta com dispneia e fibrose progressivas, estando entre os diagnósticos diferenciais de outras pneumopatias intersticiais. O diagnóstico precoce é importante, pois permite o afastamento da exposição e bloqueia a evolução da doença. **Relato de caso:** A. S. S, homem, 52 anos, bibliotecário, solteiro, procedente de João Pessoa/PB. Admitido com relato de dispneia há cinco meses, inicialmente aos grandes e depois aos médios esforços, associada a tosse seca e astenia, sem febre. Negou comorbidades, tabagismo e alcoolismo. Interrogado, referiu presença de mofo (fotos) em sua residência e manuseio de livros velhos no seu trabalho. Ao exame físico: Estado geral regular, dispneico +/4+, acianótico e afebril. Exame cardiovascular normal. Ausculta pulmonar: presença de estertores crepitantes nas bases pulmonares. Abdomem sem alterações. Exames complementares: **Laboratório:** hemograma, ionograma, função renal e enzimas hepáticas normais; sorologias para hepatites, HIV e sífilis não reagentes. Ecocardiograma normal. Radiografia de tórax: opacidades intersticiais reticulonodulares difusas. TC do tórax: padrão em "vidro fosco" predominante em lobos inferiores. Lavado broncoalveolar: pesquisa de BAAR e pesquisa do DNA de *M. tuberculosis* negativos; citologia: aumento do percentual de linfócitos. Biópsia transbrônquica: mucosa brônquica com

edema e infiltrado inflamatório linfocitário. O Paciente evoluiu com melhora clínica, tomográfica e espirométrica após afastamento do agente agressor e tratamento com prednisona 1mg/kg/dia, seguindo em acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A pneumonia de hipersensibilidade é um processo inflamatório pulmonar ocasionado pela inalação de antígenos orgânicos específicos, principalmente mofo e pássaros, em indivíduos previamente sensibilizados. Tem apresentação clínica variável, das formas agudas a crônicas, nessa última já apresentando algum grau de fibrose. O diagnóstico é feito pela combinação de achados epidemiológicos (história de exposição), clínicos, radiológicos, sorológicos e histológicos. A espirometria pode apresentar distúrbio ventilatório restritivo, correlacionando-se com achados tomográficos, onde as áreas de aprisionamento aéreo se relacionam ao volume residual, e a extensão das opacidades em vidro fosco e reticulado à gravidade da restrição. O LBA revela um aumento de linfócitos, com predominância de células CD8+, porém esse critério não é específico. A TC do tórax pode dar pistas do diagnóstico, mas nas fases avançadas pode demonstrar um padrão indistinguível de outras pneumopatias intersticiais. O tratamento consiste principalmente no bloqueio da exposição, podendo ser realizado corticoterapia na fase aguda, com doses de 1mg/kg/dia de prednisona. A documentação da exposição pode reforçar a suspeita diagnóstica.

AP231 PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO PRECEDENDO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA

LÚCIA HELENA MESSIAS SALES; EDINELSON RODRIGUES MONTEIRO; CAMILA ARAÚJO OLIVEIRA; ARTUR RAFAEL DO NASCIMENTO ROCHA FAMED/UFPA, BELEM, PA.

Palavras-chave: Pneumonia em organização; doença linfoproliferativa; leucemia

Introdução: A pneumonia em organização (OP) é um padrão histopatológico característico que pode ser encontrado em vários contextos clínicos. Pode representar processo patológico primário ou um processo reparatório relativamente inespecífico associado a outra patologia primária. A doença hematológica maligna tem sido implicada como um fator de risco potencial para OP. Apresentamos um caso onde o diagnóstico de OP precedeu o de Leucemia. **Relato do**

Caso: 58 anos de idade, sexo masculino, Médico com atuação especial em Urgência/Emergência. Não fumante, relatava ter Asma de início na infância sem tratamento atual e que o Pai teria tido Tuberculose no passado. Início de quadro infeccioso respiratório com febre, tosse com secreção purulenta e leucocitose sem melhora com terapia ambulatorial. Internado para medicação injetável. TC tórax: consolidações basais + gânglio janela aortopulmonar 1,9 cm. O paciente recebeu alta com melhora parcial dos sintomas. Nova TC de tórax, 3 semanas depois, mostrou imagens em vidro fosco basais. Broncofibroscopia solicitada – anatomopatologia dos fragmentos de biópsias transbrônquicas: estreitamento de luzes alveolares por alargamento intersticial fibroso, com discreta hiperplasia de Pneumócitos da parede alveolar. Escasso Infiltrado linfocitário focal - Compatível com PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO. Cultura do LBA negativa para BAAR e Fungos. PPD: Zero. Iniciado Corticoterapia Prednisolona 60 mg/dia com reduções de dose programadas. TC de tórax 2 meses depois: REDUÇÃO IMPORTANTE DE LESÕES ANTERIORES; discretas opacidades em vidro fosco basais posteriores + algumas bandas parenquimatosas. A dose de corticóide foi reduzida a 5mg/dia de Prednisolona. Após 2 meses, surgiram linfonodos cervicais à direita. Evoluiu

com o aumento do ângulo da mandíbula esquerda. Exames de US mostraram tireoide e Paróidas OK + Infartamento ganglionar bilateral CERVICAL com áreas de necrose. A Sorologia para Toxoplasmose e para Mononucleose foi negativa. Novo PPD: 8 mm. BIÓPSIA DE AGULHA DE LINFONO CERVICAL: Tecido linfóide atípico de pequenas células. Ausência de processo granuloso ou necrotizante. Perfil imunohistoquímico favoreceu o diagnóstico de Linfoma não Hodgkin de baixo grau com imunofenótipo B: Leucemia Linfocítica Crônica. Encaminhado para o tratamento da infecção tuberculose latente e quimioterapia para a leucemia. **Discussão:** A ocorrência de pneumonia em organização em pacientes leucêmicos é mais comumente correlacionada com transplante de medula óssea ou tratamento com agentes antimitóticos. O diagnóstico de Pneumonia em Organização deve suscitar a atenção para a possibilidade de patologias associadas antes de ser definida como Criptogênica.

AP232 SARCROIDOSE ESTÁDIO I E CISTOS PULMONARES ISOLADOS – RELATO DE CASO

BIANCA FIDELIX ESPINDULA; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; ISABELA MAGGIONI HOLZ; MARIANA SILVA LIMA; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES IAMSPE, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Sarcoidose; cistos pulmonares; doença intersticial

Introdução: Lesões císticas na sarcoidose são excepcionais, e quando ocorrem costumam vir associadas à fibrose pulmonar, geralmente nos lobos superiores. Cistos isolados são extremamente raros, e podem ser consequentes à associação de sarcoidose e síndrome de Sjogren. Apresentamos um caso raro de sarcoidose estágio I associada a cistos pulmonares isolados, sem critério diagnóstico para síndrome de Sjogren. **Relato de caso:** Paciente, sexo feminino, 74 anos, glaucoma e uveíte granulomatosa em 2014. Procurou nosso serviço em 2016 por dispnéia (Mahler: 11) e fadiga. Ausculta cardíaca e pulmonar normais, sem glânglios palpáveis, sem lesões de pele. TC de tórax com adenomegalias hilar e mediastinal associadas a múltiplos cistos no parênquima pulmonar. Ultrassonografia de abdome: esplenomegalia e cisto renal à D. PET-CT mostrou linfonodomegalias com hiper captação nas regiões cervicais, intratorácicas e abdominopélvicas e nódulos pulmonares esparsos. Provas reumatológicas e sorologias virais negativas, imunoglobulinas normais. Ecocardiograma normal. Função pulmonar compatível com DVO leve e DLCO próxima do limite inferior do normal. EBUS de linfonodo mediastinal compatível com linfadenite granulomatosa. BTB mostrou granuloma isolado não necrótico em submucosa, circundado por infiltrado leve de mononucleares, com pesquisas negativas para BAAR, fungos e células neoplásicas. O diagnóstico de sarcoidose foi considerado, sendo iniciado tratamento com prednisona 20mg/dia e metotrexato 10mg/sem. **Discussão:** A causa do aparecimento de lesões císticas na sarcoidose permanece desconhecida, mas se devem geralmente a nódulos escavados ou à fibrose intersticial, bronquiectasias e formação de bolhas. Cistos de parede fina, principalmente se isolados, são raríssimos na sarcoidose. Síndrome sicca pode sugerir associação com síndrome de Sjogren, e esta deve ser pesquisada. **Conclusão:** Em doenças pulmonares císticas, a presença de adenopatia intratorácica e/ou sistêmica pode sugerir sarcoidose.

AP233 SÍNDROME ANTI SINTETASE – A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA MESMO NA AUSÊNCIA DO ANTI JO-1 RELATO DE CASO

GRAZIELA DAS MERCÊS PIMENTA RIOGA; TARCIANE ALINE PRATA; MARIA LUISA TOSCANO MALAQUIAS HYBNER; LUIZ PAULO ARREGUY NOGUEIRA; MARILUCY DE OLIVEIRA SANTOS; DEBORAH DOS REIS ESTRELLA; PATRICIA TOLEDO LUSTOSA ANDRADE; JESSICA QUEIROZ ALVES DO VALE
HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Miopatias; doença pulmonar intersticial; síndrome anti sintetase

Introdução: As miopatias são doenças raras, autoimunes, caracterizadas por processo inflamatório crônico dos músculos, podendo cursar com acometimento sistêmico, dentre eles, pulmonar, cutâneo e articular. O pulmão é o órgão extramuscular mais comumente afetado nas miopatias inflamatórias. A síndrome anti sintetase é um subtipo de miopatia inflamatória que ainda não tem seu quadro de marcadores sorológicos totalmente elucidado. 2 Esta síndrome pode apresentar anticorpos contra diferentes aminoacil-tRNA sintetases (ARS). O anticorpo ARS mais frequente é a anti-Jo-1 contra histidil-tRNA sintetase e pode estar presente nesses pacientes numa taxa de 8 a 18%. Para o diagnóstico da síndrome anti sintetase é preciso a positividade de um desses anticorpos anti ARS, associada a manifestações gerais como: febre, artrite, fenômeno de Raynaud e alterações cutâneas conhecidas como mãos de mecânico. **Relato de caso:** Paciente de 46 anos, feminina, natural de Minas Gerais. Encaminhada ao ambulatório de pneumologia do Hospital Júlia Kubitschke por queixa de dispnéia iniciada em 2015, inicialmente mMRC I e evoluindo até mMRC III, associada a tosse produtiva. Em bom estado geral, eutrófica, sem baqueteamento digital, taquipneia sem esforço e saturação de 92% em ar ambiente. Sons respiratórios simétricos e sem ruídos adventícios. As mãos tinham lesões cutâneas descamativas, hiperqueratóticas, com fissuras, características de “mãos de mecânico”. A espirometria de 30/08/17 com capacidade vital forçada (CVF) 1,84 (55%) e volume expirado de primeiro segundo (VEF1) 1,69 (62%) e tomografia de tórax (TCTX) julho/17 com extensas áreas de consolidações bilaterais, broncogramas aéreos e acometimento de lobos inferiores. Apresentava fator antinucleotideo (FAN) positivo, padrão pontilhado fino denso, enzimas musculares, aldolase e creatinofosfoquinase (CPK) aumentadas e demais marcadores sorológicos negativos. Embora o anticorpo anti Jo-1 fosse negativo, suspeitou-se de síndrome anti sintetase, iniciando-se o tratamento com azatioprina em julho de 2017. Após seis meses de tratamento, a paciente referia melhora clínica com mMRC II e as lesões das “mãos de mecânico” recrudesceram significativamente. A espirometria de fevereiro de 2018 apresentava CVF 2,16 (65%), VEF1 1,92 (70%). Na TCTX, a atenuação em vidro fosco difusamente é o padrão predominante, poupando regiões subpleurais, compatível com pneumopatia intersticial não específica e ausência das lesões consolidativas. **Discussão:** O presente relato ratifica a importância de uma anamnese cuidadosa e de um bom exame físico no paciente portador de doença pulmonar intersticial. Mesmo não preenchendo todos os critérios preconizados para se determinar um diagnóstico, a suspeição clínica é de suma importância, pois o tratamento e o prognóstico deste perfil de pacientes é diferente daqueles com fibrose pulmonar idiopática. A acesso dos pacientes à realização dos demais autoanticorpos ARS facilitará o diagnóstico precoce desta rara síndrome.

AP234 BRONQUIOLITE ASPIRATIVA DIFUSA: IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM DOENÇAS OBSTRUTIVAS PULMONARES

LUCAS BORGES DE MELO; DANILO TADAO WADA; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO; ELISA SEBBA DE SOUZA VEGA; LEONARDO

DELSIN MAGRI; IGOR NASCIMENTO ALVES; CARLOS EDUARDO SOLIGO; NELSON DE ARAUJO VEGA
CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Bronquiolite; aspirativa; difusa

Introdução: A bronquiolite aspirativa difusa é uma doença caracterizada pela inflamação crônica dos bronquíolos em decorrência de microaspiração recorrente. **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, 67 anos, há 10 anos com episódios de tosse seca, dispneia e sibilância. Relatava epigastria e pirose persistente. Paciente em uso crônico de salmeterol e fluticasona, com alívio discreto dos sintomas. Negava tabagismo, asma na infância ou histórico de atopia na família. Ao exame físico apresentava Saturação de O₂: 94% com ausculta pulmonar com presença de crepitações finas em bases pulmonares. Exames complementares: Espirometria compatível com Distúrbio Obstrutivo Leve, ausência de resposta ao broncodilatador. Tomografia computadorizada de alta resolução: presença de parênquima pulmonar heterogêneo, principalmente em lobos inferiores, com nódulos centrolobulares associadas a consolidações peribroncovasculares. Opacidades em vidro fosco, espessamento e impações brônquicas, predominando nos segmentos basais dos lobos inferiores. Endoscopia Digestiva Alta: presença de Hérnia Hiatal, esofagite de refluxo. Paciente foi submetido a broncoscopia, biópsia transbronquial compatível com processo inflamatório linfoplasmocitário em submucosa brônquica associada a exulceração brônquica, e necrose péptica focal. Achado compatível com Bronquite Linfoplasmocitária Exulcerativa. **Discussão:** A bronquiolite aspirativa difusa possui fatores predisponentes, como a Doença do Refluxo Gastroesofágico, abuso de drogas e disfagia. O quadro clínico pode cursar com tosse, produção de escarro e dispnéia. Alterações radiológicas e fatores de risco para aspiração auxiliam. Porém o anatomo patológico permite certificar o diagnóstico. A prevenção da aspiração recorrente, é o principal fator para o tratamento do paciente,

AP235 PNEUMODIASTINO E ENFISEMA SUBCUTÂNEO EM PACIENTE COM DERMATOMIOSITE

BEATRIZ BARBOSA DE VASCONCELOS; LARYSSA RENATA MUNIZ ROCHA; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO; CECÍLIA GABRIELA DE ARRUDA CASTELO BRANCO BRITO; CAROLINE SANTOS DE ARAÚJO; JULIANA NUNES MACIEL CILENTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Dermatomiosite; enfiseima subcutâneo; doença pulmonar intersticial

Introdução: A dermatomiosite (DPM) é uma doença inflamatória que afeta a musculatura estriada, a pele e outros órgãos. Caracteriza-se por um processo inflamatório não supurativo na musculatura esquelética, classicamente manifestado por fraqueza muscular proximal. Entre pacientes com DM, a doença pulmonar intersticial é uma das principais causas de morbidade e mortalidade. O presente caso ilustra o pneumomediastino como uma apresentação rara de DPM. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, parda, doméstica, encaminhada ao ambulatório de Pneumologia do HULW por aumento de volume de região cervical e torácica, compatível com enfiseima subcutâneo, há uma semana. Interrogada, relatou dispneia progressiva há quatro meses, alopecia, xerofthalmia, xerostomia e artralgias (punhos e metacarpofalangeanas). Diagnóstico de DPM há um ano, com prednisona 1mg/kg/dia. Exame físico: bom estado geral, eufêmica em repouso, com enfiseima subcutâneo na região cervical e torácica alta. Achados cutâneos de DM: heliótropo, pápulas de Gottron nas faces dorsais das metacarpofalanges, joelhos, cotovelos e quadril.

Ausculta torácica normal. SpO₂ 95% em ar ambiente. Foi internada para investigação do enfiseima subcutâneo. Exames laboratoriais: FAN padrão nuclear pontilhado fino 1/640, anti-RO positivo, fator reumatoide positivo, anti-JO 1 negativo, anti-RNP negativo. Hemograma, função hepática e renal normais. Eletroencefalografia: processo miopático difuso, de moderada intensidade, com predomínio proximal de membros superiores e sinais de atividade irritativa. Ecocardiograma com função sistólica de ventrículo esquerdo preservada e diminuição do seu relaxamento. Ultrassonografia transvaginal e de abdome total negativas para o rastreamento de neoplasias. TCAR: enfiseima subcutâneo na região cervical e parede anterior do tórax; bolhas enfisematosas parasseptais nos lobos superiores de ambos os pulmões; enfiseima mediastinal. Espirometria: distúrbio ventilatório restritivo leve. Foi iniciado terapia broncodilatadora inalatória (BDI) com medicações de longa e curta duração, mantendo-se a prednisona 1 mg/kg/dia. A paciente evoluiu com melhora rápida e significativa da dispneia e do enfiseima subcutâneo, e teve alta hospitalar após seis dias. Durante o seguimento ambulatorial de dois anos e meio, a paciente teve piora da dispneia por interrupção dos BDI. **Discussão:** A terapia com corticosteroides e imunossuppressores constitui a base para o tratamento de indivíduos com DPI relacionada a DPM. A evolução de pneumomediastino espontâneo é geralmente benigna e autolimitada. O tratamento é de suporte, tendo por base o repouso, além de evitar manobras que aumentam a pressão transpulmonar. O uso de broncodilatadores é defensável se o pneumomediastino for atribuído a doença obstrutiva (bronquiolite) e consequente enfiseima intersticial pulmonar.

AP236 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NÓDULOS PULMONARES EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE

JULIANE PENALVA COSTA SERRA; RAFAEL SEQUEIRA AYROSA; JOSÉ RICARDO BANDEIRA DE OLIVEIRA FILHO; ALEXANDRE FRANCO AMARAL; FELIPE MARQUES DA COSTA; MARTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA; BRUNO GUEDES BALDI; RONALDO ADIB KAIRALLA

INCOR - FMUSP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Artrite reumatóide; nódulos pulmonares; dipneia

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma doença autoimune inflamatória sistêmica que cursa com poliartrite erosiva e manifestações extra-articulares, sendo comum o comprometimento pulmonar. Os tumores neuroendócrinos podem se desenvolver em qualquer parte do corpo. No pulmão, apresentam um amplo espectro de comportamento clínico, representando cerca de 2% das neoplasias pulmonares. **Caso clínico:** Mulher de 76 anos, ex-tabagista (40 anos-maço), com diagnóstico de AR há 15 anos após quadro de poliartrite crônica associada a fator reumatóide (FR) fortemente positivo, apresentou-se com queixa de dispneia aos esforços (mMRC3) há 5 anos. Exame físico revelava raros grânulos e a prova de função pulmonar mostrou distúrbio ventilatório obstrutivo moderado e aprisionamento aéreo. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou espessamento de paredes brônquicas, múltiplos pequenos nódulos não calcificados menores que 1,0 cm disseminados por ambos os pulmões, mais numerosos nos campos médios e inferiores, atenuação em mosaico acometendo difusamente os pulmões, além de dois nódulos maiores na região basal pósteromedial do lobo inferior esquerdo, medindo até 1,5 cm, estáveis ao longo do acompanhamento clínico e radiológico. Após 5 anos do início do seguimento, foi identificado nódulo em mama esquerda cuja biópsia revelou carcinoma mamário

invasivo tipo não especificado (95%) e células claras (5%), grau histológico 3, grau 3 nuclear. Foi realizada biópsia transtorácica de um dos nódulos pulmonares durante estadiamento da neoplasia, cujo anatomopatológico revelou neoplasia neuroendócrina bem diferenciada com índice de proliferação (KI-67) menor que 1%. A paciente foi submetida a mastectomia radical unilateral esquerda com quimioterapia adjuvante e mantém seguimento ambulatorial e radiológico de alterações pulmonares até os dias atuais.

Discussão: Doença pulmonar intersticial, bronquiolite e nódulos reumatóides (NR) são alguns exemplos de formas de acometimento torácico da AR, sendo o tabagismo e a positividade para o FR conhecidos fatores de risco para seu desenvolvimento. A hiperplasia de células neuroendócrinas pulmonares difusas idiopáticas (DIPNECH) é caracterizada histologicamente por hiperplasia de células neuroendócrinas não invasivas originadas de células de Kulchitsky. Trata-se de uma condição rara, considerada integrante do espectro de alterações proliferativas neuroendócrinas pulmonares e pode apresentar-se em associação a tumorlets e/ou carcinóides pulmonares. O reconhecimento de nódulos pulmonares em pacientes com AR representa um desafio, sendo necessário o diagnóstico diferencial entre alterações benignas, como os NR, processos infecciosos e neoplásicos. Nosso caso ilustra um incomum achado de tumor carcinoide típico associado a DIPNECH em paciente portadora de AR.

AP237 RELATO DE CASO: AMILOIDOSE PULMONAR NODULAR SINTOMÁTICA

DANIELA CAVALET BLANCO; LIANA FERREIRA CORREA; LUCIANA ZANI DA SILVA; LAÍS BECHER MARTINS; CINDY JARA HERNANDEZ; ALICE MARTINS MACHADO; CANDIDA FRIEDRICH KRAEMER; GUSTAVO CHATKIN

HSL-PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Amiloidose; pneumopatia intersticial; dispneia

Introdução: A amiloidose é uma doença rara causada por depósito de proteínas autólogas nos tecidos, que provoca danos funcionais nos órgãos envolvidos. Há amplo espectro de apresentações clínicas, dependendo do órgão envolvido e da extensão da doença. A amiloidose pode se manifestar no parênquima pulmonar de três formas distintas: pulmonar nodular, alveolar-septal difusa e traqueobrônquica. A forma pulmonar nodular geralmente é achado incidental em exame de imagem, assintomática na maioria dos casos. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 51 anos, branca, casada, cuidadora de idosos, procedente de POA, internou para investigação de dispneia progressiva, hipoxemia e emagrecimento há um ano. Ex-tabagista (15 anos/maço) desde 2013, negava outras comorbidades. Referia fotossensibilidade em face. Ao exame físico, ausculta pulmonar tinha crepitações bibasais, baqueteamento digital e saturação de oxigênio de 68% em ar ambiente. Espirometria: VEF1 1.46l (57.8%), CVF 1.86l (60.8%), DLCO 49%. Tomografia de tórax: múltiplas opacidades nodulares de contornos espiculados com densidade de partes moles, calcificações de perimeio e espessamento de septos interlobulares associados a opacidades em vidro fosco difusas, predominando nos lobos inferiores. Realizou biópsia pulmonar: dois nódulos constituídos de infiltrado inflamatório linfoplasmocitário difuso, acúmulo de macrófagos intraalveolares, focos de depósito de substância amiloide e pesquisa de vermelho do congo positiva, confirmando o diagnóstico de amiloidose pulmonar. A paciente recebeu alta com uso de oxigênio domiciliar e realizou investigação para doenças do colágeno, especialmente lúpus eritematoso sistêmico (LES), que é uma das causas secundárias de amiloidose. Entretanto,

os únicos achados foram fator antinuclear positivo (1/640) e fotossensibilidade. Como a paciente seguia muito sintomática pela amiloidose, mesmo sem critérios completos para LES, foi iniciado tratamento com azatioprina 100mg/dia e prednisona 20mg/dia. Algumas semanas após, houve melhora parcial, mas importante e sustentada dos sintomas, especialmente a dispneia e a hipoxemia.

Discussão: O envolvimento pulmonar na amiloidose é relativamente comum, mas raramente é sintomático, como ocorreu no caso relatado. Na amiloidose pulmonar nodular, compatível com a do caso, habitualmente é observado um nódulo, e mais raramente observam-se vários nódulos, que tipicamente medem 0,4 a 5 cm. No entanto, massas maiores, medindo até 15 cm na maior dimensão, já foram relatados. Mesmo assintomática na maioria dos casos, a amiloidose deve ser considerada no diagnóstico diferencial das pneumopatias intersticiais fibrosantes. **Referências:** Milani P et al. Eur Respir Rev. 2017 Sep 6; 26 (145). Andras Khor et al. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 2017 Feb, 141 (2), 247-54.

AP238 PNEUMONIA INTERSTICIAL AGUDA: DIAGNÓSTICO DESAFIADOR

PRISCILA ABREU FRANCO; KEYDSON SOUSA SANTOS; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; ANDREYA PEREIRA FURRIEL; BRUNA CAVALCANTE TORRES; FERNANDA FERREIRA BIGELI; BRUNA MOREIRA LIMA ROCHA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Pneumonia intersticial aguda; pia; diagnóstico

Introdução: Pneumonia intersticial aguda (PIA) é uma doença intersticial, rapidamente progressiva (< 2 meses), não infecciosa, idiopática, que leva a dano alveolar difuso, proliferação fibroblástica e fibrose intersticial. Mais frequente em pessoas sem doença pulmonar prévia e de meia idade. Radiologicamente se manifesta com vidro fosco bilateral, bronquiectasias de tração, consolidações e, tardiamente, cistos. Seu diagnóstico é difícil e quando precoce altera mortalidade. **Relato de caso:** Feminino, 60 anos, branca, procedente de São Paulo, do lar, casada. Relata dispneia progressiva há 40 dias após episódio de IVAS. Nos últimos 10 dias apresentava dispneia mMRC 4, sem queixa de febre, tosse, expectoração ou emagrecimento. Associado, apresentou artralgia em articulações metacarpofalangianas, interfalangianas proximais, joelhos, punhos, tornozelos, de caráter simétrico e migratório. Devido à ausência de melhora, procurou a emergência. ISDA: Ortopneia (dorme com 2 travesseiros). Antecedentes: Ex-tabagista 1 m. a (cessou há 20 anos). Nega exposição ambiental (mofo, pássaros, pena), sinais de DRGE ou rinopatia. Nega contato com tuberculose pulmonar. Admissão: FC 116 bpm, PA 131x100mmHg, SpO2 75%aa, f 26 irpm. REG, LOTE, hidratada, normocorada, anictérica, afebril, taquidispneica. AR: MV reduzido difusamente, com estertores crepitantes finos difusos. Aparelho cardiovascular e abdome sem alterações significativas. Extremidades: cianose discreta, sem edema. TEC < 3 segundos. Neuro: força preservada, sem déficits focais. Articulações: sem sinais de artrite. Durante internação, realizados exames que descartaram hipótese de TEP. Imagem tomográfica evidenciou áreas de vidro fosco difusas, mais à esquerda, discreto espessamento de septos interlobulares, de aspecto retrátil à direita; cistos pulmonares esparsos. Gasometria arterial coletada em uso de cateter nasal de oxigênio 5L/min: pH: 7,46/ PCO2: 29,2/ PO2: 43,5/ Hco3: 20,8/ BE: -1,4/ SO2: 75,7%. Ecocardiograma normal. Optado por intubação orotraqueal e realização de broncoscopia. Lavado broncoalveolar mostrou 52% de neutrófilos, 24% de linfócitos, 3% de eosinófilos

e ausência de crescimento de bactérias, fungos, CMV. Biópsia transbrônquica com dano alveolar difuso na fase exsudativa. Iniciado suporte ventilatório e corticoterapia (1mg/kg/dia) com progressiva melhora clínica e laboratorial, até possibilidade de extubação. Provas reumatológicas negativas: FAN HEP-2, Anti-DNA nativo, anti-JO1, anticardiolipina IgG e IgM, Anti-SCL70, ANCA, anti-ENA (RNP, SM, Ro, La), Anti-PM/SCL. Complementos normais. Posteriormente, recebeu alta com seguimento ambulatorial e desmame progressivo da corticoterapia oral. **Discussão:** O achado radiológico de PIA pode ser confundido com a SDRA, sendo necessário excluir esta hipótese diagnóstica. O tratamento da PIA consiste em suporte ventilatório e corticoterapia (metilprednisolona 2-4 mg/kg). A mortalidade é alta (>50%) e o diagnóstico precoce parece melhorar o prognóstico.

AP239 ESCLERODERMIA E MICOBACTERIOSE ATÍPICA EM PACIENTE COM SILICOSE

MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA; JULIA ELISA SILVA NUNES PAIS; JÚLIA DE JESUS CAETANO; ALINE DE BASTOS FERREIRA; NATÁLIA ANDRADE MENDONÇA; DANIELE PINHEIRO DA SILVA; BRUNA FELÍCIO DE CARVALHO; GABRIEL PEREIRA GOMES
FACULDADE DE MEDICINA DA UFG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Silicose; esclerodermia; micobacterioses

Introdução: Em 1957, Erasmus relatou a relação entre silicose e esclerose sistêmica (Síndrome de Erasmus). Estudo de coorte de larga escala, conduzido na Suécia, Dinamarca e Alemanha calculou o risco relativo de expostos à sílica cristalina desenvolverem esclerose sistêmica de 15.49 (IC 95% 4.54–52.87) em relação a não expostos. A silicose também se associa à tuberculose (TB) e micobacteriose atípica. No Brasil, foi relatada prevalência de TB pulmonar de 52% em pacientes com silicose em sua forma de fibrose maciça progressiva. *Micobacterium kansasii* é a que mais acomete pacientes com exposição à sílica. O presente relato se refere a um paciente com silicose que desenvolveu, na evolução, esclerose sistêmica e micobacteriose atípica.

Relato do Caso: A. R., masculino, 53 anos, garimpeiro em garimpo de esmeralda durante dez anos, há 20 anos, em ambiente fechado com exposição intensa à sílica, sem uso de equipamento de proteção. Recebeu diagnóstico de silicose há 18 anos. Há oito anos iniciou quadro de tosse produtiva, perda de peso e acentuação da dispneia, sendo diagnosticado com TB pulmonar. Foi tratado por duas vezes devido à persistência de sintomas e baciloscopia positiva, sem sucesso. Após diversas culturas de escarro, não se detectou *Micobacterium tuberculosis* e sim *Micobacterium kansasii*, sendo tratado com êxito. Há três anos, apresentou sinais clínicos de esclerose sistêmica e autoanticorpos: FAN, anti-RO, anti-La e anti-Scl-70 positivos. A espirometria revela distúrbio ventilatório restritivo acentuado. No teste de caminhada, SpO₂ ao final do exercício de 88%. Ecocardiograma evidenciou PSVD de 51 mmHg. A tomografia computadorizada de alta resolução mostrou consolidações peribroncovasculares e nódulos calcificados formando massas com predomínio em campos superiores; esôfago e traqueia dilatados; linfonodos mediastinais calcificados, achados sugestivos de silicose complicada, maciça e progressiva. **Discussão:** O mecanismo da ocorrência da esclerose sistêmica, após exposição à sílica relaciona-se à estimulação da proliferação de macrófagos alveolares, causando liberação de citocinas, como a interleucina 1 profibrosante e fator de crescimento fibroblástico, o qual ativa fibroblastos e síntese de colágeno. Estudo in vitro demonstrou que a sílica ativa células endoteliais microvasculares e fibroblastos da pele de maneira similar aos fenômenos fisiopatológicos

da esclerose sistêmica. Estudo recente relatou que a sílica cristalina desencadeia reação que estimula a expressão gênica da matriz extracelular. A sílica modifica a resposta imune celular dos pulmões, prejudica o metabolismo e a função dos macrófagos pulmonares e, com exposição intensa, provoca a morte destas células, justificando o fato de que pacientes expostos à sílica apresentam maior incidência de infecções por micobactérias. A associação de silicose com micobacterioses e colagenoses deve ser considerada.

AP240 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR ASSOCIADA A EXPOSIÇÃO AMBIENTAL: RELATO DE CASO

PHILIPPE DE F. B. COLARES; TOMAS NERI BEDER; DANIEL BRUNO TAKIZAWA; FELIPE MARQUES DA COSTA; BRUNO GUEDES BALDI; RONALDO ADIB KAIRALLA; UBIRATAN DE PAULA SANTOS
DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Proteinose alveolar pulmonar; proteinose secundária; exposição ambiental

Introdução: A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença caracterizada pela desregulação entre produção e depuração de surfactante, resultando em acúmulo de material amorfo, lipoproteico, nos alvéolos, detectado pela coloração do ácido periódico de Schiff (PAS). É uma doença rara, com prevalência estimada em 0,37 casos/100.000, predomínio no sexo masculino, entre 20-40 anos. Pode ter origem primária, classificada em congênita, com surgimento no período neonatal, ou adquirida (autoimune), forma mais comum em adultos, ou secundária a uma doença subjacente ou a exposições ambientais. **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, 45 anos, não tabagista, previamente hígido, encaminhado para investigação de dispneia aos mínimos esforços, associada à tosse seca, iniciadas após inalação de grande quantidade de poeira inorgânica, durante reforma domiciliar, em que fez uso de serra para corte de alvenaria. Ao exame físico, saturação periférica de 94% em ar ambiente e ausculta normal. Tomografia computadorizada (TCAR) de tórax e função pulmonar evidenciaram, respectivamente, espessamento septal sobreposto a áreas em vidro-fosco, bilateral, caracterizando o padrão de pavimentação em mosaico, não homogêneo, e distúrbio ventilatório restritivo. Sorologias para hepatites B e C, HIV e auto-anticorpos negativos. Broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica evidenciaram aumento linfocítico (36%) e culturas negativas para fungos, bactérias e micobactérias. Anatomopatológico demonstrou parênquima com espaços alveolares preenchidos por material eosinofílico, amorfo e homogêneo, associado à hiperplasia de pneumócitos e espessamento septal. Houve confirmação de PAP pela coloração do ácido periódico de Schiff (PAS). Por apresentar melhora dos sintomas após cessação da exposição, optou-se por seguimento ambulatorial com realização de lavado broncopulmonar terapêutico se evolução desfavorável. **Discussão:** A PAP é uma doença em que há pouca inflamação pulmonar e a arquitetura pulmonar subjacente é preservada. Apresenta curso insidioso, com sintoma de dispneia e exame clínico pouco expressivo. O caso relatado apresenta uma PAP secundária, provavelmente desencadeada por exposição acentuada a poeiras inorgânicas (Sílica? Silicatos? Metais?), com padrão diferente do que se observa em silicoproteinose, tanto no aspecto radiológico, quanto, principalmente, na evolução clínica. O achado na TCAR-tórax mais característico de PAP é a presença de espessamento septal sobreposto a áreas em vidro-fosco, resultando no padrão

de pavimentação em mosaico, bilateral. O diagnóstico é baseado na presença de líquido de aspecto leitoso no lavado broncoalveolar e nos achados histopatológicos da biópsia pulmonar. A lavagem pulmonar total ainda é o tratamento de escolha, quando houver sintomas e hipoxemia. Outras opções promissoras incluem terapia com fator estimulador de colônia granulocítica-macrofágica (para a forma autoimune) e rituximabe.

AP241 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE EM PACIENTE COM GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL (GESF) COLAPSANTE – RELATO DE CASO

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO¹; THAÍS CABRAL DE MELO VIANA¹; KELWYA BRUNA VASCONCELOS FLORÊNCIO¹; CARLA ARAÚJO VIEIRA CAVALCANTI¹; JUSSARA EVELLIN ALVES DE ARRUDA AZEVEDO²; ALINE ALVES DE MORAES¹; ANDERSON DIAS DA COSTA¹; MARIA EDUARDA PIRES LINS E SILVA LIMA¹
1. SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE; 2. SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Lam; gesf colapsante; síndrome nefrótica
Introdução: A Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma afecção idiopática rara que cursa com proliferação anormal da musculatura lisa dos bronquíolos, arteríolas e vasos linfáticos do pulmão, atingindo principalmente mulheres no menacme. Ocorre esporadicamente por mutação genética ou associada à Esclerose Tuberosa. Além dos cistos pulmonares, observa-se alterações no sistema linfático e tumores renais. O quadro clínico cursa com dispneia progressiva, pneumotóraces espontâneos, tosse e angiomiolipoma renal. O acometimento do sistema linfático promove linfangiomas e quilotórax. Há pacientes que permanecem assintomáticos durante vários anos, enquanto outros apresentam piora rápida e progressiva. Cistos pulmonares característicos na TC, associados a pelo menos uma das seguintes manifestações: esclerose tuberosa, angiomiolipoma, linfangioleiomioma, quilotórax ou ascite quilosa levam ao diagnóstico de LAM. Caso o paciente não apresente os critérios citados, o diagnóstico pode ser feito com biópsia pulmonar. O tratamento é realizado com medidas sintomáticas ou de diminuição da progressão, sem tratamento curativo até o momento. **Caso:** M. P. A., feminino, 32 anos, iniciou quadro há 5 anos com síndrome nefrótica, cuja biópsia renal evidenciou GESF colapsante. Um mês após apresentou dispneia súbita e dor pleurítica apresentando três pneumotóraces espontâneos no período de 15 dias, realizando então pleurodese unilateral e biópsia pulmonar por videotoracoscopia, confirmando o diagnóstico de LAM. Possui TC de abdome total com angiomiolipoma renal e TC de tórax com formações císticas pulmonares difusas, algumas confluentes, chegando a 4,8 cm no LSD, com poucas áreas de parênquima normal e derrame pleural à direita. PFP evidencia distúrbio obstrutivo acentuado. Iniciado Sirolimus 2mg/dia. Havia contraindicação para transplante renal pelo risco pulmonar proibitivo, assim como contraindicação formal para transplante pulmonar pela insuficiência renal. Como paciente oligossintomática, apresentando dispneia leve, optado por postergar pleurodese à direita, permanecendo com derrame pleural sem repercussão. **Discussão:** Linfangioleiomiomatose é uma doença rara, de etiologia desconhecida, que afeta quase exclusivamente mulheres. Apesar da clínica e exames serem capazes de sugerir o diagnóstico, a doença é subdiagnosticada devido à latência clínica e à deficiência de marcadores específicos. O envolvimento renal em pacientes com LAM ainda é discutido e não há relato na literatura que comprove a relação entre LAM e a síndrome nefrótica, como no caso deste relato.

AP242 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE POR AVES: RELATO DE CASO

ISABELLA REIS MARIANO; BRUNA POLICENA OLIVEIRA; ANDRE GUIMARÃES DE PAULA; ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA; PEDRO HENRIQUE CAVALCANTI GARCIA DE CASTRO; ALEX BESSA; ROSELIANE DE SOUZA ARAÚJO; NICOLE SOARES DIAS MENDONÇA

PUC-GO, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Pneumonia de hipersensibilidade; pneumonia de hipersensibilidade por aves; doença intersticial

Introdução: A pneumonia de hipersensibilidade (PH) é uma doença pulmonar inflamatória e imunologicamente mediada, resultante da inalação aguda ou crônica de substâncias orgânicas que desencadeiam uma reação inflamatória pulmonar em indivíduos susceptíveis. A doença pode evoluir de forma progressiva e irreversível para fibrose pulmonar, potencialmente fatal. O tratamento mais eficaz é o precoce reconhecimento da doença e o controle da exposição a antígenos. Caso Paciente, 76 anos, ex-tabagista, com história de asma há 20 anos, apresentava dispneia progressiva aos esforços, tosse seca, fadiga e dor torácica do tipo pleurítica. A espirometria estava normal e relatava piora progressiva dos sintomas no último ano. Foi realizada a triagem para colagenoses, com todos os resultados negativos, assim como foi afastada a exposição ocupacional e a utilização de medicamentos que pudessem levar a toxicidade pulmonar. Foi identificada uma exposição crônica a aves domésticas (possuía em sua residência um papagaio e um passo preto). O exame tomográfico demonstrou uma pneumopatia intersticial fibrosante crônica em grau leve, de distribuição periférica e médio-apical, sem bronquielectasias, leve espessamento de septos interlobulares e intralobulares, com característica de vidro fosco. O diagnóstico de PH por contato com pássaros foi estabelecido pela história prévia de exposição a aves, achados clínicos e imagiológicos. O tratamento instituído foi a retirada do contato da paciente com o alérgeno (pássaros) e a utilização de corticoterapia oral/inalatória, que resultou em melhora clínica progressiva, assim como estabilidade dos parâmetros ventilatórios e radiológicos. **Discussão:** A PH engloba um grupo de doenças de acometimento intersticial pulmonar em resposta à exposição repetida e sensibilização a determinados antígenos. Estima-se que é responsável por 3-13% de todos os casos de doença pulmonar intersticial no Brasil. Muitos casos de PH podem ser induzidos por antígenos provenientes de aves, principalmente em pacientes com criação de aves ou que usam cobertores ou travesseiros de penas de aves. Clinicamente é classificada como aguda, subaguda e crônica. A forma crônica, que é o quadro do caso citado acima, possui um início gradual de dispneia, fadiga, tosse com expectoração, anorexia e perda de peso. Após reexposição ao antígeno, pode haver períodos de exacerbação dos sintomas clínicos, e tendem a piorar com o tempo. O diagnóstico da PH na sua fase crônica é difícil, uma vez que a apresentação clínica e radiológica é semelhante à de outras doenças pulmonares crônicas intersticiais. Porém, a doença na sua fase inicial pode apresentar características tomográficas distintas de outras doenças, como as opacidades em vidro fosco, micronódulos, aprisionamento de ar e distribuição peribronquial das lesões. E quanto ao tratamento, a principal medida é afastar os fatores causais, sendo que a utilização de terapia com corticoides permanece discutível na literatura.

AP243 SARCOIDOSE PULMONAR EM USUÁRIO DE CANNABIS

ADRIAN FROZI FILHO; MARCELO BASSO GAZZANA; GABRIELA MARCOLIN; THAISSA ANTUNES MATTAR VALENTE

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE POA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Sarcoidose; cannabis; granulomas pulmonares

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. Geralmente afeta adultos jovens e se apresenta com adenopatia hilar bilateral, opacidades reticulares pulmonares, lesões na pele, articulações e/ou olhos. **Relato de caso:** Paciente masculino, 33 anos, consultor de vendas de material de esterilização, apresentou alterações na radiografia de tórax solicitado em avaliação pré-operatória para correção de hérnia epigástrica. Paciente sem queixas respiratórias, tabagista ativo desde os 23 anos, média de 8 cigarros/dia, índice tabágico de 4 maços ano, uso diário de maconha, pelo menos um cigarro/dia, e eventual de cocaína. Rx de tórax evidenciou consolidações, opacidades imprecisas e bronquectasias com estrias e nódulos nos lobos pulmonares superiores. A TC de tórax identificou múltiplos nódulos e micronódulos perilinfáticos distribuídos nos lobos superiores e regiões hilares bilaterais, destacando-se a formação de massas peri-hilares. Observou-se também múltiplas linfonodomegalias em ambas as cadeias hilares e na cadeia subcarinal, muitas das quais apresentando calcificações de permeio, a maior medindo cerca de 2,5 cm na cadeia hilar à esquerda. Prosseguiu investigação com broncoscopia flexível revelando infiltrado de aspecto finamente nodular difuso da mucosa e obstrução da luz do lobo médio. Realizado lavado broncoalveolar em lobo médio, cujo com citológico diferencial com ausência de eosinófilos, sem outras alterações relevantes e citopatológico negativo para células malignas. O exame bacteriológico não evidenciou crescimento de bactérias. A pesquisa de micobactérias foi negativa, PCR DNA-MTB não detectado, cultura de micobactérias sem crescimento. Pesquisa direta e cultura fungos também foram negativas. Realizado biópsia brônquica na emergência de lobo médio evidenciando mucosa respiratória com metaplasia escamosa. Optado em repetir broncoscopia três meses após que revelou processo inflamatório em toda árvore brônquica, obstrução do lobo médio e discreto infiltrado nodular do árvore brônquica esquerda. Realizado novo lavado broncoalveolar em segmento posterior do LSD com relação CD4/CD8 de 0,45, biópsia transbrônquica em lobo superior do pulmão direito LSD evidenciando mucosa do trato respiratório, e biópsia brônquica de carena lobar superior direita com granuloma de padrão sarcoide em mucosa de tipo respiratório. **Discussão:** Apesar de um extenso esforço de pesquisa, a etiologia exata e a patogênese da sarcoidose permanecem desconhecidas. Existem várias causas de sarcoidose e diferentes padrões da doença relacionadas, em parte, a diferentes causas subjacentes. Os canabinóides também induzem doenças alérgicas, como asma, enfraquecem o sistema imunológico, resultando em inflamação pulmonar. Dessa forma, levantamos a possibilidade do uso de cannabis como possível fator desencadeante de uma reação sarcoide no caso relatado.

AP244 RELATO DE CASO DE PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO COM NÓDULOS PULMONARES ESCAVADOS BRUNA CAVALCANTE TORRES; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR; MIRIAM GIORGETTI; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; PRISCILA ABREU FRANCO; BRUNA MOREIRA LIMA ROCHA; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Pneumonia em organização; nodulos; cavitados

A bronquiolite obliterante com pneumonia em organização

(BOOP) é um dos padrões de resposta histológica do pulmão a uma variedade de injúrias que afetam as pequenas vias aéreas e as estruturas alveolares. A forma idiopática ocorre na maioria dos casos, podendo também ser manifestação de colagenoses ou outras doenças. Os pacientes com esta doença se apresentam frequentemente com tosse seca e dispnéia. O achado radiológico mais frequente é a presença de opacificações alveolares bilaterais. Apresentações incomuns são a opacificação unilateral, derrame pleural, escavações ou nódulos. Este relato visa apresentar caso de BOOP com padrão nodular escavado. Microempresário, 45 anos, natural de Valença-RJ, procedente de São Paulo há 38 anos, procurou atendimento médico queixando-se de tosse seca há 03 meses associada com dor torácica ventilatório-dependente e hipertemia diária no último mês. Neste período fez uso de amoxicilina por 07 dias, seguido de levofloxacina por mais 14 dias e 07 dias de prednisona 20mg/dia; prescritos em serviço de pronto atendimento. Apresentou melhora parcial do quadro. Em sua história pregressa negou comorbidades, uso de medicações. Ex-tabagismo há 15 anos, carga tabágica 2 anos/maço. No exame físico admissível estava em bom estado geral, eufônico; na ausculta pulmonar, murmúrios vesiculares diminuídos em base hemitorax direito, sem outras anormalidades, saturação periférica de oxigênio 96% em ar ambiente. A radiografia de tórax evidenciava imagens nodulares bilaterais. A tomografia computadorizada de tórax, nódulos escavados com realce periférico bilateral múltiplos. Exames de hemograma e bioquímica estavam normais. Perfil reumatológico negativo. Foi submetido à biópsia transtorácica guiada por ultrassonografia, com achados de BOOP, porém tamanho da amostra não foi suficiente para afastar doença fúngica. Prosseguiu investigação com biópsia cirúrgica, confirmando BOOP, pelos achados, infiltrado linfocitário, além de fibrose em pequenas vias aéreas em exame histopatológico. A espirometria compatível com distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta ao broncodilatador inalado. Foi estabelecido o diagnóstico de BOOP, instituída corticoterapia sistêmica e acompanhamento ambulatorial. Após quatro meses, paciente encontra-se bem e com resolução tomográfica. A BOOP é uma síndrome clínico-patológica que pode ter apresentações radiológicas variadas. A falta de especificidade em seus achados clínicos e radiológicos dificulta seu diagnóstico, portanto biópsia pulmonar é necessária. Caracteriza-se por fibrose bronquiolar e peribronquiolar com proliferação intraluminal de tecido conjuntivo até alvéolos, levando limitação ao fluxo aéreo. Seu reconhecimento precoce é importante devido ao bom prognóstico quando tratado corretamente. Há raros casos na literatura semelhantes a este. Objetivo deste relato, portanto, é aventar BOOP como diagnóstico diferencial em casos de nódulos pulmonares.

AP245 ASPECTO RADIOLÓGICO TORÁCICO DE CAVIDADES MÚLTIPLAS EM PACIENTE COM PARACOCIDIODOMICÓSE PULMONAR E ARTRITE REUMATOIDE

MARIA AUXILIADORA CARMO MOREIRA; DANIELE PINHEIRO DA SILVA; GABRIEL PEREIRA GOMES; ALINE DE BASTOS FERREIRA; JULIA ELISA SILVA NUNES PAIS; JÚLIA DE JESUS CAETANO; NATÁLIA ANDRADE MENDONÇA; BRUNA FELÍCIO DE CARVALHO FACULDADE DE MEDICINA DA UFG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose; artrite reumatoide; radiologia

Introdução: A paracoccidioidomicose (PCM) apresenta-se classicamente como infiltrado reticulonodular bilateral em campos médios com aspecto em “asa de borboleta”.

Na literatura, imagens cavitárias são descritas em 17 a 36,7% dos casos. Esta apresentação radiológica suscita diagnóstico diferencial com neoplasias e doenças inflamatórias não infecciosas. No presente caso a suspeita inicial foi de angíte granulomatosa o que motivou, inclusive, uma biópsia pulmonar. A presença de doença autoimune traz peculiaridades ao caso. **Relato do Caso:** O. A. C., masculino, 48 anos, ex-tabagista, marceneiro há 15 anos e com relato de viagens frequentes à zona rural. Encaminhado para esclarecimento diagnóstico com queixa de dispnéia progressiva há 7 meses, tosse com escarros hemoptóicos e febre não aferida. Apresentava “reumatismo” há 2 anos sem causa definida. Relatava cirurgia para biópsia pulmonar há 3 meses. Ao exame físico: ausência de lesões cutâneo-mucosas e de adenomegalias; ausculta pulmonar com raros sibilos e estertores finos esparsos. Dedos das mãos com deformidades em “cabeça de cisne”. Tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) de tórax revelou inúmeras cavitações pulmonares de paredes espessas, as maiores de cerca de 4,0 x 3,5 cm e nodulações difusas bilaterais. A pesquisa de Anca C foi negativa. A revisão do material da biópsia mostrou presença de estruturas leveduriformes com brotamentos, compatível com *Paracoccidioides brasiliensis*. A reação de imunofluorescência indireta para PCM foi positiva, com título inicial 1/160 e oscilações durante o tratamento, negatizando após 2 anos. O paciente foi tratado com sulfametoxazol+trimetopim, com boa evolução clínica e radiológica. Avaliação reumatológica revelou artrite reumatoide (AR). **Discussão:** As cavitações pulmonares presentes na PCM não são infrequentes, todavia, suscitam diagnóstico diferencial com linfomas, tumores genitourinários e de cabeça e pescoço. Ocorrem, também, na sarcoidose, na angíte granulomatosa, na tuberculose, pneumonia estafilocócica e micoses pulmonares. As cavitações na PCM correspondem a áreas de destruição pulmonar por processo exsudativo e purulento. Antes do diagnóstico de PCM, o paciente apresentava AR, que se associa à imunodeficiência adquirida, com possibilidade de infecções mais frequentes e de resolução mais difícil. Neste caso, um tratamento do quadro articular com corticosteroides, levando ao desenvolvimento da doença, não pode ser descartado. O fungo pode ter um período de latência e, na vigência de imunodeficiência, haver desenvolvimento da doença. Por este motivo, casos como o relatado exigem acompanhamento prolongado, clínico e sorológico, mesmo após sorologia negativa. Por outro lado, estudos sugerem que mecanismos genéticos e epigenéticos podem levar à quebra do equilíbrio entre o sistema imune e o microrganismo, interferindo no desenvolvimento e na evolução clínica da artrite reumatoide.

AP246 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA X FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

GILMAR ALVES ZONZIN; LEONARDO COUTINHO CERQUEIRA; LEYDSON AUGUSTO FERNANDES DA SILVA; MARIA CLARA RIBEIRO DE OLIVEIRA CORTES; CRISTINA RIBEIRO DIAS BARROSO; MARIANE PAIVA RANGEL; ROSEMARY REZENDE; LÍVIA CORTIZO REIS
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ.

Palavras-chave: Pneumonia; hipersensibilidade; fibrosante
A pneumonia de hipersensibilidade (PH) é resultante da exposição a antígenos ambientais que desencadeiam reações inflamatórias em alvéolos, bronquíolos terminais e interstício pulmonar. É subdiagnosticada e confundida com doenças como a fibrose pulmonar idiopática (FPI). R. R. F, 73 anos, masculino, trabalhador rural, há um ano, procurou emergência com dispnéia, febre de 38,7 °C e tosse. Realizou

RX de tórax, diagnosticado com pneumonia, internado, recebeu antibiótico, melhorou parcialmente e teve alta. Após 8 meses persistiam dispnéia, tosse e apresentava perda ponderal. Procurou pneumologista, fez tomografia computadorizada (TC) de tórax, espirometria (padrão restritivo acentuado, curvas fora dos critérios de aceitação), diagnosticado com FPI, tratado com broncodilatador e corticoide inalatórios e prednisona (10 mg/dia). Após 4 meses, sem melhora, foi a outro pneumologista com dispnéia (mMRC 4), necessitando de auxílio ao subir escadas, tosse intensa com escarro mucoide, sem baqueteamento digital ou lesões cutâneas, ausculta pulmonar com estertores tipo “velcro” nos 2/3 inferiores de ambos hemitórax, SAO₂ de 95 e frequência cardíaca 88 bpm. TC de tórax apresentava lesões predominantes em terços médio-inferiores, periféricas sugestiva de fibrose, importante vidro fosco, alguns nódulos centro lobulares e áreas de aprisionamento aéreo. Negava tabagismo, exposição ambiental a mofo e partículas minerais. Sem sintomas osteoarticulares, de refluxo gastroesofágico, hemoptise ou febre. Informou criar pássaros. Solicitada nova TC de tórax, exames laboratoriais (doenças autoimunes, fungos, etc). TC exibiu extensas opacidades em vidro fosco dispersas por ambos pulmões, periféricas, junto a espessamento septal e áreas de faveolamento nos segmentos médio-inferiores e bronquiectasias de tração. Avaliação funcional com restrição (CVF pós broncodilatador de 68%) e capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) de 30% do predito. Os dados foram consistentes com PH crônica fibrosante e dispensado biópsia cirúrgica. Os pássaros foram removidos, o ambiente limpo, o paciente imunizado para pneumococo e influenza, recebeu corticoide na dose inicial de 40 mg/dia com decréscimo posterior. Após 90 dias das condutas, evoluiu bem realizando atividades sem auxílio além de “ter de volta vontade de viver”. Ganhou 5 kg de massa muscular. Reavaliação 4 meses após exibiu CVF normal (83% do predito pós BD) e sutil elevação da DLCO (32% do predito). Paciente atualmente com 10 mg/dia de prednisona. PH é uma condição importante no Brasil por conta dos hábitos e características próprias de nossa população. Deve ser pensada frente ao acometimento difuso do parênquima pulmonar na presença de algumas exposições ambientais. Apesar do diagnóstico de certeza estar na análise histológica, características imagiológicas e história clínica podem levar a essa **Conclusão:** com considerável certeza, permitindo condução segura e precoce dos pacientes com potencial preservação da função pulmonar.

AP247 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR FIBROSANTE E SINTOMAS MUSCULARES – PAPEL DA REUMATOLOGIA NAS DOENÇAS FIBROSANTES PULMONARES

GILMAR ALVES ZONZIN; LEONARDO COUTINHO CERQUEIRA; LEYDSON AUGUSTO FERNANDES DA SILVA; CAMILA BOECHAT CAVALCANTE DE MEDEIROS; PATRÍCIA BARBOSA DA ROCHA; BRUNA GRAZIEL MACHADO; ROSEMARY REZENDE; EDUARDO VILLAR GUIMARÃES

ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ.

Palavras-chave: Pneumonia; hipersensibilidade; fibrose
Pneumonia de hipersensibilidade (PH) é uma doença imunológica pulmonar induzida pela inalação de antígenos que podem ser fungos, bactérias, protozoários, proteínas animais (de pássaros, predominantemente) ou compostos químicos de baixo peso molecular. A susceptibilidade genética pode explicar porque alguns indivíduos desenvolvem a doença e outros não. O espectro das apresentações clínicas varia e tem sido classificado em agudo, subagudo e crônico e seu diagnóstico, naturalmente

complexo, pode ser adicionalmente dificultado pelo esquecimento dos pacientes e sintomas confundidores. M. J. E. B., 79 anos, feminino, residente em Volta Redonda-RJ. Procurou o serviço com quadro de dispneia aos mínimos esforços (grau 3 mMRC) a esclarecer, tosse seca e mialgia difusa. Quadro progressivo intensificado nos últimos 03 meses. Havia recebido diagnóstico de asma e fibromialgia. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes bibasais em velcro, semedema periférico, turgor jugular ou baquetamento digital. Nunca fumou. Sem alterações ósteo-articulares e queixas compatíveis com refluxo gastroesofágico. Trazia tomografia computadorizada de tórax (TCT) com alterações intersticiais fibróticas predominando nas bases e regiões posteriores e algumas áreas de aprisionamento aéreo difusas. Espirometria com distúrbio restritivo de leve intensidade (valores percentuais pós bd: CVF76 /VEF186), redução da DLCO(57%). SAO2 de 92%. Solicitados exames laboratoriais, sobretudo para doenças difusas do tecido conjuntivo e radiografia das mãos. Solicitamos avaliação da reumatologia. Todos os marcadores reumatológicos estavam negativos, radiografia de mãos normal e parecer de dois reumatologistas descartando DDTC. Repetindo perguntas sobre exposição ambiental, a paciente agora relatou contato com aves e mofo ao longo da vida. Consideramos no contexto tratar-se de pneumonite de hipersensibilidade crônica fibrosante. Solicitamos nova TCT em outro serviço que exibiu justaposição de três padrões de densidade, com áreas de atenuação em vidro fosco, zonas de aprisionamento aéreo e locais de parênquima preservado constituindo "Leadcheese Sign", o compatível com as diferentes fases de evolução da PH. Em consenso com família não foi indicada biópsia cirúrgica baseando a opção terapêutica nas evidências clínicas, laboratoriais e tomográficas. Iniciou corticoterapia sistêmica com dose plena com esquema de retirada gradual. Após três meses paciente apresentou melhora significativa da condição clínica e exames de controle evidenciaram uma melhora na função respiratória. Paciente segue em ajuste de dose de corticoterapia e avaliação para Introdução de terapia com micofenolato ou outro poupador de corticoide caso necessário. As manifestações da PH em pacientes com múltiplas manifestações clínicas podem levar a dificuldades adicionais no diagnóstico e o processo de avaliação multiprofissional com exclusão de outras doenças, principalmente reumatológicas, neste caso, se faz imprescindível.

AP248 PNEUMONIA ORGANIZANTE EM DOENÇA DE CROHN E ESPONDILITE ANQUILOSANTE EM USO DE ADALIMUMABE: REAÇÃO AO ANTI-TNF OU MANIFESTAÇÃO PULMONAR DA DOENÇA DE CROHN

THAIS RIBEIRO DIAS¹; THAIS CAMPANARO DA SILVA¹; MATEUS HENRIQUE SCHNEIDER¹; TIAGO KRIEGER BENTO MARTINS²; BIANCA FURIAN²; MARCELO BELLON DOS SANTOS²; PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA²

1. UFCSA, PORTO ALEGRE, RS; 2. PAVILHÃO PEREIRA FILHO
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Pneumonia organizante; toxicidade por drogas; doença de crohn

Introdução: Pneumonia Organizante (PO) é um padrão histológico encontrado em várias situações, como pneumonias em resolução, doenças do tecido conjuntivo e toxicidade por drogas. A radiografia mostra consolidações, em geral bilaterais. Especialmente nas doenças do tecido conjuntivo, em que várias medicações têm potencial toxicidade pulmonar, o achado de PO pode ser secundário à doença de base ou ao uso dessas drogas. **Relato de caso:** Homem, 66 anos, sem exposição ocupacional,

ex-tabagista (18 anos/maço) em abstinência há 24 anos. Queixava de quadro gripal após viagem à Colômbia, com tosse produtiva persistente por 40 dias e piora em decúbito lateral direito. História de espondilite anquilosante há 20 anos, em uso de adalimumabe há 5. Teve diagnóstico de Doença de Crohn (DC) por biópsia intestinal há 4 anos, após 3 episódios de uveíte. Faz uso, também, de esomeprazol, domperidona, losartana, hidroclorotiazida e doxasozina. Ao exame físico, eupneico, saturando 98% em ar ambiente. Ausculta pulmonar e demais aspectos do exame físico sem particularidades. Espirometria sem anormalidades significativas. Raio-x de tórax com consolidação à direita e tomografia de tórax com importante infiltração do interstício pulmonar à direita, de predomínio nos lobos médio e superior, caracterizada por espessamento de septos interlobulares, infiltração peribronquica e opacidades com atenuação em vidro fosco. Opacidade de aspecto consolidativo e irregular peribronquico no segmento superior do lobo inferior direito acompanhado de espessamento septal circunjacente, bem como em grau menor na pirâmide basal homolateral. Leve infiltração do interstício pulmonar periférico comprometendo o lobo superior esquerdo, particularmente na língua com espessamento septal predominantemente subpleural. A pesquisa de auto-anticorpos marcadores de doenças do tecido conjuntivo foi negativa. Realizou fibrobroncoscopia com lavado broncoalveolar (LBA) e biópsia transbrônquica que revelou PO. Pesquisa de patógenos no LBA foi negativa. Suspensão do adalimumabe e iniciado prednisona 60 mg/dia. Tomografia de controle com claros sinais de melhora. **Discussão:** A DC pode apresentar formas de acometimento extra-intestinal tais como artrite de grandes articulações (20% dos casos), uveíte (5%) e comprometimento pulmonar (0,4%). A expressão no parênquima pulmonar da DC é compatível com PO, porém os fármacos utilizados para tratar, inclusive os anti-TNFs, têm potencial de toxicidade pulmonar descrito, sendo importante diferenciar a etiologia da alteração histológica. As manifestações clínicas, radiológicas e anatomopatológicas da doença pulmonar na DC, por serem raras, não estão bem caracterizadas. Tendo em vista que os marcadores de atividade da doença encontravam-se dentro da normalidade e o comprometimento pulmonar ser raro, o achado foi considerado secundário ao uso do adalimumabe, tendo redução considerável das lesões após a terapêutica, permanecendo apenas algumas áreas fibróticas.

AP249 USO DE NINTEDANIBE NA PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL SEGUIDA DE MIOSITE – CAUSA OU EFETO?

SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; ISABELA MAGGIONI HOLZ; BIANCA FIDELIX ESPINDOLA; WERLEY DE ALMEIDA JANUZZI; NAFICE COSTA ARAÚJO; MARIANA SILVA LIMA; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES IAMSPE, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Pneumonia intersticial usual; nintedanibe; mioosite

Introdução: A pneumonia intersticial usual (PIU) é o substrato anatomopatológico da fibrose pulmonar idiopática (FPI), podendo ser decorrente também de exposição ambiental ou de alguma doença autoimune, principalmente artrite reumatoide. DPI pode ser a 1ª manifestação das miosites autoimunes. Recentemente, o nintedanibe (NTD), inibidor das tirosinoquinases, mostrou-se efetivo em retardar a progressão da FPI e reduzir as taxas de exacerbações. Seus principais efeitos colaterais são diarreia, náuseas e vômitos; não há registros de lesão muscular. Relatamos um caso de um paciente com PIU que, após o uso do NTD, evoluiu com quadro de fraqueza generalizada com biópsia

muscular compatível com polimiosite. **Relato do Caso:** Sexo feminino, 72 anos, procurou atendimento em abril de 2015 com queixa de dispneia, tosse e fadiga havia 3 anos. Referia também boca seca e dificuldade para subir escadas. Na função pulmonar: CV = 71% e DCO = 61%; sorologias para doenças do tecido conjuntivo (DTC) normais. Após análise da TCAR do tórax recebeu diagnóstico de FPI, iniciando-se NTD (150 mg 2x/dia) em agosto/2016. Evoluiu com piora da fadiga, sendo a dose do NTD reduzida para 150 mg/dia. Chamava a atenção o fato de o paciente referir melhora da fadiga durante um curso de corticoide oral. Em maio/2017, ele foi internado por piora acentuada da fadiga, redução da força muscular (FM) nos membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII), dor nos MMII, cervicalgia e dificuldade para deambulação. Referia febre, calafrios, Δ peso, incontinência urinária e constipação intestinal. O NTD foi descontinuado. Ao exame físico: estertores finos na ausculta pulmonar, baqueteamento digital, SpO₂ = 92%; FM grau III proximal e V distal em MMSS e grau III proximal e V distal em MMII, atrofia muscular predominantemente proximal, reflexos hipotativos assimétricos (D < E). Marcadores tumorais e para DTC normais; VHS = 105, mioglobina = 38,9 e CPK = 26. TC do crânio e RNM do neuroeixo: sem alterações; enmg: padrão neuropático; biópsia de músculo braquial E compatível com miosite. Após prednisona 60mg, paciente evoluiu com melhora significativa da FM; recebeu alta deambulando com apoio. Em agosto/2017, foi a óbito por insuficiência respiratória aguda devido à exacerbação da fibrose pulmonar. **Discussão:** Seria a polimiosite, neste relato, a causa da DPI ou poderia ela ser secundária ao uso do NTD eis a questão. DPI pode anteceder, ocorrer concomitante ou suceder às miosites autoimunes. O padrão mais comum é a associação de pneumonia intersticial não específica e pneumonia em organização. Em um estudo de biópsia, PIU ocorreu em 30% dos casos. Desde o início, a fadiga, em nosso caso, foi um sintoma marcante, no entanto, somente após o uso do NTD, a fraqueza muscular tornou-se exuberante, e o diagnóstico da miosite foi feito. A exacerbação é uma complicação da PIU, e a descontinuação do NTD pode ter precipitado este evento catastrófico.

AP250 EXACERBAÇÃO DE DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COM BIÓPSIA CIRÚRGICA SUGESTIVA DE AUTOIMUNIDADE

SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; ISABELA MAGGIONI HOLZ; BIANCA FIDELIX ESPINDULA; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; HUGO PAGAN CILOTTI; MARIANA SILVA LIMA; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA IAMSPE, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Doença pulmonar intersticial; auto imunidade; polimiosite

Introdução: Em 2015, uma força tarefa da ATS/ERS estabeleceu que a presença de pelo menos 1 critério em pelo menos 2 domínios clínico, sorológico e/ou morfológico define as pneumonias intersticiais com achados autoimunes (PIAAI). Relatamos um caso de exacerbação como 1ª manifestação de doença pulmonar intersticial (DPI), onde os achados da biópsia pulmonar foram sugestivos de doença do tecido conjuntivo (DTC), apesar da ausência de critérios clínicos e sorológicos. **Relato do Caso:** Sexo feminino, 54 anos, previamente hígida, após viagem para interior de SP, apresentou quadro de dispneia, tosse seca e dor torácica, sendo internada em UTI por insuficiência respiratória aguda com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. TCAR do tórax com opacidades em vidro fosco + consolidações difusas. Biópsia pulmonar sugestiva de lesão aguda/subaguda em organização associada a padrão de PINE/PO (pneumonia intersticial não específica/

pneumonia em organização), esclerose vascular e pleurite fibrinosa. Usou antimicrobianos e solumedrol, com melhora clínica e tomográfica. Encaminhada para ambulatório de DPI do HSPE-SP, estável, Mahler = 11, em uso de prednisona e azatioprina, esta última prescrita por reumatologista. Exposição a pássaros e mofo, sem estigmas de DTC. Ausculta cardíaca e pulmonar normais; sem lesões de pele ou osteoarticulares. Sorologias para DTC negativas; enzimas musculares normais. PFP com DVR leve e DCO acentuadamente reduzida. **Discussão:** Apesar deste caso não preencher todos os critérios de PIAAI, a combinação de PINE/PO com envolvimento multicompartmental na biópsia pulmonar e a resposta favorável à terapia imunossupressora são altamente sugestivas de um mecanismo autoimune, provavelmente uma miopatia inflamatória, como causa da DPI. Outros anticorpos antissintetase além do anti-JO1 (anti-PL7, anti-PL12, anti-EJ, anti-OJ) estão associados com o desenvolvimento de DPI, porém, no Brasil, a disponibilidade e preço dificultam suas análises na rotina.

AP251 INDICAÇÃO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI) DOMICILIAR EM DOENÇAS NEUROMUSCULARES

LORINE UCHÔA INÁCIO MATOS¹; RILMAR JOSÉ GOMES FILHO²; LEONARDO VELI CUNHA²; RODRIGO CARVALHO DE RESENDE²; LAYS BERNARDES MINASI³; FABRINA DE OLIVEIRA SILVA CUPERTINO BARROS¹; IGOR CAMARGOS DA MOTA³; MARCELO FOUAD RABAH¹

1. CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO, GOIANIA, GO; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO; 3. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO.

Palavras-chave: Doenças neuromusculares; ventilação não invasiva; hipoxemia noturna

Introdução: As doenças neuromusculares (DNM) representam um grupo heterogêneo de distúrbios neurológicos com envolvimento muscular, neural ou da junção mioneural. A musculatura respiratória frequentemente encontra-se acometida. Os primeiros sintomas da hipercapnia persistente incluem pesadelos, cefaleia matinal, sonolência excessiva diurna, fadiga, dispnéia aos esforços, ortopnéia e padrões de respiração paradoxais. Além disso, o estado da ventilação piora durante o sono devido à diminuição da função do centro respiratório e relaxamento muscular. Suporte ventilatório adequado e precoce através da VNI, pode reduzir a morbidade e mortalidade respiratória.

Objetivo: Descrever as principais patologias e critérios utilizados para indicação de VNI dos pacientes admitidos no programa de ventilação não invasiva domiciliar no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), entre Abril de 2011 e Março de 2018. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, observacional e retrospectivo, realizado através de revisão de prontuários de 386 pacientes com diagnóstico de doença neuromuscular e com critérios para utilização de ventilação domiciliar. Entre Abril de 2011 e Março de 2018, 386 pacientes foram beneficiados com a dispensação do suporte ventilatório domiciliar no CRER, hospital público vinculado SES-GO (programa Acreditar), na cidade de Goiânia (GO). 203 pacientes foram excluídos da análise por não estarem ativos no programa (devolução do bilevel, não aceitação do tratamento e óbitos), no momento da coleta de dados. **Resultados:** Foram incluídos 183 pacientes, 122 (66,7%) homens. Na faixa etária de até 12 anos: 20 (10,9%), entre 12 e 18 anos: 17 (9,3%) e acima de 18 anos: 146 pacientes (79,8%). Os diagnósticos das DNM foram: atrofia muscular espinhal (13,1%), esclerose lateral amiotrófica (39,9%), miastenia gravis (2,2%), transtornos miotônicos (4,4%), miopatias congênitas (3,3%), miopatia mitocondrial (3,8%) e distrofias musculares, incluindo Duchenne, cinturas, fâscio-escápulo-umeral e

Becker (29%), neuropatia hereditária (1,6%) e síndrome pós poliomielite (2,7%). As principais características observadas para indicação de ventilação não invasiva domiciliar foram sinais e/ou sintomas de hipoventilação alveolar (97,8%) e hipoxemia noturna (72,7%). Em relação a capacidade vital forçada (CVF): em 55 pacientes (30,1%) estava abaixo de 50% do previsto, em 76 (41,5%) acima de 50% e em 52 (28,4%) dos casos não foi possível sua realização. Redução do pico de fluxo da tosse foi observada em 60,1% dos pacientes analisados. **Conclusões:** O Programa Acreditar disponibiliza o acesso através do SUS para o tratamento domiciliar de 183 pacientes com várias causas de DNM (39,9% com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica e 29% com distrofias musculares), na grande maioria adultos e as principais indicações foram sinais ou sintomas de hipoventilação alveolar e a hipoxemia noturna.

AP252 PERFIL DO PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DA APNEIA-HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO INSCRITO NO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR DE SANTA CATARINA

LUÍSA GRECO FRAGA SANTOS; LUCAS CARDOSO PACHECO; GUILHERME PAES RAMOS; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; CAMILO FERNANDES; DANIEL YARED FORTE; ISRAEL SILVA MAIA UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Apneia; cpap; sono

Introdução: A Síndrome da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é definida por episódios recorrentes de obstrução das vias aéreas superiores durante o sono, estando diretamente relacionada a doenças cardiovasculares. Dessa forma, seu tratamento é essencial para diminuir o risco dessas comorbidades, melhorar a qualidade do sono e os sintomas diurnos. O CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) é o tratamento padrão, porém seu custo é alto, o que limita o acesso de boa parte da população. **Objetivos:** Estabelecer o perfil epidemiológico e principais fatores de risco dos pacientes portadores de SAHOS inscritos no Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) nos anos de 2009, 2010 e 2016. **Métodos:** Estudo transversal com os pacientes portadores de SAHOS atualmente ativos no SES/SC para fornecimento de CPAP e que ingressaram nos anos de 2009, 2010 e 2016. Analisou-se a idade, sexo, município de residência, índice de massa corporal (IMC), tabagismo, comorbidades associadas, Índice de Apneia e Hipopneia (IAH), pressão do CPAP (PAP) e índice de adesão. Além disso, avaliou-se a associação entre idade, sexo e IMC com os desfechos IAH e PAP. Os resultados foram apresentados em números absolutos e percentual, média e desvio-padrão para as variáveis de distribuição normal e mediana e intervalo interquartil para aquelas não normais. Para avaliar a associação entre os desfechos contínuos e variáveis explanatórias contínuas e dicotômicas realizou-se regressão linear simples e múltipla com o programa estatístico Stata 15.0. Considerou-se $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** Avaliou-se 110 pacientes que ingressaram no SES/SC (22 em 2009, 28 em 2010 e 60 em 2016). Desses, 106 pacientes tinham dados do IAH da polissonografia de base, 38 do IMC e 15 da adesão ao CPAP. A média de idade foi de 58,2 ± 12,4 anos com 75,4% do sexo masculino. A média de IMC foi de 32,8 ± 5,0 kg/m² e IAH de 57,7 ± 23,6 apneias e hiponeias por hora. Na regressão linear evidenciou-se uma diminuição do IAH de 0,61 a cada ano de acréscimo de idade. Em relação ao sexo houve uma diferença do IAH de 10,5 a mais nos homens com relação às mulheres e um aumento de 2,23 a cada aumento de 1kg/m² no IMC. Quando feito o ajuste entre as variáveis na análise multivariada, apenas o IMC continuou

significativo. Com relação à PAP, houve diminuição de 0,04 a cada ano de acréscimo de idade e um aumento de 0,04 na PAP para cada unidade de aumento do IAH. A associação entre PAP e sexo masculino não foi estatisticamente significativa. No modelo de multivariada apenas a associação com o IMC permaneceu significativa. **Conclusões:** A população beneficiada pelo programa se constitui de pacientes com SAHOS grave, média idade, predomínio do sexo masculino e obesos. O IMC foi o principal fator de risco relacionado à gravidade da apneia e à pressão titulada para o CPAP após ajuste para sexo e idade.

AP253 DISTÚRBIOS DO SONO EM INDIVÍDUOS ASSISTIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS

LUISA TEIXEIRA PASQUALOTTO; LAYRA FERNANDA MARTINS; SARAH CRISTINA VIEIRA; MARCO TÚLIO TAVARES SEIXAS; MARCELLA OLIVEIRA RODRIGUES; RÚBIA LIMA BRANDÃO; WALQUIRIA DA MATA SANTOS; NEWTON SANTOS FARIA JUNIOR UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, DIVINÓPOLIS, MG.

Palavras-chave: Sono; distúrbios do sono; apneia do sono

Introdução: Os distúrbios do sono têm grande prevalência na população geral, inclusive considerada atualmente como problema importante de saúde pública. Nas últimas quatro décadas, o interesse científico nos padrões de sono tem crescido constantemente. Recentemente, foram considerados problema de saúde pública mundial, afetando a qualidade de vida da população e influenciando na morbimortalidade. Os resultados de estudos epidemiológicos não são apenas aplicáveis na prática clínica, mas também no planejamento e implementação de políticas públicas e programas destinados a controlar os distúrbios do sono e seu impacto sobre indivíduos e sociedades. Tais estudos podem contribuir para uma melhor compreensão do curso clínico para explorar intervenções terapêuticas potenciais. **Objetivo:** Verificar a prevalência de distúrbios do sono em indivíduos assistidos nas Unidades Básicas de Saúde e Programa Saúde da Família em Divinópolis. **Métodos:** Este estudo foi do tipo observacional, transversal, realizado por professores e alunos da Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG, Unidade Divinópolis, com indivíduos recrutados a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa Saúde da Família (PSF) da cidade de Divinópolis-MG. Estes indivíduos foram avaliados clinicamente e responderam ao Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Escala de Sonolência de Epworth, Questionário de Berlim, Questionário de Qualidade de Vida SF-36, avaliando assim a qualidade do sono, presença de distúrbios do sono, de sonolência diurna excessiva, de risco para apneia obstrutiva do sono e sua qualidade de vida.

Resultados: Foram analisados 397 pacientes adultos a partir das UBS's NE PSF's. A média de idade foi de 52,9 ± 14,2 anos, com maior prevalência do sexo feminino (81,6%), com índice de massa corporal médio, 25,6 ± 4,1 kg/m², com média de circunferência de pescoço 36,1 ± 3,0 cm. 33,1% destes apresentavam noctúria, 47,9% hipertensão arterial sistêmica e 16,4% diabetes mellitus. Quanto ao sono, 221 indivíduos apresentaram má qualidade de sono (55,7%) e 59 (14,8%) apresentavam algum tipo de distúrbio do sono, avaliado pelo IQSP. Já 140 indivíduos apresentaram SDE (35,5%), com média no Epworth de 7,5 ± 5,6. Cerca de 36,1% dos indivíduos apresentaram risco para AOS, através do Questionário de Berlim. Verificou-se ainda que aqueles pacientes com alguma alteração de sono apresentaram piores índices de qualidade de vida, seja nos aspectos físicos e/ou emocionais. **Conclusão:** Verificou-se que há uma prevalência importante de má qualidade de sono e

distúrbios do sono em indivíduos assistidos nas UBS e PSF em Divinópolis, sejam eles por risco para AOS ou SDE, afetando a qualidade de vida destes indivíduos.

AP254 DISTÚRBIOS DO SONO NA AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA PARA GASTROPLASTIA

MARCELO FOUAD RABAHI; TULIO PIRES ALELUIA BASILIO; ROMULO SILVA-FILHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Apneia do sono; cirurgia bariátrica; pre operatório

Introdução: A ocorrência de apneia obstrutiva do sono (AOS) está fortemente associada ao sexo masculino e a valores mais altos de índice de massa corporal (IMC) e de idade. O grau de AOS em pacientes pré-operatórios de cirurgia bariátrica, definido pelo valor do índice de apneia/hipopneia (IAH), é uma questão levada em conta no cálculo dos riscos anestésicos, operatórios e pós-operatórios.

Objetivos: Avaliar os efeitos das variáveis gênero, idade e IMC sobre o valor do IAH em pacientes em pré-operatório de gastroplastia. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional e analítico de pacientes registrados no laboratório do sono da Clínica Clare, em Goiânia, Goiás, Brasil, em 2016, referenciados à polissonografia por ocasião de avaliação pré-operatória para gastroplastia, e que consentiram com a utilização dos seus resultados em pesquisas através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Análises estatísticas realizadas pelo software β ioestat 5.3 (UFPA, Belém, Pará, Brasil). **Resultados:** 112 pacientes atenderam aos critérios de inclusão no estudo, 76 do sexo feminino e 36 do sexo masculino. A amostra total masculina apresentou resultados maiores de idade, IMC e IAH em relação à amostra feminina. Na análise por faixa etária, entretanto, foi possível observar IMC significativamente maior apenas no estrato masculino de 45 a 54 anos, enquanto o IAH manteve-se maior apenas no estrato masculino de 25 a 34 anos. Valores de IMC iguais ou maiores que 50 kg/m² tiveram um impacto agravado sobre os valores de IAH no sexo masculino, cujos escores foram de 11.6, nos IMCs entre 40 e 45 kg/m², para 122.3, nos IMCs > 50 kg/m². Gênero e idade possuem correlações moderadas com o IAH, enquanto o IMC guarda correlação fraca. Ao diferenciarmos os gêneros, idade e IMC se alternaram quanto ao grau de correlação que ambas as variáveis guardam ao IAH. Para o sexo feminino, apenas idade apresentou correlação moderada com IAH. Já para o sexo oposto, idade apresenta correlação quase nula com IAH, enquanto a correlação IMC vs IAH apresentou o maior valor de rs encontrado neste estudo. Na análise multivariada, observa-se que gênero, idade e IMC exercem influência significativa sobre o desfecho IAH. As três variáveis determinaram 48,86% do valor desse índice. Na análise por gêneros, idade e IMC exerceram influência significativa no valor do IAH feminino, determinando 40,40% do resultado, enquanto na determinação do IAH masculino apenas o IMC exerceu influência (R = 0.4373).

Conclusões: Homens apresentaram maiores medidas para idade, IMC e IAH. Entretanto, essa superioridade não foi mantida em todas faixas etárias. Gênero, idade e IMC exercem influência significativa sobre o valor do IAH em pacientes pré-operatórios de gastroplastia. Essa influência, no entanto, é exercida de forma diferente entre os gêneros: idade é mais determinante para o resultado do IAH em mulheres, enquanto IMC é mais determinante em homens.

AP255 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE VITAL FORÇADA (CVF) COMO INDICADOR DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

(VNI) DOMICILIAR EM PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

LORINE UCHÔA INÁCIO MATOS¹; RILMAR JOSÉ GOMES FILHO²; LEONARDO VELI CUNHA²; RODRIGO CARVALHO DE RESENDE²; LAYS BERNARDES MINASI¹; FABRINA DE OLIVEIRA SILVA CUPERTINO BARROS¹; FABIANE ALVES DE CARVALHO RIBEIRO³; MARCELO FOUAD RABAHI²

1. CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO, GOIANIA, GO; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO; 3. UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, GO.

Palavras-chave: Esclerose lateral amiotrófica; ventilação não invasiva; insuficiência ventilatória

Introdução: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma desordem que causa paralisia progressiva caracterizada por degeneração de neurônios motores no cérebro e medula espinhal. A morte por paralisia respiratória ocorre em 3 a 5 anos. Hipoventilação noturna é um problema comum na ELA e pode ocorrer mesmo quando a função muscular respiratória está ligeiramente afetada. Uma vez que a oximetria noturna é facilmente realizada, tornou-se frequentemente utilizada para a avaliação do envolvimento respiratório. Diretrizes propõem o início da VNI na presença de sintomas respiratórios ou evidências de fraqueza dos músculos respiratórios (CVF ≤ 80% do predito ou SNIP ≤ 40 cmH₂O), evidência de dessaturação noturna (< 90% por > 5% do tempo adormecido) ou uma PaCO₂ arterial matinal > 6,5 kPa. **Objetivo:** Descrever as características clínicas e funcionais dos pacientes admitidos no programa de VNI domiciliar no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2017, relacionando os principais critérios utilizados para sua indicação. **Métodos:** Estudo descritivo, observacional e retrospectivo, realizado através de revisão de prontuários de 193 pacientes com diagnóstico de ELA conforme Critérios Revisados de El Escorial e com critérios para utilização de VNI. Foram excluídos 17 pacientes com insuficiência ventilatória avançada somada à comprometimento bulbar, com necessidade de ventilação invasiva via traqueostomia.

Resultados: Foram analisados 193 prontuários de pacientes com diagnóstico de ELA, com indicação de VNI. Desta amostra, 98 pacientes eram homens (50,8%). A idade mínima encontrada foi de 22 anos e a máxima de 86 anos, com uma mediana de 59,8 anos. Excluindo-se 17 pacientes traqueostomizados, foram avaliados critérios para indicação da VNI em 176 pacientes. A presença de sintomas bulbares foi relatado por 140 pacientes (79,5%) e sintomas relacionados à hipoventilação alveolar (ortopnéia, dispnéia aos esforços, sonolência diurna, cefaleia matinal, fragmentação do sono por dispneia) foi encontrado em 135 pacientes (76,7%). A avaliação do pico de fluxo da tosse demonstrou tosse fraca (< 360 e > 160L/min) em 77 pacientes (43,7%) e ineficaz (< 160 L/min) em 36 pacientes (20,4%). Somente 77 pacientes (43,7%) foram capazes de realizar espirometria. Destes, 30 pacientes (38,9%) apresentaram CVF < 50%, 45 (58,4%) CVF entre 50 e 80% e 2 pacientes (2,7%) apresentaram CVF > 80%. Hipoxemia noturna (mais de 50% do tempo de sono com saturação < 95% ou 5 minutos consecutivos com saturação menor ou igual a 88%) foi demonstrada em 98 pacientes (55,7%).

Conclusões: A CVF demonstrou-se, isoladamente, como medida limitada na avaliação da indicação de VNI domiciliar em pacientes com ELA. Sua baixa sensibilidade tem sido atribuída ao envolvimento bulbar que ocorre na patologia, com redução da força bucal, somado ao envolvimento cognitivo e uma relativa insensibilidade à detecção de disfunção diafragmática leve ou moderada.

AP256 PRESENÇA E SEVERIDADE DE INSONIA EM INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS ASSISTIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS/MGJACQUELINE ALVES; LAYRA FERNANDA MARTINS; CÍNTIA APARECIDA SANTOS; LUISA TEIXEIRA PASQUALOTTO; WALQUIRIA DA MATA SANTOS; MARCOS EUGÊNIO MATTOS ROCHA FARIA; MARCO TÚLIO TAVARES SEIXAS; NEWTON SANTOS FARIA JUNIOR UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, DIVINÓPOLIS, MG.**Palavras-chave:** Diabetes mellitus; sono; distúrbios do sono

Introdução: O sono normal varia ao longo do desenvolvimento humano quanto à duração, distribuição de estágios e ritmo. Com o avançar da idade, ocorrem perdas na duração, manutenção e qualidade do sono. Os distúrbios do sono em diabéticos constituem fatores de risco para o agravamento do diabetes pois podem interferir no controle metabólico através da síndrome da resistência à insulina. Dessa forma, nota-se a importância do trabalho na prevalência da insônia em indivíduos diabéticos, a qual prejudica a qualidade do sono nesses pacientes. **Objetivo:** Verificar a prevalência para o risco de apneia obstrutiva do sono em idosos com diabetes mellitus, assistidos nas Unidades Básicas de Saúde de Divinópolis-MG. **Métodos:** O presente estudo foi do tipo observacional transversal, realizado com amostra consecutiva e de conveniência de 62 indivíduos com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Realizado pelos alunos do curso de Fisioterapia, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da universidade, sob número de protocolo 1.475.521/2016. Todos os pacientes foram avaliados clinicamente e responderam ao Índice de Gravidade de Insônia para avaliar presença e gravidade de insônia. **Resultados:** A média de idade foi de $62,3 \pm 11,6$ anos e de índice de massa corporal $27,4 \pm 5,8$ kg/m². Do total, 79,1% eram do sexo feminino. 88,7% destes apresentaram insônia, sendo que da amostra total, 30,6% apresentaram grau leve de insônia, 37,1% grau moderado e 21% grau severo de insônia. **Conclusão:** Verificou-se a presença de insônia em boa parte dos indivíduos com diagnóstico de diabetes mellitus, principalmente no público feminino. **Resultados:** de estudos auxiliam no planejamento e implementação de políticas públicas e programas destinados a controlar os distúrbios do sono.

AP257 MESMO ENTRE OCTOGENÁRIOS LIVRES DE DOENÇA CEREBOVASCULAR MANIFESTA, O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL FOI PREDITOR DE SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA, AVALIADO PELO ESCORE DE BERLIMWLADIMIR MAGALHÃES DE FREITAS¹; CÉSAR ANTÔNIO BARBOSA CORDEIRO²; PEDRO SIMÕES DAHER²; NATHALIA MELO DE SÁ³; RODRIGO CARDOSO DE MATOS³; LUDMILLA VALE DA CRUZ²; HELENA BACHA JUNHO AIRES²; BEATRIZ DE ARAÚJO NUNES GOMES²

1. BIOCÁRDIOS, BRASÍLIA, DF; 2. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BRASÍLIA, DF; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF.

Palavras-chave: Doença cerebrovascular; sonolência excessiva; escore de berlim

Introdução: Em indivíduos idosos as mudanças da composição corporal como: perda da massa muscular, sarcopenia, perda da massa óssea e aumento do tecido adiposo, tem levado ao questionamento o papel da obesidade avaliada pelo Índice de Massa Corporal (IMC) como preditor de distúrbios cardiovasculares e da síndrome da apneia do sono entre os muito idosos. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a sonolência excessiva (SE) medida pelo Escore de Berlim e IMC entre indivíduos octogenários livres

de doença cerebrovascular (DCV) manifesta. **Métodos:** - Dados iniciais de uma coorte em andamento (Estudo PRIDE) foram selecionados 257 indivíduos, livres de DCV manifesta, presente ou passada, a partir de 1334 candidatos, que procuraram espontaneamente clínica cardiológica no período entre setembro de 2015 à dezembro de 2017. A ausência de DCV foi definida por meio de história clínica, exame físico e bem como verificação dos registros médicos. Os indivíduos foram submetidos a pré-especificado questionário clínico, psicológico (MM), funcional (Pfeffer), avaliação antropométrica segundo protocolos padronizados, e Escore de Berlim. Foram ainda submetidos à avaliação de Escore de Cálcio (CAC) por meio de Tomógrafo Modelo Aquilon (Siemens) de 64 canais. O estudo foi aprovado por comitê de ética e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes do arrolamento. Análises estatísticas -As variáveis categóricas foram apresentadas em percentual, as variáveis contínuas com distribuição normal, em média $\pm$ dp e as não paramétricas em mediana (IQT). Variáveis categóricas foram comparadas utilizando teste Chi-quadrado e contínuas através de Teste T ou Mann-Whitney de acordo com a distribuição. Os indivíduos foram categorizados em presença ou ausência de sonolência excessiva de acordo com pontuação no Escore de Berlim. Em modelos de Regressão Logística a variáveis dependentes se avaliou a associação do IMC ajustado a gênero, idade, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, CAC. **Resultados:** - Amostra de 257 indivíduos, sendo 62,6% do gênero feminino, idade 83, 5-4,0 anos, IMC $27,4 \pm 4$ kg/m², SE 63,8%, PAS 133,8 $\pm$ 21,1 mmHg, PAD 68,7 $\pm$ 11,5 mmHg, Presença de déficit cognitivo 55,3%, CAC 2105,2 $\pm$ 2609,7, Fragilidade 22,6%. Nos modelos avaliados, mesmo com demais variáveis ajustadas, o IMC se mostrou o melhor preditor dos indivíduos com SE. SE x IMC Exp(B)(95%CI); p-value: 1,1(1,01-1,3);0,03 **Conclusão:** - Embora entre indivíduos idosos ocorra mudança na composição o IMC nesta amostra tem se mostrado importante preditor de SE.

AP258 AVALIAÇÃO DO PERFIL METABÓLICO DOS INDIVÍDUOS COM DPOC, AOS E OBESIDADE

FLAVIO DANILO MUNGO PISSULIN; NATALIA CRISTINA ANDRADE; FRANCIS LOPES PACAGNELLI; RICARDO BENETI; SILKE ANNA THEREZA WEBER

UNOESTE, PRESIDENTE PRUDENTE, SP.

Palavras-chave: Dpoc; apneia obstrutiva do sono; obesidade

Introdução: foram descritas alterações metabólicas nos obesos. Entretanto, são necessárias investigações que avaliem o perfil metabólico na tríade DPOC, AOS e obesidade. **Objetivos:** verificar a atividade metabólica na tríade DPOC, AOS e obesidade. **Métodos:** o estudo foi transversal e selecionou indivíduos com DPOC, obesos ou não, com ou sem AOS. As avaliações clínicas e espirométricas selecionaram os indivíduos com DPOC. Foi calculado o IMC para identificar os obesos e realizada polissonografia que diagnosticou a AOS. A coleta de sangue dosou a leptina, adiponectina, grelina, glicemia e insulina. Foram calculados HOMA IR e BETA. **Resultados:** foram incluídos oitenta e seis pacientes, todos com DPOC (VEF1% = $0,57 \pm 0,18$), sem diferença estatística entre os grupos. Trinta e quatro com AOS e obesidade (G1), vinte e seis com AOS sem obesidade (G2), onze sem AOS com obesidade (G3) e dezessete sem AOS e sem obesidade (G4) (IMC kg/m² 32.85[31-40], 27.8[22-27], 35.75[32-41], 28.5[24-29], IAH apneias/hora 29.75[12-41], 32.25[9-22], 2.37 $\pm$ 1.75, 2.06 $\pm$ 1.56, respectivamente). As médias da leptina,

adiponectina e grelina não diferiram entre os grupos G1 a G4: $49.6 [52-61]$, 55.66 ± 5.79 , 63.39 ± 5.52 , $59 \pm 8.16 \mu\text{g/ml}$, 23.09 ± 0.26 , 23.5 ± 0.99 , 24.28 ± 0.81 , $23.56 \pm 0.68 \mu\text{g/ml}$, 146.66 ± 60.66 , 163.8 ± 62.48 , 139.97 ± 40.07 , $130.5 \pm 70.96 \mu\text{g/ml}$ ($p > 0.05$). Apesar do cálculo HOMA ter apresentado médias semelhantes entre os grupos G1 a G4, $2.19(1.87-3.33)$, $3.86(1.54-3.71)$, $6.24(1.95-0.53)$, 1.95 ± 0.53 , respectivamente ($p > 0.05$), no grupo G3 a média está elevada. **Conclusão:** houve maior atividade metabólica na população de DPOC incluída. A presença da AOS e da obesidade não influenciou nas variáveis estudadas. Maior resistência à insulina foi encontrada nos indivíduos com DPOC, sem AOS e com obesidade.

AP259 CINCO ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO EM REALIZAÇÃO DE POLISSONOGRRAFIA PELO SUS

ANAMÉLIA COSTA FARIA; FERNANDA OLIVEIRA CHIBANTE; MARCOS AURÉLIO REBELLO DA SILVA; ROSA MARIA FERNAMBEL MARQUES E SILVA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES; CLAUDIA HENRIQUE COSTA

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Polissonografia; sus; saos

Introdução: A polissonografia noturna é um exame essencial para o diagnóstico de uma variedade de distúrbios do sono, sobretudo da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, doença de alta morbi-mortalidade que acomete 33% da população adulta. Apesar da relevância já comprovada das doenças relacionadas ao sono, ainda há grande escassez na disponibilidade de polissonografias aos pacientes do SUS do Estado do Rio de Janeiro, onde apenas o laboratório de sono da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) encontra-se vinculado ao SISREG.

Objetivo: Apresentar dados referentes às polissonografias agendadas e realizadas no serviço de Pneumologia da UERJ no período compreendido entre 2013 a 2017 e descrever as principais dificuldades enfrentadas. **Método:** O serviço de pneumologia da UERJ realiza rotineiramente Polissonografias do Tipo I e III na Policlínica Piquet Carneiro para fins de pesquisa clínica e para fins assistenciais. O fluxo de pacientes atendidos é oriundo de encaminhamentos internos e de agendamentos através do Sisreg. Neste estudo só foram contemplados os exames de pacientes encaminhados através da regulação do Sisreg. **Resultados:** Foram agendadas 1083 polissonografias nos 05 anos avaliados, porém apenas 625 (57,7%) foram realizadas. Os principais motivos que levaram a não execução do exame foram: 1) greve dos técnicos de polissonografia: 146 (31,9%); 2) Não comparecimento do paciente: 125 (27,3%) e problemas estruturais: 54 (11,8%). **Conclusões:** Embora as centrais de regulação sejam muito importantes para permitir o acesso de qualquer paciente a exames de alta complexidade, notamos que em época de crise estrutural e administrativa, como a vivenciada pelo Estado do Rio de Janeiro, o processo acaba apresentando muitos entraves o que impacta na qualidade do serviço. A nossa experiência permite afirmar que este processo de agendamento deve ser aperfeiçoado de forma a agilizar o atendimento dos pacientes e reduzir custos.

AP260 PRINCIPAIS QUEIXAS DE DISTÚRBIOS DO SONO DURANTE CAMPANHA DO DIA MUNDIAL DO SONO

AMANDA RIBEIRO BATLLE; MARINA LONGO MACHADO DE ALMEIDA; ANA PAULA POSSAR DO CARMO; GABRIELLA CLEMENTINO DA SILVA; FERNANDO RAMOS PELLEGRINI; ELIE FISS; ROSA HASAN; FRANCO CHIES MARTINS

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP.

Palavras-chave: Epidemiologia; insônia; apneia do sono

Introdução: O sono influencia em comorbidades de todos os sistemas do corpo humano. Saber mais sobre seus distúrbios em pacientes ambulatoriais pode levar a otimização de recursos de saúde e práticas médicas integradas dirigidas.

Objetivos: O objetivo do trabalho é apontar a principal queixa em relação ao sono, estabelecendo relação com comorbidades, uso de medicamentos, dados demográficos, em pacientes atendidos em serviço terciário, no Ambulatório de Especialidades da Fundação do ABC. **Metodologia:** Foi aplicado questionário próprio a 50 pacientes aleatórios, o qual indagava quanto à identificação do paciente, presença de comorbidades, medicamentos e principal queixa ou dúvida a respeito do sono. As queixas foram agrupadas na categorias: insônia, ronco/apneia do sono, transtorno do movimento, ritmo circadiano e sonolência excessiva diurna. As comorbidades foram divididas em Sistema Cardiovascular, Endócrino, Respiratório, Digestório, Nervoso e Gêrito-Urinário. **Resultados:** Dentre os 50 pacientes, 33 eram mulheres (66%). 34,8% das dúvidas relatadas foram sobre insônia, 24,2% sobre sonolência diurna excessiva, 16,7% sobre ronco/apneia do sono, 13,6% sobre transtorno do movimento e 10,6% sobre ritmo circadiano. 70% daqueles que responderam ao questionário são procedentes da Região do Grande ABC, 8% tem procedência em São Paulo e 22% em outras regiões. A mais prevalente foi do Sistema Cardiovascular. Dentre as mulheres, insônia foi mais comum, e dentre os homens, ronco/apneia do sono. **Discussão:** Os dados estão de acordo com a literatura, na qual a prevalência de sintomas de insônia acomete mais mulheres, enquanto distúrbios relacionados a ronco/apneia do sono são mais relatados por homens, o que denota a importância da abordagem do sono em consultas. Foram mais prevalentes comorbidades do Sistema Cardiovascular, expressando a epidemiologia da unidade de atendimento e salienta a necessidade de exploração diagnóstica principalmente em homens com queixa de ronco e apneia, considerando-se sua associação com lesão endotelial e risco cardiovascular conhecido.

Conclusão: A abordagem de queixas relacionadas ao sono e comorbidades em pacientes aleatórios presentes em ambulatório terciário reflete os dados de literatura mundial. Essa informação pode guiar instauração de medidas específicas para essa população visando diminuir os impactos negativos dos distúrbios do sono.

AP261 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL ATRAVÉS DO TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS EM PACIENTES ADULTOS COM INSÔNIA ASSISTIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS – ESTUDO OBSERVACIONAL

GRAZIELA VIRGÍNIA RODRIGUES¹; FERNANDA CAROLINA LAGE MENDES¹; BRUNA EVELIN RESENDE SILVA BATISTA¹; YYES RAPHAEL DE SOUZA²; NEWTON SANTOS FARIA JUNIOR¹

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS,

DIVINÓPOLIS, MG; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Sono; distúrbios do sono; teste de caminhada

Introdução: A insônia é vista como um dos distúrbios do sono mais comuns, caracterizada pela dificuldade em iniciar e/ou manter o sono e por sintomas diurnos que prejudicam o funcionamento sócio ocupacional, interferindo nas atividades diárias dos indivíduos, podendo causar até incapacidade física. Sendo assim, a necessidade de avaliar tais repercussões se torna importante na busca de maiores esclarecimentos sobre o assunto, sendo o Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M) uma boa ferramenta

de avaliação. **Objetivo:** Avaliar a capacidade funcional em pacientes adultos com insônia assistidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS's) de Divinópolis. **Métodos:** O estudo foi do tipo observacional transversal, realizado com amostra consecutiva e de conveniência, recrutadas a partir de UBS's do município de Divinópolis sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da universidade, sob número de protocolo 1.475.521/2016. Todos os pacientes foram submetidos ao TC6M após serem avaliados clinicamente e responderem o questionário Índice de Gravidade de Insônia (IGI), sendo necessária a presença de insônia para a realização do mesmo. **Resultados:** A amostra foi constituída de 42 pacientes, sendo 78,5% do sexo feminino, média de idade de $55,7 \pm 17,4$ anos e índice de massa corporal de $25,4 \pm 4,7$ kg/m². Destes, 59,5% dos pacientes apresentaram insônia leve, 26,1% insônia moderada e 14,2% insônia severa. Ao compararmos os grupos com insônia leve, moderada e severa, verificou-se que a média da distância percorrida foi de $422,5 \pm 118,0$ metros, $459,7 \pm 123,2$ metros, $345,9 \pm 43,9$ metros respectivamente, com diferença estatisticamente significante. **Conclusão:** A gravidade de insônia, nesta população, interferiu diretamente na distância percorrida no TC6M e, portanto, na capacidade funcional destes pacientes.

AP262 TERAPIA MIOFUNCIONAL OROFACIAL NO FORMATO DE TERAPIA DE GRUPO PARA TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

GABRIELA BUFFON¹; FABIOLA SCHORR²; MONALISE COSTA BATISTA BERBERT¹; EDUARDO GARCIA³; DEISI CRISTINA GOLLO MARQUES VIDOR BRASIL¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS; 3. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono; ronco; terapia miofuncional

Introdução: A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é caracterizada por episódios recorrentes de obstrução da via aérea superior durante o sono, com elevada prevalência na população adulta. O tratamento da AOS depende dos sintomas e da gravidade da doença. Estudos randomizados e com avaliação individual dos pacientes estudados demonstraram que a Terapia Miofuncional Orofacial (TMO) representa um tratamento alternativo na AOS leve/moderada. **Objetivo:** Avaliar a efetividade da TMO no formato de terapia de grupo para tratamento da AOS em relação à melhora do ronco, sonolência diurna, qualidade do sono e redução do índice de apneia e hipopneia (IAH).

Métodos: Foram elegíveis para participar do estudo 28 sujeitos consecutivos, oriundos do Ambulatório de Pneumologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, com diagnóstico polissonográfico de AOS (IAH > 5 eventos/h) entre janeiro e março de 2017. Os critérios de inclusão foram: preenchimento do TCLE, realização dos exercícios e comparecimento às sessões de terapia e avaliações (pré e pós-terapia). A TMO foi realizada em forma de terapia de grupo, com total de 12 sessões, de frequência semanal, entre abril e junho de 2017. Os sujeitos participantes foram instruídos a realizar o protocolo de 7 exercícios, 3 vezes ao dia. A adesão ao tratamento foi controlada através de um diário de frequência de realização dos exercícios. Todos os indivíduos foram avaliados no

início e no final do estudo em relação à presença de ronco – participantes e companheiros de quarto (Questionário de Berlim), sonolência diurna (Escala de Sonolência de Epworth), qualidade do sono (Questionário de Pittsburgh) e gravidade da AOS (polissonografia). **Resultados:** A amostra foi composta por 6 indivíduos, todos do sexo feminino, com idade média de $62,7 \pm 7,4$ anos. Após 12 semanas de TMO houve melhora na intensidade do ronco auto-referida pelos pacientes ($p = 0.039$), mas não na sua frequência ($p = 0.180$). Os companheiros de quarto dos participantes do estudo relataram uma tendência à redução da intensidade ($p = 0.066$) e frequência do ronco ($p = 0.063$). Houve redução expressiva na sonolência diurna pré e pós-terapia (Epworth: 13 ± 6 vs. 7 ± 3 ; $p = 0.027$). Os pacientes também relataram melhora significativa na qualidade do sono após o período de tratamento, avaliada pelo Questionário de Pittsburgh (14 ± 7 vs. 4 ± 3 ; $p = 0.027$). Além disso, houve redução do IAH antes e após o tratamento ($22,3 \pm 18$ vs. $10,4 \pm 7,3$ ev/h), porém sem atingir significância estatística ($p = 0.116$). Os pacientes não apresentaram mudança significativa no índice de massa corpórea durante o período do estudo.

Conclusão: A TMO para tratamento da AOS em formato de terapia de grupo mostrou resultados semelhantes aos descritos na literatura com terapia individual, apesar do reduzido tamanho amostral.

AP263 STOP-BANG OU SACS: QUAL O MELHOR TESTE PARA TRIAGEM DE PACIENTES COM SUSPEITA DE APNEIA DO SONO PARA POLISSONOGRRAFIA TIPO 3?

ANNA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA; ANAMÉLIA COSTA FARIA; FERNANDA OLIVEIRA CHIBANTE; ROSA MARIA FERNAMBEL MARQUES E SILVA; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES
UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Polissonografia; stop-bang; sacs

Introdução: A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma doença de elevada morbimortalidade e alta prevalência na população geral. O método padrão-ouro para o diagnóstico é a polissonografia tipo 1 (PSG1), exame realizado no laboratório do sono com pelo menos 7 canais sob supervisão técnica, de alto custo e baixa disponibilidade em nosso meio. A polissonografia tipo 3 (PSG3) é um exame ambulatorial sem monitorização neurológica e sem supervisão técnica, sendo portanto mais barato e acessível. Pelo potencial de subestimar o Índice de Apneia-Hipopneia, a PSG3 deve ser reservada a pacientes com alta probabilidade pré-teste de SAOS e sem doença cardiopulmonar significativa. Para auxiliar a triagem de pacientes foram desenvolvidos questionários de probabilidade de apneia do sono, como o Sleep Apnea Clinical Score (SACS) e o STOP-Bang (SB). **Objetivo:** Avaliar a concordância entre os resultados do SACS e do SB num grupo de pacientes encaminhados para polissonografia e avaliar a sensibilidade (S), especificidade (E), valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) do SB. **Métodos:** Participaram 115 pacientes encaminhados para realização de polissonografia para investigação de SAOS na Policlínica Piquet Carneiro da UERJ. Foram considerados como tendo alta probabilidade de SAOS os pacientes que obtiveram ≥ 15 pontos no SACS ou foram considerados como de risco intermediário ou alto pelo SB. A SAOS foi definida de acordo com o International Classification of Sleep Disorders - Third Edition da American Academy of Sleep Medicine. Os pacientes com eficiência do sono inferior a 50% e aqueles com comorbidade significativa foram excluídos da análise. **Resultados:** Cento e quinze pacientes (53 homens) responderam ao SACS e ao SB antes de realizarem PSG para investigação de apneia do sono. Os valores médios da idade, índice de massa corporal

e circunferência do pescoço foram $54,7 \pm 13,9$ anos, $34,0 \pm 7,5$ kg/m² e $42,4 \pm 4,3$ cm, respectivamente. Cinquenta e seis pacientes (48,7%) obtiveram resultado positivo pelo SACS e 83 (72,2%) pelo SB. Houve concordância entre os questionários em 81 pacientes (70,4%). Após a exclusão de 6 pacientes que tiveram eficiência do sono < 50% e 13 com comorbidades significativas, 45 pacientes realizaram PSG1 e 42, PSG3, conforme o resultado do SACS mostrando baixa ou alta probabilidade, respectivamente. Os valores de S, E, VPP e VPN do SB no grupo de pacientes encaminhados para PSG tipo 1 (SACS com baixa probabilidade) foram, respectivamente, 82,9%, 20,0%, 78,4% e 25,0%. A S, E e VPP no grupo de pacientes encaminhados para PSG tipo 3 (SACS com alta probabilidade) foram, respectivamente, 100,0%, 0% e 95,2%. Não foi possível calcular o VPN uma vez que nenhum paciente que fez PSG tipo 3 tinha SB negativo. **Conclusão:** Houve concordância entre os resultados do SACS e do SB em 70,4% dos pacientes avaliados. Por sua reduzida E e VPN, o SB não se mostrou um instrumento de triagem confiável para encaminhar para PSG3.

AP264 AVALIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DO SONO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE ACADÊMICOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA
ANDRESSA MOURA COSTA; LUIS HENRIQUE SILVA SIQUEIRA; LÍDIA ACYOLE DE SOUZA OLIVEIRA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Sono; educação física; saúde

Introdução: O sono refere-se a um estado alternável e momentâneo que exibe padrões comportamentais e fisiológicos distintos, variando entre o ciclo de sono-vigília. A Qualidade do Sono (QS) é um importante indicador de saúde, assim como a prática de atividade física. A má qualidade do sono pode gerar transtornos como redução do desempenho profissional e acadêmico, além de distúrbios psicológicos, podendo impactar também diretamente em doenças cardiovasculares. O sono e a atividade física são duas variáveis importantes da saúde, estando ligadas a qualidade de vida do indivíduo, portanto são necessários estudos relacionados a essa área da saúde para diagnosticar os riscos aos quais a má qualidade do sono pode gerar para um indivíduo. **Objetivo:** Associar a Qualidade do Sono e o Nível de Atividade Física de universitários de um Curso de Educação Física. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal analítico de análise quantitativa. A pesquisa foi realizada com 305 alunos de um curso de Educação Física da Universidade Estadual de Goiás (UEG), Campus Efeffego, Goiânia. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta, além do questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), que classifica o sono em Normal, Alterado ou com Presença de Distúrbio. Este trabalho foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em pesquisa na Plataforma Brasil sob o parecer de nº038/2016.1. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. A análise e associação entre elas foi realizada através do teste de qui-quadrado, adotando o nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95% ($p < 0,005$). **Resultados:** Participaram do estudo 305 alunos de ambos os sexo matriculados nos 3 turnos do curso de Educação Física da Universidade Estadual de Goiás (UEG). A média de idade da amostra foi $22,01 \pm 4,64$ anos. Quando analisados os dados da amostra não foram encontradas diferenças significativas ($p = 0,853$), mas, apesar desse resultado os dados são preocupantes, visto que grande parte dos alunos apresentaram presença de distúrbio no sono ($n = 283$), dentre esses 8 eram sedentários, 89

insuficientemente ativos, 145 ativos e 41 muito ativos. Apenas 14 alunos apresentaram qualidade do sono normal.

Conclusão: Conclui-se que há presença de distúrbio do sono em grande parte dos participantes desta pesquisa, sendo que aqueles com um nível de atividade física ativa ou insuficientemente ativo obtiveram uma maior prevalência na má qualidade do sono. Este é um dado alarmante, tendo em vista que o sono é um importante indicador da saúde, assim como a prática de atividade física. Portanto, a má qualidade do sono pode estar interferindo no desempenho acadêmico, assim como gerando o aparecimento de algumas doenças.

AP265 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 – ESTUDO OBSERVACIONAL
KARINA NUNES ASSUNÇÃO; DAYSE APARECIDA GÂBOA LEAL; LAYRA FERNANDA MARTINS; LUISA TEIXEIRA PASQUALOTTO; JACQUELINE ALVES; CÍNTIA APARECIDA SANTOS; WALQUIRIA DA MATA SANTOS; NEWTON SANTOS FARIA JUNIOR
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, DIVINOPOLIS, MG.

Palavras-chave: Exercício físico; sono; distúrbios do sono

Introdução: Nos últimos anos tem-se ampliado o interesse e os estudos pelos distúrbios do sono. Pesquisas indicam alta prevalência destes em pessoas adultas, sendo considerados um problema de saúde pública. O exercício físico além de ser considerado uma intervenção não-farmacológica para a melhora da qualidade do sono, 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. Devido à falta de conhecimento de alguns profissionais, o mesmo não é muito utilizado para o sono. **Objetivo:** Comparar a qualidade de sono e presença de distúrbios do sono em pacientes praticantes (PEFR) e não praticantes de exercício físico regular (NPEFR), assistidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS's) de Divinópolis. **Métodos:** O estudo foi do tipo observacional, transversal, realizado pelas alunas do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG, Unidade Divinópolis, com 64 pacientes recrutados a partir das UBS's Niterói, São José e Centro Social Urbano, no decorrer de janeiro a novembro de 2016. Foram avaliados a qualidade do sono, presença de distúrbios do sono, sonolência diurna excessiva (SDE), risco para apneia obstrutiva do sono e qualidade de vida, abordados de acordo com os respectivos questionários: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Escala de Sonolência de Epworth, Questionário de Berlim e Questionário de Qualidade de Vida SF-36. **Resultados:** O grupo PEFR apresentou menor sonolência diurna excessiva, pior qualidade de sono, maior presença de distúrbios do sono, melhor qualidade de vida, tanto nos aspectos físicos quanto nos aspectos emocionais, além de nenhum acidente de trabalho. **Conclusão:** Pacientes PEFR assistidos em UBS's de Divinópolis apresentaram menor prevalência de má qualidade do sono e SDE, apesar de não serem estatisticamente significantes, maior presença de distúrbios de sono segundo PSQI, além de melhor qualidade de vida e menor acidente de trabalho.

AP266 ASMA E APNEIA DO SONO: UMA ASSOCIAÇÃO A SER LEMBRADA PELO PNEUMOLOGISTA
FERNANDA POLO MENDES DA CUNHA MUNIZ¹; ANNA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA²; MARCOS AURÉLIO REBELLO DA SILVA²; ANAMÉLIA COSTA FARIA²; FERNANDA OLIVEIRA CHIBANTE²;

THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO²; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES²; CLAUDIA HENRIQUE COSTA²

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ; 2. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono; asma; uerj

Introdução: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) acomete cerca de 33% da população segundo dados estatísticos de grande estudo realizado na Cidade de São Paulo em 2010 (EPISONO). Evidências científicas confirmam que a AOS é mais frequente em portadores de asma quando comparados à população geral e pode ser um fator dificultador do controle da asma. **Objetivos:** Avaliar a frequência de suspeita de AOS nos portadores de asma e correlacionar o grau de suspeita de AOS com controle da asma e VEF1%. **Métodos:** Foi estudada uma amostra de 22 pacientes provenientes do ambulatório de asma da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), localizada na Policlínica Piquet Carneiro (PPC). O diagnóstico de asma foi definido de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma –2012 e o controle da asma foi avaliado através do Teste de Controle de Asma (TCA). Foram utilizados o SleepApneaClinical Score(SACS) e a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) para avaliar a suspeição de AOS, sendo considerados pacientes com suspeita de AOS aqueles que apresentaram SACS ≥ 15 pontos e/ou ESSE ≥ 10 pontos. Foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson para estabelecer a relação entre o SACS e o TCA e entre o SACS e o VEF1% pré e pós-broncodilatador (BD). **Resultados:** Dentre os 22 pacientes estudados 15 eram do gênero feminino (68,2%). As médias de idade e IMC encontradas foram, respectivamente, $53,9 \pm 18,67$ anos e $26,39 \pm 4,34$ Kg/m². Os valores médios do SACS, ESE e TCA foram $6,5 \pm 5,89$ pontos, $8,18 \pm 5,34$ pontos e $17,3 \pm 4,9$ pontos. Os valores médios de VEF1/CVF pré-BD, VEF1/CVF pós-BD, VEF1% pré-BD e VEF1% pós-BD foram $0,62 \pm 0,13$, $0,66 \pm 0,13$, $64,3 \pm 20,9\%$ e $72,9 \pm 21,0\%$ respectivamente. Houve 10 pacientes (45%) com suspeita de AOS de acordo com os resultados do SACS e ESE. Não houve correlação significativa entre o SACS e o TCA ($r = -0,17$, $p = 0,47$), porém houve correlação significativa entre o SACS e o VEF1% pré-BD ($r = -0,60$, $p = 0,0147$) e o VEF1% pós-BD ($r = -0,58$, $p = 0,0146$). **Conclusão:** A frequência de pacientes asmáticos com suspeição de AOS na amostra estudada foi 45%. Houve correlação entre o grau de suspeição de AOS como VEF1% pré e pós-BD, mas não com o controle da asma avaliado pelo TCA.

AP267 TÓRAX INSTÁVEL É UMA CONTRA INDICAÇÃO A POSIÇÃO PRONA NA SARA GRAVE?

TAINÁ DE ABREU PEREIRA; DUSTIN HOFFMAN MONTEIRO SILVA; ANA LAURA SANCHES PANDORI; JOSE EDUARDO SANCHES ARANTES FILHO; ANA LUISA STEFANE FONSECA; JORGE LUÍS DOS SANTOS VALIATTI

UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Posição prona; sdra; tórax instável

Introdução: A aplicação da posição prona em pacientes com SDRA grave é capaz de reduzir a mortalidade. A manobra muito embora segura se aplicada por profissionais experientes, apresenta contraindicações, dentre as quais o tórax instável. **Relato:** Relatamos um caso de pronação em paciente com trauma torácico severo e SDRA grave, refratário as manobras de recrutamento máximo. Homem, 40 anos, admitido na Unidade de Urgência e Emergência após trauma torácico severo (colisão caminhão versus caminhão) com alto impacto, com fraturas de costela e esterno (disjunção costo-condral), contusão pulmonar bilateral, pneumotórax, enfisema de subcutâneo extenso

da região cervical anterior até região perineal. Na admissão, Escala de Coma de Glasgow de 14, com grave insuficiência respiratória hipoxêmica. Imediatamente, realizado drenagem torácica bilateral, sendo transferido a UTI. Nos primeiros dias foi submetido a ventilação mecânica protetora, sendo que no sexto dia de internação evoluiu com SDRA grave, com relação PaO₂/FiO₂ 76,6. Mesmo após a realização de manobra de recrutamento máximo e otimização da PEEP, o paciente permaneceu hipoxêmico, e após consentimento dos familiares, o paciente foi pronado com melhora da relação PaO₂/FiO₂ foi imediata (231) e, portanto, mantida, sendo possível a redução progressiva da FiO₂. Durante a evolução foram necessárias duas sessões de prona de 18 horas cada uma. Os parâmetros ventilatórios na posição prona foram mantidos peep ideal calculada de 15 cmH₂O, VC: 480ml, Fluxo de 40 l/min, FR: 20ipm. Desenvolveu PAV e foi submetido a traqueostomia no 14 dia de internação hospitalar, recebeu alta da UTI no 35º dia e alta hospitalar três dias depois. Não houve nenhuma complicação durante a realização da posição prona. **Discussão:** A SDRA, descrita há 50 anos, a despeito da evolução tecnológica, apresenta alta mortalidade, oscilando entre 20% em casos leves, até mais de 50% em casos graves. A hipoxemia refratária, em virtude do shunt pode ser desafiadora, e medida mais eficaz é a utilização de PEEP, muito embora permaneça a discussão sobre seu ajuste. A manobra de recrutamento alveolar máximo realizado neste caso, atualmente esta sendo contestado (estudo ART). A manobra de recrutamento utilizando a posição prona é altamente eficaz em melhorar as trocas gasosas e reduzir a mortalidade (Proseva), sendo recomendada aproximadamente sessões em torno de 16 a 18 horas. Embora a literatura considere o Trauma Torácico uma contra-indicação relativa, assumiu-se no presente caso a sua utilização em virtude da hipoxemia refratária.

AP268 VENTILAÇÃO MECÂNICA PROTETORA ASSOCIADA A POSIÇÃO PRONA EM PACIENTE COM SDRA GRAVE. RELATO DE CASO

BIANCA SODERI VITA; BEATRIZ ANDREA ALLEGRI; LUANA GOUVEIA TONINI; RENATO TAKESHI ISHIZAWA; YURI MARCELO TAKATA; JORGE LUÍS DOS SANTOS VALIATTI

UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Sdra; ventilação protetora; posição prona

Introdução: A SDRA, independente de sua etiologia e gravidade, requer a utilização de medidas denominadas estratégia protetora, já bem estabelecidas, que tem como objetivo principal limitar ou impedir a lesão provocada pelo ventilador¹. A forma grave pode estar associada a descompensação do ventrículo direito, com baixa tolerabilidade ao uso de PEEP elevada, sendo a ventilação protetora em posição prona mandatória². **Caso clínico** MS, 34 anos, internado na UTI com diagnóstico de Pielonefrite aguda, choque séptico e Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo Grave. (relação PaO₂/FiO₂ = 98 obtida em ventilação mecânica controlada a volume, com VC = 6 ml/kg peso predito, FiO₂ = 1, Fluxo = 50 LPM, FR = 5 PEEP = 10 cmH₂O em uso de drogas vasoativas (NAD = 0,3 /kg/minuto + Dobutamina = 5 mcg/kg/minuto com pressão arterial média = 65 mmHg (cateter radial), com lactato elevado (4 mmol/L). O Raio X evidenciava velamento alveolar difuso bilateral e a tomografia de tórax revelava extenso colapso alveolar em regiões basais. Em virtude de hipoxemia refratária, optou-se pelo aumento da PEEP de 10 para 15 cmH₂O, sendo necessário o aumento substancial da droga da NAD para 0,6 microgramas/Kg/hora. Neste momento a realização de Ecocardiograma revelou aumento de ventrículo direito, sendo o paciente imediatamente

pronado. Manteve-se a estratégia protetora com VC = 5 mL/Kg, FR = 25 ipm, e a PEEP foi reduzida de 15 para 10 cmH₂O, com Pplatô = 25 cmH₂O e Pressão de distensão = 15 cmH₂O. A pronação foi mantida por 18 horas, com melhora importante e sustentada da relação PaO₂/FiO₂, chegando a 300 no final do período, com redução da PaCO₂ de 65 mmHg (pré-prona) para 45 mmHg (pós-prona). O paciente necessitou apenas de uma sessão, e teve uma boa evolução, sendo extubado no sexto dia de internação.

Discussão: SDRA requer estratégias ventilatórias protetora (VC < 6 ml/kg de peso predito, Pressão de platô < 30 cmH₂O e a Driving pressure < 15 cmH₂O estão associados a redução da mortalidade. Estudo controlado e randomizado mostrou que a utilização da posição prona é capaz de reduzir substancialmente a mortalidade nas formas moderada/grave com relação PaO₂/FiO₂ < 150.1 Dentre os marcadores de boa resposta estão a melhora da relação PaO₂/FiO₂ e redução do espaço morto, refletido pela queda da PaCO₂. No caso específico a disfunção do ventrículo direito foi agravada pelo aumento da PEEP, reforçando a necessidade da pronação que permitiu a redução da PEEP com reflexos na hemodinâmica 2. Não houve complicações durante a manobra. **Referências:** 1. Barbas CS, Isola AM, Farias AM, Cavalcanti AB, Gama AM, Duarte AC, et al. Brazilian recommendations of mechanical ventilation 2013. Part I. Revista Brasileira de terapia intensiva. 2014;26(2): 89-121. 2. Boissier F, Katsahian S, Razazi K, Thille AW, Roche-Campo F, Leon R, Vivier E, Brochard L, Vieillard-Baron A, Brun-Buisson C, Mekontso Dessap A. Prevalence and prognosis of cor pulmonale during protective ventilation for acute respiratory distress syndrome. Intensive Care Med. 2013 May 15.

AP269 AVALIAÇÃO DA TAXA DE ADESÃO DE UM BUNDLE PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA(PAV) EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

THAYSA KARLLA DE ALBUQUERQUE¹; KARLA FERNANDES ALBUQUERQUE²; MARIA NELUSIA DE SOUSA¹; DOSTOIEVSKY ERNESTO DE MELO ANDRADE²; VANESSA MARIA JUREMA FURTADO CARVALHO²; JESSICA GADELHA FONSECA PIRES¹; RAFAELLA DE MENEZES LEUTHIER²; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA²

1. HMSI, JOAO PESSOA, PB; 2. UNIFE, JOAO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Segurança do paciente; ventilação mecânica; bundle

Introdução: Infecções associadas aos cuidados de saúde (IRAS) constituem importante preocupação à segurança do paciente ao redor do mundo. Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) está associada a internações hospitalares prolongadas, aumento de mortalidade e custos significativos. Estudos mostram que a PAV prolonga o tempo de ventilação mecânica e de hospitalização em comparação com pacientes semelhantes sem PAV. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomenda que todas as UTIs implementem um bundle buscando reduzir a taxa de PAV. O presente estudo justifica-se pela grande relevância que a implantação do bundle traz para o cotidiano da instituição, vindo a contribuir com uma análise da adesão do mesmo pelos profissionais de saúde, fornecendo informações acerca da aplicação consistente dos cuidados e dados para possíveis intervenções. **Objetivos:** O presente estudo busca avaliar a adesão ao pacote de intervenções para prevenção de PAV em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Estudo descritivo, quantitativo e observacional, realizado em um hospital municipal da cidade de João Pessoa no período de janeiro a fevereiro de 2018. Durante o período foram acompanhados 36 pacientes em ventilação mecânica invasiva por mais de 48 horas, totalizando em média 280

observações para cada elemento avaliado. Foi aplicado um check-list para avaliação dos seguintes elementos: elevação da cabeceira 30-45°, higiene oral, pressão do cuff, redução da sudação e avaliação da possibilidade de extubação, sendo preenchido pela equipe multidisciplinar, diariamente. As variáveis coletadas foram expressas como frequência e a proporção de adesão foi então calculada para cada elemento. **Resultados:** No período do estudo foi feita a observação da adesão pelos profissionais de cada item do bundle proposto. Em relação à manutenção da cabeceira elevada a 30-45°, das 300 observações, em 91,66% (275) esta medida foi mantida. Higiene oral, das 300 observações, foram realizadas em 78,66%(236) dos pacientes. A pressão do cuff foi checada em 24,74%(74) das 299 observações. A redução da sudação (281 observações) foi realizada em 12,45%(35) das ocasiões. O protocolo para a interrupção da sudação (281 observações) foi realizado em 11,03% (31) das observações feitas. **Conclusões:** É necessário o cumprimento de todos os elementos do bundle para a redução das taxas de PAV. Neste estudo, observamos uma adesão variável dos profissionais aos elementos do bundle ,principalmente relacionado a possibilidade de extubação, redução da sudação e avaliação do cuff. Isto reforça a necessidade de trabalhar a equipe antes da implantação de protocolos no sentido de criar um ambiente de colaboração mútua e de cultura de segurança de tal forma que se consiga o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar na implantação de um bundle.

AP270 EXTUBAÇÃO PALIATIVA EM PACIENTE DE UTI LETICIA PALUDO¹; LAURA ZUARDI MARQUES¹; CINDY JARA HERNANDEZ¹; MARIA LUIZA DOS SANTOS¹; THAIS RIBEIRO DIAS²; LUCAS DE AZAMBUJA RAMOS¹; DANIELA CAVALET BLANCO¹; GUSTAVO CHATKIN¹

1. PUC-RS, PORTO ALEGRE, RS; 2. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Extubação; paliativo; ventilação

Introdução: Pacientes admitidos em UTI podem enfrentar condições irreversíveis, que inevitavelmente levam à morte. O conhecimento sobre cuidados paliativos é recomendado para os profissionais que atuam nesses setores. É importante ter uma equipe multidisciplinar para determinar a manutenção de cuidados avançados ou de cuidados paliativos. A extubação paliativa é uma decisão difícil e se refere à retirada da ventilação mecânica. Nos últimos anos, tem ocorrido um crescimento nessa opção de tratamento dentro da UTI, beneficiando não somente os pacientes, mas também minimizando o sofrimento de familiares, que devem estar cientes de como ocorre todo o procedimento. Nesse contexto, o objetivo do presente trabalho é apresentar um caso de extubação paliativa ocorrido no serviço do Hospital São Lucas da PUCRS. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 57 anos, com Glioblastoma Multiforme com tratamento cirúrgico para retirada de tumor dia 11/08/17 e drenagem de abscesso extradural. Necessitou reinternação em 20/10/17 por cefaleia em hemicrânio direito de caráter pulsátil, mais intensa há uma semana, com alívio parcial com triptofano. Realizada TC de crânio: prováveis lesões em região frontal e em cabeça do caudado à direita associadas à importante edema vasogênico fronto-temporal ipsilateral com efeito de massa promovendo compressão do ventrículo lateral direito e desvio das estruturas da linha média para a esquerda. Neurocirurgia iniciou manejo para edema. Apresentou dois episódios de rebaixamento do sensorio súbito: um durante administração de manitol e outro com PCR em assistolia. Retornou após 11 minutos de RCP. Admitida na UTI. AngioTC de tórax: derrame pleural bilateral e consolidação bibasal, descartada embolia pulmonar.

Iniciado Meropenem. Paciente com evolução neurológica e tomográfica desfavorável, estado vegetativo. Quadro neurológico inalterada, com provável encefalopatia anóxica pós PCR. Paciente sedada para conforto, sem instabilidade hemodinâmica e em acompanhamento da equipe de cuidados paliativos. Familiares decidem não realizar TQT e sem consenso sobre cessar VM. Foi questionado sobre possibilidade de realizar extubação paliativa, procedimento viável devido à ausência de perspectiva curativa para a paciente. Equipe de cuidados paliativos fez contato com equipe assistente e familiares. Comitê de ética do Hospital e equipe UTI cientes. Dia 15/12/17, às 14hs, foram reduzidos parâmetros ventilatórios, desligados monitores, desconectado ventilador e realizada extubação paliativa; iniciadas medidas para desconforto ventilatório e em sedoanalgesia. Constatado óbito às 14: 25. **Discussão:** A extubação paliativa é uma medida tomada para promover e para garantir o conforto de pacientes em estado crítico. Hoje em dia tende a ser cada vez mais implementada. A decisão pela retirada do suporte ventilatório exige uma discussão empática com os familiares do paciente, sempre com o objetivo de se realizar o desejo do paciente.

AP271 HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDÁRIA À CRISE CONVULSIVA

PRISCILA ABREU FRANCO; BRUNA CAVALCANTE TORRES; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; MIRIAM GIORGETTI; ANDREYA PEREIRA FURRIEL; KEYDSO SOUSA SANTOS; FABIANA STANZANI UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Hemorragia alveolar; crise convulsiva; pressão negativa

Introdução: Hemorragia alveolar é definida como um sangramento pulmonar vindo da microvasculatura da circulação pulmonar, muitas vezes decorrente de lesão envolvendo a membrana alvéolo-capilar. Pode ser decorrente grande variedade de doenças. A etiologia deve ser profundamente investigada, em ambiente hospitalar e com vigilância intensiva devido ao potencial de rápida evolução para insuficiência respiratória aguda. Este caso visa relatar a hipótese de pressão negativa intratorácica como etiologia de hemorragia alveolar. **Relato de caso:** Masculino, caucasiano, 28 anos, procedente de São Paulo admitido em Pronto-Socorro após ser encontrado desacordado em local de trabalho (oficina mecânica), sem liberação esfinteriana, com recuperação do nível de consciência após 2 minutos. Negava uso de drogas ilícitas. Em ambiente hospitalar, apresentou hemoptise em pequena quantidade. Ao exame clínico, saturação periférica de O₂ de 87% em ar ambiente, frequência cardíaca de 87 bpm, normotenso. Dentes em mau estado de conservação e lesão na borda lateral direita da língua, compatível com mordedura recente. Propedêutica pulmonar sem alterações. Ressonância Magnética de Crânio, sinais compatíveis com foco epilético. Em Tomografia computadorizada de tórax, opacidades em vidro fosco de distribuição bronco-cêntrica e espessamento difuso de paredes brônquicas, sem evidências de tromboembolismo pulmonar. Broncoscopia que evidenciou presença de restos hemáticos em brônquios de lobos superiores. Lavado broncoalveolar com recuperado hemático e progressivamente hemorrágico. Hemoglobina 13,2g%, provas reumatológicas negativas. Ecocardiograma transtorácico sem alterações significativas. A reavaliação da história clínica e exame físico, confrontados com as alterações encontradas em exames complementares e excluídas outras causas de hemorragia alveolar, concluiu-se diagnóstico de hemorragia alveolar secundária à pressão negativa intra-torácica desencadeada pela crise convulsiva.

Tratado com oxigênio suplementar, antibioticoterapia com ceftriaxone e clindamicina (supuração dentária recente) e prescrição de anticonvulsivante. Evoluiu com resolução clínica e radiológica do quadro, sem novos episódios convulsivos ou hemorrágicos. **Discussão:** A hemorragia alveolar branda é caracterizada por sangramento discreto, por vezes sem exteriorização, e com relativa preservação da arquitetura alveolar. Pode ser consequência de cardiopatias (estenose mitral, insuficiência mitral ou dupla lesão mitral), inalação de gases tóxicos (pesticida, cloro) ou após pressão negativa (pós-intubação orotraqueal ou convulsão). O mecanismo da hemorragia alveolar secundária à pressão negativa deve-se ao colapso da via aérea superior, que torna a pressão intratorácica negativa levando ao subsequente aumento da pressão hidrostática no capilar pulmonar. Apesar de apresentar menor incidência, esta entidade é um diagnóstico de exclusão e importante diagnóstico diferencial.

AP272 ESTENOSE DE TRAQUEIA PÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT) DE CURTA DURAÇÃO: RELATO DE CASO

LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA

HGG, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Estenose; traqueia; intubação

Introdução: Lesões de via aérea secundárias a trauma decorrente da intubação orotraqueal começaram a ser descritas à medida que o procedimento passou a ser realizado com maior frequência para suporte prolongado da via aérea, no início dos anos 50. A estenose traqueal – entidade complexa – é uma das complicações consequentes à intubação endotraqueal de ocorrência mais comum, exigindo cuidados múltiplos. **Relato do Caso:** Paciente 83 anos, sexo feminino, não tabagista, sem antecedentes pulmonares ou sintomas respiratórios prévios. Relatou quadro de tosse com secreção mucóide, estridor laringeo, disfonia e sibilância há 2 meses. Quadro clínico iniciou após internação em Unidade de terapia intensiva, período no qual permaneceu em intubação orotraqueal por 5 dias. Durante esses 2 meses, procurou atendimento médico ambulatorial por diversas vezes sendo prescrito vários esquemas de antibioticoterapia, porém paciente não apresentou melhora clínica. Procurou novamente atendimento médico de urgência, sendo encaminhada para enfermaria de Pneumologia do Hospital Geral de Goiânia. De comorbidades, relatou Hipertireoidismo e Fibrilação atrial. Na admissão paciente apresentava na ausculta pulmonar estridor e sibilos difusos. Saturação em oximetria periférica de 96% em ar ambiente. Durante internação hospitalar foi realizada Tomografia de pescoço e tórax e evidenciado estreitamento em traqueia (região torácica). Posteriormente, a broncoscopia corroborou com tal diagnóstico, sendo indicado, para este caso descrito, traqueoplastia subglótica. Paciente apresentou boa evolução clínica, recebeu alta assintomática. **Discussão:** Muitas complicações decorrentes da IOT evoluem com sintomas leves e de curta duração. Entretanto, em muitos casos, as lesões são graves e permanentes, envolvendo as estruturas da laringe e da traqueia, exigindo correção cirúrgica, como ocorre na estenose glótica e traqueal. Verificou-se 2% de estenose da laringe em pacientes com intubação orotraqueal entre três e cinco dias e 5% de estenose da laringe com intubação orotraqueal entre seis e dez dias, sendo que a gravidade da doença laringea esta diretamente

relacionada à duração da intubação orotraqueal. Algumas simples medidas preventivas podem ser adotadas durante o atendimento ao paciente intubado as quais garantem a diminuição no índice de afecções das vias aéreas, por exemplo, cuidado e habilidade na Introdução do tubo, escolha do tamanho ideal, uso de tubos com balonetes mais complacentes e mais maleáveis, mobilização adequada dos pacientes, utilizar bloqueadores neuromusculares antes da intubação orotraqueal e monitorização constante da pressão no interior do balnete.

AP273 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UMA SÉRIE DE PACIENTES DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL NO ESTADO DE SERGIPE

IGOR SANDES DE BARCELOS; RICARDO GOIS DE LIMA; TAIANE MENEZES MENDONÇA; LISBETH MENEZES MENDONÇA; LEILA FERNANDA OLIVEIRA DE JESUS CARDOSO; EVLYN KAROLAYNE BISPO ANDRADE; LORENN OLIVEIRA MENEZES; THIAGO DA SILVA MENDES

UNIT, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Pneumonia; ventilação mecânica; óbitos

Introdução: Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV): processo infeccioso do parênquima pulmonar que acomete pacientes submetidos à intubação endotraqueal e Ventilação Mecânica (VM) por mais de 48-72h. É considerada a Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) mais recorrente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Além disso, a PAV possui uma relevância de âmbito internacional, pois devido às repercussões sistêmicas provocadas gera um aumento dos custos e do tempo de internação hospitalar. A caracterização da PAV depende da idade dos pacientes, das comorbidades e do ambiente da UTI, por isso muitas vezes os resultados dos estudos epidemiológicos variam dependendo do local e da população analisada. No Brasil a incidência é de 16-20/1000 casos. **Objetivo:** Analisar os aspectos epidemiológicos da PAV em uma série de pacientes internados na UTI.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo e retrospectivo, desenvolvida a partir de dados do Hospital Regional de Lagarto - Sergipe entre janeiro-julho de 2017.

Resultado: No período estudado 86 pacientes estiveram internados na UTI, sendo que apenas 11 (12,8%) pacientes desenvolveram PAV, com um total de 6 óbitos. A faixa etária mais acometida foi de 41-50 anos representando 27,3% do total. A média do tempo de permanência de VM foi de 16,9 dias para os pacientes que desenvolveram PAV, e de apenas 6,6 dias para aqueles que não foram acometidos com esta patologia. **Conclusão:** O estudo evidenciou mortalidade elevada nos casos de PAV na UTI, que pode ser explicada pela magnificação da gravidade da condição dos pacientes. O tempo de permanência de VM foi significativamente mais elevado nos pacientes que desenvolveram PAV, corroborando para aumento nos dias de internação, aumento do custo à saúde pública. Assim, faz-se necessária adoção de todas as medidas já conhecidas para prevenção de PAV, com destaque para o uso de ventilação não invasiva quando possível, além do desmame progressivo da sedação para posterior retirada da ventilação mecânica.

AP274 TRAQUEOSTOMIA PRECOCE X TARDIA COMO PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UMA UTI GERAL DE ARACAJU-SE

CAROLINA NILO DE SANTANA¹; IVAN MENDES RIBEIRO NETO²; JANICELMA SANTOS LINS¹; DENISON SANTOS SILVA²; MIREILLE DE CARVALHO SANTANA²; ITANA PINHO OLIVEIRA FERREIRA²; DANIEL SILVA SANTOS²; LARISSA TIZIANE DE ALMEIDA PEREIRA¹

1. UFS, ARACAJU, SE; 2. FBHC, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Traqueostomia precoce; ventilação mecânica; pav

Introdução: A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a mais comum e importante infecção em pacientes críticos em uso de ventilação mecânica nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Uma das maneiras de evitar seu desenvolvimento é realizar traqueostomia (TQT) nos pacientes que forem elegíveis. Este procedimento é frequentemente indicado, pois facilita a remoção de secreções pulmonares, diminui o desconforto com a via aérea artificial e aumenta a mobilidade do paciente no leito. É difundido em livros textos que ao ser realizada de maneira precoce, atua como ferramenta preventiva para o desenvolvimento de PAV. **Objetivo:** Comparar a influência da traqueostomia precoce com a traqueostomia tardia na prevenção de pneumonia associada à Ventilação Mecânica, analisar dados secundários que podem exercer papel fundamental no tempo de internação e evolução do paciente internado em uma UTI Geral. **Métodos:** Estudo prospectivo, observacional, não intervencionista, realizado entre os meses de Outubro de 2017 e Janeiro de 2018, na UTI cirúrgica e clínica do Hospital de Urgências de Sergipe, em Aracaju. Dados demográficos, incluindo idade, gênero, tempo de ventilação mecânica, tempo de desmame de ventilação mecânica, intervalo de tempo, em dias, para a realização da traqueostomia, e desfecho clínico em cada paciente foram mensurados. Os dados foram analisados e interpretados utilizando a estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências simples e relativas e as variáveis numéricas expostas em média $\pm$ desvio-padrão. Na parte inferencial, foi utilizado o teste qui-quadrado com ou sem simulação de Montecarlo e o teste exato de Fisher, quando mais adequado para descobrir associações entre as variáveis categóricas. Para comparar média de dois grupos, foi usado o teste t-Student para amostras independentes. O nível de significância estatística estipulado será de 5% ($p \leq 0,05$) e todos os testes foram bicaudais. O software utilizado para as análises será o Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 21.0). O trabalho foi aprovado frente ao Comitê de Ética e Pesquisas da Universidade Tiradentes sob o número: 76962017000005371. **Resultados:** 30% dos pacientes que realizaram TQT precoce desenvolveram PAV ($p 0,938$), 80% usaram ventilação mecânica (VM) por mais de 5 dias e 60% ainda permaneciam na UTI após 28 dias de acompanhamento. Os submetidos a TQT tardia, 31,3% desenvolveram PAV, 93,8% permaneceram acoplados à VM por mais de 5 dias e 44,8% ainda permaneciam na UTI após 28 dias de acompanhamento. **Conclusões:** Não houve significância estatística entre o tempo de realização de traqueostomia e o desenvolvimento de PAV, bem como no tempo de dependência de VM e desfecho clínico. Não se pode inferir que a traqueostomia precoce atua como fator preventivo de PAV.

AP275 LESÃO PULMONAR AGUDA RELACIONADA À TRANSFUSÃO (TRALI) EM GESTANTE

ANA LAURA BATISTA GUIMARAES; PEDRO RODRIGUES DE CARVALHO; JESSICA ALVES VASSELO; THAISA BONARDI; MARCELO QUEIROZ OLIVEIRA; MÁRCIO HENRIQUE PIEROBON MARTINS; JORGE LUÍS DOS SANTOS VALIATTI

UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Trali; gestante; transfusão sanguínea

Introdução: A lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI) é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, da transfusão de elementos sanguíneos, caracterizada por aparecimento súbito de insuficiência respiratória hipoxêmica, infiltrados bilaterais na radiografia de tórax, ausência de

evidências de sobrecarga circulatória e de Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), Febre, hipotensão e cianose podem ocorrer. O início dos sintomas geralmente se inicia dentro de uma a duas horas após o início da transfusão sanguínea. **Descrição do caso:** J. M. D. F., sexo feminino, 20 anos, com 22 semanas e 2 dias de gestação, foi admitida na UTI do HPA – Catanduva (SP) - FAMECA, em estado de choque séptico devido à pielonefrite aguda, com hipotensão refratária à administração de fluidos e anemia. Os valores do Hgb e Ht foram, respectivamente, 7 g/dL e 21,1%. O suporte inicial inclui expansão volêmica com SF 0,9% 2000ml (>30ml/kg) associada à noradrenalina 0,12mcg/Kg/min e à antibioticoterapia (ceftriaxona). Após 24 horas houve melhora significativa da hemodinâmica, e, sendo interrompido a droga vasoativa. Neste momento a Hgb = 6,2 g/dL e Ht = 19%, sendo optado transfundir de 1 concentrado de hemácias. Após 8 horas da transfusão, a paciente evoluiu com quadro de insuficiência respiratória (FR = 30 IPM), e queda na SpO_2 , necessitando máscara de O_2 de alta concentração. O raio X realizado mostrava infiltrados pulmonares bilaterais, e a ventilação não invasiva (VNI) foi instituída com máscara facial total, com PSV = 12 cmH₂O e PEEP = 5 cmH₂O, FIO_2 = 1 (pH = 7,45; $PaCO_2$ = 26,8 mmHg; PaO_2 = 72,8 mmHg; SpO_2 = 99%). Após 20 minutos de VNI, optou-se por sequência rápida de intubação orotraqueal (sedação + curarização), e ventilação mecânica invasiva foi instituída com: PCV a/c, com PC = 15 cmH₂O, PEEP = 20 cmH₂O (P_{total} = 35cm H₂O), FR = 12 ipm, FIO_2 = 1. Diante de hipoxemia refratária (SpO_2 = 88%), optou-se por manobra de recrutamento alveolar máximo em PCV e cálculo da PEEP ideal através do método decremental (VCV). Mantida em VCV (sedada e curarizada), com VC = 400ml, FR = 12 e PEEP = 20 cmH₂O, com pausa inspiratória = 0,2s. A pressão de pico = 35 cmH₂O e pressão de platô, 28 cmH₂O. A PEEP foi mantida por 12hs, sendo reduzida progressivamente, até 5 cmH₂O após 48h. A relação PaO_2/FiO_2 = 310 com FiO_2 = 0,4. A sedação foi desligada e um teste de respiração espontânea foi realizada, sendo em seguida extubada. Após e extubação a VNI foi instituída intermitentemente por 48 horas. Após três dias, teve alta da UTI. **Discussão:** Após o diagnóstico de TRALI, a transfusão deve ser imediatamente interrompida e o suplementação de oxigênio para correção da hipoxemia deve ser iniciada. A maioria dos pacientes pode exigir suporte ventilatório. Houve aqui falha da VNI, sendo necessário suporte ventilatório invasivo, com manobra de recrutamento alveolar máximo. A gestação foi mantida até o final, com boa evolução para mãe e RN.

AP276 EVOLUÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE POLITRAUMA E TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

ROBERTA MUNHOZ MANZANO¹; MAYSA APARECIDA DE MOURA¹; CELIO GUILHERME LOMBARDI DAIBEM¹; CAMILA GIMENES²; ALEXANDRE RICARDO PEPE AMBROZIN²

1. FIB, BAURU, SP; 2. UNESP, MARÍLIA, SP.

Palavras-chave: Traumatismos craniocerebrais; unidade de terapia intensiva; complicações

Introdução: O politrauma e o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) são grandes causadores de morbidade e mortalidade em suas vítimas. Devido a gravidade e distúrbios clínicos com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos desses pacientes, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) desempenha um papel decisivo na chance de sobrevivência de pacientes gravemente enfermos, tornando-se necessário a maior complexidade do serviço, equipamentos de monitorização contínua, recursos humanos, envolvendo profissionais de diversas especialidades. **Objetivos:**

Realizar um levantamento de dados que demonstrem o perfil dos pacientes com diagnóstico de Politrauma e TCE e correlacionar Dias de internação na UTI (DiasUTI), Escala de Coma de Glasgow (ECG) e Idade em indivíduos internados na UTI. **Métodos:** O Estudo foi aprovado pelo CEPFIB / Plataforma Brasil (2.163.431) e é do tipo quantitativo retrospectivo e de natureza documental, com levantamento de dados, por meio de prontuário eletrônico de pacientes internados na UTI do Hospital de Base de Bauru no ano de 2016 com diagnóstico de Politrauma e TCE. Foi realizada a estatística descritiva e aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov e correlação de Spearman, considerando $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 295 pacientes, 84,4% do sexo masculino com idade média de 45 ± 19 anos. Desses 168 (56,94%) apresentando TCE, 68 (23,05%) Politrauma e 59 (20%) Politrauma + TCE. Os tipos de acidentes mais comuns foram queda 91 (30,84%), motociclístico 67 (22,71%), automobilístico 41 (13,89%) e agressão física 38 (12,88%). A média dos dias de internação na UTI foi de $7,3 \pm 11$ e 35,59% da amostra necessitaram de Ventilação Mecânica (VM). Houve correlação positiva entre idade e DiasUTI ($p = 0,02$) e uma correlação negativa entre DiasUTI e ECG $p < 0,001$. **Conclusões:** Neste estudo a maioria dos pacientes são adultos, homens e com diagnóstico TCE. O tipo de acidente mais comum foi queda. Os pacientes com maior idade e menor valor de entrada na ECG foram os que permaneceram mais dias internados na UTI.

AP277 SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO ASSOCIADA A SÍNDROME DO CHOQUE TÓXICO

LARISSA CRISTINA TAMPELLINI¹; DANIELE CARDOSO DOS SANTOS¹; GABRIELA ANDRÉ DE SOUZA¹; LETÍCIA ALVES AMIM¹; MARINA DE OLIVEIRA ANDRADE¹; JORGE LUÍS DOS SANTOS VALIATTI¹ UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Síndrome do choque tóxico; síndrome do desconforto respiratório agudo; ventilação mecânica

Introdução: A síndrome do choque tóxico (SCT) decorre da presença de exotoxinas produzidas por bactérias, com superproliferação e ativação de linfócitos T e produção de citocinas, com aumento da permeabilidade capilar e hipotensão. As principais manifestações são febre, exantema difuso, descamação, hipotensão, comprometimento de três ou mais sistêmicas orgânicas, incluindo Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). **Descrição do caso:** M. M. A., sexo masculino, 28 anos de idade. Dispneia há 12 hs, com piora nas últimas 2 hs. Há 4 dias, teve fratura exposta da mão direita e, há um dia, realizou fixação externa. Mau estado geral, pulso = 130 bpm, SpO_2 = 89%, PA = 110/60 mmHg, T = 39°C, taquipnéia, estertores bilaterais, taquicardia e lesões de pele pruriginosas e avermelhadas difusas. Durante a admissão, houve piora da insuficiência respiratória com hipoxemia refratária com máscara de alto fluxo de oxigênio, sendo realizado sedação/curarização, intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva com VCV, com VC = 600ml (7 ml/Kg), fluxo = 50 LPM, FR = 12, FIO_2 = 1, PEEP = 5 cmH₂O, sensibilidade = 2 cmH₂O, pausa inspiratória = 0,2 segundos, PPI = 30 cmH₂O e Pplatô = 15 cmH₂O. Após tomografia torácica, paciente foi transferido para UTI. O hemograma mostrava 18.000 leucócitos, Ht = 40, Hb = 12 e plaquetas = 122.000. Os demais exames estavam normais. A CT evidenciou infiltrado pulmonar bilateral. Iniciado expansão volêmica, NAD, antibioticoterapia e hidrocortisona. No segundo dia houve piora da função respiratória, com necessidade de altos níveis de PEEP. Monitorização hemodinâmica com cateter de Swan-Ganz confirmou hipertensão pulmonar.

Ao terceiro dia, houve piora da relação PaO₂/FiO₂ sendo o paciente pronado por 18 horas. No quarto dia de internação, a relação PaO₂/FiO₂ = 310 com FiO₂ = 0,4 em posição supina. O cateter de Swan-Ganz foi retirado no sexto dia. A PEEP foi mantida entre 12 e 15 cmH₂O por 8 dias, tendo sido reduzida progressivamente e o paciente foi extubado no 13º dia. **Discussão:** A SDR se caracteriza por infiltrado pulmonar bilateral, relação PaO₂/FiO₂ menor ou igual a 300, obtida com PEEP/CPAP no mínimo de 5cmH₂O na ausência de hipervolemia ou disfunção ventricular esquerda, sendo definida como grave quando a relação PaO₂/FiO₂ < 100. O tratamento inclui medidas de suporte, tratamento da doença da doença de base, ventilação mecânica protetora, uso adequado de PEEP, e manobras de recrutamento alveolar, incluindo a posição prona.

AP278 ASMA: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO EM ESCOLARES EM RIBEIRÃO PRETO E SÃO LUÍS, BRASIL

THAIS FERES MOREIRA LIMA¹; DAYANNE NOBRE PERERA²; ANTONIO AUGUSTO MOURA DA SILVA¹; MARCO ANTONIO BARBIERI³; HELOISA BETTIL³; ELCIO OLIVEIRA VIANNA³; HENRIQUE MURAGUCHI¹; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA, SÃO LUÍS, MA; 2. UFMA, SÃO LUÍS, MA; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Asma infantil; hiperresponsividade brônquica; prevalência

Introdução: a asma é a doença crônica mais prevalente nas crianças. Estudos têm mostrado prevalência crescente da doença na faixa etária infantil em vários países do mundo, incluindo o Brasil. Apesar do avanço no conhecimento sobre a patogenia da doença, ainda faltam dados sobre sua etiologia. Estudos populacionais são úteis nesse sentido para melhor definir os fatores de risco da doença. **Objetivos:** estimar as prevalências de asma em escolares nas cidades de Ribeirão Preto – SP e São Luís – MA, Brasil e identificar fatores associados à doença nas duas cidades. **Métodos:** estudo prospectivo de coorte, realizado em Ribeirão Preto, São Paulo e em São Luís, Maranhão. Em Ribeirão Preto, o estudo foi iniciado em 1994 e teve seu seguimento em 2004-2005 com as crianças com 10 e 11 anos de idade. Em São Luís, o estudo foi iniciado em 1997 com seguimento em 2005-2006 quando as crianças estavam com 7 e 8 anos de idade. Para avaliar sintomas respiratórios nos escolares foi utilizado questionário padronizado, baseado no questionário do Estudo Internacional de Asma e Alergia na Infância (ISAAC) aplicado com os pais ou responsáveis. Foi realizado teste cutâneo para alérgenos nos escolares. O critério de inclusão do estudo foi a realização do teste de broncoprovocação com metacolina nas crianças para avaliar presença de hiperresponsividade brônquica. A amostra final em Ribeirão Preto foi de 356 escolares e em São Luís de 413 escolares. O desfecho escolhido nesse estudo foi a presença concomitante de sibilos nos últimos 12 meses e de hiperresponsividade brônquica. A análise estatística foi feita no programa Stata versão 12.0 e foi ajustada de acordo com modelo teórico hierarquizado definido previamente.

Resultados: foram encontradas prevalências importantes de asma na faixa etária estudada nas duas cidades. Quando analisada a presença de sibilos nos últimos 12 meses, as prevalências foram mais altas, 18,2% em Ribeirão Preto e 18,4% em São Luís, sem diferença estatística entre as cidades. Quando analisada a presença concomitante de sintomas e de hiperresponsividade brônquica não houve diferença entre as cidades, sendo as prevalências encontradas de 8,2% em Ribeirão Preto e de 11,5% em São Luís. A prevalência de hiperresponsividade brônquica foi maior em Ribeirão Preto, 39,6% (p < 0,001). Atopia

familiar e positividade no teste cutâneo para alérgenos se associaram à asma nas duas cidades. Baixo peso ao nascer e pneumonia alguma vez na vida foram fatores de risco em Ribeirão Preto. Nascimento pré-termo foi fator de risco em São Luís. **Conclusões:** o critério escolhido por esse estudo para definir asma foi a presença concomitante de sibilos nos últimos 12 meses e de hiperresponsividade brônquica. O uso de uma medida objetiva aliada a uma medida subjetiva tende a diminuir o percentual de diagnósticos falsos positivos, o que aumenta a especificidade do critério. Esse estudo encontrou altas prevalências de asma infantil nas duas cidades estudadas.

AP279 TÉCNICA DE OSCILAÇÕES FORÇADAS MODIFICADA E SUA APLICABILIDADE NA AVALIAÇÃO DA IMPEDÂNCIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS ASMÁTICAS

FREDERICO ORLANDO FRIEDRICH; ALESSANDRA VACCARI; MARIA EDUARDA DEON CECCATO; BRUNA FREIRE ACCORSI; PRISCILA BARTH; GIOVANA SANTOS; MORGANA FERNANDES; MARCUS H. JONES

PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Técnica de oscilações forçadas; impedância respiratória; asma

Introdução: A avaliação da função pulmonar pode auxiliar no diagnóstico e avaliação da gravidade da asma. Existem vários métodos disponíveis, entretanto alguns são inadequados para crianças pequenas, a técnica de oscilações forçadas (FOT) é um procedimento não invasivo que mede a impedância do sistema respiratório e apresenta alto índice de sucesso. **Objetivo:** Explorar a aplicabilidade da FOT em portadores de asma, como ferramenta de diagnóstico e de avaliação de gravidade da obstrução.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal com abordagem quantitativa. A população foi composta por sujeitos com história confirmada de asma e controles sadios do ponto de vista respiratório, com idade entre 3 a 18 anos, selecionados a partir de um questionário de sintomas respiratórios e recrutados por conveniência em um hospital escola no sul do Brasil. Os parâmetros medidos, com o equipamento de oscilações forçadas modificado (FOT-ST), construído especificamente para este estudo incluem, impedância (Zrs), resistência (Rrs) e reatância (Xrs) respiratória nas frequências de 6 a 32 hertz (Hz) e variáveis within-breath em 10 Hz. **Resultados:** Foram incluídos 110 asmáticos e 79 sujeitos sadios. A frequência de sucesso na realização do exame de FOT-ST foi de 95,45%. A média de idade foi de 9,8 ± 3,0 anos, com um IMC de 18,62 ± 4,62 no grupo controle e 9,1 ± 3,2 anos, com um IMC de 19,90 ± 5,36 no grupo asmáticos. O sexo predominante foi o masculino, com 52 (65,8%) no grupo de controles sadios e 62 (56,4%) no grupo asmáticos. Etnicamente, a maioria dos pacientes se declarou branco, sendo 60 (75,9%) no grupo controle e 80 (72,7%) no grupo asma. Observamos diferença estatisticamente significativa entre os grupos na Rrs nas frequências de 6 a 10 Hz e Xrs nas frequências 6 a 16 Hz (p < 0,05). Em relação a gravidade da asma, há diferenças significativas entre sujeitos sadios, asmáticos leves, moderados e em exacerbação em Rrs6, Rrs8, Rrs12, e Xrs6 a Xrs18 Hz (p < 0,05). Realizamos análise em um modelo de curva ROC e verificamos que as variáveis do FOT com maior sensibilidade para diferenciar sujeitos asmáticos em crise de exacerbação dos sadios são a resistência em 6Hz com uma área sob a curva de 70,9% (p < 0,003) e a reatância média inspiratória com uma área sob a curva de 70,4% (p < 0,004). **Conclusões:** Os achados do estudo sugerem que o teste de FOT-ST tem alto índice de sucesso e bom poder de discriminação para asma em crianças e adolescentes.

AP280 ASSOCIAÇÃO ENTRE BAIXA ESCOLARIDADE E PIOR MORBIDADE DA ASMA EM PACIENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO DE SÃO LUÍS – MA
ITAAN BARBOZA DA SILVA; ANA KAROLINA TORRES MENDES; LAIS MARIA GASPAR COELHO; DÉBORA PEREIRA LEMOS; MARCELO RIBEIRO MENDES JUNIOR; CÁSSIO HENRIQUE DE SOUZA; JOÃO BATISTA CARLOS DE SÁ FILHO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA

UFMA, SÃO LUÍS, MA.

Palavras-chave: Escolaridade; asma/prevenção&controle; asma/classificação

Introdução: A asma é uma doença crônica com taxas de mortalidade e de hospitalização importantes no Brasil. Dentre os fatores que contribuem para pior morbidade da asma, destaca-se a baixa escolaridade, uma vez que estudos demonstraram associação entre o baixo nível educacional e a maior chance do uso incorreto dos dispositivos de tratamento. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo verificar se há associação entre baixa escolaridade e pior morbidade da asma no que diz respeito a controle, exacerbação e gravidade da asma. **Métodos:** Uma amostra de 140 pacientes respondeu a questionários contendo escolaridade em anos de estudo, classificando-os em baixa escolaridade (até 8) e alta escolaridade (> 8 anos), além do Asthma Control Test (ACT) validade em português para o uso no Brasil para classificar a asma como controlada ou não controlada. Posteriormente, tiveram dados coletados em prontuários quanto a necessidade de ir à emergência no último ano (exacerbação grave) e medicação em uso para classificar a gravidade da asma de acordo com quantidade de corticoide inalatório. **Resultados:** Foi encontrada associação entre baixa escolaridade e exacerbação grave no último ano (RP = 2,58; IC95% = 1,14-5,28) e entre baixa escolaridade e asma grave (RP = 1,46; IC95% = 1,06-2,01) com significância estatística (p < 0,05). **Conclusão:** Dessa forma, entende-se que populações de baixa escolaridade merecem maior atenção para que se evite maior morbimortalidade, além de mais atendimentos em pronto-socorro e hospitalizações.

AP281 ESTUDO PILOTO DOS EFEITOS IMEDIATOS DA PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA NAS VIAS AÉREAS (CPAP) EM ASMÁTICOS AVALIADOS POR TÉCNICA DE OSCILAÇÕES FORÇADAS**FREDERICO ORLANDO FRIEDRICH; LARISSA ARAÚJO CANTELE; MORGANA FERNANDES; JULIANA PONTES DA ROSA; AMANDA PAZ SANTOS; CINTIA DIAS DE BARROS; KELLY SOUZA DA SILVA; MARCUS H. JONES**

PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Asma; pressão positiva contínua na via aérea; impedância respiratória

Introdução: A inspiração profunda (IP), em volumes próximos à capacidade pulmonar total, tem efeitos distintos em indivíduos saudáveis e portadores de asma brônquica. Entretanto em estudos clínicos prévios, a broncoconstrição induzida pela IP não teve bom poder discriminatório para asma. Nossa hipótese é de que a aplicação de uma pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) tem potencial para aprimorar o poder de discriminação da IP para asma, tanto como método diagnóstico e como teste de acompanhamento de seu tratamento. **Objetivos:** Avaliar os efeitos imediatos do CPAP na via aérea de sujeitos asmáticos e saudáveis, bem como avaliar o poder discriminatório da medida da resistência de vias aéreas antes e após o uso de CPAP para o diagnóstico de asma. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Os sujeitos do estudo foram recrutados nos ambulatórios de pneumologia do Hospital São Lucas da PUCRS. Nossa

amostra foi constituída de adultos jovens, sem infecção respiratória recente, com diagnóstico clínico confirmado de asma (etapas 1 a 3 da Global Initiative for Asthma - GINA) e controles saudáveis. Foram feitas medidas antropométricas seguidas da avaliação da impedância respiratória pela técnica de oscilações forçadas espectral e “within-breath”, antes e após 15 minutos de CPAP com uma pressão de 12cmH₂O.

Resultados: Foram incluídos sujeitos 07 asmáticos e 06 saudáveis. A média da idade foi de 24,1 ± 3,3 e 25,8 ± 9,2 anos, respectivamente. O sexo feminino predominou em ambos os grupos (71,4% no grupo de asmáticos e 100% no grupo de saudáveis). O IMC (kg/m²) médio foi de 24,3 ± 2,4 (asmáticos) e 22,7 ± 3,0 (saudáveis). A maior parte da amostra foi composta por caucasianos. Não foram observadas diferenças significativas entre asmáticos e controles nos dados antropométricos e demográficos. Também não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos quanto às medidas de impedância basais ou após CPAP. A resistência antes do CPAP foi de 3,8 ± 0,99 e 3,6 ± 0,65 hPa. s/L e após o uso de CPAP a resistência era 4,37 ± 1,29 e 3,32 ± 0,46 hPa. s/L nos asmáticos e controles respectivamente. O efeito do CPAP na resistência respiratória foi de +14,0% nos asmáticos e -7,5% nos controles (p = 0,008) e na complacência houve diferença de -8,5% nos asmáticos e +30,2% nos saudáveis (p = 0,035). Na análise “within-breath” a diferença entre a resistência medida ao final da expiração e ao final da inspiração (DR) que corresponde a dependência da resistência às mudanças de volume não mostrou diferenças significativas entre grupos ou entre medidas antes e após CPAP. **Conclusão:** O uso de CPAP em asmáticos produziu uma resposta broncoconstritora robusta e distinta da resposta broncodilatadora obtida em controles. Os resultados sugerem que a aplicação de CPAP pode ser útil no diagnóstico de asma em adultos. Estudos maiores devem ser feitos para explorar o potencial de discriminação do CPAP para asma e sua associação com gravidade, tempo de doença e resposta ao tratamento.

AP282 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR DE ADULTOS COM ASMA GRAVE POR OSCILAÇÕES FORÇADAS**FREDERICO ORLANDO FRIEDRICH¹; JOSEANE CHIABAI²; MORGANA FERNANDES¹; FARADIBA SARQUIS SERPA³; MARCUS H. JONES¹**
1. PUCRS, PORTO ALEGRE, RS; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA, ES; 3. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE VITÓRIA, VITÓRIA, ES.**Palavras-chave:** Asma; oscilações forçadas; impedância respiratória

Introdução: A avaliação da impedância respiratória pela técnica de oscilações forçadas (FOT) tem fácil aplicação necessitando mínima colaboração por parte do paciente. A FOT oferece informações sobre as propriedades mecânicas do pulmão que não são observáveis com métodos tradicionais como a espirometria. Análises da resistência (Rrs) e da reatância (Xrs) têm demonstrado boa capacidade em avaliar pequenas vias aéreas, o que pode ser promissor em avaliações seriadas de respostas terapêuticas diversas, em especial em pacientes mais graves. **Objetivos:** Avaliar a função pulmonar de adultos com asma grave por meio de medidas da impedância respiratória, espectral e “within-breath” por monofrequência em 10Hz, e correlacionar com características clínicas e tratamento com imunobiológicos.

Métodos: Estudo descritivo, observacional, realizado no Centro de Referência em Asma do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES e no Hospital São Lucas da PUCRS. A amostra foi composta por 60 adultos com asma grave (AGRT) e 30 adultos saudáveis (Controles). **Resultados:** preliminares: A média de idade foi de 56,7 e 58,7 nos grupos

AGRT e Controles respectivamente, com predomínio do sexo feminino (67%) nos dois grupos. Na análise das variáveis da FOT observamos acentuadas diferenças entre os dois grupos. O grupo AGRT apresenta resistência significativamente elevada e Reatância mais negativa em todo o espectro analisado ($p < 0,05$ nas comparações de 6 a 32Hz). A resistência respiratória média foi de $3,1 \pm 1,0$ e $4,6 \pm 1,3$ ($p < 0,0001$) e a complacência média foi de $0,03 \pm 0,02$ e $0,008 \pm 0,006$ ($p < 0,0001$) nos grupos AGRT e Controles respectivamente. A Fres foi de $13,2 \pm 5,1$ nos Controles e de $35,9 \pm 19,0$ no grupo AGRT ($p < 0,001$). A análise "within-breath" evidenciou diferenças em resistência e reatância no fim da expiração e inspiração assim como a impedância (resistência e reatância) média, mínima e máxima, inspiratória e expiratória. Não detectamos associação entre o uso de omalizumabe e variáveis obtidas com FOT espectral e "within-breath" no grupo AGRT. Conclusões preliminares: A medida da impedância pela técnica de oscilações forçadas detecta claramente as anormalidades funcionais de asmáticos graves. São necessários mais estudos com esta técnica para explorar sua utilidade na avaliação da gravidade da asma e como desfecho em ensaios clínicos.

AP283 A CLASSIFICAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA IDENTIFICA GRUPOS DE DIFERENTES PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA AVALIADOS PELO QUESTIONÁRIO AQ20 EM ASMÁTICOS – NAIVE – (VIRGENS DE TRATAMENTO)

DANIEL DINIZ CHALHOUB¹; ANDRÉ BANDEIRA MONTAL¹; BRUNO MACIEL DOS SANTOS¹; FELIPE CARNEIRO CONCEIÇÃO¹; FERNANDA WARKEN ROSA²; AQUILES ASSUNÇÃO CAMELIER³; MARCELO CHALHOUB COELHO LIMA⁴

1. UNIFACS, SALVADOR, BA; 2. COLEGIADO DE FISIOTERAPIA/ DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA/ UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR, BA; 3. COLEGIADO DE MEDICINA/DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA/ UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA E EBMS, SALVADOR, BA; 4. HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA / UNIFACS, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Asma; naives; qualidade de vida

Introdução: A classificação da asma conforme o nível de controle tem a capacidade de uma orientação terapêutica adequada. Possivelmente esta classificação também influencia a percepção da qualidade de vida destes pacientes asmáticos. **Objetivo:** Avaliar a influência da classificação da asma conforme o nível de controle na pontuação do questionário de qualidade de vida AQ20 em asmáticos "naive" ou virgens de tratamento encaminhados a um ambulatório de triagem de um hospital especializado em doenças respiratórias da rede pública de Salvador – BA. **Métodos:** Foi conduzido um estudo descritivo e observacional, no período de setembro/2016 a maio/2017, onde foram avaliados participantes com os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de asma; ausência de tratamento prévio; atendimento pelo SUS exclusivo; referenciado a atendimento em serviço especializado em pneumologia da rede pública (Hospital Especializado Octávio Mangabeira em Salvador, Bahia). Foram excluídos pacientes com outras doenças pulmonares ou aqueles que recusaram-se de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os pacientes foram classificados de acordo com o controle da asma e avaliados pelo questionário de qualidade de vida AQ20. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifacs. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significante. **Resultados:** Foram incluídos 72 pacientes no estudo, com média de idade igual a $41,28 \pm 16,67$ anos, sendo 49(68,1%) pacientes do sexo feminino. Os três sintomas de asma mais frequentes

foram dispneia em 69 pessoas (95,8%), sibilância em 76 (77,8%) participantes, e tosse em 47 (65,3%) dos casos. Classificamos, então, conforme os 3 sintomas mais frequentes da asma nesta série de casos (Sibilância, Dispneia e Tosse). Destes, 57 pacientes (51,4%) tinham os três sintomas, 25 (34,7%) dos casos tinham 2 dos 3 sintomas e 10 (13,9%) pessoas tinham apenas 1 dos 3 sintomas mais frequentes da asma. De acordo com a classificação do controle da asma, 45 pacientes (62,5%) tinham asma não controlada, seguidos de 18 pacientes (25%) com asma parcialmente controlada e apenas 9 (12,5%) dos casos tinham asma controlada. Os pacientes com asma não controlada, parcialmente controlada e controlada tinham, respectivamente, pontuações do AQ20% iguais a $70,22 \pm 18,86$, $54,44 \pm 19,55$ e $35,56 \pm 15,50$ pontos percentuais ($p < 0,0001$). **Conclusão:** A classificação do controle da asma identifica grupos de diferentes percepções de Qualidade de Vida avaliados pelo questionário AQ20 em asmáticos "naive" (virgens de tratamento) referenciados a um serviço especializado em pneumologia da rede pública.

AP284 EFEITOS DA EXPOSIÇÃO A ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO: EXPOSIÇÃO A GATO ESTÁ ASSOCIADA COM AUMENTO NA PREVALÊNCIA DE ASMA, ENQUANTO EXPOSIÇÃO A CÃO ESTÁ ASSOCIADA COM ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO PULMONAR

CHRISTIAN SILVA SIMONETI¹; ELCIO OLIVEIRA VIANNA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP,
RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Asma; função pulmonar; pet

Introdução: Analisar a associação entre a exposição a animais de estimação e o desenvolvimento de doenças alérgicas e respiratórias tem sido objetivo de vários estudos, entretanto, os efeitos dessa exposição nos adultos ainda permanece incerto. **Objetivos:** O presente estudo teve como objetivos verificar a prevalência de asma e alterações da função pulmonar entre adultos expostos a cão e gato no último ano. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal que foi conduzido entre trabalhadores e estudantes de 2 universidades brasileiras. Os indivíduos foram alocados em grupos, de acordo com o relato de possuir animal de estimação no último ano, sendo formados 3 grupos: Grupo exposto a gato, grupo exposto a cão e grupo não exposto a animais de estimação (grupo controle). Os indivíduos responderam questionário sobre exposição a animais e sintomas respiratórios, foram submetidos a teste cutâneo de hipersensibilidade imediata, espirometria e teste de broncoprovocação com manitol. Risco relativo (RR) foi estimado usando-se regressão do Poisson. **Resultados:** O grupo de indivíduos expostos a gato foi composto por 92 indivíduos, grupo expostos a cão foi composto por 294 indivíduos e o grupo controle foi composto por 302 indivíduos. Quando comparado ao grupo controle, indivíduos expostos a gato apresentaram aumento na prevalência de asma, definida por hiperreatividade brônquica presente, associada a sintomas, RR: 1,79; intervalo de confiança de 95% (IC 95%): 1,02-3,14, contudo, não apresentaram diferença nas variáveis espirométricas. Por sua vez, indivíduos expostos a cão apresentaram menor volume expiratório forçado no primeiro segundo, coeficiente ajustado (CA): -2,69; IC 95%: -4,60 a -0,79 e menor capacidade vital forçada, CA: -3,27; IC 95%: -5,18 a -1,35, quando comparado ao grupo controle. Não foi observada diferença na prevalência de asma entre indivíduos do grupo exposto a cão e indivíduos do grupo controle. **Conclusões:** No presente estudo identificou-se que adultos expostos a gato apresentam aumento prevalência de asma e que indivíduos expostos a cão

apresentam redução da função pulmonar. No grupo exposto a gato, o aumento da asma pode ter uma base imunológica, visto que observou-se associação com atopia. Com relação aos valores reduzidos da função pulmonar dos indivíduos expostos a cão, embora não tenha-se dados referentes a concentrações de endotoxina do domicílio desses indivíduos, especula-se que os baixos valores de função pulmonar estejam associadas com altas concentrações de endotoxina que são encontradas em domicílios com cães.

AP285 AVALIAÇÃO DA CONCORDÂNCIA ENTRE AS FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA, GINA, ACT E ESPIROMETRIA

CAMILA MAIA DE MORAIS; LAIS GOMES DE CARVALHO; ISIS CRISTIANE FONSECA OLIVEIRA HELOU; LIVIA FIOROTTO CAMPOS; DANIELLI CHRISTINNI BICHUETTI-SILVA; NATASHA YUMI MATSUNAGA; LUSMAIA DAMACENO CAMARGO COSTA; RAQUEL VIDICA FERNANDES
HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Asma; espirometria; função pulmonar

Introdução: O tratamento da asma visa alcançar e manter o controle dos sintomas para melhor qualidade de vida. Um nível de controle satisfatório inclui sintomas diurnos e noturnos mínimos/ausentes, ausência de limitação à atividade física, necessidade mínima de medicação de resgate, função pulmonar normal ou próxima do melhor valor, e ausência de exacerbações sob mínimo tratamento. Em uma avaliação superficial, podemos classificar equivocadamente um paciente como bem controlado, resultando em tratamento insuficiente. Por outro lado, superestimar a gravidade leva ao uso excessivo de medicações, maiores custos e efeitos adversos. Portanto, é importante oferecer a médicos e pacientes instrumentos simples, rápidos e de baixo custo para avaliar com precisão o controle da asma. O objetivo deste trabalho foi avaliar a concordância entre as ferramentas de avaliação do controle da asma em crianças e adolescentes com asma grave.

Métodos: Foram incluídas crianças e adolescentes (6-17anos) com asma grave, acompanhadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Para avaliação do nível de controle da asma, foram aplicados o questionário da Global Initiative for Asthma (GINA), o Asthma Control Test (ACT) e realizado a espirometria, todos no mesmo dia. Para o GINA, considerou-se asma controlada aquele que respondeu não para as quatro perguntas do questionário e como não controlado aquele que respondeu sim para pelo menos uma das perguntas. No ACT, pontuações ≥ 20 pontos foram considerados como asma controlada e < 20 pontos como asma não controlada. Na espirometria, asmáticos com $VEF_1 \geq 80\%$ do predito, foram considerados com espirometria sem alteração e portanto, com asma controlada. Já aqueles que apresentaram $VEF_1 < 80\%$ do predito, com espirometria alterada e asma não controlada. Cada teste foi codificado com um desfecho dicotômico: (1) não controlada e (2) controlada. A concordância entre as ferramentas de controle da asma foi avaliada pelo teste kappa ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram avaliados 43 crianças e adolescentes com diagnóstico de asma grave com idade média de $10,1 \pm 3,4$ anos, mediana de 10(5-17) anos, sendo 32 (74,4%) pacientes do sexo masculino. De acordo com o questionário do GINA, 20 (46,5%) pacientes foram classificados com asma controlada e 23 (53,5%) com asma não controlada. Observou-se presença de concordância moderada entre o GINA e o ACT ($p < 0,001$; $k = 0,725$) e ausência de concordância entre o GINA e a espirometria ($p = 0,669$; $k = 0,065$) e entre o ACT e a espirometria ($p = 0,494$; $k = -0,100$). Quando avaliados em conjunto, 20 pacientes foram classificados com asma controlada e 17

com asma não controlada no GINA e no ACT. Além disso, nenhum paciente foi classificado como asma controlada pelo GINA e não controlada pelo ACT. **Conclusão:** Na avaliação da concordância entre os métodos de avaliação do controle da asma, observou-se concordância moderada entre o GINA e o ACT e ausência de concordância entre o GINA e a espirometria e entre o ACT e a espirometria.

AP286 PARASITIC INFECTION AND BLOOD EOSINOPHIL COUNTS AMONG UNDERPRIVILEGED URBAN BRAZILIANS WITHOUT ASTHMA

EMILIO PIZZICHINI¹; NAMHEE KOWN²; ARUNA BANSAL³; FRANK C ALBERS⁴; NEIL BARNES⁵; JOHN H RILEY⁵; ÁLVARO AUGUSTO CRUZ⁶

1. NUPAIVA - UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC; 2. RESPIRATORY MEDICAL FRANCHISE, GSK, BRANTFORD; 3. ACCLAROGEN LTD, ST JOHN'S INNOVATION CENTRE, CAMBRIDGE; 4. GLOBAL RESPIRATORY MEDICAL FRANCHISE, GSK, RESEARCH TRIANGLE PARK; 5. GSK, MEDICINES RESEARCH CENTRE, STEVENAGE; 6. PROAR, UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Eosinófilo; asma alérgica; asma grave

Background: Understanding the impact of common, non-serious medical conditions on blood eosinophil counts can help when interpreting blood eosinophil counts in individuals with chronic disease. **Objective:** To investigate peripheral blood eosinophil counts in subjects from the Program for Control of Asthma in Bahia (ProAR) control cohort, and assess the impact of parasitic infection. **Methods:** This was a post hoc analysis of the non-asthmatic control group from a case control study that evaluated subjects with previously untreated asthma (ProAR). Eligible subjects (enrolled January 2013–July 2015) were aged ≥ 18 yrs with no history of asthma or other lung disease and were users of the public health system of Salvador, Brazil. At screening all subjects were assessed for the following risk factors for high blood eosinophil counts (selected based on medical knowledge and findings from the LEAD cohort study): positive skin prick test; elevated serum IgE; allergic rhinitis; any parasitic infection, including helminth infection (assessed by 1 stool exam); current smoking; reversible airflow limitation; and high body mass index. Risk factors were assessed for an association with blood eosinophil count in a univariate analysis and the association between each pair of risk factors was assessed by means of Pearson correlation. **Results:** Of the 418 subjects in the non-asthmatic control group (mean age: 45yrs; 86% females; median blood eosinophil count: 151 cells/ μ L [interquartile range (IQR): 94, 248]), 90 (22%) subjects were positive for any parasitic infection. Of these, 13 (3%) were positive for helminth infection. In univariate analyses, subjects with any parasitic infection vs no parasitic infection were not associated with increased blood eosinophil counts (median [IQR]: 155 cells/ μ L [93, 241] vs 149 cells/ μ L [94, 250]). Subjects with helminth infection displayed numerically higher blood eosinophil counts than those with other parasitic infections (median [IQR]: 180 cells/ μ L [162, 274] vs 149 cells/ μ L [89, 231]); however, counts of helminth infection were too low to allow statistical inference or assess associations between the presence of helminth infection and other risk factors. **Conclusions:** While over one-fifth of subjects had any parasitic infection, the helminth infection rate was very low. Blood eosinophil counts were not affected by parasitic infections. Consistent with established causes of eosinophilia, helminth infection was observed to increase blood eosinophil count; however, care should be taken when drawing conclusions for this small subgroup.

AP287 AVALIAÇÃO FUNCIONAL E NÍVEL DE CONTROLE EM PACIENTES ASMÁTICOS NO AMBULATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM SALVADOR – BAHIA**ANDRE BANDEIRA MONTAL¹; DANIEL DINIZ CHALHOUB¹; BRUNO MACIEL DOS SANTOS¹; FELIPE CARNEIRO CONCEIÇÃO¹; LAIANE SOARES DE ALMEIDA¹; KARINE ESPÍRITO SANTO MOREIRA¹; MARCELO CHALHOUB COELHO LIMA²****1. UNIFACS, SALVADOR, BA; 2. HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA / UNIFACS, SALVADOR, BA.****Palavras-chave:** Asma; controle da asma; espirometria

Introdução: O diagnóstico clínico da asma em sua forma clássica de apresentação não é difícil, porém confirmação deve ser feita por um método objetivo, uma vez que os sinais e sintomas da asma não são exclusivos dessa condição. A espirometria antes e após o uso de broncodilatador é o teste mais amplamente usado para esse fim. O nível de controle da asma é fundamental para o seu manejo e toda a programação da dispensação de medicações definidas como de alto custo pelo governo, bem como, uma avaliação indireta da qualidade do atendimento pela rede básica do SUS. **Objetivos:** Avaliar os dados espirométricos e nível de controle de asma em pacientes da rede pública encaminhados ao hospital de referência estadual em doenças respiratórias. **Metodologia:** Conduziu um estudo descritivo e observacional, no período de setembro/2016 a maio/2017, onde foram avaliados 128 pacientes asmáticos, atendidos consecutivamente por um único médico, sendo realizado uma espirometria com prova broncodilatadora e tendo respondido ao ACQ (Asthma Control Questionnaire). Os 5 pacientes com cardiopatia associada foram excluídos. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unifacs, sendo observadas todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados: Dos 123 pacientes que responderam ao ACQ, 75 (61%) pacientes foram classificados como asmáticos não controlados, 24 (19,5%) pacientes foram classificados com asma parcialmente controlada e apenas 24 (19,5%) pacientes como asma controlada. O VEF1 pré broncodilatação teve uma porcentagem média de $68,09 \pm 23,42$, mínimo de 22,0 e máximo de 142,0; já o VEF1 pós broncodilatação apresentou uma porcentagem média de $75,23 \pm 24,01$, com um mínimo de 24,0 e um máximo de 167,0 ($p < 0,001$). Não houve diferença funcional entre os sexos e procedência, se da capital ou do interior. Quando comparado o VEF1 com o grau de controle da asma de acordo com o ACQ, o valor médio em porcentagem do VEF1 nos pacientes classificados com asma controlada foi de $77,62 \pm 22,50$; nos pacientes com asma parcialmente controlada foi $71,04 \pm 27,18$, e naqueles com asma não controlada foi $64,10 \pm 21,65$ ($p = 0,076$). Foi realizada também a comparação da porcentagem média do VEF1 com apenas dois grupos de controle da asma: controlada x não controlada ($p = 0,01$); controlada x parcialmente controlada ($p = 0,366$); e parcialmente controlada com não controlada ($p = 0,203$). **Conclusão:** Chamamos atenção para o alto índice de pacientes com asma não controlada na rede pública, tanto na capital como nos provenientes do interior. Embora haja uma queda progressiva do VEF1 nos grupos dos paciente com asma controlada, parcialmente controlada e não controlada, essa diferença só foi estatisticamente significante entre o primeiro e terceiro grupo.

AP288 PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ASMA ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR, BAHIA**IGOR ALMEIDA ANJOS; AMANDA PORTELA SILVA; THAIANA MARCELINO RAMOS; ALANA ELEN BRAZ RIBEIRO; JÉSSICA****MAGALHÃES GUEDES; CLERISTON FARIAS QUEIROZ; MARGARIDA CELIA LIMA COSTA NEVES; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS UFBA, SALVADOR, BA.****Palavras-chave:** Asma; perfil clínico epidemiológico; salvador

Introdução: A asma é uma doença respiratória crônica que afeta até 18% da população mundial, estando o Brasil em elevada posição no panorama da prevalência da doença no mundo, e, dentre os estados brasileiros, se destacando a Bahia, conforme apontado pelo International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). A doença é definida pela história de sintomas respiratórios, juntamente com a limitação do fluxo aéreo expiratório. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico, epidemiológico, espirométrico e laboratorial dos pacientes com asma. **Métodos:** Estudo de corte transversal, observacional, descritivo, baseado na avaliação de prontuários de uma série de pacientes portadores de asma, acompanhados no Serviço de Pneumologia do Complexo Universitário Professor Edgard Santos, em Salvador, Bahia. Os prontuários avaliados foram eletrônicos, disponíveis por meio do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) do Serviço. Foram avaliados 329 pacientes, com diagnóstico de asma, baseados nos critérios da GINA, 2017 e da SBPT, 2014 para manejo da asma, atendidos durante o período de janeiro a dezembro de 2017. Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS 20.0. As variáveis descritivas qualitativas foram analisadas por meio de porcentagem e as variáveis descritivas quantitativas por meio de média $\pm$ desvio padrão ou mediana $\pm$ intervalo interquartil 25 – 75. **Resultados:** A média de idade em anos dos pacientes analisados foi de $57 \pm 14,5$. De acordo ao gênero, 81,8% dos pacientes eram do gênero feminino e 18,2% do gênero masculino. Em relação a gravidade da asma, 54% tinham asma leve, 19,8% moderada e 13,1% grave. A asma esteve controlada em 55,1% dos pacientes, parcialmente controlada em 26,4% e não controlada em 18,5%. Em relação aos fenótipos, 50,9% dos pacientes tinham asma alérgica, 24,9% asma não-alérgica, 1,5% asma de início tardio, 6% asma associada a obesidade, 11,3% ACO e 5,3% asma de difícil controle. A análise dos dados espirométricos mostrou as seguintes médias: VEF1 [63 ± 17 ; 69 ± 16]], CVF [76 ± 14 ; 80 ± 14]] e VEF1/CVF [80 ± 15 ; 84 ± 15]]. Dentre os pacientes avaliados, 11,3% eram tabagistas, 4,3% tabagistas passivos e 4,3% estavam expostos a fumaça de fogão a lenha; 19,7% tiveram exacerbações no ano de 2017, 18,2% utilizaram corticosteroides sistêmicos e 11,7% antibióticos durante o ano. O perfil inflamatório dos pacientes mostrou uma mediana de 5,5% (0-15) de eosinófilos na citologia nasal e 12% (0-21) de eosinófilos na citologia do escarro induzido. **Conclusões:** A maioria dos pacientes avaliados foi do gênero feminino, e se apresentou durante o ano de 2017 com asma leve e controlada. Dentre os fenótipos da asma, a asma alérgica foi a mais prevalente; os dados espirométricos mostraram um perfil de distúrbio ventilatório obstrutivo com VEF1 reduzido e reversibilidade discreta ao broncodilatador, apesar da relação VEF1/CVF ter se mostrado normal. A quantidade de eosinófilos no escarro induzido se mostrou elevada nesses pacientes.

AP289 ESTUDO DE CORRELAÇÃO ENTRE IDADE E FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES PORTADORES DE ASMA EM ATENDIMENTO NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**GISELE REIS FERREIRA PINTO; VINICIUS PEREIRA BASTOS; JULIANA SENNA SCHUBERT; ANTÔNIO ABDALA FILHO; MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO; PAULO ROBERTO CHAUVEY; THIAGO PRUDENTE BÄRTHOLO; NADJA POLISSENI GRAÇA UERJ/HUPE, RIO DE JANEIRO, RJ.**

Palavras-chave: Asma; espirometria; idade

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica com prevalência estimada de 330 milhões de pessoas em todo o mundo. Seu tratamento e manejo inadequados podem elevar o índice de exacerbações, piora da qualidade de vida, além de ocasionar remodelamento brônquico e um maior comprometimento funcional. **Objetivo:** Avaliar a correlação entre o tempo de doença (idade) e os parâmetros espirométricos em pacientes com diagnóstico de asma em acompanhamento regular no ambulatório de asma da UERJ.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal com 147 pacientes com o diagnóstico de asma em acompanhamento na UERJ. Foram selecionados apenas os pacientes com sintomas de asma desde a infância (78 pacientes). Destes, foram excluídos pacientes com história atual e pregressa de tabagismo, restando 59 pacientes. Estes 59 pacientes responderam a um questionário constando os seguintes parâmetros sociodemográficos: sexo, idade (anos) e IMC (kg/ m²). Os pacientes também foram classificados de acordo com o controle da asma (asma controlada, asma parcialmente controlada e asma não controlada). Os pacientes realizaram espirometria na mesma data da consulta. Foram utilizados os seguintes parâmetros espirométricos: CVF (%), VEF1/CVF e VEF1(%). Avaliou-se a correlação entre o tempo de doença (idade do paciente) e os parâmetros funcionais acima citados. Para a análise estatística foi utilizado o teste de correlação de Pearson, utilizando-se o programa SPSS versão 17.0 (IBM®), para o nível de significância com p-valor < 0,05. **Resultados:** Dos 78 pacientes, 47 (80%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 53,32 ± 16,10 anos e do IMC de 28,88 ± 6,23 kg/ m². Quanto aos resultados encontrados na espirometria, os valores médios obtidos dos parâmetros CVF (%), VEF1/CVF e VEF1 (%) foram de 80,18 ± 17,90; 67,46 ± 13,09; 68,16 ± 19,78, respectivamente. Quanto ao controle da asma, foram classificados como asma controlada 13 (22%) pacientes, asma parcialmente controlada 22 (37,3%) pacientes e como asma não controlada 24 (40,7%) pacientes. Houve apenas uma fraca correlação negativa entre a idade dos pacientes e os parâmetros funcionais CVF% (r = - 0,12; p = 0,37), VEF1/CVF (r = - 0,21; p = 0,11) e VEF1 % (r = - 0,14; p = 0,28). **Conclusão:** A asma é uma doença inflamatória crônica com elevada prevalência em todo o mundo. Seu tratamento e manejo inadequados podem ocasionar maior número de exacerbações, piora na qualidade de vida, proporcionando remodelamento brônquico e maior comprometimento funcional. Neste estudo, foram selecionados pacientes com sintomas de asma desde a infância sem história pregressa de tabagismo, demonstrando que o tempo da doença inflamatória não apresentou correlação com os parâmetros funcionais. Esta informação sugere que o impacto clínico e funcional na asma é de origem multifatorial. Este estudo apresentou algumas limitações, como o restrito número da amostra, além da ausência de medidas que pudessem mensurar objetivamente a adesão ao tratamento e o controle da asma.

AP290 AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO DOS NÍVEIS DE EOSINÓFILO E IGE NO CONTROLE DA ASMA EM PACIENTES COM ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE

AMANDA LAIS PERALTA; LUIZ HENRIQUE SOARES MACHADO; VANESSA MONIQUE ROSA; ROBSON APARECIDO PRUDENTE; SUZANA ERICO TANNI; ESTEFÂNIA APARECIDA THOME FRANCO UNESP, SAO MANUEL, SP.

Palavras-chave: Asma; tratamento; aderência

Introdução: A asma de difícil controle está associada a piores desfechos clínicos e maior uso de tratamento

farmacológico. No entanto, é essencial avaliar características clínicas, como os níveis de eosinófilos e IGE, que possam estar relacionados com o nível de controle da doença.

Objetivo: Analisar os valores de eosinófilo e IGE, de acordo com a aderência ao tratamento e o controle da doença nos pacientes que possuem diagnóstico de asma de difícil controle. **Métodos:** O estudo incluiu 74 pacientes que fazem acompanhamento no ambulatório de difícil controle de asma. Foram avaliados de acordo com a aderência referida ao tratamento, fármacos em uso, níveis de IGE e eosinófilo periféricos e questionário de controle de asma (ACQ-7). **Resultados:** Do total de pacientes, apenas 10% não foram aderentes ao tratamento. 55% faziam uso de corticóide inalatório, 83% faziam uso de associação de broncodilatador (BD) de longa duração com corticoide inalatório, 36% de BD de curta ação e 8,5% de BD de longa ação, sendo BD de longa ação anticolinérgicos (LAMA) e BD de longa ação beta-2 adrenérgicos (LABA). Apenas 32% dos pacientes estavam com asma controlada pelo ACQ. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos de asma controlada ou não controlada em relação aos valores de eosinófilos periféricos [100 (30-290) vs 102 (28,5-325); p = 0,80] e dos valores de IGE [173 (95,5-393) vs 102(163,5-62); p = 0,45]. **Conclusão:** Os níveis de eosinófilos e IGE não foram associados com o nível de controle da asma na população estudada.

AP291 PERFIL ATÓPICO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS COM ASMA GRAVE ATENDIDOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO EM GOIÁS

ISIS CRISTIANE FONSECA OLIVEIRA HELOU; LIVIA FIOROTTO CAMPOS; CAMILA MAIA DE MORAIS; LAIS GOMES DE CARVALHO; DANIÉLLI CHRISTINNI BICHUETTI-SILVA; NATASHA YUMI MATSUNAGA; LUSMAIA DAMACENO CAMARGO COSTA; RAQUEL VIDICA FERNANDES

HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Asma; atopia; alergia

Introdução: A sensibilização alérgica depende da interação entre genética e ambiente. Cerca de 85% dos pacientes com asma possuem algum tipo de sensibilização a aeroalérgenos. A realização dos testes cutâneos, dosagem sérica de Imunoglobulina E e eosinófilos é parte importante do diagnóstico, bem como do tratamento. **Objetivos:** Avaliar o perfil atópico das crianças e adolescentes com asma grave atendidos em ambulatório especializado no Hospital das Clínicas -Universidade Federal de Goiás através da dosagem de IgE sérica total, eosinófilos e teste cutâneo de sensibilidade. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal com pacientes entre 5-17 anos com diagnóstico de asma grave atendidos no período de junho de 2016 a dezembro de 2017, no Centro de referência de asma grave do HC-UFG. As seguintes variáveis em relação à atopia foram analisadas: dosagem sérica de IgE e eosinófilos, teste cutâneo de sensibilidade. Os pacientes foram classificados como portadores de asma grave por requererem tratamento baseado: no GINA, etapas 4 ou 5 no último ano ou corticosteroides orais em pelo menos metade do último ano, ou ainda que perderam o controle com redução da medicação. Os valores de referência utilizados para considerar as variáveis séricas analisadas como positivas foram: IgE maior que 30 e eosinófilos maior ou igual a 4%. O teste cutâneo de sensibilidade foi realizado seguindo recomendações da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, sendo resposta positiva quando o tamanho das pápulas foi de 3 mm acima do controle negativo. Os alérgenos testados foram os respiratórios mais comuns (Dermatophagoides Pteronyssinus, Dermatophagoides Farinae, Blomia Tropicalis, Barata mix, Canis familiares, Felis

domesticus, Fungos Mix III, Aspergillus fumigatus) e foram considerados sensibilizados os paciente que apresentaram positividade para pelo menos uma destas substâncias.

Resultados: Quarenta e três pacientes participaram do estudo, destes 74,4% eram do sexo masculino com média de idade de $10,1 \pm 3,3$ anos e mediana de 10,0 (5,0-17,0). Foi encontrada uma porcentagem de 81,4% de pacientes com IgE positivo, 51,2% de pacientes com eosinófilos aumentados. A correlação realizada entre a dosagem de IgE e eosinófilos é positiva, regular e estatisticamente significativa (0,45). A sensibilização observada no teste cutâneo de sensibilidade foi de 60,5%, sendo que nesses pacientes a média de dosagem de IgE foi de $672,8 \pm 702,8$, enquanto a média de eosinófilos foi de $4,8 \pm 3,6$. Nos pacientes que não sensibilizaram no teste cutâneo a média da dosagem de IgE foi de $532,4 \pm 471,3$ e a média de eosinófilos de $5,5 \pm 4,5$. Não foram encontradas diferenças entre os valores de IgE ($p = 0,90$) e eosinófilos ($p = 0,93$) quando comparados os grupos com sensibilização cutânea positiva e negativa.

Conclusões: A amostra analisada é constituída em sua maioria por sexo masculino, e há predomínio do padrão de atopia pelos critérios laboratoriais de dosagem de IgE, dosagem de eosinófilos e sensibilização cutânea.

AP292 EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E ASMA EM ESCOLARES: ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL ANINHADO A UMA COORTE

HELI VIEIRA BRANDÃO; SUSANA PAIM SANTOS; TATIANA OLIVEIRA VIEIRA; ISAC SUZART GOMES; MARCELO LEANDRO SANTANA CRUZ; GRACIETE OLIVEIRA VIEIRA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA, BA.

Palavras-chave: Asma; carie; criança

Objetivo: verificar se experiência de cárie aos 10 anos de idade está associada a asma, mediante a história parental de asma em uma coorte de nascidos vivos. **Método:** análise transversal de uma coorte de nascidos vivos, entre abril de 2004 a março de 2005. A amostra foi constituída por crianças que completaram a idade de 10 anos e suas respectivas mães, obtida da população de 672 crianças acompanhadas na coorte. Experiência de cárie em dentição decidua e permanente foi avaliada pelos índices ceo-d e CPO-D e o diagnóstico de asma foi realizado pela aplicação do questionário do ISAAC. O teste do Qui - quadrado de Pearson, análise de regressão logística e o efeito modificador da história parental de asma foram utilizados na análise estatística e a evidência do efeito modificador assegurado pelo Likelihood Ratio Test. **Resultados:** a prevalência de asma foi de 16,5% e de experiência de cárie, 50,9%. Experiência de cárie não esteve associado a asma e OR: 0,69 IC 95% (0,31-1,15) e não houve interação entre história parental de asma na avaliação da associação entre ocorrência de cárie aos 10 anos e asma, OR: 0,58 IC 95% (0,24-1,40). **Conclusão:** crianças com asma tem elevada frequência de biofilme. Experiência de cárie não esteve associada a asma em crianças aos 10 anos de idade considerando a história parental de asma.

AP293 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ASMÁTICOS: INVESTIGAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

HELAINÉ DIAS GUIMARAES; TALYTA GARCIA DA SILVA RIBEIRO; JOSIEL GUEDES DA SILVA; SAPHYRA MEDEIROS SALEM; MARCELO MARTINS ARAGÃO; JOSÉ ÁLVARO NASCIMENTO PAIXÃO; DENICY ALVES PEREIRA FERREIRA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA

UFMA, SAO LUIS, MA.

Palavras-chave: Qualidade de vida; asma; fatores de risco

Introdução: A asma brônquica é uma síndrome inflamatória

crônica de elevada prevalência mundial, afetando aproximadamente 300 milhões de indivíduos de todas as faixas etárias. A avaliação da qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas como a asma é fundamental, uma vez que há repercussão no âmbito biopsicossocial, assim como pode apresentar influências no dia a dia desses indivíduos, afetando também os familiares, a rotina e a qualidade de vida de todos os envolvidos. **Objetivo:** Avaliar associação de diferentes fatores com a qualidade de vida de pacientes asmáticos acompanhados em um Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) no Estado do Maranhão. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico de avaliação da Qualidade de Vida (QV) em 65 pacientes com asma moderada e grave, acompanhados ambulatorialmente no PAPA, anexo do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Os dados analisados foram obtidos mediante aplicação do questionário sociodemográfico e o Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ). Na avaliação da QV, a média dos dados foram agrupados em dois grupos: baixa QV (< 6) e alta QV (≥ 6), no qual ≥ 6 é indicativo de ausência de impacto ou impacto mínimo. A estatística descritiva e o teste de qui-quadrado foram empregados na análise dos dados. O presente estudo adotou como software o Stata versão 14.0 para análise estatística. Esta investigação epidemiológica obedeceu a Resolução 196/96 do CNS (47) e suas complementares. **Resultado:** A média de idade foi $54,4 \pm 12$ anos, predominando 61,54% do sexo feminino e 56,92% tinham menos de oito anos de estudo. Cerca de 50,77% autodeclararam-se pardos e 64,62% não exerciam atividade remunerada. A prevalência de rinite e rinossinusite corresponderam 75,38% e 44,62%, respectivamente. Na avaliação da qualidade de vida em asmático, os domínios atividade (64,62%), sintoma (63,08%), emoção (63,08%) e ambiente (69,23%) obtiveram scores menores que seis. No presente estudo, a pontuação geral do AQLQ e os escores individuais do domínio AQLQ observou-se ausência de diferença estatisticamente significativa quando associados a sexo, idade, nível de escolaridade, medicação em uso, rinite alérgica ou Índice de Massa Corporal (IMC). **Conclusão:** A asma é considerada um problema de saúde pública que tem repercussões significativas na qualidade de vida do indivíduo. O presente estudo demonstrou ausência de diferença estatística dos escores de QV com determinadas variáveis, se contrapondo com outros estudos epidemiológicos. Entretanto, as médias dos domínios atividade, sintomas, emoção e ambiente apresentaram-se com escores baixos. Dessa forma, é essencial abordar na clínica o impacto da asma na qualidade de vida, tendo em vista que inúmeros fatores podem estar imbricados nesse contexto.

AP294 FREQUÊNCIA DO USO DE CORTICÓIDE INALATÓRIO PELA ATENÇÃO BÁSICA EM PACIENTES ASMÁTICOS ENCAMINHADOS AO HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA (HEOM) – SUS-BAHIA, REFERÊNCIA EM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

DANIEL DINIZ CHALHOUB¹; ANDRÉ BANDEIRA MONTAL¹; BRUNO MACIEL DOS SANTOS¹; FELIPE CARNEIRO CONCEIÇÃO¹; FERNANDA WARKEN ROSA²; AQUILES ASSUNÇÃO CAMELIER³; MARCELO CHALHOUB COELHO LIMA⁴

1. UNIFACS, SALVADOR, BA; 2. COLEGIADO DE FISIOTERAPIA/ DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA/ UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR, BA; 3. COLEGIADO DE MEDICINA/DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA/ UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA E EBMS, SALVADOR, BA; 4. HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA/ UNIFACS, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Asma; corticoide inalatório; sus

Introdução: A asma é uma doença frequente, cujo manejo recomendado na atenção básica consiste no uso de corticoide inalatório associado ou não a broncodilatadores. A descrição da frequência de pacientes com o manejo farmacológico adequado pode refletir o grau de capacitação técnica que a rede básica e/ou as unidades de emergência têm sobre essa enfermidade. **Objetivos:** Avaliar a frequência do uso de corticoide inalado em asmáticos prescritos pela rede básica. **Metodologia:** Foi conduzido um estudo transversal, no ambulatório de primeiro atendimento de um hospital especializado em doenças respiratórias da rede estadual de saúde – SUS – Bahia, o (HEOM), no período de setembro de 2016 a maio de 2017. Os critérios de inclusão foram: pacientes referenciados pela atenção básica para consulta com a pneumologia pela rede SUS – Bahia; idade maior que 12 anos e diagnóstico de asma persistente. Foi utilizada uma amostra de conveniência onde foram atendidos consecutivamente por um mesmo médico, 128 pacientes que preencheram os critérios preconizados pelo GINA para o diagnóstico de asma. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifacs, sendo observadas todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi utilizada a estatística descritiva dos dados. **Resultados:** Dos 128 pacientes asmáticos, 82 (64,1%) eram do sexo feminino, tinham idade média de 40,3 anos e 103(80,5%) proveniente da capital Salvador. Treze (10,2%) possuíam comorbidades associadas como cardiopatias diversas ou doenças pulmonares outras. Apenas 11 pacientes (8,6%) já haviam usado ou tinha alguma receita com corticoide inalatório, sendo que 6 desses foram avaliados por pneumologistas e encaminhados para cadastro no PROAR, programa para acompanhamento e distribuição gratuita dessas medicações. A rede básica ou emergência foram responsáveis apenas por 5 orientações de corticoide inalatório dentre os 122 pacientes restantes, ou seja 4,1%. **Conclusões:** Observou-se uma baixa taxa de uso ou indicação do uso de corticoide inalatório pela rede básica, provavelmente pela falta de capacitação dos profissionais médicos não especialistas que atuam a este nível de atenção à saúde.

AP295 PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES ASMÁTICOS ASSISTIDOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO MARANHÃO

JOSÉ ÁLVARO NASCIMENTO PAIXÃO; JOSIEL GUEDES DA SILVA; AMANDA PEREIRA CARVALHO; SOLANO KALUANGILA ANDREILINO SANTIAGO; VITOR PAIXÃO CRUZ; LAIZE NOGUEIRA DE CALDAS; HELAINE DIAS GUIMARAES; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA
UFMA, SÃO LUIS, MA.

Palavras-chave: Asma; ansiedade; depressão

Introdução: Conviver com uma doença crônica é uma fonte de angústia e preocupação tanto para o paciente quanto para os seus familiares. A asma brônquica é uma doença respiratória crônica que acomete cerca de 10% dos brasileiros. Segundo a OMS, no Brasil a prevalência de depressão atinge 5,8%, enquanto os distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9,3% da população. Existem evidências de que a asma está associada com um aumento dos sintomas psiquiátricos e transtornos mentais. **Objetivo:** verificar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes asmáticos e avaliar a relação entre o controle da asma e os transtornos psiquiátricos. **Métodos:** Estudo analítico transversal realizado no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra (HUUFMA - UPD) com pacientes com diagnóstico

de asma moderada ou grave, com idade ≥ 18 anos e em acompanhamento ambulatorial no PAPA há mais de 06 meses. Os participantes responderam questionários contendo dados demográficos e clínicos, avaliação do controle da asma (ACT), e o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), para determinar o escore e/ou diagnóstico de ansiedade e depressão. O teste do qui-quadrado foi utilizado para análise das proporções, considerando-se significância estatística valores de $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 48 pacientes, sendo 38 (79,2%) do sexo feminino, com média de idade de 53 anos. 30 pacientes (62,5%) se autodeclararam pardos. Da amostra em questão, 16 (33,3%) pacientes estavam com a asma não controlada, 29 (60,4%) possuíam a asma bem controlada e em 3 (6,3%) a asma estava totalmente controlada. 10 (20,8%) pacientes apresentaram ansiedade provável, 8 (16,7%) apresentaram ansiedade possível e 30 (62,5%) ansiedade improvável. 5 (10,4%) pacientes apresentaram depressão provável, 7 (14,6%) apresentaram depressão possível e 36 (75%) depressão improvável. Ao realizar correlação entre o controle da asma e o escore de ansiedade, notou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). **Conclusão:** A ansiedade e depressão são distúrbios com maior prevalência em pacientes asmáticos. Neste estudo, as prevalências de ansiedade e depressão foram superiores as encontradas na população geral. Mais de um quarto dos pacientes demonstraram componentes de transtorno psicológico (37,5% ansiedade possível ou provável e 25% depressão possível ou provável), sendo que os pacientes que pontuaram como provável ou possível para ansiedade mais frequentemente possuíam asma não controlada.

AP296 PROPORÇÃO DE EOSINÓFILOS NO ESCARRO INDUZIDO COMO PREDITOR PARA GRAVIDADE DA ASMA

AMANDA PORTELA SILVA; IGOR ALMEIDA ANJOS; THAIANA MARCELINO RAMOS; ALANA ELEN BRAZ RIBEIRO; JÉSSICA MAGALHÃES GUEDES; CLERISTON FARIAS QUEIROZ; MARGARIDA CELIA LIMA COSTA NEVES; ANTONIO CARLOS MOREIRA LEMOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Asma; gravidade da asma; eosinófilos no escarro

Introdução: A asma é uma doença respiratória crônica que afeta até 18% da população mundial, estando o Brasil em elevada posição no panorama da prevalência da doença no mundo, e, dentre os estados brasileiros, se destacando a Bahia, conforme apontado pelo International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). A doença é caracterizada por uma inflamação crônica e pela presença de eosinófilos recrutados por células TH2, cuja ativação está relacionada à severidade da doença. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a quantidade de eosinófilos no escarro induzido e a gravidade, o controle e a presença de exacerbações da asma. **Métodos:** Estudo de corte transversal, observacional, descritivo, baseado na avaliação de prontuários de uma série de pacientes portadores de asma, acompanhados no Serviço de Pneumologia do Complexo Universitário Professor Edgard Santos, em Salvador, Bahia. Foram avaliados 329 pacientes, com diagnóstico de asma, baseados nos critérios da GINA, 2017 e da SBPT, 2014 para manejo da asma, atendidos durante o período de janeiro a dezembro de 2017. Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS 20.0. As variáveis descritivas qualitativas foram analisadas por meio de porcentagem e as variáveis descritivas quantitativas por meio de média $\pm$ desvio padrão ou mediana $\pm$ intervalo interquartil 25 – 75. A análise inferencial foi realizada através do Mann-Whitney Test, e valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. **Resultados:**

Em relação a gravidade da asma, 54% tinham asma leve, 19,8% moderada e 13,1% grave. As provas de função pulmonar mostraram os seguintes valores de VEF1 pré/pós broncodilatador de acordo a gravidade: leve (66 ± 18 ; 70 ± 18); moderada (64 ± 14 ; 72 ± 14) e grave (55 ± 19 ; 62 ± 20). A proporção de eosinófilos em relação a gravidade da asma foi de 0% (0-14) na asma leve, 16% (0-21,75) na asma moderada e 17% (12-22) na asma grave. A asma esteve controlada em 55,1% dos pacientes, parcialmente controlada em 26,4% e não controlada em 18,5%. As provas de função pulmonar mostraram os seguintes valores de VEF1 pré/pós broncodilatador de acordo ao controle: controlada (62 ± 17 ; 68 ± 16); parcialmente controlada (66 ± 15 ; 73 ± 14) e não-controlada (57 ± 20 ; 67 ± 21). A proporção de eosinófilos em relação ao controle da asma foi de 0% (0-14,75) na asma controlada, 12% (0-21) na asma parcialmente controlada e 18% (12-21,75) na asma não-controlada. Dentre os pacientes avaliados, 19,7% tiveram exacerbações no ano de 2017 e 18,2% utilizaram corticosteroides sistêmicos. Quando relacionadas a eosinofilia no escarro induzido, as variáveis gravidade da asma, controle da asma, presença de exacerbações e necessidade de corticoide sistêmico tiveram associação estatisticamente significativa, com valores de $p < 0,035$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente. **Conclusões:** O componente inflamatório eosinofílico se mostrou como um importante preditor de inflamação, associando-se progressivamente com a gravidade da asma.

AP297 RISCO AUMENTADO DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E SONOLÊNCIA EXCESSIVA DIURNA E SUA RELAÇÃO COM O CONTROLE DA ASMA

ANA BEATRIZ CAMPELO CAMPOS¹; BRENDON DA SILVA SANTANA²; DAYANNE NOBRE PERERA¹; LAISSON DE MOURA FEITOZA¹; LUIZ FELIPE BALDEZ¹; JOSÉ LÚCIO MONTEIRO WOLFF FILHO¹; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA, SÃO LUÍS, MA.

Palavras-chave: Asma; apneia; associação

Introdução: Vários autores têm demonstrado associação entre AOS e asma. Tanto a asma quanto a AOS podem ser caracterizadas por anormalidades da nasofaringe e das vias aéreas inferiores, que podem coexistir em uma mesma resposta a estímulos inflamatórios ou atópicos, ou ainda por fatores genéticos que afetam as vias aéreas. **Objetivo:** Asma é uma doença inflamatória das vias aéreas, cujo controle pode associar-se à apneia obstrutiva do sono (AOS). Vários autores têm demonstrado associação entre AOS e asma, tanto na causalidade dessas doenças, quanto na melhora dos sintomas da asma após tratamento da AOS. **Métodos:** Um total de 247 pacientes asmáticos foram avaliados, em um programa de asma, pelo Questionários de Berlim (QB), Escala de Sonolência de Epworth (ESE) e Asthma Control Test (ACT), de forma a relacionar o risco de AOS e o nível de controle da asma. **Resultados:** O perfil da nossa amostra foi de 67,89% mulheres, com média de idade de 51,51 anos. Asma grave associou-se a 51,02% da amostra e 45,87% apresentava asma controlada. Sonolência diurna excessiva (SDE) e alto risco para AOS foram encontrados em 31,19% e 29,82% dos pacientes, respectivamente. A SDE e o risco de AOS em conjunto demonstraram associação significativa com o não controle da asma quando ambos os questionários foram positivos com razão de prevalência de 2,936 (IC 1,254 - 6,873), em relação à razão quando apenas um dos questionários foi positivo e 2,850 (IC 1,184 - 6,862), quando ambos foram negativos. **Conclusão:** O QB e a ESE, utilizados no rastreio da AOS, quando positivos, estão mais associados ao não controle da asma. Sendo a AOS um

importante fator de risco para a exacerbação da asma, a aplicação destes questionários simultaneamente evidencia um novo e efetivo instrumento de rastreio para AOS em pacientes asmáticos, sem aumentar os custos de saúde.

AP298 DISTÚRBIOS DE HUMOR NA ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE: UMA SÉRIE DE CASOS

PAULA QUENTAL LIMA OLIVEIRA¹; LIANA GONÇALVES MACEDO¹; CARLOS FEITOSA LUNA¹; ADRIANA VELOZO GONÇALVES¹; DEBORAH LUCENA MARKMAN¹; FERNANDO JOSÉ BARROS SILVA FILHO¹
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Asma; ansiedade; depressão

Introdução: A asma é caracterizada por inflamação crônica e hiperresponsividade das vias aéreas. Assim como em outras enfermidades crônicas, também há relatos da ocorrência de transtornos do humor na asma, em especial naqueles quadros considerados de difícil controle. O conceito de controle da asma refere-se à supressão das suas manifestações, seja espontaneamente ou pelo tratamento, e engloba dois pontos principais: melhora dos sintomas e redução dos riscos futuros. Na ausência de controle da asma é recomendado confirmação do seu diagnóstico, pesquisa da adesão ao tratamento e verificação da técnica correta do uso de dispositivos inalatórios. Sabe-se ainda que a presença de algumas comorbidades podem contribuir para persistência dos sintomas, com destaque para rinossinusite, síndrome da apneia obstrutiva do sono, doença do refluxo gastroesofágico e obesidade, ressaltando-se também a importância dos distúrbios de humor como ansiedade e depressão. **Objetivos:** Verificar em pacientes com asma de difícil controle em uso de anti-IgE a ocorrência de ansiedade e depressão através do questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e descrever nesses pacientes, a presença de outras comorbidades, grau de comprometimento da função pulmonar, dose utilizada de medicações inaladas e de corticosteroide sistêmico. **Métodos:** Nessa série de casos foram avaliados os pacientes com asma de difícil controle que estivessem em uso de anti-IgE. Utilizou-se a espirometria e a aplicação de questionários para verificar o controle da asma (ACT) e a presença de ansiedade e depressão (HADS). **Resultados:** Foram avaliados oito pacientes com asma de difícil controle e em uso de anti-IgE, sendo a maioria (62,5%) do sexo feminino. A média de idade foi de 49 anos. Todos os pacientes apresentavam asma não controlada, com ACT < 20. A espirometria revelou distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado em 37,5% dos pacientes. Todos recebiam anti-IgE, dose máxima de corticosteroide inalado e beta agonista de longa ação e 37,5% faziam uso regular de corticosteroide sistêmico e anti-muscarínico de longa ação. Toda a amostra apresentou no mínimo uma comorbidade que interfere no controle da asma, como rinossinusite (75%), síndrome da apneia obstrutiva do sono (25%), doença do refluxo gastroesofágico (37,5%) e obesidade (50%). Dos oito pacientes envolvidos, três (50%) apresentaram depressão, um (12,5%) ansiedade, enquanto um (12,5%) apresentou o binômio ansiedade e depressão. **Conclusão:** Observou-se frequência elevada de ansiedade e depressão nos pacientes com asma de difícil controle avaliados nesse estudo, quando comparada à população em geral. Na avaliação dos pacientes asmáticos deve-se considerar o impacto negativo que as comorbidades, em especial os distúrbios do humor, podem representar sobre o seu controle.

AP299 CONHECIMENTO POPUCIONAL SOBRE ASMA E FATORES ASSOCIADOS NA CIDADE DE FORTALEZA

LARA MATOS RODRIGUES¹; ELCINEIDE SOARES DE CASTRO¹; IGOR KENNED DURÃES PAIVA¹; MARIA ISADORA MORAES BEZERRA¹

ANA CAROLINE GUEDES SILVA; DANIEL PONTE FROTA; LÍVIA RODRIGUES DE ARAÚJO; VITOR CARNEIRO DE VASCONCELOS GAMA

UFC, FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Asma; população; conhecimento

Introdução: A asma é uma doença crônica caracterizada por inflamação das vias aéreas inferiores, hiperresponsividade e broncoespasmo com obstrução reversível do fluxo aéreo. Devido a essa hiper-reatividade do trato respiratório, diversos estímulos como infecções ou contato com alérgenos podem desencadear um quadro de obstrução aguda das vias aéreas inferiores, chamado crise asmática ou exacerbação. Como a asma é a terceira causa de internações entre crianças e adultos jovens no país, é importante que a população tenha um conhecimento mínimo sobre como a doença se manifesta e o que pode provocar as crises e como reconhecê-las, no intuito de facilitar o tratamento e evitar complicações. **Objetivos:** A principal finalidade de tal trabalho é analisar o conhecimento da comunidade acerca da asma e seus fatores desencadeantes, visto que o entendimento básico desta doença é um fator determinante para a evolução positiva do enfermo sem exacerbações e com êxito no tratamento. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal que utilizou um questionário semi-estruturado com 17 questões. O questionário foi aplicado pessoalmente através da técnica auto-aplicação para a população escolhida de forma aleatória durante uma extensão universitária sobre a asma no bairro Benfica de Fortaleza, contou com a participação de 52 pessoas. Foram excluídos os questionários que não tinham todas as perguntas preenchidas. **Resultados:** Foram analisadas entrevistadas 52 pessoas, com mediana de idade de 26 anos, sendo 63,4% mulheres. Deles, 17,3% afirmou ter asma e 42,3% disseram ter familiares com asma, com aqueles tendo história familiar positiva para asma em 55,5% dos casos. Quando questionados se a asma era uma doença, 50% afirmaram que sim, 36,5% que não e 13,5% não sabiam. Ao serem indagados quanto a relação da doença com alergias 78,8% afirmaram que havia tal correlação. 36,5% sabiam até 5 fatores desencadeantes de crises, 9% mais de 5, 28,8% até 2 e 25,6% não sabiam. 94,2% afirmaram que o tabagismo pode piorar a situação de asmáticos. Em relação ao reconhecimento de uma crise asmática 11,5% sabiam mais que 3 sinais ou sintomas, 17,3% até 3, 63,4% até 2 e 7,8% não sabiam reconhecer crises. **Conclusão:** Foi possível notar a prevalência da doença no cotidiano dos participantes da pesquisa, observando que cerca de 40% tinham familiares com asma e 17,3% são asmáticos. Mesmo com 50% dos entrevistados não considerarem a asma como uma doença, a maioria do público correlacionou tal patologia com o tabagismo e com alergias. No entanto, grande parcela dos entrevistados não sabia identificar sintomas da crise e fatores desencadeantes, o que dificulta reconhecer a crise nos estágios iniciais para ajudar alguém que necessita de atendimento médico, sendo este buscado em gravidade de doença ou crises asmáticas. Tal fator piora o prognóstico dos pacientes, devendo portanto haver estratégias de promoção e prevenção de saúde visando detecção precoce, melhora na qualidade de vida e redução de custos.

AP300 TERAPIA ANTI-IGE EM ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA REFRATÁRIA: RELATO DE CASO

PAULO CÉSAR MENDES NUNES; LETÍCIA SANTOS DE CARVALHO; JOÃO VÍCTOR LOLA CARVALHO; CAROLINE NUNES AMARANTE; IVANA ALMEIDA DA SILVA; THAIS MACÊDO DE AMORIM; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO; EDVAL GOMES DOS SANTOS JUNIOR

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS, FEIRA DE SANTANA, BA.

Palavras-chave: Anticorpos monoclonais; aspergilose broncopulmonar alérgica; asma

Introdução: A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma complicação peculiar em asmáticos na qual alterações decorrentes de hipersensibilidade a *Aspergillus fumigatus* agregam significativa morbidade. Embora sua fisiopatologia não seja completamente elucidada, acredita-se que o fungo se prolifera no lúmen da via aérea e promove liberação antigênica constante, desencadeando reações de hipersensibilidade tipo I e III, mediadas por IgE e IgG específicas respectivamente, além de atividade anormal das linhagens linfocíticas. O tratamento convencional envolve corticosteroides sistêmicos (CES) e antifúngicos, porém evidências apontam benefício de omalizumabe em casos refratários. **Relato de caso:** Mulher caucasiana de 63 anos, comerciária, antecedentes de DRGE, hipotireoidismo e osteopenia, portadora de asma de difícil controle, apresentou diagnóstico de ABPA durante investigação de bronquiectasias centrais em campos superiores. Durante seguimento nos últimos 7 anos, recebeu terapia com LABA/CI e diversos ciclos de CES durante exacerbações eosinofílicas geralmente acompanhadas de aumento dos níveis de IgE e novas opacidades radiológicas. A associação de imidazólicos foi necessária durante alguns momentos do tratamento. Nos últimos dois anos, evoluiu com piora clínica e funcional, passou a não tolerar desmame da prednisona, eosinofilia persistente (Eo10%970. IgE = 235) e as exacerbações tornaram-se mais frequentes. Desta forma, optamos por iniciar omalizumabe 300mg/mês. A paciente respondeu de forma favorável com desmame do CES no segundo mês, melhora da eosinofilia (Eo5,4%322) e das opacidades brônquicas intraluminais. Houve exacerbação infecciosa isolada tratada com ciclo curto de CES e antibiótico apresentando boa resposta. Após 9 meses em vigência desta terapia, apresenta controle prolongado da asma, função pulmonar normal e contagem de eosinófilos em 8% não relacionada com alteração clínica. **Discussão:** O omalizumabe é anticorpo monoclonal que se liga ao domínio CH3, próximo ao sítio de ligação do receptor Fc ϵ 1, com capacidade de neutralizar IgE livre e inibir a sua resposta na sensibilização de mastócitos e basófilos. Relatos na literatura reforçam bom perfil de segurança e tolerabilidade no tratamento da ABPA. O aumento relativo dos níveis séricos de IgE durante o tratamento pode ocorrer, relacionado a múltiplas moléculas de IgE ligadas ao anticorpo que apresenta clearance identificado. Assim, aferir rotineiramente níveis desta imunoglobulina não é recomendado. Entretanto, alguns pacientes podem apresentar redução dos níveis de IgE livre ao longo do tratamento.

AP301 PRINCIPAIS COMORBIDADES DE ASMÁTICOS ACOMPANHADOS EM UM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA – PA

ALINE CUNHA GUIMARÃES¹; RUAN SEGUIN AZEVEDO QUARESMA²; JOSE TADEU COLARES MONTEIRO¹; BIANCA DAMASCENO GONÇALVES¹; BARBARA BORGES CONCONNE GOMES¹; ANA EMÍLIA VITA CARVALHO¹

1. CESUPA, BELEM, PA; 2. FAMAZ, BELEM, PA.

Palavras-chave: Paciente asmático; comorbidades; ambulatório belém-pa

Introdução: Asma é uma doença inflamatória crônica causada por hiper-reatividade das vias aéreas inferiores, apresentando tosse, sibilância, aperto no peito e dispnéia, com limitação ao fluxo aéreo, reversível ou não, levando a limitação das atividades. As comorbidades são entidades

clínicas distintas associadas, podendo ocorrer durante a evolução de um paciente. O paciente asmático pode ter comorbidades, que prejudicam o controle da asma, se não houver tratamento adequado. Na Amazônia, os trabalhos sobre asma correlacionados à comorbidades são escassos. Serão apresentadas as principais comorbidades em asmáticos em um ambulatório de Pneumologia em Belém, no Pará. **Objetivo:** Relacionar o perfil sócio demográfico dos pacientes diagnosticados com asma no Centro de Especialidades Médicas (CEMEC) do CESUPA, comparando com os dados epidemiológicos da asma no Brasil. Comparar ocorrência de comorbidades e sua relação com o manejo da asma. **Método:** Estudo descritivo-analítico transversal com análise quantitativa, com base em questionário socioeconômico, acompanhados no Ambulatório de Pneumologia do CEMEC, no período de dezembro de 2016 a junho de 2017, com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do CESUPA, e a amostra de 42 pacientes. **Resultados:** No trabalho, a maioria dos pacientes eram do sexo feminino (82,5%). A idade variando de 24 a 82 anos, com média igual a 56 anos. Sobre a escolaridade, 47,5% completaram o Ensino Médio, 22,5% é aposentado (a) e dona de casa (20%). Do total, 22 pessoas (53,7%) não tiveram asma desde a infância, 38 (92,7%) usam medicamentos para vias aéreas, 25 (61%) têm familiar asmático e 36 (87%) possuem alergia. Dentre os pacientes diagnosticados com asma, 58,6% nunca fumaram ativamente. E do restante, 4,9% fumaram durante mais de 40 anos, 2,4% fumaram com duração entre 31 a 40 anos. Os fumantes passivos correspondem a 2,4%. E além de asma, 29 pacientes (70,7%) também apresentam outras comorbidades. Das comorbidades correlacionadas, as predominantes são HAS isolada ou associada (55,2%), DM2 isolada ou associada (20,7%). **Conclusões:** As comorbidades representam um risco aumentado para a incidência e prevalência de asma, podendo ser fatores de risco ou um agravante adicional. De acordo com o documento GINA 2017, há a estimativa de 30 milhões de indivíduos afetados no mundo. A prevalência de sintomas de asma na América Latina continua a aumentar. O sexo feminino foi o mais afetado, indo ao encontro com a literatura, bem como os trabalhadores que utilizam produtos de limpeza também são mais afetados de forma relevante. As comorbidades mais encontradas foram a exposição ao tabaco, o que aumenta o risco de doença respiratória no trato inferior, paciente com doença alérgica respiratória - do tipo rinite alérgica -, com Diabetes Mellitus tipo dois, Hipertensão Arterial Sistêmica e transtornos psiquiátricos. E para uma coorte, na qual a média de idade é 56 anos, torna-se a faixa etária mais prevalente para essas doenças.

AP302 ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE EM CRIANÇAS – EXEMPLO DE UM CASO DE SUCESSO COM O USO DE OMALIZUMABE

GILMAR ALVES ZONZIN; GLEICY HELLEN DA SILVA ROCHA; STÉFANIE MARIA MOURA PELÓGGIA; LUCIANO RODRIGUES COSTA; MARIANE PAIVA RANGEL; LÍVIA CORTIZO REIS; CAMILA BOECHAT CAVALCANTE DE MEDEIROS; EDUARDO VILLAR GUIMARÃES
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ.

Palavras-chave: Asma; omalizumabe; controle

A asma é a principal doença crônica em crianças, sendo a asma de difícil controle (ADC) desafiadora tanto para diagnóstico quanto manejo. O Omalizumabe demonstrou eficácia em quadros de asma alérgica grave não controlados com o tratamento convencional, melhorando qualidade de vida e reduzindo risco de exacerbações. G. P. S., 6 anos no primeiro contato, feminino, residente de Volta Redonda-RJ, foi ao ambulatório de pneumologia em março/2014,

relatando crises recorrentes de asma associada a rinite, em uso de Montelukaste, Fluticasona, Acebrofilina e Betametasona. Apresentava tosse persistente, limitação nas atividades de vida diárias (AVDs), cansaço aos mínimos esforços e despertares noturnos por crises de falta de ar. Relato de internações frequentes por pneumonia mas sem documentação radiológica. Realizou espirometria que alcançou critérios de aceitação e reprodutibilidade (valores percentuais pré, pós e variação de CVF58 71 22–VEF1 65 79 21–VEF1/CVF109 108 1). Ajustada terapêutica com Fluticasona-Salmeterol, Salbutamol spray, Montelukaste, corticoide nasal spray e lavagem nasal. Prescrito Amoxicilina-clavulanato, corticoide sistêmico e anti-histamínico parar rinossinusite. Evoluiu com melhora parcial. Exames complementares adicionais com eosinofilia (9,7%), IgE total alta (1491 UI) e elevação dos subtipos associados a alérgenos respiratórios, compatível com asma alérgica eosinofílica. No retorno persistiam sintomas e exacerbações menos intensas e frequentes mas sem controle da doença. Mãe confirmava adesão ao tratamento e controle ambiental. Imediado tratamento adicional para refluxo gastroesofágico com Ranitidina, Domperidona e medidas não medicamentosas, com melhora adicional mas persistência dos sintomas. Elevada dose de medicação inalatória pafa 25/250. Realizou tomografias de tórax e de seios da face e avaliação de déficit imune celular e humoral, sem anormalidades. Foi introduzido Tiotrópio fora da faixa etária preconizada e solicitada dispensação de Omalizumabe em dose adequada para o peso e níveis séricos de IgE. Manteve asma fora do controle, com melhora parcial mas com exacerbações com idas ao pronto-socorro e uso recorrente de corticoide oral. Após dispensação com cerca de 3 meses de uso de Omalizumabe exibiu melhora dos sintomas, ausência de limitação às AVDs e dos despertares noturnos, evoluindo de um Teste de Controle de Asma de 8 para 23. Não apresentou exacerbação nem necessidade de novos cursos de corticoterapia sistêmica ou idas ao PS. Normalizou função pulmonar (valores percentuais, CVF 92 109 18 – VEF 1 75 85 12 –VEF1/CVF 81 77 5). Com o desenvolvimento de medicamentos mais eficazes para o controle da asma, a maioria das crianças consegue bom controle da doença, porém, um grupo de asmáticos continua a ter falta de controle, apesar da terapia máxima caracterizando ADC. O caso clínico relatado mostra que a Introdução do Omalizumabe quando corretamente indicado leva a redução das exacerbações a melhora da qualidade de vida.

AP303 INTERNAÇÕES E ÓBITOS POR ASMA NO BRASIL, UMA REVISÃO DE LITERATURA

JOÃO VITOR FLORES MOREIRA; BRENDA MACHIONI OLIVEIRA; JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER; RAUL VIDICA TEODORO BARCELOS; MARCELO FARIA PINHEIRO
UNIRV - CAMPUS APARECIDA, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Asma; óbitos; hospitalização

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica que, segundo o Ministério da Saúde, atinge cerca de 6,4 milhões de brasileiros acima de 18 anos. Sendo, uma importante causa de internações todos os anos e responsável por consumir cerca de 25% da renda de famílias de menor poder aquisitivo. Contudo, quando diagnosticada e tratada precocemente gera menores repercussões financeiras e sociais, que vão desde a redução no número de internados por exacerbação, até redução na taxa de óbito, posto que em 2014 houveram 2.096 mortes relacionadas com a asma.

Objetivos: Verificar nas produções científicas nacionais os níveis das taxas de internação e óbitos decorrentes de asma

entre 2008 e 2018. **Metodologia:** Os dados foram obtidos do DATASUS - Departamento de Informática do SUS, no portal de informações em saúde (TABNET), do Sistema de informações em saúde (SIH/SUS), utilizando-se o indicador "morbidade hospitalar do SUS", por região de internação e em todas as regiões. **Resultados:** O total de óbitos e hospitalizações por asma diminuíram de 2008 para 2013. As regiões Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil apresentaram as maiores taxas de hospitalizações e óbitos por asma em pacientes hospitalizados, respectivamente. Os estados do Pará e Bahia tiveram o maior número de hospitalizações; São Paulo, Goiás e Rio Grande do Sul apresentaram o maior número de óbitos em pacientes com asma hospitalizados. A média de hospitalizações por asma por região em 2010 foi de 110 hospitalizações/100.000 habitantes, e a proporção de óbitos entre pacientes hospitalizados foi de 0,46%. As regiões Norte e Nordeste apresentaram números acima da média de hospitalizações por asma, ao passo que as taxas de mortalidade estiveram abaixo da média. Por outro lado, a região Sudeste apresentou menos hospitalizações por asma, porém mais óbitos entre pacientes hospitalizados do que a média global. Em 2013, último ano analisado, 2.047 pessoas morreram de asma no Brasil, isto é, aproximadamente 5 óbitos/dia e mais de 120.000 hospitalizações por ano. Em seis anos, houve redução de 10% e 36% do número de hospitalizações por asma. **Conclusão:** Conclui-se que, no período estudado, houve redução na taxa de internações e óbitos decorrentes de asma e suas complicações. Observou-se também, que a atenuação dessas taxas ocorreu simultaneamente com a disponibilidade do tratamento da asma pelo SUS, que iniciou em 2011.

AP304 APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS 123 PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM SALVADOR – BAHIA

ANDRE BANDEIRA MONTAL¹; DANIEL DINIZ CHALHOUB¹; BRUNO MACIEL DOS SANTOS¹; FELIPE CARNEIRO CONCEIÇÃO¹; LAIANE SOARES DE ALMEIDA¹; KARINE ESPÍRITO SANTO MOREIRA¹; MARCELO CHALHOUB COELHO LIMA²

1. UNIFACS, SALVADOR, BA; 2. HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA / UNIFACS, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Asma; apresentação clínica; salvador-ba

Introdução: A asma é uma doença caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas e uma limitação variável ao fluxo expiratório, cujo diagnóstico e tratamento é relativamente simples na maioria dos casos, com os recursos disponíveis na atualidade. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico de pacientes asmáticos em um ambulatório de triagem de um hospital especializado em doenças respiratórias da rede pública de Salvador – BA. **Métodos:** Conduzido um estudo descritivo e observacional, no período de setembro/2016 a maio/2017, onde foram avaliados 128 pacientes asmáticos, atendidos consecutivamente por um único médico, sendo preenchido um questionário padronizado e a seguir classificado de acordo com a gravidade. Os pacientes com cardiopatia associada foram excluídos (n = 5). O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unifacs, sendo observadas todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Dos 123 pacientes, a maioria era do sexo feminino (64,2%) e negros (51,2%). A média de idade foi 40,7 ± 16,8 anos, sendo mais de 95% analfabetos, fundamental ou médio incompletos. Pouco mais de 58% eram inativos profissionalmente. Quanto a procedência, 81,3% moravam na capital (Salvador ou região metropolitana). Os três sintomas mais frequentes foram dispnéia (presente em

95,9%), sibilância (76,5%) e tosse (67,5% dos pacientes). Quanto aos fatores desencadeantes, a exposição a poeira foi relatada por 106 pacientes (86,2%), fumaça em 101 pacientes (82,1%), mofo em 95 (77,2%), pelo de animais relatado por 56 (45,5%), uso de AINH referido por 3 (2,4%), e outros fatores como perfume, produtos de limpeza e mudança climática foram referidos por 30 (27%) pacientes. Dos 123 pacientes, 43 (35%) referiram ter exposição ocupacional a fatores desencadeantes, sendo a fumaça de cigarro o principal deles. As doenças associadas a asma foram: 67 pacientes (54,5%) apresentam rinite alérgica, 30 (24,4%) hipertensão arterial sistêmica (HAS), 25 (20,3%) doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), 7 (5,7%) diabetes mellitus e 5 (4,1%) pacientes com passado de tuberculose. A asma esteve presente desde a infância em 61 (49,6%) pacientes, e 73 pacientes (59,3%) relataram presença de asma na família. Apenas 7 (5,7%) pacientes relataram ser fumantes ativos, 23 (18,7%) ex-tabagistas e 93 (75,6%) nunca fumaram. Com relação a gravidade da asma, dos 106 pacientes que puderam ser classificados, 74 (69,8%) foram de asma persistente grave, 26 (24,5%) de persistente moderada, 6 (5,7%) de asma persistente leve e nenhum de asma intermitente. **Conclusão:** Nota-se o encaminhamento para especialistas de casos de asma com baixa complexidade e com perfil demográfico esperado para a população brasileira, sugerindo que o nível de atenção em saúde preferencial para o atendimento fosse o primário.

AP305 ASMA NÃO ATÓPICA RELACIONADA AO TRABALHO: RELATO DE CASO

PHILIPPE DE F. B. COLARES¹; TOMAS NERI BEDER¹; DANIEL BRUNO TAKIZAWA¹; FREDERICO ARRABAL FERNANDES¹; REGINA CARVALHO PINTO¹; UIRATAN DE PAULA SANTOS¹; RAFAEL STELMACH

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Asma; asma ocupacional; asma atópica

Introdução: A Asma é uma doença heterogênea, caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas, em resposta a uma variedade de estímulos, sintomas respiratórios, como sibilos, dispnéia, aperto no peito e tosse, que variam com o tempo e a intensidade, juntamente com limitação variável ao fluxo aéreo. Embora seja prontamente reconhecida em sua apresentação clássica, a presença de fenótipos variados pode dificultar o correto diagnóstico e controle adequado dos sintomas. Dentre as possíveis apresentações, estima-se que mais de 20% dos casos de asma de início na vida adulta sejam devidos a exposições no local de trabalho. **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, 51 anos, ajudante geral em uma empresa fabricante de cerveja, foi encaminhado para investigação de dispnéia, sibilos e tosse intermitente, iniciados após oito anos do início no trabalho onde realizava esforço físico e se expunha a partículas de madeira e de cereais usados na fabricação de cerveja. Sintomas respiratórios, principalmente durante a jornada de trabalho, eram frequentes. Ex-tabagista (03 anos-maço). Ao exame físico, apresentava sibilos inspiratórios. Exames para atopia negativos, incluindo teste cutâneo para aeroalérgenos e ausência de eosinofilia em sangue periférico (180/mm³). IgE sérica elevada (386 UI/ml; VR < 100 UI/ml). Prova de função pulmonar evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo, sem resposta ao broncodilatador, com aprisionamento aéreo e difusão normal. Ergoespiometria demonstrou queda de 38% do VEF1 após a realização de exercício físico por 6 minutos, com carga constante, sendo compatível com broncoespasmo induzido pelo exercício. Medida seriada de pico de fluxo expiratório (PFE) revelou

valores significativamente diferentes durante o período de trabalho (média de fluxo de 292 L/s) x período de afastamento por 20 dias (média de fluxo de 795 L/s). A confirmação do diagnóstico de asma – clínica, exame físico e hiper-reatividade brônquica, associada à história ocupacional, ausência de asma anterior ao trabalho e a diferença das medidas seriadas de PFE, sugere o diagnóstico de asma ocupacional.

Discussão: A asma de início tardio, associada a exposições no ambiente de trabalho deve merecer investigação sobre possível asma relacionada ao trabalho, favorecendo ser de origem ocupacional na ausência de asma prévia à exposição. O caso relatado apresenta um paciente sem evidência de uma resposta inflamatória eosinofílica, com elevação dos níveis séricos de IgE e presença de obstrução ao fluxo aéreo, que desenvolveu sintomas de asma após a exposição ocupacional, sem apresentar as características dos fenótipos de asma atópica e/ou eosinofílica clássica. Com a confirmação da associação como trabalho, foi solicitada a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), sendo orientado o afastamento das atividades laborais e tratamento com corticosteroide inalatório, associado à broncodilatador, evoluindo com melhora clínica e funcional durante seguimento ambulatorial.

AP306 ASMA NO IDOSO: PERFIL DE PACIENTES REGULARMENTE ACOMPANHADOS

MARIA AMÉLIA CARVALHO DA SILVA SANTOS; LILIAN SERRASQUEIRO BALINI CAETANO; RENAN AUGUSTO ALVES; FABIANA STANZANI; ANA LUISA GODOY FERNANDES
EPM/UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Asma; manejo; idoso

Introdução: A asma pode ter início em qualquer faixa etária, e pode variar muito em relação a gravidade. A asma no idoso está frequentemente associada não somente a outras doenças que afetam esses pacientes, mas também com várias comorbidades pulmonares. Muitos pacientes evoluem com obstrução irreversível das vias aéreas, consequente ao remodelamento intenso das vias aéreas. Os pacientes idosos constituem cada vez mais uma grande parcela de pacientes ambulatoriais devido a maior sobrevida, aumentando cada vez mais o interesse em estudar suas principais características. **Métodos:** Estudo descritivo avaliando o perfil clínico e funcional de 36 pacientes de idade igual ou maior de 65 anos com diagnóstico de asma que são acompanhados no ambulatório de Asma da Unifesp.

Resultados: Na tabela abaixo apresentamos os principais dados. (n) 36 Sexo feminino n(%) 29 (80,6%) CVF - pré-BD % prev $88,2 \pm 19,6$ Idade (anos) média $\pm$ DP $75,4 \pm 7,8$ VEF1 - pré-BD % prev $71,9 \pm 19,7$ Início asma < 12anos 16 (44%) VEF1/CVF pré-BD $0,62 \pm 0,11$ Início asma > 40 anos 7 (19,4) CVF - pós-BD % prev $89,6 \pm 19,9$ Início asma > 40 anos 13(36,1) VEF1 - pós-BD % prev $74,5 \pm 20,7$ Etapa de tratamento GINA 3 3 (8,3%) VEF1/CVF pós-BD $88,2 \pm 19,6$ Etapa de tratamento GINA 4 16 (44,4%) OBSTRUÇÃO FIXA 71,9 $\pm$ 19,7 Etapa de tratamento GINA 5 17(47,%) Resposta BD positiva 6 (16,7%) DMELLITUS 11 (30,6%) IMC>25 22 (50%) RINITE 20 (55,6%) ICC 6 (16,7%) OSTEOPOROSE 12 (33,3%) SAOS 8 (22,2%) CATARATA 7 (19,4%) RGE 24 (66,7%) HAS 29 (80,6%) TABAGISMO 5 (12,3%) Observamos 5 pacientes (13%) com asma não controlada (ACT < 20), e 44% tinham tido pelo menos uma exacerbação no último ano. Houve associação positiva entre duração da asma e presença de obstrução fixa de vias aéreas $p = 0,040$. **Conclusão:** Asma no idoso com manejo adequado se caracterizou por obtenção do controle na maioria dos pacientes apesar da presença de obstrução fixa e obesidade e comorbidades.

AP307 ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE

MILENA DINIZ DE MATOS RICCI; ROSANA DE SOUZA LOPES CAMPELO; KARYNE SILVA PEIXOTO MENDES; SILMARA MACHADO; JOAO PEDRO MOREIRA SAMPAIO

HOSPITAL THEREZINHA DE JESUS, JUIZ DE FORA, MG.

Palavras-chave: Aspergilose broncopulmonar alérgica; asma de difícil controle; *aspergillus fumigatus*

Introdução: Fungos são causadores de patologias e amplamente encontrados em nosso meio. A exposição a determinados alérgenos em indivíduos susceptíveis pode desencadear a aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA), causada por hipersensibilidade aos antígenos de *Aspergillus fumigatus* (Af), que provocam uma reação de tipo I (mediada por IgE) responsável pela apresentação da doença, que aumenta a gravidade da asma. O curso clínico é o de exacerbações recorrentes caracterizadas por infiltrados pulmonares transitórios evidentes a radiografia de tórax e associadas a tosse, sibilos e expectoração, que muitas vezes são atribuídos a exacerbação da asma. Trata-se de uma enfermidade não invasiva, mas com alto poder destrutivo pulmonar quando não diagnosticada e tratada adequadamente. **Relato de caso:** SMVS, sexo feminino, 64 anos, não tabagista, residente em área urbana, portadora de asma desde a infância, apresentava doença não controlada com história de episódios recorrentes de exacerbação de asma com a necessidade de consultas em serviços de pronto-atendimento e internações hospitalares. O tratamento foi otimizado com a prescrição de corticoide inalatório em dose alta, β_2 -agonista de longa duração e antileucotrieno, mantendo-se ainda sem controle clínico da doença. Espirometria com evidência de distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com resposta significativa ao broncodilatador. Apresentou também dosagem de IGE total de 2045kU/L.

Levantou-se a hipótese diagnóstica de aspergilose broncopulmonar alérgica, sendo realizada investigação complementar para a confirmação. Exames evidenciaram IGG, IGE e teste de sensibilidade cutânea imediata para *Aspergillus fumigatus* positivos e tomografia computadorizada de tórax com opacidades centrolobulares e em vidro fosco, além de ectasia dos brônquios fonte e bronquiectasias de paredes espessadas predominando em situação peri-hilar.

A paciente apresentou critérios para o diagnóstico de aspergilose broncopulmonar alérgica, sendo iniciado o tratamento com prednisona e itraconazol, com melhor controle dos sintomas e diminuição substancial da necessidade de internação hospitalar. **Discussão:** A ABPA é mais comumente observada em pacientes com asma e fibrose cística, porém subdiagnosticada dado o baixo índice de suspeição, além da dificuldade em se realizar o diagnóstico devido acesso insuficiente às provas diagnósticas. A suspeita de ABPA deve ser levantada em pacientes asmáticos cujo tratamento habitual não promova melhora clínica e funcional ou que associado ao quadro clínico de sibilância apresente alterações radiológicas não compatíveis com asma. A investigação precoce possibilita um diagnóstico e tratamento adequados evitando danos pulmonares que levem a fibrose em estágio terminal e irreversível.

AP308 VALORES DE REFERÊNCIA PARA A DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO (FATOR DE TRANSFERÊNCIA) EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA DA RAÇA BRANCA

VIRGINIA PACHECO GUIMARAES¹; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA²; MARIA RAQUEL SOARES³; THAMINE LESSA ESPÍRITO

SANTO ANDRADE³; RENATO LOPES MATOS⁴; ROBERTO HELOU RASSI⁵; ISRAEL SILVA MAIA⁶

1. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG; 2. CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SÃO PAULO, SP; 3. GRUPO AMO, SALVADOR, BA; 4. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA, CRICIÚMA, SC; 5. PULMONAR CLÍNICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO, GOIÂNIA, GO; 6. TORAX - CENTRO DE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO PULMONAR, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Medida de difusão de monóxido de carbono; valores de referência; referências brasileiras população de raça branca

A medida da difusão de monóxido de carbono (DCO ou fator de transferência), por respiração única, é um teste essencial em diversas condições respiratórias. Com o desenvolvimento de analisadores de gases de resposta rápida, os valores derivados para a DCO se tornaram mais precisos. O objetivo do presente estudo foi derivar valores de referência para a DCO na raça branca em uma amostra de adultos de diferentes locais do Brasil.

Métodos: Os dados foram obtidos entre 2015 e 2017 em seis cidades brasileiras de diferentes estados, em sistemas SensorMedics, de acordo com as normas sugeridas pela ATS/ERS em 2005. Foram incluídos voluntários de diferentes classes sociais, nunca fumantes e sem sintomas ou antecedentes de doença cardiopulmonar. Obesos foram excluídos. Regressões quantílicas foram usadas para derivação dos previstos. Todos os testes foram revistos centralmente. **Resultados:** Foram incluídos 120 homens de 25 a 88 anos e 120 mulheres de 20 a 92 anos. As equações derivadas foram para o sexo masculino $P50 = -2,9524 + 0,2718 \times \text{Idade} - 0,0039 \times \text{Idade}^2 + 0,0009 \times \text{Estatura}^2$; $5P = 360,0268 + 0,3669 \times \text{Idade} - 0,0048 \times \text{Idade}^2 - 4,2472 \times \text{Estatura} + 0,0131 \times \text{Estatura}^2$. Sexo feminino $P50 = 3,5281 - 0,0007 \times \text{Idade}^2 + 0,0007 \times \text{Estatura}^2$. $P5 = 17,129 - 0,001 \times \text{Idade}^2$. Valores também foram derivados para a kCO e para o VA. **Conclusão:** Valores foram derivados para a DCO na população brasileira adulta de raça branca em ampla faixa de idade.

AP309 FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM FUNÇÃO MUSCULAR PERIFÉRICA E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS COM ANEMIA FALCIFORME
JOSÉ LUIZ DOS REIS QUEIROZ JUNIOR; MARCOS AURÉLIO REBELLO DA SILVA; PATRÍCIA FRASCARI LITRENTI; MARCIUS GOMES DO CARMO PENA ROCHA; FERNANDA POLO MENDES DA CUNHA MUNIZ; CARLOS EDUARDO DO AMARAL GONÇALVES; MAURICIO DOS SANTOS SOARES; AGNALDO JOSÉ LOPES
HOSPITAL PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Anemia falciforme; força muscular respiratória; qualidade de vida

Introdução: Devido ao screening neonatal e aos avanços no tratamento, as taxas de mortalidade por anemia falciforme (AF) vêm diminuindo significativamente ao longo dos últimos anos, alcançando atualmente uma mediana de sobrevivência de mais de 60 anos. Como consequência, há um crescimento cada vez maior no número de adultos com AF e, por sua vez, o aparecimento de complicações tardias. Apesar de a AF causar alterações multissistêmicas, o impacto da doença falciforme sobre o músculo respiratório ainda é uma questão em debate. Entretanto, sabe-se que a obstrução microvascular repetida por células em forma de foice e o estresse oxidativo pode potencialmente danificar os músculos respiratórios e periféricos na AF e acarretar um mau desempenho tanto da força quanto da endurance.

Objetivos: Avaliar a força da musculatura respiratória em adultos com AF e, secundariamente, correlacioná-la com a função da musculatura periférica e com a qualidade de vida

avaliada através do Short Form-36 (SF-36). **Métodos:** Este é um estudo transversal em que 22 adultos com AF e 20 controles saudáveis (os quais foram pareados por gênero, idade, peso, altura e IMC) submeteram à medida da força da musculatura respiratória, incluindo pressão inspiratória máxima (PImax) e pressão expiratória máxima (PEmax). Além do mais, eles realizaram a mensuração da função muscular periférica através da dinamometria isocinética do joelho e a avaliação da qualidade de vida através do SF-36, sendo este último categorizado em relação aos seus componentes físico e mental. Em ordem para endereçar a questão dos potenciais fatores de confusão, como o nível de atividade física, tanto os pacientes quanto os controles não poderiam ser categorizados como “muito ativos” pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). **Resultados:** A mediana de idade dos pacientes e dos controles foi de 26 (20–38) e 27 (24–30) anos, respectivamente. Em relação aos controles saudáveis, os adultos com AF mostraram menores medianas tanto de PImax [68 (52–90) versus 99 (90–102), $P = 0,001$] quanto de PEmax [59 (38–73) versus 93 (86–101), $P < 0,0001$]. Houve correlação significativa entre as medidas de PImax e PEmax com as medidas fornecidas pela dinamometria isocinética, especialmente com a razão entre o pico de torque do quadríceps e isquiotibiais ($r = 0,49$ e $P < 0,005$ para PImax; e $r = 0,63$ e $P < 0,001$ para PEmax). A força muscular respiratória apresentou correlações positivas e significantes com os seguintes parâmetros do SF-36: PImax com o componente físico do SF-36 ($r = 0,31$, $P = 0,04$); e PEmax com o componente físico do SF-36 ($r = 0,50$, $P < 0,001$) e com o componente mental do SF-36 ($r = 0,46$, $P = 0,002$). **Conclusão:** Adultos com AF apresentam redução da força dos músculos respiratórios. Nestes pacientes, quanto menor é a força dos músculos respiratórios, maior é o desequilíbrio entre a força de quadríceps e isquiotibiais. Além do mais, há forte relação da força dos músculos respiratórios com a qualidade de vida.

AP310 COMPARAÇÃO ENTRE VALORES DE REFERÊNCIA PARA A DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO DERIVADOS NA POPULAÇÃO BRASILEIRA DA RAÇA BRANCA E OUTROS AUTORES

VIRGINIA PACHECO GUIMARAES¹; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA²; MARIA RAQUEL SOARES²; THAMINE LESSA ESPÍRITO SANTO ANDRADE³; ROBERTO HELOU RASSI⁴; RENATO LOPES MATOS⁵; ISRAEL SILVA MAIA⁶

1. HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG; 2. CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SÃO PAULO, SP; 3. GRUPO AMO, SALVADOR, BA; 4. PULMONAR CLÍNICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO, GOIÂNIA, GO; 5. HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA, CRICIÚMA, SC; 6. TORAX - CENTRO DE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO PULMONAR, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Difusão monóxido de carbono; valores de referência; gli

No Brasil, muitos laboratórios de função pulmonar selecionam valores de referência para Difusão do Monóxido de Carbono (DCO) de maneira aleatória ou com bases em valores tidos como mais consistentes com o esperado em diferentes situações clínicas. No Brasil, Nader em 1999, derivou valores previstos para a DCO em 50 homens e 50 mulheres adultos de várias raças, por um sistema Medical Graphics. O objetivo do presente estudo foi comparar os valores obtidos em 120 homens e 120 mulheres no Brasil, com as equações mais utilizadas em diferentes laboratórios no Brasil. **Métodos:** Valores obtidos para DCO em seis cidades brasileiras em sistemas SensorMedics foram comparados aos valores previstos pelas equações propostas

por Crapo, Neder, Miller e as recentemente sugeridas pelo GLI (2017). **Resultados:** Foram incluídos 120 homens de 25 a 88 anos e 120 mulheres de 20 a 92 anos, todos de raça branca. No sexo masculino, os valores médios encontrados (27,88 ml/min/mmHg) foram significativamente menores ($p < 0,01$) em comparação aos previstos por Neder = 35,62, Crapo 34,39, Miller 29,54 e não diferiram dos previstos pelo GLI = 27,78 ml/min/mmHg ($p = 0,29$). No sexo feminino a média observada foi de 19,29 ml/min/mmHg, sendo diferente ($p < 0,01$) dos previstos de Neder 25,25, Crapo 25,47, Miller 22,30 e GLI 20,44. **Conclusão:** Os valores atualmente derivados para a população brasileira diferem dos valores sugeridos por Crapo, Neder e Miller, e são muito semelhantes aos recentemente propostos pelo GLI.

AP311 CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DO DISTÚRPIO VENTILATÓRIO RESTRITIVO: VEF1%, ESCORE Z OU CVF% MARIA RAQUEL SOARES; CESAR YOSHITO FUKUDA; ANDRÉA GIMENEZ; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Fpi; z-escore; cvf%

Em 2005, ATS/ERS sugeriu que a gravidade dos distúrbios espirométricos, fosse classificada apenas pelo VEF1%. Na fibrose pulmonar idiopática (FPI), estudos mostraram que a elevação da relação VEF1/CVF indica pior prognóstico. Em 2014, Quanjer propôs que os distúrbios fossem classificados pelo escore z. **Objetivo:** comparar a classificação de gravidade destas propostas com uma classificação baseada na CVF% previsto. **Métodos:** Uma coorte FPI foi classificada por gravidade pelos critérios propostos. Casos com VEF1/CVF $\leq 0,70$ foram excluídos. O melhor critério de sobrevida foi selecionado por regressão de Cox e as medianas comparadas por curvas de Kaplan-Meier. Validação interna foi calculada por bootstrap. Os valores previstos foram os de Pereira 2007. **Resultados:** 175 pacientes com diagnóstico de FPI, acompanhados por mediana de 43 meses, foram incluídos. Ao final, 155 (89%) foram a óbito. O diagnóstico foi clínicos em 135 (77%) e por biópsia pulmonar cirúrgica em 40 (23%). 126 (72%) eram homens. A CVF foi de $73,4 \pm 17,1\%$ do previsto (31-117%), o VEF1 foi de $76,7 \pm 16,4\%$ (35-125) e a relação VEF1/CVF = $0,83 \pm 0,07$. Por regressão de Cox, a relação VEF1/CVF se correlacionou diretamente com maior mortalidade ($\text{exp}\beta = 1,03$, IC 95% = 1,01-1,05, $p = 0,009$). Inicialmente a mortalidade foi comparada por regressão de Cox entre CVF% e VEF1%, expressas de maneira contínua. A CVF% foi selecionada como significativa: $\text{exp}\beta = 0,969$ (IC95% = 0,948-0,99, $p < 0,001$). Os dados foram validados por bootstrap (viés -0,001, IC95% -0,058 a -0,008, $p = 0,006$). A mediana para o escore z para a CVF foi = 1 (entre 0-3); não havia casos com escore z 4 e 5. Por curvas de KM, a sobrevida nos pacientes separados pelos escores z foram significativas (LR = 28,42, $p < 0,001$). Entretanto, a sobrevida foi semelhante entre os pacientes com escores z 0 e 1 e 2 e 3; de fato, comparando-se os pacientes com escores z 0 ($n = 76$) e 1 ($n = 43$), não houve diferença significativa na sobrevida (LR = 1,48, $p = 0,22$), nem entre escores z 2 ($n = 32$) e 3 ($n = 24$) (LR = 1,95, $p = 0,14$). Quando gravidade foi calculada pelos escores z, expressos de maneira contínua, e a CVF%, também expressa de maneira contínua, a CVF% pela regressão de Cox foi selecionada $\text{exp}\beta = 0,973$ (IC95% = 0,962-0,983 $p < 0,001$). A graduação de gravidade pelos diversos pontos de corte para a CVF%: 1) $\leq 50\%$, entre 51-64%; entre 65-nl, e na faixa prevista; 2) $\leq 50\%$, entre 51-70%, entre $>70\%$ e nl, e na faixa prevista; 3) $\leq 50\%$, entre 51-75%, entre 75%-nl, e na faixa prevista, entraram em uma regressão multivariada de Cox retrógrada, juntamente com

os escores z categóricos. A variável final selecionada, de maneira isolada, foi a classificação da CVF $\leq 50\%$, entre 51-65% e $>65\%$ -nl e na faixa prevista. **Conclusões:** A CVF% previsto é o melhor critério de classificação de gravidade para a FPI. Os melhores pontos de corte para classificação de gravidade da DVR com base na CVF% são: ausente-CVF% na faixa prevista; DVR leve: CVF $\geq 65\%$ -normal; moderada CVF 51-64% e acentuada CVF $\leq 50\%$ previsto.

AP312 UM ALGORITMO SIMPLES PARA PREDIZER CPT REDUZIDA EM PACIENTES COM POSSÍVEL RESTRIÇÃO PELA ESPIROMETRIA

MARIA RAQUEL SOARES; ANDRÉA GIMENEZ; KÊNIA SCHULTZ; LUIZ CARLOS D' AQUINO; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Dvi; dvr; espirometria

Introdução: Redução da CVF com relação VEF1/CVF normal ou elevada pode expressar DVR (CPT reduzida) ou DVI (CPT na faixa prevista). Em 2010, D'Aquino et al sugeriram um algoritmo para separar DVI de DVR, através da espirometria e probabilidade pelo diagnóstico clínico. O algoritmo é complexo e os valores de referência utilizados para a CPT foram de Crapo, 1982. Objetivo Testar um algoritmo simplificado, em uma grande amostra, analisada com limites inferiores recentemente desenvolvidos para a população brasileira (Lessa, 2018), para prever DVR em pacientes com possível restrição pela espirometria. **Métodos:** Foram selecionados 300 pacientes com espirometria e pletismografia. DVR foi caracterizado por CPT abaixo do LIN e DVI foi caracterizado por CPT na faixa prevista; ambos com CVF reduzida e VEF1/CVF normal. Vários pontos de corte para as variáveis foram testados para separar os dois grupos por curvas ROC e, ao final, por regressão logística.

Resultados: Trezentos casos foram analisados e separados em 4 grupos por diagnóstico clínico: doenças pulmonares intersticiais (DPI, $n = 102$), doenças pulmonares obstrutivas (DVO, $n = 76$), obesidade ($n = 52$) e diversos ($n = 70$). Alta probabilidade clínica pré-teste de restrição incluiu todas as DPI, associadas ou não a doenças do tecido conectivo, doenças da parede torácica e derrame pleural. ICC, doenças neuromusculares e obesidade foram consideradas de probabilidade indeterminada para restrição. Baixa probabilidade clínica de restrição incluiu todas as doenças obstrutivas, tais como asma, DPOC, bronquiectasias e bronquiolites. Dos 300 casos, 189 (63%) tinham CPT reduzida. Dos 117 com alta probabilidade clínica de restrição 92 (79%) tinham CPT reduzida. Todos os indivíduos com CVF $\leq 50\%$ ($n = 33$) apresentaram CPT reduzida, conferindo um valor preditivo positivo (VPP) de 100%. Dos indivíduos com CVF entre 51 a 65% ($n = 86$), 71 tinham CPT reduzida, com VPP de 84,8%. Quando a probabilidade clínica de restrição ($n = 43$) foi associada ao grupo com CVF entre 51 a 65%, 41 tinham CPT reduzida (VPP de 95%). Dos indivíduos com CVF $\geq 65\%$ ($n = 181$) e alta probabilidade clínica de restrição ($n = 56$) apenas 70% ($n = 39$) tinham restrição confirmada pela CPT. Nos pacientes com CVF $>65\%$, por regressão logística, foram preditores de CPT baixa: alta probabilidade clínica de restrição e a relação FEF 25-75/ CVF ≥ 1 (18/21). Os 3 indivíduos restantes dentre os 21 com probabilidade clínica de restrição e relação FEF 25-75/ CVF ≥ 1 tinham uma CPT próxima ao LIN, sugerindo DVR. Com o algoritmo, 92 dos 189 casos com DVR (49%), puderam ser classificados corretamente sem a medida da CPT. Dentre os 76 casos com diagnóstico clínico de DVO, apenas 49 (64%) tinham CPT na faixa prevista (DVI). **Conclusão:** Um algoritmo simples para prever CPT reduzida em pacientes com possível restrição na espirometria foi desenvolvido.

Nos casos com suspeita clínica de doenças obstrutivas, a determinação da CPT é necessária para diagnóstico funcional correto.

AP313 INDICAÇÃO DO TESTE ESPIROMÉTRICO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA

DANIEL SILVA SANTOS; BIANCA XAVIER DE OLIVEIRA SOUZA; ALVARO ANDRADE GÓIS QUEIROZ; ANA AMÉLIA BARRETO FONTES; CARLOS AUGUSTO VILA NOVA MORAES; IGOR SANDES DE BARCELOS; JULIANA EVELYN BEZERRA DE JESUS; MARCOS VINICIUS DA SILVA

UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Diagnóstico; espirometria; doenças respiratórias

Introdução: A espirometria é um dos testes de função pulmonar realizados durante respiração lenta ou durante manobras expiratórias forçadas. Devem-se indicar os testes de função pulmonar para se estabelecer a presença ou ausência de anormalidades da fisiologia respiratória e a classificação da natureza da doença pulmonar. Ademais, é possível determinar a gravidade da disfunção pulmonar, dar seguimento a progressão de uma doença e mensurar objetivamente a resposta terapêutica. Sugere-se ainda que os testes de função pulmonar sejam úteis para prever complicações pós-operatórias. **Objetivo:** Conhecer as indicações que levam os médicos de Sergipe a solicitar o teste espirométrico como método diagnóstico.

Metodologia: Trata-se de um estudo observacional e transversal, realizado com médicos de Sergipe, em unidades de saúde. Aplicou-se um questionário revisado por dois médicos, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2017. Todos os entrevistados assinaram o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido. Foram entregues 100 questionários, mas apenas 50 profissionais aceitaram respondê-lo. Dados analisados e programa utilizado: análise descritiva (frequência simples e percentual e as contínuas por média e desvio padrão), inferencial e análise de correspondência múltipla; software SPSS versão 20.

Resultados: A maioria dos entrevistados não o utiliza na prática médica. É observado que grande parte dos médicos entendem a importância de sua utilização na detecção de doenças respiratórias, pois 87% deles consideram a utilização da espirometria muito importante. Além disso, 88,9% dos médicos consideram importante o exame para determinar o prognóstico da doença e 82,3% desses profissionais utilizam o exame para confirmar o diagnóstico clínico baseado nos sintomas respiratórios. Outrossim, 55,5% dos entrevistados acham importante o exame na avaliação pré-operatória e 95,5% consideram útil o exame para avaliação da progressão da doença. Observa-se que cerca de 64,4% dos médicos não utilizam a espirometria na prática diária, sendo 86,7% não solicitam esse exame em casos de asma, 48,9% em casos de DPOC e 60% em outras doenças pulmonares. Apenas 13,3% dos médicos se acham confiantes em interpretar o exame de espirometria.

Conclusão: Sabe-se, a partir do exposto, que a espirometria é pouco utilizada entre os médicos de Sergipe, apesar dos distúrbios respiratórios serem tão frequentes em nossa sociedade. É evidente a necessidade de a escola médica enfatizar a importância desse método diagnóstico, além de adquirir espirometros a fim de que os médicos egressos do curso saibam reconhecer a utilidade e eficácia do teste. É evidente, também, a necessidade dos centros de saúde adquirir esses instrumentos visto que mais da metade dos entrevistados dizem não haver disponibilidade do espirometro nos locais em que trabalham.

AP314 AVALIAR O CONHECIMENTO SOBRE MONITORIZAÇÃO DO QUADRO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E DA ASMA ENTRE MÉDICOS DE SERGIPE

IGOR SANDES DE BARCELOS; SYLVIA KATHARINY FARIAS ANDRADE; MANUELA AZEVEDO VIEIRA; JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS NETO; LORENNNA OLIVEIRA MENEZES; DANIEL SILVA SANTOS; JULIANA EVELYN BEZERRA DE JESUS; MARCOS VINICIUS DA SILVA

UNIT, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Asma; doença pulmonar obstrutiva crônica; espirometria

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença comum, prevenível e tratável, e caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar. Já a asma é caracterizada pela hiperresponsividade, inflamação e obstrução variável das vias aéreas. Ademais, os testes de função pulmonar fornecem ferramentas importantes para a avaliação clínica dessas doenças. Dessa forma, a espirometria, medida da capacidade de difusão, testes de provocação brônquica e avaliação do volume e resistências pulmonares é considerada padrão-ouro no diagnóstico, na avaliação pré-operatória e sobretudo no monitoramento da DPOC e da asma. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre monitorização do quadro da DPOC e da asma entre os médicos de Sergipe. **Métodos:** Foi um estudo observacional e transversal, realizado com 50 médicos em unidades básicas de saúde e hospitais em Sergipe, entre janeiro e fevereiro de 2017. É uma análise descritiva, de frequência simples, e percentual e as contínuas por média e desvio padrão, inferencial e análise de correspondência múltipla. Foi utilizado o software SPSS versão 20. **Resultados:** Entre os entrevistados, a maioria trabalha no setor público (35,1%) e atua como médico especialista (46,7%). Dentre todos, 36,4% responderam bastante útil, 59,1% muito útil, 4,5% não sabe para a pergunta "Quão útil é a espirometria para monitorar a progressão de doenças respiratórias?". Para a pergunta "Qual a frequência em que solicita a espirometria para monitorar pacientes com asma?", 13,3% responderam frequentemente dependendo do controle, 37,8% uma vez ao ano e 48,9% nunca/não se recorda. Já na pergunta "Quão importante é a espirometria na vigilância de doença pulmonar ocupacional?" 35,6% responderam bastante, 44,4% muito, 11,1% não é importante e 8,9% não sabe. Em relação à pergunta "Qual a frequência em que solicita a espirometria para monitorar doenças pulmonares crônicas (fibrose pulmonar etc.)?" 60% responderam nunca/não se recordam, 35,6% anualmente e 4,4% a cada 3 a 6 meses.

Conclusão: A partir dos resultados encontrados, conclui-se que os médicos reconhecem a importância da espirometria na monitorização de doenças respiratórias, como da DPOC e da asma, porém, não a utilizam de maneira frequente. Assim, é necessário que os gestores em saúde promovam e incentivem o uso daquele exame, para evitar a evolução dessas doenças e efetivar uma maior qualidade de vida aos pacientes diagnosticados.

AP315 UTILIZAÇÃO DA ESPIROMETRIA PARA O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ENTRE OS MÉDICOS DE SERGIPE

IGOR SANDES DE BARCELOS; SYLVIA KATHARINY FARIAS ANDRADE; MARIA NATHÁLIA PRADO SIMÕES MENDONÇA; MANUELA AZEVEDO VIEIRA; ANA ROSA FELIZOLA DORTAS; DANIEL SILVA SANTOS; JULIANA EVELYN BEZERRA DE JESUS; MARCOS VINICIUS DA SILVA

UNIT, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Diagnóstico; doença pulmonar obstrutiva crônica; espirometria

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença comum, prevenível e tratável, e caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar. Atualmente, é a quarta principal causa de morte no mundo, e de acordo com os dados que progridem seria a principal causa de morte em 2020. Portanto é importante diagnosticá-la o mais cedo possível nos pacientes. Ademais, os testes de função pulmonar fornecem ferramentas importantes para a avaliação clínica dessas doenças. A espirometria, medida da capacidade de difusão, testes de provocação brônquica e avaliação do volume e resistências pulmonares é considerada padrão-ouro no diagnóstico da DPOC. **Objetivo:** Avaliar a utilização da espirometria para o diagnóstico da DPOC entre os médicos de Sergipe. **Métodos:** Foi um estudo observacional e transversal, realizado com 50 médicos em unidades básicas de saúde e hospitais em Sergipe, entre janeiro e fevereiro de 2017. É uma análise descritiva, de frequência simples, e percentual e as contínuas por média e desvio padrão, inferencial e análise de correspondência múltipla. Foi utilizado o software SPSS versão 20. **Resultados:** Os médicos entrevistados possuem uma média de 11,4 anos de prática médica e atendem diariamente 20,4 pacientes. Destes, 4,2 apresentam doenças respiratórias e 2,7 são tabagistas. De todos os médicos questionados, 87% consideraram a espirometria importante para o diagnóstico de DPOC. Entretanto, apenas 30,4% disseram que solicitaria espirometria basal para diagnosticar aquela. Somado a isso, só 24,4% dos entrevistados relataram pedir frequentemente a espirometria para a investigação de DPOC. Os outros 26,7%, 22,2 e 26,7 disseram que a solicitam ocasionalmente, raramente e não se recordam, respectivamente. **Conclusão:** Diante do relatado, percebeu-se que a taxa de utilização da espirometria como um auxílio à identificação da DPOC ainda é insuficiente entre os médicos entrevistados, embora seja quase um consenso entre eles de sua influência diagnóstica. Haja visto a importância desse teste para a avaliação da função pulmonar e para a detecção de distúrbios obstrutivos, deve-se enfatizar e demonstrar sua relevância nas escolas de medicina, uma vez que constituem a principal fonte educacional formadora dos médicos. Por fim, esses esforços são fundamentais para possibilitar um diagnóstico cada vez mais precoce e promover uma redução nas comorbidades e exacerbações derivadas da doença pulmonar obstrutiva crônica.

AP316 CONTRIBUIÇÃO DA LIMITAÇÃO VENTILATÓRIA E DA DISFUNÇÃO MUSCULAR PERIFÉRICA EM PREDIZER A PERFORMANCE DOS IDOSOS COM DPOC DURANTE O EXERCÍCIO

LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; THIAGO THOMAZ MAFORT; THAIS JACHELLI CORREA; ÁDREA LEAL DA HORA; CLAUDIO ALESSANDRO LACERDA DE DEUS; MAURICIO DOS SANTOS SOARES; ARTHUR DE SÁ FERREIRA; AGNALDO JOSÉ LOPES
 UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Dpoc; função pulmonar; teste de exercício cardiopulmonar

Introdução: O envelhecimento é um dos fatores de risco mais importantes para a maioria das doenças crônicas. A DPOC é uma dessas doenças crônicas que têm sido associadas ao envelhecimento, sendo atualmente considerada uma condição de envelhecimento acelerado dos pulmões. Na população idosa com DPOC, a intolerância ao exercício impacta negativamente na piora da qualidade de vida relacionada à saúde. Vários fatores podem potencialmente deteriorar o desempenho durante o exercício em idosos que sofrem de DPOC, e a compreensão

dos mecanismos envolvidos na redução da capacidade funcional pode identificar novas formas de abordagem terapêutica e recondicionamento físico para essa condição.

Objetivos: Avaliar qual a real contribuição da limitação ventilatória e do dano muscular de membros inferiores em prever a performance dos idosos com DPOC durante o Teste de Exercício Cardiopulmonar (TECP). **Métodos:** Este foi um estudo transversal que incluiu 40 pacientes idosos (idade ≥ 60 anos) com DPOC. Esses indivíduos submeteram aos testes de função pulmonar de repouso, incluindo espirometria, medida da DLco e teste do washout do nitrogênio. Neste último, foram medidos o slope de fase III (SIIIN2) e a razão entre volume de fechamento e capacidade vital (VF/CV). Os participantes também submeteram à dinamometria isocinética do joelho, onde foram mensurados, dentre outros parâmetros, o pico de torque à 75°/s (PT75°/s), o pico de torque à 240°/s (PT240°/s), a razão agonista/antagonista à 75°/s (AG/ANT75°/s) e a razão agonista/antagonista à 240°/s (AG/ANT240°/s). Através do TECP, foi mensurado o VO2 de pico. **Resultados:** A média da idade foi de $70,2 \pm 7,46$ anos, sendo 21 homens e 19 mulheres. Os valores médios para o VEF1 e a DLco foram de $43,5 \pm 13,1$ e $43,1 \pm 13,7$, respectivamente. Os modelos incluindo as variáveis de força muscular e endurance apresentaram variâncias explicativas de 19% e 42,8%, respectivamente. Os preditores independentes para o modelo de força muscular foram PT75°/s e AG/ANT75°/s, enquanto os preditores independentes para o modelo de endurance foram PT240°/s e AG/ANT240°/s. O modelo clínico apresentou uma variância explicativa de 44,2%, sendo a idade o único preditor independente para a VO2 de pico. Finalmente, o modelo de função pulmonar mostrou a maior variância explicativa (50,9%), em que as variáveis preditores foram as seguintes: SIIIN2, DLco, VEF1 e VF/CV. **Conclusão:** O dano na função pulmonar é o principal contribuidor para o mau desempenho durante o TECP em idosos com DPOC, especialmente naqueles em que há uma importante heterogeneidade na distribuição da ventilação. O envelhecimento causa um impacto diferenciado na função da musculatura de membros inferiores em idosos com DPOC, onde a endurance contribui mais fortemente no desempenho durante o exercício do que a força muscular. Além do mais, a idade mais avançada é a principal variável demográfica que reduz a capacidade funcional durante o exercício na população idosa com DPOC.

AP317 ESPIROMETRIA NA VELHICE EXTREMA: PREVALÊNCIA E QUALIDADE DO TESTE

SAULO MAIA DAVILA MELO; LARISSA ALVES DE OLIVEIRA; JOSE LUCAS FARIAS WANDERLEY; RODRIGO DOS ANJOS ROCHA
 UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Envelhecimento; senescencia; espirometria

Introdução: A população de idosos crescente acentuadamente no mundo. O Brasil, até 2025, será o sexto país no mundo em número de idosos. O percentual de idosos na velhice extrema (≥ 90 anos) cresce rapidamente, de 394 mil em 2010, estima-se que subirá para 3,5 milhões em 2050. A maioria dos estudos com espirometria envolve um número limitado de idosos e na velhice extrema são desconhecidos. Questiona-se a idade como fator limitante para realizar adequadamente espirometria. **Objetivos:** Determinar a prevalência de idosos num serviço de função pulmonar e avaliar a qualidade da espirometria na velhice extrema. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo realizado no período de janeiro de 2012 a abril de 2017. As espirometrias, critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade,

e gradação da qualidade do teste (A, B, C e D) obedeceram aos critérios da SBPT. As comorbidades foram divididas em subgrupos conforme o sistema orgânico comprometido (coração, pulmão, déficit cognitivo com demência, neurológico sem demência e outras comorbidades). A influência na qualidade do teste foi testada com sexo, idade, IMC e subgrupos de comorbidades. **Resultados:** Amostra total foi de 4126 espirometrias, com idade de 6 anos aos 97 anos. Destes, 961 exames (23,30%) foram idosos com idade ≥ 60 anos, e 864 (20,94%) foram de idosos com ≥ 65 anos. Na amostra total, 102 (2,47%) idosos ≥ 86 anos, sendo 67 (1,62%) mulheres e 35 (0,85%) homens ≥ 87 anos. Dentre estes, 26 (0,63%) foram de idosos ≥ 90 anos. Na avaliação qualidade do teste um paciente foi excluído por ter repetido exame, sendo selecionados 25 pacientes com média de idade de $92,12 \pm 2,22$ anos (IC 95% 91,20 - 93,04), variando de 90 a 97 anos, predominando sexo feminino 72%. Os critérios de aceitabilidade foram preenchidos em 88% (22 / 25) dos exames que foram classificados com qualidade teste A em 52% (13 / 25), 8% (2 / 25) teste B, 28% (7 / 25) teste C e nenhum teste aceitável 12% (3 / 25) classificados como teste D. Os critérios de reprodutibilidade foram preenchidos em 60% dos exames que correspondem à qualidade A e B, e os 40% que não satisfizeram este critério foram qualidade C e D. Observou-se que apenas o grupo déficit cognitivo / demência influenciou significativamente (negativamente) a qualidade do teste na aceitabilidade e reprodutibilidade ($p \leq 0,015$; $p \leq 0,007$, respectivamente) e o grupo pulmonar foi significativamente com melhor critério de reprodutibilidade ($p \leq 0,012$). As demais variáveis (sexo, idade, IMC e demais subgrupos de comorbidades) não influenciaram significativamente na qualidade do teste ($p \geq 0,15$). **Conclusões:** Número expressivo de idosos realizaram espirometria. A velhice extrema é uma realidade atual nos serviços de função pulmonar, sendo necessários mais estudos desta população. Déficit cognitivo / demência influencia na qualidade do teste negativamente. Sexo, idade, IMC e demais subgrupos de comorbidades não influenciam na qualidade do teste.

AP318 REDUÇÃO DA CPT E DA CVF EM DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS

MARIA RAQUEL SOARES¹; ANDRÉA GIMENEZ¹; THAMINE LESSA ESPÍRITO SANTO ANDRADE²; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA¹

1. CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SAO PAULO, SP; 2. AMO, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Cvf; cpt; doenças pulmonares intersticiais

Introdução: Em geral se considera que a CVF na faixa prevista exclui distúrbio ventilatório restritivo (DVR), sendo desnecessária a medida da CPT, mas raros autores discordam (Boros, 2004). A controvérsia pode advir do uso de valores previstos para a CVF e para a CPT de diferentes populações. Objetivo Avaliar a sensibilidade, e a concordância para detecção de DVR em doenças pulmonares intersticiais, usando-se equações derivadas para a população brasileira de raça branca. **Métodos:** Valores para espirometria os volumes pulmonares, determinados por pletismografia (SensorMedics), foram comparados aos previstos derivados para a população brasileira para a espirometria por Pereira em 2007, e cols e para os volumes pulmonares por Lessa e cols em 2018. Valores considerados reduzidos foram caracterizados individualmente como aqueles abaixo do limite inferior. **Resultados:**

106 casos com diversas doenças intersticiais foram incluídos. 69 (65%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 63 ± 12 anos. A CVF foi de $66 \pm 16\%$ do previsto, a relação

VEF1/CVF = $0,85 \pm 0,06$ e a CPT $71 \pm 15\%$ do previsto. Dos 106 casos, 87 (82%) tinham CPT reduzida e 84 (79%) CVF reduzida. CPT e CVF discordantes foram observadas em 15 casos (8,5% do total)-9 com CPT isoladamente reduzida, e 6 com CVF isoladamente reduzida. Considerando-se DVR como leve valores de CVF $>65\%$, moderada com CVF entre 51-65% e como acentuada com CVF $\leq 50\%$, os valores para a CPT, estabelecidos por regressão linear ($CPT\% = CVF\% \times 0,77 + 19,9$, $r^2 = 0,67$, $p < 0,001$) seriam: CPT% $>70\%$ -até LIN, DVR leve; CPT entre 60%-70% DVR moderada e; CPT $< 60\%$ DVR acentuada. **Conclusão:** A correlação em doenças intersticiais entre CVF% e CPT% é elevada, mas discordância para valores reduzidos ocorre em 14% dos casos; em aproximadamente 9% a CPT é reduzida e a CVF está na faixa de referência. A gravidade do DVR pode ser estabelecida por pontos de corte diferentes daqueles sugeridos para a CVF%, e devem ser usados para classificar o DVR quando a CPT está isoladamente reduzida.

AP319 QUAL O IMPACTO DA FUNÇÃO PULMONAR, GRAU DE DISPNEIA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL DE ADULTOS JOVENS SAUDÁVEIS?

JOSÉ LUIZ DOS REIS QUEIROZ JUNIOR; MARCOS AURÉLIO REBELLO DA SILVA; ANNA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA; BRUNO RANGEL ANTUNES DA SILVA; VÍVIAN PINTO DE ALMEIDA; FERNANDO SILVA GUIMARÃES; AGNALDO JOSÉ LOPES

HOSPITAL PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Função pulmonar; capacidade funcional; distância da caminhada

Introdução: O ato de caminhar, juntamente com os atos de respirar, ouvir, enxergar e falar, é considerado uma das cinco principais atividades da vida. Nesse sentido, os testes de caminhada têm sido propostos para medir a capacidade funcional dos indivíduos. Além de ser simples e exigir tecnologia mínima, o teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) provou ser reprodutível e bem tolerado desde que começou a ser aplicado. Entretanto, o impacto de fatores não antropométricos sobre a capacidade funcional é menos nítido em adultos jovens saudáveis, já que a maioria deles não sofre de alterações no sistema locomotor relacionadas à idade nem apresentam co-morbidades associadas.

Objetivos: Identificar a influência da função pulmonar, do nível de atividade física e do grau de dispneia sobre a distância da caminhada de 6 minutos (DC6M) em adultos jovens saudáveis. **Métodos:** Este é um estudo transversal com 190 adultos jovens saudáveis que se submeteram ao TC6M com avaliação do grau de dispneia através da escala de Borg. Além disso, realizaram a mensuração da função pulmonar através da espirometria e do nível de atividade física através do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). De acordo com o IPAQ, os participantes foram categorizados em sedentários, irregularmente ativos ou ativos. Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: relato de sintomas respiratórios ou resfriado nas últimas três semanas; história de doença cardiorrespiratória, metabólica, osteoarticular ou neuromuscular; história de cirurgia torácica; ter fumado mais que 10 maços-ano. **Resultados:** A média da idade foi de $29,4 \pm 8,77$ anos, enquanto a média do IMC foi de $24,3 \pm 3,88$ kg/m². Segundo as categorias do IPAQ, os participantes foram classificados da seguinte forma: sedentários ($n = 55$); irregularmente ativos ($n = 69$); ou ativos ($n = 66$). Os valores médios de capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e pico de fluxo expiratório (PFE) foram de $106,1 \pm 16,9$, $100,9 \pm 14,9$ e $109,7 \pm 23,6$, respectivamente. A DC6M correlacionou positivamente com os seguintes parâmetros de função pulmonar: CVF ($r = 0,38$; $P = 0,001$); VEF1 ($r = 0,42$; $P = 0,001$) e PFE ($r = 0,38$; $P = 0,001$).

Houve uma correlação marginalmente significativa entre a DC6M e os valores da diferença na escala de Borg medida antes e ao final do teste. Houve tendência para uma diferença estatisticamente significativa entre a DC6M, de acordo com as categorias do IPAQ. Além do mais, a CVF foi o único parâmetro de função pulmonar que apresentou diferenças significantes entre as categorias do IPAQ ($P = 0,02$). **Conclusão:** Adultos jovens saudáveis, quanto maior a função pulmonar, maior é a capacidade funcional. Nesses indivíduos, o nível de atividade física parece influenciar a função pulmonar, especialmente a CVF. Entretanto, o nível de atividade física e o grau de dispnéia relacionam-se fracamente com a capacidade funcional desses indivíduos.

AP320 IMPORTÂNCIA DO TESTE DE EXERCÍCIO CARDIOPULMONAR (TECP) NA INVESTIGAÇÃO DA DISPNEIA
SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; GUSTAVO A. BAUMANN PINTO; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA; ANDREI AUGUSTO ASSIS DE CAMPOS CORDEIRO; CAMILA MELO COELHO LOUREIRO; ANA CAROLINA LIMA RESENDE

UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Dispneia; teste exercício cardiopulmonar; dispnéia disfuncional

Introdução: A dispnéia está presente em 25% das queixas ambulatoriais e considerada crônica se duração maior que um mês. É definida pela ATS como “experiência subjacente de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam em intensidade”. O diagnóstico é feito na maioria das vezes pela anamnese, exames físico e complementares iniciais [radiograma de tórax, ECG, ecocardiograma transtorácico (ECOTT) e espirometria]. Entretanto alguns pacientes permanecem sem causa definida necessitando de investigação com exames de maior complexidade. **Caso clínico:** Feminino, 47 anos, obesa, câncer de mama (quadrantectomia, radioterapia e quimioterapia) e síndrome depressiva. Fez uso de Trastuzumab por 4 meses quando iniciou dispnéia aos mínimos esforços. Fez ECOTT com disfunção ventricular esquerda (FEVE 27%), sendo suspensa a medicação. Persistiu com dispnéia após a reversão da cardiotoxicidade. Exame físico sem alterações, SaO₂ 98% (ar ambiente). Exames laboratoriais, prova de função pulmonar completa e tomografia computadorizada de tórax normais. ECOTT FEVE 49% e PSAP 28 mmHg. Realizou 3 TECP em duas visitas: 1o TECP incremental (rampa 5W/min) atingindo 70W e consumo de oxigênio no pico do exercício (V'O₂PICO) 80%prev, 2o TECP incremental a 10W/min, carga pico 125W e V'O₂PICO 119%prev, ambos com necessidade de muito estímulo verbal e Borg dispnéia elevado desde o início do teste. 3o TECP carga constante a 70W nos primeiros 5 min seguido por mais 5 min em carga zero. Capacidade aeróbica preservada sem limitações cardiocirculatória, ventilatória ou de trocas gasosas. Presença de ventilação errática e sinais de hiperventilação excessiva discordantes dos demais achados. Hipótese diagnóstica: respiração disfuncional “funcional” por hiperventilação decorrente de componente psicogênico. Encaminhada a psiquiatria para seguimento. **Discussão:** A dispnéia pode ser de origem neurogênica, cardiorrespiratória, metabólica, por descondicionamento ou obesidade. Causas menos comuns são respiração disfuncional, doenças neuromusculares e shunt intracardiaco. Um levantamento realizado no SEFICE/Unifesp (2010-2015) de 47 pacientes encaminhados para investigação de dispnéia, 20 tiveram diagnóstico de respiração disfuncional de causa psicogênica. Se a avaliação inicial for inconclusiva, constitui-se um desafio diagnóstico, sendo necessário outros testes. A respiração

disfuncional associada à síndrome de hiperventilação pode estar presente em transtornos de ansiedade. O TECP fornece dados importantes para o diagnóstico, com sinais de hiperventilação excessiva e padrão errático da ventilação durante o esforço, podendo ser normal em alguns casos. O tratamento começa com entendimento do diagnóstico, que pode reduzir a ansiedade do paciente, mas na maioria dos casos será importante o tratamento psicofarmacológico para controle dos sintomas. A dispnéia é um sintoma comum e com impacto na qualidade de vida devendo sempre ser investigada.

AP321 PROVA BRONCODILATADORA E MÉDICO SOLICITANTE DE ESPIROMETRIA NA VELHICE EXTREMA

SAULO MAIA DAVILA MELO; LARISSA ALVES DE OLIVEIRA; JOSE LUCAS FARIAS WANDERLEY; RODRIGO DOS ANJOS ROCHA
UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Envelhecimento; idoso; espirometria

Introdução: A população geriátrica vem atingindo índices crescentes no Brasil e no mundo, fruto do aumento expressivo da expectativa de vida. A percentual de idosos na velhice extrema (≥ 90 anos) cresce rapidamente, de 394 mil em 2010, estima-se que subirá para cerca de 3,5 milhões em 2050. Espirometria é o teste de função pulmonar mais disponível e utilizado na prática clínica, entretanto, não é utilizada rotineiramente pelos médicos geriatras. A experiência deste exame em idosos é limitada, e na velhice extrema desconhecida. Questiona-se idade como um fator limitante para realizar adequadamente espirometria e existe insegurança pela população leiga e mesmo em profissionais de saúde no uso de Beta 2 agonista de curta ação em pessoas idosas e/ou cardiopatas, mesmo que seja na realização de um exame complementar. **Objetivos:** Determinar na espirometria a especialidade do médico solicitante e avaliar o uso de Beta 2 agonista de curta ação na prova broncodilatadora, na velhice extrema. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo realizado no período de janeiro de 2012 a abril de 2017. Questionário respiratório utilizado avaliava os fatores demográficos e antropométricos, sintomas respiratórios, comorbidades, medicações em uso, indicação clínica e identificação do médico solicitante do exame. A prova broncodilatadora utilizava 400 mcg de salbutamol spray. Observado complicações significativas logo após inalação da medicação, durante e após realização do exame. Efeitos colaterais menores como tremor e palpitações não foram valorizados. **Resultados:** Amostra total de 4126 espirometrias em todas as idades. Dentre estes, 26 (0,63%) foram de idosos ≥ 90 anos. Um paciente foi excluído por ter repetido exame, sendo selecionados 25 pacientes com idade de $92,12 \pm 2,22$ anos (IC 95% 91,20 - 93,04), idade de 90 a 97 anos, sexo feminino com 72%. As principais comorbidades foram hipertensão arterial em 56%, 28% demência com déficit cognitivo, 28% asma, dislipidemia 28% e DPOC 20%. Vinte e um dos exames (21/25) realizados foram solicitados por pneumologistas (84%), três exames (12%) por cardiologistas e um exame (4%) solicitado por clínico geral. A prova broncodilatadora foi realizada em 84% dos pacientes, uma vez que, 16% dos pacientes não realizaram a prova broncodilatadora em virtude da ausência na solicitação do exame feito pelo médico assistente em três exames e um exame o paciente recusou. Não foi observado efeito colateral significativo da medicação broncodilatadora (arritmia cardíaca, parada cardiorrespiratória e insuficiência respiratória). Todos os pacientes foram liberados do serviço de função pulmonar após a realização do exame. **Conclusões:** Pneumologistas valorizam e têm segurança em indicar espirometria na

velhice extrema. Espirometria não é utilizada rotineiramente pelos médicos geriatras. A prova broncodilatadora utilizando salbutamol se mostrou com segurança na velhice extrema, devendo-se respeitar as contraindicações formais desta medicação.

AP322 SARA SECUNDÁRIA À ADMINISTRAÇÃO DE PROPOFOL

MARIA LUIZA DOS SANTOS; CINDY JARA HERNANDEZ; GUSTAVO CHATKIN; LEANDRO GENEHR FRITSCHER; LIANA FERREIRA CORREA; ALICE MARTINS MACHADO; CANDIDA FRIEDRICH KRAEMER; LAÍS BECHER MARTINS
PUC-RS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Propofol; sara; pneumo-toxicidade

Introdução: O propofol é utilizado para sedação, indução e manutenção de anestesia. Possui propriedades broncodilatadoras, sendo fármaco de escolha em broncoespasmo. Entre as reações adversas mais comuns, presentes em 10% dos pacientes, encontram-se hipotensão, movimentos involuntários do corpo, sensação de queimação e dor no local da injeção e apnéia. Menos de 1% apresentam edema e diminuição da função pulmonar. **Relato dos casos:** Caso 1: Paciente feminina, 19 anos, hígida, internou 13/11/17 para realizar traquelectomia e cauterização de lesões vulvares, sob anestesia geral. Procedimento sem intercorrências. Após procedimento, apresentou dessaturação, taquipnéia. Suspeitas clínicas de TEP/BCP. Exames laboratoriais e de imagem não detectaram alterações para tais diagnósticos; AngioTC de tórax evidenciou lesões difusas em vias aéreas consolidativas podendo corresponder a processo inflamatório, edema agudo e aspiração. Foi concluído quadro de SARA por propofol e foi suspensa antibioticoterapia. Paciente teve boa resposta clínica. Caso 2: Paciente masculino, 28 anos, hígido, internou via emergência por quadro de apendicite aguda. Submetido a apendicetomia videolaparoscópica em 28/12/17. Procedimento sem intercorrências. Apresentou, no pós-operatório imediato, dessaturação e dispnéia. Raio-x de tórax com infiltrado interstício-nodular difuso bilateral com brônquios de paredes espessadas; tomografia de tórax com extensas áreas de consolidação e opacidades em “vidro fosco” difusas em ambos pulmões. Após não apresentar critérios para outros diagnósticos, foi concluído SARA relacionada ao Propofol. Apresentou adequada evolução. Caso 3: Paciente feminina, 87 anos, internou em 13/10/17 para procedimento ortopédico; na indução anestésica apresentou hipoxemia e sibilos, melhora após uso do ambu. Durante o procedimento nova hipoxemia e bradicardia, foi realizada manobra de PCR com reversão. No pós-operatório, apresentou insuficiência respiratória, broncoespasmo severo, secreção espumo-sanguinolenta pelo TOT. Raio-x de tórax, com infiltrado difuso no pulmão E, lesões atelectásicas no pulmão D, e aumento do índice cardiotorácico. Realizou-se angiotomografia pulmonar, confirmando ausência de embolismo pulmonar e com opacidades em vidro fosco associadas a espessamento de septos conjuntivos nos lobos superiores. SARA foi atribuída ao uso do Propofol. Paciente apresentou boa evolução. **Discussão:** Apesar da SARA ser considerada uma reação adversa raramente observada no uso rotineiro deste anestésico, em um curto período de tempo ocorreram em nossa instituição, três casos com achados clínicos e imagenológicos característicos dela, associado à administração de propofol. Devido aos poucos relatos desse efeito adverso, foi investigado também sobre o lote do medicamento utilizado nos casos, o qual estava de acordo com os critérios farmacêuticos. Desse modo, é importante considerar como diagnóstico diferencial a pneumo-toxicidade pelo propofol em casos de SARA pós-operatórias.

AP323 REABILITAÇÃO PULMONAR E MANEJO CLÍNICO EM PACIENTE EM LISTA DE TRANSPLANTE PULMONAR

ANDRESSA GABRIELA DOS SANTOS LERSCH¹; GABRIEL BAGGIO¹; EDUARDO MORAIS EVERLING¹; MARCELO FERREIRA NOGUEIRA²; ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA²

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. UFCSPA E ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Reabilitação pulmonar; transplante pulmonar; qualidade de vida

Introdução: A Reabilitação Pulmonar é um programa individualizado e multidisciplinar, que tem por objetivo, o tratamento e a prevenção de complicações pulmonares e gerais do organismo. Largamente indicada em diversas doenças pulmonares. Nos casos pré-transplante pulmonar, visa melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida de pacientes listados, trazendo diversos benefícios tanto no pré quanto no pós operatório. **Relato do Caso:** 60 anos, feminino, branca, dona de casa, natural e procedente de Porto Alegre/RS, não tabagista, com histórico de pneumonectomia esquerda aos 19 anos por consequência de tuberculose e infecções respiratórias de repetição desde então, tratadas com antibioticoterapia e broncodilatadores. Em uso regular de medicações inalatórias, acompanhamento a 10 anos. Em 2006, queixa de dificuldade respiratória aos esforços, história de hemoptise e expectoração purulenta e piora importante do estado geral e dispnéia. Ao exame: diminuição do murmúrio vesicular à esquerda e estertores finos à direita e discreta sibilância, eupnéia em repouso, SatO₂ 96% em AA. TC de tórax: retração fibroatelectásica de lobo superior direito e bronquiectasias de tração e espessamento pleural apical à direita. VEF1 26% (0,76 L) e CVF 36% (1,31 L), índice de Tiffeneau 0,58. ECG normal. Iniciou broncodilatadores de longa ação e corticoide inalatório. Em março/2011, queda com fratura de membro superior direito e uma costela, dor à inspiração e disfunção ventilatória; internação em UTI, ventilação mecânica e sepse respiratória. Após 1 mês de internação, alta com uso de BIPAP à noite, O₂ diurno e reabilitação com fisioterapia domiciliar. AngioTC com hipertensão pulmonar (PSAP 72 mmHg), sem tromboembolismo. Listada para transplante, mantendo tratamento clínico e reabilitação. Em 2013, teste da caminhada de 6 min sem dessaturação; nova espirometria sem alterações. Em 2014, suspensa oxigenoterapia suplementar, mantendo LABA+corticoide inalatório, tiotrópio e BIPAP, com boa resposta clínica. Quadro estável nos anos subsequentes indica retirada da lista de transplante, mantendo tratamento clínico e reabilitação. Melhora clínica progressiva e nos questionários de qualidade de vida e escalas de dispnéia (QSG e mMRC). Nova ecocardiografia sem sinais de hipertensão pulmonar. Sem uso de antibióticos desde 2014, realiza adequadamente atividades diárias. **Discussão:** A reabilitação pulmonar melhora tolerância ao exercício e capacidade funcional nos pacientes em lista de espera para transplante pulmonar com doença respiratória crônica em estágio avançado, através do treinamento musculoesquelético e respiratório. Benefícios não costumam alterar a necessidade de transplante (indicado quando expectativa de vida sem cirurgia é considerada limitada). Nesse caso, tratamento clínico otimizado aliado à reabilitação pulmonar permitiram que a indicação de transplante fosse reconsiderada, devido à estabilidade dos parâmetros funcionais ventilatórios e à melhora sintomática.

AP324 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE ERASMUS

BRUNA CAVALCANTE TORRES; BERNARDO OLIVEIRA PACHECO; MIRIAM GIORGETTI; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR;

FERNANDA FERREIRA BIGELI; BRUNA MOREIRA LIMA ROCHA; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; FABIANA STANZANI
UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Silicose; esclerose sistêmica; ocupacional

Introdução: Silicose é doença pulmonar fibrogênica, de evolução lenta, caráter progressivo e irreversível, causada pela exposição à sílica. É a pneumoconiose mais frequente no Brasil e há associação com incidência de doenças sistêmicas autoimunes como esclerose sistêmica, artrite reumatoide, dermatomiosite, síndrome de Sjögren, Lupus Eritematoso Sistêmico. Relatamos caso de paciente de Ambulatório da Unifesp com silicose e esclerose sistêmica, também conhecida por Síndrome de Erasmus. Homem de 29 anos de idade, história ocupacional de setor de beneficiamento de felito-microsilicato, confecção de cerâmica há 10 anos. Queixa-se de dispneia progressiva, atualmente aos pequenos esforços, disfagia para sólidos, úlceras em polpas digitais e perda ponderal de 16 kg há 8 meses. Nega tabagismo. Ao exame físico, emagrecido, com fácies esclerodérmica, espessamento cutâneo difuso, fenômeno de Raynaud, úlcera distal em 2º quirodáctilo. Ausculta pulmonar: MV diminuído mais em ápices FR: 24ipm SpO2 92%. Ausculta cardíaca: RCR dois tempos sem sopros, PA: 110/90mmHg. Tomografia computadorizada de tórax: múltiplos nódulos e micronódulos pulmonares, tendendo a formar consolidações; distorção arquitetural, espessamento pleural com alguns focos de calcificações e estrias pleuroparenquimatosas. Linfonodomegalias com calcificação periférica. Esôfago dilatado com conteúdo líquido interno. Espirometria compatível com distúrbio ventilatório restritivo moderado. Biópsia pulmonar com parênquima alveolar com espessamento conjuntivo septal e pesquisa para estruturas refringentes à luz polarizada resultou positiva no histopatológico, confirmando Silicose. Demais exames complementares: Hemoglobina 11,5 g/dL, hematócrito 36%, leucometria: 5100/mm, VHS: 66 mm; Sorologias para HIV, HBV e HCV: negativas; Pesquisa para tuberculose, negativa; FAN HEP-2 de 1: 1280 padrão nuclear pontilhado fino, anti-Scl 70 positivo e fator reumatoide negativo; portanto Esclerose Sistêmica por bases clínicas e laboratoriais. Recebe diagnóstico final de Síndrome de Erasmus, silicose associado a esclerose sistêmica, iniciado tratamento com imunossupressor sistêmico e paciente evolui com melhora do quadro clínico. **Discussão:** A associação de silicose com esclerose sistêmica, descrita inicialmente por Erasmus em 1957, é o resultado da interferência na imunidade celular relacionada à citotoxicidade da sílica. Os dados sobre o mecanismo do envolvimento da sílica no desenvolvimento da esclerose sistêmica ainda são inconclusivos, parece estar ligada à resposta inflamatória desenvolvida pela sílica após fagocitose e liberação de mediadores por macrófagos alveolares ativados. A maior prevalência de doença de tecido conjuntivo entre pacientes com exposição ocupacional à sílica, reforça o seu papel como fator predisponente e ocorre geralmente após 15 anos do início da exposição. Objetivo deste relato, é alertar a possibilidade de desenvolvimento de doença sistêmica autoimune grave em pacientes com exposição a sílica.

AP325 PNEUMOCONIOSE REUMATOIDE EM MINERADOR DE OURO: RELATO DE CASO

MARIANA DA SILVA DEUTT FERREIRA; JOÃO VICTOR MORAES DE MELO; THAIS MACÊDO DE AMORIM; LETÍCIA SANTOS DE CARVALHO; WANESSA GALVÃO DAMAS; MARCELLA ARAÚJO PIRES BASTOS; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO; EDVAL GOMES DOS SANTOS JUNIOR
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA, BA.

Palavras-chave: Síndrome de caplan; saúde do trabalhador; exposição ocupacional

Introdução: Descrita por Caplan, em 1953, a pneumoconiose reumatoide (RP) é uma associação peculiar de artrite reumatoide com pneumopatia ocupacional que pode acometer mineradores expostos a sílica inorgânica. A doença geralmente apresenta progressão acelerada com formação de extensos nódulos pulmonares bem definidos na radiografia de tórax. As interações imunológicas envolvidas ainda não foram completamente elucidadas.

Relato de caso: Homem, 58 anos, ex-tabagista (15 m.a., abstinência há 20 anos), atividade ocupacional em mina subterrânea com exposição a sílica, poeira mista e arenito, apresentou quadro de artrite erosiva simétrica edagnóstico de artrite reumatoide (AR) há 6 anos. Relatou tratamento empírico prévio para tuberculose por alterações radiológicas suspeitas e PPD>10mm, mesmo com baciloscopias negativas e sem sintomatologia clínica vigente. Encaminhado ao serviço de pneumologia para avaliação antes do início de terapia anti-TNF. Apresenta dispneia mMRC 0 sem achados respiratórios relevantes ao exame físico. Avaliação funcional revelou obstrução leve com capacidade vital preservada [VEF1: 2,16L (68%); CVF: 3,37 (85%); VEF1/CVF: 0,64 (70%)]. A tomografia de tórax revelou aspectos altamente sugestivos de pneumoconiose associada, destacando-se múltiplos nódulos pulmonares, por vezes coalescentes, predominantes em lobos superiores em conjunto com linfonodos mediastinais calcificados. Baciloscopia e culturas para micobactérias negativas reforçaram ausência de tuberculose em atividade. Paciente apresenta evolução favorável em uso de adalimumabe há um ano, imunizado para influenza e pneumococo, em uso ocasional de broncodilatador de resgate e com função pulmonar estável. **Discussão:** A apresentação clássica da PR envolve a presença de lesão reumatoide, com área central de colágeno necrótico, circunscrita em processo inflamatório mononuclear, com variados graus de depósitos de poeira inorgânica, não obrigatoriamente relacionado a artrite reumatoide ativa. Indivíduos geneticamente predispostos seriam mais susceptíveis ao desenvolvimento de manifestações articulares e fator reumatoide circulante. Estudos experimentais sugerem que a sílica pode desencadear resposta imune inata estimulando macrófagos a produzirem espécies reativas do oxigênio, citocinas inflamatórias como IL-1 e TNF- α e proteases lisossômicas. A interação entre esses cristais inorgânicos e macrófagos resulta na ativação de vias de sinalização da resposta imune adaptativa, incluindo células apresentadoras de antígenos aos linfócitos T CD4+.

AP326 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE EM TRABALHADOR POR REEXPOSIÇÃO A POEIRA DE CILAGEM DE MILHO

LETÍCIA LIMA SANTOS; MONIQUE ELÉM PIO DE BRITO; ANA LETÍCIA ROSSETTI BENTO; MARCELO DE PAULA ABREU SILVA JUNIOR; CAMILLA FAZOLIN AMORIM; ANA ELISA SILVEIRA SOUZA; EVANDRO MONTEIRO DE SA MAGALHAES; RENATO MONTEIRO DE ALMEIDA MAGALHÃES
UNIFENAS, ALFENAS, MG.

Palavras-chave: Pneumonite de hipersensibilidade; fungo; doença ocupacional

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma doença granulomatosa intersticial pulmonar de base imunológica. Caracteriza-se por infiltrados celulares e deposição de matriz extracelular no interstício devido à inalação repetida de antígenos. A inalação de fungos advindos de fardos de ração animal é descrita como uma das causas de PH em trabalhadores rurais, desenvolvendo

o chamado pulmão do fazendeiro. **Relato de caso:** JOS, 47 anos, sexo masculino, trabalhador rural, leucoderma, não tabagista, sem antecedentes prévios relevantes. Relato de diagnóstico presuntivo há cerca de 7 meses de pneumonite por hipersensibilidade por exposição a poeira de cilagem de milho mofada. Refere melhora total de dispneia e tosse após afastamento do ambiente ocupacional. A necessidade de retornar ao trabalho por questões financeiras acarretou piora progressiva da sintomatologia torácica. Apresentou-se em BEG, eupneico de repouso, hidratado, sem baqueateamento digital, acianótico, boa perfusão periférica, sem linfonodos palpáveis, sinais vitais preservados, tórax atípico, expansibilidade preservada, presença de crepitações, roncocal e sibilos esparsos. A tomografia de tórax mostrou imagens com atenuação em mosaico difuso com predomínio em campos médios e basais. Os cortes em expiração mostram áreas de aprisionamento aéreo. A pesquisa direta de BAAR e fungos foi negativa, não foram encontradas malignidade na amostra analisada e o parênquima pulmonar apresentou moderado infiltrado inflamatório crônico inespecífico com presença de fibrose e antracnose. A espirometria detectou distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta imediata ao broncodilatador. O paciente foi reorientado sobre a importância do afastamento da exposição ambiental pelo risco de evolução para fase de lesão pulmonar irreversível. Foi reintroduzido corticosteroide sistêmico, evoluindo para melhora clínica importante. **Discussão:** Foi mostrada a dificuldade de realizar um diagnóstico precoce da PH, pois este é baseado na associação de diversos achados: identificação da exposição ocupacional, manifestações clínicas, alterações radiológicas e funcionais compatíveis. A tomografia computadorizada, histopatologia e biópsia são de grande utilidade para o diagnóstico correto da PH, pois os achados clínicos se confundem com outras doenças pulmonares. A terapêutica que leva à melhora clínica e funcional consiste no reconhecimento do antígeno, afastamento das fontes de infecção e uso de corticoides sistêmicos. O afastamento é um obstáculo, pois o antígeno pode relacionar-se com a atividade laboral do paciente. A exposição intermitente ao antígeno associa-se a um prognóstico melhor, porém a maioria dos pacientes é diagnosticada em fase avançada, com fibrose pulmonar e anormalidades funcionais irreversíveis mesmo depois de cessada a exposição. **Referências:** MACKIEWICZ, B. et al. Hypersensitivity pneumonitis and idiopathic pulmonary fibrosis - case report. *Pol Merkur Lekarski*, 44 (261): 152-156, 2018

AP327 HIPERPLASIA NODULAR HISTIOCÍTICA: UMA MANIFESTAÇÃO RARA À EXPOSIÇÃO AO ASBESTO
LIVIA MARQUES DA SILVA GAMA; LAYNI STORCH; FERNANDO GUIMARÃES PORTO
HUCAM, VITÓRIA, ES.

Palavras-chave: Hiperplasia nodular histiocítica; imunohistoquímica; diagnóstico diferencial

Introdução: A hiperplasia nodular histiocítica é caracterizada por um processo proliferativo benigno, constituído majoritariamente por histiócitos. Inflamação crônica e irritação mecânica são as principais causas para a condição e seu diagnóstico assertivo é de grande importância clínica visto que as patologias malignas são os principais diagnósticos diferenciais. **Relato de caso:** J. D., masculino, 53 anos, não tabagista, com história ocupacional de exposição ao asbesto por 15 anos, relata que em abril/2017 iniciou quadro de tosse seca, dor pleurítica à d e dispneia (mrc: 1). Nega febre e emagrecimento no período. Tomografia de tórax mostra presença de volumoso derrame

pleural à direita e diminutos nódulos esparsos no pulmão esquerdo. Pesquisa de doença fúngica e tuberculose no líquido pleural foram negativas. Realizado biópsia pleural direita por videotoracoscopia que evidenciou infiltrados histiocitários sem sinais de malignidade. Em dez/2017 iniciou quadro de hemoptise de média à grande quantidade além de emagrecimento de 9 kg em 4 meses e piora da dispneia (mrc: 2). Mantinha derrame pleural hemorrágico recorrente. Nova tc de tórax demonstrou doença infiltrativa pleural direita com aumento do acometimento pulmonar por múltiplas lesões nodulares bilaterais. Realizado lavado broncoalveolar que não evidenciou células neoplásicas. Na nova biópsia pleural/ pulmonar direita guiada por tc, a histopatologia revelou proliferação celular sugestiva de hiperplasia nodular histiocítica(hnh). Imunohistoquímica do parênquima pulmonar e pleural demonstrou agregados de histiócitos xantomatosos, sem evidências de malignidade. Internado no hospital universitário em março/2018 devido piora dos sintomas pulmonares (mrc: 4, hemoptise, tosse seca e dor pleurítica). Sem evidências clínicas e laboratoriais de infecção. Após discussão do caso com especialistas, foi optado pelo tratamento da hnh com prednisona 60 mg/dia. **Discussão:** Sugere-se que as lesões pulmonares e pleurais do paciente são decorrentes da longa exposição ao asbesto, com consequente inflamação crônica e formação de aglomerados histiocitários. Devido à alteração tomográfica encontradas e história clínica, as hipóteses aventadas foram asbestose e o mesotelioma pleural a imunohistoquímica teve grande importância na definição do diagnóstico. A positividade para cd68 ratifica a origem histiocitária e a negatividade para as citoqueratinas afastam a possibilidade de lesões malignas. O tratamento ideal do paciente seria a ressecção cirúrgica ou o transplante pulmonar, porém as lesões pulmonares difusas contraindicam a cirurgia e a história social do doente não o permite ser referenciado ao centro de transplante. Diante desses impeditivos foi optado iniciar corticosteroide e o paciente referiu redução dos episódios de hemoptise e da tosse após o 15º dia. O mesmo continuará sendo avaliado pela pneumologia para avaliação dos sintomas e desmame do corticóide.

AP328 RELATO DE CASO - SILICOSE CRÔNICA - ENFERMIDADE PERSISTENTE DESDE A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

NATHALIA ROSA SILVA; LETÍCIA LIMA SANTOS; CIRO BERNARDES PEREIRA JÚNIOR; GABRIELA BERNARDES GONÇALVES; CAROLINE DE ALMEIDA DE ALMEIDA RODRIGUES; TÚLIO COSTA MARQUES; KARLA TORTATO; KATIA REJANE REJANE RODRIGUES
UNIFENAS, ALFENAS, MG.

Palavras-chave: Silicose; doença ocupacional; sílica

Introdução: A silicose é uma doença pulmonar ocupacional importante com um resultado relativamente fatal e irreversível decorrente da inalação de poeira contendo sílica e está associada a silicose, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão, insuficiência respiratória e elevação no risco de doenças do colágeno e tuberculose. O diagnóstico baseia-se no histórico de exposição à sílica e em achados radiológicos. O diagnóstico precoce é crucial, bem como a prevenção para uma maior progressão é a pedra angular da gestão. De prognóstico sombrio em sua forma aguda, a silicose leva a perda progressiva da função pulmonar e, na forma crônica, fibrose maciça e insuficiência respiratória variável. **Relato de caso:** Paciente J. D. G. S., sexo masculino, 68 anos, lavrador atual, dispneia de início há 2 anos – MRC 1, tabagista de 26 a/m, com antec. de trabalho em marmoraria por 5 anos e em garimpo de diamante por 5 anos há 30 anos atrás, Rx de tórax com infiltrado intersticial alveolar com predomínio apical e periférico e calcificações

mediastinais, TC de tórax com linfonodomegalia com calcificação em “casca de ovo”, espessamento septal liso, padrão micronodular bilateral com áreas de placas confluentes, enfisema pulmonar de padrão centrolobular e nódulo espiculado em ápice direito; espirometria normal com BD negativa (CVF 92%, VEF1 64%, IT 74% no pós BD), bx transbrônquica negativa para tuberculose e neoplasia. Após 13 anos do início dos sintomas evolui com estabilização das lesões da silicose e espirometria com DV misto com BD negativa (CVF 75%, VEF1 62%, IT 64% no pós BD) em uso de salmeterol/ fluticasona / tiotropio com SpO2 de 98% aa. **Discussão:** O caso relatado expõe a forma crônica da doença, sendo esta a apresentação mais comum, ocorrendo após dez a quinze anos de exposição à sílica. O principal sintoma é a dispneia progressiva e incapacitante. Nos estágios iniciais, há infiltrado micronodular bilateral, com predomínio nas zonas superiores dos pulmões. Pode ocorrer a coalescência dos nódulos com formação de grandes opacificações, denominada fibrose maciça progressiva. O aumento das imagens hilares mediastinais sugerem comprometimento ganglionar, formando, às vezes, calcificações do tipo “casca de ovo”, condizentes com o caso em questão. Na tomografia, achados de micronódulos centrolobulares e subpleurais, com distribuição difusa e predomínio dos lobos superiores, espessamento intersticial axial, massas conglomeradas com formato irregular e presença de enfisema tornam o método de escolha para o diagnóstico. Nódulo silicótico no interstício pulmonar é a alteração patológica típica. O tratamento consiste no suporte, reabilitação, broncodilatadores, oxigenioterapia e transplante pulmonar, quando indicado.

AP329 BRONQUIOLITE OBLITERANTE SECUNDÁRIA A LESÃO AGUDA POR INALAÇÃO DE GÁS AMÔNIA: RELATO DE CASO

JOÃO FILIPE COSTA ALVES PEREIRA; LUIZ FELIPE MARQUES BARBOSA SILVA; MILLA TRABACHIN ALMEIDA FERRAZ; KARIME NADAF DE MELO SCHELINI
 UFMT, CUIABA, MT.

Palavras-chave: Gases irritantes; amônia; bronquiolite obliterante

Introdução: Diversas substâncias inaladas podem causar lesão ao epitélio do sistema respiratório em diversos níveis. A apresentação da lesão aguda é bastante variável em porção afetada e gravidade. O gás amônia, pela sua afinidade com água, tende a lesar mais intensamente as vias aéreas mais proximais. A exposição ao gás provoca irritação da mucosa e pode levar a laringoespasma, broncoespasmo e, em casos mais graves, edema pulmonar não cardiogênico. **Relato do Caso:** Homem, 33 anos, natural de Rondônia e residente em Cuiabá, funcionário de empresa de refrigeração e gelo, previamente hígido, foi exposto a gás amônia em acidente de trabalho, com perda de consciência. Foi resgatado por equipe de saúde, intubado e hospitalizado em Terapia Intensiva, onde permaneceu por 43 dias, sendo traqueostomizado. Foi decanulado com sucesso e após alta foi referenciado à Pneumologia para seguimento. Nos meses após alta hospitalar, manteve dispneia mMRC 4, oxigênio-dependente, mesmo após terapia otimizada com broncodilatador de longa ação e corticoide inalatório. Apresentou várias exacerbações nos meses de seguimento, todas com broncoespasmo importante, de difícil reversão. A tomografia de tórax mostrava um acometimento predominantemente brônquico, sem grandes alterações de parênquima. Prova de função pulmonar realizada apresentava padrão obstrutivo não revertido com broncodilatador, com VEF1.0 de 18% do

previsto para a idade. Com otimização de terapia nutricional, o paciente foi desospitalizado, sem novas reinternações e iniciado o processo para transplante pulmonar. **Discussão:** Lesões pulmonares agudas por gás amônia são episódios infrequentes. O caso relatado mostra um paciente com comprometimento funcional significativo após acidente de trabalho, de difícil manejo para estabilização. **Referências:** Gorguner; Akgun. Acute Inhalation Injury. Eurasian J Med. 42: 1, 2010. Pp 28-35. Leduc et al. Acute and long term respiratory damage following inhalation of ammonia. Thorax, 47, 1992. Pp 755-7.

AP330 AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO DE PERCUSSÃO AUSCULTATÓRIA DO TÓRAX COMPARADO À PERCUSSÃO INDIRETA TRADICIONAL

LEONARDO DUARTE MORAES; AMANDA COSTA DA CUNHA; MARCELO PALMEIRA RODRIGUES
 UNB, BRASÍLIA, DF.

Palavras-chave: Percussão do tórax; semiologia; percussão auscultatória

Introdução: A técnica de percussão auscultatória, que consiste na avaliação de sons em diferentes regiões do tórax com o estetoscópio gerados por batidas no manúbrio do esterno, apresenta grande validade para detecção de derrame pleural, além de requerer habilidade manual mínima para sua execução. Sua Introdução no ensino regular de semiologia pode ser muito vantajosa, desde que o seu aprendizado seja mais fácil que a técnica tradicional. Objetivo Avaliar a rapidez no aprendizado da percussão auscultatória em comparação com a percussão indireta tradicional do tórax **Métodos:** O estudo foi realizado no Hospital Universitário de Brasília, onde foram selecionados 8 alunos, e distribuídos randomicamente em 2 grupos iguais, de mesmo nível de formação e cursando o mesmo período e instituição, e que ainda não conheciam a semiologia do aparelho respiratório. Foram selecionados os alunos dentro do intervalo interquartil em uma avaliação de desempenho no curso de semiologia. A seleção dos alunos também foi realizada de forma randomizada. Para o grupo 1, foi ensinada a percussão indireta e para o grupo 2, a percussão auscultatória pelo mesmo instrutor. Em seguida, foram selecionados 4 pacientes que apresentavam enfermidades neste sistema, sendo que dois apresentavam derrame pleural, um com atelectasia subtotal e um paciente com doença pulmonar difusa sem alterações à percussão. Os pacientes foram analisados por cada um dos alunos dos dois grupos e anotados por eles mesmos se a percussão estava normal ou alterada para as seguintes regiões (em ambos os lados): supraescapular, interescapulovertebral, infraescapular e infraaxilar. Os resultados foram comparados com os achados obtidos pelo instrutor. Não houve controle do tempo de exame dos participantes. Foram analisados, para cada grupo, o número de acertos, o número de acertos integrais e a variabilidade inter-observador por meio da estatística kappa. Considerou-se acerto a correspondência entre o exame do aluno e do examinador, individualmente para cada região. O máximo de acertos por grupo foi de 128. Considerou-se acerto integral, o acerto de todas as regiões de um determinado paciente por cada aluno do grupo. O máximo de acertos integrais possíveis por grupo foi de 16 acertos. **Resultados:** O percentual de acertos do grupo 1 foi de 88,3% (totalizando 113 acertos), enquanto o grupo 2, de 57% (correspondendo a 73 acertos), (p = 0,019). O percentual de acertos integrais do grupo 1 representa 62,5%; correspondendo a 10 acertos; enquanto no grupo 2 foi 6,3%; totalizando apenas 1 acerto (p = 0,015). A medida de variabilidade Kappa do grupo 1 foi de 0,601

$\pm 0,15$; enquanto para o grupo 2 foi de $0,080 \pm 0,19$ ($p = 0,004$) **Conclusão:** A percussão indireta tradicional obteve maior percentual de acertos e menor variabilidade inter-observador que a percussão auscultatória

AP331 HABILIDADE E COMPETÊNCIA DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM RECONHECER ERROS DE USO DOS DISPOSITIVOS INALATÓRIOS

JOÃO PAULO MORAIS NEIVA; TASSIANO VIEIRA SOUZA; SAMUEL RIBEIRO DIAS; RAQUEL FELISARDO ROSA; RENATO CESAR GONÇALVES

SANTA CASA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Técnicos de enfermagem; educação em saúde; dispositivos inalatórios

Introdução: Segundo um recente estudo observacional de corte transversal realizado no sul do Brasil, 90% dos pacientes da amostra cometeram algum erro, apesar de referirem conhecer a técnica adequada. A prescrição dos dispositivos inalatórios (DI) deve ser realizada respeitando particularidades e limitações de cada indivíduo, e saber de reconhecer os principais erros durante a utilização deste dispositivo faz parte das habilidades e competências cognitivas de todo profissional de saúde visando melhor a realização da técnica, eficácia e adesão ao tratamento proposto. **Objetivo:** avaliar a habilidade de profissionais técnicos de enfermagem em reconhecer pacientes com técnica de uso de DI inadequada. **Metodologia:** participaram o estudo 196 profissionais técnicos de enfermagem das unidades clínicas de um hospital de grande porte (terciário) de Minas Gerais. Eles foram convidados a assistir 4 vídeos de vida real de pacientes usando DI, e responder se eles estavam aptos ou não ao uso de seus respectivos DI. Estes vídeos também foram avaliados por um profissional médico com experiência em DI, e foram considerados corretos as avaliações em concordância com este. **Resultados:** 89,6% dos participantes eram do sexo feminino; tinham em média 41 ($\pm 9,1$) anos; 46,4% relataram que tinham recebido alguma formação no curso técnico sobre o uso de DI e apenas 18,6% tinham recebido treinamento sobre o uso de DI em serviço; tinham em média 10,6% ($\pm 7,6$) anos de atuação profissional. Foi encontrado que apenas 24,5% dos profissionais tinham uma concordância com o avaliador experiente. A habilidade de avaliar o uso de DI não relacionou com o fato de já ter recebido treinamento sobre o assunto no curso profissionalizante ($p = 0,372$) ou em serviço ($p = 0,515$). A média de idade foi semelhante entre os que tinham tal habilidade e os que não tinham, 41,2 e 41,1 anos respectivamente ($p = 0,934$). **Conclusão:** A grande maioria dos profissionais técnicos de enfermagem, apesar de responsáveis pela administração de medicamentos inalatórios aos pacientes internados, não receberam treinamento em serviço para tal habilidade. Menos de um quarto deles são capazes de reconhecer os pacientes hábitos e não hábitos para uso de DI. Estes dados revelam a urgência de envolver estes profissionais em atividade de aprendizagem com metodologia apropriada.

AP332 ACOMETIMENTO INTRATORÁCICO DAS COLAGENOSSES: UMA REVISÃO ILUSTRADA

ANA PAULA CAMPOS ROCHA¹; GRAZIELA DAS MERCÊS PIMENTA RIOGA²; SAMUEL GONÇALVES CRUZ³; LUCAS GOMES PINHO⁴; FABIANO FRANCO MONTEIRO PRADO⁴; POLLYANA OLIVEIRA BARBOSA⁴

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG;

2. HOSPITAL JÚLIA KUBISTCHEK, BELO HORIZONTE, MG; 3.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES, BELO HORIZONTE, MG; 4. SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Tomografia computadorizada; doenças do colágeno; tórax

Introdução: As manifestações intratorácicas das doenças do colágeno são comuns e variam de acordo com a doença de base. Pode haver envolvimento do parênquima pulmonar, das vias aéreas, dos vasos pulmonares, da pleura, do diafragma e do mediastino. Esse trabalho objetiva discutir os principais achados radiológicos que caracterizam o acometimento intratorácico das collagenoses. **Metodologia:** Foi realizada revisão bibliográfica nas bases de dados MEDLINE e LILACS, de onde foram selecionados os artigos mais relevantes referentes ao tema. A partir desta revisão demonstramos os aspectos imaginológicos do acometimento intratorácico das collagenoses, por meio de casos obtidos nos arquivos de imagem das instituições envolvidas no trabalho, bem como no arquivo próprio dos autores. **Resultados:** Dentre as manifestações pulmonares das doenças do colágeno destacam-se as pneumonias intersticiais difusas (PID), sendo o padrão de pneumonia intersticial não específica (PINE) o mais descrito, exceto na artrite reumatóide (AR), em que a pneumonia intersticial usual (PIU) é a mais encontrada. No envolvimento vascular, a hipertensão pulmonar (HP) é o mais frequente, especialmente na esclerose sistêmica (ES), lupus eritematoso sistêmico (LES) e doença mista do tecido conjuntivo. Nódulos ou massas podem corresponder a nódulos reumatoides, linfoma pulmonar associado a Síndrome de Sjogren (SS) ou AR, forma nodular da amiloidose em portadores de SS ou, ainda, carcinoma pulmonar, associado a ES. Derrame e espessamento pleurais são identificados no LES e AR. Além das manifestações da doença de base, há aquelas secundárias ao tratamento, pela toxicidade medicamentosa ou infecção oportunística devido à imunossupressão. **Conclusões:** As manifestações intratorácicas das collagenoses são variadas e apresentam relevância clínica, sendo fundamental o conhecimento dos vários padrões encontrados. As PID e a HP são as mais frequentes e, em conjunto, representam as principais causas de morbimortalidade nesses pacientes.

AP333 SÍNDROME DE HAMMAN COM PNEUMORRAQUIA – RELATO DE CASO

ANA PAULA CAMPOS ROCHA¹; GRAZIELA DAS MERCÊS PIMENTA RIOGA²; SAMUEL GONÇALVES CRUZ³

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG;

2. HOSPITAL JÚLIA KUBISTCHEK, BELO HORIZONTE, MG; 3.

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Tomografia computadorizada; pneumorraque; enfisema mediastínico

Introdução: O pneumomediastino espontâneo, também denominado síndrome de Hamman (SH) é uma entidade pouco conhecida, definida pela presença de ar livre no mediastino, não sendo resultado de trauma, cirurgias ou outros procedimentos. Este trabalho objetiva relatar um caso desta síndrome incomum, bem como revisar os principais aspectos clínicos e imaginológicos relacionados.

Relato de caso: trata-se de paciente de 17 anos, sexo masculino, usuário de drogas ilícitas, trazido pelo pai ao pronto socorro com quadro de confusão mental e alteração comportamental. Exame físico inicial e exames laboratoriais sem alterações significativas. Realizada Tomografia Computadorizada (TC) do Crânio para investigação do quadro neurológico, sem alterações encefálicas porém detectando

extenso enfisema dos planos músculo-adiposos da face, notadamente do espaço mastigatório e parotídeo. Sugeriu-se, então, complementação com TC de pescoço e tórax, que revelou volumoso pneumomediastino, estendendo-se ao mediastino posterior e associando-se a pneumorraqia, além de extenso enfisema subcutâneo, com dissecação dos planos musculoadiposos da parede torácica e do pescoço. Procedeu-se novamente ao exame físico, sendo identificado o sinal de Hamman, além do extenso enfisema. O paciente permaneceu em repouso sob observação hospitalar, com melhora gradual do quadro enfisematoso. Os sintomas neurológicos foram investigados pela psiquiatria e neurologia, sendo atribuídos à psicose relacionada ao uso de drogas. Após ser questionado, o paciente lembrou-se de episódio de tosse associado a vômitos incoercíveis após o uso de cocaína, seguido de dor torácica. **Discussão:** O pneumomediastino espontâneo constitui entidade infrequente na prática médica. Em vista do seu curso quase sempre benigno, estima-se que uma série de diagnósticos seja perdida, já que muitos pacientes não procuram atendimento. Entre os fatores desencadeantes destacam-se exercícios físicos, trabalho de parto, inalação de drogas, tosse e vômitos; os principais sintomas são dispnéia, dor torácica e tosse. O marco inicial da fisiopatologia da SH é a ruptura alveolar, que resulta de alta pressão intra-alveolar e/ou de baixa pressão perivascular. Após o evento inicial, o ar penetra livremente no mediastino durante o ciclo respiratório, buscando equilibrar os gradientes pressóricos. Em dois terços dos casos pode haver progressão e acometimento da região cervical e, menos frequentemente, dos tecidos faciais. O achado de pneumorraqia, no entanto, é raro. O tratamento da SH é conservador, com repouso e analgesia. Em alguns casos, o atraso no diagnóstico pode levar a complicações como a ruptura esofágica, mediastinite ou pneumotórax hipertensivo.

AP334 PADRÃO EM PAVIMENTAÇÃO EM MOSAICO NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO- UMA FORMA INFREQUENTE DO LINFOMA

JORGE HUMBERTO ARDILA VEGA; SERGIO OLIVEIRA DA SILVA; THIERR FELLIPE FERNANDES TEIXEIRA; PRISCILLA ALVARENGA FERREIRA; CÉSAR AUGUSTO DE ARAÚJO NETO; JULIANA MATOS DA SILVA; JORGE LUIZ PEREIRA E SILVA; MARGARIDA CELIA LIMA COSTA NEVES
HUPES, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Linfoma; pavimentação em mosaico; tomografia computadorizada de tórax

Introdução: Pavimentação em mosaico (PPM) ("crazy-paving") é um padrão inespecífico que pode ser observado em tomografias computadorizadas de alta resolução (TCAR), caracterizadas por áreas de atenuação em vidro fosco, com septos intra e interlobulares de permeio. Inicialmente foi descrito como achado característico de proteinose alveolar pulmonar. Comprovou-se posteriormente o comprometimento em diversas entidades nosológicas. PPM como forma de apresentação do linfoma tem sido raramente descrito na literatura. Relatamos o caso de um paciente com diagnóstico prévio de linfoma não hodgkin (LNH) B indolente que evoluiu com achado radiológico na TC de tórax de pavimentação em mosaico, confirmado por biópsia de pulmão o envolvimento pulmonar pelo linfoma.

Relato de caso: Paciente masculino 58 anos, natural e procedente de Ribeira do Pombal Bahia, diagnosticado com linfoma não hodgkin (LNH) B indolente em 2012, fazia acompanhamento com o serviço de onco-hematologia. Desde 2015 relata tosse seca, dispnéia aos esforços e chiado noturno. Procurou serviço de saúde e iniciou uso de dexametasona e salbutamol. Foi solicitado TC de tórax

que evidenciou padrão em pavimentação em mosaico, na admissão e em nosso serviço paciente em bom estado geral, lúcido e orientado no tempo e no espaço, corado, anictérico, hidratado, afebril, apresentando linfonodo submandibular à direita e supraclavicular esquerda, fibroelásticos, indolores. Com quadro de dispnéia aos mínimos esforços, foi feito biópsia de linfonodo supraclavicular, e biópsia pulmonar a céu aberto. Anatomia- patológico de linfonodo supraclavicular mostrou linfoproliferação atípica, e a biópsia do pulmão, presença de infiltrado linfóide atípico; quadro morfológico sugestivo de neoplasia linfo-hematopoética (linfoma). **Discussão:** O padrão de pavimentação em mosaico, é caracterizado por opacidades em vidro fosco difusas no parênquima pulmonar, associadas a espessamento de septos inter e intralobulares. As doenças que cursam com esse padrão podem ser divididas em agudas e crônicas; associando-se à evolução temporal os dados clínicos e radiológicos, geralmente se consegue chegar a um diagnóstico etiológico específico. As principais causas de padrão em pavimentação em mosaico inclui proteinose alveolar, edema pulmonar cardiogênico e não cardiogênico, adenocarcinoma mucinoso, pneumocistose, pneumonite de hipersensibilidade, acrescentados em estudos recentes causas não muito frequentes como macrolitase alveolar, leptospirose, toxoplasmose aguda, e mais raramente linfoma.

AP335 PNEUMORRAQUE EPIDURAL ASSOCIADO À PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO APÓS ESFORÇO FÍSICO – RELATO DE CASO

GUILHERME ELER DE ALMEIDA¹; LAURA FONSECA QUEIROZ²; JOÃO ANTONIO VERONESE LEME¹; CAROLINE NISHIMURA¹; BRUNA ELER DE ALMEIDA³; BARBARA SILVESTRE VICENTIM¹

1. HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL, CACOAL, RO; 2. CONSULTÓRIO PRIVADO, CACOAL, RO; 3. FIMCA, PORTO VELHO, RO.

Palavras-chave: Pneumorraque; pneumomediastino; enfisema subcutâneo

Introdução: O pneumorraque (PR) é definido como a presença de ar no espaço epidural espinhal. Na maioria das vezes está associado à presença de ar em outros compartimentos, como pneumotórax, pneumomediastino (PM), pneumopericárdio, enfisema subcutâneo. O diagnóstico é, em geral, dado com exames de imagem, evoluindo assim de forma benigna quando tratado brevemente. O tratamento na maioria dos casos é conservador. **Relato de caso:** Homem, 19 anos, previamente hígido referindo há três dias ingurgitamento cervical, alteração na fonação, desconforto respiratório discreto e surgimento de creptação bolhosa subcutânea, iniciados após exercício físico. Nega traumas, uso de drogas ou doença respiratória. Ao exame físico apresentava-se eufônico ao repouso, pressão arterial de 130 X 80 mmHg, SatO₂ 96%. Extenso enfisema subcutâneo, desde o apêndice xifoide até a região cervical anteroposterior. À ausculta cardíaca, notou-se a presença do sinal de Hamman (crepitações associadas às bulhas cardíacas durante a ausculta), respiratório sem anormalidades. Angiotomografia de tórax e cervical evidenciando extenso pneumomediastino, com extensão para região cervical e torácica com grande acometimento de planos profundos, canal vertebral e retroperitônio além de enfisema subcutâneo. O tratamento instituído foi conservador, com repouso, dieta livre e analgesia, se necessário. Foram realizadas radiografias de tórax para o controle, observando-se redução diária dos achados acima descritos. O paciente permaneceu internado por sete dias, estando assintomático e com regressão completa do

quadro clínico na alta hospitalar. **Discussão:** Normalmente o pneumorraque é um fenômeno assintomático, sendo frequentemente um achado radiológico incidental. Raramente gera sintomas de compressão medular, evoluindo em sua maioria, com desaparecimento espontâneo em poucas semanas. A associação do PR ao PM espontâneo é extremamente rara. Desencadeadores frequentes do PM são exacerbação aguda de asma, procedimentos cirúrgicos de cabeça e pescoço, atividades relacionadas à manobra de Valsalva, como o exercício físico, tosse, entre outros. A presença de PR relacionado à PM é classificada como não traumática, sendo esta condição extremamente rara, com poucos casos descritos na literatura. Pacientes com PR geralmente são manejados de maneira conservadora. Como não há consensos sobre seu tratamento, cada caso deve ser analisado individualmente.

AP336 DISPNIEIA EM LACTENTE: SLING DE ARTÉRIA PULMONAR

DANIELA CAVALET BLANCO; LAÍS BECHER MARTINS; BRUNO HOCHHEGGER; TIAGO KRIEGER BENTO MARTINS; CINDY JARA HERNANDEZ; ALICE MARTINS MACHADO; LIANA FERREIRA CORREA; FRANCISCO BRUNO

HSL-PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Dispneia; sling de artéria pulmonar; lactente

Introdução: O termo *sling* foi proposto em 1958 por Contro para diferenciar o anel vascular incompleto do completo. O anel vascular completo da artéria pulmonar é uma anormalidade congênita formada por uma artéria pulmonar esquerda aberrante, que em vez de originar-se do tronco pulmonar, emerge da parede posterior da artéria pulmonar direita. A maioria dos pacientes apresenta desconforto respiratório progressivo e a média de idade no diagnóstico é de 2 meses. **Relato de caso:** Paciente feminina, 5 meses, foi levada à emergência no dia 19/01/18, por coriza, dificuldade para mamar, tosse e dispnéia há 3 dias. Nascida de parto cesáreo, sem comorbidades relatadas. O exame físico inicial está descrito como paciente em regular estado geral, inquieta, taquipnéica, com tiragem intercostal e subcostal, além de sibilos inspiratórios e expiratórios difusos à ausculta. A ausculta cardíaca era normal e as extremidades tinham boa perfusão. A frequência cardíaca era de 136 bpm, frequência respiratória de 36 irpm, temperatura axilar de 36,8°, saturação de 98%. Exames laboratoriais evidenciaram hemoglobina de 9,6 g/dL, leucócitos 30490 cels/ul, bastonetes 1525 (5%), segmentados 16159 (53%), linfócitos 10976 (36%), gasometria arterial com ph 6,95, PCO2 115, Po2 196, HCO3 24, Sat 99%. Glicemia 262mg/dl, função renal e eletrólitos normais. Em um primeiro momento foi feita hipótese de bronquiólite com disfunção respiratória moderada a grave. Entretanto, após cerca de 20 horas de manejo, evoluiu com piora significativa do padrão respiratório, sendo necessária intubação orotraqueal, ventilação mecânica (com altos parâmetros ventilatórios) e transferência para Unidade de Tratamento Intensivo. Foi iniciado antibioticoterapia e sedação contínua. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica sendo necessária a instalação de droga vasoativa. Em 31/01/18 foi realizado uma angiotomografia de tórax para melhor avaliação, que demonstrou o *sling* da artéria pulmonar, com estenose subtotal do brônquio lobar esquerdo e lobo inferior direito, além de presença de brônquio traqueal para lobo superior direito. Coração com presença de CIA e provável CIV. Em 09/02/18 apresentou parada cardiorrespiratória por 4 min em AESP, revertida. Após estabilização hemodinâmica, no dia 17/02/18, a paciente foi encaminhada para tratamento cirúrgico. **Discussão:** O caso relatado evidencia a

importância de considerar as malformações congênitas no diagnóstico diferencial das síndromes respiratórias agudas no lactente. Após suspeita clínica, o diagnóstico pode ser estabelecido através de angiotomografia de tórax, o que contribui para a possibilidade de encaminhamento imediato ao tratamento cirúrgico corretivo. **Referência:** SANTANA, Pablo Rydz Pinheiro et al. Alça da artéria pulmonar: relato de dois casos e revisão da literatura. Radiol Bras, São Paulo, volume 38, número 4, 305-308, 2005.

AP337 APRESENTAÇÃO INCOMUM NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX EM PACIENTE COM SÍNDROME DE SJÖGREN – RELATO DE CASO

LÚCIA HELENA MESSIAS SALES¹; GILBERTO TOSHIMITSU YOSHIKAWA²; GABRIELLA FRAGOSO DE OLIVEIRA²; ARTUR RAFAEL DO NASCIMENTO ROCHA²; CAMILA ARAÚJO OLIVEIRA²; EDINELSON RODRIGUES MONTEIRO²; ISAIAS DIAS OLIVEIRA²; DANDARA PAULA REIS COELHO²

1. HUJBB/UFPA, BELEM, PA; 2. FAMED/ICS/UFPA, BELEM, PA.

Palavras-chave: Cistos pulmonares; bolhas pulmonares; síndrome de sjögren

Introdução: Cistos pulmonares são frequentes na pneumonia intersticial linfocítica, um dos padrões histológicos pulmonares da Síndrome de Sjögren, presentes em até 2/3 dos pacientes, geralmente com diâmetro de até 30 mm. Neste relato, caso de paciente com apresentação tomográfica incomum. **Relato do Caso:** mulher, 56 anos, branca, solteira, dona de casa, não fumante, queixando dor em membros superiores, com início há dois meses da consulta, e dor em região superior do tórax, com limitação de movimento para elevação do braço e impedimento para realização de atividades como prender o cabelo, vestir-se e escrever. No período, um episódio de artrite em mão direita e artroalgia migratória em ombros, cotovelos e articulações das mãos. Há quatro meses da consulta, havia apresentado dispneia aos mínimos esforços acompanhada de tosse seca, xerofthalmia e uso de solução fisiológica para alívio. Concomitantemente, emagrecimento de 12 Kg e inapetência. Estava em uso de Ácido Acetilsalicílico 100 mg/dia. Relatou tratamento para tuberculose há 15 anos, não sabendo informar detalhes. Ao exame físico, encontrava-se emagrecida, com ceratoconjuntivite seca e mucosa oral desidratada. Presença de baqueteamento digital em mãos, pulso irregular e simétrico. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente, bilateralmente, com estertores finos em face anterior e estertores grossos esparsos em face posterior. Ausculta cardíaca: bulhas cardíacas hiperfonéticas, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Ao exame reumatológico, dor à palpação de ombros e punho direito e limitação de movimento nas articulações dos braços. Exames laboratoriais confirmaram o diagnóstico de Síndrome de **Sjögren**: padrão nuclear pontilhado fino título 1/1280, auto anticorpos anti Ro e anti La reagentes: 859 U/mL e 39 U/mL, respectivamente. A Tomografia computadorizada do tórax revelou presença de extensas bolhas subpleurais ocasionando redução do parênquima pulmonar em cerca de 40-50% à esquerda, principalmente o lobo inferior, e em 30% o parênquima pulmonar direito; espessamento de septos interlobulares associados a opacidades em vidro fosco no lobo superior esquerdo e nas regiões perihilares bilateralmente, mais evidente também à esquerda. **Discussão:** Os cistos são frequentes na pneumonia intersticial linfocítica, presentes em até 2/3 dos pacientes, e especula-se que sejam resultado de isquemia por obstrução vascular, dilatação alveolar pós-obstrutiva ou compressão bronquiolar por tecido linfóide, levando a um mecanismo valvular; geralmente apresentam um diâmetro de até 30 mm, com paredes finas, formatos variáveis e

distribuição difusa, predominando em lobos inferiores e ao longo do feixe peribroncovascular. Cistos maiores que 3 cm são pouco frequentes. No caso apresentado, presume-se que houve coalescência dos cistos com a formação de grandes bolhas, achado raro nesses casos.

AP338 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO: SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ

DANIELA CAVALET BLANCO; LAÍS BECHER MARTINS; BRUNO HOCHHEGGER; TIAGO KRIEGER BENTO MARTINS; CANDIDA FRIEDRICH KRAEMER; CINDY JARA HERNANDEZ; LIANA FERREIRA CORREA; CARLOS CEZAR FRITSCHER
HSL-PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Pneumotórax; birt-hogg-dubé; cistos pulmonares

Introdução: A síndrome de Birt-Hogg-Dubé (BHD) é uma desordem autossômica dominante descrita primeiramente em 1977, caracterizada por fibrofolliculomas, cistos pulmonares (com ou sem pneumotórax espontâneo) e tumor renal. A incidência ainda é desconhecida, mas apenas cerca de duzentas famílias foram identificadas em todo o mundo. **Relato de caso:** Paciente feminina, 58 anos, tabagista, procurou atendimento ambulatorial por tosse produtiva e dispnéia há 1 mês. Já vinha em uso de amoxicilina e clavulanato há 4 dias, com melhora parcial. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, eupneica, com ausculta pulmonar normal e com pápulas em face, predominando na região nasal e zigomática. Paciente relatou surgimento dessas lesões em face há alguns anos. Foi solicitada radiografia de tórax, que apresentou pequeno pneumotórax à direita. Como não havia instabilidade hemodinâmica, a sat. O2 era normal e a paciente vinha com melhora progressiva, foi optado não drenar o pneumotórax, manter tratamento conservador e seguimento clínico. Para controle e melhor avaliação, foi solicitada tomografia de tórax: regressão parcial do pneumotórax à direita, pequeno cisto roto no segmento anterior do lobo superior direito e várias imagens císticas dispersas no parênquima pulmonar, a maior no segmento basilar medial do lobo inferior direito (2,5 cm). Em consulta subsequente referiu que seu pai e seu irmão tinham lesões cutâneas semelhantes às suas e seu pai também tinha cistos pulmonares, o que levou à hipótese diagnóstica de síndrome de BHD. Posteriormente fez ressonância de abdômen: múltiplos cistos renais simples, o maior no rim esquerdo (1,2 cm). Paciente encaminhada para realização de biópsia das lesões cutâneas e avaliação com nefrologia. Após 1 ano, a paciente ainda não tinha realizado a biópsia, nem a avaliação dos cistos renais, mas negou novos episódios de dispnéia ou pneumotórax. **Discussão:** O caso evidencia a importância da investigação detalhada em pacientes com pneumotórax espontâneo, especialmente se associado a cistos pulmonares. A síndrome de BHD deve ser considerada no diagnóstico diferencial, pois múltiplos cistos pulmonares podem ser a única manifestação da doença inicial. A avaliação clínica e análise de mutação são sugeridas em pacientes com doença pulmonar cística familiar, pneumotórax, câncer renal familiar ou a combinação de pneumotórax espontâneo e câncer renal na família. Embora o teste genético identifique a mutação e confirme o diagnóstico em cerca de 90% dos casos, o diagnóstico pode ser feito apenas por achados clínico-patológicos. Considerando a herança autossômica dominante, o diagnóstico precoce pode permitir o aconselhamento genético e a orientação para monitoramento das manifestações da doença (especialmente pneumotórax espontâneo e neoplasia renal) em familiares. **Referências:** Menko FH, et al. Birt-Hogg-Dube syndrome: diagnosis and management. *Lancet Oncol* 2009; 10: 1199-1206.

AP339 EVOLUÇÃO TOMOGRÁFICA NA SÍNDROME DRESS **FELIPE DE OLIVEIRA SOUZA¹; JAMILE DA COSTA RIECHI¹; FATIMA MITSIE CHIBANA SOARES¹; GUILHERME KOITI DOS SANTOS KASAI¹; RAFAELA RODRIGUES SAMPAIO NOGUEIRA²; HERBERT PEREZ FERRÃO³**

1. PUCPR - LONDRINA, LONDRINA, PR; 2. HOSPITAL DO CORAÇÃO, LONDRINA, PR; 3. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA, PR.

Palavras-chave: Síndrome dress; tomografia; eosinofilia

Introdução: A Síndrome DRESS (drug rash with eosinophilia and systemic symptoms), também conhecida como síndrome da hipersensibilidade induzida por droga, é caracterizada clinicamente por rash cutâneo generalizado, eosinofilia e alterações sistêmicas (linfática, hepática, hematológica, pulmonar, cardíaca, renal e pancreática). Desencadeada pelo uso de medicamentos, com incidência de 01 a cada 1.000 a 10.000 pessoas expostas a medicamentos, e com alta taxa de mortalidade, 10 a 20%. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 19 anos, convulsiva prévia, procura atendimento com quadro de febre, exantema maculopapular disseminado, odinofagia, angioedema. Há uma semana em uso de amoxicilina + clavulanato, por suspeita de amigdalite, e há 20 dias em uso de lamotrigina para controle da epilepsia. Internada e prescrito cortisona e hixizine. Apesar da suspensão do antibiótico, após uma semana não houve melhora, sendo retirada agora a lamotrigina, e evoluindo com melhora. Após 29 dias, paciente evolui com dispnéia, dessaturação, dor torácica aos esforços, tosse seca e calafrios. TC Tórax com presença de opacidades em vidro fosco de predomínio central bilateral. Nos dois meses seguintes manteve opacidades em vidro fosco, sem melhora clínica significativa e constante necessidade de oxigênio. Após mais 2 meses, paciente apresentou áreas de consolidação e imagem cavitada, com conteúdo aéreo dentro, arredondada, com paredes bem definidas e espessas, medindo cerca de 4,4cm x 3,5cm x 3,6cm, no seguimento lateral da língua. Após 20 dias da primeira imagem cavitada, evoluiu com o aparecimento de outras três lesões cavitadas localizadas no lobo superior a direita medindo cerca de 1,2cm, 0,8cm e 1,7 cm, com contornos espessos e irregulares. Lesão escavada semelhante no lobo inferior ipsilateral medindo 1,3cm. Melhora da lesão escavada na língua esquerda, com afilamento dos contornos e desaparecimento do processo inflamatório periférico, medindo 5,2cm. Após 14 dias, evoluiu com outras 8 imagens cavitadas, todas com parede levemente irregular e mantendo opacidades em vidro fosco circunjacentes. Vinte e um dias após última tomografia, paciente foi a óbito por choque séptico. **Discussão:** É evidente a necessidade de diagnóstico, acompanhamento e tratamento precoce nos episódios da síndrome DRESS, já que esta é desencadeada por medicamentos comuns no nosso meio (anticonvulsivantes, antibióticos, antivirais, antidepressivos, AINEs, IECAs, beta bloqueadores, dentre outros) e com alta morbimortalidade. O comprometimento pulmonar na síndrome DRESS é raro, e não apresenta um padrão radiológico ou tomográfico específico na literatura, o padrão mais comum é a pneumonia intersticial com infiltrado eosinofílico, mas não é um padrão patognomônico da síndrome. Tomograficamente apresenta tal qual outras síndromes eosinofílicas derrame pleural, opacidades reticulo-nodulares, predomínio de vidro fosco periférico, mas também achados atípicos como o quadro relatado.

AP340 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISPNEIA: TALCOSE PULMONAR

DANIELA CAVALET BLANCO; CANDIDA FRIEDRICH KRAEMER; CINDY JARA HERNANDEZ; LAÍS BECHER MARTINS; ALICE MARTINS

MACHADO; LIANA FERREIRA CORREA; TIAGO KRIEGER BENTO MARTINS; GUSTAVO CHATKIN

HSL-PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Talco; dispneia; enfisema

Introdução: Talco pulmonar é uma doença adquirida mais comumente pela inalação de talco, mas também pelo uso de drogas intravenosas, especialmente drogas orais injetadas por via venosa, onde o talco ou excipiente injetado causa êmbolos pulmonares microscópicos. Os achados tomográficos envolvem inicialmente padrão multinodular difuso, mas com a progressão da doença, os nódulos podem coalescer; enfisema também pode ser observado, especialmente de padrão panacinar nos lobos inferiores. Dependendo da exposição, os pacientes são assintomáticos ou apresentam dispneia, tosse, febre, emagrecimento e insuficiência respiratória crônica (por enfisema, hipertensão pulmonar ou fibrose). Não há tratamento específico para a talco, mas transplante de pulmão pode ser considerado.

Relato do Caso: Paciente feminina, branca, 52 anos, do lar, ex-tabagista há 10 anos (30 anos/maço), com hipertensão arterial sistêmica, hepatite C crônica (sem tratamento), DPOC (Gold D), procurou a emergência por dispneia progressiva e aumento do volume e purulência do escarro há 7 dias. Recebeu tratamento inicial para DPOC exacerbada, com antibioticoterapia, corticoides, broncodilatadores e oxigênio. Durante a internação, paciente referiu tratamento para DPOC desde os 35 anos com broncodilatadores e corticoides inalatórios e desde os 38 anos, com oxigenioterapia. Já tinha feito testagem para deficiência de alfa 1 antitripsina, sendo negativa. Para melhor avaliação, foi então solicitada tomografia computadorizada (TC) de tórax: havia lesões consolidativas retráteis com calcificações grosseiras no interior em lobos superiores, lobo médio, segmento superior do lobo inferior esquerdo e pirâmide basal direita, além de extenso enfisema, com predomínio panlobular, à esquerda e em lobos inferiores. Por esses achados, houve suspeita clínica de talco pulmonar. A paciente não referia nenhuma das exposições caracteristicamente relacionadas à talco e negava o uso de qualquer droga ilícita. Após questionamento mais detalhado sobre todos os usos prévios de medicações, paciente relatou que há 30 anos usou 5 vezes por via injetável um complexo vitamínico, de administração oral. Referiu que macerava a medicação e pedia para que sua vizinha administrasse a mesma via endovenosa (em membro superior). Após estabilização clínica, a paciente foi encaminhada para transplante pulmonar. **Discussão:** No caso relatado, mesmo com elevada carga tabágica, a paciente teve diagnóstico de DPOC grave em idade mais precoce que o habitual, além de apresentar enfisema predominando em bases e em pulmão esquerdo. Apesar de muito mais comum que a talco, o diagnóstico de DPOC deve ser firmado com cuidado, considerando outros diagnósticos diferenciais, como deficiência de alfa 1 antitripsina e talco, especialmente em casos de apresentação atípica. **Referência:** Escuissato DL et al. J Bras Pneumol. 2017;43(2): 154-155.

AP341 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA ASSOCIADA A MASSA DE MEDIASTINO RARA: LIPOMATOSE MEDIASTINAL
MELISSA DE MOURA ROLIM; VIVIANE COUTINHO DA SILVEIRA PELIN; ADRIANA VELOZO GONÇALVES; DIEGO LIMA ALVES DA SILVA; LEONARDO JESUS COELHO DE POSSÍDIO; FELIPE GAMA E SILVA; MORGANA CAROLINA DE ARAUJO AGRES DE CARVALHO; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN

HOF, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Lipomatose mediastinal; insuficiência respiratória; tumor de mediastino

Introdução: A lipomatose mediastinal é um tumor raro,

caracterizado por deposição de tecido gorduroso não encapsulado no mediastino. A maioria dos pacientes se apresenta de forma assintomática e o tratamento ainda possui dados bastante limitados, sendo a ressecção cirúrgica recomendada quando há sintomas ou síndrome compressiva. **Relato do Caso:** Paciente de 68 anos, sexo feminino, obesa, teve internamento há 5 anos em outro serviço com quadro de abdome agudo, sendo submetida a laparotomia exploratória. No pós-operatório foi visto alargamento do mediastino em radiografia de tórax. Tomografia de tórax mostrou massa em mediastino anterior com atenuação de gordura. Realizada toracotomia esquerda para biópsia da massa, cujo histopatológico foi compatível com lipoma. A paciente veio para o nosso serviço relatando dispneia progressiva há 5 anos, com piora na última semana, tosse produtiva e febre. Em gasometria arterial havia hipoxemia e hipercalemia com PH compensado. Foi iniciada antibioticoterapia, curso de corticoide sistêmico e suporte com ventilação não invasiva. Houve melhora clínica importante, melhora da hipoxemia e da hipercalemia. Realizada tomografia de tórax que mostrou acentuada quantidade de tecido gorduroso mediastinal, sem envolvimento pericárdico e atelectasia de todo o pulmão esquerdo. Foi indicada ressecção da massa e em exames pré-operatórios foi visto no eletrocardiograma (ECG) um supradesnivelamento do segmento ST em todas as derivações precordiais, DI e AVL, além de infradesnivelamento do segmento ST em DIII e AVF. A curva de troponina não se alterou. Exames laboratoriais mostravam hipercalcemia leve. A paciente recusou ser submetida a cirurgia e recebeu alta hospitalar.

Discussão: A lipomatose mediastinal é caracterizada pela presença de tecido adiposo não encapsulado no mediastino. É rara, correspondendo a cerca de 1,6 a 2,3% dos tumores primários de mediastino. Tem crescimento lento e é mais comum no mediastino anterior. Pode haver associação com obesidade, uso de corticoide e síndrome de Cushing. A maioria dos pacientes se apresenta de forma assintomática, sendo o alargamento do mediastino um achado acidental na radiografia de tórax. Quando há sintomas, estes podem ser dispneia, tosse seca, dor torácica, disfagia ou disfonía. Podem ocorrer síndrome da veia cava superior e compressão cardíaca, traqueal ou medular. Para o diagnóstico é necessária apenas a tomografia de tórax que evidencia uma massa não encapsulada com atenuação de gordura, sendo a biópsia desnecessária. Podem ocorrer alterações eletrocardiográficas em pacientes com tumor de mediastino. Pelo nosso conhecimento, não há relato de lipomatose mediastinal associada a supradesnivelamento do segmento ST no ECG mimetizando infarto agudo do miocárdio. O tratamento é conservador na maioria dos casos. Embora não haja dados consistentes, deve-se recomendar redução de peso e suspensão do corticoide. Ressecção cirúrgica é indicada quando há sintomas ou síndrome compressiva.

AP342 DIFERENTES APRESENTAÇÕES CLÍNICO RADIOLÓGICAS DA SARCOIDOSE NA PRÁTICA CLÍNICA – RELATO COMPARATIVO DE TRÊS CASOS

PEDRO HENRIQUE CAVALCANTI GARCIA DE CASTRO; ALEX BESSA; ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA; ANDRÉ GUIMARÃES DE PAULA; ISABELLA REIS MARIANO; BRUNA POLICENA OLIVEIRA; ROSELIANE DE SOUZA ARAÚJO; ANNA CAROLINA GALVÃO FERREIRA

PUC-GO, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Sarcoidose; apresentações radiológicas; apresentações clínicas

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistêmica de etiologia desconhecida. Sua incidência estimada

de incidência no Brasil de 10/100.000 habitantes no Brasil, afetando preferencialmente adultos jovens, entre 25 e 40 anos de idade com leve predileção pelo sexo feminino. A doença pode acometer vários órgãos e sua apresentação clínica é variada. Apresentamos três casos com apresentações clínicas e acometimento radiológicas diferentes. **Relato dos casos:** Caso 1: Masculino, 53 anos, assintomático em avaliação pré-operatória. RX com conglomerado tipo massa retrátil bilateral nos campos médios. Na tomografia opacidades irregulares com características retráteis, centrais bilaterais associadas a opacidades nodulares e ramificadas centrolobulares, com atenuação em vidro fosco e distribuição difusa, irregularidades subpleurais e linfonodomegalia mediastinal. Confirmação histopatológica na biópsia pulmonar à céu aberto. Caso 2: Masculino, 41 anos, dispnéia progressiva aos esforços, tosse e dor torácica há cerca de 3 anos. TC evidenciando micronódulos esparsos no parênquima pulmonar com distribuição centrolobular, com tendência a confluência e parcialmente calcificados. Biópsia pulmonar cirúrgica com achados de granulomatose pulmonar e pesquisa para estruturas birrefringentes negativa luz polarizada. Caso 3: feminino, 54 anos, dispnéia progressiva aos esforços, tosse, perda de peso. tratada por tuberculose não bacilífera. Quadro de hipertrofia e hiperemia dolorosa de cicatrizes. TC de tórax com consolidação parenquimatosa com pequeno vidro fosco no lobo superior direito do pulmão direito e isoladas lobos inferior e médio. Biópsia de pele e pulmonar por videotoracotomia, evidenciando granulomas epitelioides não caseosos. **Discussão:** Os achados tomográficos típicos são os nódulos, espessamento septal, consolidação pseudoalveolar, linhas septais, vidro fosco e sinais de distorção arquitetural com massas conglomeradas, bronquiectasias e faveolamento. Os nódulos pulmonares podem ser de diferentes tamanhos e frequentemente representam agregados de granulomas. Na maioria das vezes de pequeno diâmetro e margens pouco circuncritas, distribuição difusa e tendência a localização peribroncovascular. Faz diagnóstico diferencial com neoplasias, doenças infecciosas, e pneumoconioses. As massas conglomeradas são apresentações típicas de sarcoidose. São grandes opacidades evoluindo para distorção da arquitetura pulmonar com deslocamento do hilo, da sua anatomia normal. As consolidações alveolares consistem em grandes áreas de aumento da atenuação causando a obliteração das margens broncovasculares com ou sem broncogramas aéreos e é observada em 12 a 38% dos pacientes. Podem simular pneumonia em organização ou neoplasias. A diversidade de apresentações clínicas e radiológicas da sarcoidose representam um desafio diagnóstico na prática clínica.

AP343 TRANSPLANTE RENAL E DISPNEIA: RELATO DE CASO DE PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO CAUSADA POR TACROLIMUS

GISELE REIS FERREIRA PINTO; MARCELO FERREIRA PINTO
UERJ/HUPE, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Pneumonia em organização; tacrolimus; transplante renal

Resumo: A pneumonia em organização é um tipo de doença pulmonar intersticial difusa que afeta os bronquíolos distais, bronquíolos respiratórios, ductos alveolares e paredes alveolares. A principal área de lesão é dentro da parede alveolar. Além da forma criptogênica, a pneumonia em organização pode ser vista em associação com doenças do tecido conjuntivo, drogas, malignidade e outras pneumonias intersticiais. **Introdução:** Paciente transplantado renal iniciou

dispnéia rapidamente progressiva e tosse com tomografia computadorizada de tórax evidenciando infiltrados pulmonares em vidro fosco, difusos e condensações ao redor de brônquios um ano e sete meses após o início do tratamento imunossupressor. **Relato do caso clínico:** R. Q. B. D. O. , 30 anos, masculino, doença renal crônica (doença de base desconhecida), transplante renal em março de 2016 de doador falecido. Terapia imunossupressora com Micofenolato (1000 + 1000mg), Tacrolimus (5 + 4mg) e Prednisona 5 mg. Em junho/2017 apresenta tosse seca, persistente, evoluindo em duas semanas com dispnéia aos pequenos esforços e piora da tosse. Em um mês havia dispnéia em repouso. Interna na Nefrologia do HUPE taquidispnéico e hipoxêmico, SaO₂ 86% (com 8L/min). Iniciado antibioticoterapia de largo espectro inclusive com tratamento empírico para pneumocistose e pneumonite por CMV. Sem melhora clínica evolui para ventilação mecânica no CTI. Parecer solicitado ao Serviço de Pneumologia no qual foi sugerido diante da imagem radiológica (figura 1) e história clínica biópsia pulmonar da qual obteve-se o diagnóstico histopatológico de pneumonia em organização (Figura 3). Foi suspenso antibioticoterapia, prescrito hidrocortisona 100mg de 8/8h por um mês com redução gradual da dose após esse período. Além disso, após inventário medicamentoso, retirado Tacrolimus. Paciente evolui com expressiva melhora clínica e ao final de três meses de corticoterapia, já em dose mínima, imagem radiológica de controle se apresenta normal (figura 2) e queixas cessadas. **Discussão:** Obteve-se o diagnóstico de pneumonia em organização pela biópsia pulmonar em um paciente imunossuprimido que inicia dispnéia rapidamente progressiva evoluído com necessidade de suporte ventilatório invasivo. Apesar das duas drogas imunossupressoras usadas serem pneumotóxicas, o Tacrolimus é a droga relacionada com a possibilidade rara de causar padrão de bronquiólite obliterante com pneumonia em organização segundo o site <http://www.pneumotox.com/>. Assim, fica demonstrado a importância do inventário medicamentoso e a investigação de relação causal no site citado e na literatura visto que pode tratar-se de uma relação pouco conhecida.

AP344 CASO INUSITADO DE TUMOR FANTASMA DE PULMÃO: RELATO DE CASO

VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN; BRUNO BOLSONARO CALEGARI; BRUNO FIORANTE AKIMOTO; FABRICIO DONÁ ERNICA; LEANDRO NAVAS PIRES; DÉBORA FERNANDA ESTEVES TRINDADE; ALEXANDRE PUCCI

UNIMAR, MARILIA, SP.

Palavras-chave: Tumor; pneumonia; imagem

Introdução: Os tumores fantasma de pulmão constituem uma entidade radiológica geralmente resultante da loculação de derrame pleural na cisura interlobar secundário à insuficiência cardíaca congestiva. Simulam uma massa pulmonar devido a sua imagem arredondada ou oval bem definida. Também podem se apresentar de forma mal definida, sugerindo imagem espiculada, quando podem representar processo inflamatório/infeccioso do parênquima pulmonar. **Relato do caso:** Os autores relatam o caso de um paciente de 82 anos, tabagista crônico durante 40 anos de cerca de 20 cigarros/dia, tendo cessado havia 20 anos, com sintomas de DPOC havia 10 anos, apresentando quadro de tosse com secreção mucosa em grande quantidade e dispnéia aos esforços. Apresentou vários quadros de exacerbação com secreção mucopurulenta e piora da dispnéia, tendo sido submetido à terapia com antibioticoterapia, broncodilatador, mucolítico

e corticoterapia. Em Outubro de 2013, iniciou o uso de Formoterol + Budesonida 12/400mcg de 12/12 horas em programa de alto custo, com melhora dos sintomas de base. Radiografia de Tórax era compatível com DPOC e Espirometria acusava distúrbio ventilatório obstrutivo moderado. Em Junho de 2016, um exame simples de imagem de controle acusou uma condensação pulmonar mal definida em terço médio lateral direito. TC de Tórax acusou imagem nodular de cerca de 5 cm de diâmetro no local descrito, com características espiculadas, sugerindo imagem tumoral. Realizado PET Scan na sequência, o qual evidenciou um processo pulmonar inflamatório/infeccioso, afastando neoplasia. Com base nesta hipótese diagnóstica, realizou tratamento com Sulfametoxazol + Trimetoprim 800/160 mg de 12/12 horas por 60 dias, havendo resolução completa da imagem radiológica sem sequelas. TC de Tórax de Setembro de 2016 de controle, demonstrou padrão radiológico somente compatível com DPOC. **Discussão:** Tumor fantasma constitui um diagnóstico de exclusão de massas pulmonares em Radiografia de Tórax, sendo que a clínica e o uso da Tomografia Computadorizada constituem importantes ferramentas, evitando medidas diagnósticas ou terapêuticas potencialmente lesivas. No presente relato, os autores querem enfatizar justamente isso, pois trata-se de um quadro de infecção bacteriana pulmonar, ou seja uma Pneumonia que mimetizou um tumor a tal ponto que houve necessidade de exame de imagem mais elaborado como o PET Scan para afastar o diagnóstico, sendo que paciente respondeu bem ao tratamento proposto com resolução completa do quadro. Frente ao descrito, ressalta-se o valor da clínica bem realizada.

AP345 NÓDULOS PULMONARES E NEUROPATIA PERIFÉRICA COMO APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE TOXICIDADE POR AMIODARONA – RELATO DE CASO

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO¹; THAÍS CABRAL DE MELO VIANA¹; EDUARDA CARNEIRO GOMES FERREIRA¹; BRAULIO FERNANDO SILVEIRA DA SILVA¹; LUCAS CHAVES DE LIMA²; HEITOR DUARTE DE ANDRADE¹; NADJA ROLIM GONÇALVES DE ALENCAR³; CHRISTYANNE MARIA RODRIGUES BARRETO DE ASSIS¹

1. SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE; 2. SERVIÇO DE NEUROLOGIA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE; 3. SERVIÇO DE RADIOLOGIA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Amiodarona; nódulos pulmonares; neuropatia

Introdução: A Amiodarona está associada a alguns efeitos adversos com acometimento pulmonar. Acredita-se que essa droga e seu metabólito primário provoquem lesão tecidual por meio de indução de fosfolipidose, hipersensibilidade imunomediada e lesão por radicais livres. A incidência da toxicidade pulmonar por amiodarona está estimada em 1 a 10% dos usuários e geralmente em doses maiores que 400mg/dia, sobretudo com uso a longo prazo. Nódulos e massas pulmonares, solitários ou múltiplos, tem sido descritos e configuram-se como manifestação tóxica rara. Imagens evidenciam elevada atenuação na TC, bem como captação aumentada no PET-FDG, levando à confusão com malignidade em diversas situações. A análise histológica revela necrose basofílica com bordas eosinofílicas e presença de histiócitos vacuolados. Bronquiolite obliterante com pneumonia em organização também é mais raramente encontrada. O tratamento consiste na suspensão da amiodarona e associação com corticosteroide por 2 a 6 meses, com regressão radiológica esperada em até 24 meses. Já em relação ao acometimento neurológico, a neuropatia, quando presente, é principalmente sensorio-motora com predominância sensorial. **Caso:** S. T. S., 59

anos, sexo feminino, com perda involuntária de 33Kg em 3 anos, associado a fraqueza em MMII, deambulando com dificuldade há cerca de um ano. Evoluiu com disfagia e dispnéia aos mínimos esforços e restrita ao leito há 6 meses. Em acompanhamento cardiológico, fazia uso de amiodarona 600mg/dia. ECOTTE evidenciou átrio esquerdo aumentado, com fração de ejeção preservada. Tomografias de crânio e coluna vertebral eram normais, contudo TC de tórax evidenciou imagens noduliformes subpleurais, hiperatenuantes e de limites bem definidos, derrame pleural não complicado, linfonodos mediastinais aumentados em número e aumento difuso da atenuação do parênquima hepático, esplênico e pancreático. Anatomopatológico de segmentectomia pulmonar esquerda compatível com intoxicação por amiodarona. Pesquisa de BAAR em biópsia negativa. ENMG consistente com polineuropatia desmielinizante sensitivo-motora e miopatia. Após suspensão da amiodarona e uso de prednisona 40mg/dia, paciente evoluiu com melhora clínica do quadro neurológico e pulmonar, com achados tomográficos em regressão. **Discussão:** Os autores descrevem um caso atípico de manifestação de intoxicação pulmonar por amiodarona. Muitas vezes há confusão diagnóstica com infecção ou malignidades, e os patologistas podem não incluir a possibilidade da intoxicação no diagnóstico diferencial de pneumonite intersticial ou pneumonia em organização. A suspeição clínica é essencial na retirada precoce da droga.

AP346 RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE CIMITARRA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA EM SÃO LUÍS – MA

LETÍCIA MACEDO CASTELO BRANCO¹; DAYANNE NOBRE PERERA¹; PEDRO IVO DE SOUSA NETO¹; GUILHERME GOULART¹; CLEYTON DOMINGOS DOS SANTOS CAMPOS¹; JULIANA ARAÚJO ARRAYS¹; JOÃO BATISTA CARLOS DE SÁ FILHO²; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA¹

1. UFMA, SÃO LUÍS, MA; 2. HUPD, SÃO LUÍS, MA.

Palavras-chave: Síndrome de cimitarra; tuberculose; hipertensão pulmonar

Introdução: A Síndrome de Cimitarra consiste na implantação anômala das veias pulmonares direitas com drenagem venosa para a veia cava inferior ou para o átrio esquerdo. É uma doença congênita rara, mais comum na infância, com amplo espectro de manifestações clínicas e malformações associadas. O quadro clínico varia de formas infantis severas a adultos assintomáticos. Os sintomas são decorrentes da hipertensão pulmonar e variam desde dispneia, tosse crônica, sibilância e infecções pulmonares recorrentes. **Relato do Caso:** O caso elucida sobre um homem adulto, 60 anos, não tabagista, com antecedente patológico pessoal de hipertensão arterial sistêmica, dispneia e sinais de insuficiência cardíaca direita, que foi admitido no Hospital Universitário Presidente Dutra, em São Luís – MA, e teve o diagnóstico de Síndrome de Cimitarra e de tuberculose pulmonar definidos por meio de exames de imagem e avaliação microbiológica. **Discussão:** Esse relato de caso evidenciou um paciente de 60 anos que apresentou início dos sintomas de insuficiência cardíaca direita somente na sexta década de vida, sintomas esses decorrentes da hipertensão pulmonar grave, indo contra os relatos da literatura que dizem que a Síndrome de Cimitarra no adulto é pouco sintomática e com discreto grau de hipertensão pulmonar.

AP347 PNEUMONIA ASPIRATIVA POR DIVERTÍCULO DE ZENKER – RELATO DE CASO

ISABELA MAGGIONI HOLZ¹; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS¹; BIANCA FIDELIX ESPINDULA¹; LUIS OLAVO HIROAKI DE OLIVEIRA¹

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; ALANA KANEDA GARCIA; MARIA INÊS DE ANDRÉ VALERY; FLÁVIO GNECCO LASTEBASSE IAMSPE, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Divertículo de Zenker; pneumonia; infecção de repetição

Introdução: O Divertículo de Zenker é uma causa de pneumonia aspirativa recorrente. A aspiração costuma ser decúbito dependente. Outras complicações podem ocorrer dependendo do tamanho do divertículo, como a compressão traqueal com achado de estridor. Em casos de pneumonia de repetição associado a sinais e sintomas de estenose traqueal, o divertículo esofágico deve ser incluído no diagnóstico diferencial. **Relato de caso:** Sexo feminino, 76 anos, procurou emergência com queixa de tosse produtiva há 7 dias, expectoração amarelada, dispnéia aos médios esforços, ortopneia e sensação de bôlus na garganta. Referia piora nos últimos 3 dias, necessitando de dois travesseiros para dormir. Relatava antecedentes de IC, FA permanente, hipotireoidismo, DRGE e pneumonia de repetição. Ao exame apresentava-se taquipneica, com estertores crepitantes em terço inferior de hemitórax esquerdo e SpO₂ = 94% em ar ambiente. Os exames laboratoriais da paciente não mostravam leucocitose, e BNP de 56, porém apresentava uma proteína C reativa de 7,0. O Raio X de Tórax, bem como a Tomografia Computadorizada de Tórax evidenciou foco de consolidação no lobo inferior esquerdo, sugestivos de processo inflamatório / infeccioso e divertículo faringoesofágico posterior (Zenker), com conteúdo líquido e gasoso. A presença de divertículo foi confirmado por Endoscopia Digestiva Alta. Foi internada na enfermaria de pneumologia do HSPE para tratamento. A paciente evoluiu com piora clínica e choque séptico, sendo transferida para UTI no terceiro dia de internação. Mesmo com o tratamento na UTI, apresentou Choque séptico refratário, evoluindo para óbito. **Discussão:** A incidência do Divertículo de Zenker na população geral está em torno de 0,01% a 0,11%. Até 30% a 40% dos pacientes tem tosse crônica e aspiração recorrente. Tais indivíduos apresentam disfagia à medida que os alimentos se alojam no divertículo. Os sintomas da disfagia crônica têm um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes levando a riscos subsequentes de regurgitação, tosse crônica e aspiração pulmonar. Esta última é uma complicação grave da doença, sendo que na população idosa tem pior prognóstico, principalmente quando se apresenta como de pneumonias recorrentes. Existem duas abordagens para o tratamento desta condição: endoscópica e abordagem cirúrgica externa. Tem havido um debate sobre qual dessas abordagens é melhor para os pacientes, pois cada um deles traz diferentes riscos e benefícios. Atualmente, muitos estudos indicam que o procedimento endoscópico deve ser o padrão-ouro para o tratamento, principalmente com base em seu tempo intra-operatório e permanência hospitalar mais curtos. A paciente em questão era idosa com múltiplas comorbidades que somadas a gravidade do quadro infeccioso resultaram em falência precoce do tratamento e óbito apesar das medidas instituídas.

AP348 ESPOROTRICOSE PULMONAR – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

LUIZ PAULO ARREGUY NOGUEIRA; PATRICIA TOLEDO LUSTOSA ANDRADE; JESSICA QUEIROZ ALVES DO VALE; DEBORAH DOS REIS ESTRELLA; MARILUCY DE OLIVEIRA SANTOS; GRAZIELA DAS MERCÊS PIMENTA RIOGA

HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Esporotricose pulmonar; doença cavitária; doença fúngica

Introdução: A Esporotricose Pulmonar (EP) primária

é uma doença com menos de 100 casos descritos na literatura até o momento. A baixa prevalência mundial, a dificuldade diagnóstica e grande possibilidade de diagnósticos diferenciais dificultam a identificação da doença. Apresentamos o caso de uma paciente com EP, que apesar da ampla propedêutica realizada, evoluiu durante 5 anos com aumento das lesões pulmonares até a realização do diagnóstico. **Relato de caso:** Mulher de 55 anos, encaminhada ao Hospital Júlia Kubitschek em 11/2017 para realização de broncoscopia para investigação de doença pulmonar cavitária crônica. A alteração foi encontrada acidentalmente em radiografia de tórax em 2012 e confirmada em tomografia computadorizada. Novos exames em 2015 e 2017 mostraram progressão da lesão, cursando com destruição do parênquima pulmonar direito e surgimento de lesões à esquerda. Ex-tabagista e etilista social, negava comorbidades e uso de medicações. Proveniente de zona urbana, do lar, negava contato animais de estimação, hortas ou jardinagem. Não apresentava lesões dérmicas e sem histórico de tratamento para dermatomicoses. Apresentava 9 amostras de escarro, incluindo uma com coleta por lavado broncoalveolar, com pesquisas para BAAR e fungos negativas. Não apresentava nenhuma cultura para fungos. Realizado sorologias para Histoplasmo e Aspergilose, ambas não reagentes. Exame de escarro resultou em BAAR, teste molecular para tuberculose, cultura para micobactérias e pesquisa direta de fungos negativos. Entretanto, houve crescimento de *Sporothrix schenckii* na cultura para fungos, sendo iniciado tratamento com Itraconazol. **Discussão:** A EP é doença rara, causada por fungos dimórficos do gênero *Sporothrix*, encontrados de forma ubíqua, habitando o solo e material orgânico em regiões de clima tropical e temperado. Dois padrões clínicos são observados na doença pulmonar: acometimento pulmonar primário ou envolvimento pulmonar como parte de doença sistêmica. Presume-se que a doença primária seja transmitida por inalação direta do conídio, enquanto na forma disseminada, o fungo alcance o parênquima pulmonar por disseminação hematogênica/linfática ou por inalação. A exposição ocupacional ao fungo e o alcoolismo são os principais fatores de risco à doença. Tosse, expectoração, dispnéia, febre, anorexia e perda de peso são os sintomas mais comuns, embora uma proporção significativa dos pacientes sejam assintomáticos (cerca de 14%). Radiologicamente, manifesta-se como doença pulmonar cavitária ou não-cavitária. A identificação do organismo através de cultura é considerado método padrão ouro para o diagnóstico. Exames sorológicos e testes cutâneos podem ser utilizados, porém apresentam utilidade limitada. O tratamento é difícil e as taxas de êxito são modestas. Em casos graves, recomenda-se iniciar o tratamento com Anfotericina B seguida de Itraconazol, enquanto em casos mais leves, o Itraconazol por via oral pode ser administrado desde o início do tratamento.

AP349 PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO DE ARTÉRIA PULMONAR EM PACIENTE COM PNEUMONIA NECROTIZANTE: UM RELATO DE CASO

ZCAROLINE DE SOUZA MARTINS FERNANDES; MARINA ADRIANI ZOUCAIS; STÉFANOS DA COSTA GENERALIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Pseudo-aneurisma; pneumonia necrotizante; hemoptise

Introdução: Pseudo-aneurisma da artéria pulmonar (PAAP) ocorre quando há uma dilatação de um segmento do vaso, com envolvimento da média e adventícia somente,

diferente do aneurisma verdadeiro, que envolve as três camadas. Podem ser causados por trauma, neoplasias e doenças infecciosas, tais como tuberculose (aneurisma de Rasmussen), infecção por bactérias piogênicas, pneumonia necrotizante, sífilis e fungo. **Relato de caso:** Homem, 52 anos, com câncer de esôfago submetido a esofagectomia, com quimioterapia e radioterapia há 1,5 ano, apresenta quadro de febre, perda ponderal, mal-estar, há 30 dias, associado a hemoptise vultosa antes da internação. Radiografia de tórax mostrou consolidação no lobo superior direito associado a cavitação. Pesquisa de BAAR no escarro espontâneo foi negativa. Tomografia computadorizada de tórax (TCT) com contraste revelou extensa consolidação, com densidade compatível com necrose, com uma opacidade nodular dentro da mesma, relacionada a artéria pulmonar periférica, sugestiva de pseudoaneurisma. Fez broncoscopia, sendo visualizado sangramento, e colhido material. Culturas negativas para tuberculose, mas positivas para *Klebsiella pneumoniae*. Foi feito tratamento antibiótico conforme antibiograma, e paciente respondeu clinicamente. Citopatológico negativo para malignidade. Foi programada arteriografia para embolização. Entretanto, na realização do exame, 1 semana após a hemoptise e a TCT mostrou oclusão espontânea do vaso, com trombose. Exame de controle após uma semana mostrou o mesmo aspecto referente ao PAAP, com redução da área de consolidação. Seguimento em um ano mostrou redução da lesão cavitária, com afinamento da parede. **Discussão:** Os PAAPs estão associados a um maior risco de ruptura do que os aneurismas verdadeiros devido à resistência relativamente baixa do tecido circundante. Desenvolvem-se seguindo a destruição de fibras elásticas dentro da média e sua substituição por tecido de granulação, resultando em dilatação. Isto ocorre durante o processo de cicatrização, o que explica o começo tardio dos PAAPs. Há várias bactérias envolvidas, tais como *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*, envolvidos com maior mortalidade, e *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenza*, *Nocardia* e vários anaeróbios gram negativos. É uma condição rara, grave, com taxa de mortalidade de até 50%. Muitos casos são tratados com embolização ou ressecção cirúrgica, porém há alguns relatos de regressão espontânea e resolução com antibioticoterapia, quando a causa é infecciosa, como no caso relatado. **Referências:** 1. GUILLAUME, Benedicte et al. Acquired pulmonary artery pseudoaneurysms: a pictorial review. The British journal of radiology, v. 90, n. 1074, p. 20160783, 2017.2. HARANAGA, Shusaku et al. Pulmonary artery pseudoaneurysm secondary to lung abscess. Internal Medicine, v. 48, n. 24, p. 2159-2160, 2009.

AP350 MUCORMICOSE PULMONAR SEVERA COM TRATAMENTO BEM SUCEDIDO COM LOBECTOMIA E TERAPIA ANTIFÚNGICA: RELATO DE CASO

TOMÁS NERI BÉDER¹; PHILIPPE DE F. B. COLARES¹; FELIPE MARQUES DA COSTA¹; ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA¹; ALESSANDRO WASUM MARIANI²; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES¹; ANDRÉ NATHAN COSTA¹

1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP; 2. DIVISÃO DE CIRURGIA TORÁCICA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Mucormicose; infecções respiratórias; diabetes mellitus

Introdução: A mucormicose representa uma infecção fúngica oportunista que afeta primariamente pacientes imunocomprometidos, além daqueles com diabetes

mellitus mal-controlado. Em humanos, os sítios mais comumente acometidos são os seios paranasais e os pulmões. A doença é considerada grave e potencialmente fatal, e, apesar de certa controvérsia, a combinação de debridamento cirúrgico do tecido necrótico com terapia antifúngica sistêmica, em associação ao controle dos fatores de risco, parece representar a melhor estratégia para um desfecho bem-sucedido. **Relato do Caso:** Paciente de 38 anos, carregador de cargas em supermercado, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, iniciou quadro de perda de peso, queda do estado geral, febre diária, dispnéia e dor torácica pleurítica à esquerda, com piora progressiva durante 03 meses. Necessitou de duas internações neste período devido a tosse produtiva, febre e piora da dispnéia, com melhora parcial do quadro após uso de antibioticoterapia com Ceftriaxona e Clindamicina. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, com redução do murmúrio vesicular em ápice esquerdo e saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente. Exames laboratoriais revelaram hemoglobina glicada = 9,0%, Proteína C reativa = 24,2 mg/L (VR < 5 mg/L) e contagem leucocitária = 10780/mm³, com tomografia computadorizada de tórax mostrando importante consolidação em lobo superior esquerdo, com áreas hipoatenuantes em seu interior sugestivas de necrose parenquimatosa, além de focos de gás em permeio e espessamento pleural adjacente. Tomografia de crânio e seios da face não mostrou alterações. Foi submetido a biópsia transtorácica que mostrou hiperplasia de pneumócitos e proliferação miofibroblástica intersticial, com coloração de Grocott evidenciando a presença de numerosas hifas de aspecto amplo e irregular, sem septações, com ramificações a 90°, sugestivas de Rhizomucor. Foi iniciada terapia com Anfotericina B na dose de 7,5 mg/kg em aplicação única diária, seguida da realização de lobectomia superior esquerda, com ressecção da área infectada e retirada de tecido necrótico lesional, além de otimização de controle glicêmico com insulino terapia. Anfotericina B foi administrada durante 31 dias, com evolução clínica positiva (remissão da febre, resolução de dispnéia, diminuição de marcadores inflamatórios). Permanece estável, em seguimento ambulatorial, sem sinais de recidiva. **Discussão:** A mucormicose é uma infecção fúngica pouco comum que tem elevada morbimortalidade, especialmente quando seu diagnóstico é feito tardiamente. A sua incidência vem crescendo nos últimos anos, especialmente em pacientes transplantados e portadores de neoplasias hematológicas. A infecção pulmonar é a segunda manifestação mais frequente, com alta taxa de mortalidade. O caso ilustra um paciente jovem, com diabetes mellitus mal-controlado, que teve excelente resposta clínica a combinação de ressecção cirúrgica e uso de terapia antifúngica durante 04 semanas.

AP351 TRATAMENTO CIRÚRGICO CURATIVO DA MUCORMICOSE PULMONAR – RELATO DE CASO

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO¹; MAIARA LLARENA SILVA SALVADOR¹; LIVIA FEITOSA RODRIGUES¹; ALICIA RAFAELA MARTINEZ ACCIOLY¹; CHRISTYANNE MARIA RODRIGUES BARRETO DE ASSIS¹; CAROLINA DE FREITAS CAVALCANTE CARIBÉ²; DAVI DE CASTRO BARROS NOGUEIRA³; PEDRO ALVES DA CRUZ GOUVEIA¹

1. SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE; 2. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE; 3. SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Mucormicose; pneumectomia; infecção

Introdução: A mucormicose é uma infecção causada por fungo da ordem Mucorales. Os fatores de risco são: malignidades hematológicas, transplante de células hematopoiéticas e de órgãos sólidos, DM com

cetoacidose, terapia de quelação do ferro, uso prolongado de corticoide, uso venoso de drogas ilícitas e desnutrição. As apresentações clínicas mais comuns são com doenças pulmonares e rinocerebrais, entretanto já foram descritos acometimentos cutâneos disseminados e gastrointestinais. O diagnóstico é feito por cultura, tecido ou coloração: o histopatológico mostra uma faixa larga, sem hifas septadas que estão em ângulo reto. Os sintomas da mucormicose pulmonar incluem febre refratária aos antibióticos, tosse, dor torácica pleurítica e dispnéia. Pode haver hemoptise fatal. É indistinguível da aspergilose. O sinal do halo invertido pode ser um achado precoce na radiografia. Os achados mais frequentes nos exames do tórax incluem: consolidação, nódulos, cavitações, atelectasias, derrames pleurais, linfadenopatia hilar ou mediastinal, ou até achados normais. A taxa de mortalidade geral é alta (76%). O tratamento envolve diagnóstico precoce, com pronta administração da terapia antifúngica com Anfotericina B e abordagem cirúrgica quando necessário. **Caso:** M. F. S., 70 anos, sexo masculino, com passado de tuberculose pulmonar há 20 anos. HIV negativo. Evoluiu com dor em HTE, tosse seca, perda de peso há um ano, sendo identificado TC de tórax evidenciou redução volumétrica do pulmão esquerdo com formação expansiva alargada, bem definida, com comunicação com bronco fonte esquerdo sendo concluído cavidade cística pulmonar preenchida por material com atenuação em partes moles e conteúdo gasoso sendo aventada a possibilidade de infecção fúngica. No LBA cresceu *Cunninghamella* sp, um mucormiceto. Fez tratamento ambulatorial com Itraconazol por 4 meses. Evoluiu com febre (39°C), calafrios, vômitos, tosse e dispnéia, sendo internado e tratado com ceftriaxone e clindamicina. Recebeu Anfotericina B lipossomal com melhora clínica importante. Fez cintilografia que apontava apenas 6% de atividade em pulmão esquerdo, sendo realizado pneumectomia ipsilateral com broncorrafia, linfadenectomia mediastinal, pleurectomia e toracotomia com Introdução de dreno torácico fechado com formação de janela pericárdica. No pós-operatório imediato, fez pericardite secundária e evoluiu com melhora após corticoide e colchicina, mantendo acompanhamento ambulatorial para desmame de corticoide. **Discussão:** Os autores descrevem um caso de mucormicose pulmonar, forma comum de apresentação, em que se não identificou imunossupressão subjacente. O tratamento foi curativo, apesar da pouca probabilidade diante da literatura existente.

AP352 CRIPTOCOCOSE PULMONAR EM PACIENTE IDOSO COM MÚLTIPLAS COMORBIDADES
FRANCES KOPPLIN CRESPO; IGOR GORSKI BENEDETTO; PIERANGELO TADEU BAGLIO; MARCELO BASSO GAZZANA
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Nódulo pulmonar; micose pulmonar; criptococose

Introdução: A criptococose é causada por fungos da espécie *Cryptococcus*, basidiósporos presentes no ambiente que são adquiridos por via inalatória. É uma doença comum que afeta principalmente pacientes imunocomprometidos, destacando-se aqueles infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. Naqueles sem comprometimento do sistema imune é uma doença incomum, podendo ser achado incidental em exame de imagem. Devido disseminação inalatória, o pulmão é um sítio frequente. Radiologicamente o achado mais esperado é a presença de múltiplos nódulos no parênquima pulmonar, sendo diagnóstico diferencial de neoplasia. Para diagnóstico

adequado, é necessário identificação da presença do fungo, seja por pesquisa direta, cultura ou anatomopatológico. O principal tratamento utilizado é com fluconazol por tempo prolongado. **Relato de caso:** paciente masculino, de 80 anos, com história prévia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, ex-tabagista com doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca diastólica, lupus discóide, adenocarcinoma de próstata tratado com bloqueio hormonal em 1998, adenocarcinoma de pâncreas tratado com duodenopancreatectomia total em 2012, leucemia mieloide crônica em tratamento com Dasatinib, tumor de Warthin submandibular esquerdo em. Apresentou-se para internação hospitalar em julho de 2017 com um quadro clínico sugestivo de insuficiência cardíaca descompensada, sendo realizado tomografia de tórax que evidenciou nódulo pulmonar em lobo superior direito com 1,4 cm de diâmetro. Foi optado por seguimento por imagem em 1 mês, considerando estado clínico e aspecto presumivelmente inflamatório do nódulo. Na tomografia de controle, em agosto de 2017, evidenciado crescimento do nódulo para 1,5 cm assim como aparecimento de novo nódulo em lobo superior direito com cerca de 1 cm de diâmetro com área de vidro fosco perilesional. Realizado fibrobroncoscopia com lavado broncoalveolar. As culturas foram negativas para fungos e bactérias. Considerando-se possibilidade importante de neoplasia, optado por realização de punção transtorácica com biópsia guiada por tomografia. Anatomopatológico evidenciou elementos leveduriformes cercados por halo, favorecendo diagnóstico para criptococose. A pesquisa de antígeno criptocócico (latex) foi negativa. Iniciado tratamento com Fluconazol. Paciente segue assintomático, realizando acompanhamento ambulatorial, com plano de controle de imagem. **Conclusão:** a criptococose pulmonar é uma doença rara em pacientes imunocompetentes. É comum que seu diagnóstico seja incidental em pacientes assintomáticos. Na investigação de nódulo pulmonar, mesmo em pacientes de alto risco para neoplasia, seu diagnóstico diferencial deve ser considerado.

AP353 ACTINOMICOSE PULMONAR: UM RELATO DE CASO

ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA¹; ROSELIANE DE SOUZA ARAÚJO¹; ANNA CAROLINA GALVÃO FERREIRA²; ALEX BESSA¹; ANDRÉ GUIMARÃES DE PAULA¹; PEDRO HENRIQUE CAVALCANTI GARCIA DE CASTRO¹; ISABELLA REIS MARIANO¹; BRUNA POLICENA OLIVEIRA¹

1. PUC-GO, GOIANIA, GO; 2. PUC-GO, UFG, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Actinomicose pulmonar; diagnóstico; infecção pulmonar crônica

Introdução: A actinomicose é uma doença crônica rara causada pela bactéria anaeróbica gram positiva da família *Actinomyces* spp. A bactéria é encontrada na flora da cavidade oral, do sistema gastrointestinal e urogenital, dessa forma, má higiene oral está relacionada com o desenvolvimento da doença. A forma pulmonar da doença representa aproximadamente 15-50% dos casos, e o *Actinomyces israelii* é o agente etiológico mais comum. Decorre principalmente da aspiração de secreções orais ou do trato gastrointestinal, ou, podem ser extensão da infecção cervicofacial. **Relato de caso:** Homem, de 80 anos procurou atendimento médico com quadro de produção crônica de escarro há cerca de 2 anos associado a episódios intermitentes de aumento do volume e viscosidade do escarro, ocasiões em que frequentemente associavam-se hemoptoicos, negava febre ou perda de peso no período porém referia astenia progressiva e dispnéia aos moderados esforços. Apresentava-se no exame físico geral em regular estado geral, porém com dentes em péssimo

estado de conservação. À ausculta pulmonar estertores grossos estavam presentes em terços inferiores de ambos os hemitorax. Pesquisa de BAAR inicial negativa em três amostras. Foi submetido a uma tomografia de tórax que revelou a presença de bronquiectasias de paredes espessadas nos segmentos superior e posterior do lobo inferior do pulmão esquerdo, associadas à cavidade de paredes espessadas e interior homogêneo, medindo cerca de 4,0 x 2,6 cm, distorção arquitetural e opacidades reticulares. Foi solicitada a broncoscopia para coleta de material e análise do lavado broncoalveolar. Na bacterioscopia ao gram, observou-se a presença de vários cocos isolados e dispostos em cachos gram positivos, sugerindo presença de grãos de actinomyces. Cultura para fungos negativa, pesquisa de BAAR negativa. Citologia oncológica negativa. O tratamento escolhido foi penicilina cristalina. **Discussão:** A actinomicose é uma doença muitas vezes subdiagnosticada e sua apresentação possui semelhanças com outras doenças mais comuns, como pneumonia, tuberculose e neoplasias pulmonares. A apresentação clínica é inespecífica, apresentando febre, dor torácica, dispneia, perda ponderal, tosse, expectoração e hemoptise. A TC de tórax apresenta diferentes padrões. O parenquimatoso é representado como nódulo, massa ou consolidação; podendo apresentar cavidades. Na forma bronquiectásica, apresenta áreas localizadas de bronquiectasias, espessamento irregular da parede brônquica, e consolidação peribronquica irregular com ou sem formação de abscesso⁴. A forma extrapulmonar pode atingir pleura, mediastino e parede torácica. Nesse caso apresentado há combinação de dois padrões, cavitário e bronquiectásico, e não há comprometimento extrapulmonar. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com outras infecções pulmonares crônicas e neoplasias, já que, os exames de imagem podem mimetizar essas doenças. O tratamento de escolha se baseia em terapia prolongada à base de penicilina.

AP354 PARACOCIDIOIDOMICOSE PULMONAR – FORMA CRÔNICA

BEATRIZ BARBOSA DE VASCONCELOS; LARYSSA RENATA MUNIZ ROCHA; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO; ANA CARLA DE MEDEIROS PORTO; ALEXANDRE ROLIM DA PAZ; CECÍLIA GABRIELA DE ARRUDA CASTELO BRANCO BRITO; MASSABIEL ROCHA ARNAUD SEGUNDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose; diagnóstico diferencial; paracoccidíoides

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica *Paracoccidíoides*, causada pelo fungo termotolerante do gênero *Paracoccidíoides*: *P. brasiliensis* e *P. lutzii*. Tem distribuição limitada à América Latina, especialmente a América do Sul. No Brasil, é alta a prevalência em regiões de solos úmidos da região Sudeste. É a micose sistêmica com maior mortalidade no país, e a 8ª causa de morte por doenças infecciosas e parasitárias. Estima-se uma incidência anual no Brasil de 0.71 a 3.7 casos para cada 100.000 habitantes. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 62 anos, agricultor aposentado, natural e procedente de Duque de Caxias – Rio de Janeiro. Procurou o Hospital Clementino Fraga para continuação de tratamento tuberculostático empírico iniciado no estado de origem concluído o tratamento, mas mantidos os sintomas, foi internado no HULW. HDA: relato de dor, hiperemia e edema na narina esquerda há dois anos, associados a sangramentos e crostas amareladas. Houve progressão do quadro para narina direita, com obstrução nasal persistente e lesões ulceradas em toda mucosa nasal. Referiu, ainda,

tosse com expectoração purulenta, dispneia progressiva e um episódio de hemoptise. Perda de 15kg nos últimos oito meses. Antecedente de tabagismo e etilismo há 40 anos. Ao exame físico: emagrecido, com lesões ulceradas na mucosa nasal, crostas amareladas e sinais flogísticos nas asas nasais. Ausculta respiratória com roncos e estertores crepitantes. Exames laboratoriais mostravam anemia normocítica e normocrômica, leucograma evidenciando eosinofilia leve, PPD não reator, BAAR e DNA-Mt no escarro negativos, sorologias negativas (HIV 1 e 2, Hepatite B e C, sífilis). Radiografia de tórax: opacidades intersticiais não homogêneas dispersas pelo parênquima de ambos os pulmões, sugestivas de processo inflamatório. TCAR: opacidades alveolares e intersticiais em todos os lobos, além de micronódulos e espessamento de paredes brônquicas. Biópsia de lesão de asa nasal esquerda mostrou mucosa malpighiana ulcerada com hiperplasia pseudoepiteliomatosa e múltiplos granulomas epitelioides não necróticos e ricos em células gigantes sugestivos de infecção fúngica por *Paracoccidíoides brasiliensis*. Baseando-se nos dados clínicos, epidemiológicos, tomográficos e anatomopatológicos, foi iniciado o tratamento para Paracoccidíoidomicose com itraconazol, 200 mg/dia. No seguimento ambulatorial até o presente, verificou-se ganho ponderal e significativa melhora das queixas nasais e respiratórias. **Discussão:** O relato em questão é referente à forma crônica da doença (74 a 96% dos casos, relação homem: mulher 20: 1), com típico comprometimento pulmonar (90% dos casos) e do trato respiratório superior. Mesmo em zonas de prevalência baixa ou desconhecida, a PCM faz parte do diagnóstico diferencial de quadros com lesões ulcerosas nas vias aéreas superiores, na presença ou não de sintomas respiratórios, e achados radiológicos de doença pulmonar em atividade ou em estágio de fibrose.

AP355 ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA EM PACIENTE COM DEFICIÊNCIA DE IGA E DESNUTRIÇÃO

BRUNA GHELLER; FERNANDA CANHOTO GROSSO; CLAUDIO PEREIRA REZENDE NETO; TAYSA ANTONIA FELIX DA SILVA; RENATO RICCI KAUFFMANN; ALCINDO CERCI NETO; FATIMA MITSIE CHIBANA SOARES

UEL, LONDRINA, PR.

Palavras-chave: Aspergilose; deficiência de iga; desnutrição

A aspergilose pulmonar consiste em uma doença causada por fungos do gênero *Aspergillus*, tendo diversidade quanto a sua apresentação clínica. Neste relato, descrevemos um caso de aspergilose pulmonar invasiva em adolescente com desnutrição e deficiência de IgA. **Relato do Caso:** D. G. M, feminino, 16 anos, natural e proveniente de Londrina – PR, foi atendida no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) em julho de 2017 com história de diversas internações devido a infecções respiratórias desde a infância, com piora nos últimos dois meses, período que correspondeu ao puerpério de sua primeira gestação. Recebeu tratamento antimicrobiano e Oseltamivir, com recorrência do quadro. Foi realizado exame de imagem que evidenciou áreas de consolidação alveolar nos lobos superior e médio a direita, com imagens císticas de permeio no lobo superior, além de área de destruição do espaço aéreo no segmento lingual superior, com bronquiectasia e opacidade retrátil de permeio. Na ocasião, foi realizado exame de escarro e PPD, além de sorologias e provas reumatológicas sendo todos negativos. Entretanto, tendo em vista que a paciente apresentava sinais clínicos e radiológicos sugestivos de Tuberculose, foi iniciado esquema RHZE. Retornou para atendimento referindo persistência da tosse produtiva com expectoração amarelada, dor torácica, febre diária de até 39°C e emagrecimento de 13Kg no período.

Foi iniciado tratamento com Meropenem e Oxacilina, mantendo-se esquema RHZE. Realizada nova TC de Tórax que mantinha as alterações iniciais, associadas a áreas de cavitação de permeio em região de lobo superior e médio direitos. Após pedido de consulta para a Pneumologia foram realizados alguns exames sendo excluídos Fibrose Cística, deficiência de alfa-1antitripsina e paracoccidiodomicose. A dosagem de IgA estava diminuída e a fenotipagem de linfócitos B era menor que 8%. Foi submetida à broncoscopia com Lavado Broncoalveolar sendo encontrado cultura com *Candida* sp 10⁴, BAAR negativo e biópsia não conclusiva. Após algumas semanas houve crescimento de *Aspergillus flavus* em secreção traqueal coletada no início da internação. Foi iniciado terapia com Voriconazol, tendo resposta satisfatória ao tratamento, com resolução do quadro febril, melhora da tosse e dor torácica. Completou 60 dias do uso de Voriconazol e agora segue em uso de Itraconazol. Atualmente, refere dispnéia aos grandes esforços e segue sem intercorrências. **Discussão:** O caso relatado exemplifica a dificuldade diagnóstica da Aspergilose Pulmonar Invasiva (API), já que cerca de metade dos casos não há confirmação histopatológica e dessa forma o diagnóstico é feito baseado em achados clínicos e radiológicos sugestivos, após a exclusão de outras doenças, em associação com a identificação de *Aspergillus* sp. na cultura do escarro, amostras broncoscópicas ou punções transtorácicas. Percebe-se também a importância do tratamento já que a API é considerada a forma clínica mais grave da Aspergilose.

AP356 EVOLUÇÃO TEMPORAL DA IDENTIFICAÇÃO DE ESPÉCIES DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS E DE SEUS DESFECHOS DE TRATAMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO

THIAGO THOMAZ MAFORT; MARCIUS GOMES DO CARMO PENA ROCHA; ANA PAULA GOMES DOS SANTOS; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; WALTER COSTA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Micobacteriose; espécies; tratamento

Introdução: As infecções por micobactérias não tuberculosas (MNT) são consideradas uma condição infecciosa emergente, porém negligenciadas. O nível de interesse sobre estas infecções começou há cerca de 30 anos, como resultado da associação entre as infecções por MNT e HIV, da crescente frequência entre a doença pulmonar por MNT em pacientes com doença estrutural pulmonar e da melhoria das técnicas de diagnóstico e identificação das micobactérias. Até o momento, já foram identificadas cerca de 200 espécies distintas do gênero *Mycobacterium* spp que são patógenos humanos oportunistas e causadores de doença pulmonar e extrapulmonar. Ao contrário da tuberculose (TB), as infecções por MNT não são de notificação compulsória, de modo que dados epidemiológicos e frequência das variadas espécies são incertos e baseados em pequenas casuísticas. **Objetivo:** Demonstrar a evolução temporal das espécies de MNT diagnosticadas, bem como o desfecho de seu tratamento em um ambiente universitário de referência na cidade do Rio de Janeiro. **Métodos:** Estudo descritivo baseado nos dados de casos de infecções por MNT acompanhados pelo Núcleo de Tisiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ e notificados no Sistema de Tratamentos Especiais – SITE TB entre 2012 e 2018. **Resultados:** No período de análise foram notificados 688 casos de infecções por micobactérias tuberculosas e não tuberculosas, dos quais 55 eram de infecção por MNT (8%) com a seguinte distribuição anual: 2012 – 01, 2013 – 06, 2014 – 02, 2015 – 11, 2016 – 14, 2017

– 14 e 2018 – 6 até o momento. Do total de casos 75% eram do gênero feminino e a idade média da amostra foi de 54,6 anos. A espécie *M. kansasii* foi a mais comumente identificada a partir de 2015, seguido pelos casos sem identificação, *M. abscessus* e *M. fortuitum*, com exceção do ano de 2015 quando o complexo *M. avium* foi o segundo mais frequente. Entre 2012 e 2015 a maior parte dos casos não obteve identificação. 25% dos casos completaram o tratamento, seguido por: 7,2% abandono, 7,2% óbito, 1,8% mudança de diagnóstico e 41% ainda em tratamento. Ao longo dos anos analisados para este estudo, o percentual de tratamentos completos prevaleceu sobre os outros desfechos, no entanto o percentual de abandonos e óbitos também foi significativo. **Conclusão:** Nossos dados revelam o aumento anual progressivo de notificações de infecções por MNT, bem como da identificação de *M. kansasii* como o mais frequente em nossa população. Apesar do número considerável de espécies identificadas, um percentual elevado de casos permaneceu sem identificação sendo tratado com esquemas genéricos e não direcionados, capazes de gerar eventos adversos e desfechos não favoráveis. Desta forma, disponibilização de métodos para o devido diagnóstico de espécies, visando o diagnóstico e tratamento corretos fomentam o adequado aparelhamento das unidades de referência pelos sistemas reguladores de saúde a fim de mantermos uma boa prática médica.

AP357 ACTINOMICOSE COM APRESENTAÇÃO COMO ABSCESSO PULMONAR

PEDRO JOSE QUIZHPE¹; DIEGO ANDRES GUARANGO JARAMILLO¹; SERGIO EDUARDO DEMARZO²; SILVIA VIDAL CAMPOS¹; SAMIA ZAHY RACHED¹; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES¹; ANDRE NATHAN COSTA¹

1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP; 2. ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Actinomicose; abscesso pulmonar; infecção subaguda

Introdução: A actinomicose é uma doença sistêmica pouco comum causada por *Actinomyces* sp., bactéria gram-positiva e anaeróbica facultativa, com envolvimento torácico em 15-50% dos casos. É caracterizada pela formação de abscessos e fibrose tecidual. Sua apresentação clínica e radiológica pode mimetizar uma diversidade de outras doenças pulmonares (granulomatose com poliangite, pneumonia por aspiração, micoses pulmonares, neoplasias). Apresentamos um caso de Actinomicose apresentando-se como abscesso pulmonar **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 30 anos, procurou atendimento com queixa de dispnéia, tosse produtiva e hemoptóicos, sudorese noturna e febre há 11 meses. Perda de 7 kg no período. **Antecedentes:** hepatite C, etilismo e tabagismo (46 anos/maço) há cerca de 20 anos, ex-usuário de crack, cocaína e maconha. Morador de rua nos últimos 2 anos. Refere que durante os últimos 11 meses fez tratamentos empíricos para pneumonia e tuberculose, sem melhora dos sintomas. Ao exame físico: hipocorado, acianótico, emagrecido, frequência cardíaca de 109 bpm, saturação de pulso de oxigênio em ar ambiente de 85%. À ausculta pulmonar, murmúrios vesiculares diminuídos em ápice esquerdo. Tomografia de tórax com nível hidroaéreo na base esquerda e bronquiectasias cilíndricas na língua. Laboratorialmente, apresentava anemia Hb 9,1 g/dl, leucocitose 12930/mm³ -- 80% neutrófilos e aumento de proteína C reativa 161,45 mg/L. Realizada broncoscopia com coleta de lavado broncoalveolar (LBA), cuja cultura aeróbia evidenciou crescimento de

Actinomyces odontolyticus, sem nenhum outro achado de microbiologia. Iniciado amoxicilina com clavulanato, com melhora dos sintomas respiratórios, retorno do apetite e estando afebril já na primeira semana de tratamento.

Discussão: O abscesso pulmonar é definido como necrose do parênquima pulmonar causada por uma infecção que é, em geral, polimicrobiana, sendo a actinomicose uma causa rara desta apresentação infecciosa. *Actinomyces* reside nas superfícies da mucosa oral e obtém acesso a tecidos mais profundos por meio de trauma, procedimentos cirúrgicos ou corpos estranhos que perturbam a barreira mucosa. A principal fonte de actinomicose torácica é a aspiração das secreções orofaríngeas. Os sinais e sintomas são inespecíficos e variáveis, como tosse crônica ou um quadro subagudo subfebril com relato de dor torácica e perda ponderal, e não há sinais radiológicos clássicos pulmonares. Para identificação do *Actinomyces* sp. em microbiologia, é necessário meio de cultura específico (anaeróbico, geralmente em agar chocolate a 37° ou a infusão de cérebro-corção) e é necessária uma incubação de pelo menos 10 dias; o que torna importante sua suspeita no sentido de avisar laboratório de microbiologia. Diante da variedade de apresentações encontradas na actinomicose, é importante considerar este diagnóstico durante a investigação de quadros infecciosos subagudos, em pacientes com maior vulnerabilidade.

AP358 PNEUMONIA NECROTIZANTE EM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR CRÔNICA: RELATO DE CASO

LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; RODOLFO FURTADO DIAS RODRIGUES; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA
HGG, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Pneumonia; necrotizante; complicação

Introdução: Pneumonia necrotizante é uma complicação rara e grave das pneumonias comunitárias. Está associada à destruição do tecido pulmonar durante a infecção e aparecimento subsequente de focos de necrose em áreas consolidadas. O tratamento implica, além de terapêutica de suporte, a utilização de um antibiótico de largo espectro, por tempo prolongado, e uma monitorização cuidadosa devido ao risco de progressão para sepse e falência respiratória.

Descrição do caso: Paciente 72 anos, sexo feminino, ex-tabagista (25 maços ano) e exposição à combustão a lenha até o momento. Possui diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Hiperreatividade Brônquica (HRB), em acompanhamento irregular, em uso de Salmeterol e Fluticasona 50/250 mcg 12/12h, Prednisona 20 mg dia, Aerossol com Beta 2 de curta duração (diariamente) e Oxigenoterapia domiciliar, se necessário, há cerca de 2 anos. Admitida no Hospital Geral de Goiânia com piora da dispnéia basal, passando de mMRC 3 para mMRC 4, há 7 dias, associada a mudança do padrão da tosse para purulenta, de moderada quantidade, febre não aferida, calafrios e sibilância. Na admissão encontrava-se taquidispnéica, hipoxêmica e ausculta respiratória com murmúrio vesicular reduzido globalmente com estertores finos em hemitórax direito (HTD) e sibilos expiratórios difusos. Aventada hipótese diagnóstica de DPOC exacerbada por infecção pulmonar e HRB. Exames complementares evidenciaram leucocitose sem desvio a esquerda e Radiografia de Tórax com opacidade heterogênea de limites imprecisos em ápice de HTD. Iniciado Ceftriaxona, Corticoide e Oxigenoterapia. Solicitada bacterioscopia e cultura de escarro, além de baciloscopias (BAAR) para diagnóstico diferencial de Tuberculose pulmonar. Paciente evoluiu com piora clínica

e laboratorial mesmo após 6 dias de antibiótico. Realizado Tomografia computadorizada de tórax, a qual evidenciou consolidação com área de necrose e escavação compatível com processo infeccioso em lobo superior direito. BAAR com 3 amostras negativas. Optado por trocar Ceftriaxona por piperacilina – tazobactam. Após mudança, paciente apresentou melhora progressiva do quadro respiratório. Cultura de escarro evidenciou *Pseudomonas aeruginosa* sensível a piperacilina – tazobactam e Ciprofloxacino. Realizado hipótese diagnóstica DPOC exacerbada por Pneumonia necrotizante em ápice direito. Paciente recebeu alta, com dispnéia basal, tosse sem secreção purulenta, sem sibilância ou hipoxemia, e eupneica. Programado completar 21 dias de antibioticoterapia com ciprofloxacino via oral ambulatoriamente. **Discussão:** O relato ilustra as manifestações clínicas e os achados de exames complementares característicos de pneumonia necrotizante. A pneumonia necrotizante é, apesar de uma complicação rara, um potencial diagnóstico que deve ser precocemente considerado em pneumonias com maior gravidade. O diagnóstico e tratamento precoce está associado à diminuição de morbimortalidade.

AP359 PARACOCIDIOIDOMICOSE ANAL E PULMONAR: RELATO DE CASO

RENATO TAKESHI ISHIZAWA; BEATRIZ ANDREA ALLEGRI; BIANCA SODERI VITA; LUANA GOUVEIA TONINI; YURI MARCELO TAKATA; PEDRO CUNHA DE MENDONÇA; MARIA CLAUDIA PAIVA SAITO; MARCELO CENEVIVA MACCHIONE
UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Micose; manifestação anal; paracoccidiodomicose

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, fungo dimorfo, que produz micose crônica com granulomas ulcerativos de mucosas, principalmente do trato respiratório e pode permanecer viável por longos períodos. Pode acometer diversos órgãos, sendo potencialmente incapacitante e considerada um problema de saúde pública. Atinge mais homens, trabalhadores rurais, de 30 a 50 anos. A incidência varia de 3 a 4 casos/milhão até 1 a 3 casos/100.000 habitantes ao ano. O contágio se dá pela via respiratória e a disseminação através da via hematogênica e linfática.

História clínica: JLF, 54 anos, trabalhador rural e ex-tabagista, procurou atendimento médico com queixa de dispnéia há 3 meses, tosse seca, anorexia, astenia e dor abdominal há 2 meses, com desidratação importante. Antecedente de tabagismo 40 maços/ano, etilismo. Relata fístula anal, há cerca de 20 anos, tratada cirurgicamente, sem resultado satisfatório. Na última intervenção apresentou abscesso no espaço interesfincteriano e, em 2016, a ferida não havia cicatrizado, provocando dor e saída de secreção. Ao exame encontrava-se em regular estado geral, descorado, emagrecido, afebril e acianótico. O exame do aparelho respiratório estava normal, exceto pela presença de hipoxemia (SpO₂ = 84%). Realizado radiografia de tórax que demonstrou a presença de um padrão intersticial bilateral e simétrico, com predomínio na região peri-hilar. A TC de tórax demonstrou presença de opacidades em vidro fosco, nódulos centrolobulares e opacidades ramificadas com o aspecto de árvore em brotamento esparsos pelos campos pulmonares, notadamente em lobos superiores além de nódulos escavados nos segmentos apical do lobo superior direito e ápico-posterior do lobo superior esquerdo. Bacilosopia negativa para BAAR em 3 amostras. Diante destes achados, foi realizada biópsia da lesão perianal cujo resultado demonstrou a presença de processo inflamatório crônico granulomatoso de etiologia fúngica, com esporos e gemulação múltipla, sendo compatível com PCM.

Posteriormente recebemos o resultado da imunodifusão que também foi reagente com título de 1/8. Confirmado o diagnóstico de PCM, iniciamos tratamento com Itraconazol 200mg/dia. Após 1 ano de tratamento, o paciente apresentou melhora clínica e radiológica significativas além da negatificação da sorologia. **Discussão:** Nesse caso, é uma manifestação atípica de uma doença disseminada. A infecção anal tem patogênese desconhecida - lesão secundária ou primária. A sintomatologia depende da resposta imunológica do hospedeiro. Pode acometer órgãos e se disseminar, dependendo intensidade da reação inflamatória, da carga de partículas infectantes e da virulência da cepa. A manifestação anal é caracterizada por lesão ulcerada endurecida, afetando com maior frequência a circunferência anal. No exame de colonoscopia, pode haver áreas de estenose e mucosa friável.

AP360 RELATO DE CASO: A DIFICULDADE DIAGNÓSTICA DE UM CASO DE PARACOCIDIOIDOMICOSE

PAULO HENRIQUE MOREIRA; NATÁLIA ANDRADE MENDONÇA; JULIA ELISA SILVA NUNES PAIS; MICHELLE KAREN CARDOSO CARVALHO; VICTOR HUGO NETTO DE MELLO FERREIRA; RODRIGO ROGOWSKI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose; micoses; lesão cutâneo-mucosa

Introdução: A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica provocada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides* brasilienses. O Brasil é considerado um centro endêmico com destaque para os estados do Centro-Oeste, do Sul e Sudeste, observando-se uma associação com regiões agrícolas. A maioria dos casos ocorrem em homens de 30 a 50 anos, sendo que tabagistas e etilistas com condições financeiras e higiênicas precárias têm pior prognóstico. A via de infecção mais aceita é a inalatória, tendo uma apresentação clínica polimórfica com prevalência das formas pulmonares e cutâneo-mucosas. É de extrema importância que o médico e o cirurgião-dentista conheçam a paracoccidiodomicose e suas manifestações para facilitar o diagnóstico da infecção. **Relato do Caso:** Paciente J. L. P, 52 anos, masculino, lavrador há 20 anos. Paciente referia disfagia progressiva há cerca de 1 ano para sólidos e líquidos e odinofagia associada a lesão de aspecto fibrótico de coloração amarelo-esbranquiçada em palato mole e duro, sem ulcerações. Além de referir dispnéia há três meses com piora progressiva até mínimos esforços, tosse com expectoração esbranquiçada que evoluiu para aspecto amarelado, perda ponderal de 20 kg em 3 meses, pesando 58 kg no momento da internação. Tabagista há 30 anos, com carga tabágica de 90 maços-ano. Referiu contato com inseticidas, mofo e animais e negou uso de EPIs. Ao exame físico do aparelho respiratório, apresentou expansibilidade reduzida globalmente e crepitações finas difusas. Os exames solicitados durante internação revelaram sorologias negativas para HCV, HBV, HIV e VDRL. PCR para TB negativa. Realizadas 2 amostras BAAR negativas. Tomografia Computadorizada (TC) de tórax com espessamentos septais, desorganização arquitetural e opacidades em vidro fosco com bronquiectasias de tração em regiões basais. Endoscopia Digestiva Alta com biópsia da lesão de palato compatível com paracoccidiodomicose.

Discussão: O diagnóstico precoce de paracoccidiodomicose tem sido um grande desafio, e para isso são utilizados métodos radiológicos, microbiológicos, imunológicos, histopatológicos e moleculares. São comuns queixas como insônia, debilidade, inapetência, disfagia, dispnéia, tosse, hemoptise, febre, perda de peso, prurido e ardor; além de macroquelia, palidez facial, edema e linfadenopatia

cervical e lesões bucais. A biópsia é recomendada para o diagnóstico definitivo, no presente caso a predominância de *Candida albicans* na amostra dificultou a identificação do fungo *P. brasilienses*. Os testes sorológicos, como os realizados no caso, revelam a existência do fungo antes dos exames de cultura e histopatológico e são de amplo uso na confirmação da doença.

AP361 ACTINOMICOSE SIMULANDO NEOPLASIA PULMONAR EM MULHER JOVEM

VIVIANE VIEIRA PASSINI SOARES; NATHALI MIREISE COSTA FERREIRA; FELIPE XAVIER DE MELO; VERONICA MOREIRA AMADO; RICARDO LUIZ DE MELO MARTINS; GESSICA MOREIRA ANDRADE; FERNANDA LARA FERNANDES BONNER ARAÚJO RISCADO; MARCELO PALMEIRA RODRIGUES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF.

Palavras-chave: Actinomicose; jovem; neoplasia

Introdução: Actinomicose é uma doença crônica, que acomete vários órgãos. Relatamos o caso de jovem com tosse crônica que apresentou, na tomografia de tórax, massa sugerindo neoplasia pulmonar. Após lobectomia, a análise histopatológica, foi confirmado Actinomicose.

Relato: Mulher jovem, avaliada em novembro de 2015, relatando dor torácica e tosse seca há alguns meses. Negava comorbidades, tabagismo, alcoolismo. Exame de imagem mostrou massa em lobo superior esquerdo, com crescimento nos exames subsequentes, e achados inconclusivos em biópsia guiada por tomografia. Optado por biópsia cirúrgica e Lobectomia superior esquerda/linfadenectomia, em fevereiro de 2016. Anatomopatológico revelou: "Pneumonia Actinomicética, pleurite crônica ativa, paquipleurite, com hiperplasia linfóide reacional — níveis 5 e 11." Internada para antibioticoterapia venosa por 15 dias, com Ampicilina-Sulbactam, e posteriormente Amoxicilina-clavulanato oral, por 5 meses. Tomografias de tórax de controle, em 2017, não evidenciaram processo inflamatório ou infeccioso ativo. Atualmente mantém seguimento ambulatorial, com resposta satisfatória ao tratamento.

Discussão: Actinomicose é uma doença crônica, causada por um bacilo Gram-positivo da flora comensal da orofaringe, trato gastrointestinal e urogenital. Os pulmões também são comumente afetados, resultado de aspiração orogástrica, higiene oral pobre ou alcoolismo. (1,2,3) Sintomas mais comuns são tosse produtiva e hemoptise - por serem inespecíficos, tem diagnóstico diferencial com neoplasia, tuberculose. Nos estágios iniciais, os achados são consolidação e nódulos pulmonares. Posteriormente, podemos encontrar massa periférica, invadindo tecido adjacente ou disseminação hematogênica. Nessas fases, paciente pode apresentar dispnéia, hipoxemia, dor torácica, perda de peso, febre e sudorese noturna. Os achados tomográficos são linfonodomegalia, consolidação, atelectasia, cavitação, opacidade em vidro fosco, derrame pleural, ou empiema (1). A avaliação histopatológica é padrão ouro, proveniente de biópsia ou secreção. Encontram-se grânulos sulfurosos, essenciais para o diagnóstico, assim como necrose e patógenos filamentosos (1,2) Penicilina G e Amoxicilina são as drogas de escolha para tratamento (4). O esquema de antibiotico inicia-se por via endovenosa por 2 a 6 semanas, complementando com via oral por 6 a 12 meses. O tratamento cirúrgico é indicado na hemoptise, suspeita de neoplasia, falta de resposta clínica. (1,3) referências: Valour F, et al. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. Inf. and Drug Resistance 2014; 7: 183-197. -Kim et al. Pulmonary actinomycosis during the first decade of 21st century: cases of 94 patients; BMC Inf Diseases 2013; 13:216. Sun. X. et al. A Retrospective Study of Pulmonary Actinomycosis in a

Single Institution in China. CMJ, 2015, 128:12. Park et al., Multivariate analysis of prognostic factors in patients with pulmonary actinomycosis, BMC Inf Diseases 2014, 14: 10

AP362 PNEUMONIAS NECROTIZANTES – APRESENTAMOS UMA SÉRIE DE CASOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO- HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE – BRASÍLIA – DF

FLÁVIA FONSECA FERNANDES; PAULO HENRIQUE RAMOS FEITOSA; RAQUEL M. N. DE CARVALHO FEITOSA; FLÁVIA MARIA BASTOS LIMA; GILDA ELIZABETH OLIVEIRA DA FONSECA; ANTONIO BONAPARTE SANTANA FERREIRA JUNIOR; ALBERTO BRUNING GUIMARÃES

HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASILIA, DF.

Palavras-chave: Pneumonia necrotizante; pneumonia adquirida na comunidade; infecções pulmonares

Introdução: A pneumonia necrotizante é uma complicação importante incomum da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC), caracterizada por liquefação e necrose com cavitação do tecido pulmonar, cuja incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos. Esta situação poderá estar relacionada com o fato de haver uma maior sensibilidade no reconhecimento da pneumonia necrotizante, aliada ao uso mais disseminado e refinado da TC de tórax na avaliação de pacientes com pneumonia complicada. Esta tendência também relacionada com uma mudança no espectro dos microorganismos responsáveis ou no comportamento dos microorganismos perante a antibióterapia. **Casos clínicos:** Caso 1: BSC, 57 anos, 24 dias de internação. TC de tórax: extensas consolidações com broncogramas aéreos em lobo superior e em parte do lobo inferior à esquerda. Caso 2: DMRMAS, 75 anos, 35 dias de internação. TC de tórax: extensa consolidação no lobo superior esquerdo com coleções líquidas e gás de permeio. Caso 3: JHC, 54 anos, 91 dias de internação. TC de tórax: destruição do parênquima do LSD, com áreas de necrose, cavitações, consolidações amorfas e fistula parênquima-pleural. Caso 4: RPM, 63 anos, 169 dias de internação. TC de tórax: presença de bronquiectasia e consolidações em todo LSD e LM. Caso 5: RDS, 52 anos, 20 dias de internação. TC de tórax: moderado/acentuado derrame pleural à direita, loculado, com atelectasia compressiva do pulmão adjacente, além de presença de extensa área no lobo médio e inferior com consolidações e broncogramas aéreos. **Comentários:** A pneumonia necrotizante é uma complicação rara da PAC, caracterizada pelo aparecimento de focos de necrose em áreas de consolidação. A fisiopatologia básica envolve oclusão trombótica de capilares alveolares associada a alguma inflamação adjacente, o que resulta em isquemia local e eventualmente necrose do parênquima pulmonar. O quadro clínico tende a ser mais arrastado do que o de uma pneumonia de comunidade tradicional, sendo mais comuns a persistência de tosse, febre e sudorese por mais de duas semanas. A pneumonia necrotizante, a gangrena pulmonar e o abscesso pulmonar representam a progressão das infecções supurativas e são manifestações do mesmo processo. A abordagem terapêutica assenta no uso de antibióterapia de largo espectro e monitorização cuidadosa dado o risco de progressão para sepse e falência respiratória. Deve ser lembrada toda vez que tivermos uma PAC com evolução menos favorável, uma vez que o reconhecimento precoce e a otimização terapêutica se associam a melhor prognóstico e melhor morbimortalidade. **Referências Bibliográficas:** 1. Musher DM, Thorner AR. Community-acquired pneumonia. N Engl J Med 2014; 371: 1619. 2. Gadsby NJ et al. Comprehensive Molecular Testing for Respiratory Pathogens in Community-Acquired Pneumonia. Clin Infect Dis 2016; 62: 81Jain. 3. S, Self WH, et al. Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U. S. Adults. N Engl J Med 2015; 373: 415

AP363 NÓDULO PULMONAR NA PRÁTICA CLÍNICA – UM DESAFIO RECORRENTE

PATRICIA BARBOSA DA ROCHA¹; RAFAEL BORGES COUTO¹; JESSICA AREIAS COELHO PEREIRA¹; VICTÓRIA FURTADO DA GRAÇA CÉZAR¹; LUANA VITAL KOIKE¹; MAXWELL GOULART BARRETO²; MARIANA BASTOS DE ALMEIDA¹; GILMAR ALVES ZONZIN¹

1. UNIFOA, VOLTA REDONDA, RJ; 2. INTENSIBARRA, BARRA MANSA, RJ.

Palavras-chave: Histoplasmose; diagnóstico; nódulo pulmonar
Diversas doenças pulmonares benignas podem simular neoplasia pulmonar em sua apresentação radiológica tornando o diagnóstico diferencial fundamental em especial nas áreas endêmicas para doenças granulomatosas como o Brasil. A possibilidade de infecções pulmonares que podem simular câncer de pulmão exige maior conscientização para distinção etiológica, sendo um desafio na prática clínica. A alta incidência e a letalidade por neoplasia especialmente em tabagistas podem influenciar decisão médica e direcionar uma condução por vezes precipitada. Homem, 57 anos, procura avaliação especializada por ter sido indicada biópsia pulmonar cirúrgica. Trazia em sua consulta inicial tomografia (TC) de tórax com nódulo em lobo superior direito (LSD) de contornos irregulares, estriações radiais, discreta extensão a superfície pleural costal no segmento anterior do LSD de 2,1 x 1,8 cm, com realce irregular após contraste. Linfonodomegalias, a maior no hilo pulmonar de 1,5 x 1,7cm. Tabagista, 30 maços/ano, realizou exames laboratoriais com resultados inespecíficos (aumento de VHS e PCR) e foi encaminhado para abordagem cirúrgica. Identificado halo de atenuação em vidro fosco no parênquima pulmonar circunjacente a lesão e na anamnese, relatou episódios esporádicos de febre baixa (não aferida), sudorese noturna ocasional e emagrecimento de 3 Kg nos últimos 3 meses. Negava contactantes com tuberculose, exposição ambiental a ambientes rurais, cavernas e/ou doenças crônicas. Indicada broncofibroscopia e exames laboratoriais adicionais aos já realizados. Após 45 dias, estava assintomático, recuperou seu peso original, sem episódios de febre mantendo discreta tosse seca. Exames coletados na broncoscopia todos negativos. Nos exames laboratoriais sorologia positiva para Histoplasma capsulatum com presença de banda M, compatível com histoplasmose pulmonar aguda. Solicitada nova TC de tórax que revelou redução do nódulo em LSD. 7 meses após primeiro exame a TC de tórax mostrou redução adicional do nódulo (< 1cm) com paciente assintomático sem nenhum tratamento medicamentoso específico. É importante considerar todos os indícios clínicos disponíveis ao se avaliar nódulos pulmonares que frequentemente são um problema desafiador, podendo ser difícil a distinção entre doenças pulmonares malignas. A ausência de uma rotina pode levar a equívocos na abordagem, aumentando a morbimortalidade e custos em saúde, levando a procedimentos onerosos e invasivos desnecessários. A história epidemiológica, o reconhecimento das características clínicas e radiológicas e a utilização racional dos exames complementares são fundamentais para buscar o correto manejo. Nesse caso, não ter submetido precipitadamente a uma abordagem cirúrgica e nem realizar exame de alto custo como PET-CT possibilitou que se chegasse ao diagnóstico de histoplasmose pulmonar aguda benigna, doença autolimitada em imunocompetentes. A evolução clínica e radiológica vem confirmando o acerto na condução do caso em questão.

AP364 PNEUMONIA POR VARICELA EM PACIENTE PORTADOR DE GRANULOMATOSE COM POLIANGEÍTE: UM RELATO DE CASO

JOEL SERAFINI; REBECCA SARAY MARCHESINI STIVAL; DIOGO DREVENOWSKI; CAROLINA ROSSETTI SEVERO; DHIANCARLO

GEISER; DANIELLA PORFIRIO NUNES; MARIANA SPONHOLZ ARAUJO

HOSPITAL DE CLÍNICAS UFPR, CURITIBA, PR.

Palavras-chave: Pneumonia; varicela; granulomatose com poliangite

Introdução: A infecção pelo vírus varicela-zoster tem como manifestações mais comuns a varicela e o herpes zoster. Em crianças a varicela costuma ser benigna e limitada a lesão dermatológica. Nos adultos a pneumonia por varicela é a complicação mais grave e mais frequente, ocorrendo em 5 a 50% dos casos. A incidência é maior em imunossuprimidos, transplantados, portadores de doenças linfoproliferativas, pneumopatas, tabagistas e gestantes. Relatamos o caso de um paciente portador de granulomatose com poliangite, transplantado renal e imunossuprimido, que desenvolveu pneumonia por varicela. **Relato de caso:** paciente do sexo masculino, 61 anos, com diagnóstico de granulomatose com poliangite (c-ANCA positivo) há oito anos. Na ocasião havia apresentado síndrome pulmão-rim sendo tratado com ciclofosfamida, com remissão da doença pulmonar e progressão para doença renal crônica, tendo evoluído para transplante renal há 3 anos. Desde o transplante, mantendo imunossupressão com micofenolato de sódio 1080mg/dia e prednisona 5 mg/dia. Apresentou exantema característico de varicela, tendo iniciado tratamento com aciclovir. Uma semana depois, apresentou tosse seca, dispnéia e sintomas de rinite. Realizou tomografia de tórax, que mostrou múltiplos nódulos pulmonares de até 1 cm, com halo em vidro fosco, predominantemente localizados em lobos inferiores. Diante da história clínica e da tomografia com imagem característica, foi feito o diagnóstico de pneumonia por varicela. Tomografia de tórax foi repetida seis meses após o evento e demonstrou resolução completa dos nódulos.

Discussão: A pneumonia por varicela é uma complicação grave de alta morbimortalidade em adultos, com evolução frequente para insuficiência respiratória aguda. A imagem tomográfica dos quadros iniciais com nódulos pequenos de predomínio basal, vidro fosco e opacidades coalescentes é bastante sugestiva do quadro e deve levar a suspeita diagnóstica. O tratamento com aciclovir no início do quadro está associado a melhora clínica e maior chance de resolução completa das lesões. Nesse paciente, foi realizado aciclovir ainda na fase exantemática, o que pode ter contribuído para a boa evolução. No nosso conhecimento, não existem publicações demonstrando a ocorrência de pneumonia viral em paciente com granulomatose com poliangite. Provavelmente a pneumonia esteve relacionada ao uso de imunossupressor, fator de risco bem estabelecido. Consideramos o relato importante já que a doença de base poderia gerar nódulos pulmonares. Lembramos a importância do diagnóstico diferencial com infecções antes de assumir que o surgimento de novas lesões pulmonares em pacientes com granulomatose com poliangite esteja relacionado a doença de base e, no presente caso, destacamos as características tomográficas da pneumonia por varicela, que somadas à descrição de exantema prévio, permitiram o diagnóstico e tratamento corretos.

AP365 AGENTE OPORTUNISTA, HOSPEDEIRO IMUNOCOMPETENTE

DANIEL BRUNO TAKIZAWA; PHILIPPE DE F. B. COLARES; MARCELA DE OLIVEIRA COSTA XIMENES; LARISSA BARBOSA TALHARO; CLAUDIA LILIANA MORENO DIAZ; JULIA BAMBERG CUNHA MELO; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; ANDRE NATHAN COSTA FMUSP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Fusariose; imunocompetente; boa resposta

Introdução: A fusariose é causada por um fungo com mais

de 100 espécies identificadas, sendo poucas patogênicas, nos quais podemos citar *F. solani*, *F. oxysporum* e *F. verticillioides*. Acomete principalmente pacientes imunocomprometidos, em especial transplantados e, mais raramente, imunocompetentes. **Relato de caso:** Homem, 35 anos, natural e procedente de São Paulo, com antecedente de tuberculose pulmonar (TBP) tratada por seis meses em 2005. Relata perda ponderal, tosse produtiva, dispnéia e sudorese noturna no ano consecutivo (2006), sendo novamente tratado para TBP com esquema habitual por 6 meses, com resolução dos sintomas. Se apresentou em nosso serviço com dispnéia mMRC 2, desenvolvida ao longo de 2016, acompanhada de dor não pleurítica em hemitórax esquerdo, tosse produtiva desencadeada por esforço físico, além de perda ponderal de 3Kg e sudorese noturna. Não possui comorbidades, porém, relata uso prévio de cocaína e maconha até 2006. Ao exame físico inicial, apresentava crepitos em ápice esquerdo, com oximetria de pulso de 96% em ar ambiente. Tomografia de tórax evidenciou lesões escavadas e fibroatelectasias com predomínio em lobos superiores, mais acentuado a esquerda, com redução volumétrica global do hemitórax esquerdo, distorção arquitetural e desvio do mediastino ipsilateral; irregularidades na interface pleuropulmonar bilateralmente, ausência de linfonodomegalias mediastinais. Devido dificuldade em coletar escarros, realizado broncoscopia com lavado broncoalveolar, que mostrou 792 leucócitos, com 98% de polimorfonucleares e crescimento de *Fusarium* sp. Iniciado Voriconazol 200mg 12/12h, com melhora da tosse, febre, hiporexia, e ganho de 7kg em 45 dias. **Discussão:** o quadro clínico da fusariose depende da porta de entrada e do estado imunológico do paciente. Pode-se apresentar como lesões de pele, artrite, tromboflebite, acometimento pulmonar e peritonite em pacientes em diálise peritoneal. No espectro pulmonar, exibe-se como fusariose broncopulmonar alérgica, pneumonite de hipersensibilidade, colonização de lesão escavada, consolidações e lesão em vidro fosco. Em uma revisão de 357 casos de Fusariose, pneumonia estava presente em 152 casos e, dentre eles, somente 7 pacientes eram imunocompetentes. O diagnóstico é realizado através de análise microscópica, cultura ou histopatologia. Em relação ao tratamento, utiliza-se Voriconazol ou Anfotericina B lipossomal. Equinocandinas não apresentam atividade contra o fungo. A duração do tratamento é individualizada, baseada no local e extensão da infecção e estado imunológico do paciente. O acometimento em pacientes imunocompetentes é extremamente rara, sendo que o paciente acima citado teve boa resposta ao tratamento, ao contrário dos imunocomprometidos, no qual a mortalidade é extremamente alta.

AP366 RELATO DE CASO: TUBERCULOSE DISSEMINADA E ASPERGIOSE PULMONAR CONCOMITANTES EM PACIENTE COM AIDS

MILLA TRABACHIN ALMEIDA FERRAZ; DANYENNE REJANE DE ASSIS; JOÃO FILIPE COSTA ALVES PEREIRA; ANDRÉA CASTIGLIONI ALVES TEIXEIRA E SILVA; THIAGO BUENO BAPTISTA UFMT, CUIABÁ, MT.

Palavras-chave: Tuberculose; aspergiose; imunocomprometido

Introdução: Infecção pulmonar é a complicação mais frequente no hospedeiro imunocomprometido. Tais pacientes são um desafio para o médico, por múltiplos sítios infecciosos, apresentações atípicas e organismos multirresistentes. **Relato de caso:** Homem, 22 anos, morador de Cuiabá, soropositivo para HIV por transmissão

vertical, com tratamento irregular e abandono há um ano. Apresentou queixas de tosse produtiva com secreção hialina há cerca de 21 dias, emagrecimento, febre não aferida, calafrios no período vespertino, astenia e mialgia. Relatou ser fumante e usuário de droga. Ao exame físico estava em mau estado geral, emagrecido, taquidispneico, murmúrio vesicular universalmente diminuído, com sibilos e estertores crepitantes em hemitórax direito. Último exame laboratorial mostrava carga viral de 146.926 cópias/ml e CD4 de 12 células/mm³. Iniciado terapia empírica para tuberculose pulmonar (TB), pneumocistose e pneumonia bacteriana. O exame de bacterioscopia do escarro inicial foi negativo para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), mas o teste rápido molecular GeneXpert para *Mycobacterium tuberculosis* foi positivo, bem como a hemocultura. A tomografia de tórax mostrava linfonodomegalias em região mediastinal, com necrose central; consolidação com broncograma aéreo; consolidação nodulariformes esparsas; opacidades em vidro fosco e derrame pleural de pequeno volume bilateralmente. A pesquisa de fungos no lavado broncoalveolar revelou hifas hialinas septadas, com dicotomias e cultura positiva para *Aspergillus* sp. Devido ao paciente ter HIV multirresistente à terapia anti-retroviral vista em genotipagens anteriores, foi optado pelo tratamento com Etravirine, Raltegravir, Maraviroque e Darunavir / ritonavir. Pela Rifampicina estar contraindicada com Darunavir e Etravirine, foi optado por tratamento com Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol, Streptomina e Levofloxacina para TB, até a Rifabutina estar disponível para uso na rede. Para a aspergilose pulmonar, foi iniciado tratamento com voriconazol. O paciente evoluiu bem, tendo alta hospitalar com medicações de uso ambulatorial. **Discussão:** A co-infecção TB/HIV é responsável pelo aumento da incidência, da prevalência e da mortalidade por TB. Quanto mais profunda for a imunossupressão, menos usual é a apresentação e maior é o envolvimento extrapulmonar com micobacteremia. A aspergilose invasiva ocorre em doentes com HIV avançado, mais comum nos em uso de glicocorticóides ou neutropênicos. A forma mais comum nestes casos é a aspergilose invasiva, com uma taxa de letalidade de 40 - 90%. Então, existe a possibilidade de pacientes com AIDS ter múltiplos focos e agentes infecciosos, e devemos sempre acrescentá-los no diagnóstico diferencial. **Referências:** 1. GODBOLE, G.; GANT, V. Respiratory tract infections in the immunocompromised. *Curr Opin Pulm Med*, v. 19, n. 3, p. 244-50, May, 2013. 2. SALES, M. P. U. Cap 5-Aspergilose: do diagnóstico ao tratamento. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 35, n. 12, p. 1238-1244, Dec. 2009.

AP367 EMBOLIA SEPTICA PULMONAR POR ABSCESSO DENTÁRIO: RELATO DE CASO

LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA
HGG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Embolia septic; abscesso; dentário

Introdução: A embolia séptica pulmonar (ESP) é frequentemente a apresentação clínica de várias doenças de etiologia infecciosa, por vezes subdiagnosticadas na prática clínica, em função do curso clínico insidioso, além da inespecificidade dos sintomas e dos achados radiológicos.

Relato do Caso: Paciente 61 anos, sexo masculino, pedreiro, ex-tabagista (15 maços-ano) e ex-etilista. Sem sintomas respiratórios prévios. Admitido no Hospital Geral de Goiânia apresentando tosse com expectoração amarelada há 20 dias, associada a calafrios e febre não

aferida. Evoluiu ainda com ortopneia, dispneia e edema de membros inferiores. De comorbidades, o paciente referia gota com uso crônico de prednisona 40 mg dia. Na admissão hospitalar foi aventada hipótese diagnóstica de possível Pneumonia adquirida na comunidade com descompensação de Insuficiência cardíaca. Solicitado Radiografia de Tórax e exame de escarro. Na Radiografia, foi excluída Pneumonia e visualizado nódulos pulmonares regulares difusos. Optado, por compensar insuficiência cardíaca, iniciar Levofloxacino para Traqueobronquite, após resolução do quadro cardiológico, investigar nódulos pulmonares com tomografia computadorizada de tórax (TC). Posteriormente, TC evidenciou múltiplos nódulos pulmonares escavados. Sendo assim, iniciou-se nova investigação de foco infeccioso. Paciente já com melhora clínica importante, queixava-se apenas dor em região de hemiface à esquerda. Realizado oroscopia e visualizado abscesso dentário. Solicitado parecer para odontologia para drenagem local. Cultura de escarro para aeróbios evidenciou *Streptococcus* do grupo viridans sensível a Levofloxacino. Aventada então, hipótese diagnóstica de nódulos pulmonares escavados por embolia pulmonar séptica devido abscesso dentário. Paciente fez uso de Levofloxacino por 28 dias com boa evolução clínica. Recebeu alta hospitalar em bom estado geral. Em retorno ambulatorial, encontrava-se com melhora clínica e radiológica quanto aos múltiplos nódulos pulmonares escavados. **Discussão:** A ESP é uma doença grave e pouco frequente, que se manifesta principalmente com febre, sintomas respiratórios e infiltrados pulmonares. Deve-se suspeitar de ESP em pacientes com história de uso de drogas intravenosas ou imunodepressão, se apresentar febre, dispneia, dor torácica ou hemoptise e exames de imagem sugerirem múltiplos nódulos. TC deve ser realizada para caracterizar a embolia. O padrão de imagem pode se alterar rapidamente. É um desafio diagnóstico, com alta mortalidade. Deve-se ter alta suspeição para diagnóstico e tratamento precoces.

AP368 PNEUMONIA NECROTIZANTE BILATERAL EM PACIENTE PREVIAMENTE HÍGIDO: RELATO DE CASO

RODOLFO FURTADO DIAS RODRIGUES; LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA
HGG - HOSPITAL ALBERTO RASSI, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Pneumonia da comunidade; pneumonia necrotizante; paciente hígido

Introdução: A pneumonia necrotizante é uma complicação da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), incomum - menos ainda quando bilateral, e está associada à destruição do tecido pulmonar durante a infecção e o posterior aparecimento de focos de necrose em áreas consolidadas.

Relato do Caso: Paciente sexo masculino, 70 anos, natural e residente no interior da Bahia, lavrador, negou vícios, negou comorbidades conhecidas, sem antecedentes pulmonares. Admitido em um Hospital terciário em Goiânia com quadro de tosse com secreção purulenta e abundante, sem odor fétido, há cerca de 3 meses. Associada a febre, sudorese noturna, astenia, hiporexia, perda ponderal de 13 Kg e queda do estado geral. Paciente permaneceu por 12 dias em Unidade de urgência de Goiânia, aguardando vaga em Hospital terciário, estava em uso de antibiótico (ceftriaxone) e com melhora clínica parcial. Ao exame físico apresentava eufônico, sem hipoxemia, oroscopia em péssimo estado e ausculta respiratória com murmúrio vesicular diminuído em todo hemitórax a esquerda e em terço superior a direita. Radiografia de tórax evidenciava

consolidações heterogêneas em todo pulmão esquerdo e em terço superior de pulmão direito. Em comparação com radiografia de tórax na admissão da Unidade de emergência já apresentava melhora parcial. Durante a internação foi excluído Tuberculose pulmonar com BAAR, e outras causas de imunodeficiência. A Tomografia Computadorizada (TC) de tórax evidenciou consolidações heterogêneas com broncogramas aéreos e bronquiectasias de permeio, acometendo o pulmão esquerdo em quase sua totalidade e o direito parcialmente no lobo superior. Logo, realizado hipótese diagnóstica de PAC complicada. Mantido ceftriaxone e associado clindamicina. Solicitado culturas de escarro para aeróbios, as quais sugeriram flora mista com *Klebsiella* e *Escherichia coli*. Introduzido antibiótico conforme antibiograma. Paciente evoluiu com melhora clínica, laboratorial e radiológica importante. Realizado 42 dias de Meropenem. Recebeu alta em bom estado geral e com acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A pneumonia necrotizante é uma complicação rara da PAC que deve ser prontamente suspeitada diante de uma evolução clínica-radiológica desfavorável. Situações de imunossupressão, má denteição e predisposição a aspiração, associado à imagem sugestiva na TC de tórax (áreas necróticas em áreas de consolidação) indicam esta complicação. Antibioticoterapia de amplo espectro deve ser instituída precocemente por tempo prolongado, pois diminui a morbimortalidade.

AP369 SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVÍRUS: UM RELATO DE CASO

EDUARDO COMAZZETTO DOS REIS; LUCIANO BAUER GROHS; ANELISE CHIESA WEINGARTNER; JOANA SUSIN FERRARI
HOSPITAL POMPEIA, CAXIAS DO SUL, RS.

Palavras-chave: Hantavirus; sdra; infecção

Introdução: A infecção pelo hantavírus tem um acometimento mundial. Caracterizado como um vírus emergente com alta letalidade se não suspeitado e não tratado de forma rápida e correta. Contraído através de aerossóis de excreções ressecadas de roedores, principalmente, e de outros animais. A doença apresenta um período de incubação variável de 7 a 42 dias, podendo evoluir com manifestações hemorrágicas, desordens circulatórias e insuficiência renal aguda ou com acometimento cardiopulmonar, edema pulmonar não cardiogênico e hipotensão. Nessa apresentação da doença, ocorre progressiva infiltração de líquido e proteínas no interstício e alvéolos pulmonares, levando à hipoxemia grave, necessitando de ventilação mecânica. O objetivo desse relato de caso visa apresentar um caso de síndrome pulmonar com acometimento e disfunção de múltiplos órgãos que evoluiu com melhora clínica pós tratamento intensivo precoce.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 34 anos, trabalha com material de construção, sem história de viagem para áreas endêmicas ou de contato direto com roedores. Há quatro dias iniciou quadro de febre, odinofagia e mialgia. Procurou primeiro atendimento, recebendo tratamento para amigdalite, com penicilina, seguido de quinolona, visto ausência de melhora. Devido evolução com dor torácica e dispnéia leve, procurou atendimento em nosso hospital, sendo então internado para melhor elucidação do quadro, já sendo iniciado Ampí/Sulbactam. Em radiografia da chegada, presença de mínimo infiltrado interstício-alveolar difuso. Dentro de 12 horas de internação, evoluiu com insuficiência ventilatória, sendo necessária progressão do suporte de O₂, sendo encaminhado para terapia intensiva. Nas primeiras horas, visto piora progressiva, realizado intubação orotraqueal, com

evolução para ventilação mecânica e iniciado droga vasoativa, visto hipotensão. Em exames de urgência, evidenciando hemoconcentração, trombocitopenia, IRA com proteinúria e hiperlactatemia. Em TC de controle, evoluiu para piora do infiltrado bilateral, pneumotórax volumoso bilateral e derrame pericárdico. Ampliado espectro do antibiótico para Piperacilina+Tazobactam e Linezolida, além de culturais e sorologias. Apresentou melhora gradativa, o que permitiu a redução progressiva do suporte de oxigênio e do suporte hemodinâmico, assim como das intervenções para função renal. Após alta para enfermagem, teve-se o resultado dos laboratoriais solicitados, dentre eles, reação positiva aos anticorpos IgM e IgG para Hantavirose, por método de Elisa, com os respectivos resultados 8,98 e 8,96.

Discussão: Frente as múltiplas apresentações da Hantavirose, desde pródromos gripais ao acometimento cardiopulmonar e renal, é de fundamental importância a suspeita da sua existência e quando necessário, o tratamento intensivo precoce e agressivo, visando a mais breve recuperação e o desfecho clínico favorável.

AP370 EMPIEMA PLEURAL EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS: RELATO DE CASO

EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; MARIELLY CRISTINA DOS SANTOS; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Empiema pleural; situs inversus totalis; decorticação

Introdução: O empiema pleural é definido como pus na cavidade pleural. O derrame pleural parapneumônico é uma das causas mais comuns do empiema pleural. Este resulta da progressão da infecção pulmonar para o espaço pleural. Esta progressão pode ser dividida em três fases: exsudativa, fibrino-purulenta e organizacional. O situs inversus totalis (SIT) é definido quando a alteração surge com dextrocardia – ápice cardíaco voltado para a direita, com átrios e todas as vísceras, tanto abdominais como torácicas, aparecendo no lado oposto de sua topografia habitual.

Relato de caso: Paciente 49 anos, sexo masculino, procedente de Inhumas-GO, trabalha com colocação de forro de gesso. Previamente hígido, sem comorbidades e sem sintomas respiratórios prévios. Admitido na pneumologia com quadro de dor torácica insidiosa, de intensidade severa, em pontada, ventilatório-dependente em região anterior de hemitórax direito, irradiada para dorso ipsilateral, iniciada há cerca de 25 dias. Referiu no início do quadro, tosse produtiva com escarro purulento, episódios de febre de até 39,5°C com calafrios e taquidispnéia. Nesse período, paciente apresentou hiporexia, astenia e perda ponderal de 7kg. Procurou atendimento médico em duas ocasiões anteriores, sendo prescrito antibioticoterapia, porém apenas com melhora parcial do quadro. Ao exame físico do aparelho respiratório da admissão, paciente apresentava expansibilidade reduzida, percussão maciça, frêmito toracovocal abolido e murmúrio vesicular abolido em terço médio e inferior de hemitórax direito além das bulhas cardíacas todas audíveis do lado direito do tórax. Sem hipoxemia. Foi realizada Tomografia de Tórax com contraste, a qual mostrou realce pleural e derrame pleural à direita com imagens gasosas de permeio sugerindo Empiema. A Toracocentese evidenciou líquido pleural amarelo turvo, com exames laboratoriais caracterizando exsudato conforme Critérios de Light e predomínio de neutrófilos; pH < 7,2. Foi realizado pleuroscopia a direita para drenagem, decorticação e ciclo de antibioticoterapia prolongada. No curso da internação

foi realizado Tomografia de Abdome total, constatando que se tratava de paciente com SIT. **Discussão:** O relato ilustra as manifestações clínicas e os achados de exames complementares característicos de Empiema Pleural em paciente com variação anatômica rara, denominada situs inversus totalis. O desenvolvimento do empiema pleural é determinado por três fatores: resistência do hospedeiro; virulência da bactéria; e tempo de apresentação da doença. Como o empiema é uma doença evolutiva, cujos objetivos do tratamento consistem em esterilizar a cavidade pleural, drenar o derrame e reexpandir o pulmão, tem-se como principais condutas: a toracocentese, drenagem pleural com dreno tubular, terapia fibrinolítica intrapleural e pleuroscopia para decorticação. O uso de antibióticos de largo espectro, com adequada penetração pleural, é obrigatório para qualquer estágio da doença.

AP371 ASPERGILOSE EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE
JOSIAS OLIVEIRA ARAGAO; DEBORA OTERO BRITTO PASSOS PINHEIRO; JUSSARA RIBEIRO GIANNINI; FERNANDA LOPES DA ROCHA; THIAGO VIDAL BRITO; PAULO VICTOR BENICIO DE MORAES

HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Aspergilose; infecção respiratória; micose **Introdução:** A aspergilose é uma micose sistêmica causada pelo *Aspergillus* spp. São fungos ubíquos encontrados especialmente no solo. Podem causar doença pulmonar invasiva de alta mortalidade de morbidade especialmente em pacientes imunocomprometidos. Os sinais e sintomas dependem do estado imunológico do paciente. Há, porém, relatos de pacientes sem os fatores de risco tradicionais, que evoluem com a doença invasiva. Este relato explora o caso de uma paciente imunocompetente. **Relato de caso:** Paciente 81 anos, feminino, hipertensa, coronariopata, hipotireoidismo após tireoidectomia total, bronquiectasias prévias. Fez tratamento para pneumonia comunitária três meses antes da internação, com amoxicilina-clavulanato por sete dias. Deu entrada na Emergência com história de dispneia progressiva, tosse e febre há quatro dias. Na Emergência, evoluiu com broncoespasmo severo, dessaturação, cianose central e insuficiência respiratória aguda. Foi intubada e conduzida à unidade de terapia intensiva. Iniciado esquema antibiótico com piperacilina-tazobactam (fez sete dias) e claritromicina (completou seis dias). Tomografia de tórax de admissão mostrando nódulos centrolobulares associados a preenchimento bronquiolar discal, configurando o aspecto de árvore em brotamento, em ambos os pulmões, além de bronquiectasias e de imagem ovalada com presença de nível hidroaéreo de 3,2 x 3,2 cm. Paciente evoluiu com lesão renal aguda, necessitando hemodiálise a partir do 5º dia de internação hospitalar. Realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar, com visualização de mucosa friável e hiperemiada em lobo inferior esquerdo. Trocado esquema antibiótico em D8 de internação por piora clínica, sendo suspensa a piperacilina-tazobactam e associados Meropenem e Moxifloxacino. Em D10 de internação, por progressiva piora clínica, foi associado ao esquema já proposto Polimixina B, linezolida e anfotericina lipossomal, para cobertura de fungos e germes multirresistentes. No mesmo dia, paciente apresentou importante piora clínica, vindo a óbito. Exames de lavado broncoalveolar evidenciaram posteriormente cultura positiva para *Stenotrophomonas maltophilia* e antígeno galactomanana positivo. Pesquisa negativa para tuberculose, blastomicose, histoplasmoses, criptococose. Cultura para micobactérias e fungos negativas. **Discussão:** Os achados tomográficos típicos da aspergilose incluem a presença de infiltrado ou consolidação, cavidades, nódulos

centrolobulares e padrão em “árvore de brotamento”, sinal do halo. Achados laboratoriais podem incluir a pesquisa de antígeno galactomanana, anticorpos anti-*Aspergillus* e cultura positiva. Quanto ao Galactomannan, há sensibilidade de até 73% e especificidade de até 98%, porém pode haver falso-positivo em uso concomitante de piperacilina-tazobactam. Pelos achados radiológicos, laboratoriais e falta de resposta à terapia antimicrobiana instituída previamente, tem-se como diagnóstico do quadro da paciente aspergilose.

AP372 MUCORMICOSE PULMONAR EM PACIENTE DIABÉTICO – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA
RICARDO SIUFI MAGALHÃES; ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR; RAQUEL BALDINI CAMPOS; KARINA LIE AKINAGA; RONALDO FERREIRA MACEDO; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO; MAURICIO WESLEY PERROUD; MÔNICA CORSO PEREIRA UNICAMP, CAMPINAS, SP.

Palavras-chave: Mucormicose pulmonar; micose sistêmica; anfotericina b

Introdução: Mucormicose é uma infecção fúngica oportunista que pode acometer diferentes órgãos e regiões corporais, como pulmões, região rinocerebral e pele, além da forma disseminada. A Mucormicose Pulmonar (MP) apresenta-se comumente como consolidação parenquimatosa com ou sem cavitações, e mais raramente, como lesão endobrônquica. Fatores predisponentes incluem condições imunossupressoras como neoplasias hematológicas, doença renal crônica (DRC) e diabetes melitus (DM). As manifestações clínicas são inespecíficas e os sintomas mais comuns são febre, tosse, dispnéia e hemoptise. A análise histopatológica normalmente é necessária para a confirmação diagnóstica. Letalidade de até 55% tem sido relatada com terapia exclusivamente medicamentosa, e 30% com terapia combinada com antifúngicos e cirurgia. **Relato de caso:** Paciente 72 anos, masculino, portador de DM tipo 2 há 20 anos, com hemoglobina glicada 14,4%, hipertenso em tratamento regular, antecedente de acidente vascular cerebral isquêmico sem sequelas. Procurou serviço com quadro de tosse, expectoração e febre, tendo sido tratado para pneumonia por duas vezes. perda ponderal de 6 kg no período de 4 meses. TC de tórax evidenciava aumento da densidade no hilo pulmonar esquerdo associado a estreitamento luminal de brônquios basais inferiores, impação bronquiolar e focos de consolidação em lobo inferior esquerdo. A pesquisa de fungos no escarro foi positiva e a cultura, negativa. Broncoscopia evidenciou lesão endobrônquica necrótica, de aspecto gelatinoso, que ocluía parcialmente o óstio do lobo inferior esquerdo. Biópsia evidenciou mucormicose invasiva com extensa necrose associada. Internado para terapia antifúngica endovenosa, evoluiu com Lesão Renal Aguda pela anfotericina B deoxicolato. Transicionado para anfotericina B complexo lipídico, paciente tratado por 6 semanas com bom controle de doença, sem necessidade de conduta cirúrgica. **Discussão:** MP é uma infecção fúngica oportunista, correspondendo a 25% das mucormicoses. Condições predisponentes incluem imunossupressão, uso de quelantes de ferro, além de DRC e DM. O aspecto imaginológico é indistinguível das demais micoses pulmonares como aspergilose, o principal diagnóstico diferencial. O diagnóstico é difícil e a análise histopatológica é mais sensível que as culturas, pelo processamento do material ou terapia antifúngica prévia. A visualização de hifas hialinas típicas, espessas, cenocíticas ou com poucas ramificações em ângulo de 90º fecha o diagnóstico. O tratamento padrão é a combinação de terapia com anfotericina B, debridamento cirúrgico quando indicado e reversão da imunossupressão, se

presente. **Conclusão:** A MP é uma condição nosológica de alta letalidade. O diagnóstico precoce é importante para o sucesso terapêutico. No entanto, para isso é necessário um alto grau de suspeição clínica. A frequência de MP está em crescimento, provavelmente devido ao aumento da prevalência de DM tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento.

AP373 PNEUMONIA LIPOÍDICA POR ASPIRAÇÃO DE ÓLEO MINERAL: RELATO DE CASO

PAULO ROBERTO DE ALBUQUERQUE; LUCILA SAMARA DANTAS OLIVEIRA; SUZIANNE RUTH HOSANAH LIMA; FLORA TAMIRES MOURA BANDEIRA; IANA OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO; LEONARDO SOUZA VIDAL
UFRN, NATAL, RN.

Palavras-chave: Pneumonia lipídica; aspiração crônica; pneumonia aspirativa

Introdução: A pneumonia lipídica exógena é uma doença rara, resultante da microaspiração de formulações lipídicas, principalmente óleo mineral para os alvéolos. Os óleos podem ser de natureza animal, vegetal ou mineral. O óleo mineral, relativamente inerte, é fagocitado pelos macrófagos vai preenchendo os alvéolos resultando em granulomas localizados e fibrose pulmonar. Cronicamente, com as repetidas aspirações, os processos inflamatórios se repetem, o que aumenta a fibrose e a perda de volume pulmonar. É comum em crianças e adultos na terceira idade, que fazem uso prolongado de óleo mineral para constipação crônica. O diagnóstico é dificultado porque a apresentação clínica e os achados radiológicos são inespecíficos, podendo simular várias outras doenças, como pneumonias bacterianas, câncer de pulmão e BOOP. Devendo-se, portanto, estar atento a esta possibilidade diagnóstica. **Relato de caso:** Paciente 62 anos, ex-tabagista, com disfagia por sequência de AVC e constipação crônica. Apresentava rouquidão e disfagia para sólidos. Fazia uso crônico de óleo mineral. Referia episódios de dispneia e tosse seca há 1 ano, sendo tratado em várias ocasiões com antibioticoterapia, sem melhora clínica. Perda de 15 kg em 3 meses. Durante investigação, TC de tórax evidenciou intenso infiltrado alveolar e espessamento septal bilateral. Espirometria com padrão restritivo grave. A broncoscopia foi normal, com cultura e baciloscopia do lavado negativas. Submetido a Biópsia por toracoscopia, com anatomopatológico evidenciando achados de pneumonia lipídica. Optamos por realizar lavagem brônquica terapêutica pro 2 vezes com boa resposta clínica, além de antibiótico e fisioterapia respiratória. **Discussão:** A Pneumonia lipídica é uma entidade clínica rara, necessitando de alta suspeição clínica para seu diagnóstico, principalmente quando o paciente não responde às terapêuticas instituída para um outro diagnóstico presumido, como no caso em questão. Muitos pacientes são idosos e em metade dos casos são assintomáticos, devendo-se observar alterações apenas nas Radiografias. A TCAR é o melhor exame de imagem para o diagnóstico de pneumonia lipídica, revelando consolidações alveolares, opacidades em vidro fosco, lesões nodulares e espessamento de septos interlobulares e do interstício intralobular. O padrão de pavimentação em mosaico, embora não específico da pneumonia lipídica, pode estar presente. Nestes casos, o diagnóstico diferencial deve ser feito com infecção por *Pneumocystis carinii*, carcinoma bronquíolo-alveolar mucinoso (lepidico), síndromes hemorrágicas pulmonares e com BOOP. O LBA, menos invasivo que a biópsia, pode ser utilizado para diagnóstico definitivo, revelando macrófagos “espumosos” característicos, pois o óleo quando é aspirado sofre ocorre fagocitose pelos macrófagos alveolares

AP374 DOENÇA MICOBACTERIANA NÃO-TUBERCULOSA ASSOCIADA A PARACOCIDIOIDOMICOSE

ANA CAROLINA DEVITO GRISOTTO; RICARDO DOMINGOS DELDUQUE; ALINE SUZIE GOMES; ALEXIS COELHO AGUIARI; HENRIQUE MAITTO BENINI; MARIANA PUGNAGHI FERNANDES FAMECA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose; doença micobacteriana não tuberculosa; *Mycobacterium chelonae*

Introdução: A Doença Micobacteriana Não-Tuberculosa (MBNT) refere-se a uma gama de infecções causadas por micobactérias que não pertencem ao complexo *M. tuberculosis*. Essas espécies são geralmente oportunistas e podem acometer diversos órgãos e levar a diversas formas de doenças. No Brasil, os casos são raros, sendo poucos os trabalhos publicados. A Paracoccidiodomicose (PCM) é uma infecção fúngica (causada pela espécie *Paracoccidioides brasiliensis*), sistêmica, cuja a incidência anual estimada é de 1 e 3 por 100.000 habitantes na América Latina. Em geral, tem evolução crônica, caráter recidivante e pode deixar sequelas anatômicas e funcionais. **Relato de caso:** Homem, 63 anos, pardo, casado, aposentado, morador de zona urbana, procedente de Irapuá – SP, com história de neoplasia de intestino tratada com cirurgia e quimioterapia em 2014, com resolução da doença. Em janeiro de 2016, procurou atendimento devido tosse e emagrecimento. Na ocasião foi colhido lavado broncoalveolar e iniciado tratamento com esquema RIPE por provável diagnóstico de tuberculose, no entanto, sem melhora do quadro. Em julho de 2017 procurou novo atendimento no serviço de origem, onde foi reiniciado o esquema terapêutico convencional apesar de baciloscopia negativa. Diante da piora do quadro, veio encaminhado ao Hospital Padre Albino, em Catanduva. Naquele momento encontrava-se em péssimo estado geral, caquético e apresentando tosse com expectoração abundante. Diante de pesquisa no sistema hospitalar, foi encontrado resultado de cultura do material, que revelou se tratar de uma MBNT (crescimento de *Mycobacterium chelonae*), sendo iniciado tratamento adequado. Durante o período, evoluiu novamente com piora do quadro, quando se optou por realizar biópsia transbrônquica que evidenciou presença de *Paracoccidioides brasiliensis*, iniciando então terapia antifúngica. **Discussão:** As micobactérias não tuberculosas de crescimento rápido são um subgrupo de micobactérias que conseguem proliferar em uma subcultura dentro de uma semana. O *Mycobacterium chelonae*, pertence a este grupo e é responsável por causar uma infecção primária em pacientes imunossuprimidos, podendo ser disseminado por via hematogênica. No caso apresentado, a micobactéria em discussão apresenta resistência a alguns antimicrobianos devido ao local em que se aloja dentro da célula do hospedeiro. Com isso, o tratamento da tuberculose torna-se ineficaz, permitindo o crescimento rápido do *M. chelonae*, resultando em uma imunodepressão, que facilita a co-infecção do *Paracoccidioides brasiliensis*. Assim, após o diagnóstico, foi instituído tratamento com esquema alternativo endovenoso composto por Imipenem 500mg de 6/6hs, Azitromicina 500mg uma vez ao dia e Amicacina 1g ao dia, com previsão de uso por 18 meses. Com o posterior diagnóstico de paracoccidiodomicose foi trocada a Amicacina por Sulfametoxazol-Trimetoprim, parenteral por 15 dias e após, 2 cps 12/12 horas, com previsão de 2 anos de uso.

AP375 PNEUMONIA NECROTIZANTE EM PACIENTE QUEIMADO

BRUNA MOREIRA LIMA ROCHA; FABIANA STANZANI; PRISCILA ABREU FRANCO; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; LUIZ CARLOS

LOPES MARQUES JUNIOR; FERNANDA FERREIRA BIGELI; MIRIAM GIORGETTI; BRUNA CAVALCANTE TORRES UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Necrotizante; queimado; pneumonia

Dentre as inúmeras complicações de pneumonia destacam-se a síndrome do desconforto respiratório agudo, o abscesso pulmonar, a pneumonia necrotizante, o derrame parapneumônico e o empiema. Pneumonia necrotizante é um evento raro e ocorre quando há intensa inflamação do parênquima pulmonar levando ao aumento de volume do lobo e redução de seu suprimento vascular. Essas alterações impedem a chegada de antibióticos propiciando a multiplicação bacteriana o que resulta em destruição tecidual. É identificada radiologicamente quando observam-se consolidações, cavitações de diversos tamanhos e até fragmentos de tecido desvitalizados coexistindo na mesma área doente. Este relato visa apresentar a evolução de um caso de pneumonia necrotizante. Doente masculino em situação de rua, usuário de drogas, 26 anos, procedente de São Paulo – SP, admitido em pronto socorro após tentativa de auto-extermínio (ateou fogo ao próprio corpo), com queimadura de segundo grau em 7% de superfície corporal total (tórax e face). Foi intubado devido edema labial porém não houve comprometimento das vias aéreas superior ou inferior. No quinto dia evoluiu com maior necessidade de suporte ventilatório e piora radiológica. Tomografia de tórax evidenciou consolidações bilateralmente, derrame pleural e cavitação em lobos superior e médio. Hemoculturas, cultura de lavado broncoalveolar e cultura de líquido pleural foram negativas. Toracocentese revelou derrame pleural exsudativo não empiematoso. Respondeu de forma satisfatória ao tratamento com antibiótico (Meropenem e Vancomicina). Não necessitou de drenagem torácica ou lobectomia para terapêutica. Pneumonia necrotizante é uma complicação grave e incomum de pneumonia bacteriana, associada a altas taxas de morbi-mortalidade. A maioria dos casos é secundária a infecção por *K. pneumoniae*, *S. pneumoniae* e *S. aureus*. Os lobos mais frequentemente afetados são superior direito, médio e inferior esquerdo. Os sintomas tem intensidade variável e costuma ocorrer dispnéia, febre, tosse produtiva chegando a quadros mais graves como choque séptico. Não há guidelines para o manejo desta situação e o tratamento clínico de suporte é o mais aplicado. Casos refratários já foram tratados com sucesso com ressecção pulmonar extensa, mas a relação custo-benefício do procedimento merece ampla discussão.

AP376 PARACOCIDIOIDOMICOSE: APRESENTAÇÃO TOMOGRÁFICA ATÍPICA

REGIS PEREIRA PACHECO¹; MARIANE SHIMAZAKI FOSS¹; MAYRA PERARO JORGE¹; GABRIELA TEODORO DE OLIVEIRA PACHECO²; JULIA REZENDE DUEK¹

1. HOSPITAL DE BASE, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP; 2. INSTITUTO SUPERIOR DE MEDICINA, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose; dispnéia; biópsia
Introdução: Paracoccidiodomicose (PCM) é uma doença fúngica sistêmica, endêmica, cujo agente etiológico é o *Paracoccidioides brasiliensis*. O fungo é dimórfico, apresenta a forma micélio filamentosos encontrado no solo em temperatura ambiente e a forma de levedura, que no organismo é considerada a forma infectante patogênica. A transmissão ocorre por via inalatória e a disseminação a partir do foco pulmonar pode se dar por via linfática ou hematogênica. Se os macrófagos fagocitarem as leveduras e as destruírem, haverá apenas a PCM infecção, representada por um complexo primário latente. A forma crônica do adulto é mais comum no sexo masculino entre 35 – 50 anos, relação de 10 a 13: 1, enquanto na forma juvenil

a relação é igual. Geralmente são pacientes tabagistas, etilistas, com antecedentes de trabalho na zona rural, oligo ou assintomáticos, exame físico pouco alterado, porém, radiologia exuberante, mostrando dissociação clínico-radiológica. **Relato do caso clínico:** C. A. M., masculino, 48 anos, branco, casado, operador de máquinas, lavrador por muitos anos. Paciente dá entrada no Hospital de Base de São José do Rio Preto referindo que há 5 meses iniciou quadro de dispnéia de caráter progressivo, atualmente aos moderados esforços. Relata emagrecimento de 5 kg em 2 meses. Refere que há 2 meses surgiu lesão ulcerada em couro cabeludo de fundo enegrecido, 1 cm de diâmetro, pruriginosa, acompanhado também de surgimento de lesões em demais áreas do corpo como cotovelos, joelhos e região nasal, da mesma característica. Dois dias antes da admissão, refere ter passado em consulta na dermatologia do mesmo serviço onde foram coletadas biópsias de couro cabeludo, nasal, joelho e cotovelo. Durante a internação foram realizadas broncoscopia sem alterações e espirometria com distúrbio ventilatório do tipo restritivo de grau leve sem resposta após uso de broncodilatador inalado. **Resultados:** de biópsias de pele confirmaram o diagnóstico de Paracoccidiodomicose.

Antecedentes: nega comorbidades, refere ter tratado empiricamente Leishmaniose cutânea com glucantime em Rondônia há 20 anos. Exame físico geral: bom estado geral, eufônico em ar ambiente, hidratado, corado, afebril, acianótico, anictérico. Aparelho cardíaco: Brnf 2t sem sopro. Aparelho pulmonar: Expansibilidade preservada, murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Discussão: Na vigência de quadro clínico e radiológico que sugeriram doença pulmonar fúngica, obtivemos resultado de biópsias de pele que confirmaram a hipótese diagnóstica de Paracoccidiodomicose, iniciado então itraconazol 100 mg duas vezes ao dia, e retorno ambulatorial precoce. As alterações radiográficas são difusas, bilaterais, predomínio nos campos médios formando imagem que sugere “asas de borboleta”, porém as alterações encontradas no presente caso sugerem vidro fosco difuso, variando o aspecto habitual.

AP377 HISTOPLASMOSE – INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROME FEBRIL NO IMUNOCOMPETENTE

FERNANDA LOPES DA ROCHA¹; JOSIAS OLIVEIRA ARAGAO¹; PAULO VICTOR BENICIO DE MORAES¹; THIAGO VIDAL BRITO¹ HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Histoplasmoze; febre de origem obscura; imunocompetente

Introdução: Investigação de febre vespertina e sintomas inespecíficos em imunocompetente com história epidemiológica sugestiva de contato com fezes de morcego. Passando por toda a investigação de outras causas de febre de origem obscura tais como tuberculose, doenças reumatológicas, víruses, doenças oncológicas ate o diagnóstico final através de sorologia e biópsia de linfonodo confirmando caso de histoplasmoze. **Objetivos:** descrever um caso de histoplasmoze em paciente com quadro arrastado de febre e perda ponderal. **Métodos:** Paciente masculino morador do rio de janeiro de 39 anos, deu entrada no pronto atendimento com queixa de febre vespertina (max de 38°C) perda ponderal, inapetência de início há 2 semanas. Negava diarreia, náusea, vômitos, tosse, dispnéia. História pregressa de diabetes mellito tipo 2, hipertensão, sobrepeso. E exame de usg abdominal recente mostrando esteatose hepática moderada. Trabalha em galpão de supermercado. Relato de viagem recente ao sul do país visitando vinícolas e cavernas. Ao exame estava afebril, regular estado geral, estável hemodinamicamente, abdome

indolor, ausência de linfonodomegalias palpáveis. Exames revelaram aumento das transaminases e pcr. Sorologias para hepatites virais negativas. Assim como os marcadores tumorais e reumatológicos. Sorologia para histoplasmoses por imunofluorescência positivo (banda m). Baar neg, vdrl neg. Tc de tórax evidencia aumento de linfonodo perbronquial, para aórtico e mediastinal, o maior com 1,7 mm em seu maior diâmetro. Além de nódulo com densidade de gordura em lobo médio próximo da lingula. Realizada biópsia por mediastinoscopia que revelou granuloma com necrose de caseificação central de coloração positiva para fungo. **Resultados:** Tc de tórax com contraste. Resultado de biópsia e sorologia de linfonodo e nódulo pulmonar. **Conclusões:** Histoplasmoses é uma infecção causada pelo fungo *histoplasma capsulatum*. É considerada como uma doença endêmica nas Américas. O homem adquire a infecção através da inalação de conídios presentes na natureza (cavernas, galinheiros etc) o quadro clínico pode variar, desde infecções assintomáticas até quadros graves disseminados acometendo os pacientes imunodeprimidos. O diagnóstico baseia-se no encontro do fungo em sangue, escarro ou líquido e na cultura de materiais biológicos e na sorologia. A terapêutica vai variar de acordo com a apresentação clínica e estado imunológico. Indivíduos imunocompetentes com apresentação autolimitada muitas vezes não está indicado iniciar medicação específica, somente controle dos sintomas. Em casos selecionados, a terapêutica antifúngica pode variar entre itraconazol, cetoconazol e anfotericina B.

AP378 INFECÇÃO PULMONAR POR MICOBACTÉRIA NÃO TUBERCULOSA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

ANA LAURA BATISTA GUIMARAES; PEDRO RODRIGUES DE CARVALHO; JESSICA ALVES VASSELO; THAISA BONARDI; PEDRO CUNHA DE MENDONÇA; MARIA CLAUDIA PAIVA SAITO; MARCELO CENEVIVA MACCHIONE
UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Micobactérias não tuberculosas; fatores de risco; tuberculose

Introdução: As micobactérias não tuberculosas (MNT) são classificadas de acordo com a sua velocidade de crescimento: lento ou rápido. As micobactérias de crescimento rápido (MCR) podem ser das espécies *M. abscessus*, *M. chelonae* e *M. fortuitum*. Na prática clínica, esta última é a mais comum, entretanto o patógeno humano mais importante é a *M. abscessus*, sendo responsável por 80% dos casos de infecção pulmonar entre as MCR. O diagnóstico de infecção por MCR é importante para distinção de MCR de *M. tuberculosis*, já que a tuberculose (TB) requer rastreamento de saúde pública e possui tratamento diferente. **Relato de caso:** Paciente de 55 anos, enfermeira, procurou atendimento no dia 06/09/2017, referindo tosse com expectoração mucoide há um mês, sem hemoptise. Negou febre e/ou emagrecimento. Sem história de imunodeficiência congênita ou adquirida, doença pulmonar de base e procedimentos cirúrgicos recentes. Negou tabagismo. Diante disso, solicitou-se raio-X de tórax que demonstrou a presença de opacidade heterogênea no lobo superior direito (LSD). Foi realizada tomografia de tórax que demonstrou a presença de nódulos acinares e centrolobulares com aspecto de árvore em brotamento, além de lesões escavadas no segmento apical direito. Diante da possibilidade de TB, a paciente foi orientada a coletar escarro para realização de baciloscopia. Durante a segunda consulta, a paciente mantinha tosse seca e encontrava-se em bom estado geral. Trouxe o resultado das três baciloscopias solicitadas, todas positivas. Diante deste diagnóstico presuntivo de tuberculose pulmonar, iniciou-se

o tratamento com esquema RIPE enquanto aguardávamos o resultado do PCR e da cultura. No dia 18/10/2017, a paciente retornou para reavaliação. O resultado do PCR não detectou DNA para *M. Tuberculosis*. As cinco amostras enviadas para cultura foram positivas para MNT. A espécie identificada foi a *Micobacterium abscessus*. Diante desse caso, solicitou-se teste de sensibilidade aos antimicrobianos, que evidenciou resistência bacteriana aos antibióticos cefoxitina, ciprofloxacina, doxiciclina, moxifloxacina, trimetoprim/sulfametoxazol. De acordo com o mesmo antibiograma, iniciou tratamento com claritromicina e amicacina. **Discussão:** Os fatores predisponentes para as infecções pulmonares causadas por MNT incluem feridas cirúrgicas recentes, infecção pulmonar por insuficiência cardíaca com doença esofágica, malignidade, doença pulmonar subjacente, principalmente bronquiectasias, e doenças reumatológicas. Uma das características clínicas da doença é o acometimento pulmonar bilateral. A paciente, no entanto, não apresentava nenhuma dessas condições, evidenciando a particularidade do caso.

AP379 MEDIASTINITE DISSECANTE

BRUNA MOREIRA LIMA ROCHA; FABIANA STANZANI; PRISCILA ABREU FRANCO; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR; FERNANDA FERREIRA BIGELI; MIRIAM GIORGETTI; BRUNA CAVALCANTE TORRES
UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Mediastinite; sepse; dissecante

A mediastinite dissecante provém de infecções orofaríngeas e cervicais que se utilizam dos espaços entre as fascias cervicais para adentrarem ao mediastino. A apresentação é bastante variável e pode ser de inespecífica, dificultando o diagnóstico, até o choque séptico. Podem ocorrer: dor retroesternal, interestapular ou cervical, enfisema subcutâneo cervical ou torácico, edema de laringe, trismo, hipotensão, febre, taquicardia, dispneia. Os achados radiológicos são fundamentais para o diagnóstico: coleções cervicais, mediastinais, pleurais e pericárdicas, gás, densidade de gordura cervical, trombose vascular. A letalidade é elevada, em torno de 40%. Este relato visa apresentar caso de mediastinite dissecante com abscesso cervical. Assistente administrativa, 36 anos, natural e procedente de São Paulo – SP, asmática, sem uso de corticóides. Procurou PS queixando-se de febre, tosse, dispneia progressiva, dor torácica e odinofagia há 03 dias. No exame físico admissional estava prostrada, desidratada (+2/+4), febril (38°C), taquipneica (f: 30irpm), hipotensa (PA: 90 x 70mmHg), hipoxêmica (SpO₂: 82%), e murmúrio vesicular reduzido no terço inferior do hemitórax direito. Exames laboratoriais evidenciavam leucocitose (21.300) com desvio até metamielócitos. A radiografia de tórax mostrava consolidação em base direita. A tomografia de tórax revelou coleção complexa paratracheal direita que se estendia pela musculatura da região cervical anterior esquerda e direita, espaço retrofaringeo até mediastino, coleção extensa em pulmão direito. Líquido pleural com 1.560 células (52% de neutrófilos), DHL: 924 ADA: 15,80, proteína do líquido: 1,88. Sorologia para HIV negativa. Realizado drenagem de abscesso cervical, traqueostomia e toracotomia, devido a mediastinite. Hemocultura, cultura do líquido pleural e cultura do abscesso foram negativas. Devido piora do quadro clínico, com insuficiência respiratória aguda e empiema septado, doente necessitou de nova abordagem cirúrgica. Evoluiu com melhora progressiva do quadro clínico e laboratorial, recebeu alta hospitalar após 21 dias. Fez tratamento com o antibiótico intravenoso Piperacilina-tazobactam durante período de internação. A mediastinite é doença rara e letal. A suspeita clínica

precoce e a confirmação tomográfica são imprescindíveis para prognóstico. Há raros casos na literatura semelhantes a este. Assim, o objetivo deste relato foi alertar para esse diagnóstico propiciando uma investigação específica e instituição rápida do tratamento.

AP380 HEMORRAGIA ALVEOLAR EM PACIENTE COM LEPTOSPIROSE – RELATO DE CASO

ANA CAROLINA LIMA RESENDE; PRISCILA ABREU FRANCO; FERNANDA FERREIRA BIGELI; BRUNA MOREIRA LIMA ROCHA; MIRIAM GIORGETTI; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR; BRUNA CAVALCANTE TORRES; LILIAN SERRASQUEIRO BALINI CAETANO

UNIFESP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Leptospirose; hemorragia alveolar; hemoptise

Introdução: Leptospirose é uma zoonose emergente frequentemente associada a condições de moradia ruins. Sua incidência é subestimada, principalmente por falta de diagnóstico rápido e eficiente. Tem como complicação hemorragia alveolar, necessitando ser lembrada como diagnóstico diferencial desse acometimento que ameaça a vida. **Relato de caso:** Feminino, 49 anos, trabalha com reciclagem, moradora de albergue, procedente de São Paulo. Referia mal estar generalizado associado a dor em membros inferiores, hematúria, febre e tosse com hemoptise de pequena quantidade há 3 dias. Contato com água de esgoto há 12 dias. Antecedentes **Pessoais:** Tabagista (30 maços/ano), usuária de crack. Tuberculose pulmonar em 2016 tratada por 6 meses Exame físico: PA: 110x78 mmHg; FC: 109 bpm; f: 20 irpm; SpO2: 87%aa. REG, descorada 1+/4, desidratada 1+/4, anictérica, afebril, sons pulmonares reduzidos com estertores grossos bibasais. Dor a palpação de membros inferiores. Exames Laboratoriais: cr 2,0mg/dL; U 90mg/dL; K 3,3mmol/L; CPK 10,57U/L; TGO 68U/L; TGP 45U/L; Bilirrubina total 0,85mg/dL; Hb 10,9g/dL; Leuco 13640/uL com desvio a esquerda; Pla 100.000/uL; Urina I: hematuria > 1 milhão/ml. Gasometria arterial: pH 7,45; pCO2 31,2mmHg; pO2 52,4 mmHg; HCO3 22,9 mmol/L; SO2 86%. Tomografia de **Tórax:** opacidades em vidro fosco bilaterais, predominantes em lobos superior direito e inferior esquerdo associado a espessamento septal, sugestivas de hemorragia alveolar. Sorologias para leptospirose soroaglutinação e IgM: positivas Apresentou boa evolução durante internação, necessitou de oxigenioterapia suplementar, sem queda acentuada de Hb. Fez uso de ceftriaxone, programação 7 dias, mas evadiu no 3º dia. **Discussão:** Leptospirose é causada pelo *Leptospira* spp, bactéria espiroqueta, que coloniza túbulos renais do hospedeiro. Infecção humana resulta da exposição à urina infectada. Manifestações clínicas são diversas, variando de quadro subclínico a febril, apresentando icterícia, falência renal e potencial hemorragia alveolar. Os mecanismos patogênicos podem ser secundários efeitos diretos causados pela *Leptospira* ou resposta imune do hospedeiro. Hemorragia alveolar grave é importante manifestação, acometendo 20-70% dos casos, com alta letalidade. Geralmente, de difícil distinção entre outras síndromes febris e o diagnóstico diferencial deve considerar doenças endêmicas ou frequentes na região, que apresentam sintomas similares aos da leptospirose, como malária, rickettsioses (febre maculosa), infecções por arbovirus (dengue e febre amarela), além das infecções virais, como gripe, soroconversão na infecção por HIV, hantavirose e presença de envolvimento pulmonar. Diagnóstico da leptospirose depende de testes diagnósticos simples, sendo o teste de microaglutinação o “padrão ouro”. Tratamento é controverso, já que a maioria dos casos

agudos da doença apresenta recuperação espontânea. Porém nos estados avançados, antibióticos mostram alta eficácia e redução nos índices de mortalidade.

AP381 SÍNDROME DE MOUNIER KUHN: RELATO DE 2 CASOS

DANIELA CAVALET BLANCO; JULIANA REINEHR; CAETANO MAGON CHIARELLO; LUCIANA ZANI DA SILVA; TIAGO KRIEGER BENTO MARTINS; JOSÉ MIGUEL CHATKIN; CANDIDA M C NEVES HSL-PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Síndrome de Mounier Kuhn; infecções respiratórias de repetição; traqueobroncomegalia

Introdução: A síndrome de Mounier-Kuhn ou traqueobroncomegalia congênita é uma condição crônica das vias aéreas caracterizada por dilatação traqueal e brônquica que afeta principalmente homens. Histologicamente há atrofia dos músculos lisos e tecido elástico na traquéia e brônquios principais, o que pode levar à herniação e até mesmo à formação de divertículos entre os anéis cartilagineos. Nesta síndrome, o espaço morto associado à traqueobroncomegalia aumenta, favorecendo acúmulo de secreções. Os pacientes geralmente apresentam infecções recorrentes, tosse crônica, falta de ar, hemoptise e dispnéia. O diagnóstico pode ser feito através de radiografia convencional de tórax, mas a tomografia computadorizada é um método mais preciso. **Relato de caso:** 1: Paciente feminina, branca, 39 anos, gestante, com história prévia de inúmeros quadros de infecções respiratórias, internou por quadro de febre, tosse e muita secreção brônquica, sendo diagnosticada pneumonia. Nesta internação realizou radiografia de tórax, que confirmou o diagnóstico de Síndrome de Mounier Kuhn. Segue acompanhamento clínico em consultório desde 2007. Desde então, paciente segue apresentando 2 a 3 quadros de infecção respiratória por ano, com ou sem pneumonia, mas sempre associado a abundante secreção. A conduta durante as crises foi prescrição antibiótica, drenagem postural, broncodilatadores e corticóide via oral. **Relato de caso:** 2 Paciente masculino, negro, 64 anos, consultou em novembro de 2017 com história de tosse produtiva associada a escarro purulento desde agosto de 2017, tendo feito 2 ou 3 tratamentos com antibióticos nesse período, porém, sem melhora. Já havia realizado radiografia de tórax, a qual estava alterada e foi-lhe solicitado tomografia computadorizada de tórax, com a qual veio à consulta. Na tomografia apresentou lesão em lobo pulmonar superior direito, cavitada, com nível hidroaéreo. Foi realizada pesquisa de BAAR no escarro que resultou positivo(+++), confirmando o diagnóstico de Tuberculose e o paciente foi encaminhado para tratamento. A traqueobroncomegalia foi um achado radiológico. Paciente com história pregressa de tratamento para SIDA há mais de 10 anos e relatou que em 1980 e nos 3 anos subsequentes apresentou diversos quadros de pneumonias, inclusive com derrame pleural em uma delas. **Discussão:** Justamente por ser uma condição rara, a traqueobroncomegalia pode passar despercebida nas radiografias convencionais de tórax. A tomografia computadorizada de tórax é mais utilizada para o diagnóstico. É importante uma investigação cuidadosa em busca de anormalidades anatômicas, em pacientes com pneumonias recorrentes, tosse crônica produtiva ou resposta incompleta à antibioticoterapia adequada para pneumonia, e considerar a Síndrome de Mounier Kuhn como possibilidade diagnóstica. **Referência:** Krustins E1, Kravale Z, Buls A.; Mounier-Kuhn syndrome or congenital tracheobronchomegaly: a literature review. Respir Med. 2013

AP382 BRONQUIECTASIAS COM MYCOBACTERIUM COLOMBIENSE EM PACIENTE OLIGOSINTOMÁTICA

GILMAR ALVES ZONZIN; LEONARDO COUTINHO CERQUEIRA; LEYDSON AUGUSTO FERNANDES DA SILVA; CAMILA BOECHAT CAVALCANTE DE MEDEIROS; MARIA CLARA RIBEIRO DE OLIVEIRA CORTES; BRUNA GRAZIEL MACHADO; ROSEMARY REZENDE; EDUARDO VILLAR GUIMARÃES

ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ.

Palavras-chave: Micobacteriose; colombiense; bronquiectasias

O Complexo *Mycobacterium avium* é formado por diversas espécies atípicas e não tuberculosas (MBNT), dentre elas está a *Mycobacterium colombiense* que é considerada uma espécie relativamente nova. Em geral as MBNT estão relacionadas a infecções disseminadas em indivíduos imunodeficientes e em imunocompetentes a infecções localizadas nos pulmões sendo as bronquiectasias, predisponentes para esse tipo de afecção. RCR, 51 anos, feminino, assintomática respiratória a princípio, realizou radiograma de tórax em pré-operatório que revelou a presença nódulos de variados tamanhos associados a traves fibrosas em lobo superior de pulmão direito. Foi encaminhada ao pneumologista. Nunca fumou. Apresentava-se eupneica, parecia emagrecida, mas informava ter sido sempre esse o seu biótipo. Negava febre, tosse, sudorese noturna. Sem histórico de contato com zona rural. Não foi tomada nenhuma conduta terapêutica no momento. Os exames solicitados foram tomografia computadorizada de tórax (TCT) e exames laboratoriais. A TCT evidenciou áreas de consolidação com broncogramas aéreos em regiões apicais dos lobos superiores e segmentos superiores dos lobos inferiores, bronquiectasias significativas esparsas bilaterais afetando mais o pulmão direito, associadas a nódulos centrolobulares, focos de consolidação e discreto espessamento de interstício peribroncovascular além de pequena área cística em região subpleural, preenchida por ar, no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito. Exames laboratoriais revelaram apenas atividade inflamatória sistêmica através de exames inespecíficos (elevação de VHS e PCR). Investigação para déficit imune e doenças autoimunes foram negativas bem como sorologias para fungos. A alteração imagenológica foi sugestiva de processo infeccioso por atividade. Nesse momento a paciente relatou perceber tosse seca persistente e emagrecimento continuando a negar outras manifestações. Realizada a solicitação de broncofibroscopia. Exame endobrônquico normal, biópsia da mucosa brônquica com infiltrado inflamatório crônico e ausência de malignidade. Exames microbiológicos diretos negativos, cultura para fungos negativa. Após período de tempo usual a cultura para micobactérias foi positiva e posterior sequenciamento de DNA bacteriano identificou se tratar de *Mycobacterium colombiense*, espécie pertencente ao complexo *Mycobacterium avium* (MAC) resultado esse compatível com os dados clínicos que a paciente passou a referir e as alterações imagenológicas sendo que nos últimos dias passou a cursar com tosse mais intensa e episódios de febre baixa não aferida. Foi encaminhada para tratamento específico e segue sendo acompanhada. É importante observar que as infecções por MAC não são exclusivas de imunodeficientes, que as bronquiectasias podem ser vistas como causa ou consequência desse tipo de processo e toda expressão radiológica compatível com doença em atividade deve ser investigada.

AP383 PNEUMONIA POR H1N1: RELATO DE CASO

VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN; BRUNO BOLSONARO CALEGARI; BRUNO FIORANTE AKIMOTO; FABRICIO DONÁ ERNICA; LEANDRO NAVAS

PIRES; DÉBORA FERNANDA ESTEVES TRINDADE; ALEXANDRE PUCCI

UNIMAR, MARILIA, SP.

Palavras-chave: Pneumonia; influenza; vírus

Introdução: O H1N1 é um vírus da família Influenza que pode causar uma infecção respiratória grave. A infecção por H1N1 pode muitas vezes passar despercebida como uma gripe comum. O primeiro grande surto foi visto no México em 2009, desde então vários episódios de surtos tem se repetido a cada ano. Em alguns casos, os sintomas podem ser bem mais graves e evoluir com insuficiência respiratória e óbito se o tratamento não for aplicado rapidamente. Geralmente o período de incubação é de 1 a 4 dias após o contágio, e o paciente inicia quadro com tosse seca, febre alta, calafrios, coriza, mialgia e cansaço. A infecção é contagiosa e pode ser transmitida até 1 dia antes do aparecimento dos sintomas, dificultando o isolamento dos portadores dos vírus. **Relato do caso:** Os autores relatam o caso de uma paciente de 35 anos, não tabagista, com histórico de Asma na infância, que iniciou quadro gripal com congestão nasal, mialgia e cansaço, tendo evoluído com tosse seca e intensa dispnéia, tendo sido consultada com o diagnóstico de Pneumonia, e medicada com Amoxicilina + Clavulanato e Azitromicina por 7 dias e associada Prednisona, não havendo melhora dos sintomas. Após foi internada durante 5 dias, submetida à TC de Tórax que evidenciou "múltiplas condensações pulmonares parenquimatosas, heterogêneas floculadas bilaterais", com o diagnóstico de Pneumonia por H1N1 e bacteriana. Foi medicada com Tamiram (Levofloxacina) 750 mg 1cp/dia e Tamiflu (Osetalmivir) 75 mg de 12/12 horas ambos por 10 dias, com ótima evolução clínica e radiológica.

Discussão: Em abril de 2009, teve início uma epidemia de doença respiratória febril aguda causada por um novo vírus: influenza A (H1N1). Os primeiros casos ocorreram no México, e a infecção rapidamente se propagou pelo mundo. Até agosto de 2010, 214 países haviam sido atingidos pela infecção, com muitos casos confirmados e vários óbitos devido ao comprometimento pulmonar. Ocorre uma intensa inflamação alveólo-intersticial pulmonar, bloqueando a troca gasosa e evoluindo com insuficiência respiratória grave. O tratamento inicial envolve sintomáticos, mas os casos graves necessitam de tratamento com anti virais tais como o Zanamivir e o Osetalmivir, sendo que as doses dependem da extensão do quadro clínico do paciente. Com este caso, os autores querem destacar um caso de Pneumonia por H1N1 adequadamente tratado com ótima evolução.

AP384 PARACOCCIDIOIDOMICOSE EM MULHER IDOSA

ALINE SUZIE GOMES; MARIANA PUGNAGHI FERNANDES; HENRIQUE MAITTO BENINI; ANA CAROLINA DEVITO GRISOTTO; ALEXIS COELHO AGUIARI; RICARDO DOMINGOS DELDUQUE
FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Pneumonia; paracoccidiodomicose; sulfametoxazol-trimetoprima

Introdução: A Blastomicose Sul-Americana, também conhecida como Paracoccidiodomicose, é uma infecção fúngica endêmica da América Latina, causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. No Brasil, a maioria dos casos tem sido relatada nas regiões sul, sudeste e centro-oeste, com caráter de população de zona rural, sendo mais incidente em indivíduos do sexo masculino (90% dos casos), na faixa etária entre 30 e 50 anos. Tal patologia pode ocasionar lesões em mucosa oral, faringe, laringe e pulmão, sendo este o órgão mais frequentemente acometido. Os principais diagnósticos diferenciais são tuberculose pulmonar, sarcoidose, pneumonites e neoplasias, entre outros. **Relato de caso:** Mulher branca, 79 anos, viúva,

procedente de Catanduva – SP, moradora de zona urbana, portadora de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, hipotireoidismo, e insuficiência cardíaca, referindo história de dispneia crônica, foi encaminhada ao Hospital Padre Albino por quadro de IC descompensada por provável processo infeccioso. Dentre os exames realizados, o raio-X de tórax demonstrou opacidades alveolares bilaterais predominando em periferias bilateralmente, sendo instituído inicialmente tratamento para pneumonia, com levofloxacina, com troca por piperacilina-tazobactam devido má resposta clínica. Apesar da troca do antibiótico, persistia muito sintomática, então foram levantadas as hipóteses, entre outras coisas de neoplasia ou doença fúngica. Foi solicitada biópsia de opacidade pulmonar por biópsia transtorácica guiada por TC e sorologia para *Paracoccidioides brasiliensis*, ambas com resultado positivo para o diagnóstico de paracoccidioidomicose, sendo assim iniciado o tratamento específico. **Discussão:**

A paracoccidioidomicose é uma doença causada pela inalação de conídios do fungo *P. brasiliensis*, com possibilidade de disseminação linfática e hematogênica. Em indivíduos imunocompetentes, o desenvolvimento da infecção é contido, com resolução do processo e progressão para forma latente da doença. Especialmente em indivíduos imunossuprimidos, a doença pode evoluir para reativação, sendo forma mais frequente caracterizada pela evolução crônica, com sintomas de fraqueza, tosse, dispneia progressiva e febre, sendo esta última um sinal de gravidade.

Devido à raridade da doença em idosos e do sexo feminino e sendo os sintomas bastante inespecíficos, tal doença não esteve entre os primeiros diagnósticos suspeitados neste caso. No entanto, com a evolução desfavorável do quadro, foi necessário incluir diagnósticos diferenciais, sendo a paracoccidioidomicose suspeita devido à endemicidade da doença na região Sudeste do Brasil. Com a confirmação diagnóstica por meio de biópsia e sorologia, foi instituído o tratamento com Sulfametoxazol associado a Trimetoprima (15 mg/Kg/dia) via endovenosa por 14 dias e após, Itraconazol (200 mg/dia) via oral por 1 ano.

AP385 HISTOPLASMOSE DISSEMINADA AGUDA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE AIDS – RELATO DE CASO

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; JOYCE SANTANA DO NASCIMENTO; FERNÃO HENRIQUE COSTA E ALVIM; GEORGE DE SOUZA CHAGAS; LARISSA MARIA CABRAL DE MEDEIROS; REBECA COSTA BARBOSA; MATHEUS ASSUNÇÃO DE HOLANDA; LUCAS EDUARDO EMÍDIO SARMENTO

SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL MIGUEL ARRARES - SES/PE, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Histoplasmose; aids; infecção pulmonar

Introdução: A Histoplasmose é uma infecção micótica, causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*, com predileção por órgãos do sistema retículo endotelial e pulmão, comumente observada em pacientes imunocomprometidos como doença oportunista. O quadro clínico varia desde infecções assintomáticas até formas graves disseminadas principalmente em pacientes com AIDS. Este relato se destina a demonstrar um caso de Histoplasmose disseminada aguda como manifestação de AIDS. **Caso:** Indivíduo, sexo masculino, 59 anos, natural de Carpina (PE) e procedente de Paulista (PE), agricultor, foi internado em fevereiro, com história de anorexia, febre, perda de peso e vômitos há 2 semanas. Ao exame físico estava com estado geral regular, hipocorado, apresentando micropápulas em mãos e pés, além de lesões compatíveis com candidíase oral. Exames complementares mostraram teste rápido para HIV positivo e pancitopenia com linfopenia importante.

No segundo dia de internamento paciente evoluiu com tosse, dispneia e queda da SpO₂, radiografia de tórax com infiltrado retículo nodular-difuso e TC de tórax com padrão em vidro fosco associado à lesões císticas, micronódulos centrolobulares com distribuição em árvore de brotamento e derrame pleural leve à direita. Nesse contexto foi levantada a hipótese de pneumocistose e iniciado tratamento com sulfametoxazol-trimetropim. Seguiu em tratamento, mas sem melhora clínica importante e com pesquisa de BAAR negativa, quando com quase 1 mês de internamento o hemograma de rotina descreveu a presença de Histoplasma no citoplasma de neutrófilos. Com a principal hipótese diagnóstica de Histoplasmose disseminada, foi iniciado Anfotericina B. **Discussão:** A histoplasmose disseminada se desenvolve quando o fungo inalado consegue quebrar com sucesso as defesas do sistema imunológico e se disseminar. Ocorre em aproximadamente 1 em 2000 infecções agudas, com risco 10 vezes maior em pacientes imunodeficientes e em extremos de idade. Além disso, indivíduos que trabalham com movimentação de solo, agricultura por exemplo, como é o caso do paciente, também têm risco aumentado para desenvolver a doença. Geralmente a sintomatologia inicial é de infecção pulmonar aguda com quadro de febre, tosse improdutiva e dor pleurítica e evolução para anorexia, perda de peso, hepatoesplenomegalia e distúrbios hematológicos. O diagnóstico é feito pela evidência do fungo no exame microscópico ou no cultivo de fluidos corporais. Em doença avançada o esfregaço de sangue periférico pode demonstrar o fungo no citoplasma de neutrófilos. O achado radiográfico mais frequente é a presença de infiltrado reticulonodular e linfonodomegalias hilares bilaterais, mas não há achados específicos. O paciente apresenta quadro clínico e vários fatores de risco para Histoplasmose, mas o diagnóstico e início de terapêutica não foram precoces. É necessária alta suspeição da doença, pois a taxa de letalidade, principalmente quando associada à infecção pelo HIV, é alta.

AP386 ACTINOMICOSE PULMONAR FORMA PSEUDOTUMORAL: RELATO DE CASO

ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA¹; ANNA CAROLINA GALVÃO FERREIRA²; ROSELIANE DE SOUZA ARAÚJO¹; ALEX BESSA¹; ISABELLA REIS MARIANO¹; PEDRO HENRIQUE CAVALCANTI GARCIA DE CASTRO¹; BRUNA POLICENA OLIVEIRA¹; MARCELO FOUAD RABAHI³

1. PUC-GO, GOIANIA, GO; 2. PUC-GO, UFG, GOIANIA, GO; 3. UFG, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Actinomicose; forma pulmonar; pseudotumoral

Introdução: Actinomicose é uma doença rara e crônica que representa um desafio diagnóstico devido às suas várias formas de apresentação: cervicofacial (mais frequente), torácica (15% das formas clínicas), abdominal e pélvica¹. É causada pela bactéria anaeróbica gram positiva da família *Actinomyces* spp. A forma pulmonar pode mimetizar outras doenças pulmonares e é consequência da aspiração de secreções orais ou gastrointestinais ou continuidade de afecções cervicofaciais³. **Relato de caso:** Masculino, 61 anos, tabagista, diabético, com tosse há 8 anos e hemoptóicos, encaminhado para tratamento de tuberculose. Ao exame físico, apresentava sibilância durante tosse no hemitórax direito. Antecedente de hiperresponsividade brônquica com alérgenos, com sintomas semanais. A radiografia de tórax de 2015 mostrou opacidade no terço inferior D, em 2016 e 2017 a opacidade evoluiu para consolidação pulmonar em terço inferior direito. A tomografia de tórax mostrou consolidação 152cm³ no lobo médio com nível hidroaéreo. Pesquisa de BAAR no escarro e cultura de micobactéria negativa. O histopatológico

da biópsia transbrônquica mostrou histiócitos contendo pigmento acastanhado e grãos e colônias de *Actinomyces*, confirmando actinomicose forma pseudo tumoral.

Discussão: Este caso ilustra actinomicose pulmonar forma pseudotumoral em idoso diabético. A diabetes é um fator de risco para actinomicose como é para a tuberculose e deve ser lembrada como diagnóstico diferencial, principalmente as formas cavitadas, pseudotumoral.

AP387 ASPERGILOSE SEMI-INVASIVA MIMETIZANDO NEOPLASIA DE PULMÃO

NATÁLIA CARVALHO PAIM FIGUEIRA SANTOS; NARA MADALENA LOULA DOS ANJOS; LAÍS CIBELE SOUSA MELO; DALVA VIRGINIA OLIVEIRA BATISTA NEVES; JOSE ALVES ROCHA FILHO; JAMOCYR MOURA MARINHO

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA.

Palavras-chave: Aspergilose; neoplasia de pulmão; aspergiloma

Introdução: A aspergilose é causada pelo *Aspergillus* spp, que tem distribuição universal na natureza. A via de contágio é a aérea e é uma importante causa de infecções graves, principalmente em imunodeprimidos. O *Aspergillus fumigatus* é o agente mais comumente encontrado, causando diversas formas de manifestação da aspergilose.

Relato do caso: Paciente AVES, 65 anos, sexo masculino, mestre de obras, natural e procedente de Salvador, admitido em 10/07/17, com queixa de tosse produtiva, com escarros hemoptóicos e dor em região inframamilar de hemitórax esquerdo (tipo pontada, ventilatório-dependente, leve intensidade, sem irradiação, intermitente, sem fatores de melhora, com piora ao esforço tussígeno) há 2 meses. Negava perda ponderal e sudorese noturna. Informava Hipertensão Arterial controlada, passado de câncer de próstata (prostatectomia radical e radioterapia). Passado de tabagismo, tendo cessado há 20 anos, com carga tabágica de 8 anos-maço. Ao exame físico: bom estado geral, lúcido, orientado, eutrófico, anictérico, acianótico, normocorado e afebril. PA: 130 x 80 mmHg, FC: 58 bpm, FR: 16 ipm, SpO₂: 98% em ar ambiente. Murmúrio vesicular reduzido em base esquerda. Aparelho cardiovascular, abdome e exame neurológico sem alterações. Extremidades com varizes de grosso calibre. Linfonodos impalpáveis. Os exames mostravam anemia (Hb: 11,9 e Ht: 33,8) microcítica normocrômica, função renal preservada, PCR baixa e baciloscopias negativas. Radiografia e tomografia computadorizada (TC) de tórax sem contraste (figuras). Submetido fibrobroncoscopia em 14/07/17, com de lavado broncoalveolar (LBA) e biópsia transbrônquica, inconclusivos. Em 31/07/17, foi submetido à segmentectomia superior de lobo inferior esquerdo. Anatomopatológico foi compatível com bronquiectasias e bronchiolectasias, hemorragia e pneumonia em organização e raras hifas infiltrando a parede brônquica favorecendo o diagnóstico de Aspergilose semi-invasiva. **Discussão:** A aspergilose semi-invasiva é uma infecção indolente, lentamente progressiva, que causa inflamação granulomatosa, necrose e fibrose no tecido envolvido. É uma forma incomum de aspergilose, acometendo predominantemente pessoas de meia-idade e idosos. Predomina em imunodeprimidos com doença pulmonar crônica (fibrose, doença pulmonar obstrutiva crônica). Os sintomas são inespecíficos: tosse com expectoração, dor torácica, febre e perda ponderal, por 1 a 6 semanas. O anatomopatológico evidencia invasão do tecido pulmonar por hifas de *Aspergillus* sp. O crescimento do fungo em cultura do escarro ou LBA reforça o diagnóstico. Os exames de imagens são fundamentais. A radiografia de tórax pode evidenciar consolidações uni ou bilaterais, geralmente em lobos superiores. A TC pode

mostrar cavidades com paredes espessas, podendo haver aspergiloma em seu interior em até 50% dos casos. O tratamento medicamentoso é feito com voriconazol por 6 a 12 semanas e a ressecção cirúrgica geralmente é curativa.

AP388 CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

ALEKSANDRA SALVADOR RIBEIRO¹; CARLA TEREZA RUIZ CERQUEIRA²

1. UNICESUMAR, MARINGÁ, PR; 2. UNINGÁ, MARINGÁ, PR.

Palavras-chave: Criptococose; disseminada; imunocompetente

Introdução: A criptococose é uma micose sistêmica que possui como agente etiológico o fungo *Cryptococcus neoformans*, nas variedades *neoformans*, agente etiológico principal relacionado ao habitat de aves que acomete mais indivíduos imunocomprometidos, e gatti, relacionada a madeira em decomposição e árvores, que atinge mais indivíduos imunocompetentes. A infecção ocorre nos pulmões a partir da inalação do patógeno e a doença pode se apresentar de maneira assintomática ou com sintomatologia variada. O diagnóstico consiste na associação do quadro clínico com achados de exames de imagem e confirmação pela identificação do fungo em amostra de tecido do parênquima pulmonar. O tratamento consiste em tratar as doenças subjacentes e a criptococose em si com o uso de Anfotericina B, Fluconazol e Itraconazol. **Relato de caso:** Masculino 52 anos, caucasiano, Paranavaí-PR, administrador de vendas, católico, ensino superior completo, tabagista (52,5 anos-maço), DPOC diagnosticada sem tratamento e HIV negativo. O paciente realizou TC de tórax com achado de formação cística em lobo inferior direito e por queixa simultânea de cefaleia intensa, febre, dispneia e negativa de melhora mediante uso de analgésicos foi encaminhado para consulta eletiva com especialista em neurologia que o submeteu a internação de 24 horas em analgesia EV e observação, sem melhora aparente do quadro e surgimento de desconforto e náuseas. Realizou TC de crânio e órbitas cujo achado de calcificação nodular em região frontal esquerda fez necessário seu encaminhamento para consulta de emergência com especialista em outro município devido à suspeita diagnóstica de neoplasia cerebral metastatizada. No período do encaminhamento o paciente apresentou piora do quadro, sendo necessária nova internação com sedação contínua para alívio da dor. No hospital realizou os exames de citologia de líquido biológico do lavado brônquico do paciente e anátomo patológico de um nódulo pulmonar em pulmão direito cujos achados excluíram a hipótese diagnóstica de neoplasia, com pesquisa negativa para células neoplásicas, positividade para criptococose e ausência de malignidades nos cortes histológicos analisados, reforçando nova hipótese diagnóstica de criptococose pulmonar. Com o diagnóstico definitivo o paciente realizou o tratamento da doença com Fluconazol 200mg VO 2x/dia por 6 meses, com acompanhamento. **Discussão:** O paciente descrito relata que 1 mês antes de manifestar a doença esteve em contato íntimo com pombos, não foram encontrados sinais de imunossupressão, houve achados radiológicos característicos e o quadro clínico foi compatível. A citologia do líquido biológico e exame anátomo patológico do nódulo pulmonar confirmaram o diagnóstico de criptococose, permitindo o tratamento realizado com Fluconazol por 6 meses. Esse caso demonstra a criptococose na população de menor prevalência e revela sua vasta gama de apresentações clínicas e importância do diagnóstico clínico correto nesses pacientes.

AP389 DIAGNÓSTICO DE IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL

PRISCILA ABREU FRANCO; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; MIRIAM GIORGETTI; FERNANDA FERREIRA BIGELI; BRUNA CAVALCANTE TORRES; BRUNA MOREIRA LIMA ROCHA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Imunodeficiência comum variável; icv; diagnóstico

Introdução: Imunodeficiência Comum Variável (ICV) é caracterizada por baixos níveis de imunoglobulinas séricas (IgG, IgA e IgM) com suscetibilidade a infecção. Trata-se da forma mais prevalente de deficiência severa de anticorpos que afeta crianças e adultos, frequentemente diagnosticada tardiamente, com presença de sequelas devido infecções de repetição. **Relato de caso:** Masculino, 32 anos, procedente de São Paulo, casado, farmacêutico. Procurou o pronto socorro do Hospital São Paulo com relato de tosse produtiva com secreção amarelada associada à coriza há 4 meses. Iniciou dispneia progressiva há 2 semanas com piora há 2 dias, associada a febre, sudorese e piora da tosse, sem modificação da expectoração. Referia astenia e mal estar geral há 1 semana, e otorrêia não purulenta há 2 dias. História de 5 internações hospitalares entre 2015-2016 com dispneia, tosse, febre e sibilos; feita hipótese diagnóstica de pneumonia e sinusite. Abscesso perianal em 2015, tratado com antibiótico domiciliar. Episódios de dispneia associado a sibilância com necessidade de inalações esporádicas na infância, sem tratamento ou investigação. Exame físico: Regular estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, taquidispneico. PA: 108x77 mmHg; FC: 115bpm; f: 18irpm; SpO2: 83%; TEC 4s. Ausculta cardiovascular e pulmonar sem alterações. Abdome, neurológico e extremidades normais. Exames laboratoriais com sinais de infecção, lactato normal. Sorologias virais negativas. **Broncoscopia:** hiperemia difusa de mucosa brônquica. Presença de moderada quantidade de secreção mucopurulenta, em maior quantidade em lobo inferior direito. Sinais de broncopneumonia. Lavado broncoalveolar com presença de leucócitos, neutrófilos de 100%. **Anatomopatológico:** lesão aguda/subaguda em organização. Ausência de granulomas ou sinais de malignidade. Pesquisa de BAAR negativo. **Imunologia:** IgA < 4mg/dL (VR: 61-348); IgG < 30mg/dL (VR: 549-1584); IgM < 5mg/dL (VR: 23-259). Anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA): negativo. Evoluiu para insuficiência respiratória aguda, intubação orotraqueal, ventilação mecânica, e uso de droga vasoativa devido instabilidade hemodinâmica. Utilizado imunoglobulina associado a antibióticos de amplo espectro. Evoluiu com melhora clínica e desmame ventilatório 2 dias após terapia com imunoglobulina. **Discussão:** ICV é diagnosticada através da redução na concentração sérica de IgG combinada com baixos níveis de IgA e/ou IgM e resposta baixa/ausente às imunizações, excluídas outras causas de hipogamaglobulinemia. Manifestações clínicas heterogêneas desta doença incluem infecções recorrentes, doença pulmonar crônica, distúrbios gastrointestinais e hepáticos, infiltrações granulomatosas, hiperplasia linfóide, esplenomegalia ou malignidade com maior susceptibilidade ao linfoma. Uso de antibiótico é essencial para o tratamento de infecções agudas. Recomenda-se reposição de imunoglobulina humana periodicamente, tendo comprovado diminuição das infecções.

AP390 CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNODEPENDENTE

ISABELA BORACINI SANCHES; ANDREA DE CASSIA VERNIER ANTUNES CETLIN; JAMILI LEITE DA SILVA; EDGAR CHELI NETO;

ANA CAROLINA LOPES RODRIGUES CUNHA; AMANDA CARLA TOSTA VIEIRA; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS; JOYCE VALADÃO BORGES

FACULDADE DE RIBEIRAO, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Criptococose; criptococose disseminada; imunocompetentes

Introdução: A criptococose é uma micose de natureza sistêmica que atinge cerca de 1 milhão de pessoas no mundo. Tem apresentação clínica diversa, o que torna difícil seu diagnóstico. O Sistema Nervoso Central (SNC) e o pulmão são os locais mais comuns de acometimento e a forma cutânea pode proceder a forma sistêmica. Trata-se de uma doença oportunista sendo rara em paciente imunocompetentes. Resumo do caso: Paciente feminina, 46 anos, com história de tosse produtiva há 8 meses. Tratada como pneumonia diversas vezes sem melhoras. Associado ao quadro paciente refere 2 picos febris, surgimento de dispneia que progrediu até os mínimos esforços e 4 episódios de hemoptoicos. Nega perda ponderal e sudorese noturna. Relata aparecimento de lesões cutâneas inicialmente vesiculares, evoluindo para crostas, muito pruriginosas, por todo o corpo. Paciente encaminhada ao serviço de pneumologia do Hospital das Clínicas para investigação. Em consulta ambulatorial em agosto de 2017 foi solicitado então TC de Tórax que evidenciou consolidação em base de pulmão esquerda com broncogramas aéreos. Realizada broncoscopia: compressão extrínseca com obstrução de 30% no seguimento posterior do BLSD, Realizado lavado broncoalveolar (LBA) com crescimento de *Cryptococcus* spp. Paciente foi internada e iniciado tratamento para Criptococose com Fluconazol 400mg 12/12h via oral. Sorologia anti-HIV negativa. Como paciente apresentava lesões cutâneas, foi realizada biópsia que mostrou cultura negativa porém o exame de Tinta da China foi positivo. Devido ao quadro de criptococose disseminada foi optado por investigação de acometimento de SNC, embora paciente fosse assintomática. Realizada TC de crânio que evidenciou apagamento de sulcos, ventrículos muito reduzidos, com alterações sugestivas de hipertensão intracraniana, sendo contraindicada a punção líquórica. Pelo acometimento de SNC, foi optado pela transição de Fluconazol para via endovenosa e início de Anfotericina Desoxicolato. Paciente evoluiu com sintomas sugestivos de hipertensão intracraniana. Foi introduzida Anfotericina B Lipossomal e Dexametasona. Após o acúmulo de dose de Anfotericina B em 2g, inicialmente paciente evolui com melhora clínica, porém evoluiu com complicações secundárias ao quadro, incluindo miopatia secundária ao uso prolongado de corticoide, com piora do quadro clínico, sonolência, rebaixamento do nível de consciência e desconforto respiratório. Nova CT de Tórax confirmou piora das opacidade pulmonares e TEP segmentar a direita. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sem melhora do padrão respiratório e função neurológica, indo a óbito, após longa permanência em Unidade de Terapia Intensiva, **Discussão:** Cerca de 17% dos pacientes com diagnóstico de criptococose são não HIVs e não transplantados; Apesar de incomum em paciente imunocompetentes, deve ser uma causa a ser lembrada e investigada sempre, visto seu alto índice de morbimortalidade, que pode chegar a 42% em países em desenvolvimento.

AP391 PARACOCIDIOIDOMICOSE EM USUÁRIO DE CANNABIS

MARIA ENEDINA AQUINO SCUARCIALUPI¹; ANTONIO RAIMUNDO DUARTE SÁ²; HUGO LEONARDO ALVES SILVA³

1. UNIFESP, JOAO PESSOA, PB; 2. RESIDÊNCIA CLÍNICA MÉDICA SUS, JOÃO PESSOA, PB; 3. FAMENE, JOAO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose; micose sistêmica; cannabis

Introdução: A paracoccidioidomicose é a principal micose sistêmica de caráter endêmico da América Latina¹. Apresenta incidência variando de 3 a 4 novos casos/milhão até 1 a 3 novos casos por 100 mil habitantes ao ano², sendo responsável por 52% dos óbitos entre as micoses sistêmicas de maior preponderância³. **Relato de caso:** H. L. N. S., 30 anos, comerciante, natural de Patos-PB, deu entrada no serviço com queixas de dor em dente há 8 meses, acompanhado de secreção serosanguinolenta fétida e quadro de perda ponderal de aproximadamente 5kg em 2 meses. Tabagista há 18 anos, 1 maço por dia de cigarro com filtro, 10 cigarros de palha e 02 cigarros de cannabis. Etilista há 12 anos. Ao exame físico, apresentava lesão vegetante infiltrativa em palato duro e mucosa jugal à esquerda, além de linfonodomegalia, móvel, de textura fibroelástica e indolor, em região cervical anterior bilateral. Exames evidenciaram: Radiografia de tórax sem alterações, VDRL, HIV 1 e 2 e HbsAg não reagentes. TC trans-oral com sinais de processo inflamatório em ramo mandibular esquerdo. No material extraído de mucosa orofaríngea, revelou estruturas esporuladas sugestivas de Paracoccidioides. Realizado tratamento com sulfametoxazol+trimetoprim devido indisponibilidade de azólicos no SUS evoluiu posteriormente com lesões vegetantes em lábios e palato mole. Proposto tratamento com Itraconazol, mas paciente abandonou tratamento apesar de busca ativa. **Discussão:** A infecção pelo Paracoccidioides brasiliensis se dá geralmente nas duas primeiras décadas de vida, porém as manifestações ocorrem mais frequentemente entre os 30 e os 50 anos, predominantemente no sexo masculino⁴. Está fortemente atrelada às profissões ou atividades relacionadas ao manejo do solo contaminado com o fungo, como agricultura, transporte de produtos vegetais e jardinagem, acometendo preferencialmente os trabalhadores rurais e da construção civil. As principais formas de apresentação clínica da doença são: a forma crônica, conhecida como “tipo adulto” por comprometer o pulmão, pele e mucosas, linfadenopatia; e a forma aguda ou subaguda conhecida como “tipo juvenil” que acomete preferencialmente pessoas jovens com presença de adenomegalia generalizada e hepatoesplenomegalia⁵. O relato em questão destaca-se pelo fato do paciente não estar relacionado a nenhuma das atividades consideradas fatores de risco para a doença, devendo ter havido contaminação pelo fungo através do constante hábito de fumar cigarro de palha e cannabis. Os exames laboratoriais foram inespecíficos, à exceção do histopatológico de mucosa orofaríngea, confirmatório do diagnóstico. O tratamento é realizado com derivados azólicos ou sulfadiazínicos, e em casos graves com Anfotericina B.

AP392 ASPERGILOSE INVASIVA NA SÍNDROME DE SOBREPÓSICÃO ASMA/DPOC: RELATO DE CASO

RAFAEL RODRIGUES DE MIRANDA; ANDREIA PADILHA DE TOLEDO; DANIELLE CRISTINE CAMPOS BEDIN; LUCIANA ALVES DE OLIVEIRA LOPES; MAÍRA THOMAZINI RODRIGUES; MAURO GOMES HOSPITAL SAMARITANO, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Aspergilose; dpoc; asma

Introdução: A aspergilose pulmonar invasiva (AI) é uma doença oportunista potencialmente letal que afeta pacientes imunocomprometidos, particularmente aqueles com neutropenia prolongada. Em não neutropênicos, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) pode considerada um importante fator de risco para a doença, mas poucos são os casos descritos, especialmente na literatura brasileira. **Relato de caso:** Mulher, 61 anos, DPOC 4D, admitida com

piora da dispneia há uma semana associada a sibilos sem melhora com uso de broncodilatadores convencionais. Exacerbadora frequente, com internações recorrentes sob uso de LABA/LAMA, corticoide inalatório e Azitromicina (imunomodulador). Perdeu 12kg em 8 meses sem motivo aparente. Diagnóstico de asma aos 24 anos, doença do refluxo gastroesofágico e hipotireoidismo. Ex-tabagista 25 anos-maço sem exposição ocupacional relevante. Espirometria com VEF1 de 56ml (22%). Exame físico: taquipneia, hipoxemia (86%) e ausculta com roncocalos e sibilos difusos bilaterais. Tomografia computadorizada de alta resolução do tórax com espessamento difuso das paredes brônquicas, hiperinsuflação pulmonar e consolidação peribronquial com atelectasia parcial do lobo médio. Após melhora clínica em UTI e suporte ventilatório não invasivo, realizou broncoscopia que revelou redução do calibre do brônquio do segmento superior do lobo inferior direito devido a dilatação de óstios glandulares, sem lesões aparentes, e moderada quantidade de secreção espessa e amarelada. Lavado broncoalveolar: citologia neutrofilica, pesquisas microbiológicas e culturas negativas e positividade para Galactomanana. Após o início de Voriconazol a paciente evoluiu com boa resposta clínica regredindo os sintomas após 72h. **Discussão:** A AI ocorre em pacientes neutropênicos e raramente afeta imunocompetentes. A DPOC é presente em 2% das mortes por infecções fúngicas invasivas e essas se relacionam a mudanças estruturais na arquitetura pulmonar que predispoem à colonização pelo Aspergillus fumigatus. Questiona-se o papel dos esteróides em longo prazo, mesmo os inalados. O uso do tabaco e a deficiência de surfactante, além da redução do clearance mucociliar, podem levar a uma disfunção na resposta imune contra patógenos, incluindo os fungos. Na DPOC, o diagnóstico da AI é difícil e geralmente tardio. Desconhece-se o motivo da mudança da colonização para a forma AI, sendo esta descrita em até 55% dos pacientes internados em UTI por exacerbção da DPOC. A mortalidade por AI em DPOC é elevada, entre 72-95%. Na paciente, o perfil de DPOC muito grave e exacerbadora, a significativa perda recente de peso nos fez suspeitar de AI, confirmada pela galactomanana positiva no LBA. A resposta clínica no início do tratamento reforça o acerto diagnóstico. Referências Ader F. Curr Infect Dis Rep 2010; 12: 409-416. Gao X et al. Ann Saudi Med 2010; 30: 193-197. Meersseman W et al. Invasive aspergillosis in critically ill patients without malignancy. Am J Resp Crit Care Med 2004; 170: 621-625

AP393 PNEUMONIA ASPIRATIVA RELACIONADO À ACALÁSIA

FELIPE DE OLIVEIRA SOUZA¹; JAMILE DA COSTA RIECHI¹; FATIMA MITSIE CHIBANA SOARES¹; GUILHERME KOITI DOS SANTOS KASAI¹; RAFAELA RODRIGUES SAMPAIO NOGUEIRA²; HERBERT PEREZ FERRÃO³

1. PUCPR- LONDRINA, LONDRINA, PR; 2. HOSPITAL DO CORAÇÃO, LONDRINA, PR; 3. HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA, PR.

Palavras-chave: Pneumonia; aspirativa; acalásia

Introdução: A acalásia é uma patologia incomum, na qual observa-se uma falha do relaxamento do esfíncter esofágico inferior, com aumento da pressão e perda de peristalse, principalmente nas porções distais do esôfago. Tem uma incidência de 1,6 casos para cada 100.000 pessoas, podendo ser primária ou secundária. O envolvimento pulmonar está ligado ao volume e o tipo de material aspirado. Quadros de pneumonias podem se desenvolver pela quebra da proteção das vias aéreas inferiores ou inflamação acentuada por infecção bacteriana. A acalásia é causa incomum de pneumonia aspirativa. Todavia, deve ser

suspeitado quando houver disfagia, pirose não responsiva a tratamento habitual. **Relato de caso:** Feminina, 81 anos, branca, natural e procedente de Londrina, Paraná, aposentada. Encaminhada ao Hospital por pneumonia aspirativa após episódio de ingesta hídrica. Antecedente de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) sem tratamento, hipotireoidismo em uso de levotiroxina e exposição a fogão a lenha. Não tabagista. Na admissão, estava sob ventilação mecânica, estável hemodinamicamente. Foi iniciado tratamento e, após melhora clínica, extubada sem intercorrências. Ainda na internação, apresentou novo episódio de broncoespasmo severo associado à ingesta alimentar, necessitando de nova intubação orotraqueal. Em avaliação complementar, endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou grande quantidade de conteúdo alimentar e sinais de esofagite erosiva, candidíase esofágica e suspeita de esôfago de Barret, negativo na biópsia. À tomografia computadorizada de tórax, observado esôfago difusamente dilatado, tortuoso, conteúdo de estase, formando nível, sugerindo megaesôfago. Não apresentou outros acometimentos sugestivos de doença chagásica. Optou-se como tratamento a realização de gastrostomia. Obteve boa resposta clínica, desmame VM e sem novos episódios de broncoespasmo. Recebeu alta hospitalar, segue em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A acalásia é uma condição clínica pouco comum, que pode ser primária e secundária. Apesar de os mecanismos serem incertos, fala-se de um processo inflamatório, com inibição neuronal que prejudica o relaxamento da parede e a produção de óxido nítrico. A infecção pelo *Trypanosoma cruzi* tem um papel importante como causa secundária, principalmente na América do Sul e Central. Outros diagnósticos diferenciais incluem amiloidose, sarcoidose e esofagite eosinofílica. A clínica geralmente é insidiosa e varia conforme a altura do acometimento. Cerca de 91% de disfagia para sólidos, enquanto 85% podem apresentar até para líquidos. Dor retroesternal e pirose chegam a 40 a 60%. E ainda 8% podem apresentar um quadro de regurgitação associado a aspiração de alimentos e saliva. Isso traduz o fato de uma grande parcela receber tratamento para outros distúrbios, tal como a Doença do Refluxo Gastroesofágico. Como mostrado neste relato, o envolvimento pulmonar pode ser uma associação possível e o manejo correto evita progressões do quadro pulmonar.

AP394 SARCOMA PRIMÁRIO DE ARTÉRIA PULMONAR – RELATO DE CASO

FLÁVIA FONSECA FERNANDES¹; THIAGO ANDRÉ FUSCALDI CORRÊA¹; NUNO FERREIRA DE LIMA²; LUIZA DIB BATISTA BUGIATO FARIA³

1. HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA, DF; 2. HUB/ UNB E HOSPITAL BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF; 3. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS E HOSPITAL BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF.

Palavras-chave: Sarcoma primário de artéria pulmonar; tromboembolismo pulmonar; sarcoma

Introdução: O Sarcoma primário de artéria pulmonar é uma doença rara e seu diagnóstico precoce não só é um desafio, por ter clínica e imagens radiológicas similares à de um tromboembolismo pulmonar, mas também é essencial para garantir a possibilidade de tratamento cirúrgico e aumentar de forma relevante a sobrevida do paciente. **Relato do Caso:** Trata-se de paciente do sexo masculino, 39 anos, sem comorbidades prévias, que apresentou quadro de tosse, dor ventilatório dependente e hemoptise em 03/17. Realizou angioTC de tórax que evidenciou falha de enchimento em ramo principal da artéria pulmonar direita. Foi feito diagnóstico de TEP e recebeu alta em uso de rivaroxabana.

Foi readmitido no hospital em 08/2017 com quadro de hemoptise e dispnéia aos esforços. Realizou nova angioTC que evidenciou aumento do trombo em artéria pulmonar direita e opacidades em vidro fosco no lobo superior direito sugestivo de infarto pulmonar. Com a suspeita de tratamento inadequado ou falha da rivaroxabana, foi iniciada anticoagulação com enoxaparina. Em acompanhamento ambulatorial em 09/2018, persistia com sintomas, e nova angioTC revelou aumento do trombo em artéria pulmonar direita. RM de tórax com contraste que evidenciou discreta captação em região periférica do trombo, sem distinguir entre trombo subagudo ou neoplasia. PET-CT evidenciou captação (SUV 20) em massa em artéria pulmonar direita. Com a hipótese de sarcoma de artéria pulmonar, o paciente foi submetido a pneumectomia à direita intrapericárdica com atriectomia parcial esquerda com sucesso. O estudo anatomopatológico foi conclusivo para sarcoma primário de artéria pulmonar. Atualmente o paciente está em tratamento quimioterápico com Ifosfamida e doxorrubicina com boa evolução. **Discussão:** O Sarcoma primário de artéria pulmonar é uma doença muito agressiva, com alta taxa de mortalidade, especialmente quando o diagnóstico é tardio e já existem metástases. Os sintomas dos pacientes geralmente são dispnéia, dor torácica, sinais de sobrecarga direita e, eventualmente, tosse e hemoptise. Na avaliação por imagens, é difícil a sua diferenciação com um tromboembolismo pulmonar. Sempre que possível, quando paciente apresenta doença limitada e tem condições clínicas, deve-se avaliar possibilidade cirúrgica, ou curativa, como uma pneumectomia, ou paliativa, como a endarterectomia pulmonar. É imprescindível conhecer e suspeitar do sarcoma de artéria pulmonar, pois é o diagnóstico precoce que possibilita ao paciente maior sobrevida. **Referências:** 1. Wong HH et al. Presentation and management of pulmonary artery sarcoma. *Clinical Sarcoma Research*. 2015;5: 3. 2. Yi CA et al. Computed tomography in pulmonary artery sarcoma: distinguishing features from pulmonary embolic disease. *J Comput Assist Tomogr* 2004; 28: 34–39. 3. Rafal RB et al. Pulmonary artery sarcoma: Diagnosis and postoperative follow-up with gadolinium-diethylenetriamine pentaacetic acid-enhanced magnetic resonance imaging. *Mayo Clin Proc*. 1995;70: 173–176.

AP395 INCIDÊNCIA DE INTERNAÇÃO E MORTALIDADE DA NEPLASIA MALIGNA DE TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÕES EM SERGIPE: COMPARATIVO ETÁRIO NO PERÍODO DE 2008 A 2016

IGOR SANDES DE BARCELOS; BIANCA XAVIER DE OLIVEIRA SOUZA; JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS NETO; CARLOS AUGUSTO VILA NOVA MORAES; JOSÉ WALMIR RODRIGUES DE MENEZES; DANIEL SILVA SANTOS; MARINA MARIA SANTOS ALVES; MARCOS VINÍCIUS DA SILVA UNIT, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Neoplasias pulmonares; epidemiologia; hospitalização

Introdução: A neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões é, atualmente, a mais frequente nas incidências de todos os tipos de câncer e apresenta um aumento de 2% por ano no seu crescimento mundial. Assim como ocorre com muitas neoplasias, a gênese desse câncer resulta da interação de fatores ambientais com alterações genômicas múltiplas. Dessa forma, a incidência dessa doença aumenta consideravelmente com a idade devido à exposição prolongada aos fatores de risco como o consumo dos derivados do tabaco, as exposições ambiental ou ocupacional. **Objetivo:** O presente estudo visa analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados e a taxa de mortalidade por neoplasia maligna de traqueia,

brônquios e pulmões no estado de Sergipe, no período de janeiro de 2008 e dezembro de 2017, com ênfase na faixa etária. **Metodologia:** Estudo transversal, documental e retrospectivo realizado por meio da análise dos 75 municípios que compõem o estado de Sergipe. Utilizou-se os casos de internamento e as taxas de mortalidade por neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões nos últimos 9 anos tendo como fonte o SIH/DATASUS.

Resultados: Dos 931 casos de internações notificados, 69,9% dos pacientes estão concentrados na faixa de 50 a 79 anos, sendo que na idade entre 60 e 69 anos encontra-se a maior porcentagem (29,2%). Já entre jovens de 20 a 29 anos, distribui-se apenas 3,1% do quantitativo. Em relação à taxa de mortalidade, 45,59% desses estão na faixa de 80 anos ou mais, seguida por 39,34% dos 60 a 69 anos. **Conclusão:** Torna-se evidente, portanto, que o estado de Sergipe apresenta semelhança aos dados obtidos em pesquisas nacionais, uma vez que também apresenta predomínio da faixa etária entre os 60-69 anos. Esse dado se deve ao fato do acompanhamento da transição epidemiológica e demográfica na qual o Brasil se encontra, uma vez que a quantidade de idosos assim como o estabelecimento de doenças crônicas crescem a cada dia. Ademais, envelhecimento em si é um importante fator de risco em decorrência das alterações funcionais inerentes ao idoso e que estão relacionados a uma menor eficácia nos mecanismos de reparação celular.

AP396 ALÉM DA NEOPLASIA: VIDRO FOSCO EM CâNCER DE PULMÃO – RELATO DE CASO

ISNARD MAUL MEIRA DE VASCONCELOS; GABRIELA LINS MEDEIROS DE ASSUNÇÃO; TOMAS NERI BEDER; JULIANE PENALVA COSTA SERRA; TERESA YAE TAKAGAKI; GUSTAVO FAIBISCHEW PRADO INCOR, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Vidro fosco; pneumocistose; neoplasia pulmonar

Introdução: Insuficiência respiratória aguda com tomografia evidenciando imagem em vidro fosco tem um amplo diagnóstico diferencial. Nos pacientes com neoplasia, o diagnóstico etiológico pode ser ainda mais desafiador. Infecções, congestão pulmonar, progressão de doença neoplásica e reação a drogas estão entre os diagnósticos diferenciais. **Relato de caso:** Mulher, 52 anos, ex-tabagista de 5 maços-ano, encontrava-se em seguimento por adenocarcinoma de pulmão metastático (lesões secundárias no SNC e pulmão contralateral) com mutação do gene do EGFR (deleção do éxon 19), em tratamento havia 1 mês com gefitinibe 250mg/dia e medicamentos de suporte (dexametasona, gabapentina e lamotrigina para convulsões e enoxaparina para tromboembolismo pulmonar). Admitida no pronto-socorro com quadro de dispneia, tosse seca e febre iniciados havia uma semana e piores nas últimas 24 horas. Ao exame, regular estado geral, taquipneia, hipoxêmica (SatO₂ 72% em ar ambiente), sem alterações da ausculta cardíaca e pulmonar. Exames revelaram leucocitose e elevação de DHL e PCR, NT-proBNP normal. Radiografia de tórax com opacidades bilaterais predominando em campos inferiores. A tomografia de tórax mostrou opacidades em vidro fosco com espessamento dos septos inter e intralobulares (aspecto de pavimentação em mosaico), de distribuição difusa bilateral. Apesar da Introdução precoce de quinolona respiratória (prescrita para tratamento de hipótese de pneumonia adquirida na comunidade) e suspensão do gefitinibe (pela possibilidade de pneumonite intersticial secundária à droga), apresentou piora clínica e gasimétrica. Com o achado tomográfico sugestivo e estado relativo de imunocomprometimento

(uso de corticoide sistêmico), optou-se por considerar a hipótese de pneumocistose pulmonar, tendo sido solicitada broncoscopia com lavado broncoalveolar (LBA) e, paralelamente, iniciado o tratamento empírico com sulfametoxazol-trimetropim (SMX-TMP). Com o achado ao LBA de pesquisa de DNA de *P. jiroveci* (técnica de PCR) positiva, além de culturas aeróbias, pesquisa de fungos e PCR para vírus influenza H1N1 negativos, foi confirmada a hipótese de pneumocistose e mantido o tratamento com SMX-TMP e reintroduzido o gefitinibe. Evoluiu com rápida melhora clínica. Tendo recebido alta assintomática e sem hipoxemia, após 21 dias de internação. **Discussão:** Afecções pulmonares em pacientes com câncer podem apresentar-se com quadro clínico e radiológico incomum, sendo de grande importância ao pneumologista conhecer seus diagnósticos diferenciais para pronta intervenção. Pelas possíveis implicações no tratamento oncológico, a pesquisa etiológica deve ser minuciosa. Investigação cardíaca, culturas e pesquisas de agentes microbiológicos e procedimentos invasivos podem fazer-se necessários. O diagnóstico precoce e Introdução do tratamento direcionado foram responsáveis pela melhora clínica e boa evolução da paciente, não tendo sido necessário suspender o tratamento oncológico vigente.

AP397 ADENOCARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DIAGNOSTICADO POR CRIOBÍPSIA – RELATO DE CASO

THIAGO THOMAZ MAFORT; MARCIUS GOMES DO CARMO PENA ROCHA; JOSÉ LUIZ DOS REIS QUEIROZ JUNIOR; RAQUEL ESTEVES BRANDÃO SALLES; ARNALDO JOSE NORONHA; LEONARDO PALERMO BRUNO

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Adenocarcinoma mucoepidermoide; criobiopsia; broncoscopia

Introdução: O adenocarcinoma mucoepidermoide (ACME) é um câncer raro e representa 0,1-0,2% das neoplasias pulmonares. A origem destes tumores geralmente se dá nas glândulas não salivares, especificamente nas glândulas submucosas que revestem a árvore traqueobrônquica. Acomete predominantemente adultos com faixa etária inferior aos 50 anos. Os sintomas mais comumente encontrados são tosse, hemoptise, expectoração e dor torácica. O diagnóstico pode ser alcançado através da análise de material obtido da lesão pulmonar (por meio biópsia guiada por TC, biópsia cirúrgica da lesão, citologia do escarro e/ou broncoscopia). Muitas vezes é necessário métodos imunoistoquímicos. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 57 anos com histórico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Procurou o serviço de pneumologia do HUPE em várias ocasiões devido a sintomas respiratórios recorrentes, iniciados em 1996. As principais queixas eram tosse produtiva e dispneia. Fez uso de diversos esquemas antibióticos com resolução parcial dos sintomas. Em 1997 realizou tomografia de tórax que mostrou consolidação em lobo inferior direito. Foi submetida a broncoscopia que evidenciou hiperemia em toda árvore brônquica. Foi coletado lavado broncoalveolar com resultado inconclusivo. Devido ao quadro de infecções de repetição foram realizadas novos exames de imagem que evidenciaram piora do padrão radiológico do pulmão direito. Em maio de 2017 foi realizada nova broncoscopia que constatou presença de lesão endobrônquica que foi biopsiada, porém sem resultado conclusivo. Em dezembro de 2017, foi realizada nova broncoscopia com criobiópsia, sendo novamente realizado biópsia da lesão endobrônquica. Após revisão de patologista experiente foi contatado a impressão diagnóstica de adenocarcinoma mucoepidermoide. **Discussão:** O ACME é uma neoplasia rara de caráter indolente. Seu diagnóstico

nem sempre é fácil e a obtenção de material da área suspeita é de fundamental importância para o diagnóstico. Como se trata de neoplasia incomum, torna-se necessário patologista experiente para análise do material obtido. Além disso, faz-se necessário fragmento com tamanho suficiente para análise de rotina além de imunoistoquímica. Neste contexto a criobiópsia tem grande valor, já que permite a obtenção de fragmento tecidual de tamanho considerável através de método seguro e pouco invasivo (broncoscopia). No presente caso a abordagem através de criobiópsia foi fundamental para a elucidação diagnóstica.

AP398 POTENCIAIS ALVOS TERAPÊUTICOS DA TRANSIÇÃO EPITÉLIO-MESENQUIMAL NO CÂNCER DE PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS (CPNPC)

JULIANA RODRIGUES MACHADO¹; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO²; CLAUDIA APARECIDA RAINHO³; VANESSA KAREN DE SÁ⁴; EDWIN ROGER PARRA CUENTAS⁵; VERA LUIZA CAPELOZZI⁶

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP; 2. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), RIBEIRÃO PRETO, SP; 3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO, BOTUCATU, SP; 4. A. C. CAMARGO CANCER CENTER HOSPITAL, SÃO PAULO, SP; 5. MD ANDERSON CANCER CENTER, TEXAS; 6. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; transição epitélio-mesenquimal (emt); mutação

Introdução: Apesar dos avanços terapêuticos, o câncer de pulmão é a principal causa de morte por câncer em todo o mundo. As células do câncer de pulmão geralmente apresentam fenótipos mesenquimais; no entanto, alterações genéticas causadoras da indução da transição epitélio-mesenquimal (EMT) em células de câncer de pulmão ainda permanecem desconhecidas. **Objetivos:** Nosso objetivo foi investigar padrão de variante genômica associada aos genes da transição epitélio-mesenquimal (EMT) em câncer de pulmão de não-pequenas células (CPNPC). **Materiais e Métodos:** Realizamos sequenciamento de alto rendimento em 80 amostras de CPNPC empregando painel personalizado da Illumina com regiões codificantes de 38 genes, 764 amplicons e cobertura de 96X em MiSeq (Illumina) com 2x150pb pareado. Os conjuntos de dados resultantes foram analisados utilizando o software Variant-Studio (Illumina) e correlacionados com os dados clinicopatológicos. Para prever o caráter patogênico de variações de nucleotídeo único utilizamos as ferramentas PolyPhen e SIFT. **Resultados:** Das 80 amostras, 75 apresentaram qualidade para análise molecular. As alterações genômicas foram encontradas mais comumente nos genes de EMT: TP53, PTEN, EGFR, KRAS, ERBB2, PIK3CA, MMP2, SNAI, VIM, ZEB1, ZEB2, AXL, CD44, CD276 e CDH1. **Conclusão:** Os resultados sugerem que variantes genômicas em CPNPC são complexas e mostram que a ferramenta NGS é uma maneira eficaz de detectar mutações no câncer de pulmão. Detectamos diferentes variantes prejudiciais em genes EMT como: AXL, ZEB1 (Snail), ZEB2 (Slug), CDH1 e CD44, sugerindo que o direcionamento desses genes pode ser benéfico como tratamento anti-câncer para reduzir a progressão agressiva de CPNPC metastático.

AP399 NEOPLASIA PULMONAR EM NONAGENÁRIO: LIMITE DE IDADE?

LEANDRO GENEHR FRITSCHER; MARIA TERESA TSUKAZAN; MARCELO BASSO GAZZANA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Nonagenário; câncer; pulmão

Introdução: A neoplasia pulmonar é muito frequente em idosos, entretanto, estes pacientes são pouco

representados em estudos clínicos. A idade por si só não é um fator de mau prognóstico e artigos recentes tem demonstrado bons resultados para pacientes octogenários. Neste relato apresentamos uma paciente nonagenária com neoplasia pulmonar sintomática. **Relato de caso:** Paciente feminina, 96 anos, previamente hígida, nunca tabagista compareceu à emergência por episódio de hemoptise de aproximadamente 50 ml. Negava febre, emagrecimento ou outros sintomas sistêmicos. TC de tórax evidenciou nódulo espiculado de 3,5cm em lobo superior esquerdo. Lesão não visível em broncoscopia com lavado negativo para neoplasia. Confirmação diagnóstica de adenocarcinoma por biópsia guiada por TC. Realizado estadiamento com completo incluindo RM de crânio e PET CT com captação exclusiva do nódulo. Avaliação cardiológica, clínica rigorosa e espirometria sem impeditivos para cirurgia. Paciente lúcida e ativa funcionalmente optou por cirurgia ao invés de tratamento paliativo com SBRT ou sistêmico. Foi submetida a lobectomia superior esquerda inicialmente por VATS e devido a fragilidade vascular e aderência linfonodal foi realizada conversão para minitoracotomia sem sangramento importante para segurança da paciente. O pós-operatório foi sem intercorrências, sem nenhuma complicação. Anatomopatológico confirmou adenocarcinoma pT2aNOM0 (3,5x4,0x2,5cm) e teste molecular apresentou EGFR mutado. Sobrevida de 11 meses sem recidiva e mesma qualidade de vida pré-operatória. **Discussão:** A neoplasia pulmonar permanece ocupando a primeira posição na mortalidade para câncer em ambos os sexos. Frequentemente pacientes idosos são excluídos de tratamento potencialmente curativos como a cirurgia e, às vezes, até de tratamento paliativos como quimioterapia, terapia alvo e radioterapia. Uma avaliação clínica pré-operatória detalhada, avanço no manejo pós-operatório e técnica cirúrgica menos invasiva permitem uma melhor seleção de pacientes idosos candidatos ao tratamento cirúrgico.

AP400 NÓDULO PULMONAR COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA PAPILAR DE TIREÓIDE: UM RELATO DE CASO

ANA LUIZA PAGANI FONSECA; MARCELO BASSO GAZZANA; JORGE MARIO AHUMADA RAMIREZ; LUÍS FERNANDO SPINELLI; RAFAELA MANZONI BERNARDI; LÍLIA CUNHA CÊ; ANA LUIZA SILVA MAIA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Nódulo pulmonar; metástase; tireóide

A investigação de nódulos pulmonares é um desafio para o pneumologista, tendo em vista as inúmeras etiologias possíveis. Entre elas as neoplasias malignas, mais comumente de sítio primário pulmonar ou metástases de carcinomas extrapulmonar (mama, cólon, rim e melanoma são as mais comuns). O câncer de tireóide é a neoplasia endócrina mais comum e de melhor prognóstico. A apresentação mais comum é a descoberta de um nódulo cervical assintomático ao exame físico. Embora metástases à distância possam ocorrer em até 15%, a apresentação inicial como nódulo pulmonar é rara. Relatamos o caso uma paciente assintomática respiratória onde o diagnóstico de adenocarcinoma de tireóide ocorreu pela avaliação inicial de nódulos pulmonares. Paciente feminina de 59 anos, hipertensa, não tabagista, sem pneumopatia prévia. Iniciou acompanhamento por diversos nódulos à TC de tórax. Permaneceu em seguimento por 3 anos, sem alteração das imagens. Apresentou aumento de uma das lesões sólidas (1,7X1,7cm). Foi optado por realizar biópsia, cujo AP evidenciou adenocarcinoma papilar moderadamente

diferenciado, com imunohistoquímica positiva para TTF1 e tireoglobulina. Negava qualquer sintoma consumptivo, respiratório ou tireoidopatia prévia. Ao exame físico não havia nódulo de tireóide palpável ou linfonodomegalias cervicais. Ecografia de tireóide evidenciava 2 imagens nodulares suspeitas. Apresentava provas de função pulmonar normais, TSH normal, Tireoglobulina < 0,2ng/mL e Ac antitireoglobulina 202,1UI/mL. Sem evidência de lesões na TC de abdome. Após avaliação endocrinológica, prosseguiu com tireoidectomia total e esvaziamento cervical. O AP revelou adenocarcinoma papilar variante folicular bilateral. Posteriormente recebeu dose de iodo radioativo (100mCi). A metástase pulmonar do câncer de tireóide é rara e pode ter distribuição miliar ou como imagens numulares. Quase todos os cânceres papilíferos captam iodo radioativo e, muitas vezes, também produzem hormônios, simulando um quadro de hipertireoidismo. No caso de metástases pulmonares, a sobrevida em 10 anos é cerca de 40%. Os 5% que evoluem para óbito são constituídos por pacientes >40 anos, com lesões aderentes às estruturas vizinhas ou metástases invasivas cervicais ou à distância, situação desta paciente. Habitualmente a descoberta do nódulo é acidental. Raramente, o paciente é visto pela primeira vez em virtude da presença de metástases, como neste caso. A paciente permaneceu assintomática durante os 3 anos de seguimento e não apresentou crescimento da lesão na imagem de tórax, ou no órgão primário. O tratamento do carcinoma tireoideano é a tireoidectomia total e as metástases clinicamente detectáveis devem ser tratadas com radioiodoterapia, ressecção cirúrgica ou com doses de tirosina quinase, no caso de doença refratária ao iodo. Este caso ilustra um diagnóstico não usual de nódulo pulmonar incidental, porém salienta com forte relevância a importância do seguimento e acompanhamento das lesões pulmonares.

AP401 NEOPLASIA PULMONAR COM METÁSTASE EM SUBCUTÂNEO: RELATO DE CASO

CAROLINA NILO DE SANTANA; ANA PATRICIA ALVES LIMA SANTOS; MARILIA FERRAZ DE OLIVEIRA MACEDO; MARCELL COUTINHO DA SILVA; IVAN MENDES RIBEIRO NETO; EDSON FRANCO FILHO; MARIA LUIZA DORIA ALMEIDA
UFS, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Tumor neuroendócrino; neoplasia pulmonar; metástase

Introdução: Os Tumores neuroendócrinos (TNE's) constituem grupo heterogêneo de neoplasias com características comuns: tumores capazes de secretar hormônios, neurotransmissores, neuromoduladores e neuropeptídeos. As células neuroendócrinas, supostamente precursoras desse grupo de neoplasias, são encontradas em todos os órgãos sólidos, pele e mucosas; portanto, os TNE's podem ter origem em vários locais. O sítio primário mais comum é o intestino delgado (34%), seguido pelo pulmão (29,8%). Neste último, os TNE's são classificados em tumor carcinoide típico (1-2% dos tumores de pulmão, bem diferenciado, baixo grau), tumor carcinoide atípico (1-2%, grau intermediário), carcinoma de pequenas células (15-20%, pouco diferenciado, alto grau), carcinoma neuroendócrino de células grandes (3%, pouco diferenciado, alto grau). Apresentamos um caso de paciente com tumor neuroendócrino de pulmão com padrão de disseminação metastática pouco usual. **Relato do Caso:** Paciente, J. B. P., 66 anos, admitida no HU/UFS com dispneia intensa e dor torácica. Foi encaminhada devido opacidade em ápice pulmonar esquerdo em radiografia de tórax de janeiro de 2018. Radiografia de ombro esquerdo realizada pela dor no local em 2017 evidenciava nodulação pulmonar, não identificada à ocasião. Referia dor há oito meses de

intensidade crescente, em hemitórax esquerdo. Observou também aparecimento de três massas subcutâneas de crescimento rápido e muito dolorosas em região crural esquerda, infra-axilar direita e região inguinal direita. Houve perda ponderal de cerca 30 kg nos últimos dois anos. A paciente foi submetida à biópsia da massa infra-axilar direita, cuja análise histopatológica revelou infiltração por carcinoma. Apresentou ao estudo imuno-histoquímico positividade para citoqueratina, que confirma a histogênese epitelial das células neoplásicas. Havia ainda coexpressão de cromogranina A e sinaptofisina, achados compatíveis com carcinoma neuroendócrino. Após diagnóstico a paciente foi encaminhada para o serviço de referência oncológica para dar seguimento com tratamento apropriado. **Discussão:** Não há estudos avaliando a distribuição de metástases de TNE's a nível populacional, sendo a epidemiologia de metástases em tumores neuroendócrinos desconhecida. O local mais acometido por metástases de TNE's de origem não pulmonar é o fígado. Os TNE's pulmonares são responsáveis por 87% das metástases para SNC. A maioria dos pacientes com metástase cerebral de carcinoma neuroendócrino mostrou a lesão primária nos pulmões, e eles tinham múltiplas metástases para o fígado, gânglios linfáticos, ossos e outros sítios, no momento do diagnóstico da metástase cerebral. As metástases cutâneas de TNE's são manifestações raras. A maioria dos casos apresenta lesões de pele indolores, embora em alguns pacientes as lesões podem ser bastante dolorosas e quando presentes, se associam a pior prognóstico.

AP402 ADENOCARCINOMA DE PULMÃO COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA E CRESCIMENTO RÁPIDO PARA FORA DA CAVIDADE TORÁCICA

ISABELA ANDRADE DUTRA DE RESENDE; PAULO HENRIQUE RAMOS FEITOSA; ANTONIO BONAPARTE SANTANA FERREIRA JUNIOR; ALBERTO BRUNING GUIMARÃES; WILTON PAULO DE FREITAS MARTINS VIEIRA; CAMILA DA GAMA CAMPOS; GILDA ELIZABETH OLIVEIRA DA FONSECA; FLÁVIA MARIA BASTOS LIMA
HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA, DF.

Palavras-chave: Adenocarcinoma de pulmão; apresentação atípica; câncer de pulmão

Introdução: O câncer de pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando aumento de 2% ao ano na sua incidência mundial. Do ponto de vista anatomo-patológico, é classificado em: pequenas células e não-pequenas células, sendo que este corresponde a um grupo heterogêneo composto de três tipos histológicos: carcinoma epidermóide, adenocarcinoma e carcinoma de grandes células. O Adenocarcinoma constitui o câncer de pulmão mais frequente. Sua apresentação mais comum é de uma massa periférica, cujo fenótipo é resultante da quebra dos mecanismos distais da defesa pulmonar. Apresentamos um caso de adenocarcinoma com quadro clínico atípico, tendo um crescimento livre fora da cavidade torácica de forma rápida e com presença de importante neovascularização, mostrando que as estruturas pulmonares e da parede torácica são os grandes seguradores do crescimento desta lesão. É possível que uma toracocentese prévia tenha sido a causadora da via de 'liberdade' do tumor, provocando uma imagem bizarra. Caso Clínico L. V. S., 60 anos, ex-tabagista 45 anos/maço, apresentou início de tosse, astenia e pequena perda de peso em maio/2017, quando, internado, recebeu diagnóstico de PAC, que se complicou com importante derrame pleural, sendo realizada drenagem. Após o procedimento, que ocorreu em junho/2017, refere início de lesão verrucosa em parede lateral de tórax à esquerda (cerca de 2 cm acima do sítio do dreno), aumento da perda de peso e episódio único de hemoptise. Procurou auxílio no

Hospital Regional da Asa Norte (DF), em fevereiro/2018, já apresentando importante lesão exofítica, que, por biópsia incisional, verificou-se tratar de Adenocarcinoma de pulmão. **Discussão:** O carcinoma de pulmão é atualmente um problema de saúde pública, constituindo a principal causa de morte por câncer nos países ocidentais. Quando classificado como células não-pequenas, representa cerca de 80% das neoplasias do pulmão, sendo o adenocarcinoma o subtipo histológico mais frequente; apesar de avanços na terapêutica, seu prognóstico se mantém reservado, pelo que se torna necessário esclarecer os mecanismos patogênicos envolvidos em sua carcinogênese. A invasão de parede torácica é relativamente comum e sua taxa de crescimento pode ser variável, visto que a vascularização dos tumores por meio de vasos sanguíneos derivados de hospedeiros tem uma profunda influência, fornecendo oxigênio para a sobrevivência das células tumorais. Está claro que os tecidos pulmonares e a parede torácica são barreiras naturais, que diminuem a angiogênese e o crescimento da lesão. A partir da inexistência de barreiras naturais de contenção e a neovascularização em pleno vapor, chama a atenção o crescimento bizarro e incomum deste adenocarcinoma. Referência 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.

AP403 LINFOMA MALT PULMONAR – RELATO DE CASO
NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA; MARCELO LOZE DE QUEIROZ

HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - HGG, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Linfoma; mielograma; broncoscopia

Introdução: O linfoma de células B da zona marginal extranodal de tecido linfóide associado à mucosa (MALT) representa cerca de 8% de todos os linfomas não Hodgkin. Esses tumores surgem no interior de tecidos com inflamação crônica ou de etiologia infecciosa, como na glândula salivar (síndrome de Sjögren), na tireoide (tireoidite de Hashimoto), e no estômago na gastrite por *Helicobacter pylori*. Já os linfomas primários de pulmão são raros e respondem por 1% de todos os tumores pulmonares.

Relato de caso: J. G. S., 56 anos, sexo masculino, não tabagista, internado em UTI do dia 29/09/14 a 03/10/14 por infarto agudo do miocárdio. Permaneceu na UTI em ventilação espontânea, negava febre, tosse produtiva ou dispnéia. Após 2 dias internado foi suscitado de pneumonia por imagem radiográfica e tratado com levofloxacino por 10 dias. Por persistência da imagem após 8 semanas foi encaminhado ao cirurgião torácico, sendo em 02/2015 submetido a broncoscopia: sem alterações de mucosa com biópsia transbronquial de lobo superior esquerdo (LSE) cujo anatomo-patológico e imuno-histoquímica evidenciaram infiltrado linfóide atípico B (CD 20+), indicativo de linfoma da zona marginal extranodal (Linfoma Malt). Realizado tomografia de crânio e abdome 02/2015: normais, PET-CT 05/2015: opacidade em LSE radioconcentrante. Realizado mielograma e biópsia de medula óssea: normocelular para idade. Hematologista solicitou ressecção cirúrgica para melhor controle da doença (restrita ao pulmão), feito então lobectomia – LSE em 08/2015 – sem comprometimento de margens, cadeia linfonodal ou pleura. **Discussão:** O linfoma pulmonar é definido por proliferação linfóide monoclonal no parênquima pulmonar ou tecido brônquico, sem evidência de envolvimento extrapulmonar no momento do diagnóstico. Quando originado na mucosa brônquica recebe

o nome de: Bronchial Mucosa Associated Lymphoid Tissue – BALT. A presença desses agregados (BALT) não é comum e pode ter como causa infecção respiratória crônica ou recorrente, tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica ou asma, pneumonite crônica de hipersensibilidade, fibrose cística e doença do tecido conjuntivo com envolvimento pulmonar. Cerca de 50% dos doentes são assintomáticos, o que torna o diagnóstico bastante difícil, sendo a doença descoberta incidentalmente em radiografias, com infiltrados ou nódulo(s) pulmonares. Quando presentes, os sintomas respiratórios são inespecíficos: dispnéia, dor torácica, tosse, sibilos e hemoptise. O diagnóstico definitivo baseia-se no exame histopatológico de biópsias brônquicas, transbrônquicas, transtorácicas e pulmonares cirúrgicas. As biópsias endobrônquicas e transbrônquicas, habitualmente de pequenas dimensões, não permitem a obtenção do diagnóstico com muita frequência, porém no caso em questão foi suficiente para o diagnóstico. Pacientes com linfomas BALT costumam ter um prognóstico excelente com tratamento cirúrgico, radioterapia, quimioterapia ou associações dessas estratégias.

AP404 INFECÇÃO RESPIRATÓRIA SECUNDÁRIA A TUMOR CARCINOIDE: RELATO DE CASO

NANCIARA SILVA AZEVEDO¹; IGOR DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA SOUSA¹; BEATRIZ DIAS FREITAS¹; BRUNA VASCONCELOS PONTES ROCHA¹; LETTICIA PALLOMA MOREIRA DE LIMA¹; LUISE VASCONCELOS PAULA PESSOA DIAS¹; PAULO VICTOR BATISTA REIS SOARES¹; RAFAEL SOUSA BRITO²

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA - UNINTA, SOBRAL, CE; 2. PNEUMOLOGISTA/BRONCOSCOPISTA, SOBRAL, CE.

Palavras-chave: Tumor-carcinoide; células endócrinas; pneumonia

Introdução: Os tumores carcinóides fazem parte do grupo de tumores neuroendócrinos, cujas células de origem são responsáveis pela secreção de polipeptídeos hormonalmente ativos. O local de origem mais frequente é o trato gastrointestinal com cerca de 74% dos casos, seguido do respiratório com 25% dos casos. Esses tumores geralmente são diagnosticados entre a quinta e sexta década de vida e são ligeiramente mais comuns em mulheres. É classificado em típico e atípico de acordo com o grau histológico de malignidade. Os sintomas mais relatados são as infecções pulmonares recorrentes, hemoptise, tosse, dor torácica, dispnéia. O objetivo do estudo é relatar o caso de tumor carcinóide em paciente com infecção respiratória de repetição.

Relato do Caso: Paciente, 53 anos, feminino, natural e procedente de Sobral, admitida no Hospital Regional de Sobral com queixa de tosse e dor torácica e relato de múltiplos tratamentos ambulatoriais prévios para pneumonia no último ano com melhora parcial, sendo encaminhada para investigação diagnóstica. Realizada tomografia computadorizada que evidenciou lesão expansiva em lobo superior direito seguido de broncoscopia com evidência de obstrução brônquica à direita por lesão vegetante com realização de biópsia endobrônquica que mostrou a presença de células arranjadas em cordões, ninhos sólidos e estruturas pseudo-glandulares suspeito para neoplasia neuroendócrina, com confirmação após realização de imuno-histoquímica. Paciente foi então encaminhada para hospital de referência em Fortaleza-CE para ressecção tumoral. **Discussão:** A maior parte dos tumores neuroendócrinos é originada a partir de células endócrinas ou enterocromafins encontradas na mucosa gastrointestinal. Estudos recentes, entretanto, evidenciaram que os tumores carcinóides podem ser originados a partir de uma célula tronco do tipo epitelial, o que explicaria sua ocorrência em outros locais do organismo

como pulmões. O comprometimento pulmonar é observado em até 5% dos tumores primários do pulmão e não apresenta associação com fatores etiológicos conhecidos como o tabagismo, radiação ou exposição a carcinógenos químicos, desenvolvendo-se preferencialmente nas regiões centrais do pulmão (85%). Apresentam velocidade de crescimento e comportamento variáveis, desde totalmente benigno, sem infiltrações locais ou disseminação metastática, a extremamente agressivo e com uma curta sobrevida. Deve-se suspeitar de tumor carcinoide pulmonar nos pacientes com história de infecções pulmonares recorrentes, associadas a hemoptise, tosse ou chiado no peito. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica, sendo os limites da ressecção depende da localização e da extensão da neoplasia. **Referências:** 1. MAGALHÃES, F. R. P.; MANHAES, J. C. S.; GAMA, M. D. D. P. Tumor carcinomas pulmonar: relato de caso. Revista Científica da FMC, Campos de Goyticazes, Vol. 5, nº 2, 2010, p. 11-14. 2. MURAD, A. M.; KATZ, A. Oncologia: bases clínicas do tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997. p. 289-92.

AP405 TAXAS DE MORTALIDADE POR CâNCER DE BRÔNQUIOS E PULMÕES, BRUTAS E AJUSTADAS POR IDADE NO BRASIL DE 2010 A 2015

RENATO SOUSA LUZ PEDROSA; BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES; FÁBIO FERREIRA MARQUES; JÚLIA RODRIGUES MORAES; GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO; LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA; LUIS MÁRIO MENDES MEDEIROS; MIRIAN PAIVA SILVA UNIEVANGÉLICA, ANAPOLIS, GO.

Palavras-chave: Neoplasias brônquicas; neoplasias pulmonares; registros de mortalidade

Introdução: As neoplasias, de uma forma geral, são um problema de saúde pública e ocupam o segundo lugar em mortalidade na população. Segundo a Organização mundial da saúde (OMS) o Câncer de pulmão constitui o tipo mais comum de neoplasias no mundo. **Objetivo:** Comparar as taxas de mortalidade por câncer de brônquios e pulmões, brutas e ajustadas por idade no Brasil de 2010 a 2015. **Pacientes e método:** Trata-se de um estudo quantitativo, de base populacional e delineamento transversal. Os dados foram de origem secundária, extraídos do DATASUS/INCA, entre os anos de 2010 a 2015, no Brasil. Foram avaliados a mortalidade pelo câncer de brônquios e pulmões em relação ao sexo e a faixa etária. **Resultados:** Entre 2010 e 2015, as neoplasias de pulmão e brônquios totalizaram 143.669. Sobre o caráter de gênero, o sexo masculino foi o mais acometido com 60,3% dos casos. Em relação a faixa etária observamos que a mortalidade aumenta substancialmente com a idade em ambos os sexos. Isso porque, a faixa etária de 50-79 anos tanto em homens quanto em mulheres corresponde a 76,7% do total de óbitos. Quando comparado a faixa etária de maior mortalidade em relação ao sexo notamos que nos homens a faixa de maior mortalidade está entre 70-79 anos, enquanto que nas mulheres, está em 60-69 anos. É notório que a medida que a população vai atingindo a expectativa de vida, com mais de 80 anos, a mortalidade pela neoplasia diminui, correspondendo apenas a 16,3% de todas as mortes. **Conclusão:** O câncer de Pulmão e brônquios é muito prevalente e responsável por uma grande quantidade de óbitos ao ano. É imperativo afirmar que tal afecção acomete muito mais o sexo masculino do que o feminino. A idade, sem dúvidas, é um fator de risco para o aumento da mortalidade, sendo muito maior entre a 5ª e 7ª décadas de vida e diminuindo após essa faixa. Logo, faz-se necessário, após a detecção dos grupos de risco, estratégias de prevenção e promoção de saúde, voltadas a prevenção, detecção precoce e tratamento desses indivíduos.

AP406 PERFIS INFLAMATÓRIOS NA ASMA E A SUSCETIBILIDADE À TUMORIGÊNESE PULMONAR

RICARDO HENRIQUE SILVA MIRANDA¹; ANTÔNIO ALVES PEREIRA JÚNIOR²; IURI DORNELAS PRATES FREITAS³; ALAN SALES BARBOSA⁴
1. UNIVERSIDADE DE ITAÚNA, ITAÚNA, MG; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS, ALFENAS, MG; 3. FACULDADE DE SETE LAGOAS, SETE LAGOAS, MG; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Asma; câncer; metástase pulmonar

Introdução: Os cânceres são a segunda principal causa de mortalidade, sendo responsáveis por uma a cada seis mortes pelo mundo, segundo a OMS. Entre eles, o câncer de pulmão é responsável por um quinto de todos os tumores malignos diagnosticados no mundo. A asma tem se mostrado como condição de incidência crescente e é caracterizada por um processo inflamatório crônico que pode favorecer tanto o desenvolvimento de tumores primários quanto a ocorrência de implantes metastáticos pulmonares, uma vez que a liberação de citocinas, a agressão tecidual local e o aumento inespecífico da permeabilidade vascular (que podem favorecer a proliferação e a migração de células cancerosas) são características desta doença. A compreensão destes processos é essencial na busca por estratégias que melhorem a resposta aos tratamentos atuais e aumente a sobrevida dos pacientes. **Objetivos:** Investigar dados da literatura que discutam a associação entre quadros inflamatórios, tumorigênese e processo de implante metastático pulmonar, e possíveis terapêuticas. **Métodos:** Foi realizada revisão bibliográfica em artigos indexados nas bases de dados Medline e Bireme, utilizando os descritores “asma”, “metástase” e “câncer”. Artigos publicados nos últimos 15 anos foram analisados e selecionados buscando comparar e correlacionar dados clínicos e experimentais. **Resultados:** Enquanto há amostragens incongruentes quanto à causalidade no aumento da prevalência de câncer, a maioria dos estudos sugere existir forte associação epidemiológica entre asma e o desenvolvimento de tumores primários e metástases no pulmão. Além disso, há evidências de que a inflamação crônica das vias aéreas é um gatilho para a carcinogênese. Estudo em modelo murino de asma alérgica, com perfil inflamatório do tipo Th2, constatou aumento significativo no número de metástases pulmonares, evento reduzido pela administração de budesonida intravenosa. Outro trabalho verificou que esse tipo de inflamação aumenta a adesividade endotelial de forma inespecífica, favorecendo a fixação e diapedese de células tumorais no pulmão. Ademais, um dos mecanismos endógenos antitumorais é a citotoxicidade ocorrida na inflamação do tipo Th1. Na vigência de asma Th2, a atividade citotóxica é menos intensa, o que pode piorar o prognóstico tumoral. Contudo, a asma não-alérgica mostrou maior predisposição ao câncer que a alérgica em amplo estudo com a população sueca, e outros dados sobre a influência de diagnóstico adequado de asma por especialistas e hospitalizações são inconclusivos. **Conclusão:** A asma alérgica com o perfil inflamatório Th2 induz aumento de metástases pulmonares e o tratamento com corticoide sistêmico se mostrou benéfico contra a progressão tumoral em camundongos. Porém, são necessários estudos que verifiquem essa relação em outros tipos de asma, como a severa (Th1) e a neutrofílica (Th17), além de ensaios clínicos que os corroborem.

AP407 METÁSTASE PULMONAR DE CARCINOMA MEDULAR RENAL: ASPECTOS RADIOLÓGICOS E IMUNOHISTOQUÍMICOS INCOMUNS

ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR; RICARDO SIUFI MAGALHÃES; RAQUEL BALDINI CAMPOS; ANITA CASSOLI CORTEZ;

MÔNICA CORSO PEREIRA; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME; ELZA MARIA FIGUEIRAS PEDREIRA CERQUEIRA; MAURICIO WESLEY PERROUD
UNICAMP, CAMPINAS, SP.

Palavras-chave: Linfangite carcinomatosa; carcinoma medular renal; imunohistoquímica

Introdução: Carcinoma medular renal é uma neoplasia rara e de alto grau de agressividade, a qual ocorre principalmente em pacientes negros com doença ou traço falciforme, em geral, com idade entre 10-40 anos. Clinicamente, manifesta-se com hematúria, dor em flancos e perda de peso, sendo que a maior parte dos casos encontra-se em estágio avançado no momento do diagnóstico, sendo 90% com metástases, predominando em linfonodos e pulmões.

Relato de caso: Mulher, 39 anos, previamente hígida, inicia dispnéia aos pequenos esforços em progressão. Internada sem sintomas infecciosos evidentes ou achados de síndrome consumptiva. Relato de hematúria episódica e lesões cutâneas hiperemiadas e descamativas em região malar. Antibioticoterapia, corticoterapia 0,5mg/kg/dia e LABA, com melhor clínica parcial. TC Tórax com hipótese radiológica de sarcoidose, espessamento intersticial peribroncovascular e pequenos nódulos; ecocardiograma normal; biópsia de pele com ausência de granulomas e broncoscopia com biópsia com hiperemia de mucosas e pequena quantidade de secreção; pesquisa e cultura de fungos/bactérias negativas. Anátomo-patológico com agrupamentos de células epiteliais atípicas. Imuno-histoquímica de carcinoma pouco diferenciado de padrão sólido de células grandes infiltrativo em parênquima pulmonar. Co-expressão de PAX-8 e receptor de progesterona. Evolução clínica com piora de insuficiência respiratória e submetida à ventilação mecânica com transferência para UTI. Paciente refratária às medidas hemodinâmicas e ventilatórias com evolução a óbito. **Discussão:** O carcinoma medular renal, embora com limitado entendimento atual sobre seus mecanismos e sua relação com hemoglobinopatia, apresenta grande interesse pelo desafio médico envolvido em seu diagnóstico. Trata-se de neoplasia com elevado índice de metástase ao diagnóstico e com sobrevida de semanas a meses. Neste relato de caso o diagnóstico diferencial com outras neoplasias com maior possibilidade de evolução para linfangite carcinomatosa e diagnósticos menos comuns como sarcoidose mostraram-se desafiadores, uma vez que o histopatológico nem sempre é possível prontamente. Histopatologicamente, o carcinoma medular renal é indistinguível do carcinoma de ducto coletor e carcinoma urotelial, configurando dificuldade para o patologista, dada a ausência de características definidoras. Devemos destacar no presente caso uma imunohistoquímica distinta da usual com a expressão dos marcadores AE1/AE3; CK7; MOC-31; PAX 8; p-16. O receptor de progesterona (p-16) não foi encontrado em nossa pesquisa como marcador conhecido de carcinomas renais. **Conclusão:** É notável que há evidências consistentes na literatura da existência de receptores de progesterona localizados nos túbulos renais distais. É questionável se a expressão de receptor de progesterona pode ser atribuída ao carcinoma medular renal ou encarada como manifestação do parênquima renal normal. Mais dados da literatura serão necessários para confirmar essa hipótese.

AP408 TUMOR NEUROENDÓCRINO DISSEMINADO PULMONAR EM PACIENTE ASSINTOMÁTICA, UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

JAMILI LEITE DA SILVA; ANA CAROLINA LOPES RODRIGUES CUNHA; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS; JOYCE VALADÃO BORGES; MURILLO DE ARAUJO MARTINS; ANDRE

AUGUSTO NUNES BATISTA; EDGAR CHELI NETO; ANDREA DE CASSIA VERNIER ANTUNES CETLIN
USP-RP, RIBEIRAO PRETO, SP.

Palavras-chave: Tumor; neuroendócrino; disseminado

Introdução: tumor neuroendócrino caracteriza-se por apresentar crescimento lento, mais frequentemente diagnosticado entre a quinta e sexta década de vida. As manifestações clínicas compreendem infecções pulmonares recorrentes, tosse, hemoptise e sibilância. São classificados como típicos e atípicos e o tratamento definitivo é a ressecção cirúrgica. **Objetivo:** relato de uma apresentação atípica de tumor neuroendócrino com 23 nódulos pulmonares bilaterais em paciente assintomática.

Relato do Caso: Paciente feminina, 57 anos de idade, assintomática, com achado incidental de 3 nódulos pulmonares em TC abdômen durante investigação de nefrolitíase. Nega tabagismo e com relato de ter visitado 2 cavernas. Exame clínico sem alterações. Na CT de tórax evidenciou múltiplos nódulos (23) com atenuação de partes moles bilaterais e disseminados por ambos campos pulmonares com diâmetros variando entre 4,0 milímetros (mm) e 12 mm. Levantada as hipóteses de neoplasia primária ou secundária e doença fúngica. O diagnóstico de tumor neuroendócrino típico de pulmão foi confirmado por biópsia cirúrgica. O tratamento cirúrgico não foi indicado devido apresentação atípica, optando-se por observação clínica. **Discussão:** o caso ilustra a apresentação atípica de tumor neuroendócrino, com nódulos pulmonares disseminados, em paciente assintomática sem indicação de tratamento cirúrgico.

AP409 SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR ASSOCIADA À TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DEVIDO ADENOCARCINOMA INVASOR

EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; RODOLFO FURTADO DIAS RODRIGUES; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Síndrome de veia cava superior; adenocarcinoma; trombose venosa profunda

Introdução: A síndrome da veia cava superior (SVCS) é um processo subagudo ou agudo, na maioria das vezes causada por uma neoplasia maligna intratorácica. Estas correspondem ao câncer de pulmão, os linfomas, os tumores mediastinais primários ou metastáticos, em até 90% dos casos. O câncer do pulmão é o responsável por 46% a 75% de todos os casos da SVCS. Ela é secundária à compressão, à invasão da veia cava superior e, ocasionalmente, à formação de um trombo endoluminal. **Relato de caso:** Paciente 64 anos, sexo feminino, procedente de Iporá-GO, aposentada. Ex-Tabagista, 23 maços/ano, sem comorbidades e sem sintomas respiratórios prévios. Admitida na pneumologia com quadro de astenia, hiporexia e tosse seca de caráter indolente e progressiva, há 30 dias. Referiu perda ponderal de 5 Kg nesse período. Negou dispnéia, febre, sudorese noturna e hemoptise. Referiu que há 3 dias, ao acordar, percebeu que estava edemaciada em toda região de face, pescoço e membros superiores. Na admissão, estava em regular estado geral, emagrecida e taquidispnéica. Apresentava edema cervicofacial, em membros superiores com vasos venosos túrgidos e circulação colateral visível; tinha murmúrio vesicular reduzido em todo hemitórax direito e abolido em base ipsilateral. Foi solicitada Radiografia de Tórax, que evidenciou opacidade de limites precisos e aspecto espiculado à direita em topografia de mediastino/veia cava superior, derrame pleural moderado ipsilateral e

infiltrado reticular grosseiro. Posteriormente, foi realizado Tomografia de Tórax contrastada a qual confirmou a hipótese diagnóstica de provável neoplasia maligna invadindo veia cava superior associada à trombose venosa profunda em vasos cervicotorácicos. Paciente foi submetida à toracocentese que evidenciou líquido pleural amarelo citrino, com características laboratoriais de exsudato conforme Critérios de Light e com predomínio de linfócitos. Foi realizada broncoscopia para biópsia. O anatomopatológico demonstrou Adenocarcinoma invadindo tecido conjuntivo. Posteriormente, fez-se tratamento do derrame pleural neoplásico com Pleurodese, e na oportunidade, foram visualizados implantes pleurais. **Discussão:** O relato ilustra as manifestações clínicas e os achados de exames complementares característicos de neoplasia maligna cursando com SVCS. O diagnóstico deve ser estabelecido mediante a história e o exame físico. É fundamental valorizar queixas como: "levantar de manhã com o rosto inchado", edemas ou hiperemias cervicofaciais sem outras explicações, ingurgitamento venoso cervical, presença de circulação colateral torácica e relato de perda da consciência relacionada ao esforço físico ou tosse. O tratamento clássico da SVCS inclui o uso de medidas clínicas como elevação da cabeceira do leito, oxigênio, diuréticos, corticosteroides e radioterapia quando possível. Estes visam diminuir o edema no território drenado pela VCS e reduzir assim os sintomas neurológicos e respiratórios presentes nessa síndrome.

AP410 METÁSTASE PLEURAL COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA PULMONAR: RELATO DE CASO

MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS; LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; RODOLFO FURTADO DIAS RODRIGUES; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA
HOSPITAL ALBERTO RASSI, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Metastase pleural; adenocarcinoma pulmonar; derrame pleural

Introdução: O câncer de pulmão é a principal causa de mortalidade por câncer no Brasil. A taxa de sobrevida em 5 anos padronizada no país é de 18%, semelhante às taxas globais, que variam de 10% a 20%. O carcinoma de pulmão é a causa mais comum de derrame pleural (responsável por quase um terço dos derrames metastáticos), seguido pelo câncer de mama e pelos linfomas. **Relato do Caso:** Paciente sexo masculino, 39 anos, trabalhador braçal, não tabagista, sem antecedentes pulmonares, encaminhado para hospital terciário em Goiânia – Goiás com quadro de tosse seca e dispneia aos esforços há 30 dias. Negou perda ponderal ou outras queixas. Negou comorbidades conhecidas. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, eupneico e ausculta respiratória com murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo. Radiografia de tórax mostrava derrame pleural volumoso à esquerda. Realizado toracocentese diagnóstica com líquido pleural de aspecto hemático, exsudato conforme critérios de Light, células nucleares com predomínio de linfócitos, DHL: 713 e ADA menor que 40. Em seguida, optado por videopleuroscopia com biópsia pleural e drenagem torácica a esquerda. Paciente evoluiu com melhora da tosse seca. Tomografia de tórax pós-evacuação evidenciou presença de pequeno derrame pleural, espessamento da pleura e moderado pneumotórax com finas densidades alongadas no espaço pleural sugestivo de atelectasia segmentar. Resultado da biópsia confirmou adenocarcinoma de pulmão com metástase em pleura. Paciente recebeu alta da enfermagem de pneumologia, mantendo-se em bom estado geral e foi encaminhado para

acompanhamento oncológico. **Discussão:** O principal mecanismo do acometimento pleural metastático é a disseminação vascular das células tumorais para pulmão e pleura visceral. A pleura visceral costuma estar envolvida em 87% dos casos, enquanto que com a pleura parietal, em apenas 47%. Outros mecanismos são a invasão direta da parede torácica, a disseminação hematogênica diretamente para a pleura parietal e o envolvimento linfático. Além disso, o aumento da permeabilidade capilar pela inflamação e a interferência na integridade da drenagem linfática por comprometimento mediastinal podem contribuir para o acúmulo anormal de líquido no espaço pleural. O rendimento diagnóstico da citologia do líquido pleural varia de 50 a 75% dos casos. A toracocentese deve ser sempre realizada concomitantemente com a biópsia pleural com agulha, cujo rendimento varia de 40 a 70%. Quando associado os dois métodos, o rendimento aumenta e pode alcançar 80- 90%. Como o derrame pleural neoplásico é uma manifestação de doença avançada, o tratamento é paliativo e deve ser baseado em fatores como expectativa de sobrevida, capacidade de desempenho nas atividades cotidianas, sintomatologia e doença de base. Os objetivos fundamentais são os de controlar de forma duradoura o derrame, aliviar ou suprimir os sintomas da doença e reexpandir o pulmão. O objetivo primordial é a melhora da dispnéia.

AP411 CASO CLÍNICO: CARCINOMA VERRUCOSO DE CORDA VOCAL E LESÃO NODULAR PULMONAR

ANA PAULA FIORAVANTI SCHACHT; GUSTAVO TRINDADE MICHEL; ROSEANE CARDOSO MARCHIORI; ARIIVALDO LEAL FAGUNDES; FERNANDO ALBERTO ZENNI FILHO

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Anátomo-patológico; laringe; carcinoma

O Carcinoma Verrucoso (CV) é uma variante histopatológica do Carcinoma Espinocelular. Apesar de maligna, essa variante cursa com algumas características de tumor benigno, como crescimento lento, padrão evolutivo mais expansivo do que invasivo, boa diferenciação celular e baixa propensão a metástases. O presente relato trata de um paciente com CV em corda vocal e lesão pulmonar nodular. Paciente 58 anos, masculino, casado, atualmente trabalhando no setor de olaria, anteriormente agricultor. Tabagista ativo de 6 palheiros por dia, dos 19 aos 58 anos (95 anos-maço), hipertenso em uso de hidroclorotiazida e propranolol, e ex-etilista. Encaminhado ao Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) por alteração em radiograma (RX) de tórax. Há 30 dias havia procurado a Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixas de mialgia, febre aferida e tosse produtiva de escarro esbranquiçado. Foi prescrito ciprofloxacino e foram solicitados exame de escarro e RX de tórax. As pesquisas de BAAR e bactérias no escarro foram negativas. O RX evidenciou nódulo de 3 cm de diâmetro, bem delimitado, no lobo inferior esquerdo (LIE). TC do tórax revelou um nódulo com densidade de partes moles, com 2,9 cm de diâmetro e limites bem definidos, no segmento basal posterior esquerdo, sem evidência de alteração mediastinal ou pleural. Na consulta no HUSM, o paciente estava assintomático e sem queixas respiratórias. Referia perda ponderal de 5Kg em 4 meses e infecções de vias aéreas superiores de repetição nos últimos dois anos. A espirometria identificou um distúrbio ventilatório obstrutivo moderado, sem resposta ao broncodilatador. A fibrobroncoscopia identificou uma lesão vegetante de aspecto esbranquiçado em corda vocal esquerda, que foi biopsiada; sem alterações em

árvore traqueobrônquica. Realizado lavado brônquico de LIE, que foi negativo para bactérias, BAAR, fungos e células neoplásicas. O anátomo-patológico (AP) da lesão laringea evidenciou lesão escamosa com arquitetura verrucosa/papilífera, sugestivo de carcinoma verrucoso bem diferenciado. Foi realizada biópsia pulmonar transcutânea guiada por TC, e o AP foi sugestivo da presença de material de tipo mixóide, com infiltrado de plasmócitos. Paciente foi encaminhado para internação hospitalar e foi submetido à laringectomia parcial fronto-lateral da prega vocal esquerda e segmentectomia basal posterior esquerda. Recebeu alta hospitalar 10 dias após a admissão, clinicamente estável e em uso de traqueostomia. Segue em acompanhamento com fonoterapia. O AP da lesão pulmonar revelou hamartoma pulmonar. A etiopatogenia do carcinoma de laringe está relacionada com carcinógenos biológicos (HPV), químicos (tabagismo) e físicos (trauma constante). O presente relato descreve a investigação de um incidentaloma, bem como enfatiza a importância da definição da etiologia de lesões pulmonares em pacientes diagnosticados com neoplasia de cabeça e pescoço.

AP412 CNCRDE PULMÃO OU PARACOCIDIOIDOMICOSE PULMONAR?

LUANA REDEL DE MORAES; GABRIEL BAGGIO; EDUARDO MORAIS EVERLING; VILMAR FONTANIVE; MERIALINE GRESELE; WALDO LUÍS LEITE DIAS DE MATTOS
UFCSA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Câncer de pulmão; paracoccidiodomicose; nódulos pulmonares

Introdução: O câncer de pulmão é representado em quase 95% dos casos por carcinomas, sendo os 5% restantes representados sobretudo por sarcomas e linfomas. Clinicamente, os carcinomas pulmonares são classificados em carcinomas não-pequenas células (CNPCs) e carcinomas de pequenas células. 25 a 30% dos cânceres de pulmão são carcinomas epidermóides. Esses tumores começam nessas células, que se caracterizam por serem planas e revestir o interior das vias aéreas. Há relação com o tabagismo e tende a ser encontrado na região central dos pulmões, perto de um brônquio. **Relato de caso:** Paciente com 53 anos, branco, natural e procedente de Feliz/RS, ex-tabagista há 5 anos, 60 anos/maço. Durante 30 anos trabalhou em avião, e atualmente construtor civil. Histórico de paracoccidiodomicose oral em 2015 tratada com Itraconazol 100mg/dia por 6 meses. Encaminhado ao ambulatório de pneumologia com queixas de dispneia, desconforto orofaríngeo, mal estar, fadiga e episódios febris há três meses. Perda de 7kg no período. TC de tórax em agosto de 2017 com infiltrado intersticial, nódulos no lobo superior esquerdo, espessamento brônquico, bronquiectasias, sugerindo processo inflamatório ativo. Suspeitado de paracoccidiodomicose pulmonar ou micobacteriose atípica. Nova TC de tórax em 17 de outubro de 2017 identificou consolidação no lobo superior esquerdo, com espessamento de septos interlobulares, obstrução do brônquio segmentar anterior esquerdo e retração da cissura (componente atelectásico), além de opacidades pulmonares com atenuação de vidro fosco esparsas e bilaterais, predominantemente peribroncovasculares, mais evidentes nos lobos superiores. Linfonodos proeminentes na cadeia subaórtica e paratraqueal esquerda medindo 0,8 cm. Seguiu-se investigação com fibrobroncoscopia com biópsia transbrônquica e lavado broncoalveolar (LBA): LBA com CP negativo para células malignas, AP com presença de carcinoma invasor pouco diferenciado e IH compatível com carcinoma epidermóide. Prosseguido estadiamento com

TC de abdome e crânio sem particularidades. Imunodifusão para paracoccidiodomicose negativo. Paciente submetido à mediastinoscopia e lobectomia superior esquerda, com boa evolução pós-operatória. Atualmente em tratamento quimioterápico e sem sinais de recidiva de doença.

Discussão: A paracoccidiodomicose, sugerida no caso por história médica pregressa e ocupacional compatíveis, pode apresentar sobreposição de achados clínicos e radiológicos com neoplasias pulmonares. Achados comuns em ambas condições incluem nódulos pulmonares, infiltrados intersticiais e opacidades em vidro fosco. O diagnóstico é confirmado por métodos invasivos, como a biópsia transbrônquica. A persistência de alterações pulmonares apesar do tratamento antifúngico adequado, deve levantar a suspeita de câncer de pulmão exigindo investigação detalhada, como no caso relatado.

AP413 INFLUÊNCIA DA NEOPLASIA MALIGNA DE TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÕES NA MORBIDADE E MORTALIDADE HOSPITALAR: UM COMPARATIVO ENTRE HOMENS E MULHERES

DANIEL SILVA SANTOS; LORENNIA OLIVEIRA MENEZES; JOSÉ WALMIR RODRIGUES DE MENEZES; BIANCA XAVIER DE OLIVEIRA SOUZA; ALVARO ANDRADE GÓIS QUEIROZ; IGOR SANDES DE BARCELOS; MARINA MARIA SANTOS ALVES; MARCOS VINICIUS DA SILVA

UNIVERSIDADE TIRADENTES, BARRA DOS COQUEIROS, SE.

Palavras-chave: Neoplasias pulmonares; hospitalização; registros de mortalidade

Introdução: As neoplasias malignas do aparelho respiratório, principalmente o câncer de pulmão, estão entre as neoplasias mais frequentes e entre as principais causas de morte em todo o mundo. Essa doença tem como principal agente etiológico o tabaco, o que antigamente fazia com que os índices de morbidade e mortalidade fossem altamente predominantes no sexo masculino. No entanto, a partir de 1960, com o advento feminista, as mulheres passaram a obter hábitos, antes considerados masculinos, como o tabagismo, e então esses índices começaram a sofrer alterações. Dessa forma, as neoplasias do aparelho respiratório deixaram de ser uma doença quase que exclusiva do sexo masculino e passaram a comprometer um alto número de mulheres. **Objetivo:** Evidenciar a incidência da internação, da mortalidade e da média de permanência, em dias, de pacientes diagnosticados com neoplasia maligna de traqueia, brônquios e/ou pulmões através da comparativa do sexo, no estado de Sergipe. **Método:** Realizou-se um estudo transversal, documental, com finalidade explicativa e científica. Foram obtidos dados do DATASUS referentes à neoplasia maligna de traqueia, brônquios e/ou pulmões em Sergipe, no período de outubro de 2012 a outubro de 2017.

Resultado: Foram notificados 550 casos de internação por neoplasia maligna de traqueia, brônquios e/ou pulmões no estado de Sergipe no período estudado. Dentre as internações, houve uma predominância do sexo feminino com 50,72% dos casos notificados. Dentre esses pacientes, o número de óbitos foi de 185, cujos 53% representaram o sexo masculino. Não obstante, a média de permanência hospitalar foi de 11,2 dias, dentre os quais os homens, 11,9 dias, lideraram com uma estimativa de 14% a mais que as mulheres, 10,4 dias. **Conclusão:** De acordo com os dados avaliados, observou-se que do total de internações obtidas, o sexo feminino mostrou-se o mais acometido, informação a qual ratifica o advento dos hábitos atuais descritos; no entanto, o sexo masculino apresentou maior mortalidade além de maior período de permanência hospitalar.

AP414 BRONCORRÉIA REFRATÁRIA EM PACIENTE COM

ADENOCARCINOMA PULMONAR PREDOMINANTEMENTE LEPÍDICO (APL): UM RELATO DE CASO

RICARDO SIUFI MAGALHÃES; RAQUEL BALDINI CAMPOS; ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR; RONALDO FERREIRA MACEDO; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO; MÔNICA CORSO PEREIRA; LAIR ZAMBON; MAURICIO WESLEY PERROUD UNICAMP, CAMPINAS, SP.

Palavras-chave: Adenocarcinoma predominantemente lepidico; broncorréia; egfr

Introdução: O Adenocarcinoma Predominantemente Lepídico (APL) é um subtipo de adenocarcinoma pulmonar (previamente denominado Carcinoma Bronquiolo - Alveolar) que se comporta de maneira distinta dos outros cânceres de pulmão não – pequenas células. O APL tende a envolver difusamente os pulmões, cursando com sintomas graves, como dispnéia, hipoxemia e broncorréia. Broncorréia é definida pelo excesso de produção de escarro aquoso (>100 ml/dia) e sua incidência é estimada em 6% dos CBA. **Relato de caso:** masculino, 66 anos, não tabagista com história de tosse produtiva com expectoração hialina crescente há 4 anos associado a perda ponderal de 10 kg. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou consolidações associado a pavimentação em mosaico (“crazy paving”). Gasometria arterial mostra pO₂ 57,7 mmHg e saturação de O₂ 88% ao ar ambiente. Broncorréia na admissão de 1500 ml/dia (62,5 ml/h). Realizada análise da citologia do escarro, em que os achados morfológicos favoreciam adenocarcinoma. Broncoscopia sem lesão endobrônquica e lavado brônquico do lobo inferior esquerdo evidenciou adenocarcinoma. Karnofsky Performance Status (KPS) 60%, não candidato a quimioterapia citotóxica. Iniciado tratamento para broncorréia com inibidor de Tirosino-Kinase (TKi) Erlotinibe, beclometasona inalatória, macrolídeo e hioscina via oral, com estabilização no volume do escarro, do padrão radiológico e da oximetria de pulso. O paciente apresentou, subsequentemente, pesquisa de mutação para o gene Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) negativa na biópsia líquida. Por estabilidade clínico – radiológica, mantido tratamento para broncorréia otimizado com TKi. **Discussão:** A citologia do escarro pode em casos selecionados diagnosticar neoplasia e é um teste inicial simples e não invasivo principalmente em pacientes de alto risco para broncoscopia. A broncorréia é um sintoma importante e limitante nos APL, como no caso relatado, e pode, por vezes, ser volumosa principalmente no subtipo mucinoso. As linhas de tratamento incluem TKi, corticosteróides inalatórios e macrolídeo dose imunomoduladora. APL tem menor quimiorresponsividade e estudos recentes mostraram alta atividade anti – tumoral dos TKi nesse subtipo histológico. **Conclusão:** A citologia do escarro é um método diagnóstico valioso na presença de broncorréia que, quando presente e diagnosticado APL, pode ser tratada com TKi como primeira linha mesmo com EGFR não mutado.

AP415 LINFOMA NÃO-HODGKIN COM INVASÃO BRÔNQUICA EM PACIENTE JOVEM

PEDRO RODRIGUES DE CARVALHO; ANA LAURA BATISTA GUIMARAES; JESSICA ALVES VASSELO; THAISA BONARDI; MARIA CLAUDIA PAIVA SAITO; PEDRO CUNHA DE MENDONÇA; MARCELO CENEVIVA MACCHIONE UNIFIPA, CATANDUVA, SP.

Palavras-chave: Linfoma não-hodgkin; paciente jovem; envolvimento endobrônquico

Introdução: O envolvimento pulmonar no linfoma não-Hodgkin (LNH), embora bem reconhecido, é menos comum do que com o linfoma de Hodgkin (LH), entretanto, o envolvimento endobrônquico é muito raro, mesmo na

presença de doença avançada. **História clínica:** Paciente de 15 anos, não fumante, com história de dispnéia aos moderados esforços associado à tosse seca há cerca de três meses. Realizada radiografia de tórax, que evidenciou opacidade segmentar em terço médio do hemitórax direito sem outras alterações, sendo aventada a hipótese diagnóstica de Pneumonia. Fez uso de antibioticoterapia oral em domicílio, sem melhora significativa dos sintomas. Uma semana após procurou nova avaliação médica devido à persistência dos sintomas, evoluindo com dispnéia progressiva, astenia e perda ponderal discreta. Negava febre ou sudorese. Na admissão apresentava-se consciente, orientado, eupneico (14 irpm), afebril, com extremidades bem perfundidas. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em 23 inferiores do hemitórax direito, sem ruídos adventícios associados, sem maciez a percussão. Submeteu-se a nova radiografia de tórax, a qual mostrou opacidade em terço médio e base do campo pulmonar à direita, obliterando cúpula e seio costofrênico ipsilaterais, associado à elevação da cúpula diafragmática à direita. A tomografia computadorizada do tórax, realizada em seguida, mostrou volumosa massa de limites mal definidos, medindo cerca de 14,6 x 13,8 x 12,5 cm. Tal lesão obliterou o brônquio fonte direito e levou à atelectasia total do lobo médio com desvio ipsilateral das estruturas mediastinais. A broncoscopia, realizada mais tarde, visualizou carina principal fixa, alargada e centrada, com lesão vegetante estendendo-se para o brônquio principal direito. Árvore brônquica direita ocluída por lesão vegetante e friável. Árvore brônquica esquerda com mucosa normal e morfologia preservada. A Biópsia da lesão endobrônquica mostrou fragmento com denso infiltrado linfóide em lamina própria agredindo o epitélio, com proliferação difusa de linfócitos, com contornos irregulares de natureza incerta. Realizado Mediastinoscopia, biópsia da massa mediastinal com relatório imuno-histoquímico: os conjuntos imuno-morfológicos favorece o diagnóstico de Linfoma não Hodgkin difuso de células B subtipo pós-centro germinativo. **Discussão:** Os LNHs têm apresentações clínicas bastante variadas que dependem muito do subtipo, da localização primária e da agressividade da doença. O Linfoma primário de células B mediastinais é um subtipo raro de LNH decorrente de células tímicas maduras. Geralmente manifesta-se com sintomas derivados da compressão das estruturas mediastinais, podendo causar síndrome da veia cava superior, paralisia do nervo frênico, disfagia, disfonia ou tosse, com envolvimento endobrônquico excepcional. A radiografia e a broncoscopia auxiliam na investigação, sendo que a segunda alternativa pode ser definitiva no diagnóstico diferencial.

AP416 CARCINOMA LEPÍDICO EM PACIENTE NÃO TABAGISTA: RELATO DE CASO

MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS; LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; RODOLFO FURTADO DIAS RODRIGUES; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA HOSPITAL ALBERTO RASSI, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Carcinoma lipídico; não tabagista; cancer de pulmão

Introdução: O carcinoma bronquioloalveolar (CBA), responsável por aproximadamente 3% dos casos de câncer de pulmão, é um dos poucos tipos histológicos presentes em pacientes com menor incidência de tabagismo, especialmente entre as mulheres. Especula-se que a presença da mutação do RFCE seja um dos fatores determinantes para que o desenvolvimento de CBA ocorra

preferencialmente em mulheres. **Relato do Caso:** Paciente sexo feminino, 53 anos, não tabagista, previamente hígida, sem antecedentes pulmonares, com história de que nos últimos 9 meses realizou vários tratamentos para pneumonia e drenagem de derrame pleural a direita. Admitida na enfermaria de um Hospital terciário em Goiânia – Goiás com quadro de tosse com secreção mucóide abundante, dispnéia aos esforços e hipoxemia. Ao exame físico, encontrava-se taquidispnéia e com necessidade de suporte de O₂ sob cânula nasal 3l/min e saturação periférica de 90%. Exames complementares revelaram importante leucocitose com desvio a esquerda, PCR baixo e tomografia de tórax com consolidações em lobo inferior direito e lobo superior esquerdo, com inúmeros nódulos com escavação em região de lingula. Paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda com necessidade de intubação orotraqueal e cuidados intensivos. Realizado broncoscopia com biópsia transbrônquica à direita. Arvore brônquica dentro da normalidade com secreção hialina abundante. Paciente manteve-se em IOT durante toda internação hospitalar. Excluído imunodepressão com sorologias para HIV e hepatites. Anatomopatológico evidenciou carcinoma lepidico e grau de anaplasia I. Manteve-se sem perspectivas de saída da ventilação mecânica. Optado por cuidados paliativos. Após um mês de internação hospitalar, paciente foi a óbito. **Discussão:** A forma lepidica de disseminação do CBA, recobrimo do epitélio respiratório e causando lesões pneumônicas ou multinodulares, é única. A sua incidência vem aumentando quando comparada aos outros tipos histológicos, o que tem sido atribuído ao uso da TCAR como método diagnóstico ou de screening, já que essa pode mostrar pequenas lesões pulmonares em vidro fosco antes imperceptíveis à radiologia convencional. O CBA tem um espectro de apresentações que varia desde o nódulo pulmonar solitário periférico até lesões pulmonares múltiplas, bilaterais e com derrame pleural associado. A Organização Mundial da Saúde (OMS) redefiniu, em 1999, os critérios histopatológicos necessários para o diagnóstico de CBA, restringindo esse diagnóstico aos tumores não invasivos. Essa redefinição se associou a uma melhora do prognóstico clínico de CBA em comparação às formas de adenocarcinoma antes consideradas como “adenocarcinoma bronquioloalveolar”. Recentemente, tem sido questionada a forma mais apropriada de tratamento cirúrgico para o CBA em estágio precoce, abaixo de 2 cm, uma vez que estudos mostraram sobrevivência em 5 anos próximas de 100% em ressecções sublobares de nódulos de até 1-2 cm.

AP417 EXPERIÊNCIA DO HUAP NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE DE TRAQUEIA BENIGNA

LEONARDO DIAS RIBEIRO; JESSE ELY BARROS SILVEIRA JUNIOR; PABLO MARINHO MATOS; ANTONIO BENTO DA COSTA BORGES CARVALHO FILHO; LUIZ FELIPPE JUDICE; LAURA MAMBRINI REIS; OMAR MOTÉ ABOU MOURAD; RODRIGO JORGE PEREIRA GONÇALVES

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ.

Palavras-chave: Traqueoplastia; estenose benigna; traqueia

Introdução: A estenose laringotraqueal é uma doença de manuseio difícil e tem múltiplas etiologias, no entanto, a mais comum é aquela secundária à intubação e/ou traqueostomia. Seu diagnóstico é feito através de broncoscopia, preferencialmente rígida. O tratamento inclui procedimentos endoscópicos sob anestesia geral, como dilatações, ressecção de granulomas e colocação de próteses, além da cirurgia. Visamos avaliar os resultados das cirurgias para correção de estenose traqueal benigna realizadas no Serviço de Cirurgia Torácica no período de Março de 1974 a

Fevereiro de 2017. **Metodologia:** No período, 590 pacientes portadores de lesões obstrutivas de via aérea principal, foram prospectivamente inseridos no banco de dados de Traqueia do Serviço de Cirurgia Torácica. O banco de dados foi criado a partir de registros dos atendimentos dos pacientes com doenças traqueais. **Resultados:** De um total de 590 pacientes, 540 (91,52%) possuíam doença benigna, dos quais 236 (43,7%) foram submetidos a procedimentos cirúrgicos para correção da estenose. Analisamos 179 pacientes do sexo masculino e 57 do sexo feminino, com idade média de 31,47 anos. As estenoses foram, em grande maioria, originadas de intubação orotraqueal prolongada, principalmente após politrauma, mas também, por acidente vascular encefálico e por outras doenças neurológicas. Observamos estenoses acometendo traqueia em seu terço proximal, laringe e traqueia em seu terço médio, e no seu terço distal, além de formas combinadas. O acesso cirúrgico preferencialmente foi por cervicotomia (83,47%) e a cirurgia mais realizada foi ressecção traqueal, seguida de ressecção laringotraqueal e cirurgias de alargamento laringotraqueal. A incidência global de complicações foi de 18,64% e 1 caso necessitou de reabordagem para correção de hemostasia. A incidência de reestenose foi de 3,81% (9 pacientes), nos quais 44,45% foram abordadas com colocação de tubo “T” e 55,55% com dilatações. A incidência de infecção foi de 5,08% e a ocorrência de algum grau de deiscência foi de 1,69%. Não se observou nenhum caso de mortalidade peri ou pós-operatória. **Conclusões:** A análise dos dados apresentados demonstra que, em nossa experiência, a cirurgia de traqueoplastia para estenoses laringotraqueais de natureza benigna é um procedimento seguro com baixo índice de complicações, excelente resultado funcional e sem mortalidade peri e pós-operatória.

AP418 IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA DURANTE BIÓPSIA PULMONAR PERCUTÂNEA GUIADA POR TC

LAURA MAMBRINI REIS; LEONARDO DIAS RIBEIRO; JESSE ELY BARROS SILVEIRA JUNIOR; PABLO MARINHO MATOS; ANTONIO BENTO DA COSTA BORGES CARVALHO FILHO; LUIZ FELIPPE JUDICE; RODRIGO JORGE PEREIRA GONÇALVES; OMAR MOTÉ ABOU MOURAD

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ.

Palavras-chave: Biópsia; percutânea; anatomopatológica

Objetivo: A biópsia pulmonar percutânea guiada por tomografia computadorizada (BPTC) é um procedimento empregado para avaliar lesões pulmonares que necessitem diagnóstico. Desempenha papel importante na confirmação de neoplasias, devido à elevada acurácia. É particularmente útil no planejamento da abordagem de pacientes em estágio avançado que não se beneficiam do tratamento cirúrgico. O objetivo do estudo é avaliar os resultados das BPTC utilizando a análise per-operatória dos fragmentos obtidos dos pacientes encaminhados para o Serviço de Cirurgia Torácica, e demonstrar a elevada eficácia do procedimento no diagnóstico de malignidade. **Metodologia:** Foram analisados 63 pacientes submetidos a BPTC entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2016 no Serviço de Cirurgia Torácica, sendo 29 mulheres e 34 homens. Os dados foram coletados do arquivo do Serviço e de prontuários dos pacientes submetidos aos procedimentos. As punções guiadas por TC foram realizadas com agulha fina (PAAF) e/ou com agulha grossa de 14-21FR (Tru-CUT®). Realizou-se análise inicial por congelamento (citologia transoperatória) em todos os procedimentos. Nem todos os pacientes que realizaram a biópsia submeteram-se previamente a broncoscopia. Os pacientes nos quais foi indicada punção apresentavam lesões preferencialmente periféricas,

condições clínicas impeditivas para cirurgia (comorbidades ou estadiamento avançado), ou investigação prévia por outros métodos sem definição diagnóstica. **Resultados:** Dos 63 pacientes selecionados para biópsia pulmonar, 37 (58,7%) foram submetidos inicialmente à broncoscopia com resultados negativos. Do número total de pacientes punccionados, 54 (85,7%) realizaram PAAF concomitante à BPTC. No PAAF, obteve-se 33 (61,1%) resultados positivos, 5 (9,3%) inconclusivos e 16 (29,6%) negativos. Os pacientes que receberam diagnóstico positivo no PAAF receberam também diagnóstico positivo para a BPTC. Dos 63 pacientes que realizaram biópsia por agulha, 58 (92,06%) receberam resultados positivos, 4 (6,36%) negativos e 1 (1,58%) inconclusivo. Dos positivos, 30 (51,73%) evidenciaram adenocarcinoma, 10 (17,26%) carcinoma de células escamosas, 4 (6,89%) tuberculose, 3 (5,18%) carcinomas neuroendócrino pouco diferenciado de células pequenas, 3 (5,18%) linfoma de Hodgkin, 2 (3,44%) plasmocitoma, 2 (3,44%) carcinoma pouco diferenciado de células intermediárias, 1 (1,72%) carcinoma neuroendócrino de células grandes, 1 (1,72%) carcinoma urotelial, 1 (1,72%) neoplasia maligna pouco diferenciada e 1 (1,72%) linfoma não-Hodgkin. **Conclusão:** Creditamos alta positividade e elevada eficácia diagnóstica ao treinamento do cirurgião e do patologista ao uso da congelação como ferramenta valiosa de auxílio. Obtivemos resultados semelhantes aos descritos na literatura, que varia entre 90,8% e 95,4% (92,06%) de positividade (93,11% de doença maligna e 6,89% de doença inflamatória).

AP419 QUANDO INDICAR E COMO FAZER PNEUMONECTOMIA POR VATS? RELATO DE CASO
ANTERO GOMES NETO¹; NATHERCIA CASTRO MOTA²; NELSON MATTESON FERREIRA DE ALMEIDA²; ERIKA ANDRADE SANTOS²; JESSÉ RODRIGUES DA SILVA²; KAROLINE GONZAGA DA COSTA²; BÁRBARA CAVALCANTE HOLANDA²; LEILIANE DA SILVA PINTO²
1. HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE; 2. UFC, FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Vats; pneumonectomia; cirurgia minimamente invasiva

Introdução: O papel da cirurgia torácica vídeo-assistida (VATS - Video-Assisted Thoracoscopic Surgery) é bem estabelecido, sendo a lobectomia por VATS a cirurgia padrão no que diz respeito a terapêutica cirúrgica do câncer de pulmão. Recentes estudos têm demonstrado que a VATS apresenta morbidade menor do que a lobectomia por toracotomia tradicional, com uma taxa de sobrevivência semelhante. A pneumonectomia é realizada cada vez menos no tratamento do câncer de pulmão e a pneumonectomia por VATS tem sido relatada na literatura esporadicamente. Relatamos o caso de uma paciente com câncer de pulmão submetida à pneumonectomia por VATS. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 71 anos, parda, casada, natural de Pedra Branca (Ceará) e residente em Fortaleza, refere início de quadro de tosse seca há 4 meses, com relato de 2 episódios de escarros hemoptóicos. Nega dispneia, perda ponderal ou dor torácica. Nega alergias, comorbidades ou cirurgias anteriores. Nega etilismo. É ex-tabagista (28 maços/ano). Não apresentava linfonodos palpáveis ao exame físico. O RX de tórax detectou lesão central expansiva com obstrução de árvore brônquica direita. A tomografia de tórax evidenciou uma formação expansiva sólida no lobo inferior direito com componente tumoral no interior do brônquio lobar inferior direito, obstruindo completamente a sua luz e determinando atelectasia completa do lobo inferior direito, com desvio do mediastino para a direita. Há estrias fibroatelectásicas em lobo médio. A broncoscopia mostrou obstrução por lesão vegetante do brônquio intermediário. A

biópsia da lesão endobrônquica confirmou o diagnóstico de carcinoma não pequenas células com crescimento sólido, com citologia do lavado positiva para células neoplásicas. A imunohistoquímica determinou o tipo histológico como carcinoma pouco diferenciado de grandes células. Foi indicada videomediastinoscopia com biópsia de linfonodos e exame de congelação para estadiamento e, por não haver metástase linfonodal, propôs-se como terapêutica a pneumectomia por VATS biportal, uma vez que o tumor infiltrava grosseiramente o lobo superior. Não houve intercorrências cirúrgicas. **Discussão:** A pneumectomia é indicada em pacientes com tumores centralmente localizados e em estágios avançados, devendo sempre ser considerada a possibilidade de ressecções menores. A toracotomia ainda é a melhor abordagem cirúrgica para a pneumectomia, embora a ressecção minimamente invasiva por VATS possa ser realizada quando não há invasão dos grandes vasos pulmonares, parede torácica, pericárdio, estruturas mediastinais e da parte proximal do brônquio principal. Foi-se demonstrado que as complicações pós-operatórias em pacientes idosos são menos frequentes quando se usa a abordagem minimamente invasiva, diminuindo dor, tempo de intubação e, consequentemente, menor tempo de hospitalização. Neste caso, a paciente teve um pós-operatório sem complicações e logo em seguida foi encaminhada para a realização de quimioterapia adjuvante.

AP420 CIRURGIA REDUTORA DE VOLUME PULMONAR PARA MELHORA DA FUNÇÃO PULMONAR E ABORDAGEM DE NÓDULO EM PACIENTE COM DPOC: UM RELATO DE CASO
MERIALINE GRESELE¹; ANDRESSA GABRIELA DOS SANTOS LERSCH¹; EDUARDO MORAIS EVERLING¹; VILMAR FONTANIVEZ²; WALDO LUÍS LEITE DIAS DE MATTOS²

1. UFCSPA, PORTO ALEGRE, RS; 2. UFCSPA E ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Função pulmonar; cirurgia redutora de volume; dpoc

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma patologia progressiva, caracterizada por uma resposta inflamatória anormal da via respiratória à inalação de partículas ou gases tóxicos, culminando na limitação de fluxo aéreo que não é totalmente reversível. Está muito associada ao tabagismo. Nos casos enfisematosos, há prejuízo do parênquima pulmonar, prejudicando a mecânica respiratória e levando a diminuição da função pulmonar do paciente, o que afeta significativamente sua qualidade de vida. Entre as mais comuns técnicas de restabelecer uma função pulmonar adequada para pacientes com DPOC está o uso de broncodilatadores, corticóides e fisioterapia respiratória. A técnica cirúrgica de redução de volume pulmonar vem tendo maior atenção desde 1995, atingindo bons resultados tanto de melhora clínica quanto para fins de possibilitar outras abordagens, como retirada de nódulos pulmonares. **Relato de caso:** Paciente masculino, 56 anos, aposentado, natural e procedente de Bagé/RS. Paciente vivendo com HIV desde 1998, tabagista há 40 anos e DPOC GOLD C enfisematoso. Em 2018, relatou dispneia aos moderados esforços e tosse com expectoração de secreção esverdeada. Teste de Caminhada de 6 min foi concluído com importante dessaturação e 82% do previsto. Raio X torácico evidenciou lesão tumescente com broncograma aéreo no seu interior, densidade de partes moles e contornos espiculados, localizada no segmento basal lateral do lobo inferior esquerdo e lobos superiores com extensas áreas de enfisema paraseptal e centrolobular. Na espirometria, notou-se importante redução da função pulmonar com CFV de 35,3% e VEF1 de 19,7%, o que, no primeiro momento,

impossibilitou a cirurgia para retirada do nódulo pulmonar. A redução de volume pulmonar via intervenção cirúrgica (CRVP) foi empregada em segmentectomia do lobo superior esquerdo, a fim de melhorar a função pulmonar e realizar a retirada do nódulo. Conclui com segmentectomia bem sucedida, confirmação de adenocarcinoma invasor - padrão acinar de 30%, e evolução satisfatória, além de melhora na função pulmonar e qualidade de vida. **Discussão:** Embora o uso do tratamento cirúrgico em pacientes com DPOC seja restrito, estudos atuais têm demonstrado a CRVP como boa estratégia em casos de DPOC, com o objetivo de reduzir a distensão torácica e beneficiar a mecânica respiratória, melhorando assim a tolerância ao exercício e atenuando sintomas de dispneia. É relevante ressaltar que há uma importante prevalência do desenvolvimento de carcinomas em pacientes com DPOC. Sendo a CRVP, uma boa opção a fim de melhorar a função pulmonar dos pacientes para favorecer a adequada avaliação e retirada de eventuais nódulos.

AP421 DERRAME PLEURAL ESQUERDO COMO MANIFESTAÇÃO DE FÍSTULA BILIAR INTERNA: UM RELATO DE CASO RARO

DEBORA NATALIE ROPELATO¹; MARINA FRANDOLOSO²; CAROLINA UBER GHISI²; MAURÍCIO CORREA³; ANDREW MAYKON MASSUTTI²; MARINA ANDRADE LIMA²

1. UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU (FURB), BLUMENAU, SC; 2. HOSPITAL DO PULMÃO, BLUMENAU, SC; 3. HOSPITAL SANTA ISABEL, BLUMENAU, SC.

Palavras-chave: Derrame pleural; fístula biliar; pleuroscopia

Introdução: Fístulas biliares (FB) são trajetos anormais de comunicação da bile ou das vias biliares para um órgão, uma cavidade ou a pele. As fístulas internas são complicações relacionadas à colecistite calculosa crônica e, em geral, são descritas ipsilateralmente à cirurgia. **Relato do caso:** Feminino, 49 anos, parda, casada, natural de Fraiburgo e procedente de Blumenau - SC. Em 2008 foi submetida à colecistectomia, sem intercorrências. Há 2 anos, apresentando dor abdominal tipo cólica em hipocôndrio direito (HCD); icterícia intermitente, vômitos não biliosos de conteúdo alimentar. Pela intensidade dos sintomas, procurou o Hospital Santa Isabel com ultrassonografia de abdome total que evidenciava dilatação de via biliar. Ao exame físico: desidratada ++/4+, hipocorada +/4+, icterícia ++/4+, eupneica. Abdome plano, cicatriz cirúrgica tipo Kocher, doloroso à palpação de hipocôndrio direito, sem sinais de peritonite, ruídos hidroaéreos presentes. Ausculta pulmonar revelou crepitações finas em terço inferior de tórax esquerdo. Exames laboratoriais: leucocitose (16.600/mm³); aumento dos níveis de bilirrubina as custas de direta (BD) (BD 4,40mg/dL; total 5,5mg/dL), fosfatase alcalina (434U/L) e gama-GT (448U/L), sorologias negativas. Durante internação, evoluiu com taquicardia, taquidispneia, dor em HCD, manutenção da icterícia e piora da leucocitose com desvio (27.570/mm³, bastões 9%). Iniciado piperacilina e tazobactam (Tazocin®) pela suspeita de pneumonia associada. Visto na tomografia (TC) de tórax moderado derrame pleural loculado com atelectasia compressiva de grande parte do pulmão à esquerda e na TC de abdome total acentuada dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, coleção subfrênica à esquerda, com conteúdo líquido e sem realce ao contraste endovenoso. Análise de líquido pleural foi sugestiva de exsudato com predomínio de neutrófilos. Na pleuroscopia por vídeo identificado derrame pleural serohemático livre com pouca fibrina em cavidade pleural. Observado orifício em cúpula diafragmática a esquerda próximo ao ligamento pulmonar com saída de

secreção amarelada. Solicitado, avaliação da cirurgia geral que optou por realização de incisão tipo Kocher no mesmo tempo anestésico. Foi identificado presença de coleção subfrênica de aspecto biliar associado a cálculo em ducto hepático comum e fístula biliar bloqueada em ligadura de ducto cístico. Realizado derivação biliodigestiva em Y de Roux. Paciente evoluiu com melhora clínica, laboratorial e radiológica progressiva e alta para acompanhamento ambulatorial no Hospital Dia do Pulmão e com a equipe de cirurgia geral. **Discussão:** As fístulas biliares são classificadas como externas (biliocutânea) ou internas (bilioentéricas, broncobiliares, e outras). São complicações raras de um procedimento muito prevalente: a colecistectomia por litíase biliar, e podem ocorrer quando há cronicidade do processo inflamatório local.^{1,2} No caso em questão, ocorreu derrame pleural a esquerda secundário a FB.

AP422 DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA (DAOP) EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SECUNDÁRIA À NEOPLASIA PULMONAR: RELATO DE CASO

NÁSSER SABRY AZAR MELO¹; IGOR DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA SOUSA²; FÁBIO ULISSES DA SILVA¹; RENÊ ELIOMAR PINHEIRO DIOGENES¹; PEDRO ÍTALO SAMPAIO BRAGA¹; LARISSA PINHEIRO SILVESTRE ROCHA¹; LETÍCIA SILVA DE CASTRO¹; EVANDRO AGUIAR AZEVEDO²

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA- UNINTA, SOBRAL, CE; 2. CIRURGIÃO TORÁCICO DO HOSPITAL REGIONAL NORTE DE SOBRAL-CE, SOBRAL, CE.

Palavras-chave: Doença arterial obstrutiva periférica; neoplasia pulmonar; membro superior esquerdo (mse)

Introdução: A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) é caracterizada por perfusão inadequada do membro, podendo ser proveniente de uma oclusão causada por um trombo formado a partir de uma neoplasia pulmonar. A embolia arterial periférica de origem tumoral é uma manifestação incomum da doença neoplásica, sendo o CA de pulmão considerado uma causa rara de embolia arterial em MMSS. A alteração na coagulação pode ser proveniente da atuação de células neoplásicas ou terapias empregadas. **Relato do Caso:** Masculino, 75 anos, procedente de Graça-CE, foi admitido dia 17 de março de 2018 no HRN de Sobral, com queixas de dispnéia e queda de SPO2 em ar ambiente, cianose em mão esquerda com sinais de necrose em falange distal do V quirodátilo, sendo esta acompanhada de hipotrofia da musculatura do antebraço e mão ipsilateral. Relata que é ex-tabagista e há cerca de 60 dias apresenta quadro de tosse e hiporexia, com piora progressiva, evoluindo com a dispnéia e a hipossaturação. Ao chegar ao hospital, o paciente encontrava-se com FR de 28 irpm, sem medicações em uso, apresentava MUV abolido em metade inferior do HTD e derrame pleural à direita. Na angio TC de MSE, a A. Subclávia esquerda apresentava calibre preservado, mas exibia placas calcificadas esparsas, destacando-se falha de enchimento compatível com trombo suboclusivo, ocupando o seu lúmen, iniciando cerca de 3,2cm da origem do arco aórtico e estendendo-se por aproximadamente 4,5cm, determinando grave estreitamento luminal, porém sem impedimento do enchimento distal da mesma. Na A. Axilar, havia uma falha de enchimento compatível com trombo, determinando cerca de 80% de estenose, com extensão de aproximadamente 2cm. A A. Braquial apresentava-se púrvia e sem evidências de falhas de enchimento. Nas AA. Radial e Ulnar foi observado ausência de contrastação, sugerindo trombose total. Na angio TC de Tórax, havia derrame pleural bilateral, sendo mais volumoso à direita e uma formação expansiva heterogênea, de limites imprecisos, captante de contraste, medindo 5,8x6,6x6,8cm, acometendo os lobos médio/inferior direito e estabelecendo íntimo contato com

os respectivos brônquios segmentares, determinando atelectasia destes segmentos, de aspecto neoplásico. Havia também linfonodomegalias mediastinais, prevalecendo na região infracarinal, de 2,8cm no seu menor eixo, sugerindo implante secundário. **Discussão:** Os casos de embolia arterial em MSE alertam os cirurgiões vasculares para etiologias raras de oclusão arterial aguda, como a neoplasia pulmonar. A partir disso, é possível evitar consequências da oclusão aguda reconhecidas tardiamente. Vale ressaltar a importância dos cuidados pré e intraoperatórios pelos cirurgiões torácicos para tentar evitar esta complicação. O conhecimento dessas alterações é útil no diagnóstico, podendo determinar a causa dos sintomas e orientar na escolha do tratamento. **Referência:** MARINHO, Felipe Costa de Andrade; TAKAGAKI, Teresa Yae. Hipercoagulabilidade e câncer de pulmão J. bras. pneumol. São Paulo, v. 34, n. 5, p. 312-322, May 2008.

AP423 CISTO BRONCOGÊNICO PARATRAQUEAL: RELATO DE CASO

LIVIA SERAGLIO SOUZA; WAGNER RIBEIRO DE FREITAS NERY ALVES; DANIEL DE CARVALHO FERREIRA; TAYNAN TURRA COSTA; THAIS DE MIRANDA LEAL; HUGO JOSÉ OLIVEIRA CARLUCCI; EDUARDO PIRES MORAIS; RODRIGO PEREZ UNEMAT, CACERES, MT.

Palavras-chave: Cisto broncogênico; pulmão; paratraqueal
Introdução: Cistos broncogênicos (CB) são originários de um defeito na embriogênese da árvore brônquica primitiva durante a terceira semana de gestação. Dependendo da época que esse processo ocorre ele pode ser mediastinal ou intrapulmonar. A maior parte dos cistos tem relação anatômica com a árvore traqueobrônquica ou esôfago. O diagnóstico é feito por exames de imagem e por vezes se dá ao acaso. Embora na maior parte das vezes seja assintomático alguns pacientes apresentam sintomas variados e/ou complicações, por isso a indicação cirúrgica no momento do diagnóstico é recomendada como principal tratamento. **Relato de caso:** Paciente R. H. S. M. A, sexo feminino, 46 anos. Foi admitida em novembro de 2017 no pronto atendimento médico de Cáceres-MT com quadro de dor aguda interestapular, contínua, intensidade 8 e sem irradiação, acompanhada de fadiga e tosse. Fez uso de antibiótico, nebulização e analgésico para tratamento de pneumonia. Sem melhora do quadro, após duas semanas procurou especialista. Foi solicitado pelo pneumologista raio-x e tomografia computadorizada com contraste (TC). No exame de raio-x evidenciou-se transparência normal do parênquima pulmonar, seios e cúpulas frênicas livres e tênue opacidade ovalada em mediastino médio visto no perfil posterior sugestivo de nódulo ou alteração vascular. À priori houve suspeita clínica de aneurisma de aorta. Na TC constatou-se imagem cística paratraqueal à direita, junto com bronquiófonte principal, medindo 35x44mm, com densidade de 37UH e estruturas vasculares do mediastino de calibre preservado. Fechou-se assim o diagnóstico de cisto broncogênico paratraqueal à direita, em dezembro, e fez-se encaminhamento ao cirurgião torácico e prescrição de mionevrix. A paciente por ter apresentado melhora no quadro optou por não seguir indicação cirúrgica. Em consequência, após três meses apresenta agravamento do caso com episódios repetitivos de dor esternal e interestapular, fadiga e dispneia em repouso. **Discussão:** Os CB são lesões congênitas derivadas de brotamentos anormais a partir da árvore brônquica primitiva. As manifestações clínicas incluem dor torácica, tosse, dispneia e febre. Dentre os exames de imagem, a TC cumpre papel fundamental na elucidação diagnóstica e planejamento terapêutico. Em todos os casos de CB o

tratamento cirúrgico é indicado, mesmo nos assintomáticos devido a possíveis complicações, como infecção, hemorragia e compressão de estruturas adjacentes. A abordagem cirúrgica preconizada é a ressecção completa do cisto por toracotomia ou por videotoracoscopia. Em pacientes assintomáticos o prognóstico é impreciso, já os sintomáticos evoluem com melhora após cirurgia. Portanto, torna-se evidente a necessidade de um diagnóstico correto para uma abordagem clínica e terapêutica adequada, haja vista que sem o tratamento cirúrgico podem surgir sintomas da doença ou complicações desta ao longo do tempo.

AP424 RELATO DE CASO: REABILITAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA SUBMETIDA A LOBECTOMIA PULMONAR

IZABELLY LOPES SOUZA¹; AYTTON SCHNEIDER¹; ALMIRO SAGÁS EVARISTO¹; AMANDA COSTA DA CUNHA²; DENISE LEMES ALVES¹; LUCIANA BORGES CHAGAS¹; ALEXIA CORREA SOUTO¹; JÚLIA BUENO DE OLIVEIRA ALVES¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS; 2. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF.

Palavras-chave: Reabilitação pulmonar; lobectomia; adenocarcinoma

Introdução: O câncer de pulmão é a neoplasia com maior índice de mortalidade. A cirurgia ainda continua sendo a única forma de cura dos pacientes, mas infelizmente só pode ser oferecida numa minoria. A terapia cirúrgica deixa de ser oferecida aos pacientes pelo estadiamento avançado e a pela incapacidade funcional do paciente ser submetido a ressecção do parênquima. A lobectomia ainda é a forma recomendada para tratar o câncer de pulmão. Segmentectomia cura menos e oferece menores índices de intervalo livre da doença. O objetivo deste trabalho é relatar o preparo pré-operatório de pacientes candidatas a lobectomia mas que não apresentavam condições funcionais para tal. Depois da reabilitação, a lobectomia pode ser considerada.

Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 68 anos, tabagista de 25 anos-maço com diagnóstico prévio de HAS e DPOC. Foi admitida com queixa de dispneia e tosse produtiva. Ao exame físico, PA: 146 x 65 mmHg, SatO2 a. a: 90% e AR: MV com crepítantes em base bilateralmente. Exames laboratoriais com PCR: 240,1. TC de tórax evidenciou formação nodular com contornos indefinidos de cerca de 1 cm em pulmão esquerdo. Fibrobroncoscopia com citopatológico negativo. Após 6 meses de reabilitação, retorna com espirometria: VEF1 0,97 (PRED 1,86); CVF 1,73 (pred 2,25); VEF1/CVF 55,7% (pred 76,2).0 Realizada mediastinoscopia com biópsia de linfonodos negativa. Toracotomia lateral esquerda com secção de segmento pulmonar superior esquerdo, ressecção de linfonodo nº5. Anatomopatológico constatou adenocarcinoma invasivo predominantemente papilar, de 1,2 x 0,6 x 0,3 cm, T1aN0, limites livres do coto brônquico. **Discussão:** Procedimentos que envolvem ressecção pulmonar como lobectomia ou segmentectomia por si só já alteram a mecânica respiratória e influem na função pulmonar. No caso do relato apresentado, o fato da paciente possuir DPOC, ter mais de 60 anos e ser tabagista são fatores de risco que aumentam significativamente a chance desta desenvolver complicações pós-operatórias (CPP). O melhor parâmetro para determiná-las é o cálculo do valor de VEF1ppo através da espirometria. Contando que todos os segmentos contribuem igualmente para a função pulmonar, é medido o VEF1, do qual posteriormente é subtraído a quantidade de segmentos que serão ressecados e se determina em média o VEF1ppo. A paciente relatada anteriormente apresentava VEF1 < 800, isto é, havia grandes chances de desenvolver CPP. Desta forma, ela foi encaminhada para

reabilitação respiratória, na qual fez acompanhamento por 6 meses. Esse tipo de reabilitação costuma ter resultados surpreendentes de melhora na função pulmonar, como foi relatado no caso: após os 6 meses de reabilitação, o VEF1 da paciente aumentou para 970ml, possibilitando assim, a realização do procedimento. A conduta utilizada nesse caso foi buscar uma melhora da função pulmonar pré-operatória, contribuindo para um prognóstico favorável a paciente.

AP425 ASSISTÊNCIA REALIZADA A 85 INTERVENÇÕES TRAQUEAIS E, OU LARÍNGEAS NO TRATAMENTO DOS PACIENTES PRIVADOS DE LIBERDADE NO CHSP

JORGE HENRIQUE RIVABEN; PAULO JORGE CORREIA ALVES; GILBERTO SADALA MENDES; SILVIO JULIO BITTENCOURT YAMAMURA; LAURO FUMIYUKI OTSUKA JUNIOR; CARLOS EDUARDO PAIVA YOKOYAMA; TATIANA RAMOS MALAVASI SALES FUNDAÇÃO ABC. CHSP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Traqueia; estenose subglótica; broncoscopia

Introdução: As doenças na traqueia e, ou na laringe oferecem diversos desafios para a sua condução. Objetivo Avaliar por coorte retrospectiva a casuística das doenças e intervenções na traqueia e, ou na laringe investigadas e tratadas no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário. Método Analisadas as informações do banco de dados do Complexo Hospitalar do Sistema Penitenciário (CHSP) no período de 2015 a 2018. **Resultados:** Foram estudados 56 indivíduos submetidos a 85 intervenções na traqueia e, ou na laringe entre junho de 2014 e março de 2018. A média da idade foi de 35 anos, em sua maioria absoluta homens, apenas 01 mulher. Foram 40 investigações por endoscopia da via respiratória. Em 14 procedimentos investigou-se ruído respiratório devido a tumores malignos (10 casos relacionado a câncer a cervical); 01 tumor de Kaposi, e situações de neoplasia benigna ou granulomatose laringotraqueal por sequele de tuberculose em 03 casos. Em 11 intervenções avaliou-se estenose subglótica ou traqueal. Foi necessário a investigação em 05 casos para programar o fechamento da fístula traqueocutânea. Em 04 pacientes o exame foi realizado para investigar sequelas de traumas laringeos e programar a decanulação do paciente. Em 03 situações foi realizado a investigação da causa de disfonias. E por fim, outros 03 exames para investigar distúrbios de alteração ao fluxo respiratório causados por pós-operatório recente de traqueoplastia (uma caso do serviço e outra, externo) e, um ajuste da cânula traqueal que apresentava resistência por granuloma da luz traqueal. Realizadas 18 traqueostomias, sendo 11 por intubação prolongada associado a ventilação mecânica; outras 04 por obstrução de tumor cervical e, por fim 03 por estenose traqueal adquirida. Foi necessário realizar 05 fechamentos de fístulas traqueocutâneas. Foram realizadas 18 trocas, remoções ou ajustes de dispositivos traqueais sempre acompanhado pela broncoscopia. Realizou-se 04 traqueoplastias. Sendo 03 em posição traqueal exclusiva e outra em altura subglótica. Todas estavam com aspecto de cicatrização madura antes da cirurgia, sendo que duas estenoses eram completas não permitindo a vocalização. A extensão da estenose variou de 10 a 15 mm. Em todo pós-operatório foi ajustado molde traqueal tipo tubo "T" de Montgomery, sendo dois com calibre de 10 mm e outros dois de 12 mm. Nenhuma complicação maior ocorreu nestes pacientes, bem como nenhuma morte. Todos passaram a vocalizar normalmente associado a ventilação adequada. Os moldes foram removidos. **Conclusão:** A investigação e o tratamento foram seguros na terapêutica das patologias traqueais e, ou laringeas quando realizadas no CHSP. A maioria das doenças estavam relacionadas a distúrbios

traqueais adquiridas relacionadas a assistência ventilatória. Houveram complicações menores que não promoveram prejuízo aos pacientes. Nenhuma morte foi constatada. Os pacientes que sofreram traqueoplastias, o procedimento mais complexo da casuística, tiveram evolução favorável.

AP426 TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE: RELATO DE CASO INCOMUM

DEBORA NATALIE ROPELATO¹; CAROLINA UBER GHISI²; MARINA FRANDOLOSO³; EDUARDO DOS SANTOS BALLESTER³; MARINA ANDRADE LIMA²

1. UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU (FURB), BLUMENAU, SC; 2. HOSPITAL DO PULMÃO, BLUMENAU, SC; 3. CLÍNICA DE CIRURGIA VIDAR, BLUMENAU, SC.

Palavras-chave: Tumor mucoepidermóide; broncoscopia flexível; cirurgia torácica videoassistida

Introdução: Tumores pulmonares mucoepidermóides (TME) são neoplasias incomuns – até 1% de todos os carcinomas brônquicos. Os sintomas mais comuns são tosse, hemoptise e pneumonias de repetição. O tratamento curativo consiste em ressecção cirúrgica. **Relato do caso:** Masculino, 20 anos, branco, natural e procedente de Blumenau - SC. Há 2 anos apresentando tosse seca, às vezes produtiva, associado a consolidação em lobo inferior do pulmão direito, sendo realizado vários ciclos de antibioticoterapia prévios. Procurou atendimento no Hospital Dia do Pulmão sem melhora radiológica após novo ciclo de antibioticoterapia. Optado por tomografia computadorizada (TC) de tórax que evidenciou: nódulo expansivo com densidade de partes moles no lobo inferior direito, protruído a luz dos brônquios da pirâmide basal associado a redução volumétrica deste lobo; linfonodos em cadeias mediastinais não configurando adenomegalias, sendo o maior deles com 9mm. Broncoscopia flexível (BF) revelou lesão endobrônquica oriunda de brônquio de pirâmide basal direita. Realizado lavado broncoalveolar e biópsia da lesão endobrônquica com resultados inconclusivos. Proposto abordagem cirúrgica por meio de lobectomia inferior direita por Cirurgia Torácica Videoassistida (VATS). Procedimento sem intercorrências. Após 48 horas da intervenção cirúrgica, em radiografia de tórax foi evidenciado atelectasia em lobo médio seguido de leucocitose e aumento de proteína C reativa. TC de tórax evidenciou aumento do volume do lobo médio (LM), extensa consolidação do espaço aéreo e estenose acentuada do brônquio lobar médio (BLM), sem etiologia identificável, com impressão de rotação parcial deste lobo; artéria interlobar direita e artérias segmentares do LM prévias; opacificação tênue das veias pulmonares do LM. Avaliação com BF revelou redução do calibre do BLM impedindo progressão do aparelho – torção do LM foi aventada. Durante esta avaliação, o anatomo-patológico (AP) da peça cirúrgica foi sugestivo de carcinoma invasivo moderadamente diferenciado de 2,6cm com ausência de neoplasia nos linfonodos dissecados. Encaminhado ao centro cirúrgico para realização de lobectomia média por VATS visto a não viabilidade do lobo após reposicionar o mesmo em posição anatômica. Após esta intervenção, paciente apresentou boa evolução clínica tendo condições de alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório. AP do LM evidenciou ausência de neoplasia residual, segmento pulmonar com exuberante hemorragia alveolar, margem brônquica livre de neoplasia. Imunohistoquímica da peça cirúrgica do lobo inferior direito confirmou adenoma de glândulas mucosas. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recidiva da neoplasia até o momento. **Discussão:** TME são neoplasias raras, do tipo Tumores Não-Pequenas Células. Em sua subclassificação está o adenoma pleomórfico, entre outros

incomuns. O tratamento curativo é a ressecção cirúrgica, geralmente lobectomia.

AP427 SÍNDROME DO PULMÃO EVANESCENTE: RELATO DE CASO

VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN; BRUNO BOLSONARO CALEGARI; BRUNO FIORANTE AKIMOTO; FABRICIO DONÁ ERNICA; LEANDRO NAVAS PIRES; GILMAR FELISBERTO JR; CLÁUDIO JOSÉ RUBIRA UNIMAR, MARÍLIA, SP.

Palavras-chave: Enfisema; bolha pulmonar; imagem

Introdução: A doença pulmonar bolhosa compreende uma grande variedade de alterações das vias aéreas parenquimatosas pulmonares, incluindo o pulmão evanescente. Em 1937, Burke descreveu um caso de “vanishing lungs” (pulmões instáveis) em um homem de 35 anos que apresentava dispnéia progressiva, insuficiência respiratória, achados radiográficos e patológicos de bolha gigante que ocupava dois terços dos dois hemitórax. Desde então, relatórios apareceram em publicações radiológicas e cirúrgicas de uma entidade denominada Síndrome do Pulmão Evanesciente. A doença bolhosa geralmente ocorre em pacientes jovens com história de tabagismo, e clinicamente tem dispnéia devido à perda de parênquima pulmonar funcional por compressão. Métodos de imagem permitem avaliar adequadamente. **Relato de caso:** Os autores relatam o caso de uma paciente de 39 anos, não tabagista, que apresentou quadro de Pneumonia, sendo medicada com Levofloxacina por 14 dias e foi diagnosticada com Pneumotórax, submetida à drenagem torácica sem êxito. RX de Tórax indicou “bolhas nos pulmões”, tendo sido diagnosticada como Enfisema Pulmonar. Após, começou a apresentar dispnéia a mínimos esforços, necessitando de O₂ e uso de medicação inalatória Formoterol + Budesonida 12/400mcg de 12/12 horas. Submetida a TC de Tórax, esta acusou Enfisema Pulmonar Bolhoso Bilateral. Foi então submetida inicialmente à toracotomia em hemitórax esquerdo, com incisão de 10cm, com exereses de bolha enfisematosa pesando 117 gr e medindo 16,8 x 10,5 x 3,5 cm, com boa evolução no P. O. Cerca de 50 dias após, foi submetida à toracotomia semelhante em hemitórax direito, com incisão cirúrgica igual, com retirada de nova bolha enfisematosa pesando 40 gr e medindo 4,8 x 2,3 x 1,8 cm, com P. O. sem intercorrências. RXs de Tórax realizadas após assim como TC de Tórax evidenciaram padrão radiológico normal, mostrando reexpansão pulmonar pós cirurgias. Espirometria acusava distúrbio ventilatório combinado leve. Paciente está sendo mantida com medicações inalatórias para controle do padrão respiratório. **Discussão:** A bolha se define como um espaço enfisematoso maior que 1 cm de diâmetro, com parede de pelo menos 1 mm de espessura. As bolhas habitualmente aumentam de tamanho no prazo de anos ou meses e as complicações incluem infecções, hemorragia e pneumotórax. Critérios diagnósticos incluem a presença de uma bolha gigante em um ou ambos os pulmões que ocupe pelo menos um terço de hemitórax, comprimindo o parênquima pulmonar adjacente. Geralmente são bilaterais e assimétricas, como no presente relato. A imagem da bolha mostra uma zona transparente avascular, separada de maneira total ou parcial do resto dos pulmões por uma parede. A TC de Tórax permite melhor avaliação da extensão e localização da doença bolhosa. Tratamento cirúrgico com extirpação da área bolhosa é a terapia de eleição, ocorrendo a reexpansão das outras áreas pulmonares na sequência, e consequente melhora do padrão e da função respiratórias, como no caso descrito.

AP428 CORPO ESTRANHO EM PULMÃO ASSOCIADO A

DOR TORÁCICA APÓS FERIMENTO POR ARMA BRANCA HÁ VINTE ANOS: RELATO DE CASO

BRUNA VASCONCELLOS PONTES ROCHA¹; ANA TALITA VASCONCELOS ARCANJO¹; FRANCISCO ITALO ABREU LIMA¹; IGOR DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA SOUSA¹; LETICIA PALLOMA MOREIRA DE LIMA¹; LUISE VASCONCELOS PAULA PESSOA DIAS¹; NÂNCIARA SILVA AZEVEDO¹; EVANDRO AGUIAR AZEVEDO²

1. UNINTA, SOBRAL, CE; 2. HOSPITAL REGIONAL NORTE DE SOBRAL, SOBRAL, CE.

Palavras-chave: Corpo estranho; pulmão; arma branca

Introdução: A presença de corpos estranhos em vias aéreas representa uma emergência médica que merece total atenção, tendo em vista a importância vital do sistema envolvido. ¹ As consequências possíveis estão relacionadas diretamente ao local específico do acometimento, bem como ao tempo gasto para elucidação diagnóstica e manejo do caso. ² Apresentamos o caso de um paciente com história de dor torácica associada à presença de corpo estranho em hemitórax direito. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 41 anos, foi admitido no Hospital Regional Norte de Sobral no dia 17/01/2018, com história de presença de corpo em região torácica, mais precisamente de uma ponta metálica emergindo por orifício em região dorsal direita do tórax. Refere ter sido vítima de ferimento por arma branca há 20 anos. Relata que sente dores no local acima referido e que há presença de secreção com odor fétido exalando da fenda. Menciona ainda que não apresenta dispnéia e nega febre. Em exame físico, apresentou frequência respiratória de 18 irpm, saturação de oxigênio 98%, além de lesão visível em hemitórax direito, especificamente em região dorsal. Na ausculta pulmonar, o murmúrio vesicular universal estava presente bilateralmente, sem manifestação de ruídos adventícios. A tomografia de tórax demonstrou a presença de corpo estranho penetrando a parede torácica em região posterior e inferior do hemitórax direito, de trajeto oblíquo e cranial, transfixando a 10ª costela até o parênquima pulmonar no lobo inferior direito, com extensa área contusional circunjacente, esta apresentando calcificações em perimeio por provável processo inflamatório crônico associado. O aspecto sugeriu a presença de arma branca (faca), que se estendia longitudinalmente por 10,6 cm. O restante do parênquima pulmonar à direita mostrou o padrão de “árvore em brotamento”, aspecto apto a inferir impactação mucoide em pequenas vias aéreas distais. Diante do achado, fora indicado como tratamento a toracectomia associada à retirada de corpo estranho e toracoplastia, além de drenagem local. **Discussão:** O tempo gasto para a realização do diagnóstico e início do manejo adequado em se tratando de corpos estranhos em região torácica são de extrema importância para o sucesso da terapêutica. Levantar em consideração a história clínica do paciente tem fundamental relevância para a elucidação do caso, jamais devendo ser negligenciada, embora venha a se apresentar em formato absurdo ou incongruente. Os exames de imagem são recursos substanciais para a confirmação do quadro e direcionamento do tratamento a ser adotado. **Referências:** 1. LIMA, Mario et al. A unique case of foreign body aspiration and recurrent pneumothorax. La Pediatría Médica e Cirúrgica, [S. l.], v. 39, n. 4, dec. 2017. ISSN 2420-7748. 2. CAPOV, I et al. Assessment of thoracic trauma at the 1st Department of Surgery in Brno (1 January 2011 - 31 December 2015). Rozhl Chir, v. 96, n. 12, págs. 504-509, winter. 2017.

AP429 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA DE PACIENTES COM TUBERCULOSE ENCAMINHADOS VIA SISREG A UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO

JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA; WALTER COSTA; ANA PAULA GOMES DOS SANTOS
HUPE-UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Tuberculose; sisreg; qualidade

Introdução: Após 25 anos do relatório que apresentou a tuberculose (TB) como emergência mundial, ela permanece como a maior causa de morte entre as doenças infecciosas no mundo. O atendimento ao paciente com TB é descentralizado, realizado nas unidades básicas de saúde (UBS), e em caso de intercorrências ao longo do tratamento, ele é referenciado a unidades secundárias e/ou terciárias, via Sistema Nacional de Regulação (SISREG). O objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade do sistema de referência/contrareferência (REF/CREF) de pacientes com TB provenientes de UBS e encaminhados via SISREG ao Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ baseado nos requisitos estipulados para esta referência. **Métodos:** Estudo retrospectivo baseado em dados dos formulários de REF/ CREF e das fichas de atendimento dos pacientes encaminhados via SISREG ao ambulatório de Tisiologia do HUPE/UERJ entre 2015-2017. **Resultados:** Foram incluídos 35 pacientes com idade média de 46 anos (± 19). 54% eram homens. A maioria dos pacientes era proveniente das áreas programáticas (AP) 3.1 e 3.3 (23% cada), seguidos pelas AP 3.2 (11%), 2.1 e 5.2 (8% cada), 1.0, 5.1, 5.3 e região metropolitana (6% cada) e 4.1 (3%). 37% foram referenciados de maneira adequada: 11(31%) - evolução clínica desfavorável ao tratamento da TB sensível, 3 (9%) - intolerância ao esquema básico para inclusão no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB), 1 (3%) - diagnóstico de infecção por micobactéria não TB. No entanto, em 63% dos casos, a indicação da referência não preenchia os critérios para este fim e ou poderiam ter sido adequadamente investigados na própria UBS ou referenciados para outros serviços que não de tisiologia: 7 (20%) casos de TB droga resistente, 6 (17%) pacientes para investigação de TB sensível, 5 (14%) solicitação de parecer para outras pneumopatias, 2 (6%) casos sequela de TB. Do total de pacientes referenciados, apenas 5 (15%) permaneceram em tratamento na tisiologia do HUPE. Entre o restante: 18 (51%) foram contrareferenciados à UBS, 7 (20%) não retornaram ao hospital, 4 (11%) foram encaminhados à outras especialidades no HUPE e 1 (3%) referenciados para o tratamento TB droga resistente. **Conclusão:** A partir da análise inicial dos dados, observa-se a utilização inadequada do sistema de REF/CREF do SISREG como ferramenta para o encaminhamento de pacientes, uma vez que dos 35 pacientes incluídos, 22 (63%) foram referenciados em discordância aos requisitos estabelecidos e apenas 15% permaneceu em acompanhamento pelo serviço. A avaliação da qualidade do sistema por este estudo não visa apontar erros e controlar quem opera o sistema, e sim trazer auxílio para aperfeiçoar a operacionalização do sistema, para corrigir falhas e gerar danos menores ao paciente, pois seu deslocamento ao hospital gera tanto custos financeiros quanto físicos e emocionais.

AP430 TUBERCULOSE PULMONAR COM APRESENTAÇÃO PSEUDOTUMORAL

LARYSSA RENATA MUNIZ ROCHA; BEATRIZ BARBOSA DE VASCONCELOS; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO; ALEXANDRE ROLIM DA PAZ; CECÍLIA GABRIELA DE ARRUDA CASTELO BRANCO BRITO; GEORGIA PAIVA WINCKLER; GERLANIA SIMPLICIO SOUSA; ISABELLA GUILHERME DE CARVALHO COSTA
UFPB, JOAO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Tuberculose; pulmonar; pseudotumoral

Introdução: Na presença de achados radiológicos mais

comuns, tais como cavitação, micronódulos em árvore florescente, ou consolidação nos lobos superiores, a hipótese diagnóstica inicial de tuberculose é frequentemente lembrada. Por outro lado, as apresentações atípicas, tais como massas, simulando processos neoplásicos, podem representar desafios diagnósticos maiores, mesmo em pacientes imunocompetentes. Relatamos dois casos de tuberculose com apresentação de nódulos e massas pulmonares, com diagnóstico histopatológico, após biópsia pulmonar. **Relato dos Casos:** Primeiro caso: paciente A. M. M, 55 anos, masculino, admitido com tosse improdutiva, perda ponderal superior a 10% e astenia há três meses. Antecedentes de hipertensão, diabetes e insuficiência renal crônica não dialítica, com relato de tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas por mais de 30 anos. Radiografia do tórax revelou múltiplas lesões nodulares hipodensas, bilaterais no parênquima pulmonar, com diâmetros variando entre 1,2 e 5,1 cm. A TC contrastada do tórax confirmou os achados, evidenciando ainda o realce dos nódulos e massas após infusão endovenosa de contraste iodado. Foi submetido a biópsia pulmonar, a qual revelou ausência de malignidade e presença de granulomas com necrose caseosa. Iniciado tratamento para tuberculose, evoluiu com ganho de peso e desaparecimento da tosse. As alterações radiológicas, em sua maioria, permaneceram mesmo após a conclusão do tratamento de nove meses. O paciente continua vivo após seguimento de quatro anos. Segundo caso: paciente M. G. H. A, 48 anos, feminino, portadora de asma, apresentando sudorese e adinamia há cerca de dois meses, com achados de nódulos pulmonares na radiografia de tórax. Realizou tomografia de tórax, a qual revelou múltiplas imagens nodulares com densidade de partes moles em ambos os pulmões, irregulares, algumas espiculadas, sendo a maior delas em lobo superior esquerdo. Diante da possibilidade de neoplasia pulmonar e devido à pouca sintomatologia respiratória, foi realizada a ressecção dos nódulos pulmonares à esquerda, com diagnóstico histopatológico de granulomas epitelioides com necrose caseosa. A paciente encontra-se em tratamento para tuberculose, apresentando melhora clínica. **Discussão:** Os casos relatados ilustram a dificuldade inerente ao diagnóstico diferencial de massas pulmonares de natureza infecciosa e/ou inflamatória simulando neoplasia. Reforçam ainda a necessidade do diagnóstico histológico, com uso de métodos invasivos, quando não se é possível estabelecê-lo através de outros exames. Embora improvável, a confirmação diagnóstica de doenças benignas granulomatosas como a tuberculose é fundamental para um desfecho clínico favorável, e alerta sobre a possibilidade de formas atípicas de apresentação radiológica.

AP431 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIDROGARESISTENTE INTERNADOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE JULHO DE 2016 A MARÇO DE 2018 **HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA¹; JANDUI DINIZ ARAÚJO FILHO²; LORAINNY APARECIDA DE ALENCAR VEIGA²; BRUNA BIANCA MAZORO DUARTE¹**

1. UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO, RJ; 2. UNITPAC, ARAGUAINA, TO.

Palavras-chave: Tuberculose multidrogaresistente; epidemiologia; fatores sócio-econômicos

Introdução: A Tuberculose (TB) tem progredido globalmente e o enfrentamento da doença depende de avanços na prevenção e cuidado ao paciente em todos os países de alta carga de TB. Segundo a OMS, em 2014, 480 mil pessoas desenvolveram Tuberculose Multidrogaresistente

(TBMDR), com 190 mil mortes associadas. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, em 2014, foram 480 mil casos e 190 mil mortes relacionadas a TBMDR.

Objetivos: Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com TBMDR internados em hospital de referência. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo de todos os casos de TBMDR e TBXDR internados no período de julho de 2016 a março de 2018 em hospital de referência no Estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada nos prontuários e no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB). Foram analisados fatores sociodemográficos, forma clínica, padrão e tipo de resistência, comorbidades e fatores associados, através dos programas Excel e Epi Info. **Resultados:** Constatou-se que o sexo masculino teve maior prevalência na amostra, constituindo 80,53% dos casos. A etnia parda foi mais acometida, compondo a parcela de 50%. A faixa etária adulta, entre 30 e 59 anos foi mais envolvida, correspondendo a 72,22% dos pacientes, seguida do grupo jovem, de 15 a 29 anos (22,22%). A escolaridade mais presente foi de 4 a 7 anos, em 61,11% dos casos. Indivíduos desempregados representaram o maior percentual no âmbito ocupacional (30,56%). A forma clínica pulmonar foi unânime na amostra (100%). O padrão de resistência mais prevalente foi de TBMDR (63,89% dos casos), com 36,11% dos pacientes apresentando TBXDR. A resistência foi do tipo adquirida em 88,89% dos pacientes, e primária em 11,11%. Dentre as comorbidades e fatores associados, o mais presente foi o tabagismo, em 50% dos pacientes, seguido por uso de drogas ilícitas (36,11%), alcoolismo (30,55%), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Diabetes Mellitus (13,88%), transtornos psiquiátricos (8,33%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e População Vivendo em Situação de Rua (5,55%), e artrite reumatoide, leucemia, corticoterapia, hepatite viral, nefropatia e hipertensão arterial em 2,77% dos pacientes.

Conclusões: Os casos de TB resistente analisados neste estudo foram caracterizados na esfera sociodemográfica por indivíduos do sexo masculino, etnia parda, faixa etária adulta, baixa escolaridade e desempregados. Com relação ao perfil clínico, foi constatada uma íntima relação com o tabagismo, uso de drogas ilícitas e o alcoolismo, cujas práticas ocasionam maior abandono e absenteísmo ao tratamento, além de agravarem o quadro por alterações mecânicas e imunológicas no trato respiratório. Observou-se um aumento recente na incidência de TBXDR, o que alerta para a importância de melhores medidas de controle, incluindo o diagnóstico precoce, estudos sobre novos regimes terapêuticos e a adoção de tratamento preventivo em indivíduos sob risco.

AP432 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A TAXA DE INTERNAÇÕES E NÚMERO DE ÓBITOS CAUSADOS POR TUBERCULOSE MILIAR NAS REGIÕES BRASILEIRAS ENTRE 2013 E 2017

DANIEL SILVA SANTOS; JOSÉ WALMIR RODRIGUES DE MENEZES; LORENNIA OLIVEIRA MENEZES; ANA ROSA FELIZOLA DORTAS; ALVARO ANDRADE GÓIS QUEIROZ; MARIA NATHÁLIA PRADO SIMÕES MENDONÇA; MARINA MARIA SANTOS ALVES; MARCOS VINICIUS DA SILVA

UNIT, BARRA DOS COQUEIROS, SE.

Palavras-chave: Tuberculose miliar; internações; óbitos

Introdução: O termo “miliar” foi usado pela primeira vez por John Jacob Manget em 1700, para descrever lesões pulmonares com aspecto semelhante a grãos de milho, embora habitualmente de tamanho inferior, observadas em autópsias de doentes falecidos com Tuberculose Pulmonar (TB). Atualmente, a expressão Tuberculose Miliar

(TM) designa todas as situações de doença progressiva com disseminação hematogênica do *Mycobacterium tuberculosis* (MT) para os pulmões e para os outros órgãos, mesmo que os achados anatomopatológicos ou radiológicos estejam ausentes. A TM tem maior letalidade durante as duas primeiras semanas de permanência no hospital – provavelmente devido ao início tardio do tratamento e ao diagnóstico tardio feito apenas durante a autópsia, em alguns casos. **Objetivo:** Evidenciar dados epidemiológicos relacionados com a taxa de internações e com o número de óbitos causados por Tuberculose Miliar nas regiões brasileiras entre 2013 a 2017. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, documental, retrospectivo, com finalidade explicativa e científica. Foram obtidos dados epidemiológicos do DATASUS, através do registro de pacientes com tuberculose miliar ao avaliar os dados da internação e do desfecho da doença, sejam eles recuperação ou óbito do paciente, entre 2013 e 2017 na região brasileira.

Resultados: No Brasil, foram notificadas 2459 internações por Tuberculose Miliar, nas quais ocorreram 252 óbitos. Observou-se que a região Sudeste é a que possui maior número de internações, 1100. Em relação aos dados óbitos/internações, observou-se que a região Sudeste obteve o maior índice, com 12,2%; seguida da região Norte, com 10,1%; Sul, com 9,1%; região Nordeste, com 7,7% e por fim, Centro Oeste, com 6,9%. **Conclusão:** A partir dos dados analisados, verificou-se que a região Sudeste é a mais acometida pela TM, a qual possui o maior índice de letalidade da patologia. Em contraposição, a região Centro-Oeste é a região com melhores índices de recuperação. Sendo assim, é visível impasse no diagnóstico precoce e, consequentemente, no atraso do início do tratamento na região Sudeste. Dessa forma, vê-se a necessidade de intervenções para melhorar preparo no que tange à Tuberculose Miliar.

AP433 PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA DE MICOBACTÉRIA NÃO CAUSADORA DE TUBERCULOSE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

FERNANDA POLO MENDES DA CUNHA MUNIZ¹; WALTER COSTA²; ANA PAULA GOMES DOS SANTOS²; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG²

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ; 2. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Micobactéria não causadora de tuberculose; hospital universitário pedro ernesto; ambulatório

Introdução: A *Mycobacterium tuberculosis* foi descoberta em 1882 por Robert Kock. As micobactérias não-tuberculosas (MNT), são representadas pelo amplo espectro de organismos ubíquos em nosso ambiente. Essas bactérias são isoladas a partir de águas naturais e potáveis, solos e a exposição a essas reservas tem sido a principal fonte de infecção em humanos. O cenário das doenças por MNT tem aumentado nos últimos anos, e isso pode ser devido a maior exposição do homem ao meio ambiente, maior sensibilidade dos métodos diagnósticos, entre outros. A identificação de MNT se dá através de testes fenotípicos e testes moleculares. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é avaliar a perspectiva do médico sobre os pacientes atendidos no ambulatório de MNT do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) de acordo a idade, gênero, tabagismo, comorbidades, a tipificação MNT, localização (pulmonar ou extrapulmonar), aspecto radiológico e desfecho clínico.

Métodos: Estudo descritivo baseado nos dados de 66 pacientes com infecção por MNT acompanhados pelo

ambulatório de Micobactérias do HUPE. Realizada revisão de prontuários e análise dos dados registrados no SITEMB. As variáveis categóricas foram registradas em valores percentuais e as contínuas com média e desvio padrão (DP). **Resultados:** No ambulatório, foram analisados 66 pacientes. Houve prevalência do sexo feminino, com idade entre 50 e 70 anos e não tabagista. Ao analisar os dados foi observado que 23 pacientes (34,8%) não possuem comorbidades, mas dentre as citadas, a mais prevalente foi as bronquiectasias (24,2%). A tipificação mais prevalente entre os pacientes foram sp *Kansasii* (34,8%), seguido dos pacientes que não possuem tipificação (31,8%). O aspecto radiológico pulmonar mais evidente foi unilateral não cavitária (31,8%) e bilateral cavitária (12,1%). Além disso, há os pacientes que possuem manifestações extrapulmonares (16,7%), sendo aqueles que possuem manifestações pulmonares e extrapulmonares (3%) e os que possuem apenas manifestações extrapulmonares (13,7%). Entre as manifestações extrapulmonares estão: genitourinária (27,7%), óssea (1,1%), meningoencefalite (1,1%), ganglionar (27,7%), joelho (1,1%), prótese de silicone mamária (1,1%) e líquido sinovial (1,1%). Em relação ao desfecho, a maioria dos pacientes tiveram um desfecho favorável (31,8%), com tratamento concluído. **Conclusões:** A infecção por MNT foi mais comum em mulheres com manifestação pulmonar e apresentação unilateral não cavitária. A maioria dos desfechos foram favoráveis. Em relação ao nosso serviço o Sp M. *Kansasii* foi o mais prevalente sendo diferente da literatura onde demonstra que o M. *avium* é o mais comum. Além disso, como demonstra na literatura o M. *kansasii* quase não se manifesta da forma extrapulmonar, sendo o único caso contido nesse estudo ao associado a prótese de silicone mamária. Ficou evidente a dificuldade em se identificar e tipificar a espécie de MNT, sendo 31,8% da população tratada sem possibilidade tipificação.

AP434 INFECÇÃO POR TUBERCULOSE EM UNIDADE CRÍTICA DE URGÊNCIA

LUCAS SANTANA SOARES; LUCAS OLIVEIRA FARIAS; ERIKA DE OLIVEIRA MENEZES; CARLOS WERNECK GOMES; LUANA MARTINS ARAUJO; VICTOR HUGO CARDOSO; JULIANA CHAGAS RECCO; LARA REBECA CORREIA

UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Infecção; tuberculose; urgência

Introdução: Atualmente, um terço da população mundial está infectada pelo bacilo da tuberculose (TB) e em risco de desenvolver a doença. Estima-se que em 2013 cerca de nove milhões de pessoas tiveram TB no mundo. Houve redução do número de casos e de óbitos ao longo dos últimos anos. **Objetivos:** Caracterizar e delinear a frequência, mortalidade e epidemiologia por tuberculose em pacientes críticos assistidos em unidade de urgência. **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo de 755 pacientes críticos adultos internados em unidade de urgência de um hospital público em Aracaju, Sergipe, durante oito meses. Os dados foram obtidos de fichas individuais de busca ativa, coletada pela equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. **Resultados:** Dos 755 pacientes críticos adultos internados, 7,2% (55) tiveram o diagnóstico de tuberculose à admissão diretamente na unidade crítica (Ala Vermelha). Destes, 100% eram do sexo masculino, havendo distinção significativa entre os sexos (valor $p < 0,05$) e com média de idade de 56 anos (dp = 17,3). O tempo de permanência média geral foi de 6 dias, enquanto os pacientes internados com tuberculose permaneceram na unidade em média 10 dias. 87% (48) dos casos encontrados eram de tuberculose pulmonar, 3% (1) eram casos de tuberculose extrapulmonar e os outros 10% dos casos (6) não tiveram foco identificado.

Dos 55 pacientes com tuberculose, 47 morreram – a taxa de letalidade por tuberculose foi de 85% e a mortalidade geral de 18,6% (47/755). **Conclusões:** O estudo concluiu que, as taxas médias de incidência e da mortalidade no município de Aracaju, Sergipe, em unidade crítica, são elevadas. Alguns fatores podem contribuir para a manutenção do quadro, dentre eles, o uso inadequado das tecnologias disponíveis, como o diagnóstico tardio por não haver busca ativa de casos novos entre os sintomáticos respiratórios e os contactantes; a baixa cobertura de programas combatentes da tuberculose, que dificulta o acompanhamento apropriado dos casos em tratamento; a utilização inadequada do sistema de informação que compromete a qualidade dos dados, o que impossibilita a análise da incidência real e o resultado dos tratamentos para subsidiar a tomada de decisão com vistas a uma intervenção apropriada.

AP435 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO-EVOLUTIVO DE CASOS DE TUBERCULOSE DIAGNOSTICADOS EM UMA ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO¹; ALICIA RAFAELA MARTINEZ ACCIOLY¹; JORGE LUIZ CASSIANO ALVES VERAS²; MARCELA DE MELO CAVALCANTI E LEITÃO³; KARINE SOBRAL MARQUES¹; LIVIA FEITOSA RODRIGUES¹; PEDRO ALVES DA CRUZ GOUVEIA¹; CLÉZIO CORDEIRO DE SÁ LEITÃO¹

1. SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE, RECIFE, PE; 2. FISIOTERAPIA DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE; 3. SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL MIGUEL ARRAS - SES/PE, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Tuberculose; epidemiologia; formas clínicas

Introdução: A tuberculose persiste como um problema de saúde pública mundial, considerada uma das principais causas de morte por doença infectocontagiosa em adultos nos países em desenvolvimento. Para o diagnóstico de até 65% dos casos da forma mais prevalente, a pulmonar, além da suspeita clínica são necessários baciloscopia de escarro e radiografia de tórax. As formas extrapulmonares apresentam um espectro clínico variado, o que torna mais difícil o diagnóstico, dependendo principalmente de dados clínico-epidemiológicos, alta suspeição por parte dos médicos e recursos diagnósticos e humanos mais complexos, sendo necessário o ambiente hospitalar. **Objetivos:** realizar o levantamento dos pacientes com tuberculose internados na enfermaria de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, durante o período de janeiro 2016 a dezembro de 2017. **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, cuja coleta de dados foi feita a partir dos registros nos prontuários via Serviço de Arquivo Médico e Estatística e as variáveis obtidas foram organizadas em um banco de dados no Microsoft Office/Excel versão 2013. **Resultados:** Foram encontrados vinte e sete casos de tuberculose, sendo excluídos seis (22,2%). Onze (52,4%) eram do sexo masculino e dez (47,6%) do feminino. A idade variou entre 16 a 86 anos, com mediana de 54 anos, sendo 47,6% de 20 a 59 anos. A maioria apresentava escolaridade até ensino médio (71,4%) e 52,4% era procedente de Recife. Apenas um indivíduo apresentava sorologia positiva para HIV. O contato prévio com doente tuberculoso foi observado em seis (28,6%) casos. A forma clínica mais encontrada foi a extrapulmonar, com 52,4% do total. Com relação aos sintomas mais prevalentes (tosse, perda de peso e febre), na forma pulmonar, a tríade não foi encontrada, sendo a tosse o sintoma mais presente (75%). Na forma extrapulmonar, a tríade apareceu em 27,3% e a febre foi o sintoma mais encontrado, com 72,7%. O tempo de início dos sintomas

antes da admissão hospitalar variou de sete dias a um ano e dois meses, com mediana de dois meses. A tuberculose foi pensada como hipótese diagnóstica pelos médicos em 71,4%. Para a realização do diagnóstico, o tempo necessário variou bastante, de um a 272 dias, tendo como mediana de 12 dias. Cuidados intensivos foram necessários em sete (33,3%) indivíduos e quatro (19%) evoluíram para óbito.

Conclusão: Apesar do acometimento pulmonar ser o mais prevalente na população, em nossa amostra de tuberculose diagnosticada no ambiente hospitalar, a extrapulmonar foi mais prevalente. Os exames de imagem e histopatológicos foram definidores para o diagnóstico. A despeito da tríade de sintomas estar pouco presente, houve um bom índice de suspeição por parte dos médicos clínicos logo na admissão hospitalar. A doença apresentou alta letalidade e, por isso, faz-se necessário o fortalecimento de medidas que permitam o diagnóstico de forma mais precoce, em todos os níveis de Atenção à Saúde.

AP436 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TUBERCULOSE NO ESTADO DO PARÁ

LUCAS COELHO DA SILVA; JESSYCA RAMOS DO NASCIMENTO; IGOR DE CASTRO NASCIMENTO; AUGUSTO MOREIRA CARDOSO; BRUNA SOUZA GALVÃO; JULIANA PINHO MIGUEZ; ARTUR QUEIROZ DE OLIVEIRA
CESUPA, BELEM, PA.

Palavras-chave: Tuberculose; epidemiologia; pará

Introdução: A tuberculose, doença infectocontagiosa global, é considerada um grave problema de saúde pública no mundo¹. Atualmente, afeta cerca de um terço da humanidade, estimando-se em 2005 a ocorrência de 8,8 milhões de novos casos. Já em 2009 ocorreram 9,4 milhões de casos incidentes de TB no mundo, representando um aumento significativo em relação a anos anteriores. Os números do Brasil são extremamente preocupantes, seja considerando a situação do país como um todo ou apenas por regiões. Objetivo (s) geral: Caracterizar o aumento da incidência de tuberculose no estado do Pará. Específicos: Analisar dados epidemiológicos referentes a incidência de tuberculose no Estado do Pará. Identificar a incidência da doença nas seguintes cidades paraenses: Abaetetuba, Ananindeua, Anapú, Belém, Benevides, Bragança, Castanhal, Marituba, Santa Isabel. **Métodos:** O estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, em periódicos da língua portuguesa. **Resultados:** Segundo o Ministério da Saúde o Pará é considerado área endêmica para Tuberculose. Dos 315 municípios caracterizados pelo Ministério da Saúde como prioritários para o combate à TB, 11 estão no estado do Pará, onde foram notificados, em 2007, 2.920 casos novos da doença. O Estado do Pará registrou entre os anos de 2006 a 2008 uma incidência total 9.890 casos de tuberculose de todas as formas. Um número expressivo segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Estado. Desses casos 4.548 ocorreram em Belém/PA e Ananindeua/PA, sendo 885 em Ananindeua e 3.663 casos de tuberculose em Belém. 2. No período entre os anos de 2006 a 2010 7.444 novos casos de tuberculose foram notificados no município de Belém-PA, indicando uma incidência de 93 casos para cada 100.000 habitantes. Esses números sinalizam um aumento de 16% da incidência de TB na capital paraense.

Conclusão: Levando-se em consideração as altas taxas de incidência e prevalência da Tuberculose e sua crescente evolução a nível nacional, faz-se necessário conhecer estas estatísticas a nível regional, associando os dados numéricos encontrados com as peculiaridades socioeconômicas de cada região, tendo, desse modo, conhecimento da dinâmica específica local, objetivando promover medidas de

prevenção que possam desacelerar a alarmante evolução da doença nesses municípios e, consequentemente, no País.

AP437 APRESENTAÇÃO CLÍNICA, ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E DESFECHO DE TRATAMENTO DE CASOS DE TUBERCULOSE PEDIÁTRICA ACOMPANHADOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E CENTROS DE REFERÊNCIA DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

PEDRO DA SILVA MARTINS¹; CHRISTIANE MELLO SCHMIDT²; MARIA DE FÁTIMA POMBO MARCH³; LUIZA MARTINS VIEIRA⁴; ANA PAULA QUINTANILHA⁵; SUZANA APARECIDA GREGGI DE ALCANTARA⁶; GIOVANNI BATTISTA MIGLIORI⁷; ANNA CRISTINA CALÇADA CARVALHO¹

1. LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES EM TERAPIAS, ENSINO E BIOPRODUTOS (LITEB)/IOC/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ; 2. DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF, NITERÓI, RJ; 3. INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA (IPPMG) - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ; 4. CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS II SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS, DUQUE DE CAXIAS, RJ; 5. PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DO MUNICÍPIO DE ITABORAÍ, ITABORAÍ, RJ; 6. FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ; 7. WHO COLLABORATING CENTRE FOR TB AND LUNG DISEASES, FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI, ISTITUTO DI RICOVER, TRADATE.

Palavras-chave: Tuberculose; pediatria; mycobacterium tuberculosis

Introdução: A tuberculose (TB) é a principal causa de morte por doenças infecciosas no mundo. Estima-se que em 2016 ocorreram globalmente 10,4 milhões de casos de TB, cerca de 1 milhão desses casos eram crianças. Modelos matemáticos indicam que a TB pode ser a sexta principal causa de morte na faixa etária de 1 a 5 anos, causando mais óbitos do que doenças como meningite, AIDS, sarampo e coqueluche. Objetivos Descrever a apresentação clínica, a abordagem diagnóstica e o desfecho de tratamento da TB pediátrica em unidades básicas de saúde (UBS) e centros de referência (CR) para TB. Metodologia Estudo retrospectivo baseado na análise dos prontuários de pacientes menores de 15 anos tratados para TB em três UBS e três CR da Região Metropolitana do Rio de Janeiro entre 2007 e 2016. A análise estatística foi realizada com IBM SPSS v. 23. **Resultados:** De 663 pacientes elegíveis, 55 foram excluídos por falta de dados. A população final, de 608 (92%) pacientes, era em maioria composta por meninas (315; 52%) e com idade < 10 anos (364; 60%). As UBS atenderam 73% dos pacientes. Trezentas e noventa e uma crianças (64%) apresentavam formas exclusivamente pulmonares e 161 (26%) formas extrapulmonares; 58 (9,5%) apresentavam ambas as formas clínicas. Baciloscopia, cultura ou testes moleculares foram realizados em 340 pacientes (56%), sendo o resultado positivo em 239 (70%). O perfil de resistência do Mycobacterium tuberculosis (MTB) foi testado em 20 pacientes, sendo diagnosticados dois casos de TB-XDR e um caso de TB-MDR. A testagem para HIV foi oferecida a 370 crianças (61%) e 36 (10%) resultaram HIV positivas. Informação sobre o desfecho de tratamento foi disponível para 577 pacientes (31 transferências): 511 (89%) tiveram um desfecho de tratamento favorável, enquanto 66 (11%) apresentaram falha terapêutica (3), abandono do tratamento (54) ou óbito (9). O diagnóstico microbiológico e a testagem HIV foram mais frequentes nos CR, mas não houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao desfecho de tratamento entre crianças tratadas em UBS e CR. Conclusões No nosso estudo, somente 39% (239/608) das crianças com TB tiveram confirmação microbiológica e

o perfil de sensibilidade do MTB foi conhecido para apenas 3% do total de casos. Além disso, apesar das altas taxas de sucesso de tratamento, 9% das crianças abandonaram o tratamento e 1,4% morreram, percentuais superiores aos recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Portanto, para que as metas da Estratégia End TB sejam alcançadas, deve ser dada prioridade a medidas que abordem as peculiaridades da TB na infância, incluindo a avaliação de contatos e o tratamento precoce da TB ativa e latente, assim como métodos mais sensíveis e menos invasivos para o diagnóstico da TB em crianças. Este trabalho faz parte dos projetos colaborativos da European Respiratory Society/Asociación Latinoamericana del Tórax e da European Respiratory Society/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

AP438 TAXA DE INTERNAÇÃO E MORTALIDADE HOSPITALAR POR TUBERCULOSE PULMONAR: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS REGIÕES BRASILEIRAS

IGOR SANDES DE BARCELOS; SYLVIA KATHARINY FARIAS ANDRADE; JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS NETO; MANUELA AZEVEDO VIEIRA; ALVARO ANDRADE GÓIS QUEIROZ; DANIEL SILVA SANTOS; ANGELA SANTOS LIMA; MARCOS VINICIUS DA SILVA
UNIT, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Tuberculose; hospitalização; registros de mortalidade

Introdução: A tuberculose é uma das principais doenças infecciosas e uma questão de saúde pública mundial. Apesar de possuir tratamento e vacinação disponível, ela foi a enfermidade de maior letalidade entre as doenças infecciosas em 2016 e, suas taxas de incidência permanecem altas nos dias atuais, pois os fatores socioeconômicos influenciam bastante no controle da doença. Ela apresenta-se clinicamente de duas maneiras, formas pulmonares ou extrapulmonares, a qual a de maior relevância epidemiológica encontra-se na forma pulmonar bacilífera. O tratamento é realizado ambulatorialmente por 6 meses, na maioria dos casos. Esse longo período é o principal motivo que dificulta o controle da doença, devido à falta de adesão. **Objetivo:** Evidenciar as diferenças entre as taxas de internação e de mortalidade hospitalar por tuberculose pulmonar entre as regiões brasileiras no período de janeiro de 2016 a novembro de 2017. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, documental e retrospectivo, com dados obtidos através do DATASUS referentes às taxas de internação e mortalidade hospitalar por tuberculose pulmonar das regiões brasileiras, no período de janeiro de 2016 a novembro de 2017. **Resultados:** Foram notificados, no período mencionado, 18.886 casos de internações por tuberculose pulmonar na região brasileira. A partir disso, observou-se que em relação à distribuição regional dessas notificações, foram feitas 1.103 no Norte (5,84%), 6.337 no Nordeste (33,6%), 7.744 no Sudeste (41%), 2.861 no Sul (15,1%) e 841 no Centro-Oeste (4,46%). Outrossim, a mortalidade hospitalar para casos de tuberculose pulmonar no período teve média de 7,65 a 1000 pessoas por ano, isolando as regiões, no Norte foi de 8,07, no Nordeste de 7,39, no Sudeste de 8,41, no Sul de 6,33 e no Centro-Oeste de 6,66. **Conclusão:** A partir dos dados levantados, pode-se notar uma maior prevalência de internações por tuberculose na região Sudeste, isso pode associar-se também à a densidade demográfica da região, o que implica em maior número de casos e, proporcionalmente, maior número de agravos, além do fato de ser mais industrializado, mais poluído e possuir mais notificações pelas unidades básicas de saúde. Todavia, a região em que possui a maior taxa de mortalidade hospitalar por tuberculose pulmonar é a região Norte, mesmo ela possuindo uma das menores taxas

de internação entre as regiões, apenas 5,84% dos casos. Isso pode estar relacionado com estrutura de saúde mais precária e com menos investimento para dar suporte aos casos graves. Vale salientar que um dos maiores desafios para o controle da tuberculose é a adesão ao tratamento, para isso campanhas de informação para a população leiga a respeito do tema podem ajudar significativamente a reduzir os números apresentados.

AP439 TAXA DE MORTALIDADE ASSOCIADA À TUBERCULOSE PULMONAR: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O ESTADO DE SERGIPE E A REGIÃO NORDESTE

IGOR SANDES DE BARCELOS; ANA ROSA FELIZOLA DORTAS; MARIA NATHÁLIA PRADO SIMÕES MENDONÇA; BIANCA XAVIER DE OLIVEIRA SOUZA; MANUELA AZEVEDO VIEIRA; DANIEL SILVA SANTOS; MARINA MARIA SANTOS ALVES; MARCOS VINICIUS DA SILVA

UNIT, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Tuberculose; mortalidade; epidemiologia

Introdução: De acordo com a OMS, o Brasil ocupa a 18ª posição entre os 22 países responsáveis por mais de 80% dos casos de tuberculose (TB) no mundo. O país apresentou em 2014, um coeficiente de mortalidade pela doença de 2,2/100.000 hab. (4.374 óbitos), que representou a terceira causa de morte por doenças infecciosas no Brasil. Entretanto, a mortalidade não se apresenta de forma homogênea, na qual é mais elevada em capitais com maior desigualdade de renda, com maior proporção de pobres de cor da pele ou raça negra e com maiores coeficientes de coinfeção HIV/tuberculose. Em 2014, os maiores coeficientes de mortalidade por tuberculose concentraram-se nas regiões Nordeste, Norte e Sudeste, com valores maiores que os apresentados pelo Brasil, ficando o Nordeste em primeiro lugar com um coeficiente de 2, 5/100.000hab. Dentro da região, ainda existem disparidades entre as unidades federativas. Sergipe foi um dos estados que foi de encontro ao ritmo nacional e elevou sua taxa de mortalidade nos últimos anos. **Objetivo:** O estudo visa estabelecer um comparativo entre as taxas de mortalidade associadas à tuberculose pulmonar registradas na região Nordeste e no estado de Sergipe no período de dezembro de 2015 a novembro de 2016 em paralelo com dezembro de 2016 a novembro de 2017. **Metodologia:** Os dados obtidos foram retirados da plataforma do DATASUS e são referentes às taxas de mortalidade por tuberculose pulmonar na região nordeste e no estado de Sergipe no período entre dezembro de 2015 e novembro de 2016 e no período entre dezembro de 2016 e novembro de 2017. **Resultados:** No período entre dezembro de 2015 e novembro de 2016, a mortalidade por TB pulmonar registrada foi de 7,54% na região Nordeste e 12,5% no estado de Sergipe. No período entre dezembro de 2016 e novembro de 2017, as taxas foram para 7,34% no Nordeste e 11,76% em Sergipe. **Conclusão:** Os dados obtidos indicaram que a taxa de mortalidade no estado de Sergipe apresentou-se acima da média da região Nordeste nos dois períodos estudados. No entanto, mesmo as duas taxas terem apresentado-se reduzidas, Sergipe obteve uma queda de 0,74% contra 0,2% no Nordeste, o que evidenciou uma redução 3,7 vezes superior.

AP440 ANÁLISE CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA EM TUBERCULOSE LATENTE: 7 ANOS DE QUIMIOPROFILAXIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MANAUS, AMAZONAS

ELISE MIRANDA PEIXOTO¹; MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO¹; FABIANE EVELYN MAIA MORAES¹; NILOMAR DA SILVA PORTELA²; ALESSANDRA CRISTINA PAULO DE MOURA¹
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM; 2. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS, AM.

Palavras-chave: Tuberculose latente/epidemiologia (ep); quimioprevenção/estatística & dados numéricos (sn); epidemiologia descritiva

Introdução: A Tuberculose (TB) é reconhecida pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como a doença infecciosa de maior mortalidade no mundo, e o estado do Amazonas (AM) apresenta altas taxas de TB desde o início dos registros brasileiros, além de ser líder nacional em incidência desde 2013. Inserida no contexto da TB, está a Tuberculose Latente (TBL) – condição de infecção pelo bacilo da TB sem sintomas, achados no escarro ou padrão radiográfico típico. A reativação endógena futura por imunodepressão é desencadeada multifatorialmente, contribuindo para o surgimento de novos focos de TB transmissível. **Objetivos:** descrever características clínicas e epidemiológicas dos pacientes tratados para TBL entre 2011 e 2017 no HUGV (Hospital Universitário Getúlio Vargas) – Manaus, AM; contribuir para a definição de um perfil epidemiológico de quem é tratado para TBL no estado líder em incidência no país e da taxa de abandono associada; incluir um panorama do impacto local e da cobertura dos serviços do HUGV em quimioprofilaxia (QPX) de TBL. **Métodos:** revisão de prontuários: abordagem transversal retrospectiva, em análise descritivo-exploratória da situação clínica e epidemiológica dos pacientes tratados para TBL entre 2011 e 2017 no HUGV. Tratamentos iniciados antes de 2011 ou não concluídos até dezembro de 2017, óbitos, retratamento do mesmo paciente e registros duvidosos sobre indicação/início da QPX foram excluídos. **Resultados:** de 300 prontuários analisados, 155 foram selecionados para a pesquisa, sendo que: 83% consistiram em pacientes do gênero feminino, 17% do gênero masculino, com média de idade = 45,6 anos (12% não referiram idade). 27,7% iniciaram QPX no ano de 2016. 98% dos pacientes chegaram à QPX por indicação de início de medicação imunossupressora, sendo 124 (80%) encaminhados do próprio HUGV – 91% destes do serviço de reumatologia. As doenças de base mais comuns foram: artrite reumatoide (59%), lúpus eritematoso sistêmico (11%) e espondilite anquilosante (9%). 37 pacientes (24%) abandonaram a QPX, sendo que 59,4% deles ainda no primeiro mês; de 116 que completaram o tratamento, 72% realizaram o esquema de 9 meses. Houve um caso de suspensão da QPX por descoberta de gestação no 1º trimestre. 31 pacientes (20%) referiram efeitos adversos à Isoniazida – 10 deles queixando epigastralgia e náuseas. Em nenhum dos prontuários havia registro de co-infecção com o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Em relação à procedência e à naturalidade: 59% e 80%, respectivamente, não as referiram nos prontuários. **Conclusões:** o serviço de QPX do HUGV é referência para outros setores do próprio hospital; a taxa de abandono majoritária no 1º mês aponta necessidade de novas estratégias – busca ativa do paciente; perda de dados; estudos multidisciplinares futuros e análise das políticas públicas atuais ampliarão panorama a respeito da manutenção de altas taxas de TB no estado, abrindo espaço para a reversão do quadro.

AP441 SINAL DO TREVO – NOVO SINAL TOMOGRÁFICO DA TUBERCULOSE PULMONAR ATIVA: RELATO DE CASO
THIAGO THOMAZ MAFORT; MARCIUS GOMES DO CARMO PENA ROCHA; DOMENICO CAPONE; RAFAEL BARCELOS CAPONE; HELENO PINTO DE MORAES; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Tuberculose; tomografia; sinal do trevo

Introdução: A tomografia computadorizada do tórax (TC) por sua extrema sensibilidade e alta resolução consegue demonstrar pequenas estruturas anatômicas no nível

de bronquíolos terminais, representada notadamente pela unidade anatômica do pulmão, o lóbulo secundário, anteriormente apenas acessível ao patologista, através de material de biópsia. Em razão dessas peculiaridades a TC consegue demonstrar alterações incipientes de muitas doenças, entre elas a tuberculose pulmonar. Existem muitos sinais tomográficos descritos associados às doenças específicas entre eles o sinal do anel de fada e da galáxia sarcóide (sarcoidose), o sinal do halo (aspergilose pulmonar invasiva), o sinal do halo invertido (paracoccidioidomicose e COP). Descrevemos um caso de tuberculose pulmonar (TB) em atividade, no qual o arranjo dos pequenos nódulos do espaço aéreo apresentou uma disposição peculiar designado de “sinal do trevo”. **Relato de caso:** Homem de 43 anos de idade, pardo, motorista, transplantado renal há 8 anos, em uso regular de rapamicina, micofenolato e corticoides. Foi internado em razão de diarreia, enterorragia, dor abdominal, tosse com expectoração clara, além de febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento acentuado há cerca de 30 dias. O exame do escarro para BAAR foi negativo. A TC do tórax demonstrou nos dois pulmões pequenos nódulos do espaço aéreo agrupados, alguns dispostos em trevo. A TC do abdome mostrou espessamento de alça intestinal na região do íleo terminal, abordada por colonoscopia e descrita como lesão ulcerada no íleo terminal. O diagnóstico histopatológico foi de doença granulomatosa. O exame corado pelo Fite exibiu BAAR. **Discussão:** Os sinais tomográficos mais frequentes da TB em atividade incluem alterações isoladas ou associadas descritas como opacidades parenquimatosas com ou sem aerobroncograma, nódulos entre 1 e 3cm de diâmetro, cavidades, alterações das vias aéreas caracterizadas como espessamento das paredes e bronquiectasias além de nódulos do espaço aéreo. Estes últimos constituem a lesão inicial da doença e traduzem as alterações inflamatórias granulomatosas no nível de bronquíolo terminal e ductos alveolares. Essas alterações podem ser muito tênues ou bem definidas. Quando exibem ramificações lineares configuram o padrão de árvore em brotamento e, embora não específico, constituem a alteração tomográfica mais fidedigna e sugestiva de atividade da doença. Em alguns casos, esses pequenos nódulos do espaço aéreo se dispõem caprichosamente sob a forma de trevos de três ou quatro pontas, já tendo sido descritos e considerados, do ponto de vista anatomopatológico, como típicos de tuberculose, porém nunca foram descritos em TC. Nós chamamos estas alterações de sinal do trevo. Este sinal poderia ser acrescentado à extensa lista de sinais metafóricos descritos como padrão de várias doenças pulmonares, notadamente como um dos sinais ligados à apresentação tomográfica da tuberculose pulmonar ativa.

AP442 TUBERCULOSE PULMONAR COM ASPECTO RADIOGRÁFICO DE NEOPLASIA

ELIZABETH CLARA BARROSO¹; ANA ANGÉLICA FARIAS²; RAYNARA RENATA FONSECA BRANDÃO¹; REGINA CLEIDE MARQUES XIMENES²; MARIA EDNA MOURA²; MILENA PEREIRA PATRÍCIO DA SILVA NOGUEIRA¹; MARIA CLARA FARIAS BARRETO ALVES¹; LARA FERREIRA VENTURA¹

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

Palavras-chave: Tuberculose; aspecto radiográfico; neoplasia

Introdução: A radiografia de tórax (Rxt) juntamente com a baciloscopia (BAAR) do escarro constituem o principal método de avaliação inicial e de acompanhamento da tuberculose (TB). As formas de apresentação radiográficas

da TB são múltiplas. As consolidações lobares não são tão comuns em adultos e podem sugerir neoplasia, sendo então necessário afastar neoplasia e a intervenção de serviço de referência. Os autores relatam quatro casos com essa apresentação, negativos ao anti-HIV e tratados sob internação hospitalar. **Relato dos casos:** Caso 1: Paciente masculino, 60 anos, com tosse produtiva há um mês, perda de 10kg, diabético tipo II, etilista grave e portador de artrite psoriásica. Usava infliximab e passou a perder peso, Rxt revelou grande condensação suprahilar direita (D), BAAR do escarro foi negativa em duas amostras, teste tuberculínico (TT) não foi realizado por falta de material. Usou esquema básico- EB (rifampicina-R, isoniazida-H, pirazinamida-P e etambutol-E) na atenção básica por dois meses, sendo então suspenso porque o diagnóstico não havia sido esclarecido. Procurou, por conta própria, serviço de referência para TB onde foi continuado o tratamento tendo alta com regressão total da lesão. Caso 2: Paciente feminina de 26 anos com tosse seca e perda de seis kg em seis meses, fizera uso recente de corticoide para “dores na coluna”, Rxt revelou volumosa condensação suprahilar D com cavitação excêntrica, BAAR negativo no escarro em três amostras, TT não reator e ao exame físico adenomegalias cervicais. Foi iniciado EB em 09/02/18 e solicitados exames. A tomografia computadorizada do tórax apresentou o mesmo achado da Rxt, a biópsia ganglionar revelou linfoma de Hodgkin clássico tipo esclerose nodular e BAAR e cultura para BK negativos no lavado brônquico. Em 20/05/18 iniciou tratamento antineoplásico e manteve-se o EB. Rxt revelou regressão progressiva até mínima fibrose residual. Caso 3: Paciente masculino, 40 anos, há três meses com tosse pouco produtiva, febre diária, perda de 10 kg, antecedente de tentativa de suicídio, negou alcoolismo, tabagismo ou drogadição. Rxt revelou condensação volumosa ocupando quase todo LSD sendo mais rarefeita no ápice, BAAR foi positivo no escarro, com boa resposta ao EB. Caso 4: Paciente de 51 anos com tosse produtiva, dispneia e perda de 30 kg em três meses tinha antecedentes de síndrome do intestino curto, alcoolismo e tabagismo graves. Foi internado com hemoglobina de 6,2g/dl, trombose venosa profunda em membro inferior, Rxt com velamento de todo LSD e tênue infiltrado na base D e BAAR positivo no escarro obtendo boa resposta ao tratamento com EB e anticoagulante. **Discussão:** Os autores chamam atenção para esses casos graves de TB pulmonar com aspecto radiográfico atípico necessitando de atenção especializada e internação hospitalar. Todos com imunossupressão diferente do HIV, e em dois deles necessitando de técnicas diagnósticas mais efetivas e em um deles com coexistência de TB e neoplasia.

AP443 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À RESISTÊNCIA AO ETAMBUTOL EM PACIENTES COM TUBERCULOSE DROGA RESISTENTE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

ANA PAULA GOMES DOS SANTOS; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; MARIA ARMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA; FERNANDA CARVALHO DE QUEIROZ MELLO
IDT-UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Tuberculose; resistente; etambutol

Introdução: A tuberculose droga resistente (TBDR), em especial a forma multiresistente (TBM), constitui uma séria ameaça para o controle global da TB. O etambutol (EMB) é um dos fármacos de primeira linha, usado em associação com isoniazida (H) e rifampicina (R) para o tratamento da TB sensível, e também indicado para os casos resistentes. No entanto, um estudo sobre a situação

da TBDR no RJ, revelou uma taxa de resistência ao EMB de 3,2%. **Objetivos:** Descrever a frequência de resistência ao EMB em pacientes com TBDR oriundos de 3 áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, bem como os fatores associados à esta resistência, e possíveis diferenças na evolução microbiológica e no desfecho da doença nos casos resistentes. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva baseado em dados de prontuário dos pacientes atendidos no ambulatório de Tuberculose Droga Resistente do Ambulatório de Tisiologia Newton Bethlem da UFRJ entre 02/2016 e 03/2018 e oriundos das áreas programáticas 1.0, 2.1 e 2.2 do Rio de Janeiro. Testes qui-quadrado e testes T foram utilizados para análise estatística.

Resultados: 72 pacientes foram incluídos para análise. 23 (31,9%) apresentavam resistência ao EMB. Os casos resistentes não apresentaram relação com gênero, idade, raça, escolaridade, área programática de origem, tipo de resistência (primária ou adquirida) ou forma de apresentação da TB. A maioria dos casos resistentes ao EMB apresentava resistência associada à R (91,3% x 67,3%, $p = 0,04$). TBM também foi mais frequente entre os resistentes ao EMB, no entanto sem significância estatística (87% x 55,1%, $p = 0,09$). A resistência à H não se mostrou associada com os casos resistentes ao EMB. 60,9% dos casos resistentes ao EMB iniciou esquema de tratamento incluindo esta medicação, com posterior ajuste de acordo com testes de sensibilidade. Não houve diferença significativa entre os grupos com e sem resistência em relação à ocorrência de eventos adversos em geral, porém os pacientes resistentes apresentaram mais náuseas/vômitos (43,5% x 20,4%, $p = 0,05$). As curvas de negatificação de baciloscopia no 3º e no 6º mês e de cultura no 3º mês foram comprometidas entre os casos resistentes ao EMB (43,5 x 75,5%, $p = 0,02$; 47,8% x 81,6%, $p = 0,01$; 26,1% x 59,2%, $p = 0,004$; respectivamente). Não houve diferença estatística entre as negatificações de cultura no 6º mês entre os grupos. Com relação aos desfechos, os casos resistentes tiveram maior taxa de abandono (30,4% x 8,2%), falência (8,7% x 2%) e óbito (4,3% x 2%) ($p = 0,04$). **Conclusão:** Em nossa amostra observamos elevada frequência de casos resistentes ao EMB entre os pacientes com TBDR bem como sua associação com resistência à R, menor taxa de negatificação microbiológica e a associação com desfechos desfavoráveis. Assim, é importante compreender os fatores de risco para a resistência à esta droga e os mecanismos biológicos que a favorecem, o que ajudará no controle global da TBDR.

AP444 HEMOTISE MACIÇA SECUNDÁRIA A ANEURISMA DE RASMUSSEN – A PROPÓSITO DE UM CASO

JOÃO CARLOS CARLOS DE JESUS; PARSON CAMUTO; MAURICIO WESLEY PERROUD; MAURICIO SOUSA DE TOLEDO LEME
HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ - HES/UNICAMP, CAMPINAS, SP.

Palavras-chave: Aneurisma de rasmussen; hemoptise; tuberculose

Introdução: Tuberculose (TB) pulmonar continua com elevada prevalência no Brasil. Dentre as suas complicações, o aneurisma de Rasmussen é considerado uma complicação rara, que pode ser fatal. Descrevemos o caso de um jovem haitiano que foi admitido em setor de emergências com insuficiência respiratória secundária à hemoptise maciça. **Relato:** Homem de 39 anos, haitiano, é admitido em setor de emergência por hemoptise volumosa seguida de insuficiência respiratória aguda. Submetido a intubação orotraqueal e acoplado à ventilação mecânica. Apresentava-se com instabilidade hemodinâmica, revertida

com reposição de cristalóide e concentrado de hemácias. A tomografia de tórax evidenciou lesão cavitada em lobo superior esquerdo (LSE), com conteúdo amorfo em seu interior, opacidades em vidro fosco bilateralmente, sugestivas de sangramento. A broncoscopia não evidenciou sangramento ativo proveniente das vias aéreas inferiores e a baciloscopia foi negativa para BAAR. Após uma semana de cuidados intensivos, evoluiu com melhora progressiva, sem novos sangramentos, sendo extubado e encaminhado à enfermaria de clínica médica. O paciente revelou ter tratado TB pulmonar em seu pai de origem há 9 anos, com critérios de cura, e que há 6 meses vinha apresentando escarros hemoptóicos eventuais, sem outros sintomas associados. Negou febre, emagrecimento, sudorese noturna ou tosse crônica. Sorologia para HIV negativa, função renal, urina 1 e coagulograma normais. Em angiotomografia arterial de tórax, realizada em decúbito ventral, mostrou lesão arredondada (16mm) e fixa com captação de contraste no interior da lesão cavitada em LSE. Tentou-se a realização de embolização sem sucesso. Submetido a lobectomia superior esquerda sem intercorrências. Atualmente em seguimento ambulatorial, assintomático. **Discussão:** Hemoptise é o sangramento proveniente das vias aéreas inferiores. Considerada maciça quando o volume excede 600ml em 24 horas ou maior que 100ml na primeira hora com instabilidade hemodinâmica ou insuficiência respiratória associada. Dentre as complicações pulmonares da tuberculose, o aneurisma de Rasmussen tem uma prevalência estimada entre 5-8% dos casos. Foi descrito por Fritz Valdemar Rasmussen como aneurisma artérias pulmonares secundária a TB. Sua fisiopatologia é a infiltração granulomatosa da camada adventícia e média de ramos das a. pulmonares. O tratamento é realizado com a embolização por arteriografia ou pela remoção cirúrgica. Como a TB ainda continua uma doença muito prevalente no Brasil, chamamos a atenção para uma complicação, que apesar de rara, pode ser fatal, portanto sua identificação é primordial e decisiva no desfecho final do paciente. **Referências:** SAPRA, R.; SHARMA, G.; MINZ, A. K. Rasmussen's aneurysm: A rare and forgotten cause of hemoptysis. *Indian Heart Journal*, v. 67, p. S53–S56, dez. 2015. SYED, M.; IRBY, J. Airway management of ruptured pulmonary artery "Rasmussen" aneurysm and massive hemoptysis. *BMC Research Notes*, v. 8, n. 1, dez. 2015.

AP445 TUBERCULOSE POR MYCOBACTERIUM BOVIS EM HUMANO

ELIZABETH CLARA BARROSO; LARA FERREIRA VENTURA; GEORGIA ALMEIDA NOGUEIRA; MILENA PEREIRA PATRÍCIO DA SILVA NOGUEIRA; GONNARA RENATA FONSECA BRANDÃO; MARYAN CRISTINA ROYALVES SANTOS; ARTHUR ALENCAR BEZERRA; MATEUS AMORIM MARCONDES
UNIVERSIDADE DE DE FORTALEZA- UNIFOR, FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Tuberculose; mycobacterium bovis; técnica molecular

Introdução: O *Mycobacterium bovis* continua a causar doença pulmonar e extrapulmonar nos homens, sendo transmitido entre os animais domésticos e silvestres, assim como dos animais para o homem e vice-versa. Os alimentos contaminados (especialmente o leite) ou o estreito convívio com os animais infectados são as principais vias de transmissão do *M. Bovis* para os seres humanos. **Caso clínico:** Paciente feminina, 38 anos, casada, dentista, natural e procedente de Fortaleza, apresentou-se no ambulatório de referência para TB do estado do Ceará em 24/07/17 portando resultado de teste molecular para micobactérias que revelou *M. bovis* resistente à Isoniazida (H) e Pirazinamida (Z) e sensível à Estreptomomicina (S),

Rifampicina (R) e Etambutol (E). Ela negava uso de álcool, fumo ou drogas ilícitas, diabetes, hipertensão arterial e era asmática em remissão e havia feito tratamento para TB em 2015, com diagnóstico feito por lavado bronco alveolar (LBA) com BAAR positivo e bacilo resistente à Rifampicina (R) pelo ensaio XpertMTB/RIF, tendo feito uso de S, H, E e Z obtendo cura. PPD- ausência de nódulo (11/05/2015). Radiografia de tórax (Rx)- 02/04/2015- condensação cavitada no lobo superior esquerdo (LSE) com infiltrado circunjacente e seu peso de 50kg. Em dezembro/2016 retornara ao ambulatório de origem, com piora radiológica, sendo iniciada prova terapêutica com Esquema Básico para TB (RHZE). RX de tórax no dia 15/12/16 tinha infiltrado misto difuso. Tomografia de alta resolução (TCAR) do tórax (16/12/16), com infiltrado micronodular disseminado e teste anti-HIV, FAN e fator reumatoide negativos. LBA de 23/12/2016 teve BAAR negativo e XpertMTB/RIF negativo. No mesmo espécime clínico foi realizada técnica molecular que identificou *M. bovis* cujo resultado só recebeu em julho/2017 quando foi encaminhada para o serviço de referência para TB. Foi iniciado em 20/07/17 esquema especial para polirresistência: S, levofloxacina, etambutol e terizidona. Contatou-se uso abundante de queijo não pasteurizado. O esquema foi bem tolerado havendo ganho de peso, exames hematológicos e bioquímicos normais e ela sempre sem expectoração. TCAR tórax do dia 19/10/17 revelou acentuada melhora do infiltrado micronodular e configuração nodular no LSE e recomendação TCAR com dois meses. Paciente passa bem e já trabalhando. TCAR do tórax- 27/12/17- estabilidade dos achados. **Discussão:** Os autores chamam atenção para esse caso de TB pulmonar por *M. bovis* em paciente imunocompetente e sua associação com o uso repetido de queijo feito com leite não pasteurizado. Apesar dos programas de controle, a TB continua sendo uma ameaça à saúde de humanos e animais. A TB bovina ainda é uma doença importante e devido a implicações em saúde pública e os efeitos negativos na cadeia de produção de leite, o desenvolvimento e aplicação de técnicas diagnósticas mais efetivas são ferramentas críticas para o diagnóstico da doença para determinar medidas de controle e erradicação efetiva.

AP446 SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE EM PACIENTES COM TUBERCULOSE SORO NEGATIVOS PARA O HIV

ELIZABETH CLARA BARROSO; MARYAN CRISTINA GONÇALVES SANTOS; GEORGIA ALMEIDA NOGUEIRA; ARTHUR ALENCAR BEZERRA; MATEUS AMORIM MARCONDES; CRISTIANE SARAIVA MAIA; ANA BEATRIZ ARRAIS LIMA COSTA; MARIA CLARA FARIAS BARRETO ALVES
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Tuberculose; hiv negativo; síndrome inflamatória da reconstituição imune

Introdução: A Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune (SIRI), é bastante descrita em pacientes com infecção tuberculose (TB)-HIV, têm sido publicados casos em (TB) isolada. Os autores apresentam quatro desses casos tratados sob internação hospitalar. **Relato dos casos:** Caso 1: Paciente masculino, 48 anos, com tosse produtiva há dois meses, etilista grave, negando tabagismo ou uso de drogas ilícitas, iniciou esquema básico (EB- rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) para TB com baciloscopia (BAAR) do escarro positiva, radiografia de tórax (Rxt) com infiltrados bilaterais, anemia e hipoalbuminemia. Evoluiu com melhora inicial seguida de anorexia, perda de peso, febre diária e piora radiológica. Foi associado corticóide com melhora progressiva. Caso 2: Paciente feminina, 56 anos, caquética com diabetes mellitus tipo I, sem uso de álcool, fumo ou

drogas, iniciou EB com BAAR no escarro positivo, Rxt com lesões no pulmão direito (D), anemia e hipoalbuminemia graves. Evoluiu com melhora clínica, mas surgiu condensação pulmonar à D, dor abdominal persistente e perda de peso. 13 dias após a condensação desapareceu sem intervenção. Dentro de três dias surgiu neutropenia de 517/ μ L. O EB foi suspenso e iniciado Metronidazol e Ciprofloxacina para possível peritonite bacteriana espontânea. Sete dias após a dor abdominal cessou e os neutrófilos normalizaram. Ela está estável usando esquema para intolerância gástrica. Caso 3: Paciente masculino 53 anos com tosse há 20 dias, desorientado, iniciou EB com anemia e hipoalbuminemia profundas, BAAR positivo no escarro e Rxt com cavidades e condensações bilaterais. A família negou uso de drogas e informou alcoolismo e tabagismo graves. Evoluiu referindo melhora, mas, em anasarca e 20 dias após desenvolveu trombose venosa profunda em subclávia e axilar E, febre diária, plaquetopenia e alteração na função hepática e renal. 40 dias após o início do tratamento observou-se piora das lesões radiológicas sendo associado corticoide com cessação da febre no dia seguinte. Evoluiu bem com anticoagulante e esquema para TB em nefropata e hepatopata. Caso 4: Paciente masculino de 37 anos com tosse produtiva, hemoptoicos e perda de 24 kg em quatro meses iniciou EB com BAAR positivo no escarro, Rxt com infiltrados e cavidades bilaterais, anemia e hipoalbuminemia. Estava em situação de rua e usava álcool, fumo e drogas ilícitas. Persistiu com febre diária, adinamia e anorexia e 32 dias após o Rxt revelou piora das lesões apesar do BAAR negativo no escarro, foi associado corticoide com sucesso. **Discussão:** Estudo francês publicado em 2013 encontrou como fatores de risco independentes para SIRM em pacientes com TB negativos para o HIV: anemia, hipoalbuminemia e linfopenia. Os quatro pacientes aqui apresentados tinham anemia e hipoalbuminemia profundas, chama-se atenção para esses dois achados como possíveis marcadores para imunodepressão.

AP447 SEPSE POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EM PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR POR ESQUISTOSSOMOSE

ANA CAROLINA LIMA RESENDER; JAQUELINE SONOE OTA; MARCIA TELMA GUIMARAES SAVIOLI; FERNANDA FERREIRA BIGELI; PRISCILA ABREU FRANCO; KEYDSON SOUSA SANTOS; BRUNA CAVALCANTE TORRES; ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA UNIFESP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Sepsis; tuberculose; esquistossomose

Introdução: Em pacientes com descompensação aguda de hipertensão arterial pulmonar (HAP) é fundamental a identificação precoce do fator desencadeante, podendo estar relacionado à suspensão de medicações, arritmias, eventos tromboembólicos, infecções ou à própria evolução da doença. A bacteremia por *M. tuberculosis* (MTB) é uma causa subestimada de sepsis grave, sendo incomum e de difícil diagnóstico, associada à alta mortalidade em curto prazo. **Caso clínico:** Feminino, 40 anos, diagnóstico de HAP por esquistossomose hepatoesplênica, em terapia combinada com sildenafil 40mg 8/8h e ambrisentana 5mg/dia, em CF-NYHA II. Há 3 meses piora progressiva da dispnéia, associada a palpitações, tontura e mialgia após descompensação da HAP por duas infecções pulmonares com uma internação hospitalar, melhora parcial dos sintomas, sem controle laboratorial ou radiológico. Quinze dias após alta, piora da dispnéia, da tosse e do edema de membros inferiores e recidiva da febre. Exame físico na admissão: lúcido, desidratado 2+/4, icterícia 3+/4, turgência jugular, PA 100 x 65 mmHg, FC 101 bpm, sons respiratórios presentes com roncos difusos, uso de musculatura

acessória, f: 30rpm, SpO₂ 86% (Venturi 50%), fígado palpável a 4 cm, edema periférico 2+/4. Laboratório: Hb 11,7g/dL, Ht 38,6%, leucócitos 7540/mm³ (B: 0; N: 85%; E: 0,1%; L: 5,9%), plaquetas 189000/mm³, PCR 70,9mg/dL, creatinina 1,83 mg/dL, uréia 114 mg/dL, gamaGT 899U/L, TGO 113U/L, TGP 63U/L, fosfatase alcalina 2515U/L, bilirrubina direta 20,6 mg/dL, NTproBNP 10.674 pg/mL. Radiografia de tórax: consolidações pulmonares difusas e bilaterais (maior à direita) com infiltrado intersticial reticular difuso e bilateral. Tomografia de tórax: extensos focos de opacidades em vidro fosco associado a espessamento septal no pulmão direito. Focos de consolidações esparsos, maior no lobo inferior direito, alguns com aspecto grosseiramente nodular. Nódulos centrolobulares com aspecto de árvore em brotamento esparsos. Aspirado traqueal: BAAR positivo (posteriormente cultura positiva para *M. tuberculosis*); pesquisa para fungos negativa; não houve crescimento de bactérias aeróbicas >10.000UFC/mL. Hemocultura e urocultura negativas. Iniciado tratamento de TB para paciente com hepatopatia crônica e sepsis (amicacina, moxifloxacina e etambutol). Após 24 horas, óbito por choque séptico e cardiogênico refratário às drogas vasoativas, secundário a TB disseminada. **Discussão:** A doença tuberculosa tem alta prevalência no Brasil, entretanto a bacteremia é incomum e as manifestações clínicas são inespecíficas. A taxa de mortalidade em pacientes com sepsis por MTB chega a cerca 79%, enquanto outros choques sépticos bacterianos entre 10 -50%, provavelmente devido ao início tardio de tratamento e terapia antimicrobiana inicial inadequada. O diagnóstico etiológico de sepsis por MTB deve ser incluído e a prova terapêutica deve ser utilizada precocemente.

AP448 TUBERCULOSE PLEURAL - INTERAÇÃO FARMACOLÓGICA ENTRE RIPE E CLONAZEPAM

ADELE PAGLIARINI CYPRIANO; THALITA DE OLIVEIRA; TUFIK JOSÉ MAGALHÃES GELIELETE; HELOISA SERRA MACIEL; LETICIA NATIE LOPATA; FLAVIA BELEZIN LIMA UNAERP, RIBEIRÃO PRETO, SP.

Palavras-chave: Tuberculose; interação medicamentosa; isoniazida

Introdução: A terapia da tuberculose é feita com RIPE. Essa associação apresenta efeitos colaterais indesejáveis, como a hepatotoxicidade, que pode ser agravada por outras medicações também hepatotóxicas. **Relato de caso:** Homem, 60 anos, refere tosse seca vespertina, febre noturna e astenia, dor ventilatório-dependente, náuseas, vômitos, insônia e dor em rebordo costal direito em decúbito lateral direito, há 8 dias. Perdeu 10kg em 3 meses. Nega patologias prévias ou uso de medicamentos contínuos. Ao exame: BEG, eupneico, SatO₂ 94% em AA. Macicez, MV abolido e frêmito toracovocal diminuído em 2/3 inferior direito; demais segmentos sem alterações. O RX de tórax demonstrou opacidade e derrame pleural em hemitórax direito. Paciente foi internado e submetido à toracocentese, recebendo diagnóstico de tuberculose pleural e iniciado RIPE. Os níveis de transaminases mantiveram-se dentro da faixa de normalidade até o início do Clonazepam 2mg, prescrito devido insônia, no D4 do tratamento. No D6, houve aumento extremo de TGO (247 U/L) e TGP (330 U/L). Foi decidido trocar o Clonazepam por Lorazepam 2mg com queda progressiva até TGO (20U/L) e TGP (74U/L).

Discussão: A isoniazida é metabolizada, via hepática, por acetilação pela N-acetiltransferase 2 (NAT2) formando a Acetilisoniazida a qual é hidrolizada em Acetilhidrazina, e esta sofre oxidação pela família CYP2E1 do citocromo p450, liberando Espécies Reativas de oxigênio (ROS) metabólitos hepatotóxicos. A Isoniazida, também pode ser

hidrolisada em Hidrazina, produto que é hepatotóxico, a qual é acetilada em Acetilhidrazina. Por isso, esta droga causa elevação transitória e assintomática das TGP e TGO, com o aumento em até três vezes. Porém, se a acetilhidrazina for acetilada pela NAT2 um produto não tóxico será formado, o Diacetilhidrazina. Pacientes acetiladores rápidos, quem tem atividade enzimática elevada do NAT2 devido polimorfismos genéticos, transformam maior quantidade de Acetilhidrazina em forma não tóxica Diacetilhidrazina. Pacientes acetiladores lentos possuem menor atividade da NAT2 e maior indução da CYP2E1 gerando maior quantidade de hepatotoxinas devido oxidação da Acetilhidrazina. O Clonazepam compete com a Isoniazida pela mesma via de NAT2, aumentando a concentração da Hidrazina e diminuindo a da Diacetilhidrazina o que gera a hepatotoxicidade. Soma-se o aumento sérico do Clonazepam, que por si só provoca lesão hepática. Este aumento se dá por meio de 2 mecanismos: primeiramente pela competição da mesma via de metabolização NAT2, e segundo, pelo fato da Isoniazida ser uma potente inibidora da enzima CYP3A4 que também faz parte da metabolização do Clonazepam. Isto pode ser evitado pela substituição do Clonazepam pelo Lorazepam, o qual não compete pela mesma via de acetilação NAT2, e não é metabolizado pela CYP3A4, pois sofre glicuronidação (GUT). Este, também, possui meia vida de menor que o Clonazepam. **Bibliografia:** As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman – 12ª Edição

AP449 FARMACODERMIA SIMULANDO PÊNFIGO POR TUBERCULOSTÁTICOS EM PACIENTE COM TUBERCULOSE PULMONAR E SÍNDROME DE SJOGREN – RELATO DE CASO
PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; ALANA KANEDA GARCIA; ALINE REIS BERTOLDI; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS; ELIZABETH BRAGA MISAO; MARIANA SILVA LIMA; AUGUSTO VOLTAIRE DO NASCIMENTO IAMSPE, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Tuberculostáticos; farmacodermia; pênfigo

Introdução: As alterações cutâneas na Síndrome de Sjogren incluem xerose, púrpura, fenômeno de Raynaud, vasculite cutânea e eritema anular. As reações dermatológicas secundárias aos tuberculostáticos podem variar de efeitos locais leves até a reação grave com risco de morte. As reações envolvem erupção cutânea maculopapular e prurido, urticária com ou sem febre, rubor, fotosensibilidade e hiperpigmentação, reações liquenoides e alopecia. Os fármacos antituberculosos devem ser descontinuados no contexto de sintomas sistêmicos, febre, envolvimento das membranas mucosas, formação de bolhas, edema dos lábios ou olhos, taquidispnéia ou comprometimento das vias aéreas. Por sua vez, o pênfigo é definido como um grupo de transtornos com risco de morte caracterizado por acantólise (perda de queratinócitos para adesão dos mesmos) que resulta na formação de bolhas intra-epiteliais em membranas mucosas e pele. O processo de acantólise é induzido pela ligação de autoanticorpos circulantes de IgG a moléculas de adesão intercelular. Pacientes com pênfigo desenvolvem erosões da mucosa e/ou bolhas flácidas e na pele. Alguns medicamentos podem precipitar pênfigo: etambutol, isoniazida e rifampicina. Diferenciar essas doenças requer boa anamnese clínica, histo e imunopatologia de pele com imunofluorescência direta e sorologias, para que o tratamento adequado seja instituído.

Relato de caso: Idosa, 71 anos, com Síndrome de Sjogren desde 2012, evoluiu com tosse, perda de peso, sendo diagnosticada com tuberculose pulmonar em LBA, sendo suspenso Micofenolato e iniciado RIPE em dezembro/2016. Após 20 dias em uso de tuberculostático, surgiram lesões

eritematobolhosas com evolução para crostas de caráter pruriginoso e doloroso em membros superiores, tronco e mucosa oral. Com suspeita de farmacodermia, o tratamento foi suspenso e medicado com anti-histamínicos. Não alterou função hepática ou renal. Houve melhora das lesões e foi tentado Estreptomicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Após 5 dias, evoluiu com placas eritemato-pruriginosas difusas em tronco e membros superiores e inferiores, com algumas vesículas esparsas e crostas em mucosa labial e cavidade oral, sendo suspenso o tratamento. Medicada com anti-histamínicos em dose dobrada, corticoides tópicos, hidratação cutânea e glicocorticoide sistêmico em baixa dose. Foi biopsiada a pele, porém a imunofluorescência direta foi negativa e o diagnóstico mais provável foi de farmacodermia. Reintroduzido rifampicina, etambutol (descontinuado após 7 dias com regressão das lesões em MMII), levofloxacino e estreptomicina a cada 3-5 dias. Recebeu alta hospitalar com melhora clínica e com tal esquema por 6 meses. No momento, não tem lesões ou cicatrizes em pele. **Discussão:** Os autores descrevem um caso de farmacodermia provavelmente pelo etambutol cujo diagnóstico diferencial com pênfigo é difícil e requer investigação com exames e biópsia de pele para instituir o tratamento mais adequado.

AP450 MASSA PULMONAR EM GRANDE TABAGISTA: UM RELATO DE CASO

GABRIEL BAGGIO; LUCAS VILELA DE OLIVEIRA JUNIOR; VILMAR FONTANIVE; MARA RÚBIA ANDRÉ ALVES DE LIMA; WALDO LUÍS LEITE DIAS DE MATTOS

UFCSA, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Diagnóstico diferencial; tuberculose; massas pulmonares

Introdução: Massas pulmonares são lesões tumescentes maiores que 3cm e em cerca de 95% dos casos estão relacionadas a câncer de pulmão. Dentre os diagnósticos diferenciais de massas pulmonares podem ser incluídas as lesões fúngicas por *Cryptococcus*, *Aspergillus* e *Paracoccidioides*, tuberculomas, derrame pleural intracavicular, nódulos silicóticos e até mesmo lesões vasculares. **Relato de caso:** Janeiro/17: 66 anos, branca, tabagista, 96 anos/maço; hospitalizada com dispnéia aos mínimos esforços, perda de 3kg e inapetência. Em Agosto/16 consultara por tosse, dor torácica, TA: 40°C e opacidade em lobo superior direito (LSD), no radiograma de tórax, que não desapareceu apesar da melhora clínica com amoxicilina-clavulanato (7 dias). Irmã teve TB há 5 anos. Tomografia computadorizada (TC) de tórax em janeiro/17: lesão tumescente de 4,8 X 2,8 cm no LSD; estrias atelectásicas e micronódulos centronodulares, alguns em árvore em brotamento, adjacentes à lesão; sugerindo infecção granulomatosa ativa ou não; sem excluir neoplasia. Broncoscopia guiada por TC foi inconclusiva com BAAR e culturas para fungos e *Mycobacterium* negativas no lavado broncoalveolar; e anatomopatológico sem granuloma e com atípia celular. Março/17: hospitalização por dispnéia, negando tosse, febre ou emagrecimento. Espirometria com CVF de 2,86 (84%) e VEF1 de 2,14 (97%) sem resposta ao broncodilatador. Teste de caminhada de 6 minutos com distância percorrida abaixo do esperado, piora da dispnéia, mas sem dessaturação (98%). Uma segunda biópsia guiada por TC é realizada sem esclarecimento diagnóstico. Realiza estadiamento oncológico, diante da possibilidade de neoplasia. TC de abdômen e crânio sem lesões sugestivas de metástases. Cintilografia óssea com alterações de etiologia indeterminada em crânio e 6ª costela. Em abril/17, realizou lobectomia pulmonar superior direita,

com complicação pós-operatória que exigiu reintervenção cirúrgica. Identificou-se BAAR+ e ausência de neoplasia em LSD, sendo indicado tratamento da TB por 6 meses.

Discussão: Tuberculoma é um tumor bem delimitado, avascular e granulomatoso; mais frequentes em pulmões e Sistema Nervoso Central, em 7-9% dos pacientes com tuberculose (TB) primária curada ou pós-primária. Pode ser identificado como Nódulo Pulmonar Solitário (NPS) e até 25% dos NPS podem ser tuberculomas. Mas nos exames de imagem o diâmetro do tuberculoma varia de 1cm até uma opacidade lobar. A TB atinge especialmente as populações vulneráveis dos países em desenvolvimento, mas é um problema global que exige diagnóstico precoce e tratamento adequado. Alterações imagéticas e sintomas respiratórios costumam estar presentes desde o início. No presente caso, o diagnóstico foi feito 8 meses depois da primeira consulta médica, após lobectomia por suspeita de câncer de pulmão em tabagista. Porém, em nosso país, a TB deve permanecer no diagnóstico diferencial mesmo em situações atípicas, principalmente com contato prévio com tuberculose.

AP451 RELATO DE CASO: EXISTE RELAÇÃO ENTRE SÍNDROME DE JÓ E TUBERCULOSE?

PRISCILA TAVARES VITORIANO; MÁRIO CÉSAR SOARES XAVIER FILHO; VÍCTOR SAMPAIO GREENHALGH; HELENA DE AGUIAR ACIOLI LINS; ANDRÉ MACHADO MIRANDA; JÉSSICA MEDEIROS SALES; LEONARDO GADELHA DE OLIVEIRA; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOAO PESSOA, PB.

Palavras-chave: Síndrome de jó; tuberculose; imunodeficiência

Introdução: A Síndrome de Jó ou Síndrome de Hiperimmunoglobulinemia E (HIES) é um tipo de imunodeficiência primária causada por mutações no transdutor de sinal e ativador da transcrição 3 (STAT3), caracterizada por dermatite eczematoide, bronquiectasias, infecções pulmonares e cutâneas recorrentes e níveis elevados de IgE. **Relato do Caso:** Paciente M. T. M. A, 27 anos, diagnosticado aos 15 de anos de idade como portador de HIES após pneumonias de repetição, foi atendido no HULW/UFPB, com tosse improdutiva, febre, dispneia aos esforços e perda ponderal. Exame físico: mau estado geral, em cadeira de rodas, hipocorado, desidratado e emagrecido, com máculas acastanhadas no tronco. Sinais vitais: FR 30 irpm, FC 119 bpm, SpO2 92%. Ausculta pulmonar: sibilos e estertores bolhosos difusos. Hemograma com 23.040 leucócitos/mm³. Foi iniciado tratamento com piperacilina-tazobactam. TC do tórax: bronquiectasias, lesão cavitária no segmento apical do lobo inferior esquerdo, árvore em brotamento e micronódulos. DNA de M. tuberculosis no escarro positivo. O Paciente foi transferido para o Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga, onde iniciou tratamento para tuberculose. Teve alta após 10 dias, afebril e com ganho ponderal. Atualmente, está na segunda fase do tratamento, ainda com sibilos torácicos e SpO2 97%. **Discussão:** A fisiopatologia da HIES está associada à alteração de três genes: STAT3, DOCK8 e Tyk2. Cerca de 25% dos pacientes tem mutações em STAT3, gene essencial para a transdução de sinal para citocinas como IL-6, IL-10, IL-11, IL-17, IL-21, IL-22 e IL-23, fazendo parte de vias que controlam citocinas pró e anti-inflamatórias. Tais mutações causam falha na diferenciação de células Th17 CD4, levando à susceptibilidade às infecções cutâneas e pulmonares. A síntese de IgE é aumentada pelas citocinas IL-4 e IL-13 e diminuída por IFN- α e IL-12. A diminuição da produção de IFN- α por células T parece ser a causa da hiper-IgE. Pneumonias piogênicas recorrentes começam nos

primeiros anos de vida. Pode haver complicações, como empiemas, formação de pneumatoceles e bronquiectasias, decorrentes de anormalidades na remodelação tecidual. A HIES está associada a risco elevado de neoplasias, principalmente linfomas não Hodgkin, a maioria de células B e evolução agressiva. Alterações laboratoriais incluem eosinofilia e níveis de IgE de até 50.000 U/ml, declinando com a idade. Os níveis séricos de IgM e de IgG são normais, e os de IgA normais ou baixos. Após o desenvolvimento das bronquiectasias, o espectro de patógenos pulmonares torna-se semelhante ao da fibrose cística. As infecções impactam a morbimortalidade por exacerbações recorrentes e hemorragia pulmonar. Micobacterioses não tuberculosas são comuns nesses pacientes com doença pulmonar estrutural. Embora o risco de tuberculose não esteja particularmente aumentado, as disseminações graves da tuberculose são mais frequentes em pacientes portadores de imunodeficiências, como a Síndrome de Jó.

AP452 TUBERCULOSE PULMONAR NÃO TRATADA: RELATO DE CASO

MARCOS VINÍCIOS MARINHO GONÇALVES FRANCO; FRANCISCO WESLEY VIEIRA DE CARVALHO; ANDERSON JONIELIO FARIA; NATANAEL AGUIAR DE SOUSA; DIULIO DA SILVA PORTELA; VIVIANE FERREIRA CHAGAS; RICARDO HIDEO TOGASHI; RAFAEL SOUSA BRITO

UFC, SOBRAL, CE.

Palavras-chave: Tuberculose; rastreamento; conscientização

Introdução: Globalmente, em 2016, 6,6 milhões de pessoas com Tuberculose (TB) foram notificadas aos programas nacionais de tuberculose e reportados à organização mundial da saúde. O Brasil apresenta número de casos de 34,2: 100.000(casos/habitantes), tendo reduzido sua incidência em 8,5 desde 2001. Na cidade de Sobral-CE, o coeficiente de incidência de TB foi de 85,4: 100.000, podendo chegar a 219: 100.000 caso a estratificação seja feita por bairro, denotando a situação epidêmica de Sobral. Tendo isso por base, a subnotificação e o tratamento inadequado desse quadro patológico são pontos importantes que têm de ser abordados e trabalhados a fim da redução do índice de TB global, nacional e regionalmente. **Relato de caso:** Paciente C. F. P., 21 anos, procedente de Sobral, relatou tosse seca há 1 ano, associada a perda ponderal de 3kg em 1 mês. Relatou também não ter procurado assistência médica nesse período. Nega dispneia e hemoptise. Paciente evoluiu estável, mas com tosse, que se tornou produtiva e de coloração esverdeada, e dor pleurítica à direita, nega febre e outros sintomas. Ao exame físico, apresenta-se com bom estado geral, hipocorado (1+/4+), hidratada, eufônica, emagrecida. À ausculta pulmonar, evidenciou-se murmúrio vesicular reduzido em todo terço inferior do pulmão direito. Radiografia de tórax evidenciou opacidade em todo o hemitórax direito e derrame pleural em base direita. Foi solicitado TC de tórax, função renal, gasometria, pesquisa de BAAR no escarro e iniciado terapia medicamentosa com Ceftriaxona + Azitromicina, antes do diagnóstico confirmado. Após dois meses, em retorno, paciente tem diagnóstico confirmado de TB pulmonar por escarro positivo e TC compatível iniciando tratamento com COXIB e obtendo melhora clínica, laboratorial e radiológica. Hoje a paciente encontra-se assintomática, curada da TB (BAAR negativo), contudo com sequelas na radiografia de Tórax. **Discussão:** Tais sequelas podem influenciar na sua qualidade de vida e em suas tarefas de vida cotidiana no futuro, que poderiam ter sido reduzidas ou até inexistentes, caso o diagnóstico e o tratamento tivessem sido prévios. No entanto, casos como esse são comuns, mesmo em uma cidade epidêmica que possui um enfoque maior no reconhecimento do quadro

clínico de TB. Embasado nisso, seria possível inferir que o enfoque nessa doença ainda é insuficiente? Ou seria, a estratificação social a responsável pelo desconhecimento e a não busca dos serviços de saúde frente à TB? Pouco se sabe e se lê na literatura quais métodos estão sendo aplicados nessas áreas com relação a essa doença, se esses métodos estão tendo resultados positivos e/ou se estão alcançando a parcela da população que mais é acometida por essa doença. **Referências:** 1. WHO Global Tuberculosis Report, 2017. 2. Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, 2017. 3. Descrição Epidemiológica dos casos de tuberculose no município de Sobral-CE em 2015, 2016

AP453 EMPIEMA PLEURAL: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
DANIEL BRUNO TAKIZAWA; CLAUDIA LILIANA MORENO DIAZ; MARCELA DE OLIVEIRA COSTA XIMENES; LARISSA BARBOSA TALHARO; ELLEN PIERRE DE OLIVEIRA; ERICA CHIMARA; ANDRE NATHAN COSTA; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES FMUSP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Tuberculose; pleura; empiema

Introdução: O empiema tuberculoso (ET) representa uma infecção crônica e ativa incomum do espaço pleural, que é caracterizada pela presença de pus e espessamento pleural. Series de casos, revelam prevalência de até 12% nos países de maior prevalência para tuberculose (TB). Caso clínico: Homem, 72 anos, com antecedente de tuberculose pulmonar em 2011, DPOC e dupla lesão aórtica. Ex-tabagista 50ano-maço. Refere que em outubro de 2017 apresentou tosse produtiva, com 2 meses de evolução, acompanhado de inapetência e perda ponderal de 6Kg. Procurou serviço de emergência externo, onde recebeu diagnóstico de derrame pleural à direita, sendo realizada tentativa de punção sem sucesso. Internado e tratado com Ceftriaxona e Claritromicina, durante sete dias. Admitido em nosso serviço seis meses após (março/2018), com queixa de tosse produtiva, expectoração hialina, negava febre ou outros sintomas constitucionais. Ao exame físico, ausculta pulmonar abolida em terço inferior de hemotórax direito, oximetria de pulso de 95% em ar ambiente; sopro sistólico mitral e aórtico. Ultrassonografia de tórax: derrame pleural basal à direita, com loculações e debris em suspensão; realizada toracocentese guiada com débito de 50ml de líquido espesso e amarronzado. Análise bioquímica: material intensamente citolítico, ADA elevado (50U/L), DLH 2.621 U/L, pH 7.2, glicose 40mg/dL. A pesquisa de BAAR e PCR para TB resultaram positivos, com cultura para microbactérias negativa. Tomografia de tórax: redução volumétrica do pulmão direito, coleção pleural à ipsilateral que determinava atelectasia adjacente; nódulo pulmonar calcificado no segmento posterior do lobo inferior direito. Amostras de escarros negativas para pesquisa e cultura de microbactérias, assim como sorologia pra HIV e hepatites. Diante destes achados, diagnosticado empiema tuberculoso, indicada a drenagem pleural, e iniciado RIPE para tratamento.

Discussão: O derrame pleural tuberculoso é geralmente autolimitado, ocorre entre 4–16 semanas, a despeito de tratamento. Quando não tratado, há risco de reativação ou pode evoluir diretamente para ET. Nestes casos, o processo inflamatório pode estar dormente por décadas, sendo assintomático, sendo descoberto incidentalmente após exames de imagem. O ET pode manifestar-se por fistula broncopleural ou empiema necessitatis. Diferentemente do que ocorre na TB pleural habitual, no ET o rendimento da pesquisa de BAAR e da cultura para TB é alto, servindo de parâmetro para monitoramento da efetividade do tratamento enquanto houver líquido. O tratamento consiste no efetivo esvaziamento do líquido pleural associado ao

tratamento farmacológico. A fibrose localizada pode, por vezes, impedir que o nível sérico adequado do medicamento seja atingido, situação esta que pode levar à ocorrência rara de multirresistência. O caso ilustra um paciente com ET assintomático no momento da admissão, sem imunossupressão, sendo esta uma apresentação pouco frequente da tuberculose.

AP454 NEFROPATIA A NÍVEL DIALÍTICO SECUNDÁRIA AO USO DE DROGAS ANTI-TUBERCULOSE – RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

ELIZABETH CLARA BARROSO; MARYAN CRISTINA GONÇALVES SANTOS; GEORGIA ALMEIDA NOGUEIRA; ARTHUR ALENCAR BEZERRA; MATEUS AMORIM MARCONDES; CRISTIANE SARAIVA MAIA; ANA BEATRIZ ARRAIS LIMA COSTA; MARIA CLARA FARIAS BARRETO ALVES

UNIVERSIDADE DE DE FORTALEZA- UNIFOR, FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Tuberculose; efeitos adversos; nefrite intersticial

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença global que afeta um terço da população mundial. O uso do tratamento anti-TB ainda é a arma mais efetiva para seu controle. O esquema em todo o mundo inclui: Rifampicina (R) Isoniazida (H), Pirazinamida (P) e Etambutol (E). Esse esquema causa reações adversas menores, que não implicam em mudanças no tratamento e efeitos adversos maiores com necessidade de suspensão ou troca das medicações. Um efeito adverso maior é a nefrite intersticial aguda (NIA). Publicações científicas apontam para R e Z como as principais causadoras, mas o E também tem sido implicado. A NIA é uma complicação que pode causar profundo agravo ao paciente. **Casos clínicos:** Caso 1: Paciente feminina, 80 anos, iniciou Esquema Básico (EB- R, H, Z e E) em 20/10/17, com exames prévios mostrando função renal normal e quatro dias após passou a apresentar, vômitos, grande mal-estar e rush cutâneo. Foi internada no sétimo dia de tratamento em hospital de doenças infecciosas e constatada hepatite medicamentosa e lesão renal aguda com creatinina (C) = 7,8mg/dl, uréia (U) = 82mg/dl e potássio (K) = 6,3mEq/l, foi submetida a seis sessões de hemodiálise e suspenso esquema anti-TB com sucesso e 10 dias após foi transferida para hospital de referência para TB para reintrodução de novo tratamento. Ela sofria de mal de Alzheimer, insuficiência cardíaca e fazia uso de donepezila, carvedilol, furosema e espironolactona. Sorologias para HIV, hepatite B e C foram negativas. Teve alta para tratamento ambulatorial usando: Levofloxacina (L), terizidona (T), clofazimina e estreptomicina (S) e atualmente passa bem. Caso 2: Paciente masculino, 50 anos iniciou EB, internado em 10/07/17. Era etilista e tabagista pesado e estava muito desnutrido em anasarca. Sorologias para HIV, hepatite B e C foram negativas, exames hematológicos e bioquímica na admissão e com 20 dias de internação foram normais, permaneceu internado devido à gravidade do caso. 29 dias após a C = 5,5mg/dl, U = 110mg/dl e K = 6,4mEq/l, aumentando no dia seguinte para C = 6,69mg/dl e U = 180mg/dl e K = 7,6mEq/l. Foi transferido para serviço de hemodiálise com início imediato desse procedimento. Retornou 25 dias após com recuperação quase plena da função renal. 01 semana após saiu de alta para tratamento ambulatorial usando: S, L, E e T. Está em acompanhamento e passando bem. **Discussão:** A R é a principal incriminada como causa de lesão renal aguda em pacientes em tratamento para TB. Nesses casos a lesão renal pode ser por NIA ou necrose tubular aguda (NTA). Febre e rush cutâneo são manifestações frequentes na NIA, então a presença desses sintomas podem inferir mesmo sem biópsia que o caso se trata de NIA o que justifica o uso de corticoide

para melhorar a função renal. Pesquisa no Taiwan mostrou que dos 72% (71/99) pacientes que tiveram a função renal normalizada, 87% se mantiveram com R ou tiveram R reintroduzida com sucesso.

AP455 TUBERCULOSE DISSEMINADA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

ANA ANGÉLICA FARIAS¹; ELIZABETH CLARA BARROSO²; GEORGIA ALMEIDA NOGUEIRA²; REGINA CLEIDE MARQUES XIMENES¹; MATEUS AMORIM MARCONDES²; CRISTIANE SARAIVA MAIA²; ANA BEATRIZ ARRAIS LIMA COSTA²; MARIA EDNA MOURA¹
1. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE; 2. UNIVERSIDADE DE FORTALEZA-UNIFOR, FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Tuberculose disseminada; hiv; fatores de risco

Introdução: A tuberculose (TB) disseminada é definida pelo achado de lesão pulmonar, associada a um foco extrapulmonar, ou de duas ou mais lesões extrapulmonares simultâneas. São retratados alguns fatores predisponentes para o surgimento da tuberculose disseminada, como nos doentes portadores de HIV, na terapia imunossupressora, no alcoolismo, na idade avançada, na diabetes mellitus e nas doenças hematológicas. Essa forma de TB é incomum nos doentes imunocompetentes, ocorrendo em menos de 2% dos casos. **Caso clínico:** Paciente masculino, 23 anos chegou à emergência de hospital terciário com tosse produtiva há três meses, febre vespertina, anorexia, vômitos e perda de peso. Ao exame físico estava caquético, hipocorado, taquicárdico e com crepitações pulmonares difusas. Ele era tabagista, etilista e usuário de drogas ilícitas há seis anos. A radiografia (Rx) de tórax revelou infiltrado misto difuso e pequeno derrame pleural esquerdo (E). A pesquisa de BAAR no escarro foi negativa. Foi submetido à biópsia pleural em- fibrose moderada com leve infiltrado inflamatório crônico inespecífico e ausência de granulomas, ADA no líquido pleural = 55U/L, broncoscopia com biópsia de laringe- laringite crônica produtiva granulomatosa, lavado brônquico alveolar teve pesquisa de BAAR positiva ++, exame molecular (GeneXpert) positivo e sensível à rifampicina, tomografia computadorizada (TC) do tórax- condensação cavitada nos ápices, lesão micronodular difusa e mínima efusão pleural E. Hemograma mostrava anemia hipocrômica e microcítica e leucometria diferencial normal, bioquímica do sangue normal e sorologia para o HIV negativa. Foi internado em hospital referência para TB em anasarca, sendo iniciado tratamento com: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. Evoluiu com rigidez e distensão abdominal intensas com dores contínuas, piparote positivo e fezes pastosas escassas, configurando semi-obstrução intestinal. TC abdominal- volumosa quantidade de líquido livre nos compartimentos peritoneal e pélvico e discreta hepatomegalia. Rx de abdome- moderada distensão gasosa de alças centrais e volumoso conteúdo fecal nos colons. Associou-se corticosteroides ao tratamento com sucesso e ele saiu de alta para tratamento ambulatorial com ganho de peso e melhora progressiva. **Discussão:** Os autores chamam atenção para esse caso de TB disseminada com comprovação em seis sítios: pulmões, pleura, laringe, peritônio, intestino e fígado em paciente soronegativo para o HIV. A epidemia do HIV tornou a TB uma doença reemergente nos países desenvolvidos onde ela estava prestes a ser erradicada. O uso da terapia antirretroviral trouxe um controle parcial da TB nesses países já que o uso de imunossupressores está cada vez mais difundido. Nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento a doença não está nem nunca esteve para ser erradicada e continua ocasionando casos graves como esse associado a fatores

de risco antigos como alcoolismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas e desnutrição.

AP456 INCIDÊNCIA DO HIV EM PACIENTES COM TUBERCULOSE ENTRE 2005 E 2015

LUCAS SANTANA SOARES¹; LUCAS OLIVEIRA FARIAS¹; ERIKA DE OLIVEIRA MENEZES¹; VÍCTOR HUGO CARDOSO¹; OSMAR RIBEIRO DE JESUS¹; RAUL FILIPE DINIZ¹; MATHEUS REZENDE MENEZES¹; LARA REBECA CORREIA¹
UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Incidência; hiv; tuberculose

Introdução: A tuberculose (TB) destaca-se há diversos anos por apresentar expressivo impacto nas condições de saúde e doença da população brasileira, devido às significativas taxas de incidência e mortalidade. A partir do surgimento do HIV, no início dos anos 80, houve uma mudança nos perfis clínico e epidemiológico da patologia. Estudos mostram que a possibilidade de um indivíduo imunocompetente infectado pelo bacilo da TB desenvolver a doença é de cerca de 10% ao longo da vida, enquanto que, em pacientes infectados pelo HIV e sem ações terapêuticas, essa taxa é de aproximadamente 10% ao ano. Destaca-se também que a tuberculose em pessoas vivendo com HIV é condição definidora de Aids e uma importante causa infecciosa de morte. **Objetivos:** Estudo quantitativo e qualitativo visando delinear a incidência de HIV/AIDS em pacientes com tuberculose em um período de 11 anos. **Métodos:** Foram coletados dados no sistema TABNET/DATASUS através dos índices de incidência coletados pelo SINAN, SINASC, a partir da classificação por região (Nordeste), por município (Aracaju) e por ano (2005 a 2015). **Resultados:** No período de 2005 a 2015 a incidência registrada de HIV/AIDS em pacientes com tuberculose correspondeu a 224 casos. A média de incidência nesse período foi de 20,36 casos. Em 2005 foram registrados 25 (11,16%) casos, já em 2006 o número de casos foi 1 (0,44%), não havendo distinção do número de casos de 2008. Sendo esses dois anos os de menor incidência. Em 2007, 26 (11,60%) casos, já no ano de 2009, 31 (13,83%) casos, em 2010, foram 29 (12,94%) casos. Em 2011 ocorreram 2 (0,89%) casos, em 2012, 29 (12,94%) casos, em 2013, 3 (1,33%) casos. Em 2014 foram registrados 40 (17,85%) casos, correspondendo ao ano com maior incidência, enquanto em 2015, ocorreram 37 (16,51%) casos. O desvio padrão da incidência foi de 14,66% com valor $p < 0,05$. Não houve acesso aos dados que não foram registrados pelos sistemas de informações. **Conclusão:** De acordo com os dados colhidos, os anos de 2006 e 2008 foram os de menor incidência, enquanto que 2014 foi o ano de maior incidência, o que revela a importância do estudo da coinfeção entre tuberculose e HIV/AIDS. É preciso que sejam feitos mais estudos sobre essa coinfeção para que haja uma melhor compreensão da doença.

AP457 TUBERCULOMA – SEQUELA PSEUDOTUMORAL DE TUBERCULOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN¹; VÍTOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN¹; LUCAS TÁPIAS SUSSEL¹; LUIZA NETTO DE CARVALHO MEDEIROS¹; NATÁLIA KAWANO¹; GABRIELA FURLANETTE¹; MARIA LÚCIA JORGE DE SOUSA GONZAGA¹; MARIA EDUARDA SILVA MORIS¹
UNIMAR, MARILIA, SP.

Palavras-chave: Tuberculose; tuberculoma; sequele

Introdução: A Tuberculose é a doença infecciosa mais comum da espécie humana, acometendo 8 milhões de pessoas em todo mundo. Estima-se em 2 bilhões o número de indivíduos infectados, a maioria vivendo em países emergentes e nos industrializados a incidência é de 23/100.000 habitantes. Existem várias manifestações

radiológicas da patologia que incluem: linfonodomegalia mediastinal, atelectasia obstrutiva, pneumonia caseosa, cavitações e aspecto miliar caracterizada por opacidades retículo-micronodulares difusas. Quando o complexo primário da Tuberculose evolui para cura, pode manifestar-se radiologicamente por um nódulo pulmonar ou massa, também chamado Tuberculoma, que pode estar associado a linfonodos calcificados. A maioria destes é menor que 3 cm, mas lesões maiores que 5 cm já foram descritas. Cerca de 66% destes se originaram a partir da confluência de nódulos menores. **Relato do Caso:** Os autores relatam o caso de uma paciente de 75 anos, com histórico de Tuberculose Pulmonar há 30 anos, realizando tratamento medicamentoso por 2 anos, obtendo alta com seqüela. Referia tosse com secreção mucosa e dispnéia. Negava tabagismo ativo ou passivo em qualquer época da vida e afirmava contato com fogão a lenha durante 36 anos. Tomografia Computadorizada de Tórax acusava alteração fibroatelectásica em ápice pulmonar esquerdo com redução volumétrica homolateral e nódulo sólido calcificado em base pulmonar esquerda com cerca de 7,4 cm em seu maior diâmetro, configurando imagens de seqüela de Tuberculose Pulmonar. Também formatou-se o diagnóstico de DPOC por contato com biomassa, tendo sido medicada com Salbutamol e Beclometasona spray para controle dos sintomas. **Discussão:** As formas sequelares pseudotumorais, caracterizadas por nódulo(s) ou massa(s) podem estar associadas com outras doenças como DPOC e diabetes e sustentam outro aforisma relacionado à tuberculose intitulando-a como “a grande imitadora” numa referência às inúmeras possibilidades envolvidas no diagnóstico diferencial especialmente os tumores do pulmão. Nestas formas, a tomografia computadorizada tem se revelado imprescindível já que pode demonstrar com certa facilidade alterações sugestivas da doença representadas por nódulos acinares disseminados por via canalicular o que, em outras épocas, apenas a anatomopatologia demonstrava. No presente relato, demonstra-se um caso de seqüela de Tbc pulmonar pseudotumoral gigante, fato raro na literatura.

AP458 TUBERCULOSE ESPINHAL (MAL DE POTT): RELATO DE CASO

LAURA FONSECA QUEIROZ¹; ANDRÉ NAZARIO DE OLIVEIRA²; EDILTON OLIVEIRA DOS SANTOS¹; DAIANY LIMA DA SILVA¹; GUILHERME ELER DE ALMEIDA¹

1. INSTITUTO DO PULMÃO, CACOAL, RO; 2. FACIMED, CACOAL, RO.

Palavras-chave: Tuberculose; mal de pott; endoscopia respiratória

Introdução: Mal de Pott (MP), conhecido como espondilite tuberculosa, uma das doenças mais antigas da humanidade, documentadas em múmias do antigo Egito e da costa do Pacífico da América do Sul. É encontrada na forma extrapulmonar da doença e representa menos de 1% dos casos de tuberculose (TB). Nos países desenvolvidos é vista principalmente em imigrantes de países endêmicos. A seguir, relata-se um caso de um paciente com sintomas de compressão medular e diagnóstico de TB. **Relato do caso:** Masculino, 42 anos, comerciante, busca assistência médica em 09/2017 com queixa de dor torácica subcostal esquerda (E) anterior e posterior há cerca de 6 meses, eventualmente ventilatório dependente. Refere dispnéia aos médios esforços associada a tosse com expectoração clara e 2 eventos recentes de hemoptise, com piora progressiva desde 2013, época em que foi internado devido a pneumonia. Além disso, febre noturna não aferida há 60 dias e perda ponderal de 1,5 Kg em 20 dias. Nega

etilismo, tabagismo e outras comorbidades. Apresenta escarro com pesquisa de BAAR e culturas negativos, e à TC de tórax lesões osteolíticas em T10 e T11, micronódulos pulmonares bilaterais, centrolobulares, alguns com padrão “árvore em brotamento”, nódulo cavitado de 1,6 cm em segmento anterior do lobo inferior direito (D), ausência de linfonodomegalias. Realizado endoscopia respiratória, cujo lavado broncoalveolar evidencia PCR positivo para *Mycobacterium tuberculosis* e anatomopatológico de biópsia transbrônquica com inflamação crônica granulomatosa e necrose caseosa. A RNM de coluna torácica revelou espondilodiscite e erosão dos platôs de T10 e T11 entre si e esclerose óssea subcondral, acentuado edema para facetas articulares de T10-T11 à E e pedículo D de T11, além de abscessos intraósseos, epidurais e paravertebrais, com compressão da raiz emergente T10 E, determinando erosão anterior dos corpos vertebrais, com extensão subligamentar para os níveis T9 e T12, compatível com processo granulomatoso. Iniciado esquema anti-TB (RIPE), evolui com melhora da dispnéia, porém persistência da dor óssea. **Discussão:** Como a epidemia de infecção pelo HIV causou ressurgimento em todas as formas de TB, é necessária uma maior conscientização sobre o MP. O diagnóstico e o tratamento precoces são necessários para prevenir a incapacidade neurológica e a deformidade espinhal. MP é um importante diagnóstico diferencial de doenças malignas metastáticas e deve ser diagnosticado precocemente. História de exposição a TB e achados radiológicos clássicos podem ajudar a fechar o diagnóstico. O princípio do tratamento é conservador com uma combinação de medicamentos anti-TB. Apesar da ocorrência comum e da alta frequência de morbidade em longo prazo, não há diretrizes diretas para o seu diagnóstico e tratamento.

AP459 TUMORAÇÃO ENDOBRÔNQUICA POR TUBERCULOSE EM PACIENTE IDOSO: RELATO DE CASO

RAFAELA MANZONI BERNARDI; CLAUDIA LUCIA MIER INIGUEZ; ANA LUIZA PAGANI FONSECA; JOSE PEDRO KESSNER PRATES JUNIOR

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Tuberculose; endobrônquica; estenose brônquica

Introdução: Tuberculose endobrônquica é definida como infecção por micobactéria na árvore traqueobrônquica com evidência microbiológica e histopatológica. Representa a principal complicação da TB pulmonar. Estudos prévios mostram que 10-40% dos casos de tuberculose pulmonar ativa apresentam TB endobrônquica. A doença tem predileção por mulheres na segunda ou terceira década de vida e idosos. A estenose brônquica é a principal complicação e pode se desenvolver em até 60-95% dos casos. Relataremos um caso de diagnóstico de TB endobrônquica em paciente oligossintomática, porém já se apresentando com estenose brônquica. **Relato do Caso:** Paciente feminina, 69 anos, hipertensa, em investigação de Síndrome de Cushing, internou no Hospital de Clínicas de Porto Alegre devido a quadro de artralgia em Joelho direito e dispnéia há cerca de 1 semana, acompanhada de dor torácica ventilatório dependente. Negava tosse, expectoração, febre, emagrecimento ou sudorese noturna. Negava tabagismo. RX de tórax demonstrou atelectasia em lobo inferior esquerdo (LIE). Inicialmente, devido a suspeita de TEP, foi solicitada angio-TC de tórax que mostrou área de extensa consolidação no segmento lateral posterior do LIE associado a opacidades consolidativas

peribroncovasculares na língua e segmento superior do LIE com componente de atelectasia. Fibrobroncoscopia apresentava lesão infiltrativa de aspecto nodular com necrose no terço distal, mucosa friável, obstruindo 90% da luz do brônquio lobar inferior impedindo a passagem do aparelho, com aspecto sugestivo de lesão neoplásica. A baciloscopia no LBA foi positiva, biópsia endobrônquica demonstrou granulomas epitelióides mal formados com necrose e pesquisa de BAAR no fragmento apresentava múltiplos bacilos sugestivos de micobacteriose. Foi Iniciado, então, tratamento para tuberculose com RHZE.

Discussão: Tuberculose endobrônquica é definida como a infecção por micobactéria da traquéia ou brônquios. É necessário um alto índice de suspeição para o diagnóstico precoce, por apresentar sintomas inespecíficos, podendo ser confundida com asma não controlada, pneumonia ou neoplasia. Devido à idade da paciente e ausência de outros sintomas de tuberculose, a suspeita inicial foi neoplasia. A Broncoscopia é o principal método diagnóstico, que possibilita a comprovação microbiológica e histopatológica. Além disso, a TB endobrônquica pode ser classificada em sete subtipos (I) Caseosa ativa, (II) Edematosa- Hiperêmica, (III) Fibrinoestenótica, (IV) Tumoral, (V) Granular (VI) Ulcerativa (VII) Não especificada. No caso descrito, a paciente apresentava o subtipo (I) caseosa ativa destacando a lesão infiltrativa de aspecto nodular com necrose. O diagnóstico foi realizado por fibrobroncoscopia. Iniciado tratamento com RHZE conforme diretrizes brasileiras para tratamento de tuberculose. O curso da doença é altamente variável, desde a resolução completa até a evolução para lesão fibrótica com obstrução de via aérea.

AP460 TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA MIMETIZANDO ASMA

ALICE MARTINS MACHADO; LEANDRO GENEHR FRITSCHER; TIAGO KRIEGER BENTO MARTINS; CANDIDA FRIEDRICH KRAEMER; LIANA FERREIRA CORREA
PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Asma; tuberculose; endobrônquica

Introdução: Trata-se de um relato de caso de um paciente com tosse seca e dispnéia progressiva tratado inicialmente como asmático, sendo então realizado diagnóstico diferencial de tuberculose brônquica. **Relato de caso:** Paciente masculino, 42 anos, previamente hígido, iniciou com dispnéia progressiva, há oito meses, inicialmente aos grandes esforços e apresentando piora nos últimos dois meses, com limitações das atividades diárias. Apresentava tosse seca associada à dispnéia. Relatava episódio de pneumonia antes do início dos sintomas, tendo feito uso de Levofloxacino. Buscou atendimento, sendo realizado tratamento para asma, com uso de Seretide, sem melhora dos sintomas. Relata ter cessado uso do medicamento há um mês, sem alteração do quadro apresentado. Ao longo do ano, começou a apresentar dificuldade para engolir e rouquidão persistente. Nega febre, sudorese ou emagrecimento. Relata que os sintomas pioram sempre ao realizar exercícios físicos. Nega rinite alérgica, asma na infância e tabagismo. Nega história de asma na família. Exposição há 15 anos à câmara fria, onde trabalha com alimentos. Reside em casa de alvenaria, sem exposição a mofo ou fôgo à lenha. Apresentava radiografia de tórax normal e espirometria com distúrbio obstrutivo e redução da capacidade vital forçada. Realizou teste anti-HIV, negativo. Ao exame físico, apresentava sibilos ins e expiratórios, mais proeminentes à direita, demais sem particularidades. Realizada tomografia de tórax que evidenciou significativo espessamento do brônquio fonte direito, sem massas ou outras alterações.

Indicada então a realização de fibrobroncoscopia, onde foram visualizadas lesões inflamatórias na traquéia e brônquio fonte direito, com friabilidade da mucosa e estreitamento da luz. Coletado material para pesquisa de fungos, bactérias e BAAR, sendo a última positiva, confirmando a hipótese de tuberculose endobrônquica, sendo então iniciado o tratamento para tal patologia. **Discussão:** A tuberculose endobrônquica é uma infecção causada pelo bacilo da tuberculose, sendo incomum na população adulta e mais comumente associada à forma pulmonar da doença. Há uma maior associação de acometimento endobrônquico na tuberculose em pacientes HIV positivo. A doença costuma manifestar-se com tosse persistente, pouco secretiva, podendo apresentar dor torácica e hemoptise associados. No caso relatado, observamos a apresentação da doença com dispnéia e tosse seca, em indivíduo imunocompetente, sem manifestação pulmonar da mesma.

AP461 TB PLEURAL E A DIFICULDADE DIAGNOSTICA: UM RELATO DE CASO DEMONSTRANDO A IMPORTÂNCIA DA ADA VITOR LEAO OLIVEIRA; PATRICIA NAVES DE RESENDE; EDUARDA CASTELO BRANCO BERNAL; FERNANDA ROCHA DORNELES; IZABELA PAIVA FELIPE; MARIANA ARAUJO SANTOS; MATHEUS PONTES MEIRELLES

UNIVERSIDADE DE UBERABA, UBERABA, MG.

Palavras-chave: Adenosina deaminase; tuberculose; pleural

Introdução: A Adenosina Deaminase (ADA) é uma enzima que com níveis aumentados no líquido pleural (>40 U/l) possui elevado valor preditivo positivo para Tuberculose Pleural (TBP), permitindo o diagnóstico sem demonstração direta da presença do Bacilo de Koch (positiva em menos de 30% dos pacientes e demanda um prazo prolongado para demonstrar um resultado definitivo). A ADA demonstrou elevada sensibilidade e especificidade quando associada à história clínica, análise de exame de imagem e evolução, permitindo diagnóstico precoce em casos de TBP. **Descrição do caso:** F. T. S, 25 anos, trabalhador de almoxarifado. Compareceu à unidade de Pronto Atendimento referindo tosse e dor em base pulmonar esquerda, ventilatório dependente, associada à desconforto em decúbito lateral esquerdo há 6 meses. Cinco dias antes da sua admissão em nosso serviço, evoluiu com febre em 38°C, com exacerbação da tosse e dispnéia. Ao EF, encontrava-se afebril, eupneico, murmúrio vesicular ausente e percussão maciça em base pulmonar esquerda. Foi levantada a hipótese diagnóstica de TB Pulmonar. TC de tórax: pequeno derrame pleural à E; lesões escavas lobares superiores à E, com nível líquido em seu interior associadas à mínimos nódulos tendendo à confluência, além de presença de opacidades em árvore em brotamento. Pesquisa de BAAR negativa em 3 amostras. Resultado do teste de dosagem da ADA foi 59.5. Cultura do lavado broncoalveolar negativa para fungos e micobactérias. Toracocentese diagnóstica com líquido exsudativo e infiltrado neutrofílico, a qual foi repetida após 1 semana, com evidência de infiltrado linfocítico. Iniciou-se esquema RIPE para tratamento de TB. Porém, paciente mantinha dor em hemitórax E, ventilatório dependente. Nova TC evidenciou derrame septado e área necrótica em LSE. Realizado Segmentectomia e Decorticação Pulmonar Aberta em LSE. **Discussão:** Devido à alta taxa de prevalência de TB no Brasil, e pelas dificuldades para o diagnóstico de TBP, faz-se necessária a investigação com métodos diagnósticos rápidos e eficazes, que possam ser realizados sem necessidade de grandes investimentos. A dosagem da ADA é considerada um teste de fácil execução, baixo custo e excelente rendimento diagnóstico. A sensibilidade dos testes tradicionais é baixa,

em que o exame histopatológico da pleura o método mais preciso, com sensibilidade de até 80%. A dosagem da ADA demonstrou sensibilidade de 90 a 100% e especificidade de 89 a 100%. Valores elevados da ADA podem ser encontrados em casos de empiema pleural inespecífico, porém o quadro clínico e a presença do infiltrado linfocítico no líquido pleural confirmam a TBP. Conclui-se que a ADA é o melhor teste disponível para diagnóstico de TBP, com superioridade demonstrada quando comparada com o exame histopatológico e testes bacteriológicos. Dessa forma, deve ter seu emprego reforçado como método de rotina para o diagnóstico de TBP, permitindo grande impacto no diagnóstico da TB no Brasil.

AP462 ESTENOSE TRAQUEAL COMPLEXA EM GESTANTE: IDIOPÁTICA OU SEQUELA DE TUBERCULOSE TRAQUEAL?

WOLFGANG WILLIAM SCHMIDT AGUIAR; DIEGO MONTARROYOS SIMÕES; NATHALIA DUARTE SILVA; ARUSKA MANUELLY DE OLIVEIRA VITAL; ISABELLE GIRÃO VIOLET GUERREIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ, RECIFE, PE.

Palavras-chave: Tuberculose; gestação; estenose traqueal. Paciente sexo feminino, 23 anos, primigesta no curso da 21ª semana de gestação com quadro clínico de dispneia e estridor há 02 anos. Apresenta passado de tratamento para Tuberculose Pulmonar com esquema COXCIP (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol) durante 6 meses. Após término de tratamento, realizou três baciloscopias do escarro, com resultados negativos. Foi iniciada investigação do quadro com Tomografia Computadorizada (TAC) de Tórax, que evidenciou importante redução do lúmen traqueal em área próxima ao plano da fúrcula esternal, estendendo-se para seguimento torácico, tornando-se bastante crítica na região supracarinal até extensão ao brônquio-fonte esquerdo (BFE). Broncoscopia ratifica achado de TAC, evidenciando edema e leucoplasia de mucosa, com acentuado estreitamento do óstio do BFE. Iniciado tratamento para Granulomatose de Wegener, com Ciclofosfamida e Prednisona. Nova TAC de tórax, realizada após 10 meses, evidencia ausência de regressão da estenose. Devido ao início de gestação durante a investigação, a paciente foi encaminhada à Maternidade de Alto Risco, com substituição de Ciclofosfamida por Azatioprina, além de associação com corticóide inalatório. No entanto, paciente evolui sem resposta terapêutica e chega ao Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC-Recife) devido intercorrência com dispneia, tosse e lipotímia, sendo diagnosticada com Tuberculose Traqueal após realização de biópsia, com início de novo tratamento com esquema COXCIP. A traqueia é essencial para a ventilação e lesões que provoquem sua estenose prejudicam essa função. Diversas são as causas dessa injúria e, embora dentre as causas benignas a mais comum seja a intubação orotraqueal prolongada, doenças como a Tuberculose Traqueal podem evoluir com estenose da traqueia. A prevalência de estenose traqueobrônquica induzida por tuberculose é estimada em 10% a 40% e seu diagnóstico é sugerido na presença de uma clínica compatível, com confirmação com exame histopatológico (obtido por broncoscopia) ou por cultura positiva de bacilos no exame microbiológico. A cultura obtida por exame de escarro é menos sensível, gerando resultados falso negativos, como no relato descrito. Na gestação, a estenose traqueal pode surgir e afetar de forma significativa a oxigenação e ventilação materna e fetal, sendo necessária a realização de seu tratamento, conforme a apresentação clínica, grau de estenose e, sobretudo, fase gestacional e segurança materno-fetal. No caso relatado, devido ao antecedente patológico da paciente e a seu quadro clínico,

optou-se por iniciar o tratamento medicamentoso para tuberculose, mesmo antes de comprovação diagnóstica por cultura de biópsia. Apesar da eficácia do medicamento da tuberculose, a estenose traqueal é inevitável nesses quadros, no entanto, o esquema terapêutico desencadeia melhora do padrão respiratório e redução dos sintomas, possibilitando manutenção de bom estado clínico até término de gestação.

AP463 TUBERCULOSE DISSEMINADA POR EXTENSÃO DIRETA ATINGINDO CINCO PLANOS CORPORAIS EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

ELIZABETH CLARA BARROSO; MARYAN CRISTINA GONÇALVES SANTOS; GEORGIA ALMEIDA NOGUEIRA; ARTHUR ALENCAR BEZERRA; MATEUS AMORIM MARCONDES; CRISTIANE SARAIVA MAIA; MARIA CLARA FARIAS BARRETO ALVES; MILENA PEREIRA PATRÍCIO DA SILVA NOGUEIRA

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA- UNIFOR, FORTALEZA, CE.

Palavras-chave: Tuberculose; disseminada; contiguidade

Introdução: A tuberculose (TB) disseminada, é incomum nos doentes imunocompetentes, correspondendo a menos de 2% dos casos, sendo mais encontrada em portadores do HIV e definida pelo achado de lesão pulmonar, associada a um foco extrapulmonar, ou de duas ou mais lesões extrapulmonares concomitantes. A disseminação hematogênica poderá provocar lesões localizadas ou múltiplas. A disseminação pode ocorrer ainda por via linfática, canalicular, extensão direta ou inoculação direta.

Caso clínico: Paciente masculino, 27 anos, há um ano apresentava abscesso na região paravertebral direita, que supurara duas vezes. Tomografia computadorizada do tórax (TC) de 16/05/16 revelou lesão nos planos músculo-adiposos na parede torácica dorsal inferior, 'paramediana direita (D), com realce pelo contraste, de 5,3x2,2 cm com derrame pleural adjacente e espessamento pleuropulmonar local, podendo representar contiguidade da lesão. Aumento da densidade no corpo de D10 e duas imagens de aspecto osteolítico nos platôs que podem representar lesões de Schmorl. Ressonância nuclear magnética de coluna torácica- 21/05/16- Alteração de sinal em T10 com extensão paravertebral D. Nesse mesmo nível há duas lesões contíguas, uma subpleural D de 7,5x1,5 cm e outra subcutânea de 5,2x2,8 cm de provável etiologia neoplásica secundária. Biópsia de parede torácica- 07/06/16- Pleurite crônica granulomatosa com células gigantes e necrose caseosa e comprometimento de tela conjuntiva submesotelial, sugerindo TB. Radiografia de tórax foi normal. De antecedentes ele convivera na infância com pai e mãe com TB tratada e curada. Aos 13 anos de idade ele tivera uma lesão por pedrada no mesmo local da patologia atual, tendo supurado duas vezes, sendo drenado e curado com antibiótico. Ele negou uso de álcool, fumo, drogas ilícitas e outras patologias. Exames hematológicos e bioquímicos normais e anti-HIV negativo. Iniciou esquema para TB (rifampicina-R, isoniazida-H, pirazinamida-Z e etambutol-E) em 01/07/16. Um mês após a lesão voltou a supurar por quatro dias, sendo realizada nova biópsia de parede que foi inespecífica. Baciloscopia e cultura para BK do material de biópsia foram negativos. Foi mantido o esquema quádruplo para TB. Com seis meses de tratamento a lesão voltou a supurar por dois dias não tendo sido possível fazer cultura para BK, seguido de melhora. Nesse período ele teve vômitos e a Z foi suspensa. TC da coluna de 23/11/17 mostrou melhora com espondilodiscite de T9-T11 e abscesso paravertebral de 2,8x4,6x1,0 cm. Ele ainda refere dor local, mas ganhou 7kg de peso e permanece em uso de R, H e E. **Discussão:** Os autores chamam atenção para esse caso de TB disseminada por extensão direta

acometendo cinco planos corporais: pele, músculo, coluna vertebral, pleura e pulmões em paciente adulto jovem, soronegativo para o HIV, comprovando o poder patogênico do *Mycobacterium tuberculosis* e a dificuldade de se tratar um caso tão grave e com alto potencial incapacitante.

AP464 TUBERCULOSE PLEURAL COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA

CAROLINA NILO DE SANTANA; MARIA LUIZA DORIA ALMEIDA; JOSE BARRETO NETO; GEORGE ANDRÉ ALMEIDA DE ARAUJO; LARISSA TIZIANE DE ALMEIDA PEREIRA; ALINA KARIME AUSTREGESILLO DE ATHAYDE FERREIRA TEIXEIRA; ANAELZE SIQUEIRA TAVARES TOJAL; GRASIELLE SANTOS BEZERRA
 UFS, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Tuberculose; extrapulmonar; derrame pleural

Introdução: A tuberculose é um importante problema de saúde pública mundial, com metas de controle repetidamente não atingidas nos últimos 30 anos. Entre as formas extrapulmonares, a pleural constitui a forma mais comum em adultos imunocompetente, atingindo de 3 a 25% dos pacientes portadores de tuberculose. Apresentação de dois casos de tuberculose pleural atípica

Relato de caso 1: JAS, 40 anos, sexo masculino, queixa de Tosse seca há 4 meses associado a perda de 14 kg no período, dor torácica a direita, febre vespertina e sudorese noturna. Radiografia de tórax com presença de derrame pleural bilateral. Na tomografia de tórax, além do derrame pleural bilateral e espessamento pleural a esquerda, foi visualizado imagem de árvore em brotamento em ápice de pulmão direito e região superior do lobo inferior esquerdo, além de linfonodomegalia mediastinal. Na ultrassonografia presença de linfonodomegalia em região supraclavicular. Realizada punção-biópsia com presença de Exsudato pelos Critérios de Light. A biópsia de pleura confirmou diagnóstico de tuberculose pleural. Ecocardiograma sem alterações. Paciente apresentou quadro febril após 2 semanas do início de esquema básico, evoluiu com ganho de peso, recebendo alta da unidade hospitalar e mantendo acompanhamento ambulatorial. **Relato de caso 2:** MBSA, 24 anos, sexo masculino, queixa de dispnéia associada a tosse seca, febre vespertina e perda 5 kg 3 meses. Realizou tratamento para tuberculose pulmonar há 1 ano da internação hospitalar. Radiografia de tórax com presença de derrame pleural bilateral associado ao espessamento pleural à esquerda e redução volumétrica deste pulmão. Ecocardiograma sem alterações. Realizou punção-biópsia com presença de exsudato pelos critérios de Light. Anatomopatológico confirmou diagnóstico de tuberculose pleural. Evoluiu com aumento de linfonodo em região inguinal esquerda. Foi realizada biópsia confirmando tuberculose ganglionar. Iniciado esquema básico e acompanhamento ambulatorial.

Discussão: A tuberculose pleural é a forma extrapulmonar mais comum de tuberculose em adultos. A presença do bacilo ou do antígeno do *M. tuberculosis* no espaço pleural leva ao processo inflamatório de hipersensibilidade tardia do tipo IV, mediadas por células T-helper. Os derrames pleurais da tuberculose são tipicamente unilaterais, ocupando geralmente menos de um terço de um hemitórax. Os pacientes deste caso tiveram uma apresentação atípica com derrame pleural bilateral e de grande volume, ambos confirmados diagnóstico de tuberculose pleural bilateral. Os casos são de paciente adulto, teste negativo para HIV e presença de linfonodomegalia, além da tuberculose pleural. Chama atenção para tuberculose eminentemente de hipersensibilidade com a presença de outros sítios associados.

AP465 GINECOMASTIA DURANTE TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE

GUNTHER KISSMANN; HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA; FABIOLA ASSUNÇÃO DE ALMEIDA JABOUR
 HESM, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Isoniazida; ginecomastia; tuberculose

Introdução: A ginecomastia é uma condição benigna e pouco usual quando ligada ao uso de medicações. Sua ocorrência deve levar a uma investigação sobre alterações hormonais e neoplasias. **Relato de caso:** Paciente masculino, 52 anos, pardo, morador de rua, com 2 abandonos de tratamento para tuberculose pulmonar, último há 1 ano. Internado por tosse produtiva, com eventos de hemoptóicos, febre, perda ponderal. Escarro espontâneo com BAAR 3+ e PCR-MTB positivo para *M. tuberculosis*, negativo para resistência à rifampicina. Função hepática e renal preservada. Teste rápido para HIV negativo. Radiografia de tórax com infiltrado pulmonar bilateral, cavitações sem preenchimento em 1/3 superior esquerdo. Instituído tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. Após 1 mês de tratamento, BAAR no escarro passou a 1+, e negativo ao fim do 2º mês. Ao 3º mês de tratamento, ainda sob internação hospitalar por motivos sociais, mantendo rifampicina e isoniazida, pesava 60 Kg, com ganho ponderal de 4,5 Kg. Observou aumento de glândula mamária direita. Ao exame físico, aumento moderado da mama direita, indolor, de consistência elástica, não aderente aos planos superficiais e profundos, sem massas ou irregularidades, sem retrações ou alterações cutâneas, nem alteração areolar ou descarga à palpação. A mama contralateral sem aumento de volume. Testículos inalterados. Pesquisas disponíveis de: estradiol, hormônio luteinizante (LH), hormônio gonadotrófico coriônico (beta-hCG), estríol, testosterona, TSH e T4 livre, dentro da normalidade. Ultrassonografia de mama direita com tecido mamário ecogênico, sugestivo de tecido fibroglandular (ginecomastia), sem evidência de nódulos ou cistos.

Discussão: A proliferação inesperada de tecido glandular mamário, ginecomastia, pode estar ligada ao surgimento de tumores ou alterações hormonais. Condições que levem à diminuição da ação da testosterona, ou do aumento da ação estrogênica seja por ampliação da concentração do estradiol, seja por aumento de sensibilidade ao estrogênio, podem desencadear-las. Situações clínicas como hipogonadismo, hipotireoidismo, cirrose e insuficiência renal inserem-se nestas causas. Na cirrose, por exemplo, há redução da degradação de estrógenos. Já nos tumores adrenais e no carcinoma de grandes células, a produção aumentada de estrógenos é o mecanismo desencadeador. Assim, pesquisa hormonal ampla deve ser feita. Deve-se afastar o simples aumento de tecido gorduroso, denominado falsa ginecomastia, ou lipomastia. A ginecomastia é descrita ao uso de algumas medicações, como isoniazida, espirolactona, digitálicos, benzodiazepínicos, alguns antirretrovirais, fenitoína, antipsicóticos e terapias para câncer prostático. Em geral, a cessação do uso destas medicações leva ao recrudescimento espontâneo da ginecomastia. Por vezes, é necessária intervenção cirúrgica, em geral de simples execução, com retirada do tecido excedente.

AP466 ASSOCIAÇÃO ENTRE TUBERCULOSE E CÂNCER-AVALIAÇÃO DE NOVE ANOS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA TUBERCULOSE

ELIZABETH CLARA BARROSO¹; ANA ANGÉLICA FARIAS²; RAYNARA RENATA FONSECA BRANDÃO¹; ARTHUR ALENCAR BEZERRA¹; REGINA CLEIDE MARQUES XIMENES²; MARYAN CRISTINA

GONÇALVES SANTOS¹; MARIA CLARA FARIAS BARRETO ALVES¹; MARIA EDNA MOURA²

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

Palavras-chave: Tuberculose; câncer; associação

Introdução: Câncer e tuberculose (TB) são a maior causa de morbimortalidade mundialmente. 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: Avaliar essa associação no nosso serviço. **Métodos:**

Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado através da revisão de prontuários no período de junho de 2008 a maio de 2017. 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 23 pacientes, sendo 13 femininos (56,5%) (α2, p = 0,09) com média de idade de 61,4 ± 13 anos, 16/23 (70%) eram tabagistas com carga tabágica média de 42 anos maço, diferindo de modo significativo em relação à população fumante com TB em geral (42%) (α2, p = 0,0063), 11(48%) tinham hipertensão arterial sistêmica, seis (26%) diabetes mellitus, cinco (22%) câncer na família, dois (9%) asma, um (4%) doença pulmonar obstrutiva crônica, três (13%) outras comorbidades e todos eram negativos para o HIV. Entre os pesquisados apenas cinco (22%) tiveram contato com indivíduo portador de TB ativa e o mesmo número referiu câncer na família. O tratamento da TB foi realizado com esquema básico para TB pulmonar (Rifampicina-R+Isoniazida-H+Etambutol-E+Pirazinamida-Z) em 14 pacientes (61%), oito (35%) usaram esquemas especiais por intolerância medicamentosa ou interação entre drogas e um (4%) esquema para TB multirresistente. Obteve-se cura em 17 (74%) pacientes, quatro (17%) evoluíram para o óbito (todos pela neoplasia) e dois (9%) abandonaram. Dos 23 pacientes incluídos no estudo, 10 (43%) tiveram o diagnóstico concomitante de TB e CA, cinco (22%) TB anteriormente e oito (35%) tiveram neoplasia anterior à TB. Desses 75% (6/8) fizeram tratamento quimioterápico associado ou não à radioterapia e cirurgia. No estudo foram identificados diversos tipos de CA: sete hematológicos (30%); cinco de aparelho digestivo (22%), quatro de pulmão (17%), três de mama (13%) e quatro diversos (17%).

Conclusão: A maioria dos pacientes era tabagista (70%), 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. Nessa pesquisa encontrou-se que o tabagismo é significativamente maior entre pessoas com Ca e TB do que em pessoas apenas com TB. O processo inflamatório crônico da TB ativa e mesmo latente pode predispor ao CA de acordo com pesquisas publicadas. A imunidade patológica do portador de câncer juntamente com tratamento oncológico imunossupressor certamente predispõem à TB. Demonstramos que 78% (18/23) 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.

AP467 TUBERCULOSE PULMONAR EM PACIENTE COM LÚPUS ERYTEMATOSO SISTÊMICO(LES): RELATO DE CASO
IGOR DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA SOUSA¹; BEATRIZ DIAS FREITAS¹; BRUNA VASCONCELOS PONTES ROCHA¹; LETICIA PALLOMA MOREIRA DE LIMA¹; NANCARA SILVA AZEVEDO¹;

PAULO VICTOR BATISTA REIS SOARES¹; YURI ANANIAS DE VASCONCELOS¹; RAFAEL SOUSA BRITO²

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA - UNINTA, SOBRAL, CE; 2. PNEUMOLOGISTA/BRONCOSCOPIA, SOBRAL, CE.

Palavras-chave: Tuberculose; lúpus eritematoso sistêmico; drogas imunossupressoras

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune caracterizada pela produção de autoanticorpos, formação e deposição de imunocomplexos com inflamação em diversos órgãos associado a dano tecidual, sem tratamento adequado os pacientes podem apresentar complicações graves, eventualmente, com desfecho fatal. A tuberculose é uma doença de grande incidência, principalmente em países subdesenvolvidos, e as populações mais vulneráveis incluem profissionais de saúde e usuários crônicos de imunossupressores. O diagnóstico rápido está diretamente relacionado ao sucesso do tratamento. **Relato do Caso:** Paciente do sexo Feminino, 18 anos, natural e procedente de Varjota-CE, portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico, diagnosticada há 2 anos e usuária crônica de corticoide, mas sem acompanhamento regular, em consulta com nefrologista no dia 18 de fevereiro de 2018 por seguimento de síndrome nefrótica, foi encaminhada para atendimento no serviço de emergência do Hospital Regional Norte de Sobral com queixa de tosse produtiva, febre e anasarca, com solicitação de vaga em UTI por presença de hipoxemia associada ao exame. Paciente encontrava-se desidratada, hipocorada (2+4+) e taquipneica, com crepitações difusas em hemitórax direito e radiografia de tórax com consolidação pulmonar extensa em hemitórax direito e broncograma aéreo. Apesar do início de antibioticoterapia, paciente evoluiu sem melhora clínica, sendo solicitada baciloscopia com resultado positivo. No dia seguinte ao início de esquema básico para tuberculose, paciente apresentou insuficiência respiratória com necessidade de intubação orotraqueal e persistência de hipoxemia refratária com óbito 2 dias depois. **Discussão:** O Lúpus Eritematoso Sistêmico e uso crônico de drogas imunossupressoras são fatores sabidamente relacionados a uma maior prevalência de tuberculose com desfecho grave, tornando, assim, fundamental a suspeição precoce desta patologia a fim de que haja um correto diagnóstico e o início precoce do tratamento, atenuando o risco de desfecho fatal da associação dessas patologias. **Referências:** Stevens RJ, Andujar C, Edwards CJ, et al. Thalidomide in the treatment of the cutaneous manifestations of lupus erythematosus: experience in sixteen consecutive patients. Br J Rheumatol. 1997 Mar;36(3): 353-9. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia- Isabela Felizatto (SBPT), Cristina Braz (SBPT) e Cristina Souza (IDT/UFRJ) o apoio logístico.

AP468 TUBERCULOSE PLEURAL E PULMONAR ASSOCIADAS A CORPO ESTRANHO EM LOBO MÉDIO EM PACIENTE PREVIAMENTE HÍGIDA

EMANUELL FELIPE SILVA LIMA¹; LUCIANY VICTOR DE ANDRADE¹; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO¹; RODOLFO FURTADO DIAS RODRIGUES¹; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA¹; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES¹; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM¹; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA¹
 HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Tuberculose; corpo estranho; lavado broncoalveolar

Introdução: A tuberculose pulmonar é uma doença de âmbito mundial, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, identificado em 1882 por Robert Koch. Esta enfermidade pode resultar da reativação de uma primo-infecção passada ou pode ser decorrente de

uma infecção recentemente adquirida. O comprometimento pleural representa a forma mais frequente da tuberculose (TB) extrapulmonar. **Relato de caso:** Paciente 73 anos, sexo feminino, procedente de Mundo Novo-GO. Aposentada. Tabagista, 30 maços/ano, sem antecedentes pulmonares e outras comorbidades. Admitida na pneumologia com quadro de que há 8 meses iniciou dispnéia progressiva aos esforços, associada a astenia, hiporexia e perda ponderal de 20Kg. Nos últimos 2 meses, referiu também episódios de desconforto torácico, tipo pontada, de moderada intensidade, em hemitórax direito (HTD), ventilatório dependente e tosse seca persistente; associados a febre diária não aferida. Negou hemoptise, sudorese noturna e tosse produtiva. Procurou atendimento médico por várias vezes, sendo prescritos medicamentos, porém sem melhora do quadro. Ao exame físico, paciente apresentava-se emagrecida, hipocorada e eupneica em ar ambiente. Murmúrio vesicular reduzido globalmente, sobretudo nos dois terços inferiores de HTD com frêmito toracovocal abolido e percussão maciça. Realizou-se radiografia de tórax, que mostrou derrame pleural livre à direita e linfonodos mediastinais calcificados. Na Tomografia de Tórax foi evidenciado espessamento pleural difuso à direita e atelectasia de lobo médio (LM). Optou-se por fazer toracocentese, a qual revelou líquido pleural amarelo turvo, característico de exsudato conforme Critérios de Light e predomínio de linfócitos. ADA: 73,19. Posteriormente paciente foi submetida à Broncoscopia, na qual evidenciou corpo estranho em segmento de LM; foi removida parte do mesmo e colhido lavado broncoalveolar (LBA). O LBA veio positivo (+) para Bacilo Ácido-Ácido Resistente, e no anatomopatológico foi descrito área esclerosada com necrose e depósito de colesterol, e fragmento compatível com vegetal e antracose. Foi iniciado tratamento com esquema básico para Tuberculose, paciente evoluiu bem e recebeu alta com seguimento ambulatorial. **Discussão:** A tuberculose é uma doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que ainda persiste em países subdesenvolvidos, como o Brasil. O diagnóstico de atividade de doença em pacientes com tuberculose pulmonar depende de múltiplos fatores como: quadro clínico, exame físico, teste tuberculínico e, principalmente, a detecção do bacilo no escarro ou no LBA ou em fragmentos de tecido pulmonar obtidos por biópsia. A associação medicamentosa adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente, são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando, assim, a cura do paciente. A terapia tem duração de no mínimo 6 meses, podendo ser estendida, conforme cada caso.

AP469 **EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE PULMONAR EM GOIÂNIA ENTRE JANEIRO DE 2008 A DEZEMBRO DE 2017**
BRENDA EGLE CARVALHO DE SANTANA; ALINE LOPES DE OLIVEIRA; BRENDA MACHIONI OLIVEIRA; DOUGLAS DE PAULA CARDOSO JUNIOR; ISADORA CAROLINA CALAÇA DE LIMA; MARIA EUGÊNIA RIBEIRO CARVALHO DE OLIVEIRA; OXANA GAIÃO DOS REIS
UNIRV - CAMPUS APARECIDA, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Tuberculose; epidemiologia; goiânia

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), cuja via de infecção é quase sempre inalatória. A TB pulmonar possui como principal manifestação clínica tosse seca ou produtiva com expectoração mucóide ou purulenta, com a presença ou não de hemoptise. É uma doença que acomete principalmente pessoas entre 20 e 49 anos e possui uma das maiores taxas de mortalidade no mundo. Além disso sua prevalência é aumentada nas áreas de grande concentração populacional

e em condições socioeconômicas e sanitárias precárias. A TB situa-se entre as Doenças de Notificação Compulsória no Brasil por seu potencial de transmissibilidade, logo, é um problema de saúde pública. **Objetivos:** Investigar as internações, óbitos e taxa de mortalidade de tuberculose pulmonar em Goiânia no período de janeiro de 2008 à dezembro de 2017. **Metodologia:** Refere-se a um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, utilizando dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), subcategoria Morbidade hospitalar, por local de internação a partir de 2008 no Estado de Goiás. Variáveis analisadas: período, internações, óbitos, lista de morbidade e regime. **Resultados:** Durante o período de 2008 a 2017, Goiânia registrou 1345 casos de internações por tuberculose, sendo 863 em hospitais públicos, 248 em privados e 234 obtiveram regime ignorado, quanto aos óbitos foram registrados o total de 146, com 19 em instituições privadas, 107 em públicas e 20 de regime ignorado. Em 2008 os dados mostram 147 pacientes internados, sendo que 15 foram a óbito, obtendo-se uma taxa de mortalidade de 10,20%. Já em 2009 o número cresce para 171 hospitalizados e 28 mortos, resultando em 16,37%. Posteriormente, as notificações são de 158, decrescendo para 145 e 146 em 2011 e 2012, respectivamente, até 141 em 2013, nesse período os óbitos são de 14 (8,86%), crescendo para 19 (13,10%) em 2011, com o pico de 22 (15,06%) no ano seguinte e reduzindo posteriormente para 17 (12,05%). Em 2014 há outra queda, em que as internações são de 83 e resultam em 5 óbitos (6,02%). Contudo, em 2015 são notificados 136 casos da patologia, mas com a mortalidade constante em relação ao ano anterior, totalizando 6 (4,41%). Nos anos seguintes, as internações caem para 121 e 97, respectivamente, mas os óbitos aumentaram para 8 (6,61%) em 2016 e 12 (12,37%) em 2017. **Conclusão:** Portanto, o estudo exposto evidenciou que a TB ainda é um problema constante de saúde em Goiânia, de acordo com o período analisado, apesar das quedas no número de internações nos últimos anos. É possível observar também que o maior número de internações e o maior número de óbitos são em hospitais públicos, correspondendo a 64,16% e 73,28%, respectivamente. Dessa forma, a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são importantes para redução no número de casos de internação e óbitos.

AP470 **PANORAMA DA TUBERCULOSE PULMONAR EM GRUPOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO PERÍODO DE 2012 A 2017 NA REGIÃO CENTRO-OESTE**

CAROLINE FERNANDES ARAUJO MAIA¹; CASSIO RANIERE CARDOSO DOS SANTOS²; PAULA CRISTINA OLIVEIRA LEMOS²; RONNAN VICTORIA FERREIRA SILVA²; OXANA GAIÃO DOS REIS²; THAYNÁ DE SOUSA E CASTRO²; IANE DE OLIVEIRA PIRES PORTO²; JOSÉ LAERTE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR²

1. UNIRV - CAMPUS APARECIDA, GOIANIA, GO; 2. UNIRV - CAMPUS APARECIDA DE GOIANIA, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Tuberculose; epidemiologia; grupos de vulnerabilidade social

Introdução: O Brasil ocupa posição de destaque da carga mundial de Tuberculose (TB) e o Centro-Oeste acomoda aproximadamente 22% dos casos do país. Trata-se de importante problema de saúde pública com fortes determinantes sociais, atingindo taxas de incidência 20 a 25 vezes maior em população mais vulneráveis, tais como populações em situação de rua e presidiários. **Objetivos:** Descrever a proporção de casos de tuberculose pulmonar em grupos de vulnerabilidade social (população de rua, presidiários) na região Centro-Oeste entre 2012 a 2017. **Metodologia:** Realizado corte transversal do número de

casos de tuberculose pulmonar em todas as faixas etárias no período de 01 de janeiro de 2012 até 31 de dezembro de 2017. Os dados foram obtidos do DATASUS no portal de informações em saúde (TABNET), utilizando-se o indicador morbidade hospitalar do SUS, por local de internação (Região Centro-Oeste). **Resultados:** Foram notificados no Centro-Oeste um total de 25.140 casos de tuberculose pulmonar no intervalo estudado, 396 (1,57%) na população de rua e 1.767 (7,03%) em presidiários. Devido à provável subnotificação houve aumento expressivo de casos na população em situação de rua, alcançando 400% de 2012 a 2013 (1 para 5 casos), 540% de 2013 a 2014 (5 para 32 casos), 309% de 2014 a 2015 (32 para 131 casos). Houve diminuição de 16,8% de 2015 a 2016 (131 para 109 casos), voltando a aumentar 8,25% de 2016 a 2017 (109 para 118 casos). Na população privada de liberdade, provavelmente devido à subnotificação, houve aumento de 550% de 2012 a 2013 (4 para 26 casos), 442% de 2013 a 2014 (26 para 141 casos), 211% de 2014 a 2015 (141 para 439 casos), 27,5% de 2015 a 2016 (439 para 560 casos) e 6,96% de 2016 a 2017 (560 para 599 casos). **Conclusão:** Observou-se na população em situação de rua e nos privados de liberdade um crescimento exponencial dos casos totais de tuberculose pulmonar no período estudado.

AP471 TUBERCULOSE PLEURAL: RELATO DE CASO

EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; MARIELLY CHRISTINA DOS SANTOS; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA
HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Tuberculose pleural; derrame pleural; biópsia pleural

Introdução: O comprometimento pleural representa a forma mais frequente da tuberculose (TB) extrapulmonar. Frequências variadas são observadas em diferentes países, de acordo com a prevalência da TB e da sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV). A TB pleural pode ser uma manifestação tanto da forma primária da doença (primo-infecção) quanto da reativação de uma infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Relato de caso: Paciente 30 anos, sexo masculino, natural e residente em Inhumas-GO, trabalha com calçamento de ruas. Tabagista há 15 anos (22,5 maços/ano) e usuário de drogas ilícitas. Sem sintomas respiratórios prévios. Admitido na pneumologia com quadro de dispneia de caráter insidioso, iniciada há 2 meses, acompanhada de tosse produtiva ora expectoração purulenta, ora brancacenta sem hemoptóicos e/ou hemoptise. Referiu ainda febre não aferida, calafrios e sudorese noturna. Nesse período, paciente apresentou hiporexia, astenia e perda ponderal de 8kg. Havia procurado atendimento médico em duas outras ocasiões, sendo prescrito antibioticoterapia para tratamento de pneumonia adquirida na comunidade, e, contudo, quadro clínico manteve-se inalterado. Procurou novamente assistência médica. Na admissão, ao exame físico do aparelho respiratório, paciente apresentava expansibilidade reduzida, percussão maciça, frêmito toracovocal abolido e MV abolido em todo terço médio e inferior de hemitórax direito. Sem hipoxemia. Foi realizada Tomografia de Tórax com contraste, a qual mostrou intenso realce pleural e volumoso derrame pleural à direita. A Toracocentese evidenciou líquido pleural amarelo citrino, com resultados de exames laboratoriais caracterizando exsudato conforme Critérios de Light e predomínio de linfócitos. ADA: 80,58. Realizado também biópsia pleural com agulha de Cope e anatomopatológico, o qual corroborou com a hipótese

diagnóstica de Tuberculose Pleural, sugerindo pleurite granulomatosa do tipo tuberculóide com necrose caseosa focal e presença de raros bacilos álcool-ácido resistentes.

Discussão: O relato ilustra as manifestações clínicas e os achados de exames complementares característicos de Tuberculose Pleural, sendo esta a principal forma de tuberculose extrapulmonar. No quadro clínico clássico, os pacientes com tuberculose pleural são jovens e apresentam doença de início abrupto ou insidioso, com dor pleurítica, às vezes intensa, geralmente unilateral, e febre moderada. A presença de tosse é inconstante e não se constitui dado significativo. Além destas manifestações, podem ocorrer sudorese noturna, astenia, anorexia e emagrecimento. A queixa de dispneia dependerá, basicamente, da proporção entre o volume do derrame e a reserva funcional pulmonar, bem como da presença de dor, que dificulta a excursão diafragmática. O tratamento da tuberculose pleural tem uma duração mínima de 6 meses, podendo ser prolongado por até 12 meses, dependendo do caso.

AP472 A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE A LUZ DA LITERATURA

LUCAS COELHO DA SILVA; JESSYCA RAMOS DO NASCIMENTO; IGOR DE CASTRO NASCIMENTO; AUGUSTO MOREIRA CARDOSO; BRUNA SOUZA GALVÃO; JULIANA PINHO MIGUEZ; ARTUR QUEIROZ DE OLIVEIRA
CESUPA, BELEM, PA.

Palavras-chave: Tuberculose; atenção primária; revisão

Introdução: É, idealmente, na Atenção Primária – AP o contato inicial do paciente com o Sistema Único de Saúde – SUS. Os países que à adotaram como ordenadora do SUS demonstraram impacto positivo de melhora em seus indicadores de saúde, além de diminuir os investimentos com a atenção especializada. A Tuberculose – TB é considerada um grave problema de saúde pública no mundo. Dentre as principais causas da consolidação dessa realidade estão a falta de sensibilização da maioria da população quanto às peculiaridades dessa doença, fato comprovado pela reduzida taxa de adesão ao tratamento na sociedade paraense. Somente o Estado do Pará registrou entre os anos de 2006 a 2008 uma incidência total 9.890 casos de TB. Um número expressivo segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Pará. Desses casos, 3.663 ocorreram em Belém. **Objetivo:** Identificar, a importância da AP no processo de tratamento da TB. **Métodos:** Análise e revisão das publicações disponíveis, acerca da ligação entre AP o tratamento da TB e as implicações desta no modelo de saúde. Foram utilizados dados do banco de dados do Ministério da Saúde e publicações científicas.

Resultados: O primeiro contato do doente de TB com o SUS é fundamental para garantir o acesso ao diagnóstico da doença. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB estabelece que os serviços de AP, representados pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades de Saúde da Família – USF devem assumir essa função. Apesar da existência de medicamentos eficazes no combate a TB, existem diversos fatores que implicam no tratamento do paciente, tendo mediante ao fato de o indivíduo ser dotado de conflitos sociais, econômicos, culturais, um histórico de vida evidenciado por uma alimentação desregrada, e condições humanas mínimas para a sobrevivência. Estes são fatores que dificultam a adesão ao tratamento pela AP e até mesmo, aspectos organizacionais da AP elucidam no tratamento da TB. A realidade que se evidencia ao tratamento da TB é complexo, uma vez que o abandono do tratamento intervém no resultado, comprometendo o prognóstico, com o surgimento de fatores como a

resistência ao tratamento medicamentoso, tratamento incompleto e até mesmo o abandono total deste. O enfoque nas ações de saúde como a organização do trabalho da equipe da AP é relevante para o sucesso no tratamento da TB. **Conclusão:** Para um tratamento sólido, torna-se necessária a incorporação de novas estratégias como a melhoria das relações interpessoais entre equipe de saúde e paciente. É indispensável ao êxito desta, o acolhimento qualificado, a formação de vínculo e a atenção integral a saúde do portador de TB, pontos cruciais que serão amplamente abarcados pela AP, a fim de garantir a plenitude de cura e uma melhor qualidade de vida para o paciente.

AP473 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR INTERNADOS NA ENFERMARIA DE TISIOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

RAMIRO DOURADO MARANHÃO¹; BENEDITO FRANCISCO CABRAL JR¹; LEONARDO FERREIRA DIAS¹; ISABELLA METRAN DOURADO²
1. HRG, BRASILIA, DF; 2. UNIRV, APARECIDA DE GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Tuberculose; crack; hiv

Introdução: A Tuberculose (TB) continua sendo um grande e grave problema de saúde pública mundial ainda nos tempos atuais. A magnitude dos desfechos ocasionados pela doença engloba variáveis clínicas, econômicas e sociais dos indivíduos acometidos pela tuberculose. Apesar da melhoria sensível dos tratamentos atualmente, a tuberculose ressurgiu com força nos anos 1980 em razão da baixa imunidade dos pacientes com HIV, e agora ganha novo fôlego entre os dependentes químicos de drogas ilícitas. Recentes pesquisas têm mostrado uma larga associação entre internações por tuberculose e uso do crack. Uma pesquisa foi realizada no Hospital Leonor Mendes de Barros, especializado em tratamento de tuberculose no município paulista de Campos do Jordão, interior paulista mostrou que todos os pacientes atendidos naquele local tinham histórico de dependência química com o uso de crack. Em todos os casos pesquisados, dentre pacientes internados para tratamento de tuberculose, o perfil dos pacientes indicou problemas com a dependência química, especialmente para a dependência do crack. **Objetivo:** O presente documento tem como principal finalidade a apresentação de uma pesquisa de campo com envolvimento de seres humanos, comparada a um estudo horizontal de revisão bibliográfica a respeito do uso de crack por pacientes acometidos pela Tuberculose e suas relações socioeconômicas. O objetivo é avaliar o perfil socioeconômico dos pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar internados na enfermaria de tisiologia do Hospital Regional do Gama do Distrito Federal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, prospectivo com amostra de conveniência composta de pacientes internados na enfermaria de tisiologia do Hospital Regional do Gama do Distrito Federal, com diagnóstico de tuberculose pulmonar realizado através de quadro clínico e radiológico compatíveis além de BAAR positivo ou GeneXpert – teste rápido molecular TRM, que possui sensibilidade e Especificidade de 90% e 99% respectivamente. **Resultados:** Os pacientes internados na enfermaria de tisiologia do Hospital Regional do Gama com diagnóstico de tuberculose e que fazem uso de crack apresentam perfil sócio econômico semelhante aos pacientes internados em mesma situação em todo o Distrito Federal e também possuem perfil semelhante aos usuários de todo o território nacional. Em geral, mais da metade dos pacientes não possuem informações adequadas e suficientes para realizar um tratamento definitivo da tuberculose, quando são usuários de crack, não procurando

tratamento ou abandonando o mesmo antes do término, devido às suas condições de moradia, higiene e ao próprio vício da droga. **Conclusão:** De acordo com o estudo realizado e com a amostra analisada, fica claro que existe uma estreita correlação entre o uso do crack e a doença tuberculose; correlação esta que provavelmente está ligada ao estado de imunodeficiência em que se encontram os usuários. Desta forma é justo afirmar que o Brasil necessita de um estudo mais aprofundado sobre o tema para que se encontre soluções para o início e a manutenção do tratamento da tuberculose em pacientes usuários de crack.

AP474 TUBERCULOSE PULMONAR DISSEMINADA EM PACIENTES NÃO IMUNOSSUPRIMIDOS – RELATO DE DOIS CASOS

SILVIA ELAINE CARDOZO MACEDO; RICARDO BICA NOAL; RENAN MADEIRA RODRIGUES; DEINER MARTINS RESENDE; HELENA SOUZA VAN DER LAAN; VANESSA ALBANO BARCELLOS
UFPEL, PELOTAS, RS.

Palavras-chave: Tuberculose miliar; osteomielite; drogadição

Introdução: Em 2017, a incidência da Tuberculose (TB) no Brasil foi de 69 mil novos caso, sendo 6,5% casos de TB Miliar, a qual é mais frequente em pacientes imunossuprimidos. **Relato de caso:** Caso 1- paciente masculino de 39 anos, HIV negativo, morador de rua, em abstinência de álcool e drogas, interna por dispneia, astenia e emagrecimento de 20kg há 2 meses, com TC de tórax evidenciando múltiplos nódulos bilaterais em árvore em brotamento e linfonodomegalias mediastinais. Pesquisa de BAAR em escarro positiva. Apresentava dor lombar, com TC de coluna compatível com Mal de Pott. Iniciou RHZE, suporte nutricional por gastrostomia, desenvolvendo várias pneumonias nosocomiais necessitando uso de antibióticos de largo espectro, com estabilização progressiva do quadro e espaçamento das pneumonias após início de azitromicina profilática. Recebeu alta após 5 meses de internação com manutenção de RH por 12 meses e azitromicina três vezes por semana. Caso 2- paciente masculino de 25 anos, HIV negativo, com história de doença psiquiátrica, alcoolismo e drogadição, interna com quadro de tosse produtiva, emagrecimento, sudorese noturna há 30 dias e TC de tórax mostrando lesões cavitárias, especialmente nos campos pulmonares superiores, associadas a micronódulos centrolobulares bilaterais, derrame pleural e linfonodomegalias mediastinais. Baciloscopia de escarro positiva em duas amostras. Apresentava coleção líquida envolvendo os terços superiores e médio do esterno, com reação periosteal compatível com osteomielite. Punção da coleção com BAAR positivo. Evoluiu com várias pneumonias nosocomiais, febre persistente, com ecocardiografia mostrando vegetação tricúspide. Desenvolveu hepatotoxicidade ao RHZE, sendo iniciado estreptomicina, levofloxacina e etambutol. Evoluiu com aumento da coleção esternal, do derrame pleural e da vegetação valvar, sendo realizada drenagem pleural e reinstituída rifampicina ao esquema terapêutico. Houve melhora gradativa, recebendo alta no quinto mês de tratamento para tuberculose, com acompanhamento na unidade de Tisiologia. **Discussão:** A tuberculose disseminada ocorre geralmente em pacientes imunossuprimidos. Os pacientes em vulnerabilidade social, os usuários de crack e etilistas, têm estado de saúde que difere dos indivíduos hígidos, principalmente pela condição nutricional. Ambos os pacientes apresentavam caquexia, com IMC baixo, o que certamente determinou a evolução disseminada da tuberculose. A debilidade clínica associada às alterações estruturais no parênquima pulmonar em

ambiente hospitalar tornou-os expostos a várias infecções nosocomiais, as quais retardaram a sua melhora e evolução. Adicionalmente, o mau estado clínico aumentou o risco, e propiciou a ocorrência de hepatotoxicidade. Tal situação, bastante frequente no nosso país, constitui-se em um desafio para o manejo destes casos pelas equipes clínicas.

AP475 PREVALÊNCIA E VARIÁVEIS ASSOCIADAS AOS SENTENCIADOS TABAGISTAS DE UMA PENITENCIÁRIA DO INTERIOR PAULISTA

DANIELA DE LIRA EIRAS DOMENE; ROBERTA MARIELLE ARIK; MARIANA DE FREITAS GRASSI; CARISTON RODRIGO BENICHEL; CARINA GRESPI BUENO; TAMIREZ CORREA DE PAULA; ILDA DE GODOY

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, SÃO MANUEL, SP.

Palavras-chave: Tabagismo; prisioneiros; sistema penitenciário

O tabagismo deixou de ser considerado um hábito e passou a ser visto como uma doença, que pode ser completamente evitada. Conhecer o perfil dos usuários, a prevalência e os níveis de consumo do tabaco, são fundamentais para planejar ações de prevenções eficazes em determinada população. **Objetivo Geral:** Verificar a prevalência e as características dos sentenciados tabagistas. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal realizado com 385 sentenciados, os quais completaram um questionário sociodemográfico, incluindo informações sobre tabagismo, estágio motivacional para cessação do tabagismo e grau de dependência da nicotina, assim como a Escala de Estresse Percebido e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. **Resultados:** Fizeram parte do estudo 385 sentenciados, com idade entre 21 e 79 anos. A média de idade foi de 42,9 anos. A maioria (65%) possuía 1º Ensino Fundamental Incompleto. Dos participantes, 24,5% são fumantes e 16,8% ex-fumantes. Em relação ao uso de drogas os sentenciados fazem uso de: maconha, cocaína e bebida alcoólica. A maioria foi classificada com grau de estresse baixo e quanto a ansiedade e depressão, foram classificadas como improváveis. O nível de dependência da nicotina foi muito baixo e baixo. Desses, a maioria não tem intenção de parar de fumar. Percebemos que houve associações do tabagismo com a idade de iniciação sendo motivados na grande maioria das vezes por pessoas da própria família. **Considerações Finais:** A prevalência de tabagismo dos participantes fumantes e ex-fumantes foi superior ao encontrado na população do estado de São Paulo (13%) e da população brasileira de fumantes (10,8%). Evidenciou-se que os sentenciados estão expostos a diversos fatores, tais como: privação de liberdade, ambiente, insegurança, frustração, nervosismo, saudade, fumantes na cela, estresse e discussões. Sendo a redução de danos uma estratégia importante a ser trabalhada. Fizeram parte do estudo quantitativo 385 sentenciados. Dos participantes, 24,5% são fumantes e 16,8% ex-fumantes. Dados na Tabela 1. Tabela 1 – Distribuição das características gerais dos 385 sentenciados estudados. Idade (Anos) 42,7 ± 12,6 Ensino Fundamental Incompleto 250 (65%) História Tabágica (%) N(%) Não Fumantes 226 (58,7%) Ex Fumantes 65 (16,8%) Fumantes 94 (24,5%). Tabela 2 – Escala de Estresse Percebido em sentenciados. ESTRESSE M (DP) Fumantes 11 (± 7,2) Não-Fumantes 5,9 (± 5,5) Ex-Fumantes 8,1 (± 7,9). Tabela 3 – Uso de drogas lícitas e ilícitas em sentenciados. USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS MACONHA % COCAÍNA % BEBIDA ALCOÓLICA % Total % Fumantes 44,6 35,1 10,6 94 (100) Não Fumantes 11 11,5 3 226 (100) Ex-Fumantes 41,5 18,5 65 65 (100).

AP476 HISTIIOCITOSE PULMONAR EM TABAGISTA PASSIVO

JOSE ROBERTO MEGDA FILHO¹; LAURA FADEL MONTEIRO DOS SANTOS¹; AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS¹; MARIAH PRATA SOLDI PASSOS¹; VERA LUIZA CAPELOZZI²

1. UNITAU, TAUBATE, SP; 2. USP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Histiocitose; tabagismo passivo; dpoc

Introdução: A Histiocitose das células de Langerhans (HCL) é uma doença rara e de etiologia desconhecida, caracterizada pela proliferação clonal de células de Langerhans, formando lesões semelhantes aos granulomas. É mais comum em crianças e pode levar ao comprometimento de diversos órgãos e sistemas. Em pacientes adultos a HCL pode acometer os pulmões de forma isolada ou como característica predominante da doença, sendo chamada de Histiocitose pulmonar das células de Langerhans (HPCL). Está intimamente relacionada ao tabagismo (90-100% dos casos), sendo mais comum entre os 20 e 40 anos de idade. A doença se caracteriza por sintomas respiratórios (tosse e dispneia), associados ou não a sintomas constitucionais, como perda ponderal e febre. Pneumotórax espontâneo pode ocorrer em 20% dos casos. A radiografia de tórax evidencia infiltrado retículo-nodular bilateral, e a tomografia de tórax demonstra nódulos centro-lobulares, com aspecto de “árvore em brotamento” e cistos de paredes grossas, isolados ou confluentes. Com a evolução da doença os cistos se tornam maiores e com paredes finas de predomínio em ápices e terço médio. Quanto à função pulmonar, o padrão obstrutivo é o mais observado. O diagnóstico definitivo de HPCL é mais comumente obtido biópsia, sendo a marca histológica a presença dos antígenos CD1a+ ou CD207 na amostra. A interrupção do tabagismo é o principal tratamento da HPCL, resultando em melhora clínica, funcional e radiológica na maioria dos casos. Drogas como Vinblastina e Cladribina, usadas no tratamento da HCL, vem ganhando espaço também no tratamento da HPCL. Em pacientes com doença avançada o transplante pulmonar é indicado. Caso clínico Paciente feminina, 61 anos, nunca fumou, mas seu cônjuge fuma em média 60 cigarros por dia há 40 anos. Apresenta dispneia progressiva e tosse seca há 2 anos, sendo tratada como asma com formoterol 12 mcg + budesonida 400 mcg 2 x dia, sem melhora. Nos últimos 12 meses, referia duas internações por pneumonia. Espirometria com distúrbio obstrutivo moderado sem resposta a broncodilatador (VEF1 de 54% pós BD). Tomografia computadorizada de tórax, foi visto enfisema difuso com predomínio em lobos superiores e cistos pulmonares difusos e irregulares difusamente. Realizada biópsia pulmonar por videotoracoscopia com diagnóstico de Histiocitose. Investigado acometimento sistêmico da HPCL porém os exames foram normais. **Discussão:** Esse é um caso raro de histiocitose em tabagista passivo e provavelmente relacionada com a grande exposição ao tabaco de seu cônjuge. Diante do quadro tomográfico não típico para HCPL e o fato da paciente não ser tabagista, foi solicitado biópsia pulmonar que confirmou o diagnóstico de histiocitose. O cônjuge da paciente foi orientado em cessar tabaco e diante do distúrbio obstrutivo em espirometria, está em uso de indacaterol 110 mcg + glicopirrônio 50 mcg por dia. Se a doença se mostrar progressiva funcionalmente e clinicamente, uma opção será a Cladribina.

AP477 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO ENTRE OS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SALVADOR

NARAYANI QUEIROZ QUEIROZ ROCHA LIMA¹; DANIELA SANTOS FERREIRA¹; KAVIN ANDERSSON DE OLIVEIRA SANTOS MASCARENHAS¹; LUIZ MATEUS SILVA DE ARAUJO¹; GABRIEL FERREIRA LIMA¹; TATIANA SENNA GALVÃO NONATO ALVES²

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

Palavras-chave: Tabagismo; sintomas respiratórios; tuberculose

Introdução: O tabagismo representa um problema de saúde pública em escala global, com uma estimativa de 300 milhões de pessoas em consumo da droga. No Brasil, cerca de 63% dos homens e 33% das mulheres são tabagistas ativos, sendo maior a prevalência na população com menores condições socioeconômicas e menor nível de escolaridade. O tabaco eleva o risco de mortes prematuras, já que predispõem a risco aumentado de doenças coronarianas, hipertensão arterial, e predispõem a doenças infecciosas, como a tuberculose pulmonar. O risco de um fumante desenvolver tuberculose aumenta em até nove vezes quando comparados com os indivíduos que nunca fumaram, assim como os riscos de mortalidade pela doença (tuberculose multirresistente). **Objetivos:** Avaliar a prevalência do tabagismo entre os sintomáticos respiratórios nas Unidades de Atenção Primária à Saúde em Salvador/BA e avaliar a relação entre carga tabágica e o risco de desenvolvimento de TB pulmonar nas UBS de Salvador/BA. **Métodos:** O presente estudo foi realizado através de um inquérito nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Salvador/BA, por meio da aplicação de questionários. Participaram da pesquisa indivíduos que buscaram as Unidades selecionadas para primeira consulta da queixa clínica e maiores de 18 anos. O modelo adotado foi por amostragem de conglomerado ponderado. Nos indivíduos sintomáticos, foram colhidas amostras de escarros para o Teste Rápido Molecular (TRM), baciloscopia, Cultura de Escarro com teste de sensibilidade, avaliados em unidade terciária de saúde referência no atendimento de pneumopatias e tabagismo no estado da Bahia para pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). **Resultados:** A amostra do estudo foi de 442 indivíduos. Destes, 29 foram classificados como sintomáticos respiratórios (7,4%), apresentando como maioria o sexo feminino (74%). Dos sintomáticos, 55,1% referiram ter algum tipo de contato com o tabagismo (44,8% afirmaram jamais terem fumado, 27,1% referiram tabagismo até os dias atuais, 3,4% afirmaram serem fumantes passivos) e 24,1% referiram ser ex-tabagistas. A média da carga tabágica foi de 5,04 anos/maço. Dos sintomáticos, 41,4% são classificados na classe econômica C2 (de acordo com a classificação econômica ABEP -2008), com renda menor ou igual a 726 reais. A relação entre ter o contato com o cigarro, ser sintomático respiratório, e o desenvolvimento da tuberculose foi de 3,4%. **Conclusões:** Os resultados obtidos pelo estudo mostraram que há diferenças entre o desenvolvimento da tuberculose pulmonar quando comparamos pacientes fumantes e não fumantes, com o tabagismo predispondo ao desenvolvimento da doença, o que corrobora com os dados da literatura. A prevalência do tabagismo nos sintomáticos respiratórios das UBS foi de aproximadamente 27,6%. A partir dos dados apresentados, propomos a intensificação dos programas específicos de assistência ao tabagismo nas Unidades de Atenção Primária de Salvador, focando essa assistência junto ao programa de tuberculose.

AP478 EFEITOS DE EXERCÍCIOS FÍSICOS ASSOCIADOS À TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL NA CESSAÇÃO TABAGÍSTICA

IARA BURIOLA TREVISAN; ALINE DUARTE FERREIRA CECCATO; CAROLINE PEREIRA SANTOS; TAMARA DOS SANTOS GOUVEIA; MAHARA-DAIAN GARCIA LEMES PROENÇA; ERCY MARA CIPULO RAMOS; DIONEI RAMOS

FCT-UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP.

Palavras-chave: Tabagismo; abandono do uso de tabaco; exercício

Ultimamente o exercício físico tem sido utilizado como estratégia coadjuvante na cessação do tabagismo.

Objetivos: Avaliar os efeitos dos treinos aeróbico e resistido associados à terapia cognitiva-comportamental (TCC) breve na cessação do tabagismo. **Métodos:** 42 indivíduos tabagistas (≥ 10 cigarros/dia), homens e mulheres, 18-60 anos, que tinham desejo de parar de fumar. Foram randomizados em Grupo treino aeróbico intermitente (GA: 60 à 100% do consumo de oxigênio máximo e TCC breve); Grupo treino resistido (GR: treino resistido com tubos elásticos e TCC breve) e Grupo controle (GC: participantes de programa de TCC intensiva). A intervenção teve duração de 15 semanas, três sessões semanais de 40 minutos. Foi avaliado o histórico tabagístico, função pulmonar, composição corporal, nível de atividade física de moderada a vigorosa e passos/dia. Foi definida data pré-estabelecida para o dia da parada que ocorreu na terceira semana, associado ao tratamento medicamentoso. A abstinência foi comprovada por monoximetria. Ao final, os grupos foram avaliados quanto a qualidade de vida (QV) e sintomas da síndrome de abstinência (WSWS). Os dados foram expressos em média e desvio padrão; número de abstinentes apresentado em percentual e foi calculado o odds ratio entre os grupos. Para a comparação entre os momentos basal e final foi aplicado t de student. Comparação da QV calculada a partir do delta e análise de covariância (ANCOVA) com ajustes para idade, sexo, porcentagem de gordura e cigarros/dia. Para WSWS foi aplicado teste One-Way ANOVA com pós-teste de Bonferroni. O effect size foi apresentado para todas as comparações. Correlação de Spearman foi realizada entre nível de atividade física e QV ou WSWS. Foi utilizado o SPSS 22.0. Foi adotado $p < 0,05$.

Resultados: Ao final, 37,5% do GA, 21,4% do GR e 33,3% do GC estavam abstinentes (OR (IC 95%): 1,139 (0,506 – 2,563)). O GA apresentou melhora na QV para capacidade funcional ($74,4 \pm 17,8$ vs. $87,8 \pm 10,2$; $p = 0,013$), aspecto físico ($78,1 \pm 30,1$ vs. $89,1 \pm 22,3$; $p = 0,048$), estado geral de saúde ($62,3 \pm 24,5$ vs. $74,4 \pm 19,1$; $p = 0,020$), vitalidade ($60,0 \pm 17,9$ vs. $72,5 \pm 20,6$; $p = 0,025$) e saúde mental ($66,8 \pm 16,9$ vs. $76,3 \pm 19,3$; $p = 0,023$). O GC apresentou piora da dor ($53,5 \pm 18,6$ vs. $65,2 \pm 22,7$; $p = 0,023$). Na comparação entre os grupos houve diferença na QV para a vitalidade (GA: $12,3 \pm 20,1$; GR: $-2,4 \pm 18,1$; GC: $0,4 \pm 12,9$; $p = 0,042$), ansiedade (GA: $8,1 \pm 3,8$; GR: $11,4 \pm 2,9$; GC: $8,8 \pm 3,9$; $p = 0,047$) e tristeza (GA: $5,5 \pm 2,3$ vs. GR: $7,5 \pm 2,8$ vs. GR: $7,8 \pm 3,4$; $p = 0,042$) para os sintomas relacionados à síndrome de abstinência. Houve correlação entre melhora do estado geral de saúde e aumento dos níveis de atividade física moderada à vigorosa ($r = 0,566$; $p = 0,001$) e passos/dia ($r = 0,469$; $p = 0,007$) e entre capacidade funcional e passos/dia ($r = 0,365$; $p = 0,040$). **Conclusão:** A percepção da QV dos indivíduos que treinaram foi melhor comparada ao GC, e o estado geral de saúde foi melhor nos indivíduos com maior nível de atividade física e capacidade funcional.

AP479 FATORES MOTIVACIONAIS PARA EXPERIMENTAÇÃO DE NARGUILÉ ENTRE UNIVERSITÁRIOS

LÍDIA ACYOLE DE SOUZA OLIVEIRA¹; MATHEUS RABAHI²; KRISLAINY DE SOUSA CORRÊA³; MARCELO FOUDAD RABAHI¹

1. UFG, GOIÂNIA, GO; 2. PUC-GO, GOIÂNIA, GO; 3. PUC GO, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Narguilé; fatores motivacionais; universitários

Introdução: O consumo do tabaco é um grave problema de saúde pública por estar associado ao surgimento de diversas doenças. Apesar da queda deste consumo por cigarro convencional nos últimos anos, a literatura tem apresentado

uma crescente na utilização de formas alternativas para o mesmo. Dentre estas, a utilização do narguilé, principalmente entre jovens, tem aumentado substancialmente e preocupado pesquisadores, profissionais da saúde e uma parcela da população. Neste sentido, a identificação de fatores motivacionais para o primeiro contato com o produto torna-se relevante para ações de prevenção associadas ao uso deste produto. O objetivo desta investigação é identificar fatores motivacionais para experimentação de narguilé entre um grupo de universitários. **Métodos:** Estudo transversal, analítico e descritivo realizado em 1539 alunos de uma instituição de ensino superior na cidade de Anápolis, Goiás, Brasil. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2015 e fevereiro de 2016, e a amostragem foi probabilística por conglomerados. Para a coleta de dados utilizou-se uma ficha sócio demográfica, um questionário estruturado, adaptado, sugerida por Martins et al (2014), para identificação de experimentação de narguilé e uma entrevista semiestruturada para caracterização da experimentação. Para análise de dados utilizou-se a estatística descritiva e inferencial, com valor de significância fixado em 5%. **Resultados:** Foram incluídos 1539 alunos, com média de idade de $21,3 \pm 3,6$, nos quais 59,6% (917) eram do sexo feminino e 40,4% (622) do sexo masculino. Os alunos participantes estavam distribuídos nos cursos de Direito (308), Engenharia Civil (282) e nos cursos da área da saúde (949). Foi identificada uma prevalência de experimentação de 33,8% (521), sendo esta maior em mulheres (48,6% / $p < 0,001$), e alunos do curso de Medicina (49,6%, $p < 0,001$). A idade média encontrada para experimentação foi de $17,96 \pm 2,68$ anos, e 5,3% (23) matem o uso semanal do produto. Quando perguntados sobre os fatores motivacionais para primeiro contato com o produto, 40,0% ($n = 179$) relataram influência de amigos, 48,5% (217) curiosidade, 5,1% (23) pelas características do produto e 6,3% (28) não souberam responder. **Conclusão:** A prevalência de experimentação de narguilé é preocupante quando comparados com o consumo do tabaco entre universitários do Brasil (21,6%). A média de idade encontrada para o primeiro contato com o produto reforça a vulnerabilidade da adoção de comportamentos de risco na fase da adolescência e juventude. Conclui-se que a curiosidade e influencia de amigos foram os principais fatores motivacionais para experimentação do narguilé, nesta amostra. Os resultados aqui encontrados refletem a necessidade de ações preventivas da utilização do produto, principalmente na fase analisada.

AP480 TABAGISMO E DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA: A REALIDADE DE UMA POPULAÇÃO HOSPITALAR NO SUL DO BRASIL

SILVIA ELAINE CARDOZO MACEDO; PEDRO HENRIQUE BARAZZETTI; PAULO HENRIQUE DARIO; JOÃO AUGUSTO BITTENCOURT; HELENA SOUZA VAN DER LAAN
UFPEL, PELOTAS, RS.

Palavras-chave: Tabagismo; dependência nicotínica; hospitalar

Introdução: A transição epidemiológica da sociedade moderna, tem determinado que as doenças crônicas degenerativas sejam as principais responsáveis por agravos à saúde humana, sendo que o tabaco aparece como principal fator de risco para estas condições. No Brasil, as doenças relacionadas ao tabaco são as principais causas de internação hospitalar. Percebe-se, entretanto, a ausência de uma abordagem rotineira dos pacientes tabagistas internados. Avaliar e conhecer o nível de dependência de nicotina dos pacientes deve fazer parte da abordagem dos pacientes hospitalizados, em função da oportunidade da

internação para abordar junto ao paciente a necessidade da descontinuação do tabagismo. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi descrever o perfil dos pacientes clínicos de um hospital universitário de médio porte e medir o grau de dependência à nicotina através do teste de Fagerstrom, avaliando sua associação com tentativas prévias de cessação do tabagismo e presença de comorbidades no subgrupo dos usuários de tabaco. **Método:** Este estudo é uma investigação transversal de pacientes que internaram nas enfermarias clínicas de Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, no período de março a julho de 2017. Foram analisados dados relacionados a história tabágica, perfil psicossocial, tentativa prévia de cessação do tabagismo, comorbidades e grau de dependência nicotínica, através do teste de Fagerstrom. **Resultados:** Foram avaliados 398 pacientes clínicos, sendo que a prevalência de tabagismo foi de 25,12%. Houve um predomínio discreto do sexo masculino (53%) na população do subgrupo estudado, com idade média de $50,49 \text{ anos} \pm 12,4$. Em relação a escolaridade, 66% dos entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto. A carga tabágica média foi de $42,3 \text{ maços-ano} \pm 37,7$. O grupo com escore de Fagerstrom maior ou igual a 6 ($n = 53$) apresentou menor taxa de tentativa de cessação do tabagismo quando comparado ao grupo com Fagerstrom menor ou igual a 5 ($n = 46$), $47,9\% \times 52,1\%$ ($p < 0,05$). Além disso, a população avaliada pelo estudo com grau de dependência de tabaco elevado (Fagerstrom ≥ 6 pontos) manifestou maior prevalência de diabetes mellitus (17,3% vs 4,1%; $p < 0,05$), cardiopatia isquêmica (17,0% vs 2,2% $p < 0,01$) e neoplasia (28,3% vs 13%; $p < 0,05$) do que o grupo com pontuação igual ou menor que 5. **Conclusão:** Verificou-se que o teste de Fagerstrom possui importância na estratificação dos pacientes tabagistas, uma vez que entre os pacientes com maior dependência, observou-se tanto um menor número de tentativas, como um maior número de falhas na cessação do tabagismo. Adicionalmente, os pacientes com maior grau de dependência apresentaram uma maior frequência de comorbidades, com maior risco potencial à saúde. Desse modo, sugere-se a necessidade de uma abordagem dirigida e sistematizada relacionada ao tabagismo em todos os pacientes hospitalizados a fim de aproveitar a oportunidade da hospitalização como momento adequado para a descontinuação tabágica.

AP481 AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA A NICOTINA PELA ESCALA DE FAGERSTROM EM ARACAJU, SERGIPE

LUCAS OLIVEIRA FARIAS; ERIKA DE OLIVEIRA MENEZES; LUANA MARTINS ARAUJO; JULIANA CHAGAS RECCO; OSMAR RIBEIRO DE JESUS; LUCAS SANTANA SOARES; RAUL FILIPE DINIZ; VICTOR HUGO CARDOSO
UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Dependência; nicotina; fagerstrom

Introdução: A dependência a nicotina é um transtorno de significativa relevância para os indivíduos, por provocar importantes comorbidades, das quais, destacam-se os distúrbios respiratórios e cardiovasculares. Essa alteração do comportamento é mundialmente avaliada pelo Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina, que foi introduzido em 1978 e adaptado em 1991. O teste consiste de seis perguntas a respeito do tabagismo ("Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?", "Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?", "Qual cigarro do dia traz mais satisfação?", "Quanto cigarros você fuma por dia?", "Você fuma mais frequentemente pela manhã?" e "Você fuma mesmo doente?"). Para cada resposta das questões, há pontuações específicas. Ao final, a soma dos pontos informa o nível de dependência a nicotina. O teste é amplamente

utilizado, visto que apresenta associação com as medidas bioquímicas sobre a quantidade de cigarros usados, o que expressa a sua importância. **Objetivos:** Analisar um dos instrumentos de rastreamento utilizados para reconhecer dependência física de tabaco, o Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **Métodos:** Estudo delineado por ficha de avaliação ou questionário contendo as 6 perguntas correspondentes a escala de Fagerstrom, aplicadas em 300 pacientes de uma clínica especializada em pneumologia de Aracaju, Sergipe, no ano de 2017 durante quatro meses. **Resultados:** Dos 300 pacientes entrevistados, apenas 1% (3) teve grau de dependência classificado como muito baixo (pontuação de 0 a 2 pontos na escala). 13,3% (40) dos pacientes foram classificados com dependência baixa (3 ou 4 pontos na escala), 26% (76) foram rotulados com média dependência (5 pontos na escala), já 34% (102) dos pacientes foram considerados com elevada dependência (6 a 7 pontos na escala). Os outros 26,7% (79) dos pacientes foram classificados como dependência muito elevada, o que é característica de 8 a 10 pontos na escala. A respeito dos critérios que os pacientes preencheram no questionário, a média dos pacientes que fumam o primeiro cigarro dentro de 5 minutos ao acordar é de 168, enquanto 30% (100) dos pacientes fumam de 21 a 30 cigarros por dia. 100% dos pacientes afirmaram ser difícil não fumar em lugares públicos, já a maioria dos pacientes (57%) fumam frequentemente pela manhã. Perguntados sobre qual o cigarro do dia que traz mais satisfação, apenas 39% (118) pacientes responderam que não era o primeiro cigarro da manhã. 85% (256) dos pacientes afirmaram não fumar quando estão doentes ou precisam ficar de cama. **Conclusão:** A maioria dos pacientes tem grau de dependência a nicotina elevado, mostrando que as propriedades psicométricas precisam ainda de aperfeiçoamento.

AP482 AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO IMEDIATO E TARDIO, APÓS UM ANO DE SEGUIMENTO, DOS PACIENTES QUE PARTICIPARAM DO PROGRAMA DE TABAGISMO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO

MARCOS CESAR SANTOS DE CASTRO¹; YVE CARDOSO DE OLIVEIRA²; LAÍS SANDOVAL LOUREIRO²; EDUARDO MORENO DE MELLO ARRUDA E SILVA²; ANGELA SANTOS FERREIRA²; ILANA SOUZA RAMOS²; THAIS DA SILVA SOARES BESERRA²; PEDRO MADUREIRA MURTA²

1. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE E UERJ, NITERÓI, RJ; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ.

Palavras-chave: Tratamento; tabagismo; recaída

Introdução: O tabagismo é doença crônica e recorrente. É importante realizar uma avaliação prévia do perfil do fumante, 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 251 pacientes do Programa de Tratamento do Tabagismo do HUAP, de janeiro/2011 a dezembro/2016. Características sócio-demográficas e história de dependência à nicotina foram analisadas. Os dados foram coletados através das fichas das entrevistas iniciais dos participantes. O resultado do tratamento imediato foi avaliado nos que participaram de pelo menos 04 das 06 sessões de grupo. Para avaliação da taxa de recaída foi utilizado um roteiro de entrevista telefônica. **Resultados:** Dos 251 pacientes, 66,93% eram do sexo feminino, média de idade de 57,06 ± 9,81, fumavam em média 21,02 ± 10,03 cigarros/dia, média de idade de início do tabagismo de 16,41 ± 5,63 anos e tempo médio de tabagismo de 41,17 ± 10,11 anos. A maioria dos pacientes possuía grau elevado de dependência à nicotina, 83,03% já

havam feito tentativas prévias de parar de fumar. Dos 251 pacientes, 220 pararam de fumar até a última sessão do grupo (taxa de abstinência imediata 87,65%). Foi conseguido contato com 136 pacientes após 1 ano da realização dos grupos. Destes, 66 se mantiveram abstinentes (taxa de abstinência tardia 48,53%). **Conclusões:** A alta taxa de abstinência imediata e tardia possivelmente estão relacionadas ao maior conhecimento do perfil destes pacientes e à abordagem por equipe multiprofissional.

AP483 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO DO HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

RAMIRO DOURADO MARANHÃO¹; KEYDSO SOUSA SANTOS²; BENEDITO FRANCISCO CABRAL JR¹; FREDERICO SANTOS FARIA³
1. HRG, BRASILIA, DF; 2. UNIFESP, SAO PAULO, SP; 3. HC-UFG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Tabagismo; bupropiona; programa de tabagismo

Introdução: O tabagismo é considerado o principal fator isolado de adoecimento e morte existente, sendo responsável por 50 doenças e 5 milhões de mortes anuais no mundo, com 200 mil delas no Brasil. Dos fumantes regulares 70 a 90% apresentam sintomas físicos da dependência de nicotina, necessitando de apoio e tratamento para a cessação de fumar e que estudos mostram que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas somente 3% conseguem a cada ano, o que reforça a importância desse apoio; **Objetivos:** Avaliar o programa de tratamento do tabagismo do HRG entre os períodos de janeiro a agosto de 2016. Apontar as principais causas de recaídas dos pacientes que participaram do programa. **Método:** Estudo retrospectivo, observacional de avaliação do Programa de tratamento do Tabagismo do HRG, teve como critério de inclusão sujeitos de pesquisa que participaram do programa no período de janeiro a agosto de 2016. A coleta de dados foi feita através de entrevistas, informando ao sujeito de pesquisa o motivo do estudo e a todos os sujeitos de pesquisa que aceitaram participar do estudo. **Resultados:** Para o presente estudo, foram recrutados 73 sujeitos de pesquisa no período de janeiro a agosto de 2016, destes 22 (30,14%) foram excluídos do estudo por não ter participado de 3 ou mais sessões do programa. 51 (69,86%) sujeitos de pesquisa foram incluídos no estudo. Para auxiliar no tratamento, 92,2% dos pacientes fizeram uso de medicações, contra 7,8% que não usaram medicações para auxiliar no tratamento. A maior predominância de uso de medicações foi nos sujeitos de pesquisa do sexo feminino, representando (62,7%). As medicações de maior predominância no auxílio do tratamento foram Bupropina com adesivo, representando (59,6%), seguida de Bupropina (25,5%) e Adesivo, representando (8,5%). Os sujeitos de pesquisa que retornaram a fumar após o fim do programa foram 58,8%, contra 41,2% que deixaram de fumar após o programa. **Conclusão:** Conclui-se que o Programa de Tratamento do Tabagismo do HRG é efetivo, já que a taxa de sujeitos de pesquisa que participaram do programa no período janeiro a agosto de 2016 e que pararam de fumar foi de 41,2%. Apesar dos de 58,8% dos sujeitos de pesquisa terem retornados a fumar após o programa, a média de cigarros fumados após o programa caiu em 69,57% para o sujeitos de pesquisa do sexo feminino e 60% para os sujeitos de pesquisa do sexo masculino. Uso da medicação mostrou parcialmente efetivo, já que somente 42,2% dos pacientes que usaram a medicação pararam de fumar, contra 57,8%. Os pacientes que não usaram a medicação e continuaram fumando foram 66,7% desta mostra, contra 33,3% dos que não pararam de fumar. Apesar do programa

ser efetivo, há a necessidade de novos estudos para avaliar a efetividade do programa após um ano de participação dos sujeitos de pesquisa.

AP484 TESTE DE CAMINHADA EM SEIS MINUTOS: ANÁLISE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA EM PACIENTES COM DOENÇAS PULMONARES CRÔNICAS

KENIA MAYNARD DA SILVA; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; YVES RAPHAEL DE SOUZA; BIANCA FIGUEIRAS; DIEGO CONDESSO; DENISE ANJOS; MANOELE FIGUEIREDO; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Teste de caminhada; reabilitação; doenças crônicas

Introdução: A resposta ao esforço durante exercícios é demonstrada pela frequência cardíaca (FC), sendo variável importante nos testes máximos e submáximos. Após o esforço, observar a FC alcançada e o seu tempo de recuperação indicam informações prognósticas importante, pois as recuperações mais lentas no primeiro minuto pós esforço, demonstram maior risco de mortalidade. O protocolo do TC6M exige intervalo de 30 minutos para recuperação da FC e saturação de oxigênio (SaO2) para reiniciar o teste. Poucos são os estudos sobre esse tema após o Teste de Caminhada em Seis minutos (TC6M).

Objetivo: Analisar a FC após um minuto de pacientes com doenças pulmonares comparando-a com a sua condição basal, final, e 1min após o teste. **Metodologia:** Foram avaliados pacientes com Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) e com DPOC, idade acima de 50 anos, submetidos ao TC6M. Foram analisadas e comparadas as FC basal, ao final e um minuto após o teste. Excluímos pacientes em uso de betabloqueadores. Análise estatística realizada no software Prisma 6.0, Teste de Anova one-way, teste post-hoc com comparação de pares utilizando Turkey's Multiple Comparision. **Resultados:** dos 36 pacientes 23 tinham FPI e 13, DPOC. Destes, 27 eram do sexo masculino (18 com FPI e 9 com DPOC). Os pacientes com FPI apresentaram uma diferença entre a FC inicial vs. final igual a -26 ($p < 0,05$); FC inicial vs. 1min após o teste igual -14 ($p < 0,05$); FC final vs. 1min após o teste igual a 12 ($p < 0,05$). Em relação à SaO2, o delta da medida inicial vs. final foi 7 ($p < 0,05$); inicial vs 1min após o teste foi 4 ($p < 0,05$); final vs. 1min após o teste foi -3 (ns). Os pacientes com DPOC apresentaram dados semelhantes aos pacientes com FPI, sendo que a diferença entre a FC inicial vs. final foi igual a -20 ($p < 0,05$); FC inicial vs. 1min após o teste igual 0 (ns); FC final vs. 1min após o teste igual a 14 ($p < 0,05$). Relativo à SaO2 nesses pacientes, o delta da inicial vs. final foi 1 (ns); a inicial vs 1min após o teste e a final vs 1min após o teste foram exatamente as mesmas. **Conclusão:** A FC após um minuto no TC6M se aproxima da FC inicial, demonstrando a possibilidade da redução do tempo de intervalo entre os testes, tanto para pacientes com doença restritiva como obstrutiva. A recuperação da FC em pacientes com FPI parece ser um pouco mais lenta do que naqueles com DPOC. A medida da SaO2 apresenta significância estatística apenas para FPI, quando observamos importante queda no final do teste, fato este não observado nos pacientes com DPOC.

AP485 DESORDEM LINFOPROLIFERATIVA PÓS TRANSPLANTE (DLPT) EM ADULTOS PÓS TRANSPLANTE PULMONAR – SÉRIE DE CASOS

JULIANE PENALVA COSTA SERRA; RAFAELA MOTA DE JESUS; ISNARD MAUL MEIRA DE VASCONCELOS; SILVIA VIDAL CAMPOS; ANDRE NATHAN COSTA; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA; MARCOS NAUYUKI SAMANO

INCOR - FMUSP, SAO PAULO, SP.

Palavras-chave: Transplante; pulmão; doença linfoproliferativa

Introdução: A desordem linfoproliferativa pós transplante (DLPT) é uma proliferação linfóide ou plasmocitária que ocorre após transplante de órgãos sólidos ou transplante alogênico de células hematopoieticas. **Relato do Caso:** Descrevemos quatro casos confirmados de DLPT após transplante pulmonar de um centro de referência em transplante pulmonar no Brasil. Os diagnósticos da patologia de base eram fibrose cística (3 casos) e bronquiectasia idiopática (1 caso). Todos estavam em uso de duas medicações imunossupressoras, dentre elas, um inibidor de calcineurina (tacrolimus ou azatioprina), associado a ciclosporina ou micofenolato. O diagnóstico de DLPT foi feito 9, 7, 4 e 1 anos após o transplante pulmonar. Sendo esse ultimo, o único receptor EBV soronegativo. Todos tiveram manifestação extranodal (intestino, amígdala e brônquio). Histologicamente, foram classificados como linfoma difuso de grandes células B e linfoma de Burkitt. Somente um paciente foi submetido a ressecção cirúrgica e todos receberam quimioterapia com rituximab. Dois deles evoluíram a óbito precocemente por hemoptise e perfuração intestinal. **Discussão:** DLPT é uma das complicações oncológicas mais comum em transplante de órgãos sólidos, correspondendo a cerca de 20% de todos as neoplasias, com mortalidade maior que 40% dos casos. Ocorre em aproximadamente 2% dos transplantados de órgãos sólidos e medula óssea. A incidência difere entre os tipos de transplante, sendo entre 3 a 10% no transplante de pulmão. No nosso serviço, a incidência geral é de 1,2%. O principal fator de risco é o grau de imunossupressão de células T e o sorostatus do EBV do receptor. A terapia de indução pós transplante tem um maior papel no desenvolvimento precoce do DLPT, e a imunossupressão cumulativa está relacionada ao desenvolvimento tardio. A incidência em receptores EBV soronegativos é cerca de 24 vezes maior quando comparado com receptores EBV soropositivos. A apresentação clínica é heterogênea, variando de achado incidental em pacientes assintomáticos a apresentação fulminante. Em contraste com outros linfomas não-Hodgkin, o DLPT é caracterizado por grande incidência de acometimento extra-nodal, como o trato gastrointestinal (20-30% dos casos), órgão transplantado (10-15%) e sistema nervoso central (5 - 20%). O método diagnóstico é a histopatologia de acordo com a classificação do World Health Organization (WHO) 2017: DLPT não destrutivo (hiperplasia plasmocítica, DLPT de mononucleose infecciosa e hiperplasia folicular), DLPT polimórfico, DLPT monomórfico (células B, células T ou tipos de células assassinas naturais) e DLPT linfoma clássico de Hodgkin - like. As estratégias terapêuticas para DLPT diferem do manejo de distúrbios linfoproliferativos em pacientes imunocompetentes. O tratamento inclui redução de imunossupressão, ressecção cirúrgica de doença localizada, terapia de radiação local, monoterapia com rituximab, quimioterapia, transplante de células-tronco e imunoterapia celular.

AP486 AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE URGÊNCIA E NA ENFERMARIA DO HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE

MARILUCY DE OLIVEIRA SANTOS; BRUNO HORTA ANDRADE; GUILHERME CARDOSO PARREIRAS; ISABELA TRISTÃO PINTO BELLA; LEONARDO SANTOS RESENDE; DEBORAH DOS REIS ESTRELLA; GRAZIELA DAS MERCÊS PIMENTA RIOGA; LUIZ PAULO ARREGUY NOGUEIRA

HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE, BELO HORIZONTE, MG.

Palavras-chave: Tromboembolismo venoso; profilaxia; tev

Introdução: Aproximadamente dois milhões de casos de tromboembolismo venoso (TEV) ocorrem a cada ano e sua incidência aumenta com o envelhecimento populacional. Trata-se de uma complicação comum durante e após a hospitalização por cirurgias ou condições clínicas. A embolia pulmonar explica 5-10% das mortes em pacientes hospitalizados, tornando TEV a causa evitável mais comum de morte hospitalar. Estudos ao redor do mundo evidenciaram uma incidência anual de 75 a 269 casos por 100 mil pessoas. Apesar do TEV ser entidade bem conhecida, a trombofilia medicamentosa para o quadro ainda é subutilizada. **Objetivos:** Avaliar a aplicação do Protocolo Clínico para Prevenção da Tromboembolia Venosa do Hospital Júlia Kubitschek (HJK) no cuidado de pacientes da unidade de atendimento em urgência e das unidades de internação, em clínica médica e em pneumologia.

Métodos: Realizamos um estudo transversal envolvendo pacientes admitidos nas unidades urgência e internação em clínica médica e de pneumologia do HJK. Foram obtidos e analisados dados clínicos e epidemiológicos de pacientes admitidos ou internados ao longo do ano de 2017. A coleta de dados ocorreu por consulta ao prontuário eletrônico do hospital, Sistema Informatizado de Gestão Hospitalar (SIGH) e dados não informados foram recuperados por questionamento direto aos participantes após assinatura do Termo de Consentimento. **Resultados:** A amostra foi composta por 290 pacientes, 56,2% do sexo masculino. A idade média foi $63,15 \pm 17,38$ anos, sendo que 54,3% tinham 65 anos ou mais. Os fatores de risco para eventos tromboembólicos mais comuns foram infecção aguda (58,6%), idade maior ou igual a 70 anos (40,3%), mobilidade reduzida (31%) e insuficiência cardíaca (22,1%). Foram classificados como alto risco 40,7% dos pacientes. Do total de pacientes, 172 (59,3%) foram classificados como sendo de baixo risco para TEV, apesar disto, 95 pacientes (55,23%) estavam recebendo profilaxia farmacológica para TEV. A conduta foi classificada como adequada em 32,8% dos casos, e os motivos de falha mais comuns foram omissão da prescrição (51,8%) e estar em desacordo com o protocolo (48,2%). **Conclusão:** Este estudo demonstra que a profilaxia apropriada, como definido pelo protocolo institucional com base em diretrizes baseadas em evidências, foi seguido conforme padronizado em menos de 40% dos pacientes clínicos estudados considerados como tendo alto risco de TEV. Esta avaliação em larga escala confirma os resultados de outros estudos indicando que as taxas de profilaxia adequada de TEV em pacientes clinicamente doentes são baixas. Tal condição leva ao uso inadequado do recurso de profilaxia com exposição de risco e aumento de custos de maneira desnecessária a alguns pacientes e riscos de não utilização do recurso para outros e consequente repercussão futura. A revisão da aplicação de protocolos de TEV é estratégia necessária após sua elaboração a fim de garantir a utilização adequada e racional das medidas de profilaxia.

AP487 ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR SECUNDÁRIO A DOENÇA DE BEHÇET: RELATO DE CASO
IGOR DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA SOUSA¹; BRUNA VASCONCELLOS PONTES ROCHA¹; IAGO PARENTE FERREIRA GOMES¹; NÂNCIARA SILVA AZEVEDO¹; BEATRIZ DIAS FREITAS¹; LETÍCIA PALLOMA MOREIRA DE LIMA¹; ANA BEATRIZ GABRIEL SILVA¹; RAFAEL SOUSA BRITO²

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA - UNINTA, SOBRAL, CE; 2. PNEUMOLOGISTA/BRONCOSCOPIA, SOBRAL, CE.

Palavras-chave: Doença de Behçet; aneurisma de artéria pulmonar; diagnóstico por imagem

Introdução: A doença de Behçet é uma vasculite sistêmica

que possui fisiopatologia autoimune e inflamatória de causa desconhecida, com influência de fatores genéticos e ambientais. O início dos sintomas geralmente ocorre entre 20-40 anos de idade e ambos os sexos são acometidos de forma semelhante. A doença apresenta diversas manifestações clínicas sendo o diagnóstico definido pelos critérios do International Study Group (ISG) que define um score de 3 pontos, sendo obrigatória a úlcera oral (1 ponto), associada a 2 sinais: úlcera genital recorrente, lesão ocular, lesão da pele ou Patergia positivo. O acometimento vascular da artéria pulmonar tem alta mortalidade com possibilidade de recorrência mesmo após o tratamento cirúrgico. O caso é de um paciente com diagnóstico de Doença de Behçet associado a um aneurisma de artéria pulmonar durante investigação de hemoptise recorrente.

Relato do Caso: Paciente masculino, 34 anos, foi admitido Hospital Regional Norte de Sobral no dia 29 de Janeiro de 2018 com história prévia de trombose de veia jugular à direita em uso de anticoagulação prévia associado a perda ponderal, febre e calafrios há 2 meses. Refere ainda tosse com hemoptise e recorrência de lesões aftóides em mucosa oral e úlceras genitais. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular universal reduzido em base direita, sem ruídos adventícios. A Tomografia Computadorizada (TC) de tórax evidenciou formação expansiva com densidade de partes moles, contornos irregulares e limites parcialmente definidos circundado por infiltrado em vidro fosco em lobos médio e inferior direitos, destacando-se em seu interior uma dilatação aneurismática. A angiotomografia de tórax demonstrou uma dilatação aneurismática fusiforme à direita medindo 3x2,7 cm, associado à componente de tecidos moles circundando a lesão confirmada por arteriografia que mostrou uma dilatação fusiforme da artéria lobar inferior, comprometendo os ramos para lobo inferior e médio. Definido o diagnóstico, o paciente foi encaminhado para Fortaleza para a realização de pneumectomia. **Discussão:** A doença de Behçet é a principal causa de aneurismas da artéria pulmonar, que podem ocorrer nos segmentos principais ou em ramos segmentares, indicando mau prognóstico. Podem regredir com terapias medicamentosas específicas, entretanto, a progressão e recorrência são comuns. A TC é importante no diagnóstico, permitindo aquisições volumétricas e o estudo das estruturas vasculares, mediastinais e parenquimatosas. A angiotomografia é superior em virtude da maior resolução espacial e da possibilidade da avaliação simultânea do parênquima pulmonar. O conhecimento dessas alterações é útil para o diagnóstico da doença e determinação da causa dos sintomas, orientando na escolha do tratamento.

Referências: Criterias for diagnosis of Behçet's disease. International Study Group for Behçet's Disease. Lancet. 1990;335: 1078-80. Hiller N, Lieberman S, Chajek-Shaul T, et al. Thoracic manifestations of Behçet disease at CT. Radiographics. 2004;24: 801-8.

AP488 SARCOIDOSE EM PACIENTE COM SEQUESTRO PULMONAR: UM RELATO DE CASO

RAQUEL BALDINI CAMPOS; RICARDO SIUFI MAGALHÃES; ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR; PAULO ROBERTO ARAÚJO MENDES; MAURICIO WESLEY PERROUD; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO; RONALDO FERREIRA MACEDO; MÔNICA CORSO PEREIRA
UNICAMP, CAMPINAS, SP.

Palavras-chave: Sequestro pulmonar; sarcoidose pulmonar; sarcoidose

Introdução: Sequestro Pulmonar (SP) é uma má-formação caracterizada pela existência de uma porção de tecido pulmonar não funcionante, separada da árvore traqueobrônquica normal e vascularizada por artéria

sistêmica anômala. O SP intralobar pode não gerar sintomas ou manifestar-se através de infecções de repetição nos lobos inferiores e, nesse caso o tratamento recomendado é a remoção cirúrgica do pulmão sequestrado. Sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica que acomete indivíduos, em geral, entre 20 e 60 anos. O histopatológico é o granuloma não caseoso, que nos pulmões usualmente fica confinado ao compartimento intersticial, com predileção pelos campos superiores e médios, e de distribuição perilinfática, podendo acometer bainhas broncovasculares, septos interlobulares e superfície pleural. Na TC de tórax os granulomas podem produzir 3 padrões: nódulos, espessamento irregular do feixe broncovascular ou compartimentos intersticiais e vidro fosco. Quando sintomáticos, apresentam tosse e dispnéia aos esforços. Pode haver envolvimento de vários órgãos e sistemas, como coração, olhos ou sistema nervoso, adotando-se corticoterapia e/ou terapia imunossupressora. **Relato de caso:** Paciente masculino, 44 anos, admitido no serviço de Pneumologia devido à queixa de dor torácica ventilatório-dependente há 10 meses. Tratamento prévio para pneumonia sem melhora. Após 2 meses iniciou dispnéia a moderados esforços. Em nosso serviço, submetido à angiotomografia de tórax que evidenciou opacidade de aspecto multicístico no lobo inferior direito nutrida por ramo celiaco e com drenagem para veia pulmonar inferior, caracterizando SP intralobar. Visualizados também nódulos perilinfáticos e linfonodomegalias hilares bilaterais e mediastinais, sugestivos de sarcoidose. Submetido à broncoscopia com biópsia transbrônquica, que evidenciou processo granulomatoso sem necrose caseosa. Pesquisas para BAAR e fungos na biópsia negativos. PET-CT revelou atividade de doença com opacidades peribroncovasculares com maior SUV 7,9. Iniciada corticoterapia com melhora dos sintomas, e paciente aguarda tratamento cirúrgico do SP. **Discussão:** A etiologia da sarcoidose permanece desconhecida, mas a patogênese apresenta como gatilhos a exposição ambiental e ocupacional em indivíduos geneticamente susceptíveis. Essa combinação aciona a ativação de componentes do sistema imunológico que resulta na formação de granulomas não caseosos, que podem ser auto-limitados e envolver espontaneamente, ou persistir com inflamação crônica e fibrose. Apenas um caso semelhante foi descrito na literatura em 1997 e ainda não há explicação para tal associação. Aventa-se a possibilidade que o SP intralobar adquirido resulte de uma sequência de eventos, que incluiria obstrução brônquica, pneumonia, pleurite local e parada de crescimento de artérias no ligamento pulmonar. Esta seria uma possível explicação para esta inusitada associação entre sarcoidose e SP, mas até o momento não há como ter certeza disso.

AP489 PREDITORES DE INCAPACIDADE DE DEAMBULAÇÃO AO FINAL DA INTERNAÇÃO EM INDIVÍDUOS COM NEUROTOXOPLASMOSE

VIVIANE ASSUNÇÃO GUIMARÃES¹; ISABELLA RIBEIRO ARAUJO²; ANE CAROLLINE GONZAGA FERREIRA²

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO; 2. HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DR. ANUAR AUAD, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Toxoplasmose cerebral; hiv; limitação da mobilidade

Introdução: A Neurotoxoplasmose (NTX) é uma das principais doenças oportunistas em portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. Lesões cerebrais expansivas com efeito de massa podem gerar sequelas neurológicas que

comprometem a funcionalidade e a realização das atividades da vida diária. Podem ocorrer febre, cefaleia intensa, convulsões, alteração do nível de consciência, alucinações, distúrbios da fala e desordens de movimento. Alterações sensorio-motoras e desequilíbrio postural afetam a deambulação. É possível prevenir incapacidades adquiridas no hospital atuando nos fatores de risco modificáveis. Logo, identificar preditores para a piora da mobilidade pode prevenir ou recuperar esses déficits através da fisioterapia.

Objetivo: Verificar preditores para incapacidade de deambulação ao final da internação hospitalar. **Métodos:** Este estudo foi observacional analítico e transversal. Foi realizada revisão de prontuários eletrônicos de pacientes com diagnóstico de HIV e NTX em tratamento clínico entre janeiro de 2015 e janeiro de 2017 em um hospital de referência em infectologia no Estado de Goiás. Após a triagem dos pacientes, foi realizado o preenchimento de uma ficha de avaliação elaborada pelos pesquisadores, contendo dados clínicos e de caracterização da amostra. Para a determinação dos preditores de incapacidade de deambulação, foi realizado o teste de Regressão Logística Binária. Variáveis clínicas e demográficas consideradas como fatores de exposição e influenciadoras da capacidade de deambular ao final da internação hospitalar (avaliada por escala validada por Callen et al. (2004)) foram incluídas no teste. As variáveis foram: sexo, idade, se tabagista, etilista ou usuário de drogas ilícitas, níveis de CD4 e carga viral, uso de terapia antiretroviral, não deambular na admissão, tempo de internação hospitalar, se houve reinternações e quantas, se foi incluído como paliativo, uso de ventilação mecânica invasiva (VMI). Foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0 e considerou-se 5% de significância estatística. **Resultados:** Um total de 161 pacientes foram diagnosticados e tratados para NTX. A idade dos pacientes apresentou mediana de 39 anos e intervalo interquartil de 33 - 46,5 anos e 99 (61,5%) eram do sexo masculino. Os preditores identificados foram: uso de VMI ($p < 0,001$), inclusão no programa de cuidados paliativos ($p = 0,005$) e não deambular na admissão ($p < 0,001$). Observa-se que as variáveis "não deambular na admissão" e "uso de VMI na internação" foram consideradas altamente preditoras por terem valor de $p < 0,001$. **Conclusão:** Os preditores para a incapacidade de deambulação ao final da internação foram a necessidade de VMI, inclusão no programa de cuidados paliativos e não deambular na admissão. Esses fatores de risco podem ser utilizados para orientar a equipe de reabilitação e prevenir a perda funcional desses pacientes.

AP490 AMILOIDOSE PULMONAR NODULAR EM PACIENTE ASSINTOMÁTICA: UM RELATO DE CASO

BRUNA POLICENA OLIVEIRA; ALEX BESSA; ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA; ANDRE GUIMARÃES DE PAULA; PEDRO HENRIQUE CAVALCANTI GARCIA DE CASTRO; ISABELLA REIS MARIANO; ROSELIANE DE SOUZA ARAÚJO; ANNA CAROLINA GALVÃO FERREIRA

PUC-GO, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Amiloidose pulmonar; nodular; achado radiológico

Introdução: Amiloidose é uma doença infrequente, caracterizada por deposição extracelular de amiloide (material fibrilar, proteico, linear, sem ramificação) em qualquer órgão ou tecido. Classifica-se como localizada/sistêmica e primária/secundária. A forma pulmonar isolada é rara e aparece frequentemente como achado radiológico incidental. No aparelho respiratório pode se instalar sob as formas: traqueobrônquica, nodular pulmonar e parenquimatosa difusa. **Relato de caso:** S. D. E. S. A, 45

anos, sexo feminino, não fumante, assintomática, em pré-operatório para cirurgia estética com achado radiográfico de múltiplos nódulos pulmonares, encaminhada para investigação por suspeita de neoplasia metastática. Submetida à biópsia cirúrgica por videotoracotomia, diagnosticada com Amiloidose Pulmonar Nodular. Seguiu-se a avaliação com tomografia de crânio, abdome e avaliação cardíaca na procura de acometimento sistêmico, além do perfil reumatológico e screening para mieloma múltiplo (frequentemente associado à forma difusa sistêmica), todos negativos, portanto, diagnosticada amiloidose pulmonar nodular forma isolada. Faz-se controle tomográfico mostrando nódulos pulmonares estáveis, sem progressão com calcificação e sem queixas até o momento. **Discussão:** Amiloidose é uma doença rara, que consiste na deposição extracelular de material amiloide em qualquer órgão/tecido. Classificada como localizada – acometimento de um único órgão – ou sistêmica – acometimento de múltiplos órgãos. Etiologicamente, em primária ou secundária. Para isto, leva-se em consideração a proteína precursora (letra A, amiloide, seguida de um sufixo correspondente à proteína fibrilar precursora), assim: proteína amiloide de cadeia leve (AL) corresponde à doença primária; proteína amiloide sérica A (AA) sendo a forma secundária. Amiloidose pulmonar isolada corresponde às formas: traqueobrônquica, nodular pulmonar e parenquimatosa difusa. Na amiloidose pulmonar nodular o acometimento é localizado, com presença de um ou mais nódulos ou massas intrapulmonares. Frequentemente é assintomática, sendo a detecção desses nódulos um achado radiológico. Radiologicamente, são nódulos únicos ou múltiplos, bem definidos, não uniformes em tamanho, maior acometimento em lobos inferiores, com presença de calcificação (central ou padrão irregular dentro do nódulo). Mimetiza outras doenças: neoplasias primárias ou metastáticas, doenças granulomatosas (tuberculose ou sarcoidose), silicose ou hamartomas. Diagnóstico histopatológico é feito através do encontro de amiloide pelo método de coloração vermelho congo. Confirmação histológica através da biópsia cirúrgica é importante no diagnóstico diferencial com doenças graves que se apresentam na forma de nódulos pulmonares. Se doença estável, a terapêutica consiste no acompanhamento clínico e radiológico. Há casos com a ressecção cirúrgica e ablação a laser, sendo controversa, devida recidiva. Investigação completa é necessária pela elevada mortalidade na forma cardíaca.

AP491 TRANSTORNO FACTÍCIO (SÍNDROME DE MUNCHAUSEN) COMO CAUSA DE PNEUMOMEDIASTINOS DE REPETIÇÃO

JULIANE PENALVA COSTA SERRA; LORENA COLARES MARANHÃO; ALEXANDRE FRANCO AMARAL; FELIPE MARQUES DA COSTA; RAFAEL RODRIGUES DE MIRANDA; FÁBIO ELJI ARIMURA; BRUNO GUEDES BALDI; RONALDO ADIB KAIRALLA
INCOR - FMUSP, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Pneumomediastino; pneumotórax; síndrome münchhausen

Introdução: Pneumomediastino é definido pela presença de ar no espaço mediastinal, podendo originar-se do pulmão, de vias aéreas, esôfago, pescoço ou cavidade abdominal. **Relato do Caso:** Paciente de 24 anos, sexo feminino, estudante de enfermagem, com antecedente de Síndrome de Sjögren Primária, admitida para investigação diagnóstica, com história de 2 anos de dispneia progressiva aos esforços (mMRC3), associada a quatro eventos de intubação orotraqueal por curtos períodos. Evoluiu com episódios recorrentes de enfisema subcutâneo, seguidos por múltiplos pneumotóraces e pneumomediastinos de

repetição, sem relação com os períodos de ventilação mecânica, trauma ou ciclo menstrual. Ao exame físico, apresentava livedo reticular, sem alterações nos demais sistemas, e chamava à atenção o fato de usar oxigênio domiciliar, mesmo na ausência de hipoxemia (SatO₂ 96% em ar ambiente). Tomografia de tórax mostrava dissecação do feixe broncovascular com extensão para regiões cervical, epidural e subcutânea, com grande quantidade de ar em região retro-mamária bilateralmente, sem pneumotórax associado. Submetida a extensa investigação diagnóstica, incluindo três broncoscopias, sem evidência de alterações que justificassem o quadro. Três meses antes, permanecera internada para investigação de hipoglicemia sintomática recorrente, sem causa evidente, com perfil laboratorial sugestivo de administração exógena de insulina. Foi avaliada pela equipe psiquiatria e recebeu diagnóstico de transtorno factício. **Discussão:** O pneumomediastino pode ser classificado em secundário, quando relacionado a eventos específicos, como perfurações esofágicas, lacerações traqueobrônquicas e infecções; ou espontâneo, condição incomum, ocasionado por aumento súbito de pressão intratorácica, como manobras de Valsalva. O pneumomediastino autoinfligido é raro, com escassos relatos na literatura. O Transtorno Factício (ou “síndrome de Munchausen”) foi descrito pela primeira vez em 1951 e consiste na produção intencional de sinais e sintomas físicos ou psicológicos, sem contrapartida evidente. Sua patogênese é incerta e a história de trauma psicológico é frequente. O diagnóstico é desafiador e leva a um grande impacto nos serviços de saúde. Os pacientes têm experiência ou contato com a área de saúde, além de traços de personalidade antissocial. Apresentam-se com admissões em diferentes serviços de saúde, procedimentos cirúrgicos, sintomas acometendo diferentes sistemas como dor abdominal, hemorragias, sintomas neurológicos, lesões em pele, enfisema de subcutâneo, pneumotórax e insuficiência respiratória. O tratamento baseia-se em psicoterapia e medidas de suporte físico, psicológico e social. Nosso caso ressalta a importância de inclusão da síndrome como etiologia potencial em casos de pneumomediastino, especialmente através do reconhecimento dos fatores de risco e da ausência de explicação plausível para o diagnóstico após investigação apropriada.

AP492 HEMORRAGIA ALVEOLAR APÓS INJEÇÃO

PARENTERAL DE SILICONE INDUSTRIAL: RELATO DE CASO
LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; RODOLFO FURTADO DIAS RODRIGUES; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA

HGG, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Hemorragia; alveolar; silicone

Introdução: A prática generalizada e clandestina de uso injeção de silicone líquido industrial dentro da comunidade transexual em todo o mundo tem produzido uma variedade de reações graves envolvendo os pulmões, dentre elas, lesão pulmonar em razão de embolização, hemorragia alveolar, pneumonite e síndrome do desconforto respiratório agudo.

Relato do Caso: Paciente 21 anos, transexual e profissional do sexo. Tabagista e usuário de drogas ilícitas. Em uso de anticoncepcional dose alta diariamente há 3 anos. Sem antecedentes pulmonares e sem sintomas respiratórios prévios. Referiu injeção de silicone industrial/1000, de forma parenteral, em região de glúteo, coxas e panturrilhas, em clínica clandestina. Permaneceu em imobilização (restrito ao leito) por cerca de 5 dias subsequentes e, em seguida, ao

se levantar do leito, apresentou episódio de dispneia súbita, dor torácica difusa, em pontada, de forte intensidade, contudo quadro cessou espontaneamente. No dia seguinte, referiu novo episódio de dispneia, dor torácica difusa e hemoptise de pequena quantidade. Por isso, procurou atendimento médico de urgência sendo referenciado para o Hospital Geral de Goiânia. Ao exame físico apresentava taquidispneia, taquicardia e hipoxemia com necessidade de suplementação de O₂ por cânula nasal (CN). Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em 1/3 inferiores bilateralmente e Saturação periférica de O₂ 93% sob CN 3 litros por minuto. Sem alterações em demais sistemas. Hemograma com 9 de hemoglobina. Realizado Angiotomografia de tórax, a qual excluiu tromboembolismo pulmonar e evidenciou infiltrado alveolar difuso, sobretudo, em regiões inferiores bilateralmente. Confirmado hipótese diagnóstica de Hemorragia alveolar após injeção de silicone industrial. Paciente fez uso de suplementação de O₂ e corticoterapia por 5 dias. Não necessitou de ventilação mecânica. Evoluiu com melhora clínica e radiológica importante. Recebeu alta hospitalar sem hemoptise e respirando em ar ambiente. **Discussão:** A lesão pulmonar vista em alguns indivíduos que receberam injeções de silicone parece ser desencadeada por embolia pulmonar. A embolia pode estar relacionada à alta pressão promovida por injeção de grandes quantidades do produto, massagem local para acomodação do conteúdo, migração regional ou injeção intravascular direta. A pneumonite aguda consiste de reação inflamatória ao silicone levando a hemorragia e edema alveolar. Os sinais/sintomas aparecem 24 a 72 horas após injeção do silicone. O diagnóstico, se necessário, pode ser comprovado com lavado broncoalveolar que demonstra número aumentado de macrófagos alveolares, neutrófilos e eosinófilos, além de inclusões globulares de silicone no interior de macrófagos. A imagem radiológica mais característica é o infiltrado alveolar bilateral com áreas de condensação e opacidades em vidro-fosco. O tratamento consiste em oferta de O₂ suplementar, e se necessário suporte de ventilação mecânica. A mortalidade pode chegar a 24%.

AP493 PREDITORES DE PIORA DA MOBILIDADE AO FINAL DA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

VIVIANE ASSUNÇÃO GUIMARÃES¹; ANE CAROLINE GONZAGA FERREIRA²; ISABELLA RIBEIRO ARAUJO²

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO; 2. HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DR. ANUAR AUAD, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Fatores de risco; limitação da mobilidade; hospitalização

Introdução: As doenças infectocontagiosas podem gerar complicações motoras e funcionais, prejudicando a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Observa-se também que a própria internação hospitalar é uma importante causa de declínio funcional. A fisioterapia visa preservar e restaurar a integralidade de órgãos e funções, manter a amplitude de movimento, ganhar força muscular, treinar trocas posturais e marcha, exercícios aeróbios e melhorar a expansibilidade torácica de indivíduos hospitalizados.

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes em um hospital de doenças infectocontagiosas no estado de Goiás, avaliar seus níveis de mobilidade e identificar preditores de piora motora ao final da internação. **Métodos:** Estudo analítico, longitudinal e retrospectivo, realizado através da revisão de prontuário eletrônico de pacientes internados em 2016 e que necessitaram de fisioterapia.

Foram coletadas variáveis socioeconômicas (idade, sexo, moradia, escolaridade e ocupação) e clínicas (tempo de internação, número de internações prévias, desfecho da internação, nível de mobilidade na admissão e no desfecho (escala validada por Callen et al. (2004)), tipo de ventilação na admissão e no desfecho, uso de ventilação mecânica (VM), portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV), internação por doença infectocontagiosa, doenças oportunistas e complicações hospitalares). Foi realizada análise estatística descritiva e regressão logística binária para determinar os preditores de piora da mobilidade ao final da internação. Foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0 e considerou-se 5% de significância estatística. **Resultados:** Amostra composta por 638 pacientes com mediana de idade de 42 anos, prevalência do sexo masculino (66,6%) e oriundos de zona urbana (92,2%). Dentre os pacientes, 50,8% eram portadores de HIV e 37,1% apresentavam doenças oportunistas. O tempo de internação teve mediana de 14 dias, 35,4% dos pacientes necessitaram de VM em algum momento da hospitalização e, dentre estes, o tempo médio de VM foi de 10,3 dias. Comparando a mobilidade no início da internação e no desfecho, 50,6% melhoraram, 29% mantiveram e 20,4% pioraram pelo menos um nível de dependência. Assim, foram encontrados cinco fatores de risco independentes para piora da mobilidade ao final da internação: idade, número de internações prévias, uso de ventilação mecânica, ser portador do HIV e presença de doenças oportunistas. **Conclusões:** A literatura é escassa em estudos sobre preditores de piora da mobilidade em pacientes internados, principalmente no perfil de doenças infectocontagiosas. Portanto, considera-se importante este tipo de estudo para que os profissionais de saúde, principalmente fisioterapeutas, possam conhecer os fatores de risco para esse desfecho e, assim, intervir precocemente e de forma mais pontual para evitar a piora motora e funcional dos pacientes durante a internação.

AP494 APLICAÇÃO DA PUNÇÃO TRANSTORÁCICA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA DE LESÕES PULMONARES ADJACENTES À PAREDE TORÁCICA

ANNA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA¹; LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS¹; LUANA FORTES FARIA¹; MARCOS AURÉLIO REBELLO DA SILVA¹; THIAGO THOMAS MAFORT¹; CLAUDIA HENRIQUE COSTA¹; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Puncao transtoracica; biopsia; ultrassonografia

Introdução: Durante muito tempo a ultrassonografia torácica (UST) foi pouco utilizada acreditando-se que o exame tinha valor limitado devido à interposição de gás do pulmão. No entanto, muitos estudos têm demonstrado sua utilidade. Esse método avançou nas últimas décadas, sendo uma ferramenta não-invasiva e de aplicação relativamente simples para a avaliação de doenças do parênquima pulmonar periférico, parede torácica, pleura e mediastino. Em nosso serviço, realizamos o exame como rotina para avaliação de derrames pleurais e para auxiliar toracocenteses e biópsias de pleura. Recentemente estamos utilizando a UST também como método auxiliar para punções de lesões adjacentes à parede torácica.

Objetivos: Descrever os resultados iniciais das punções / biópsias transtorácicas guiadas por UST no Serviço de Pneumologia e Tisiologia do hospital universitário Pedro Ernesto / UERJ. **Métodos:** Realizada ultrassonografia de 8 pacientes com lesões pulmonares suspeitas de malignidade, localizadas adjacentes à parede torácica. O método permitiu delimitação precisa das lesões e foi utilizado como guia para

realização de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou punção biópsia com agulha de Tru-cut. O material obtido foi encaminhado para análise citopatológica ou histopatológica. Os procedimentos foram realizados sob efeito de anestesia local e não houve complicações documentadas durante e após a abordagem. **Resultados:** Três pacientes eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com idade entre 32 e 81 anos. Os principais sintomas relatados foram dor torácica, emagrecimento, dispneia e tosse. A maioria dos pacientes (6) era tabagista. Todos apresentavam lesão (massa ou lesão cística) pulmonar adjacentes à parede torácica. A PAAF guiada por ultrassonografia de dois pacientes masculinos evidenciou positividade para carcinoma de células escamosas. Um paciente masculino obteve resultado positivo para adenocarcinoma. O resultado de duas mulheres foi compatível com quadro citomorfológico de adenocarcinoma, e o resultado de uma paciente foi compatível com leiomioma benigno. Os resultados de duas mulheres inconclusivos. **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. A principal limitação do método é estar limitado às lesões adjacentes à parede torácica.

AP495 DERRAME PLEURAL QUILOSO E LESÕES LÍTICAS ÓSSEAS: UM RELATO DE CASO DA DOENÇA DE GORHAM-STOUT

TOMAS NERI BEDER; PHILIPPE DE F. B. COLARES; DANIEL BRUNO TAKIZAWA; MARTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA; BRUNO GUEDES BALDI; RONALDO ADIB KAIRALLA
 DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO,
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP

Palavras-chave: Doença de gorham-stout; derrame pleural; quilotórax

Introdução: A Doença de Gorham Stout, também conhecida como “doença do osso fantasma”, é uma afecção rara caracterizada pela proliferação anormal de capilares linfáticos no tecido ósseo, resultando em destruição progressiva da matriz óssea. O crescimento descontrolado de estruturas vasculares pode levar ao acometimento de tecidos moles, causando complicações potencialmente graves, tais como derrame pericárdico e quilotórax. A baixa prevalência traz dificuldade na padronização de estratégias de tratamento, com radioterapia, sirolimo, interferon-alfa, transplante pulmonar, entre outros, sendo empregados em relatos diversos. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 18 anos, com antecedente de linfedema crônico em membro inferior direito diagnosticado aos 9 anos, admitida para investigação de derrame pleural recidivante. Dois anos antes, iniciou quadro de dispnéia progressiva, associada a tosse seca e perda de peso (cerca de 05 kg), com internação em serviço externo, onde realizou radiografia de tórax que mostrava derrame pleural volumoso em HTD, sendo submetida a toracocentese com saída de líquido de aspecto leitoso, compatível com quilotórax. Linfocintilografia evidenciava visualização do radiotraçador em projeção de hemitórax esquerdo. Apesar de tratamento clínico com dieta hipolipídica, apresentou recidiva do derrame com necessidade de toracocenteses de repetição, sendo então submetida, ainda em serviço externo, a ligadura do ducto torácico e biópsia de conglomerado linfonodal mediastinal,

com histopatológico compatível com linfangioma cístico. Apesar da ligadura, ainda apresentava piora progressiva do derrame pleural bilateral, sendo encaminhada ao nosso serviço. Neste momento, realizada tomografia de tórax que evidenciou a presença de diversas lesões líticas em esterno, coluna vertebral e arcos costais, além de lesões císticas esplênicas, com radiografia de ossos longos mostrando lesões líticas em fêmur. Diante dos achados e quadro descrito, realizado diagnóstico de Doença de Gorham-Stout e optado pelo início de sirolimo (2 mg/dia). Apesar da boa tolerância inicial, passou a apresentar quadro de infecções de repetição e refratariedade do derrame pleural após o primeiro mês, com necessidade de drenagem bilateral, de longa permanência devido a débito importante. Diante de condição clínica deteriorada, com síndrome consumptiva instalada e episódios sépticos recorrentes, além dos prováveis efeitos adversos das estratégias propostas, foi optado por cuidados paliativos exclusivos, recebendo alta para seguimento ambulatorial. **Discussão:** O caso acima relatou uma paciente com diagnóstico de Doença de Gorham-Stout, diagnosticada já dentro do contexto de uma de suas complicações mais sérias, o quilotórax. A doença, rara, de prognóstico reservado e de fisiopatologia ainda pouco compreendida, tem seu tratamento baseado em relatos de caso, evidenciando a necessidade de novos estudos na elucidação de seus mecanismos e definição de estratégias de manejo.

AP496 HIPERPLASIA DIFUSA DE CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS PULMONARES IDIOPÁTICA (DIPNECH)

MONIQUE RIBAS SCHERER; LEANDRO GENEHR FRITSCHER; TIAGO KRIEGER BENTO MARTINS
 PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Hiperplasia; neuroendócrinas; dipnech

Introdução: A asma é uma doença muito prevalente, que cursa dispnéia intermitente, tosse e sibilância. Apesar de serem característicos dessa patologia, são inespecíficos, o que dificulta a distinção entre asma e outras doenças respiratórias. A doença alivia com a remoção de fatores desencadeantes e/ou com tratamento específico. Quando ocorrem falhas terapêuticas, diagnósticos diferenciais devem ser considerados. **Relato de caso:** Paciente de 62 anos, feminina. Queixa principal: Tosse e dispneia. Início do quadro em 1991, quando apresentou tosse e episódios de broncoespasmo. Ao longo dos anos, manteve tosse persistente e piora progressiva da função pulmonar, apesar de inúmeros tratamentos com medicações inalatórias. Espirometrias mostraram Distúrbio Ventilatório Obstrutivo leve inicialmente, que progrediu para Distúrbio Ventilatório Obstrutivo moderado, sem melhora com broncodilatador. Em 2016, após sucessivas falhas terapêuticas, foi realizada uma Tomografia Computadorizada de Tórax em que foi observado inúmeros pequenos nódulos parenquimatosos pulmonares bilaterais e esparsos, comprometendo principalmente o interstício peribroncovascular em íntima relação com a árvore brônquica segmentar e subsegmentar; com extenso aprisionamento aéreo segmentar a jusante das lesões nodulares citadas. Realizada biópsia pulmonar cujo resultado mostrou a presença de Tumor Neuroendócrino grau 1 (NET grau 1 ou tumor carcinóide) múltiplo, em paredes bronquiolares e parênquima adjacente, produzindo bronchiolectasias com retenção de secreção. **Discussão:** A hiperplasia difusa de células neuroendócrinas pulmonares idiopática (DIPNECH) é uma patologia rara e de curso lentamente progressivo. Definida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma lesão pré maligna, é caracterizada por uma “proliferação generalizada de

células isoladas dispersas, de pequenos nódulos -corpos neuroendócrinos- ou uma proliferação linear de células neuroendócrinas pulmonares que podem estar confinadas ao epitélio brônquico e bronquiolar ou progredindo para formação de tumores carcinóides ou “tumourlets”. “ A DIPNECH pode ocorrer em qualquer idade, mas tipicamente manifesta-se entre 50 e 60 anos, é mais comum em mulheres, não fumantes. Muitos pacientes são assintomáticos ou apresentam quadro de dispnéia e tosse seca, de progressão lenta, que muitas vezes é diagnosticado como asma brônquica. O exame físico geralmente é normal, podendo ocorrer alterações em testes de função pulmonar, que revelam padrão misto obstrutivo e restritivo com capacidade de difusão reduzida. Como a DIPNECH é caracterizada pela proliferação celular na parede brônquica, os sinais tomográficos são semelhantes aos de doenças associadas às vias aéreas, e incluem espessamento da parede brônquica, bronquiectasias leves, sendo o mosaicismo a característica mais sugestiva dessa patologia. As lesões são quase sempre bilaterais e uniformes. Radiografia de tórax geralmente é normal.

AP497 PROTEINOSE ALVEOLAR AUTO-IMUNE: RELATO DE CASO

NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; MIGUEL ANGEL CORRALES COUTINHO

HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - HGG, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Proteinose; auto-imune; lavagem

Introdução: A proteinose alveolar é uma rara doença, caracterizada pelo acúmulo de surfactante nos alvéolos pulmonares, secundária à menor capacidade dos macrófagos em degradá-lo., interferindo nas trocas gasosas. Prevalência estimada em 0,37 casos por 100.000 pessoas. **Relato de caso:** R. F. S., 24 anos, sexo feminino, previamente hígida, sem história exposicional relevante. Em maio/2017 iniciou tosse produtiva (escarro mucóide e viscoso) e dispnéia progressiva. Procurou assistência médica em setembro/2017, internada por 27 dias, realizado broncoscopia com culturas negativas, biópsia transbronquial e feito uso de antibióticos. Transferida ao Hospital Geral de Goiânia (HGG) em outubro/2017 e em discussão multidisciplinar, após revisão de história clínica, exames tomográficos e de lâmina de biópsia concluiu-se tratar de um caso de proteinose alveolar autoimune. Paciente encontrava-se em leito de UTI com dispnéia e hipoxemia para idade, em uso de suplementação de oxigênio em máscara a 6 L/min. Submetida a primeira lavagem pulmonar em outubro/2017 em pulmão esquerdo (11L), procedimento este inédito no HGG e que contou com a colaboração da cirurgia torácica, pneumologia e anestesiologia. Após este procedimento houve importante melhora da dispnéia, modificado suplementação para cânula nasal a 1L/min. Logo os sintomas respiratórios retornaram sendo necessário a segunda lavagem em novembro/2017 em pulmão direito (13.5L), recebendo alta hospitalar após. Por retorno dos sintomas após 30 dias foi novamente internada e realizada a terceira e última lavagem em dezembro/2017 em pulmão esquerdo (13L) recebendo alta hospitalar com prescrição de oxigenioterapia domiciliar e retornos ambulatoriais quinzenal. Em último retorno (março/2018) paciente encontra-se assintomática, com discreta hipoxemia, suspenso suplementação de oxigênio e mantido observação rigorosa do quadro clínico. **Discussão:** A proteinose alveolar possui três formas: autoimune, secundária e genética. A forma autoimune é a mais comum (90% dos casos). O principal

sintoma é dispnéia insidiosa e progressiva. Na tomografia computadorizada de alta resolução evidencia-se opacidades difusas em vidro fosco com espessamento septal (padrão de pavimentação em mosaico), que é característico, mas não específico de proteinose alveolar. O diagnóstico geralmente é confirmado pela broncoscopia. O lavado broncoalveolar apresenta aspecto leitoso com sedimento após repouso. A biópsia transbronquial é definitiva, com histologia demonstrando alvéolos bem preservados, preenchidos com material eosinofílico e corados por ácido periódico de Schiff. A lavagem pulmonar é o tratamento, realizado sob anestesia geral com uso de um tubo traqueal de dupla luz, mantendo-se um pulmão ventilado, enquanto se enche e se esvazia repetidamente o outro pulmão com soro fisiológico aquecido, com volume chegando a 20 litros cada lavagem. Procedimento este que não é isento de efeitos adversos e deve ser feito por equipe bem treinada.

AP498 ACOMETIMENTO PULMONAR EM DOENÇA DE NIEMANN-PICK TIPO B – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

RICARDO SIUFI MAGALHÃES; ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR; RAQUEL BALDINI CAMPOS; RONALDO FERREIRA MACEDO; MAURICIO WESLEY PERROUD; LAIR ZAMBON; ARISTOTELES SOUZA BARBEIRO; MÔNICA CORSO PEREIRA
UNICAMP, CAMPINAS, SP.

Palavras-chave: Doença de niemann pick tipo b; pavimentação em mosaico; esfingomielinase ácida

Introdução: A doença de Niemann-Pick (DNP) é uma doença rara, hereditária e de caráter autossômico recessivo, caracterizada pela deficiência de esfingomielinase ácida, que determina o acúmulo de esfingomielina nos tecidos do sistema reticuloendotelial. Os sintomas devem-se ao acúmulo de macrófagos repletos de lipídios e vacuolizados (Células de Niemann-Pick) em vários órgãos, como fígado, baço, medula óssea (MO), pulmão e SNC. É classificada em seis subtipos, de A a F, a depender dos órgãos afetados e do curso clínico. O subtipo B é mais leve que o tipo A e a deficiência enzimática determina comprometimento visceral crônico, caracterizado por hepatoesplenomegalia, envolvimento pulmonar e de MO, sem déficit neurológico significativo. Pode se associar com baixa estatura e osteoporose. A concomitância de hepatoesplenomegalia associada a achados característicos na TC de alta resolução (TCAR) de tórax [espessamento de septos interlobulares, opacidades em vidro fosco e padrão de pavimentação em mosaico (“crazy paving”)] apontam a DNP como provável diagnóstico. Embora o diagnóstico presuntivo possa ser feito com dados clínico-radiológicos, os estudos laboratoriais - dosagem da atividade da esfingomielinase em leucócitos periféricos e cultura com células de fibroblastos ou biópsia de MO demonstrando a presença de acúmulo de macrófagos preenchidos por lipídios (histiócitos azul-marinho) - são definitivos para o diagnóstico.

Relato de caso: 18 anos, masculino, em seguimento com pneumopediatria desde os 10 anos de idade, não tabagista, admitido por Raio x de tórax com infiltrado reticular bilateral e simétrico, assintomático. Pfp, ecocardiograma e tc6’ sem alterações. Diagnóstico de DNP tipo B em 2002 por hepatoesplenomegalia associada à deficiência de esfingomielinase ácida (0,19 nmol/h/mg VR 0,74-4,91), mielograma com células escamosas de citoplasma excêntrico frequentes e biópsia hepática sugestivos de DNP tipo B. TCAR de tórax evidenciou espessamento de septos interlobulares com vidro fosco e padrão de pavimentação em mosaico. **Discussão:** O acometimento pulmonar na DNP tipo B é tardio, sendo precedido por sinais e sintomas relacionados a outros órgãos. As manifestações clínicas são

de curso lento e podem levar a insuficiência respiratória, hipertensão pulmonar e infecções de repetição. A baixa acurácia do Rx de tórax para avaliação de doença intersticial foram superados pela TCAR, que confirma o acometimento pulmonar pela DNP e define sua extensão. Os achados não são exclusivos da DNP e podem ser observados na proteinose alveolar, adenocarcinoma predominantemente lepidico, sarcoidose, pneumocistose e pneumonia lipóide.

Conclusão: O padrão tomográfico predominante em pacientes com DNP tipo B inclui espessamento de septos interlobulares, opacidades em vidro fosco e padrão de pavimentação em mosaico. Estes achados, sobretudo espessamento septal nos lobos inferiores associado à hepatoesplenomegalia, principalmente em pacientes jovens, deve levantar a suspeita de DNP tipo B.

AP499 SÍNDROME DE LOEFFLER – RELATO DE CASO

ENARRA NASCIMENTO BORGES¹; ELZA MARIA REZENDE DE ALMEIDA¹; AMANDA CASAGRANDE DIAS²; THAKACKI CÉSAR DE OLIVEIRA SARAIVA²; WANDA PEREIRA GÓES DOS SANTOS²
1. HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. ALBERTO LIMA, AMAPÁ, AP; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, MACAPÁ, AP.

Palavras-chave: Síndrome loeffler; pneumonia eosinofílica; doenças parasitárias

Introdução: As infecções por parasitas intestinais representam um problema de saúde pública mundial, com alta prevalência em nosso país. A Síndrome de Loeffler é o comprometimento do trato respiratório associada a eosinofilia e alteração radiológica, causada por infecção parasitária. Essa pode ter o diagnóstico facilmente confundido com pneumonia adquirida na comunidade. A Síndrome constitui uma das causas de pneumonia eosinofílica, e por se tratar de uma situação clínica menos usual, geralmente é pouco cogitada no diagnóstico diferencial, impossibilitando diagnóstico e terapêutica precoce. **Relato de caso:** MMA, sexo masculino, 26 anos, amapaense, solteiro, tecnólogo em construção de edifícios, apresentou-se no dia 09/05/18 na Policlínica da Polícia Militar do Amapá (PMAP) para submeter-se à inspeção de saúde para fins de ingresso para o curso de soldado, avaliado inicialmente pela Junta Médica que dentre os exames apresentados, notou-se na radiografia de tórax em PA e perfil (realizado em 27/04/18), consolidação com broncograma aéreo no segmento posterior de lobo superior direito. Foi encaminhado ao pneumologista que o avaliou no mesmo dia, e ao ser questionado sobre sintomas, relatou dor de leve intensidade no hemitórax direito e um episódio febril não aferido no dia anterior à realização da radiografia. Negou tabagismo, referiu etilismo social, avô paterno apresentou tuberculose pulmonar em 2007. Mora em casa de madeira, faz uso de água não filtrada. Ao exame físico: consciente e orientado, normocorado, eupneico, ausculta cardiopulmonar normal. Nos exames laboratoriais apresentados confirmou a presença de Entamoeba histolytica no exame de fezes e eosinofilia no sangue periférico. Indagado sobre uso de anti-helmíntico, relatou nunca ter feito uso, sendo então prescrito nitazoxanida 500mg de 12 em 12 horas por três dias. Solicitado 2 amostras de BAAR e PCR-TB no escarro, negativos. Aventada a possibilidade de Síndrome de Loeffler, foi solicitada a repetição do Rx de tórax em PA e perfil após o uso antiparasitário, cujo resultado foi normal. **Discussão:** O presente relato demonstra um caso oligossintomático de Síndrome de Loeffler, no qual o diferencial está na suspeição clínica, sabendo-se que as infiltrações pulmonares são migratórias. Antes de partir para outros exames mais complexos, a resposta terapêutica associada a repetição da radiografia de tórax confirmou a suspeita. Desta forma dois preceitos clínicos foram mantidos: a utilização do método

diagnóstico mais barato e menos invasivo e a não utilização de antibiótico de maneira irracional, induzindo à resistência bacteriana, sendo este um grave problema da medicina atual. **Referências:** 1. KAHN JE, BLÉTRY O, GUILLEVIN L. Hypereosinophilic syndromes. Best Pract Res Clin Rheumatol 2008;22(5): 863-82. 2. COTTIN, V. Eosinophilic Lung Diseases. Clin. Chest Med. , Filadélfia, v. 37, n. 3, p. 535-556, set. 2016.

AP500 SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDADE À DAPSONA: RELATO DE CASO

MURILO BRENO MIRANDA TEIXEIRA¹; THIAGO RIBEIRO DA SILVA¹; PATRICK JOANER LOBO TRIARCA¹; PAULO HENRIQUE DE GOES GOMES¹; LARISSA TIZIANE DE ALMEIDA PEREIRA²; ANAELZE SIQUEIRA TAVARES TOJAL²; ALINA KARIME AUSTREGESIL DE ATHAYDE FERREIRA TEIXEIRA²; MARIA LUIZA DORIA ALMEIDA²
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO, SE; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE.

Palavras-chave: Dapsona; pneumonia por hipersensibilidade; relato de caso

Introdução: A dapsona é utilizada para o tratamento de doenças não infecciosas de pele, infecções fúngicas e bacterianas. Um dos seus efeitos colaterais é a Síndrome de Hipersensibilidade à Dapsona (SHD), doença rara que ocorre entre a quarta e sexta semana do uso da droga. A SHD se caracteriza por febre, rash cutâneo, anemia hemolítica, linfocitose e hepatite. Pode afetar tireoide, rins, cérebro e pulmão. O envolvimento do pulmão é pouco descrito, sendo relacionado ao aparecimento de pneumonia eosinofílica. A fisiopatologia da SHD não está esclarecida, mas as principais hipóteses são a resposta imune com produção de anticorpos IgG anti-DDS, a hipersensibilidade tardia e a toxicidade devido à metabolização da DDS. Segue relato de caso de uma paciente portadora de SHD. **Relato de caso:** M. S. Z. , 58 anos, sexo feminino, natural e procedente de Capela/SE, referia tosse com expectoração esbranquiçada, febre vespertina e sudorese noturna há 3 meses, além de perda de peso e inapetência. Foi internada por anemia grave, necessitando de hemotransfusão, além de realização de tomografia de tórax de alta resolução (TCAR), onde foi visto processo infeccioso, sendo prescrito azitromicina e dado alta. A persistência dos sintomas a motivaram a procurar o Hospital Universitário. Na admissão relatava as queixas iniciais, negando tabagismo ou exposição a outros agentes ambientais. Referia diagnóstico de hanseníase paucibacilar há 4 meses, tendo iniciado tratamento com rifampicina e dapsona, tendo surgido os sintomas respiratórios um mês após início do tratamento. No exame físico apresentava-se hipocorada (2+/4+) e na ausculta pulmonar notou-se crepitos em regiões infraescapulares. Os exames laboratoriais mostraram anemia hemolítica, eosinofilia periférica, além de FAN, pesquisa de BAAR e cultura de escarro negativos. A TCAR mostrou áreas de atenuação de aspecto em vidro fosco, associadas a espessamento e infiltrado reticular, predominando em regiões periféricas e subpleurais pulmonares, mais evidentes em lobos superiores, quase simétricas, e também traves atelectásicas pleuroparenquimatosas de perimeio, com aspecto fibrocicatricial. Após correlação clínica e revisão de literatura, atribuiu-se o caso ao uso da dapsona, sendo esta suspensa e iniciado corticoide, junto com clorfazimina para a hanseníase. A paciente apresentou melhora do estado geral, da tosse, da anemia e melhora radiológica após 1 mês das condutas tomadas. **Discussão:** A dapsona é o fármaco padrão ouro no tratamento da hanseníase desde 1950. Dentre alguns efeitos colaterais está a SHD, que tem como manifestação pulmonar danos intersticial e alveolar.

A pneumonia eosinofílica e por hipersensibilidade também podem ocorrer após uso da droga. A manifestação de todos os sintomas, que ocorre em 59% dos casos de SHD, não ocorreu com essa paciente, havendo predominância do acometimento pulmonar. Após avaliação da hematologia, a anemia hemolítica foi atribuída também ao uso da dapsona.

AP501 EVOLUÇÃO DA MOBILIDADE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: UMA COORTE PROSPECTIVA DE MAIS DE PACIENTES

MARCELO BASSO GAZZANA; RICARDO WICKERT; LEONARDO MIGUEL CORREA GARCIA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Capacidade funcional; pneumonia; fisioterapia

Introdução: O declínio da capacidade funcional ocorre comumente em pacientes hospitalizados inclusive aqueles por doenças respiratórias, levando a riscos adicionais ao motivo da internação, tais como quedas, lesões por pressão e tromboembolia venosa. A avaliação objetiva do grau de mobilidade e o acompanhamento da sua evolução permitem implementar estratégias de prevenção e recuperação da independência funcional. **Objetivo:** Avaliar o grau de mobilidade de pacientes internados por doenças respiratórias sob fisioterapia nos momentos anteriores a internação, na admissão e na alta hospitalar. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo, realizado no Serviço de Fisioterapia do Hospital Moínhos de Vento, de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2017. Foram incluídos todos os pacientes hospitalizados por doença respiratória aguda ou crônica agudizada que estavam sob fisioterapia, e que não apresentavam instabilidade clínica. A mobilidade foi avaliada pelo fisioterapeuta assistencial nos momentos prévio à internação (relato do paciente e/ou familiar), na admissão hospitalar e na alta. A escala de mobilidade utilizada varia de 1 (nula) a 15 (plena). Os pacientes receberam atendimento fisioterápico respiratório e motor conforme protocolo institucional. **Resultados:** Durante o período do estudo foram avaliados 1.865 pacientes. A média de idade foi de 73,4 anos ($\pm 18,4$), sendo a maioria do gênero feminino ($n = 1.022$; 54,8%). Os principais motivos da hospitalização foram pneumonia ($n = 989$; 53,1%), neoplasia pulmonar ($n = 152$; 8,2%), exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica ($n = 146$; 7,8%) e tromboembolia pulmonar ($n = 101$; 5,4%). O tempo médio de internação foi de 14,6 dias ($\pm 18,6$; amplitude 1 a 256 dias), e a mortalidade destes pacientes foi de 23,5% ($n = 439$). O escore de mobilidade prévia a internação foi 10,2 pontos ($\pm 5,3$), sendo que 702 pacientes (37,6%) tinham mobilidade plena (15 pontos). No momento da hospitalização o escore de mobilidade foi de 6,3 pontos ($\pm 5,3$), sendo em 5,7% ($n = 105$) apresentavam pontuação máxima. Em média, os pacientes tinham redução da pontuação de mobilidade em 3,7 ($\pm 4,6$) comparando a estado funcional prévio e o momento da admissão. Na alta hospitalar a escala de mobilidade foi em média 8,7 pontos ($\pm 5,4$), sendo que 16,8% ($n = 303$) atingiram mobilidade 15. Então, durante a internação, houve incremento da mobilidade em 2,2 pontos ($\pm 4,7$). **Conclusão:** A mobilidade dos pacientes no momento da hospitalização está reduzida significativamente em relação ao seu estado habitual. Durante a internação, houve um incremento da mobilidade, permitindo triplicar o percentual de pacientes com mobilidade máxima quando comparado a baixa hospitalar.

AP502 PERFIL DO PACIENTE COM DOENÇAS NEUROMUSCULARES DO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR DE SANTA CATARINA

GUILHERME PAES RAMOS; LUÍSA GRECO FRAGA SANTOS; LUCAS CARDOSO PACHECO; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; CAMILO FERNANDES; DANIEL YARED FORTE; ISRAEL SILVA MAIA
UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC.

Palavras-chave: Esclerose lateral amiotrófica; vni; ventilação

Introdução: A Secretaria de Saúde do estado de Santa Catarina oferece o Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar desde 2006 a pacientes com doenças neuromusculares, as quais cursam com perda de força e atrofia muscular, podendo culminar com insuficiência respiratória. A Ventilação Não Invasiva (VNI) é utilizada como tratamento, a fim de melhorar a sobrevida e a qualidade de vida desses pacientes. No caso dos pacientes participantes do Serviço, um aparelho de VNI é fornecido por uma empresa terceirizada e visitas periódicas são realizadas, com registro de informações em prontuário virtual. **Objetivos:** Descrever o Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar de Santa Catarina dando ênfase ao perfil dos pacientes pediátricos e adultos diagnosticados com doenças neuromusculares que fazem parte dele. **Métodos:** Para a realização deste estudo descritivo foram selecionados prontuários virtuais de pacientes que iniciaram o uso de VNI através do Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar de Santa Catarina nos anos de 2009, 2010 e 2016. Foi realizada a coleta dos dados obtidos pela empresa fornecedora dos aparelhos de VNI no período de agosto a dezembro de 2017. As informações utilizadas incluíram idade, gênero, município de origem, diagnóstico e valores da IPAP e EPAP. **Resultados:** Foram identificados 36 pacientes que ainda estão ativos no programa, sendo 11 crianças e 25 adultos. A maioria é do sexo masculino tanto no adulto (64%) como na criança (81,8%) com Esclerose Lateral Amiotrófica (58,3%), Atrofia Muscular Espinal (19,4%) e Distrofias Musculares de Duchenne e Becker (13,9%) entre outros menos prevalentes. A idade média é de 8 anos e 10 meses nas crianças e 59 anos no adulto. A pressão inspiratória média entre as crianças é de 14,9 e nos adultos 14,5 mmHg. A pressão expiratória média é de 5,6 nas crianças e 7,1 mmHg nos adultos. Foram identificados 18 municípios de origem, sendo os mais comuns Florianópolis, São Bento do Sul e Lages. **Conclusões:** O serviço de ventilação assistida do Estado de Santa Catarina tem um predomínio de pacientes adultos com esclerose lateral amiotrófica, do sexo masculino que abrange todas as regiões geográficas do estado.

AP503 BRÔNQUIO CARDÍACO ACESSÓRIO COMO CAUSA DE EXACERBAÇÕES FREQUENTES EM PACIENTE COM DPCC **ALEX BESSA; ROSELIANE DE SOUZA ARAÚJO; PEDRO HENRIQUE CAVALCANTI GARCIA DE CASTRO; ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA; ISABELLA REIS MARIANO; BRUNA POLICENA OLIVEIRA; ANDRÉ GUIMARÃES DE PAULA; ANNA CAROLINA GALVÃO FERREIRA** *PUC-GO, GOIÂNIA, GO.*

Palavras-chave: Brônquio cardíaco; dpcc exacerbação; malformações bronquiais

Introdução: O brônquio cardíaco acessório (BCA) consiste em uma variação anatômica da árvore brônquica na qual um brônquio acessório se origina da parede medial do brônquio, e é de fundo cego (tipo diverticular) na maior parte das vezes(3). Geralmente, é um achado incidental em adultos assintomáticos, mas há o risco de complicações como: hemoptise, infecções recorrentes, tosse crônica e malignização do tecido brônquico acessório. (1) O brônquio acessório cardíaco na maioria dos casos é indetectável em uma radiografia de tórax, sendo um achado incidental de broncografias, broncoscópias e imagens de tomografia computadorizada (4), alguns estudos apontam para uma

incidência aproximada de 0,07% a 0,5% desta anomalia na população em geral (5,6) **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 89 anos, portadora de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, perfil exacerbador. Não tabagista e contato com fumaça de lenha desde a infância. História de asma na infância e vários episódios de exacerbações durante a vida. Apresenta dispnéia aos moderados esforços e produção crônica de escarro, tosse e homoptóicos intermitentes. A tomografia de tórax mostrou: vidro fosco heterogêneo e difuso, espessamento liso de septos interlobulares, moderado acometimento inflamatório em vias aéreas de médio e pequeno calibre; atelectasias laminares nos campos pulmonares basais. Aumento global do volume cardíaco, além da presença do brônquio cardíaco em fundo cego. **Discussão:** O BCA é uma anomalia que ocorre entre a 4a e 6a semanas de gestação durante o desenvolvimento da árvore traqueobrônquica. O BCA, na maioria das vezes, se origina do brônquio intermediário e é oposto e distal à emergência do brônquio do lobo superior. Em 50% dos casos, termina em fundo cego e tem a histologia composta de tecido brônquico normal. Eventualmente pode terminar em um lobo pulmonar acessório colapsado simulando uma massa pulmonar ou desenvolver uma degeneração cística. O BCA pode ser assintomático, mas, em alguns casos, ocorre o acúmulo de secreções levando à infecções recorrentes, empiema e hemoptise (extensa microvascularização). O diagnóstico do BCA é realizado pela tomografia de tórax ou broncoscopia. A ressecção cirúrgica do BCA tem aspecto curativo, porém, no caso descrito, a idade avançada da paciente e a pouca reserva de função pulmonar impediram o tratamento cirúrgico. Em **Conclusão:**, é importante a exclusão das anormalidades traqueobrônquicas, precocemente, em pacientes com sintomas respiratórios recorrentes a fim de estabelecer o diagnóstico precoce e evitar complicações.

AP504 SÍNDROME DE KARTAGENER: IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PULMONAR PRECOCE EM CASOS DE MALFORMAÇÕES CARDÍACAS

ANDRE GUIMARÃES DE PAULA; ROSELIANE DE SOUZA ARAÚJO; ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA; ALEX BESSA; BRUNA POLICENA OLIVEIRA; PEDRO HENRIQUE CAVALCANTI GARCIA DE CASTRO; ISABELLA REIS MARIANO; SARA NUNES DE BRITO PUC-GO, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Síndrome de kartagener; discinesia ciliar primária; malformações cardíacas

Introdução: A discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença genética heterogênea da motilidade ciliar, habitualmente uma desordem autossômica recessiva. Sua incidência pode variar de 1: 20.000 a 1: 60.000 em nascidos vivos, caracterizando-se por uma mudança no padrão e/ou na frequência de batimento ciliar, sendo que a principal consequência dessa disfunção é a redução da eficácia do clearance mucociliar, predispondo, dessa forma, a infecções e inflamações crônicas. A síndrome de Kartagener (SK) é uma malformação congênita rara associada a DCP que compreende a tríade clássica de situs inversus, bronquiectasias e sinusite. A associação da SK com defeitos cardíacos complexos não está bem estabelecida, mas um estudo recente mostrou uma prevalência 200 vezes maior que na população em geral. **Relato de caso:** Paciente, sexo feminino, 49 anos. Procurou atendimento com queixas de pneumonias de repetição (8 episódios confirmados durante a vida), associado a produção crônica de escarro e episódios repetidos de sinusopatias sendo submetida a diversos tratamentos com antibióticos. Referia dispnéia de esforço na infância e juventude obtendo melhora após a realização de uma cirurgia de correção de malformação cardíaca realizada aos 17 anos. Para a investigação das queixas

atuais foi solicitada tomografia computadorizada de tórax, que apresentou situs inversus totalis, leve espessamento de vias aéreas de médio e pequeno calibre, ectasias brônquicas e impatção mucoide. Ecocardiografia realizada previamente mostrava pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca e dextrocardia. **Discussão:** A principal consequência da DCP é a redução da eficácia do clearance mucociliar das vias aéreas, predispondo a infecções e inflamações crônicas. Os pacientes frequentemente se apresentam tardiamente com um diagnóstico equivocado de asma na infância, alergias e rinossinusites. A forma mais grave da DCP (Síndrome de Kartagener) associa-se, frequentemente, a malformações cardíacas graves e apresenta-se sintomática já na primeira infância. A presença da associação de sinais clínicos e sintomas que definem a SK auxiliariam no diagnóstico, porém, o que se vê na prática é que nem sempre os pacientes com situs inversus são triados para a DCP. A literatura dispõe de poucos dados sobre a frequência da associação do situs inversus com malformações cardíacas graves, onde a correção cirúrgica se faz necessária (como no caso descrito), mas entre portadores de DCP, esta frequência é 200 vezes maior que na população em geral. O diagnóstico da DCP é feito através das manifestações clínicas, achados radiológicos da tríade clássica e o estudo da ultraestrutura ciliar o que, na prática clínica, nem sempre estão disponíveis, tornando o diagnóstico muitas vezes presuntivo. A detecção da SK em pessoas adultas é rara. No caso descrito, chama a atenção o fato da correção da malformação cardíaca já ter sido realizada na adolescência, porém sem o estudo ou referência ao provável diagnóstico de DCP associado.

AP505 HERNIA DIAFRAGMÁTICA INCOMUM SIMULANDO UMA MASSA PLEURAL – RELATO DE CASO

ALEX BESSA; ROSELIANE DE SOUZA ARAÚJO; FELIPE DE SOUZA ARAÚJO; ANDRE GUIMARÃES DE PAULA; ANNA CAROLINA GALVÃO FERREIRA; ANA ELISA ANDRADE MENDONÇA; PEDRO HENRIQUE CAVALCANTI GARCIA DE CASTRO; BRUNA POLICENA OLIVEIRA PUC-GO, GOIANIA, GO.

Palavras-chave: Hernia diafragmática; hernia congenita; dor torácica aguda

Introdução: Hérnias diafragmáticas congênitas ocorrem em 1: 3600 nascidos vivos e, diagnóstico na vida adulta, geralmente, é uma achado de exames de imagem, ou seja, maioria dos pacientes são assintomáticos, mas em alguns casos podem ocorrer sintomas inespecíficos o que dificulta o diagnóstico. As hérnias adquiridas podem ocorrer em qualquer idade como resultado de trauma ou manipulação cirúrgica. **Relato de caso:** JAPS, feminino, 57 anos, com quadro de dor súbita de forte intensidade em região inferior do hemitorax esquerdo seguido de forte opressão torácica, com duração de 1 dia e melhora espontânea. Episódio semelhante havia ocorrido há 1 ano, ocasião em que foi diagnosticado derrame pleural. Vários outros episódios de dor torácica na mesma região corporal, no período da gestação. No momento da consulta estava assintomática. A radiografia de tórax apresentava alteração consistente com afecção pleural em base do hemitorax esquerdo com obliteração do seio costofrênico esquerdo. A tomografia de tórax mostrou perda da continuidade do diafragma a esquerda de cerca de 3,5 cm com extração de conteúdo adiposo abdominal para o tórax, e alterações restritivas no parênquima pulmonar adjacente. A paciente foi encaminhada para avaliação cirúrgica e posterior correção. **Discussão:** Os pacientes com hérnia diafragmática são, na maioria das vezes, assintomáticos. Porém, casos de dor torácica e abdominal, vômitos, constipação intestinal e anorexia, além de opressão torácica e dispnéia são descritos. Se houver encarceramento de vísceras necrose,

derrame pleural inflamatório pode ocorrer. Em nosso caso a paciente tinha poucos sintomas e a evolução incidiosa. O encontro de hérnias diafragmáticas posteriores, em adultos, é rara e, comumente, se apresentam do lado direito (68%). A grande maioria dos casos são pequenas e em apenas 27% contém órgãos abdominais. A ruptura traumática do diafragma é diagnóstico diferencial de hérnia de bochdalek (forma congênita de hérnia - defeito na adesão da membrana pleuroperitoneal no diafragma com prolapso de estruturas do retroperitônio e gorduras e rim esquerdo intratorácico). Neste caso, apesar de não haver uma história de trauma, acreditamos que a ruptura diafragmática foi consequência da gravidez com feto pélvico durante toda a gestação. Casos de gestantes que possuem pequenos defeitos diafragmáticos que aumentam durante a gravidez, são descritos na literatura e é importante lembrar que a hérnia diafragmática encarcerada é uma emergência médica.

AP506 SÍNDROME PULMONAR-RENAL: UM RELATO DE CASO DE POLIANGEITE MICROSCÓPICA

CAROLINE DE SOUZA MARTINS FERNANDES; MARIA DE FATIMA DO AMPARO TEIXEIRA; LEONARDO HOEHL CARNEIRO; VALMIR SANGALLI LUCAS

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

Palavras-chave: Síndrome pulmonar renal; poliangeite microscópica; vasculite

Introdução: A síndrome pulmonar renal (SPR) é caracterizada pela associação de glomerulonefrite rapidamente progressiva e hemorragia alveolar difusa (HAD). As causas mais comuns são as vasculites associadas ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) e doença do anticorpo antemembrana basal (ACAMB). Apresentamos o caso de um paciente com SPR, cujo diagnóstico foi poliangeite microscópica (PAM), uma vasculite ANCA. **Relato de caso:** Homem, branco, 67 anos, com hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, aneurisma de aorta, episódios prévios de acidentes vasculares, doença renal crônica, é admitido na emergência com quadro de dispneia em repouso, hemoptise, associado a oligúria, há quatro dias. Nega febre. Exames laboratoriais demonstraram elevação de escórias nitrogenadas (maior do que 3 vezes o valor basal), anemia importante, aumento da proteína C reativa. Urina I com hematúria maciça. Foi realizada tomografia computadorizada de tórax (TCT) que evidenciou opacidades em vidro fosco, consolidações focais e espessamento septal de distribuição difusa em todo o pulmão direito e pequeno foco em vidro fosco no parênquima localizado no lobo inferior esquerdo. Iniciado ampicilina-sulbactam e claritromicina. Sorologias para HIV e hepatites B e C negativas. Em três dias, evoluiu com insuficiência respiratória e instituído ventilação mecânica. Nova TCT mostrou importante aumento das opacidades em vidro fosco, com extensas áreas de confluência e consolidações no pulmão direito, com surgimento de consolidações e nódulos alveolares no lobo inferior esquerdo e em algumas áreas focais esparsas no lobo superior esquerdo. Hemocultura, urocultura e cultura de secreção traqueal foram negativas. Indicada hemodiálise. Iniciada metilprednisolona 1g/dia, durante 3 dias, e pulso de ciclofosfamida 500mg. Enquanto aguardava os resultados laboratoriais, foi realizada biópsia pulmonar, visto que a biópsia renal era contraindicada pela presença de doença renal crônica. Evoluiu com melhora clínica e radiológica após segundo pulso de ciclofosfamida, embora não tivesse recuperado função renal. Foi submetido também à plasmaférese. Constatada presença de altos títulos de ANCA mieloperoxidase e os resultados de ACAMB e ANCA proteinase 3 foram negativos. O histopatológico

evidenciou HAD, com capilarite neutrofílica, que em conjunto com o quadro clínico-laboratorial, confirmou o diagnóstico de PAM. **Discussão:** A SPR apresenta elevada morbidade e mortalidade devendo ser tratada com imunossuppressores prontamente até mesmo antes que o diagnóstico etiológico seja concluído, como no caso relatado, o que contribuiu para melhor prognóstico. **Referências:** 1. WEST, Stephen C. et al. Pulmonary-renal syndrome: a life threatening but treatable condition. Postgraduate medical journal, p. postgradmedj-2012-131416, 2013. 2. GREEN, Ronald J. et al. Pulmonary capillaritis and alveolar hemorrhage: update on diagnosis and management. Chest, v. 110, n. 5, p. 1305-1316, 1996.

AP507 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA A INFECÇÃO PELO HIV – RELATO DE CASO

PAULO ROBERTO DE ALBUQUERQUE; RICARDO JOSÉ FONSECA DE OLIVEIRA; MANUELA GOMES AGUIAR; NATANEL PAULO ALVES FRANÇA; VIVIANNE MIKAELLE MORAIS
UFRN, NATAL, RN.

Palavras-chave: Hipertensão arterial pulmonar; hipertensão pulmonar; infecção pelo hiv

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma entidade rara, geralmente de diagnóstico tardio, a qual tem diversas etiologias possíveis. É a consequência hemodinâmica comum a várias etiologias e diversos mecanismos que determinam o aumento dos níveis pressóricos no território vascular pulmonar, causando importante repercussão clínica, principalmente dispneia, síncope e diminuição da capacidade de exercício. Pacientes com HIV compõem um outro subgrupo com risco aumentado para o desenvolvimento de HAP. A prevalência de HAP neste grupo é estimada em 0,5%, com características clínicas e hemodinâmicas muito similares à HAP idiopática. **Relato do Caso:** Mulher 43 anos, professora, admitida com história de episódios de síncope e dispneia progressiva de moderado aos grandes esforços, há 2 anos. AP = Creptos finos em bases AC = hiperfones de P2, ritmo regular. Nos exames iniciais, a pressão sistólica da artéria pulmonar era de 116 mmHg pelo ecocardiograma, mas de 55 mmHg pelo cateterismo cardíaco direito. A angiotomografia de tórax não demonstrou sinais de tromboembolismo pulmonar, porém observou sinais de HAP. Uma endoscopia digestiva alta evidenciou-se candidíase esofágica severa, momento em que foi solicitado anti-HIV, com resultado positivo. Foi instituído tratamento inicial com sildenafil e terapia antirretroviral, além de oxigenoterapia. No momento, a paciente encontra-se em classe funcional NYHA 3. **Discussão:** A hipertensão pulmonar apresentou desenvolvimento bastante significativo nas últimas duas décadas, devido ao maior conhecimento fisiopatológico de suas mais diversas formas. A classificação adequada dos pacientes é a base para instituição terapêutica apropriada. A infecção por HIV associada a HAP contribui significativamente para o aumento da morbidade e a mortalidade e deve ser incluída no diagnóstico diferencial dos pacientes com sintomas cardiopulmonares, assim como a realização de rotina do teste HIV em pacientes jovens apresentando HAP, pois o prognóstico destes casos têm melhorado nos últimos anos.

AP508 SÍNDROME DO PULMÃO ENCOLHIDO NO LES: UM RELATO DE CASO

NINA ROCHA GODINHO DOS REIS VISCONTI; BERNARDO FRÔES CHEDIER BARREIRA; LUIZ PAULO LOIVOS
UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ.

Palavras-chave: Lupus; síndrome do pulmão encolhido; shrinking lung syndrome

Introdução: A síndrome do pulmão encolhido (SPE) é

uma complicação rara associada ao lúpus eritematoso sistêmico (LES), além outras colagenoses. É caracterizada por dispneia progressiva, dor torácica, elevação do diafragma uni ou bilateral, redução do volume pulmonar e restrição na espirometria na ausência de alterações parenquimatosas ou vasculares. **Relato de caso:** Paciente de 17 anos, com diagnóstico de LES há 6 anos, iniciou quadro de dispneia progressiva aos esforços e dor torácica retroesternal ventilatório-dependente com dois meses de evolução. À admissão apresentava taquicardia e taquipneia, sem dessaturação. Laboratório com anemia hemolítica autoimune e elevação de VHS, configurando atividade de doença. Radiografia de tórax em inspiração e expiração evidenciou hipoinflação pulmonar e aumento da área cardíaca. Ecocardiograma não mostrou alterações, angiotomografia de tórax e cintilografia ventilação/perfusão foram negativas para tromboembolismo pulmonar. Espirometria evidenciou distúrbio ventilatório restritivo em grau acentuado. Iniciado tratamento com corticoterapia venosa e posteriormente associado azatioprina com melhora clínica evolutiva. O conjunto dos dados expostos permitiu o diagnóstico da síndrome do pulmão encolhido. **Discussão:** O diagnóstico da SPE no LES pode ser feito em um contexto clínico adequado após a exclusão de outras complicações pulmonares possíveis. Apesar de ser uma complicação rara, é importante seu reconhecimento uma vez que agrega grande morbidade e o tratamento leva a melhora clínica e funcional na maior parte dos casos. **Referências:** (1) Borrell, Helena, et al. "Shrinking lung syndrome in systemic lupus erythematosus: A case series and review of the literature." *Medicine* 95.33 (2016). (2) Smyth, Hannah, et al. "Shrinking Lung Syndrome And Systemic Lupus Erythematosus; A Case Series Literature Review." *QJM: An International Journal of Medicine* 1 (2017): 5. (3) Broaddus, Courtney, et al. *Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine Sixth Edition*. Elsevier Saunders, 2016. Vol 2 pp 1178-1179.

AP509 USO DE SIROLIMUS PARA TRATAMENTO DE QUILOTÓRAX EM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE

ALICE MARTINS MACHADO; LEANDRO GENEHR FRITSCHER; LAÍS BECHER MARTINS; CINDY JARA HERNANDEZ; CANDIDA FRIEDRICH KRAEMER; LIANA FERREIRA CORREA; MARIA TERESA TSUKAZAN; DANIELA CAVALET BLANCO
PUCRS, PORTO ALEGRE, RS.

Palavras-chave: Sirolimus; linfangioleiomiomatose; quilotorax

Introdução: Trata-se de relato de caso sobre o uso de Sirolimus em quilotorax em paciente com linfangioleiomiomatose. **Relato de caso:** Paciente feminino, 53 anos, internou por quadro compatível com pneumo-nia comunitária, com sintomas de dor torácica, tosse e febre, iniciados no dia anterior. História médica pregressa de asma na infância, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo (ces-sado há 10 anos, carga tabágica de 40 anos/maço), e cirurgia bariátrica há dois anos. Pa-ciente relatava dispneia progressiva nos últimos dois meses, sendo realizada tomografia computadorizada de tórax durante a internação, que evidenciou linfonodomegalias medias-tinais e diminutos cistos pulmonares com distribuição randômica. Após melhora do quadro pneumônico, foi realizada videotoracoscopia com biópsia linfonodal. Após o procedimento, a paciente iniciou com importante derrame pleural e grande volume de drenagem em dreno de tórax. Líquido pleural compatível com quilotorax sendo realizado manejo inicial com restrição lipídica na dieta. Por apresentar persistência do quadro, a paciente foi submetida a videotoracotomia bilateral com ligamento do ducto torácico direito e decorticação pulmonar. A análise anatomopatológica do linfonodo enviado à

biópsia teve resultado inconclu-sivo e a imunoistoquímica foi compatível com linfangioleiomiomatose. A paciente apresentou derrame pleural volumoso loculado, sendo submetida a pleuroscopia com pleurodese abrasiva. Por apresentar quilotorax não responsivo ao manejo inicial, foi iniciado o uso de Sirolimus 2mg por dia. A paciente evoluiu com redução progressiva do quilotorax, sendo retirado dreno torácico e mantido tratamento com o medicamento. Paciente recebeu alta hospitalar e fez uso de Sirolimus por seis meses para completar tratamento, com resolução completa do quadro pulmonar, conforme acompanhado ambulatorialmente após a alta. **Discussão:** A linfangioleiomiomatose é uma doença rara que acomete preferencialmente mulheres em idade fértil, caracterizada pela formação de cistos pulmonares, quilotorax e lesões extrapulmonares. O uso de Sirolimus nessa doença é mais comum quando há an-giomiolipomas renais, sendo menos frequentemente utilizado em quilotorax. O presente caso relata a resolução completa do quilotorax com uso de Sirolimus 2mg por dia por seis meses, sem sinais de recidiva após três anos de seguimento sem a medicação

AP510 RELATO DE CASO DE CORPO ESTRANHO EM VIA AÉREA NO ADULTO

RAFAEL MELO DE DEUS; LARA LORRANE DOS SANTOS; GIULIANA OLIVEIRA MOURA; ANA PAULA CALDAS CARVALHO; LUYSA MIRELLA BORGES SILVA FERREIRA; ARTHUR FERREIRA NUNES CARDOZO

HOSPITAL DE BASE DO DF, BRASILIA, DF.

Palavras-chave: Corpo estranho; via aérea; adulto

Introdução: Adultos raramente aspiram corpo estranho (CE), ocorrendo geralmente quando são submetidos a procedimentos em orofaringe, estão inconscientes (medicação, intoxicação ou politraumatizados) ou apresentam problemas neurológicos e psiquiátricos. O diagnóstico da aspiração de corpo estranho em adultos é complicado porque nem sempre os pacientes valorizam ou lembram-se de uma história de engasgo. O calibre da via aérea permite a ventilação e geralmente a apresentação clínica é mais sutil, muitas vezes com exame físico normal. Isso acaba adiando o diagnóstico, principalmente se o objeto for radiotransparente. O início repentino da tríade clássica (tosse, chiado e diminuição do murmúrio vesicular) muitas vezes não é observado. **Caso clínico:** GLS, masculino, 59 anos, tabagista ativo, portador de DPOC e etilista crônico, comparece em facultativo queixando de dor nas costas, dispnéia e tosse produtiva há 2 meses, referindo estar em uso de moxifloxacina para pneumonia há 4 dias sem melhora. Exame físico: murmúrio vesicular reduzido em base direita com estertores, saturando 89% em ar ambiente. Exames complementares: radiografia de tórax evidenciando consolidação extensa em base do pulmão direito e leucócitos totais de 14.500 e 7% de bastões.

Diagnóstico: Internado com hipótese de pneumonia e iniciado tratamento com meropenem e vancomicina.

Evolução: Paciente evoluiu sem melhora clínica. Realizada tomografia de tórax para possível diagnóstico diferencial, que ainda demonstrava consolidação lobo inferior direito, focos hiperdensos de calcificação, imagem mal definida de calcificação no brônquio dirigido ao lobo inferior direito e desvio do mediastino para direita por efeito atelectásico. Interrogado neoplasia de pulmão e solicitada avaliação de nossa pneumologia, sendo prolongada a antibioticoterapia para 14 dias. Após 5 dias da alta do facultativo, foi internado no serviço de pneumologia e iniciada investigação para tuberculose, abscesso pulmonar e neoplasia. Realizada broncoscopia com retirada de corpo estranho em brônquio lobar inferior direito. **Discussão:** O diagnóstico precoce da aspiração de corpo estranho é essencial, sendo que o

reconhecimento e tratamento tardios podem resultar em sequelas definitivas ou dano fatal. É comum o diagnóstico tardio em pacientes com doenças respiratórias recorrentes. Deve ser feito diagnóstico diferencial com pneumonias lobares, carcinoma e tuberculose. A broncoscopia é o procedimento de escolha para a remoção de CE em via aérea, mesmo que os exames radiológicos sejam normais. Apesar da preferência pelo broncoscópio rígido, a fibrobroncoscopia tem cada vez mais importância no tratamento de pacientes adultos. **Referência:** http://www.sopterj.com.br/profissionais/_revista/2011/n_02/10.pdf

AP511 SEQUESTRO PULMONAR: ACHADO INCIDENTAL EM IDOSA EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SÃO PAULO

SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; ISABELA MAGGIONI HOLZ; BIANCA FIDELIX ESPINDULA; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; ELIZABETH BRAGA MISAO; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS; MARIA INÊS DE ANDRÉ VALERY; FLÁVIO GNECCO LASTEBASSE

IAMSPE, SÃO PAULO, SP.

Palavras-chave: Sequestro pulmonar; bronquiectasia; malformações pulmonares

Introdução: O sequestro pulmonar (SP) é um tecido pulmonar anormal que é isolado (sequestrado) da conexão brônquica habitual. É uma porção displásica não funcional de pulmão que deriva seu suprimento sanguíneo da circulação sistêmica, tipicamente da aorta torácica ou abdominal. O SP é raro, constitui 1-6% de todas as anomalias pulmonares congênitas. **Relato de caso:** Feminino, 88 anos, internada na Enfermaria de Pneumologia do HSPE com queixa de tosse e secreção sanguinolenta. Nega febre, dispneia, dor torácica ou perda de peso. Ex tabagista por 40 anos. BEG, AAA, eupneica, baqueteamento digital, MV presentes com estertores bolhosos grossos em 1/3 médio de HTD, SpO₂ = 93%. AngioTC de tórax: Extensas bronquiectasias cilíndricas a direita e sequestro pulmonar em LID com artéria anômala derivada da aorta intratorácica. Paciente recebeu antibioticoterapia e alta hospitalar com melhora clínica. Segue em acompanhamento no Ambulatório de Pneumologia do HSPE. **Discussão:** O SP é dividido em 2 tipos: intralobar (SPI) ou extralobar (SPE). O SPI é o mais comum e compartilha a mesma pleura visceral com o pulmão normal, enquanto o SPE tem seu próprio revestimento pleural. A etiologia do SP não está totalmente esclarecida, existe um consenso da origem congênita do SPE e para o SPI, segue em discussão quanto a origem congênita ou adquirida. O SPE comumente está associado a outras anomalias congênitas e o SPI não. O lactente com SPE apresenta-se assintomático ou com desconforto respiratório ao nascer e na idade adulta, raramente se torna sintomático, a maioria dos diagnósticos são achados incidentais em exame de imagem. No SPI a maioria se apresenta na adolescência com pneumonia bacteriana recorrente. A angioTC e RNM são exames de escolha para demonstrar a artéria anômala e a angiografia não é necessária. Nestes exames, o SPE se manifesta como uma massa piramidal ou oval, bem definida no espaço pleural e o SPI tem uma apresentação variada, podendo se apresentar como massa ou consolidação homogênea ou heterogênea ou como cistos únicos ou múltiplos preenchidos com fluido, ar ou ambos. A sua drenagem venosa ocorre para as veias pulmonares, enquanto a do SPE ocorre para as veias ázigo, hemiáximo ou VCI. Nesse sentido, ao analisar os exames da imagem da paciente pode-se inferir que se trata de um caso de SPI. O SP sintomático é tratado por excisão cirúrgica e os casos de SPI assintomático também, para evitar o risco de infecção futura ou hemoptise. Já o SPE sem sintomas é controverso, pois o indivíduo pode permanecer

assintomático por toda vida, a lobectomia está indicada se o diagnóstico for duvidoso ou se surgirem sintomas. No caso em questão, o diagnóstico tardio pode ter contribuído para progressão das bronquiectasias, gerando a impossibilidade da ressecção com provável caráter curativo.

AP512 SÍNDROME DA EMBOLIA GORDUROSA – RELATO DE CASO

NATÁLIA CARELLI DE CASTRO BOSSO; LUCIANY VICTOR DE ANDRADE; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; RODOLFO FURTADO DIAS RODRIGUES; ELINA PIRES OLIVEIRA MARQUES; HEICILAINY DEL CARLOS GONDIM; TERESINHA TEIXEIRA DE SOUSA; LORENA BARBOSA DE MORAES FONSECA

HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA - HGG, GOIÂNIA, GO.

Palavras-chave: Embolia; gordurosa; fratura

Introdução: A embolia gordurosa é a oclusão da luz vascular por gotículas de gordura, geralmente originadas de fraturas do fêmur, tíbia e bacia e de artroplastias do joelho e quadril. Em poucos casos a embolia gordurosa evolui para a síndrome da embolia gordurosa a qual afeta principalmente os pulmões e o cérebro, embora qualquer órgão ou tecido possa ser afetado. A mortalidade atinge cerca de 10 a 20%, nos casos mais graves. **Relato de caso:** Paciente 18 anos, sexo masculino, previamente hígido, em 02/09/16 foi vítima de acidente motociclístico com fratura de fêmur direito, quatro dias após acidente foi submetido a correção cirúrgica da fratura e 24 horas após o procedimento iniciou dispneia súbita e palpitações, sendo iniciado oxigenioterapia em máscara e encaminhado ao Hospital Geral de Goiânia (HGG). Nesta ocasião apresentava-se taquicárdico (FC: 112 bpm), com dor torácica retroesternal de forte intensidade e um único episódio de hemoptise moderada quantidade, negando alteração do sensorio, febre, sangramentos ou petéquias. Após três dias na UTI, recebeu alta para enfermaria com melhora importante do quadro respiratório. Em exames realizados no HGG: gasometria arterial em ar ambiente sem hipoxemia para idade, radiografia de tórax com infiltrados alveolares difusos, angiotomografia de tórax sem evidência de falha de enchimento, mas com extensas opacidades em vidro fosco em ambos pulmões predominando em lobos inferiores, ecocardiograma transtorácico e Doppler de membros inferiores sem alterações. Estabelecido diagnóstico de embolia gordurosa, e realizado tratamento de suporte: oxigenioterapia até reversão do quadro clínico. Recebeu alta hospitalar em bom estado geral, com respiração espontânea, em ar ambiente, sem dessaturação. **Discussão:** A síndrome da embolia gordurosa está associada a fraturas de ossos longos, ocorrendo com frequência variável de 0,5 a 3,5% após tratamento cirúrgico. A gordura embolizada é hidrolizada pela lipase, originando os ácidos graxos livres que são tóxicos para o endotélio capilar, pois acentuam a adesividade dos neutrófilos às células endoteliais, facilitando a ação de suas enzimas proteolíticas sobre o endotélio. O resultado dessas reações é a ruptura da rede capilar seguida de hemorragia e edema nos órgãos afetados. A tríade clássica é composta de insuficiência respiratória aguda, trombocitopenia e disfunção neurológica; ocorrendo 24-72 horas após a lesão inicial. O diagnóstico é eminentemente clínico. Não existe tratamento específico no caso da síndrome da embolia gordurosa. O tratamento é de suporte e consiste primariamente em suplementação de oxigênio ou ventilação mecânica (necessário para manter PaO₂ acima de 80 mmHg e saturação de O₂ acima de 90%) e medidas para a estabilização hemodinâmica. Para prevenir a síndrome é fundamental evitar o choque e a hipóxia desde a cena do acidente, e proceder à fixação precoce das fraturas, o que diminui a incidência e a mortalidade pós-trauma.

AP513 CORPO ESTRANHO ENDOBRONQUICO CAUSANDO QUADRO ASMATIFORME**ANA CAROLINA LOPES RODRIGUES CUNHA; JAMILI LEITE DA SILVA; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS; JOYCE VALADÃO BORGES; MURILLO DE ARAUJO MARTINS; ANDREA DE CASSIA VERNIER ANTUNES CETLIN; ISABELA BORACINI SANCHES; ANDRE AUGUSTO NUNES BATISTA****HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIBEIRAO PRETO-USP, RIBEIRAO PRETO, SP.****Palavras-chave:** Corpo estranho; asma; aspiração

Introdução: A aspiração de corpo estranho (CP) é uma situação grave e potencialmente fatal. Embora a aspiração de CP ser mais comum em crianças, acontece em adultos, principalmente nos idosos. Quando ocorre, a natureza do CP é extremamente variável, estando diretamente relacionada a certos hábitos e atividades profissionais. Dentaduras, pregos, cliques de papel e fragmentos de osso são os CP mais comumente encontrados. Podendo ocorrer também aspiração alimentar em estados de inconsciência, crises epiléticas e doenças neurológicas. A broncoscopia é o método padrão ouro para a remoção de CP alojados nas vias aéreas. **Objetivo:** relato de caso de aspiração de CP endobronquico simulando quadro asma aguda grave. **Resumo caso:** Paciente do sexo masculino, de 86 anos de idade, tabagista prévio de 25 anos/maço, sem doenças neurológicas, com diagnóstico de asma desde 34 anos de idade, sem tratamento regular. Paciente apresentando relato de sibilância diária, dispnéia ao moderado esforço, tosse seca e despertares noturnos. Há 5 anos evoluindo com piora do quadro apresentando crises asmática pelo menos uma vez ao mês. Paciente mal aderente ao tratamento com as medicações inalatórias. Em setembro 2016 é admitido na unidade de emergência por insuficiência respiratória grave, saturando 71% com máscara de reservatório e murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo, com resposta refratária ao uso de oxigênio e medidas para broncoespasmo. Evolui com necessidade de intubação orotraqueal. A principal hipótese diagnóstica aventada foi de crise grave de asma e pneumotórax. Realizado Radiografia de tórax com presença de opacidades pulmonares em base esquerda sugestivas de processo infeccioso. A tomografia de tórax evidenciou enfisema parasseptal em ápices e imagem amorfa com atenuação de partes moles e focos gasosos de permeio no brônquio fonte esquerdo (BFE). Paciente submetido a broncoscopia onde foi retirado pedaço de carne em BFE.

Discussão: relatamos o caso de paciente com quadro de insuficiência respiratória grave causado por aspiração de CP em brônquio fonte esquerdo, local menos comum de ocorrência. Além disto, a história de asma não controlada, a ausência de doença neurológica ou história sugestiva de aspiração, levaram a equipe médica a suspeitar de crise de asma grave ou pneumotórax. O tratamento padrão ouro para CP é a broncoscopia rígida para identificação e retirada, porém a história e o exame físico continuam a ser os aspectos mais importantes no diagnóstico e manejo. Asma brônquica é um dos principais diagnósticos diferenciais a ser considerado, assim como doenças que cursam com obstrução das vias aéreas como tumores.

AP514 PERFIL DOS PACIENTES USUÁRIOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO RIO DE JANEIRO**ANA CAROLINA RIBEIRO BARBOSA; LARISSA VIEIRA TAVARES DOS REIS; BRUNA VIAL JORDAIM; ROSA MARIA FERNAMBEL MARQUES E SILVA; MARGARETH GOMES PIO; ARNALDO JOSE NORONHA; CLAUDIA HENRIQUE COSTA; ROGERIO LOPES RUFINO ALVES UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ.****Palavras-chave:** Oxigenoterapia domiciliar; dpoc; fibrose pulmonar

Introdução: A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) é uma alternativa importante no manejo de pacientes com doença respiratória crônica avançada. Essa terapia pode aumentar a sobrevida nos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e pneumopatias intersticiais difusas (PID), entre outras, que cursam com hipoxemia severa. **Objetivos:** Analisar o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de ODP da Policlínica Piquet Carneiro (PPC) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Métodos: Foi realizado estudo descritivo transversal, com dados coletados por meio da avaliação de prontuários.

Resultados: Dos 51 pacientes analisados, 27 são do sexo feminino e 24 do sexo masculino, sendo 27 pacientes (53% do total) provenientes de outros municípios do Estado. Com relação à faixa etária, 42 pacientes possuem mais de 50 anos (82,3%), sendo 18 (42,8%) entre 61-70 anos e 14 (33%) com idade superior a 70 anos. A maioria é constituída de aposentados e pensionistas (66,7% - 34 pacientes) ou desempregados (13,8% - 15 pacientes), e apenas 2 pacientes (4,9%) trabalham, sendo esses autônomos. A fibrose pulmonar (Fibrose pulmonar idiopática ou outras formas de fibrose) foi a principal indicação para o uso de ODP (37,2% - 19 pacientes). A Doença pulmonar obstrutiva crônica foi a segunda causa encontrada em 10 pacientes (19,6%) e outros diagnósticos foram encontrados em 22 pacientes (43%). Quanto ao tempo de uso da terapia, 9 (17,6%) pacientes estão em uso de oxigênio há menos de 6 meses, 11 (21,6%) pacientes entre 6 a 11 meses, 11 (21,6%) pacientes entre 1 a 2 anos e 19 (37,3%) pacientes há mais de 2 anos. **Conclusão:** O uso de ODP pode aumentar a sobrevida global e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com hipoxemia crônica. Por se tratar de uma terapia de alto custo, os pacientes devem ser acompanhados em ambulatório especializado para garantir a adesão e o uso correto do equipamento. Há poucos trabalhos que comprovam os benefícios da terapia com oxigênio domiciliar, assim como o perfil dos pacientes no Brasil que utilizam ODP.

AP515 DIVERTÍCULO TRAQUEAL: UM RELATO DE CASO
JAMILI LEITE DA SILVA; ANA CAROLINA LOPES RODRIGUES CUNHA; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS; ISABELA BORACINI SANCHES; EDGAR CHELI NETO; LUIS RENATO ALVES; ELCIO OLIVEIRA VIANNA; MARCEL KOENIGKAM SANTOS USP-RP, RIBEIRAO PRETO, SP.**Palavras-chave:** Divertículos traqueais; asma; doença da traqueia

Introdução: Divertículo traqueal é uma patologia benigna caracterizada por invaginações únicas ou múltiplas na parede da traqueia. Condição rara, com poucos casos relatados na literatura. Podem ser congênitos ou adquiridos, e na maioria dos casos são assintomáticos por toda a vida. Na literatura encontram-se poucas descrições de casos isolados de cistos paratraqueais associados à pneumopatias crônicas. O diagnóstico é feito por Tomografia Computadorizada.

Objetivo: relatar o caso de divertículos traqueais no paciente com asma brônquica não controlada. **Relato do Caso:** paciente sexo feminino, 36 anos, com história de asma na infância tendo retornados os sintomas aos 20 anos durante a gestação. Desde então os sintomas se apresentavam de difícil controle evoluindo com dispnéia aos mínimos esforços, sibilância diária, tosse crônica e infecção respiratória de repetição sem necessidade de intubação orotraqueal. Como a asma se mostrou de difícil controle, foram feitos exames para investigação de outras comorbidades. Espirometria com obstrução ventilatória moderada. Cloro no suor, contraímunoeletroforese para fungos, imunoglobulinas e alfa 1-antitripsina normais. TC

tórax mostrava imagens saculares com abertura para vias aéreas centrais, de conteúdo aéreo, mais frequentes em parede posterior direita, sugestivo de divertículos traqueais. Submetida a tratamento conservador. **Discussão:** Divertículo traqueal é raramente encontrado na prática clínica, o que motivou o relato do caso de um paciente com tosse crônica por asma brônquica não controlada e infecções respiratórias de repetição associado a achados de imagens sugestivas de divertículos traqueais. O tratamento conservador foi indicado para controle dos sintomas, uma vez que, o tratamento cirúrgico de tais divertículos é incomum. Não podemos afirmar que a tosse crônica possa estar relacionada ao aparecimento dos divertículos ou que estes sejam a causa do não controle da asma. Porém a tosse é uma causa comum para o aparecimento dos divertículos adquiridos.

AP516 DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO E MANIFESTAÇÕES TORÁCICAS EM TRATAMENTO EMPÍRICO PARA TUBERCULOSE

GILMAR ALVES ZONZIN; GLEICY HELLEN DA SILVA ROCHA; STÉFANIE MARIA MOURA PELÓGGIA; LUCIANO RODRIGUES COSTA; MARIANE PAIVA RANGEL; LÍVIA CORTIZO REIS; MARIA CLARA RIBEIRO DE OLIVEIRA CORTES; PATRÍCIA BARBOSA DA ROCHA ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE VOLTA REDONDA, VOLTA REDONDA, RJ.

Palavras-chave: Refluxo; precordialgia; tuberculose

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é afecção de alta prevalência, caracterizada pelo desenvolvimento de sintomas, decorrentes da regurgitação do conteúdo gástrico. A DRGE pode se apresentar frequentemente apenas com sintomas atípicos o que pode dificultar o diagnóstico como tosse crônica entre outros. Paciente masculino, 37 anos, médico da Estratégia de Saúde da Família, apresentou dor torácica, tosse seca e febre (39°C) buscando atendimento de emergência. Realizou tomografia computadorizada (TCT) do tórax que exibiu lesão em lobo inferior direito sendo considerada compatível com pneumonia e prescrito amoxicilina + clavulanato. Evoluiu com piora do estado geral, prostração, persistência de febre, tosse e desenvolvimento de dispnéia aos mínimos esforços. Retornou a emergência e foi trocado antimicrobiano por levofloxacino 500mg por 14 dias. Evoluiu favoravelmente. Dois meses após apresentou novo episódio de dor torácica e febre (39°C). Foi ao atendimento de urgência, realizou nova TC do tórax e do abdome, recebeu diagnóstico de pneumonia e tratamento com moxifloxacino 400mg por 10 dias com melhora. Procurou pneumologista para investigação do quadro sendo aventado diagnóstico de tuberculose pulmonar (TB), solicitado broncoscopia e pesquisa de BAAR no escarro, iniciado esquema RIPE empírico. Pesquisa de BAAR no material (saliva) foi negativa e não realizou broncoscopia. No décimo dia de esquema apresentou piora do quadro de dor associada a náuseas, automedicou-se com escopolamina, ondansetrona e pantoprazol sem melhora. Recebeu por duas oportunidades medicação sintomática intravenosa sem melhora. Procurou outro serviço de pneumologia. Sua queixa preponderante era de dor precordial, intensa, irradiada para dorso que havia piorado com o tratamento para TB. Como nos últimos 4 anos o paciente apresentou episódios semelhantes mas menos intensos foi investigado para doença coronariana afastada através de exames complementares e cogitou-se TB como origem. TCT exibiam, a primeira infiltrado em lobo inferior direito e a segunda lesão sugestiva de processo cicatricial na área de alteração anterior. Presença de imagem sugestiva de hérnia hiatal. Suspensos tuberculostáticos, iniciados dextansoprasol e domperidona, medidas não

farmacológicas para DRGE. Solicitados exames laboratoriais (sem anormalidades) e endoscopia digestiva alta (gastrite leve). Apresentou total melhora da sintomatologia álgica e ausência de recorrência de sintomas respiratórios. Dor torácica e tosse podem estar ligadas a outras origens além de afecções cardíacas e respiratórias, sendo preciso buscar sempre todas as possibilidades diagnósticas em especial em quadros pouco definidos. A dor retroesternal associada ao DRGE ("heartburn") já é considerado um sintoma típico da DRGE, constituindo dor precordial em queimação com determinadas peculiaridades que devem alertar o médico para a possibilidade desse tipo de origem do sintoma evitando condutas equivocadas prejudiciais ao paciente.

AP517 SÍNDROME DE LADY WINDERMERE, UMA IMPORTANTE CAUSA DE TOSSE CRÔNICA

MARCELO FOUAD RABAHI¹; MATHEUS RABAHI²; LETICIA FERNANDES FRAGA²; PEDRO PAULO TEIXEIRA E SILVA TORRES³

1. UFG, GOIÂNIA, GO; 2. PUC, GOIÂNIA, GO; 3.

UNIEVANGELICA, ANAPOLIS, GO.

Palavras-chave: Tosse; bronquiectasias; micobacterium avium

Introdução: Habitualmente as infecções recorrentes pelas micobacterias do Complexo Avium (MAC) são vistas em alguns fenótipos distintos: portadores de enfisema dos lobos superiores, alterações estruturais provenientes de sequela de tuberculose e mulheres caucasianas na fase pós-menopausa, essa última reconhecida com Síndrome de Lady Windermere. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino de 63 anos, ex-tabagista (parou de fumar há 25 anos), iniciou em março de 2013 quadro de tosse com secreção mucoide e grumos amarelados e um episódio de hemoptise (15 ml). Na radiografia de tórax apresentou alterações discretas no lobo médio e língua, tomografia computadorizada (TC) do tórax apresentou nódulos centrolobulares e "árvore em brotamento" ao nível dos lobos superiores, bronquiectasias no lobo médio e língua e impação de muco no segmento posterior do lobo superior direito. Na broncoscopia evidenciou sinais de inflamação na árvore brônquica. A pesquisa de BAAR no lavado broncoalveolar (LBA) foi negativa porém a cultura foi positiva para Mycobacterium intracellulare. Realizou tratamento com Rifampicina + Azitromicina + Etambutol por 6 meses, com melhora dos sintomas. Em dezembro de 2013 apresentou um episódio isolado de hemoptise (15 ml), realizado nova broncoscopia e dessa vez a cultura do LBA cresceu M. avium. Como a paciente estava assintomática a opção foi mantê-la sem tratamento. Em 2017 os sintomas de tosse e hemoptise voltaram a se intensificar e novo LBA foi colhido, mais uma vez cresceu M. avium, devido ao quadro sintomático iniciado novamente Rifampicina + Azitromicina + Etambutol. **Discussão:** O caso apresentado de uma paciente com sintomas recorrentes e confirmação bacteriológica de infecção por MAC em cultura de três amostras de LBA, sendo encontrado inicialmente M. intracellulare e na segunda e terceira amostra o M. avium complexo, associado a presença de discretas bronquiectasias de tração cilíndricas nos lobos superiores, lobo médio e língua na TC de tórax, representa a clássica Síndrome de Lady Windermere. Inicialmente a paciente recebeu um tratamento com 3 drogas por 6 meses, porém nova cultura de LBA evidenciou recorrência do quadro. O tratamento das MAC é alvo de muitas controvérsias, entretanto a busca de agente etiológico para casos de tosse recorrente pode ser fundamental na condução desses casos.



ÍNDICE DE AUTORES

A

ABDALA FILHO, A.....AP289
ABE, NS.....AP152, AP158
ABREU, FC.....AO51
ACCIOLY, ARM.....AP351, AP435
ACCORSI, BF.....AP106, AP205, AP279
AFONSO, KP.....AP58
AGUIAR, FMB.....AO78
AGUIAR, MG.....AP507
AGUIAR, WWS.....AP60, AP462
AGUIARI, AC.....AP374, AP384
AIMÍ, A.....AP49
AIRES, DC.....AP142
AIRES, HBJ.....AP257
AKIMOTO, BF.....AP344, AP383, AP427
AKINAGA, KL.....AP372
ALBERS, FC.....AP286
ALBUQUERQUE, FTM.....AP92
ALBUQUERQUE, KF.....AP269
ALBUQUERQUE, MCF.....AP58
ALBUQUERQUE, ML.....AP163
ALBUQUERQUE, PR.....AP373, AP507
ALBUQUERQUE, TK.....AP269
ALCÁNTARA, EC.....AP24, AP54, AP55, AO25, AO45
ALCANTARA, SAG.....AP437
ALELUIA, IMB.....AP126
ALENCAR, NRG.....AP345
ALEXANDRE, LRC.....AP59
ALIBERTI, ALM.....AO68
ALLEGRINI, BA.....AP268, AP359
ALMEIDA, BE.....AP335
ALMEIDA, EMR.....AP499
ALMEIDA, EP.....AP170
ALMEIDA, GE.....AP335, AP458
ALMEIDA, GF.....AO49
ALMEIDA, LNL.....AP200
ALMEIDA, LS.....AP287, AP304
ALMEIDA, MB.....AP67, AP363
ALMEIDA, MLD.....AP39, AP202, AP208, AP401, AP464, AP500
ALMEIDA, MLM.....AP260
ALMEIDA, NMF.....AP140, AP419, AO78
ALMEIDA, RAS.....AP34
ALMEIDA, RF.....AP52
ALMEIDA, VP.....AP319
ALVARENGA, LCR.....AP71, AP76, AP111, AP117, AP131, AP405, AO63, AO64
ALVES, A.....AO2, AO6
ALVES, ACR.....AP116, AP118, AP122, AP182, AP189, AP190
ALVES, AKB, AP23, AO86
ALVES, BM.....AP89
ALVES, DL.....AP424
ALVES, IN.....AP234
ALVES, J.....AP256, AP265
ALVES, JBO.....AP424
ALVES, LR.....AP515, AO39
ALVES, MCFB.....AP442, AP446, AP454, AP463, AP466
ALVES, MMS.....AP36, AP114, AP132, AP137, AP395, AP413, AP432, AP439, AO53
ALVES, MR.....AO79
ALVES, PJC.....AP425
ALVES, RA.....AP306
ALVES, RLR.....AP5, AP21, AP33, AP50,

AP57, AP148, AP150, AP179, AP183, AP186, AP204, AP259, AP263, AP266, AP441, AP484, AP494, AP514, AO31, AO43, AO79
ALVES, TSGN.....AP477
ALVES, WRFN.....AP66, AP423
ALVIM, FHCE.....AP385
AMADEU, TP.....AO31
AMADO, VM.....AP180, AP361, AO65
AMARAL, AF.....AP199, AP236, AP491
AMARAL, CEV.....AP72
AMARAL JÚNIOR, JA.....AP145
AMARANTE, CN.....AP300
AMATE NETO, A.....AO39
AMBROZIN, ARP.....AP276
AMIM, LA.....AP146, AP277
AMORIM, CF.....AP326
AMORIM, TM.....AP300, AP325
ANDRADE, BH.....AP486, AO66
ANDRADE, CF.....AP171, AP194, AP211
ANDRADE, DEM.....AP269
ANDRADE, EKB.....AP273
ANDRADE, GM.....AP361, AO65
ANDRADE, HD.....AP95, AP210, AP345
ANDRADE, LV.....AP272, AP358, AP367, AP368, AP370, AP403, AP409, AP410, AP416, AP468, AP471, AP492, AP497, AP512
ANDRADE, MO.....AP174, AP218, AP277
ANDRADE, NC.....AP258, AO48
ANDRADE, PJJ.....AP121
ANDRADE, PTL.....AP233, AP348
ANDRADE, SKF.....AP36, AP114, AP130, AP132, AP314, AP315, AP438, AO53
ANDRADE, TLES.....AP308, AP310, AP318, AO56
ANJOS, D.....AP484
ANJOS, IA.....AP288, AP296
ANJOS, NML.....AP387
ANSELMO, FM.....AP179, AP183, AO31, AO36
ANTUNES, ADP.....AP14, AP169, AP187
ANTUNES, PSL.....AP61
ARAGAO, JO.....AP371, AP377
ARAGÃO, MM.....AP293
ARANTES FILHO, JES.....AP267
ARARUNA, AAR.....AP216
ARAUJO, ACS.....AO87
ARAUJO, B.....AP64
ARAUJO, CLP.....AO8
ARAUJO, CS.....AP65, AP68, AP73, AP235
ARAUJO, FS.....AP505
ARAUJO, GAA.....AP464
ARAUJO, GF.....AP71, AP76, AP117, AP131, AP405, AO63, AO64
ARAUJO, ICD.....AP32, AP53, AO59
ARAUJO, IR.....AP489, AP493
ARAUJO, KM.....AP127
ARAUJO, KSS.....AP75
ARAUJO, LM.....AP120, AP434, AP481
ARAUJO, LMS.....AP477
ARAUJO, LR.....AP299
ARAUJO, MS.....AP203, AP364, AO29
ARAUJO, NC.....AP249
ARAUJO, RS.....AP242, AP342, AP353, AP386, AP490, AP503, AP504, AP505
ARAUJO FILHO, JD.....AP431
ARAUJO JÚNIOR, AS.....AP210

ARAÚJO NETO, CA.....AP334
ARCANJO, ATV.....AP428
ARIK, RM.....AP475, AO88
ARIMURA, FE.....AP491, AO32
ARRAES, LVLC.....AP167
ARRAIS, JA.....AP346
ASSIS, CMRB.....AP95, AP345, AP351
ASSIS, DR.....AP366
ASSUNÇÃO, GLM.....AP396
ASSUNÇÃO, KN.....AP265
ATHANAZIO, RA.....AP138, AP139, AP141
AVER, CM.....AP219
ÁVILA, LC.....AP56
AVOLIO, G.....AP57
AYROSA, RS.....AP236
AZEVEDO, EA.....AP422, AP428
AZEVEDO, JAAA.....AP241
AZEVEDO, KRS.....AP185
AZEVEDO, NS.....AP404, AP428, AP467, AP487

B

BAGGIO, G.....AP62, AP64, AP72, AP323, AP412, AP450, AO13
BAGLIO, PT.....AP96, AP171, AP194, AP213, AP352
BAHL, M.....AP9, AP17, AP42
BALDEZ, LF.....AP297
BALDI, BG.....AP191, AP199, AP236, AP240, AP491, AP495
BALLESTER, ES.....AP426
BALZAN, FM.....AO4, AO5
BANDEIRA, FTM.....AP373
BANSAL, A.....AP286
BAPTISTA, TB.....AP366
BARAZZETTI, PH.....AP480
BARBEIRO, AS.....AP372, AP414, AP488, AP498
BARBIARO, DFF.....AP72
BARBIERI, MA.....AP278
BARBOSA, ACR.....AP143, AP159, AP160, AP166, AP183, AP263, AP266, AP319, AP494, AP514, AO43
BARBOSA, AS.....AP406
BARBOSA, IR.....AP65, AP68, AP73
BARBOSA, ML.....AP125
BARBOSA, NM.....AP121
BARBOSA, PO.....AP332
BARBOSA, RC.....AP385
BARCELLOS, VA.....AP474
BARCELOS, IS.....AP114, AP130, AP132, AP273, AP313, AP314, AP315, AP395, AP413, AP438, AP439, AO53
BARCELOS, RVT.....AP80, AP303
BARCELOS, TF.....AP136
BARNES, N.....AP286
BARREIRA, BFC.....AP508
BARRETO, AM.....AP208
BARRETO, ICR.....AP130
BARRETO, MG.....AP67, AP363
BARRETO NETO, JAP39, AP202, AP464
BARROS, CD.....AP281, AO12
BARROS, FOSC.....AP251, AP255
BARROS, MSO.....AP152
BARROS, R.....AP155, AP157
BARROSO, CRD.....AP246
BARROSO, EC.....AP442, AP445, AP446,

AP454, AP455, AP463, AP466
BARTH, P.....AP279
BÁRTHOLO, TP.....AP21, AP33, AP266,
AP289
BASILIO, TPA.....AP254
BASSO, GH.....AO29
BASTOS, MAP.....AP325
BASTOS, VG.....AO10
BASTOS, VP.....AP289
BATAH, SS.....AP88, AO21, AO22
BATISTA, AAN.....AP110, AP220, AP225,
AP408, AP513
BATISTA, ANR.....AO85
BATISTA, BERS.....AP261
BATISTA, EP.....AP209
BATISTA, MS.....AP112
BATLLE, AR.....AP260
BEDER, TN.....AP191, AP199, AP240,
AP305, AP350, AP396, AP495, AO61,
AO67
BEDIN, DCC.....AP222, AP392
BELFORT, DSP.....AP95
BELLA, ITP.....AP486
BENEDETTO, IG.....AP93, AP99, AP171,
AP194, AP213, AP352, AO24
BENETI, R.....AP258
BENICHEL, CR.....AP475, AO88
BENINCÁ, VM.....AP85, AP86
BENINI, HM.....AP374, AP384
BENTO, ALR.....AP326
BERALDO, BLM.....AP184, AO34
BERBERT, MCB.....AP262
BERNAL, ECB.....AP461
BERNARD, GP.....AP85, AP86
BERNARDES, RC.....AP92
BERNARDI, FDC.....AP61
BERNARDI, RM.....AP400, AP459
BERTANI, AL.....AP13
BERTELLI, LJ.....AP70
BERTOGLIO, JL.....AP64, AO14
BERTOLDI, AR.....AP82, AP94, AP107,
AP223, AP449
BERTOLDI, AS.....AO20
BERTON, DC.....AO4, AO5
BERTOZI, G.....AP4, AO3
BESERRA, TSS.....AP482
BESSA, AAP242, AP342, AP353, AP386,
AP490, AP503, AP504, AP505
BESSA, EJC.....AP47, AP179, AP204
BETTIOL, H.....AP278
BEZERRA, AA.....AP445, AP446, AP454,
AP463, AP466
BEZERRA, GS.....AP464
BEZERRA, MIM.....AP299
BIANCHI, ET.....AO74
BIANZENO, G AP19, AP20, AP26, AP38,
AO58
BIBAS, BJ.....AO74, AO77
BICHUETTI-SILVA, DC.....AP69, AP83,
AP285, AP291
BIGELI, FF.....AP109, AP196, AP198,
AP238, AP324, AP375, AP379,
AP380, AP389, AP447
BISPO, BHR.....AP3, AP126
BITENCOURT, GB.....AP3, AP126
BITTAR, NA.....AP116, AP118, AP122,
AP182, AP189, AP190
BITTENCOURT, JA.....AP480
BLANCO, DC.....AP237, AP270, AP336,
AP338, AP340, AP381, AP509
BOCCA, AL.....AP180
BOETTCHER, LCS.....AP101
BONARDI, T.....AP275, AP378, AP415
BONFIGLIOLI, K.....AO32
BORGATO, MH.....AO88
BORGES, AP.....AP96
BORGES, EN.....AP499

BORGES, JV.....AP220, AP225, AP390,
AP408, AP513
BORGES, TF.....AP79
BORGHI, DSP.....AP77, AO16
BORGOGNONI, MC.....AP219
BORTOLASSI, LC.....AP48
BOSSO, NCC.....AP272, AP358, AP367,
AP370, AP403, AP409, AP410,
AP416, AP468, AP471, AP492,
AP497, AP512
BOTELHO, FV.....AP16
BOTTEGA, R.....AP106, AP205
BOUÇO, DAT.....AP185
BRAGA, PIS.....AP422
BRAGUIM, PR.....AP219
BRANCO, LMC.....AP346
BRANDÃO, HV.....AP292
BRANDÃO, RL.....AP253
BRANDÃO, RRF.....AP442, AP445, AP466
BRASIL, DCGMV.....AP262
BRITO, CGACB.....AP212, AP216, AP230,
AP235, AP354, AP430
BRITO, JC.....AP168
BRITO, LB.....AP102
BRITO, LCM.....AP119, AP175
BRITO, MEP.....AP326
BRITO, RS.....AP404, AP452, AP467,
AP487
BRITO, SN.....AP504
BRITO, TV.....AP371, AP377
BRUNO, F.....AP336
BRUNO, LP.....AP159, AP160, AP166,
AP204, AP397
BUENO, CG.....AP475, AO58, AO88
BUFFON, G.....AP262

C

CAETANO, JJ.....AP217, AP228, AP239,
AP245
CAETANO, LP.....AP16
CAETANO, LSB.....AP306, AP380
CAIXETA, DC.....AP16
CALADO, RT.....AO35, AO38
CALDAS, FS.....AP65, AP68, AP73
CALDAS, LN.....AP295, AO54
CALEGARI, BB.....AP344, AP383, AP427
CALUNGA, TC.....AO68
CAMARGO, PF.....AP41
CAMARGO, SS.....AP106, AP205
CAMELIER, AA.....AP3, AP283, AP294
CAMPELO, RSL.....AP307
CAMPOS, ABC.....AP297
CAMPOS, CDS.....AP346
CAMPOS, CG.....AP402
CAMPOS, FTAF.....AP92, AP206
CAMPOS, IBC.....AP84
CAMPOS, LFAP69, AP81, AP83, AP144,
AP285, AP291
CAMPOS, MD.....AP219
CAMPOS, PTS.....AP116, AP118, AP122,
AP182, AP189, AP190
CAMPOS, RB.....AP372, AP407, AP414,
AP488, AP498
CAMPOS, SV.....AP139, AP357, AP485
CAMUTO, P.....AP444
CANDIDO, AL.....AO23
CANTELE, LA.....AP281
CAPELOZZI, VL.....AP398, AP476, AO22,
AO69, AO70
CAPITANI, EM.....AP12
CAPONE, D.....AP441, AO62
CAPONE, RB.....AP441
CARAM, L.....AP13
CARDOSO, AM.....AP436, AP472
CARDOSO, AP.....AP133, AP153

CARDOSO, LF.....AP39
CARDOSO, LFOJ.....AP273
CARDOSO, MSL.....AP440
CARDOSO, PFG.....AP155, AP157, AO74,
AO77
CARDOSO, VH.....AP120, AP434, AP456,
AP481
CARDOZO JUNIOR, DP.....AP469
CARDOZO, AFN.....AP510
CARIBÉ, CFC.....AP351
CARLESSO, L.....AP7
CARLUCCI, HJO.....AP66, AP423
CARMO, APP.....AP260
CARNEIRO, LH.....AP185, AP229, AP506
CARVALHO, AAG.....AO49
CARVALHO, ACC.....AP437
CARVALHO, AEV.....AP301
CARVALHO, AP.....AP129, AP295, AO54
CARVALHO, APC.....AP510
CARVALHO, AR.....AP176
CARVALHO, BF.....AP217, AP228, AP239,
AP245
CARVALHO, CRR.....AO32
CARVALHO, FWV.....AP452
CARVALHO, GHR.....AO75
CARVALHO, JMS.....AP136
CARVALHO, JVL.....AP300
CARVALHO, LCSES.....AP75
CARVALHO, LG.....AP69, AP83, AP144,
AP285, AP291, AO18
CARVALHO, LS.....AP300, AP325, AO15
CARVALHO, MCAA.....AP341
CARVALHO, MKC.....AP360
CARVALHO, PR.....AP275, AP378, AP415
CARVALHO, R.....AP106
CARVALHO, SMM.....AP2, AP27, AP28,
AO9
CARVALHO, VMJF.....AP269
CARVALHO FILHO, ABCB.....AP151,
AP154, AP417, AP418
CARVALHO JUNIOR, LCS.....AP41
CASTELLANO, MVCO.....AP214, AP249
CASTRO, ES.....AP58, AP299
CASTRO, FCB.....AP1
CASTRO, JVB.....AP51
CASTRO, LS.....AP422
CASTRO, MCS.....AP77, AP289, AP482,
AO15, AO16
CASTRO, MDC.....AP177, AP184, AO34
CASTRO, MMP.....AO73
CASTRO, PHCG.....AP242, AP342, AP353,
AP386, AP490, AP503, AP504, AP505
CASTRO, TSE.....AP80, AP135, AP470
CASTRO, VAF.....AP81, AP144, AO18,
AO19
CATHARIN, VCS.....AP344, AP383, AP427,
AP457
CATHARIN, VMCS.....AP344, AP383,
AP427, AP457
CATUNDA, LG.....AO78
CAVALCANTE NETO, PM.....AP82, AP94,
AP95, AP107, AP210, AP223, AP241,
AP250, AP345, AP347, AP351,
AP385, AP435, AP449, AP511
CAVALCANTI, CAV.....AP241
CAVAZZOLA, LT.....AP211
CÉ, LC.....AP400
CECCATO, ADF.....AP32, AP35, AP53,
AP59, AP478, AO59
CECCATO, MED.....AP279
CECCONELLO, I.....AO74
CERCI NETO, A.....AP355
CEREZOLI, MT.....AP177
CERQUEIRA, CTR.....AP388
CERQUEIRA, CVS.....AP44, AP45
CERQUEIRA, EMFP.....AP407
CERQUEIRA, LC.....AP246, AP247, AP382

CETLIN, ACVA.....AP390, AP408, AP513
CEZAR, MC AP201, AP207, AP229, AO62
CÉZAR, VFG AP67, AP363
CHAGAS, GS AP385
CHAGAS, LB.....AP424
CHAGAS, VF.....AP452
CHALHOUB, DD.AP283, AP287, AP294, AP304
CHATKIN, G.....AP237, AP270, AP322, AP340
CHATKIN, JM AP381
CHAUVET, PR.....AP289
CHELI NETO, E...AP110, AP220, AP225, AP390, AP408, AP515
CHIABAI, J.....AP282
CHIARELLO, CM.....AP381
CHIBANTE, FO...AP259, AP263, AP266, AO43
CHIMARA, E.....AP453
CILENTO, JNM.....AP235
CILOTTI, HP AP250
CIRINO, CCI.....AO39
COELHO, ACC.....AP113, AO26
COELHO, DPR.....AP337
COELHO, LMG.....AP280
COELHO, MAL.....AP175
COELHO, RA.....AP142
COLARES, PFB...AP240, AP305, AP350, AP365, AP495
COLETTA, ENAM..AP232, AP250, AO33
COLTRO, GA.....AO20
COMARU, T.....AO11
CONCEIÇÃO, FC AP283, AP287, AP294, AP304
CONDE, MB AO81
CONDESSO, D AP5, AP15, AP50, AP57, AP484
CORDEIRO, AAAC AP320
CORDEIRO, CAB.....AP257
CORDEIRO, LB.....AP56
CORDEIRO JÚNIOR, G AP178
CORDONI, PK.....AP48
CORRÊA, DC.....AO14
CORRÊA, KAS.....AO12
CORRÊA, KS.....AP2, AP24, AP27, AP28, AP54, AP55, AP479, AO9, AO25, AO57
CORREA, LF.....AP237, AP322, AP336, AP338, AP340, AP460, AP509
CORRÊA, M.....AP421
CORRÊA, RS.....AP173, AO79
CORRÊA, TAF.....AP394
CORREA, TJ.....AP159, AP173, AP316
CORREIA, AT.....AO75
CORREIA, EPE.....AP64
CORREIA, LR.....AP134, AP434, AP456
CORSO, AL.....AO10
CORSO, SD.....AP138, AO50
CÔRTEZ, MA.....AP75
CORTES, MCRO..AP246, AP382, AP516
CORTEZ, AC.....AP407
COSSI, CM.....AP209
COSTA, ABAL.....AP446, AP454, AP455
COSTA, ABS.....AP129
COSTA, AD.....AP241
COSTA, AM.....AP264, AO44
COSTA, AN.....AP350, AP357, AP365, AP453, AP485, AO61, AO67
COSTA, AV.....AP8, AP11, AP16, AP46
COSTA, CBCS.....AP77, AO16
COSTA, CC.....AP25
COSTA, CH.....AP5, AP15, AP21, AP33, AP50, AP57, AP179, AP183, AP186, AP204, AP259, AP263, AP266, AP484, AP494, AP514, AO31, AO36, AO43

COSTA, FM.....AP236, AP240, AP350, AP491, AO61, AO67
COSTA, GD.....AP89
COSTA, GOS.....AP87
COSTA, IGC.....AP430
COSTA, KG AP140, AP419, AO76, AO78
COSTA, KS.....AO45
COSTA, LDC AP69, AP81, AP83, AP144, AP285, AP291, AO18, AO19
COSTA, LR.....AP302, AP516
COSTA, MRSR...AP129, AP142, AP145, AP278, AP280, AP293, AP295, AP297, AP346, AO54
COSTA, PA.....AP133
COSTA, RB.....AP70
COSTA, SG.....AP136
COSTA, TT.....AP66, AP423
COSTA, W.....AP143, AP148, AP150, AP356, AP429, AP433, AO83
COSTA FILHO, RP.....AP112
COTRIM, LP.....AP59
COUTINHO, MAC.....AP497
COUTINHO, R.....AO60
COUTO, RB.....AP67, AP363
CRESPO, FK.....AP99, AP171, AP194, AP213, AP352, AO24
CRUZ, ÁA.....AP286
CRUZ, ACT.....AP161, AP162
CRUZ, CF.....AP29, AP30, AP37, AP123, AP128
CRUZ, ICL.....AP74
CRUZ, LV.....AP257
CRUZ, MLS.....AP292
CRUZ, MM.....AP34
CRUZ, SG.....AP332, AP333
CRUZ, VP.....AP295, AO54
CUENTAS, ERP.....AP398, AO69, AO70
CUKIER, A.....AO1
CUNHA, AC.....AP330, AP424
CUNHA, ACLR...AP220, AP225, AP390, AP408, AP513, AP515
CUNHA, CF.....AP126
CUNHA, FO.....AP4
CUNHA, LV.....AP251, AP255
CUNHA, TM.....AP8, AP11, AP16, AP46
CYPRIANO, AP.....AP448

D

D'AQUINO, LC.....AP312
DAHER, PS.....AP257
DAIBEM, CGL.....AP276
DAMAS, WG.....AP325
DARIO, PH.....AP480
DAVI, WS.....AP75
DECOL, DP.....AP63, AO13
DELDUQUE, RD.....AP374, AP384
DEMARZO, SE...AP156, AP158, AP357
DEMORI, JLC.....AP35
DETTMER, D.....AO11
DEUS, CAL.....AP316
DEUS, RM.....AP79, AP510, AO52
DEZAN, MR.....AO1
DIAS, AC.....AP499
DIAS, LF.....AP473
DIAS, LVPP.....AP404, AP428
DIAS, SR.....AP331
DIAS, TR.....AP248, AP270
DIAS JÚNIOR, O.....AO66
DIAZ, CLM.....AP365, AP453
DINARDO, CL.....AO1
DINIZ, DS.....AO57
DINIZ, IT.....AP105
DINIZ, RF.....AP456, AP481, AO46
DIOGENES, REP.....AP422
DIONISIO, AFM.....AO3

DIP, RM.....AP78
DOMENE, DLE.....AP475, AO88
DOMINGUES, AA.....AP219
DOMINGUES, JG.....AP206
DOMINGUES, LO.....AP58
DONNARUMMA, CDC.....AO71
DORDST, DMB.....AO14
DORIA, SMS.....AP12, AP22
DORNELES, FR.....AP461
DORTAS, ARF...AP124, AP130, AP315, AP432, AP439, AO53
DOURADO, IM.....AP473
DOYLE, TJ.....AO32
DREVENOWSKI, D.....AP203, AP364
DUARTE, BBM.....AP431
DUARTE, MB.....AP112
DUARTE, ML.....AP149
DUARTE, RLM.....AO40, AO41, AO42
DUARTE, WDF.....AP65, AP68, AP73
DUEK, JR.....AP376
DUTRA, KVA.....AP51

E

ENDLICH, BN.....AP141
ERNICA, FD.....AP344, AP383, AP427
ESPÍNDOLA, FS.....AP16
ESPINDULA, BF...AP82, AP214, AP232, AP249, AP250, AP347, AP511
ESTRELLA, DR...AP178, AP233, AP348, AP486, AO66
EVARISTO, AS.....AP424
EVERLING, EM...AP104, AP323, AP412, AP420

F

FABRO, AT AP88, AP234, AP398, AO21, AO22, AO38, AO39, AO69, AO70
FADIN, ICG.....AP53
FAGUNDES, AL.....AP97, AP411
FARENZENA, M.....AP91
FARIA, AC AP259, AP263, AP266, AO43
FARIA, AJ.....AP452
FARIA, FS.....AP108, AP483
FARIA, LCF.....AP80
FARIA, LDBB.....AP394
FARIA, LF AP173, AP183, AP494, AO36
FARIA, MEMR.....AP256
FARIA JÚNIOR, NS.....AP253, AP256, AP261, AP265
FARIAS, AA.....AP442, AP455, AP466
FARIAS, C.....AO1
FARIAS, LO.....AP120, AP134, AP434, AP456, AP481, AO46
FARINA JÚNIOR, MA.....AP62
FEITOSA, PHR.....AP362, AP402
FEITOSA, RMNC.....AP362
FEITOZA, LM.....AP297
FELDMAN, B.....AO5
FELIPE, IP.....AP461
FERNANDES, ALG.....AP306
FERNANDES, C.....AP6, AP252, AP502
FERNANDES, CSM.....AP147, AP153, AP185, AP201, AP207, AP224, AP229, AP349, AP506
FERNANDES, FA.....AP305, AO1
FERNANDES, FF.....AP362, AP394
FERNANDES, FR.....AP226
FERNANDES, GC.....AP171
FERNANDES, GS.....AP159, AP173
FERNANDES, IR.....AO12
FERNANDES, LM.....AP139
FERNANDES, M...AP279, AP281, AP282
FERNANDES, MP.....AP374, AP384
FERNANDES, RV.....AP69, AP81, AP83,

AP144, AP285, AP291, AO18, AO19
FERRÃO, HP.....AP339, AP393
FERRARI, JS.....AP369
FERRARI, R....AP13, AP20, AP26, AP38
FERRAZ, APCR.....AP13
FERRAZ, DM.....AP159, AP160, AP166
FERRAZ, MTA.....AP84, AP329, AP366
FERREIRA, AB....AP217, AP228, AP239,
AP245
FERREIRA, ACG..AP342, AP353, AP386,
AP489, AP490, AP493, AP503, AP505
FERREIRA, AP.....AP152, AP158, AP162
FERREIRA, AS.....AP316, AP482
FERREIRA, DAP.....AP293
FERREIRA, DC.....AP423
FERREIRA, DS.....AP477
FERREIRA, ECG....AP95, AP210, AP345
FERREIRA, EVM....AP87, AP320, AP447
FERREIRA, IPO.....AP274
FERREIRA, LMBS.....AP510
FERREIRA, MSD.....AP325
FERREIRA, NMC.....AP361, AO65
FERREIRA, PA.....AP163, AP334
FERREIRA, RC.....AP10, AP92
FERREIRA, RG.....AP184, AO33, AO34
FERREIRA, RJN.....AP162
FERREIRA, TM.....AP10, AP92
FERREIRA, VHM.....AP360
FERREIRA JUNIOR, ABS..AP362, AP402
FIALHO, GL.....AP101
FIGUEIRAS, B..AP5, AP15, AP50, AP57,
AP484
FIGUEIREDO, IC.....AP24, AO25
FIGUEIREDO, M.....AP5, AP50, AP57,
AP484
FIGUEIREDO, RG.....AP300, AP325
FIGUEIREDO, TGS.....AP24, AO25
FIGUEIREDO, VR..AP155, AP156, AP157
FILGUEIRAS, FM.....AP77, AO16
FINATTO, LB.....AP90
FIRMIDA, MC.....AP77, AO15, AO16
FISS, E.....AP48, AP260, AO2, AO6
FLOR, JS.....AP90
FLORÊNCIO, KBV.....AP241
FLORIAN, J.....AP7
FONSECA, ALP.....AP400, AP459
FONSECA, ALS.....AP267
FONSECA, DC.....AP127
FONSECA, FR....AP9, AP17, AP31, AP42
FONSECA, GEO.....AP362, AP402
FONSECA, LBM..AP272, AP358, AP367,
AP368, AP370, AP403, AP409,
AP410, AP416, AP468, AP471,
AP492, AP497, AP512
FONTANIVE, V....AP104, AP187, AP221,
AP412, AP420, AP450
FONTES, AAB.....AP36, AP114, AP115,
AP313
FORTE, A.....AO2, AO6
FORTE, DY.....AP6, AP252, AP502
FORTUNATO, G.....AP163
FOSCARINI, BG.....AO8
FOSS, MS.....AP376
FRAGA, LF.....AP164, AP517
FRANÇA, KAN.....AP230
FRANÇA, NPA.....AP507
FRANÇA, VCD.....AO27, AO28, AO72
FRANÇO, EATAP19, AP20, AP26, AP38,
AP290, AO7, AO58
FRANCO, MAE...AP116, AP118, AP122,
AP182, AP189, AP190
FRANCO, MÁG.....AO73
FRANCO, MVMG.....AP452
FRANCO, PA.....AP103, AP109, AP161,
AP162, AP165, AP181, AP196,
AP198, AP227, AP238, AP244,
AP271, AP375, AP379, AP380,

AP389, AP447
FRANCO FILHO, E.....AP202, AP208,
AP401
FRANCOLOSO, M.....AP421, AP426
FREIRE, APCF.....AP32
FREITAS, AKE.....AP203
FREITAS, BD.....AP404, AP467, AP487
FREITAS, IDP.....AP406
FREITAS, TP.....AP138
FREITAS, WVM.....AP257
FRIEDRICH, FO...AP279, AP281, AP282,
AO10, AO11, AO12
FRITSCHER, CC.....AP338
FRITSCHER, LG...AP322, AP399, AP460,
AP496, AP509
FRITZEN, M.....AP85, AP86
FRÖHLICH, LF.....AO4, AO5
FROTA, DP.....AP299
FROZI FILHO, A....AP91, AP98, AP243
FRUTUOSO, JMMS.....AO59
FUKUDA, CY.....AP177, AP311, AO30
FURIAN, B.....AP187, AP248
FURLANETTE, G.....AP457
FURRIEL, AP.....AP161, AP162, AP165,
AP181, AP227, AP238, AP271

G

GABRIEL, DA.....AO54
GAIOLLA, PSA.....AO85
GALEGO, CAS.....AP4, AO3
GALVÃO, BS.....AP436, AP472
GAMA, BOO.....AP18
GAMA, FO.....AP18
GAMA, LMS.....AP327
GAMA, PO.....AP206
GAMA, VCV.....AP299
GARCIA, AK.....AP94, AP107, AP223,
AP347, AP449
GARCIA, E.....AP14, AP262
GARCIA, LMC.....AP501
GARCIA, M.....AO47
GARCIA, RDT....AP2, AP27, AP28, AO9
GARCIA, T.....AO7, AO85
GARROTE, MS.....AP81, AO18, AO19
GARROTE FILHO, MSAP8, AP11, AP16,
AP46
GASS, R.....AO5
GAZZANA, MB.....AP89, AP90, AP91,
AP93, AP96, AP98, AP99, AP171,
AP194, AP211, AP213, AP243,
AP352, AP399, AP400, AP501, AO24
GEISER, D.....AP364
GELEILETE, TJM.....AP448
GENERALIS, SC.....AP349
GEWEHR, DM.....AO20
GHELLER, B.....AP78, AP355
GHISI, CU.....AP421, AP426
GIANNINI, JR.....AP371
GIMENES, C.....AP276
GIMENEZ, A.....AP177, AP184, AP311,
AP312, AP318, AO34
GIOIA, LN.....AP168
GIORGETTI, M....AP103, AP181, AP196,
AP198, AP244, AP271, AP324,
AP375, AP379, AP380, AP389
GODOY, I.....AP13, AP19, AP38, AP475,
AO7, AO85, AO88
GOLDENBERG, T.....AO60
GOMES, AS.....AP374, AP384
GOMES, BAN.....AP257
GOMES, BBC.....AP301
GOMES, CW.....AP120, AP134, AP434,
AO46
GOMES, FF.....AP8, AP11, AP16, AP46
GOMES, GP.....AP217, AP228, AP239,

AP245
GOMES, IPF.....AP487
GOMES, IS.....AP292
GOMES, M.....AP222, AP392
GOMES, PEI.....AP40
GOMES, PHG.....AP500
GOMES, PR.....AP40
GOMES, PS.....AP177, AP184, AO34
GOMES, RRI.....AP40
GOMES FILHO, RJ.....AP251, AP255
GOMES NETO, A..AP140, AP419, AO76,
AO78
GONÇALVES, AV.....AP298, AP341
GONÇALVES, BD.....AP301
GONÇALVES, CA.....AP125
GONÇALVES, CEA.....AP309
GONÇALVES, EF.....AP104, AP221
GONÇALVES, GB.....AP328
GONÇALVES, MLT.....AP24, AO25
GONÇALVES, RC.....AP331
GONÇALVES, RJP.....AP151, AP154,
AP417, AP418
GONDIM, HDC...AP272, AP358, AP367,
AP368, AP370, AP409, AP416,
AP468, AP471, AP492, AP497, AP512
GONZAGA, MLJS.....AP457
GOULART, G.....AP346
GOUVEIA, PAC....AP210, AP351, AP435
GOUVEIA, TS.....AP478
GRAÇA, NP.....AP201, AP207, AP229,
AP289
GRASSI, MF.....AP475, AO88
GRAVINA, DS.....AP7
GRECCO, FL.....AP97
GREENHALGH, VS.....AP192, AP195,
AP451, AO73
GRESELE, M.....AP63, AP64, AP412,
AP420, AO14
GRISOTTO, ACD.....AP374, AP384
GROHS, LB.....AP52, AP100, AP215,
AP369
GROSSO, FC.....AP78, AP355
GUEDES, JM.....AP288, AP296
GUERREIRO, IGV.....AP60, AP462
GUIMARÃES, AB.....AP362, AP402
GUIMARÃES, AC.....AP301, AO84
GUIMARAES, ALB.....AP275, AP378,
AP415
GUIMARÃES, ARM.....AP176
GUIMARÃES, EV..AP247, AP302, AP382
GUIMARÃES, FS.....AP319
GUIMARAES, HD..AP129, AP293, AP295
GUIMARÃES, IB.....AP65, AP68, AP73
GUIMARÃES, VA.....AP489, AP493
GUIMARAES, VC.....AP51
GUIMARAES, VP..AP308, AP310, AO56

H

HAHN, R.....AP52
HASAN, R.....AP260
HEINZMANN FILHO, JP.....AO12
HELLMANN, S.....AP200
HELOU, ICFO.....AP69, AP81, AP83,
AP144, AP285, AP291, AO18, AO19
HERNANDEZ, CJAP237, AP270, AP322,
AP336, AP338, AP340, AP509
HIROTSU, C.....AO55
HOCHHEGGER, BAP187, AP336, AP338
HOLANDA, BC.....AP419, AO76, AO78
HOLANDA, MA.....AP385
HOLZ, IM..AP82, AP214, AP223, AP232,
AP249, AP250, AP347, AP511
HORA, ÁL.....AP316
HORTENSE, AB.....AO35, AO38
HYBNER, MLTM.....AP233

I

IMPAGLIAZZO, SP... AP77, AO15, AO16
INIGUEZ, CLM.....AP459
ISHIZAVA, RT.....AP268, AP359
ITO, GMF.....AP59
IVANAGA, IT.....AP87
IVO, MB.....AP92

J

JABOUR, FAA.....AP465
JACOMELLI, M...AP152, AP155, AP156,
AP157, AP158
JANUZZI, WA.....AP249
JARAMILLO, DAG.....AP156, AP357
JARDIM, JR.....AP55
JESUS, JCC.....AP444
JESUS, JEB.....AP124, AP313, AP314,
AP315
JESUS, OR.....AP120, AP134, AP456,
AP481, AO46
JESUS, RM.....AP139, AP141, AP485
JONES, MH.....AP279, AP281, AP282,
AO10, AO11, AO12
JORDAIM, BV.....AP514
JORGE, MP.....AP376
JOSÉ, A.....AP138, AO50
JR, ACGB.....AP372, AP407, AP414,
AP488, AP498
JR, BFC.....AP473, AP483
JR, GF.....AP427
JR, IB.....AP25
JR, MFS.....AO77
JUDICE, LF.....AP151, AP154, AP417,
AP418

K

KAIRALLA, RA...AP191, AP199, AP236,
AP240, AP491, AP495, AO32
KARSBURG, LL.....AP63
KASAI, GKS.....AP339, AP393
KAUFFMANN, RR.....AP78, AP355
KAWANO-DOURADO, L.....AO32
KAWANO, N.....AP457
KISSMANN, G.....AP465
KOIKE, LV.....AP67, AP363
KOWN, N.....AP286
KRAEMER, CF...AP237, AP322, AP338,
AP340, AP460, AP509
KRETZER, MR.....AP18
KUBRUSLY, LF.....AO20

L

LAAN, HSVD.....AP474, AP480
LACERDA, ALI.....AO15
LAGO, PD.....AO8
LANZA, FC.....AO50
LAPA, MS.....AP48, AO2, AO6
LASTEBASSE, FG..AP82, AP347, AP511
LAVIGNE, PT.....AP112
LAZZARONI, PHDG.....AP206
LEAL, DAG.....AP265
LEAL, LF.....AP89
LEAL, TM.....AP66, AP423
LEÃO, PS.....AP88, AO21
LEITÃO, CCS.....AP435
LEITÃO, LS.....AO50
LEITÃO, MMCE.....AP435
LEITE, NB.....AP24, AO25
LEME, JAV.....AP335
LEME, MST.....AP407, AP444
LEMON, ACM.....AP44, AP45, AP288,
AP296

LEMON, DP.....AP280
LEMON, MS.....AP121
LEMON, PCO.....AP135, AP470
LERSCH, AGS.....AP62, AP72, AP104,
AP323, AP420, AO13
LEUNG, JAM.....AP148, AP356, AP429,
AP433, AP443, AO80, AO83
LEUTHIER, RM.....AP269
LEVY, R.....AP176, AP186
LIDTKE, GS.....AP97
LIMA, AR.....AO43
LIMA, AS.....AP115, AP438
LIMA, E.....AP152, AP156
LIMA, EFS.....AP272, AP358, AP367,
AP368, AP370, AP403, AP409,
AP410, AP416, AP468, AP471,
AP492, AP497, AP512
LIMA, ES.....AP106, AP205, AO17
LIMA, FB.....AP448
LIMA, FF.....AP40
LIMA, FIA.....AP428
LIMA, FMB.....AP362, AP402
LIMA, GF.....AP477
LIMA, ICC.....AP469
LIMA, LC.....AP345
LIMA, LCM.....AP92
LIMA, LPM.....AP404, AP428, AP467,
AP487
LIMA, MA.....AP421, AP426
LIMA, MCC.....AP283, AP287, AP294,
AP304
LIMA, MEPLS.....AP95, AP241
LIMA, ML.....AP109, AP227
LIMA, MRAA.....AP104, AP450
LIMA, MS.....AP214, AP232, AP249,
AP250, AP449, AO35, AO38
LIMA, MSC.....AP142
LIMA, NF.....AP394
LIMA, NQQR.....AP477
LIMA, RG.....AP273
LIMA, RM.....AP141
LIMA, SRH.....AP373
LIMA, TFM.....AP145, AP278
LIMAS, WO.....AO68
LINS, HAA.....AP192, AP195, AP212,
AP451
LINS, JS.....AP274
LITRENTO, PF...AP172, AP197, AP204,
AP309
LOIVOS, LP.....AP133, AP508
LONGO, JPF.....AP180
LONZETTI, L.....AP187
LOPATA, LN.....AP448
LOPES, AJAP77, AP176, AP179, AP309,
AP316, AP319, AO16
LOPES, EA.....AP125
LOPES, LAO.....AP222, AP392
LOPES, MC.....AP197, AO31, AO36
LOPES, NR.....AP111
LOPEZ, JMA.....AO71
LOUREIRO, CMC.....AP320
LOUREIRO, LS.....AP482
LOYOLA, FMM.....AP108
LUCAS, VS.....AP201, AP207, AP229,
AP506
LUCENA, CCJ.....AP58
LUMERTZ, MS.....AP106, AP205
LUNA, CF.....AP119, AP298
LUNDGREN, FLC AP119, AP175, AP341
LUPORINI, LDT.....AP41
LUZ, MM.....AP43

M

MACCHIONE, MC.....AP146, AP174,
AP209, AP218, AP359, AP378,

AP415, AO68
MACEDO, LG.....AP119, AP298
MACEDO, MFO.....AP401
MACEDO, RF.....AP372, AP414, AP488,
AP498
MACEDO, SEC.....AP474, AP480
MACEDO NETO, AV.....AP99
MACHADO, AM..AP237, AP322, AP336,
AP340, AP460, AP509
MACHADO, BG.....AP247, AP382
MACHADO, CA.....AP125
MACHADO, CC.....AO17
MACHADO, FP.....AO71
MACHADO, GM.....AP142
MACHADO, JR.....AP398, AO22, AO69,
AO70
MACHADO, LHS.....AP20, AP26, AP38,
AP290, AO7, AO58
MACHADO, NC.....AO2, AO6
MACHADO, S.....AP307
MACIEL, HS.....AP448
MAESTRI, RN.....AP90
MAFORT, TT.....AP15, AP159, AP160,
AP166, AP172, AP173, AP316,
AP356, AP397, AP441, AP494, AO79
MAFRA, LK.....AO15
MAGALHÃES-DA-SILVEIRA, FJ...AO40,
AO41, AO42
MAGALHAES, ALF.....AO24
MAGALHAES, EMS.....AP326
MAGALHÃES, RMA.....AP326
MAGALHÃES, RS.....AP372, AP407,
AP414, AP488, AP498
MAGRI, LD.....AP234
MAIA, ALS.....AP400
MAIA, CFA.....AP80, AP135, AP470
MAIA, CSAP446, AP454, AP455, AP463
MAIA, IS.....AP6, AP252, AP308, AP310,
AP502, AO56
MANCUZO, EV.....AO33, AO37, AO55
MANN, KC.....AP97
MANOEL, AL.....AP42
MANTOVANI, CML.....AP168
MANZANO, RM.....AP276
MARANHÃO, LC.....AP491
MARANHÃO, PBA.....AP95
MARANHÃO, RD..AP108, AP473, AP483
MARCH, MFP.....AP437
MARCHIORETTO, VP.....AP23, AO86
MARCHIORI, RC.....AP97, AP411
MARCOLIN, G.....AP98, AP243
MARCONDES, MA.....AP445, AP446,
AP454, AP455, AP463
MARIANI, AW.....AP350, AO61
MARIANO, IR.....AP242, AP342, AP353,
AP386, AP490, AP503, AP504
MARINHO, JM.....AP387
MARINHO, RS.....AP41
MARIZ, HA.....AP210
MARKMAN- FILHO, B.....AP119
MARKMAN, DL.....AP298
MARQUES, DS.....AP39
MARQUES, EPO AP272, AP358, AP367,
AP368, AP370, AP409, AP410,
AP416, AP468, AP471, AP492,
AP497, AP512
MARQUES, FF.....AP71, AP76, AP117,
AP131, AP405, AO63, AO64
MARQUES, KS.....AP435
MARQUES, LZ.....AP270
MARQUES, TC.....AP53, AP328
MARQUES JUNIOR, LCLAP109, AP181,
AP196, AP198, AP227, AP244,
AP271, AP324, AP375, AP379,
AP380, AP389
MARQUEZONI, DP.....AP219
MARREIROS, TV.....AO82

MARTINELI, AMMS.....AP49
MARTINEZ, JAB.....AP88, AP225, AO21,
AO22, AO35, AO38, AO39
MARTINEZ, R.....AO21
MARTINS, AI.....AP90
MARTINS, CLFS.....AP74
MARTINS, FC.....AP260
MARTINS, LB.....AP237, AP322, AP336,
AP338, AP340, AP509
MARTINS, LF.....AP253, AP256, AP265
MARTINS, LSAC.AP110, AP390, AP408,
AP513, AP515
MARTINS, MA.....AP110, AP220, AP225,
AP408, AP513
MARTINS, MHP.....AP146, AP275
MARTINS, PS.....AP437
MARTINS, RB.....AP177
MARTINS, RLM.....AP361, AO48, AO65
MARTINS, TKB.....AP248, AP336, AP338,
AP340, AP381, AP460, AP496
MARTINS, VCV.....AO71
MASCARENHAS, KAOS.....AP477
MASCHI, MMD.....AP62
MASSUDA, L.....AP200
MASSUTTI, AM.....AP421
MATEUS, SP.....AP143, AP148, AP150
MATIAS, SLK.....AP82,
AP94, AP214, AP223, AP232, AP249,
AP250, AP347, AP449, AP511
MATOS, LUI.....AP105, AP251, AP255
MATOS, PM.....AP151, AP154, AP417,
AP418
MATOS, RC.....AP257
MATOS, RL.....AP308, AP310, AO56
MATOS, RP.....AO67
MATSUNAGA, NY.....AP69, AP81, AP83,
AP144, AP285, AP291, AO18, AO19
MATTE, DL.....AP188
MATTOS, WLLD AP104, AP221, AP412,
AP420, AP450
MAURICIO, AV.....AO85
MAZÓ, NMP.....AP210
MECIEIRA, JC.....AP202
MEDEIROS, ACP.....AP136
MEDEIROS, B.....AP14
MEDEIROS, CBC.AP247, AP302, AP382
MEDEIROS, HD.....AO27, AO28, AO72
MEDEIROS, IL.....AP140
MEDEIROS, LA.....AP8, AP11, AP46
MEDEIROS, LMC.....AP385
MEDEIROS, LMM..AP71, AP76, AP111,
AP117, AP131, AP405, AO63, AO64
MEDEIROS, LNC.....AP457
MEDEIROS FILHO, MC.....AP80
MEDEIROS NETO, AH...AP192, AP195,
AP212, AP216, AP230, AP235,
AP354, AP430, AP451, AO73
MEGDA FILHO, JR.....AP476
MEIRELLES, MP.....AP461
MELLO, FCQ.....AP443, AO40, AO41,
AO42, AO60, AO62, AO80
MELLO NETO, AB.....AP97
MELO, FX.....AP361, AO85
MELO, JBC.....AP365
MELO, JVM.....AP325
MELO, LB.....AP234
MELO, LCS.....AP387
MELO, NSA.....AP422
MELO, SMD.....AP317, AP321
MELO, TLB.....AP52
MENDES, AKT.....AP280
MENDES, FCL.....AP261
MENDES, GS.....AP425
MENDES, KSP.....AP307
MENDES, NCMN.....AP46
MENDES, PRA.....AP488
MENDES, TS.....AP273

MENDES JUNIOR, MR.....AP280
MENDONÇA, AEA.....AP242, AP342,
AP353, AP386, AP490, AP503,
AP504, AP505
MENDONÇA, LM.....AP273
MENDONÇA, MNPS.....AP36, AP137,
AP315, AP432, AP439, AO53
MENDONÇA, NAAP217, AP228, AP239,
AP245, AP360
MENDONÇA, NSD.....AP242
MENDONÇA, PCAP146, AP174, AP218,
AP359, AP378, AP415
MENDONÇA, TM.....AP273
MENEHINI, AC..AP1, AP4, AP22, AO3
MENEZES, EO.....AP120, AP134, AP434,
AP456, AP481, AO46
MENEZES, JWR.AP124, AP130, AP395,
AP413, AP432
MENEZES, LO.....AP114, AP115, AP124,
AP130, AP132, AP137, AP273,
AP314, AP413, AP432, AO53
MENEZES, MB.....AP220
MENEZES, MR...AP120, AP134, AP456,
AO46
MENEZES, TCF.....AP103
MENEZES, VM.....AO8
MESQUITA, CB.....AP19, AP20, AP26
MICHEL, GT.....AP97, AP411
MIGLIORI, GB.....AP437
MIGUEZ, JP.....AP436, AP472
MIMIÇA, LMJ.....AP61
MIMOTO, TB.....AP146
MINAMOTO, H.....AO74, AO77
MINASI, LB.....AP251, AP255
MIRANDA, AM...AP192, AP195, AP212,
AP216, AP451, AO73
MIRANDA, GFM.....AP193
MIRANDA, RHS.....AP406
MIRANDA, RR.....AP222, AP392, AP491
MIRANDA, SS.....AO55
MIRON, RGD.....AO47
MISAO, EB AP82, AP94, AP107, AP449,
AP511
MISSRIE, I.....AO33
MITTELDORF, C.....AP155, AP157
MONTAL, AB.....AP283, AP287, AP294,
AP304
MONTALVÃO, PSD.....AO82
MONTE, LFV.....AP74
MONTEIRO, ER.....AP231, AP337
MONTEIRO, IC.....AP168
MONTEIRO, JTC.....AP301
MONTEIRO, LC.....AP65, AP68, AP73
MONTEIRO, NMC.....AP125
MONTESSI, J.....AP170
MORAES, AA.....AP241
MORAES, BG.....AP169
MORAES, CAVN.AP115, AP124, AP130,
AP313, AP395
MORAES, FEM.....AP440
MORAES, HP.....AP441
MORAES, JR.....AP71, AP76, AP117,
AP131, AP405, AO63, AO64
MORAES, LD.....AP330
MORAES, LR.....AP104, AP221, AP412
MORAES, PVB.....AP371, AP377
MORAIS, BEB.....AO7
MORAIS, CMAP69, AP81, AP83, AP144,
AP285, AP291, AO18
MORAIS, EP.....AP66, AP423
MORAIS, J.....AP180
MORAIS, VHA.....AO82
MORAIS, VM.....AP507
MOREIRA, AAAS.....AO57
MOREIRA, ALS.....AP323
MOREIRA, HT.....AP110
MOREIRA, JVF.....AP303

MOREIRA, KES.....AP287, AP304
MOREIRA, MAC.AP217, AP228, AP239,
AP245
MOREIRA, MM.....AP12
MOREIRA, PH.....AP360
MOREIRA JUNIOR, VT.....AP39
MORIS, MES.....AP457
MOTA, IC.....AP251
MOTA, NC.....AP140, AP419, AO76
MOTTA, JPS.....AP153
MOURA, ACP.....AP440
MOURA, CMP.....AP85, AP86
MOURA, GO.....AP510
MOURA, KBA.....AP23, AO86
MOURA, MA.....AP276
MOURA, ME.....AP442, AP455, AP466
MOURAD, OMA.AP151, AP154, AP417,
AP418
MOYA, MI.....AP51
MUNIZ, FPMC...AP172, AP266, AP309,
AP433, AO43
MUNIZ, JPC.....AP75
MURAD, VA.....AP79, AO52
MURAGUCHI, H.....AP145, AP278
MURAKAMI, L.....AP75
MURTA, PM.....AP482

N

NADAI, TR.....AO39
NAGY, ALAP152, AP155, AP157, AP158
NAJAS, CS.....AO48
NASCIMENTO, AV.....AP449
NASCIMENTO, CRA.....AO71
NASCIMENTO, DZ.....AP187
NASCIMENTO, E.....AO21
NASCIMENTO, IC.....AP436, AP472
NASCIMENTO, JR.....AP436, AP472
NASCIMENTO, JS.....AP385
NASCIMENTO, RS.....AO45
NASI, A.....AO74
NASSAR, F.....AP14
NAVES, MO.....AP127
NEDER, JA.....AO4, AO5, AO50
NEIVA, JPM.....AP331
NEPOMUCENO, NA.....AO75
NEVES, CMC.....AP381
NEVES, DVOB.....AP387
NEVES, MCLC.....AP44, AP45, AP288,
AP296, AP334
NICOLINI, EM.....AP170
NISHIMURA, C.....AP335
NOAL, RB.....AP474
NOBRE, LFS.....AP101
NOGUEIRA, CT.....AP121
NOGUEIRA, DCB.....AP351
NOGUEIRA, DL.....AP13
NOGUEIRA, GA..AP445, AP446, AP454,
AP455, AP463
NOGUEIRA, LPA AP178, AP233, AP348,
AP486, AO66
NOGUEIRA, MDO.....AP112
NOGUEIRA, MF.....AP14, AP323
NOGUEIRA, MPPS.....AP442, AP445,
AP463
NOGUEIRA, RRS.....AP339, AP393
NORONHA, AJ.....AP397, AP514
NORONHA FILHO, M.....AP58
NUNES, DP.....AP203, AP364
NUNES, PCM.....AP300

O

OLIVEIRA-BRAGA, KA.....AO75
OLIVEIRA, AL.....AP80, AP469
OLIVEIRA, AN.....AP458

OLIVEIRA, AO AP436, AP472
OLIVEIRA, BM AP303, AP469
OLIVEIRA, BP AP242, AP342, AP353,
AP386, AP490, AP503, AP504, AP505
OLIVEIRA, CA AP231, AP337
OLIVEIRA, DPM AO27, AO28, AO72
OLIVEIRA, EJS AP129
OLIVEIRA, EP AP350, AP453, AO61,
AO67
OLIVEIRA, FA AP62
OLIVEIRA, FC AP219
OLIVEIRA, FND AP152, AP156
OLIVEIRA, GF AP337
OLIVEIRA, GG AP209
OLIVEIRA, HMMG AP431, AP465
OLIVEIRA, ID AP337
OLIVEIRA, LA AP317, AP321
OLIVEIRA, LAS AP264, AP479, AO44
OLIVEIRA, LG AP451
OLIVEIRA, LOH AP82, AP214, AP223,
AP347
OLIVEIRA, LSD AP373
OLIVEIRA, MA AP269
OLIVEIRA, MC AP167
OLIVEIRA, MERC AP469
OLIVEIRA, MGG AO27, AO28, AO72
OLIVEIRA, MH AP102
OLIVEIRA, MQ AP146, AP275
OLIVEIRA, MR AP199, AP236, AP495
OLIVEIRA, PQL AP298
OLIVEIRA, RC AP127
OLIVEIRA, RJF AP507
OLIVEIRA, RK AP87
OLIVEIRA, RRC AO73
OLIVEIRA, T AP448
OLIVEIRA, TAA AP35
OLIVEIRA, TCB AP10, AP206
OLIVEIRA, TG AO1
OLIVEIRA, VL AP461
OLIVEIRA, WGA AP35, AP53, AP59,
AO59
OLIVEIRA, YC AP482
OLIVEIRA FILHO, JRB AP191, AP199,
AP236
OLIVEIRA JUNIOR, LV AP64, AP221,
AP450, AO13
ONGARATTO, R AO17
OTA, JS AP87, AP103, AP109, AP447
OTA, LH AP161, AP162, AP165
OTSUKA JUNIOR, LF AP425
OXLEY, G AO12

P

PACAGNELLI, FL AP258
PACHECO, BO AP324
PACHECO, GTO AP376
PACHECO, LC AP6, AP252, AP502
PACHECO, RP AP376
PÁDUA, AI AP88, AP110, AO21, AO22,
AO39
PAES, FGS AP145
PAIS, JES AP217, AP228, AP239,
AP245, AP360
PAIVA, IKD AP299
PAIVA, SA AO85
PAIXÃO, JÁN AP293, AP295, AO54
PALOMINO, ALM AP158
PALUDO, L AP270
PANDORI, ALS AP267
PARREIRA, ALB AP125
PARREIRAS, GC AP486
PASCHOAL, IA AP12, AP22
PASCHOAL, ME AP133
PASCHOALINI, MS AP34
PASQUALOTTO, LT AP253, AP256,

AP265
PASSOS, FN AP44, AP45
PASSOS, MPS AP476
PAULA, AG AP242, AP342, AP353,
AP490, AP503, AP504, AP505
PAULA, TC AP475, AO88
PAZ, AR AP195, AP230, AP354, AP430
PEDROSA, CS AO45
PEDROSA, RSL AP71, AP76, AP117,
AP131, AP405, AO63, AO64
PÊGO-FERNANDES, PM AO74, AO75,
AO77
PEIXOTO, EM AP440
PELIN, VCS AP175, AP341
PELLEGRINI, FR AP260
PELÓGGIA, SMM AP302, AP516
PENIDO, FO AP320
PERALTA, AL AP38, AP290, AO7, AO58
PEREIRA, CAC AP177, AP181, AP184,
AP193, AP196, AP198, AP227,
AP238, AP244, AP308, AP310,
AP311, AP312, AP318, AP389, AO30,
AO33, AO34, AO37, AO55, AO56
PEREIRA, G AO79
PEREIRA, JAC AP67, AP363
PEREIRA, JFCA AP84, AP329, AP366
PEREIRA, LTA AP202, AP208, AP274,
AP464, AP500
PEREIRA, MC AP1, AP4, AP12,
AP22, AP372, AP407, AP414, AP488,
AP498, AO3
PEREIRA, MM AP74
PEREIRA, RS AO52
PEREIRA, TA AP267
PEREIRA, WC AP145
PEREIRA JÚNIOR, AA AP406
PEREIRA JÚNIOR, CB AP328
PERERA, DN AP278, AP297, AP346
PERES, MMW AP35
PEREZ, R AP66, AP75, AP423
PERROUD, MW AP372, AP407, AP414,
AP444, AP488, AP498
PESSI, GM AP23, AO86
PICCOLOTTO, G AP93
PIMENTEL, AA AO47
PIMENTEL, M AP96
PINCELLI, MP AP6, AP23, AP101,
AP188, AP252, AP502, AO86
PINHEIRO, AN AP145
PINHEIRO, DOBP AP371
PINHEIRO, MF AP303
PINHEIRO, OC AP140
PINHO, LG AP332
PINTO, ACS AP65, AP68, AP73
PINTO, GAB AP320
PINTO, GRF AP47, AP176, AP204,
AP289, AP343
PINTO, LA AP106, AP205, AO10, AO11,
AO17
PINTO, LS AP419, AO76, AO78
PINTO, MF AP343
PINTO, RC AP141, AP305
PIO, MG AP514
PIRES, JGF AP269
PIRES, LN AP344, AP383, AP427
PISSULIN, FDM AP258, AO47, AO48
PITREZ, PM AP205, AO10, AO11
PIZZICHINI, E AP188, AP286
PIZZICHINI, MMM AP188
PLACHI, F AO4, AO5
PONTE, IM AP58
PONTES, ABM AO76
PONTES, NS AP53
PORTELA, DS AP452
PORTELA, NS AP440
PORTO, ACM AP354
PORTO, FG AP327

PORTO, IOP AP135, AP470
PORTO, LC AP21, AP33
POSSÍDIO, LJC AP175, AP341
POZZAN, R AP21, AP33
PRADO, FFM AP332
PRADO, GF AP396
PRATA, TA AP178, AP233, AO55
PRATES JUNIOR, JPK AP459
PRETO, PC AO20
PROENÇA, MGL AP478
PRUDENTE, RA AP19, AP20, AP26,
AP290, AO58
PUCCI, A AP344, AP383
PULCHERO, JOB AP129

Q

QUARESMA, IC AO84
QUARESMA, RSA AP301, AO84
QUEIROZ, AAG AP36, AP115, AP137,
AP313, AP413, AP432, AP438
QUEIROZ, CF AP44, AP45, AP288,
AP296
QUEIROZ, LF AP335, AP458
QUEIROZ, ML AP403
QUEIROZ JUNIOR, JLR AP21, AP33,
AP47, AP204, AP309, AP319, AP397,
AO83
QUINTANILHA, AP AP437
QUINTELA, LR AP44, AP45
QUIZHPE, PJ AP357

R

RABAH, M AP164, AP479, AP517
RABAH, MF AP2, AP24, AP27, AP28, AP51, AP54,
AP55, AP105, AP111, AP164, AP251,
AP254, AP255, AP386, AP479,
AP517, AO9, AO25, AO40, AO41,
AO42, AO49, AO51, AO81, AO82
RACHED, SZ AP138, AP139, AP141,
AP357
RAINHO, CAAP398, AO22, AO69, AO70
RAMIREZ, JMA AP400
RAMOS, D AP32, AP35, AP40, AP53,
AP59, AP478, AO59
RAMOS, EMC AP32, AP40, AP478,
AO59
RAMOS, FSD AO35
RAMOS, GP AP6, AP252, AP502
RAMOS, IS AP482
RAMOS, LA AP270
RAMOS, RP AP87
RAMOS, TM AP288, AP296
RAMPELOTTI, TG AP62
RANGEL, MP AP246, AP302, AP516
RASSI, RH AP308, AP310, AO56
RÊ, A AP17, AP31, AP42
RÊ, D AP9
RECCO, JC AP134, AP434, AP481,
AO46
RECH, JVT AP85, AP86
REINALDO, GP AO8
REINEHR, J AP381
REINER, GL AP18
REIS, C AP9, AP17, AP31, AP42
REIS, CM AP102
REIS, EC AP52, AP100, AP215, AP369
REIS, LC AP246, AP302, AP516
REIS, LM AP151, AP154, AP417, AP418
REIS, LVT AP143, AP148, AP150,
AP159, AP160, AP166, AP172,
AP173, AP316, AP494, AP514
REIS, MAS AP10
REIS, OG AP135, AP469, AP470

RESENDE, ACL...AP103, AP109, AP161,
AP162, AP165, AP181, AP196,
AP227, AP238, AP244, AP271,
AP320, AP324, AP375, AP379,
AP380, AP389, AP447
RESENDE, DM.....AP474
RESENDE, IAD.....AP402
RESENDE, LS.....AP486
RESENDE, PN.....AP461
RESENDE, RC.....AP251, AP255
REZENDE, CJ.....AP206
REZENDE, DNC.....AO19
REZENDE, GR.....AP44, AP45
REZENDE, PC.....AO68
REZENDE, R.....AP246, AP247, AP382
REZENDE NETO, CP.....AP78, AP355
RIBEIRO-PAES, JT.....AO2, AO6
RIBEIRO, A.....AO23
RIBEIRO, AEB.....AP288, AP296
RIBEIRO, AS.....AP388
RIBEIRO, AWS...AP2, AP27, AP28, AO9
RIBEIRO, FAC.....AP111, AP255, AO81,
AO82
RIBEIRO, GF.....AP75
RIBEIRO, IH.....AO1
RIBEIRO, IOES.....AP373
RIBEIRO, LAN.....AP102
RIBEIRO, LD.....AP151, AP154, AP417,
AP418
RIBEIRO, M.....AP78
RIBEIRO, TGS.....AP129, AP293
RIBEIRO, VP.....AP107
RIBEIRO NETO, IM.....AP274, AP401
RICCI, MDM.....AP307
RIECHI, JC.....AP339, AP393
RIGATTI, B.....AO13
RILEY, JH.....AP286
RIOGA, GMP.....AP178, AP233, AP332,
AP333, AP348, AP486, AO66
RISCADO, FLFBA.....AP361, AO65
RIVABEN, JH.....AP425, AO71
ROBLES, E.JL.....AP169
ROBLES, EL.....AP187
ROCHA, APC.....AP332, AP333
ROCHA, ARN.....AP231, AP337
ROCHA, BML.....AP103, AP198, AP238,
AP244, AP324, AP375, AP379,
AP380, AP389
ROCHA, BVP.....AP404, AP428, AP467,
AP487
ROCHA, FL.....AP371, AP377
ROCHA, G.....AP100
ROCHA, GHS.....AP302, AP516
ROCHA, LPS.....AP422
ROCHA, LRM.....AP230, AP235, AP354,
AP430
ROCHA, MGCP...AP309, AP356, AP397,
AP441
ROCHA, PB.....AP67, AP247, AP363,
AP516
ROCHA, RA.....AP317, AP321
ROCHA FILHO, JA.....AP163, AP387
RODRIGUES, AA.....AP127
RODRIGUES, AJ.....AP152, AP158
RODRIGUES, BB.....AP71, AP76, AP111,
AP117, AP131, AP405, AO63, AO64
RODRIGUES, CAA.....AP328
RODRIGUES, GA.....AP170
RODRIGUES, GV.....AP261
RODRIGUES, IFS.....AO77
RODRIGUES, KRR.....AP102, AP328
RODRIGUES, LB.....AP10
RODRIGUES, LF.....AP351, AP435
RODRIGUES, LM.....AP299
RODRIGUES, LS.....AP173, AO31, AO79
RODRIGUES, MM.....AP94, AP107
RODRIGUES, MO.....AP253

RODRIGUES, MP...AP330, AP361, AO65
RODRIGUES, MSB.....AP113, AO26
RODRIGUES, MT.....AP222, AP392
RODRIGUES, RBE.....AP157
RODRIGUES, RFD.....AP358, AP368,
AP409, AP410, AP416, AP468,
AP492, AP512
RODRIGUES, RM.....AP474
RODRIGUES, RP.....AP85, AP86
RODRIGUES, SCS.....AP214, AP232,
AP249, AP250, AO35, AO38
RODRIGUES, WJMS.....AP161, AP162,
AP227
ROGOWSKI, R.....AP360
ROLIM, MM.....AP175, AP341
RÔLO, CMF.....AP192
ROPELATO, DN.....AP421, AP426
ROSA, EAS.....AP116, AP118, AP122,
AP182, AP189, AP190
ROSA, FW.....AP3, AP283, AP294
ROSA, JP.....AP281
ROSA, KM.....AO17
ROSA, RF.....AP331
ROSA, RFM...AP62, AP63, AP64, AP72,
AO13, AO14
ROSA, VM.....AP290, AO58
ROSAS, IO.....AO32
ROSSO, AV...AP29, AP30, AP37, AP123,
AP128
RUAS, AC.....AP225
RUBIN, AS.....AP14, AP187
RUBINSTEIN, IVFS.....AO15
RUBIRA, CJ.....AP427
RUIZ, LM.....AO75

S

SÁ, ARD.....AP391
SÁ, NM.....AP257
SÁ, VK.....AP398, AO69, AO70
SADIGURSKY, LV.....AO55
SÁ FILHO, JBC.....AP280, AP346
SAITO, MCP.....AP146, AP174, AP218,
AP359, AP378, AP415
SALEM, SM.....AP293
SALES, JM.....AP230, AP451
SALES, LHM.....AP231, AP337
SALES, RKB.....AP350, AP357, AP365,
AP453, AO61, AO67
SALES, TRM.....AP425
SALGUEIRO, GR.....AO20
SALLES, REB.....AP143, AP148, AP150,
AP159, AP160, AP166, AP397
SALLES, RIB.....AP143, AP143
SALLUM, R.....AO74
SALVADOR, MLS.....AP351
SALVATTORI, TC.....AP175
SAMANO, MN.....AP139, AP485
SAMPAIO, AC.....AP15
SAMPAIO, JPM.....AP307
SANCHES, G.....AO56
SANCHES, IB.....AP110, AP220, AP225,
AP390, AP513, AP515
SANDERS, IF.....AP79
SANTANA, APA.....AP202
SANTANA, BAA.....AO35
SANTANA, BEC.....AP469
SANTANA, BS.....AP297
SANTANA, CN.....AP202, AP208, AP274,
AP401, AP464
SANTANA, IAO.....AP114
SANTANA, JM.....AO84
SANTANA, MC.....AP274
SANTANA, MFS.....AP208
SANTIAGO, SKA.....AP295, AO54
SANTOS, ÁH.....AP25

SANTOS, AL.....AO21
SANTOS, ALP.....AO35
SANTOS, AMR.....AP476
SANTOS, AP.....AP281
SANTOS, APAL.....AP401
SANTOS, APG.....AP143, AP173,
AP356, AP429, AP433, AP443, AO79,
AO80, AO83
SANTOS, BM.....AP283, AP287, AP294,
AP304
SANTOS, CA.....AP256, AP265
SANTOS, CBS.....AP113
SANTOS, CP.....AP32, AP478
SANTOS, CRC.....AP135, AP470
SANTOS, DC.....AP174, AP218, AP277
SANTOS, DS.....
AP36, AP113, AP114, AP115, AP124,
AP132, AP137, AP274, AP313,
AP314, AP315, AP395, AP413,
AP432, AP438, AP439, AO26, AO53
SANTOS, EA.....AP140, AP419, AO76
SANTOS, EO.....AP458
SANTOS, G.....AP279
SANTOS, GPL.....AP35
SANTOS, HMC.....AP167
SANTOS, K.....AP43
SANTOS, KS.....AP109, AP161, AP165,
AP181, AP238, AP271, AP447, AP483
SANTOS, LFM.....AP476
SANTOS, LG.....AP142
SANTOS, LGF.....AP6, AP252, AP502
SANTOS, LL.....AP102, AP326, AP328,
AP510
SANTOS, LM.....AP155
SANTOS, LTC.....AP44, AP45
SANTOS, MA.....AP461
SANTOS, MACS.....AP223, AP306
SANTOS, MAM.....AP39
SANTOS, MB.....AP248
SANTOS, MC.....AP105, AP272, AP367,
AP368, AP370, AP403, AP410,
AP416, AP471
SANTOS, MCG...AP445, AP446, AP454,
AP463, AP466
SANTOS, MK...AP1, AP515, AO38, AO39
SANTOS, ML.....AP270, AP322
SANTOS, MO.....AP178, AP233, AP348,
AP486, AO66
SANTOS, NCPF.....AP387
SANTOS, PB.....AP41
SANTOS, PCC.....AP94, AP107, AP223,
AP449, AP511
SANTOS, RB.....AP97
SANTOS, SP.....AP292
SANTOS, TM.....AP72
SANTOS, UP.....AP240, AP305
SANTOS, VM.....AP149
SANTOS, WM.....AP253, AP256, AP265
SANTOS, WPG.....AP499
SANTOS JUNIOR, EG.....AP300, AP325
SANTOS NETO, JJ.....AP115, AP132,
AP137, AP314, AP395, AP438
SARAIVA, TCO.....AP499
SARMENTO, LEE.....AP385
SARMENTO, MBSOA.....AO27, AO28,
AO72
SASAGAWA, SM.....AP61
SAVIOLI, MTG.....AP447
SAWAMURA, MVY.....AP191, AO32
SCHACHT, APF.....AP411
SCHELDER, FB.....AP14
SCHELINI, KNM.....AP329
SCHERER, MR.....AP496
SCHEUCHER, DLZ.....AP8
SCHLINDWEIN, AD.....AP43
SCHMIDT, CM.....AP437
SCHNEIDER, A.....AP424

SCHNEIDER, BF.....	AP221, AO8, AO14	SILVA, MC AP39, AP202, AP208, AP401	SOUSA, NA.....	AP452
SCHNEIDER, MH.....	AP7, AP25, AP248	SILVA, MP. AP71, AP76, AP117, AP131,	SOUSA, TT.....	AP272, AP358, AP367,
SCHORR, F.....	AP262	AP405, AO63, AO64	AP368, AP370, AP409, AP410,	AP468, AP471, AP492, AP497, AP512
SCHUBERT, JS.....	AP289	SILVA, MS.....	AP113	AP167
SCHULTZ, K.....	AP312	SILVA, MVAP36, AP114, AP115, AP124,	SOUSA, VM.....	AP167
SCORDAMAGLIO, PR.....	AP156	AP130, AP132, AP137, AP313,	SOUSA JUNIOR, E.....	AO49
SCOTTA, MC.....	AO11	AP314, AP315, AP395, AP413,	SOUSA NETO, PI.....	AP346
SCUARCIALUPI, MEA.....	AP391	AP432, AP438, AP439, AO53	SOUTO, AC.....	AP424
SEABRA, JCT.....	AP167	SILVA, ND.....	SOUZA-MACHADO, C.....	AP113, AO26
SEGUNDO, MRA.....	AP354	SILVA, NGME.....	SOUZA, AES.....	AP326
SEIXAS, MTT.....	AP253, AP256	SILVA, NP.....	SOUZA, AWS.....	AP193
SEKIYA, EJ.....	AO2, AO6	SILVA, NR.....	SOUZA, BXO.....	AP124, AP137, AP313,
SELMAN, J.....	AP138, AO50	SILVA, NT.....	AP395, AP413, AP439	AP280
SERAFINI, J.....	AP203, AP364, AO29	AP182, AP189, AP190	SOUZA, CH.....	AP280
SERPA, FS.....	AP282	SILVA, RC.....	SOUZA, FO.....	AP339, AP393
SERRA, JPC.....	AP139, AP141, AP236,	SILVA, RM.....	SOUZA, GA.....	AP174, AP218, AP277
AP396, AP485, AP491		AP43	SOUZA, HSP.....	AP191
SEVERO, CR.....	AP203, AP364	SILVA, RMFME.....	SOUZA, IL.....	AP424
SHINJO, SK.....	AP191	AP259, AP263, AP514	SOUZA, LS.....	AP66, AP423
SIEBIGER, GR.....	AP7	SILVA, RVF.....	SOUZA, MB.....	AO15
SILVA- FILHO, R.....	AP254	SILVA, SAC.....	SOUZA, MR.....	AP116, AP118, AP122,
SILVA, AAM.....	AP278	SILVA, SAEHC.....	AP182, AP189, AP190	AO26
SILVA, AB.....	AP41	SILVA, SO.....	SOUZA, MS.....	AP25
SILVA, ABG.....	AP487	AP163, AP334	SOUZA, RM.....	AP331
SILVA, ACATE.....	AP84, AP366	SILVA, TAF.....	SOUZA, TV.....	AP5, AP15, AP50, AP57,
SILVA, ACG.....	AP299	SILVA, TC.....	AP261, AP484	AP102
SILVA, ALC.....	AP209	SILVA, TR.....	SOUZA JÚNIOR, JA.....	AP400
SILVA, ALS.....	AP142	AP105	SPINELLI, LF.....	AP70
SILVA, AP.....	AP288, AP296	SILVA, YD.....	SPINELLI, LM.....	AP158
SILVA, BFS.....	AP345	AP24, AO25	SPINOSA, GN.....	AP29, AP30, AP37,
SILVA, BRA.....	AP176, AP186, AP319,	AP298	AP123, AP128	AP48, AO2, AO6
AO31, AO36		SILVA FILHO, FJB.....	SQUASSONI, SD.....	AP103, AP271, AP306,
SILVA, BS.....	AP23, AP32, AO86	SILVA JUNIOR, JLR.....	AP324, AP375, AP379	AP23, AP85, AP86,
SILVA, CA.....	AP49	AP121, AP125,	STEIDLE, LJM.....	AP101, AP188, AO86
SILVA, CAME.....	AP180	AP127, AP135, AP136, AP470, AO51	STEIN, RT.....	AO10
SILVA, CLB.....	AP65, AP68, AP73	SILVA JÚNIOR, MPA.....	STELMACH, R.....	AP138, AP141, AP305
SILVA, DC.....	AP90	AP326	STIRBULOV, R.....	AP61
SILVA, DHM.....	AP174, AP218, AP267	SILVEIRA, CR.....	STIVAL, RSM.....	AP203, AP364
SILVA, DL.....	AP458	SILVEIRA, HR.....	STORCH, L.....	AP327
SILVA, DLA.....	AP175, AP341	SILVEIRA, K.....	STORRER, KM.....	AO33
SILVA, DPAP217, AP228, AP239, AP245		SILVEIRA, NP.....	STRACCIA, LC.....	AP4, AO3
SILVA, DS.....	AP274	AP123, AP128	SUSSEL, LT.....	AP457
SILVA, EC.....	AO51	SILVEIRA JUNIOR, JEB.....	SYLLA, MEG.....	AO47
SILVA, EJTM.....	AP216	AP151, AP154,	SZKLO, A.....	AP133, AP153
SILVA, EMMAE.....	AP482	AP417, AP418		
SILVA, FGE.....	AP341	SIMÕES, DM.....		
SILVA, FL.....	AP168	SIMON, KS.....		
SILVA, FU.....	AP422	SIMONAGGIO, LSS.....		
SILVA, GC.....	AP260	SIMONETI, CS.....		
SILVA, GS.....	AO48	SIMONETI, LEL.....		
SILVA, HLA.....	AP391	SIQUEIRA, DMML.....		
SILVA, HRS.....	AP136	SIQUEIRA, HR.....		
SILVA, IA.....	AP300	SIQUEIRA, LHS.....		
SILVA, IB.....	AP74, AP280	SIRACUSA, CC.....		
SILVA, IC.....	AO1	SOARES, AABS.....		
SILVA, IG.....	AP40	SOARES, ACO.....		
SILVA, JA.....	AO71	SOARES, FMC.....		
SILVA, JAC.....	AO84	SOARES, GP.....		
SILVA, JFG.....	AP102	SOARES, LS.....		
SILVA, JG AP129, AP293, AP295, AO54		AP120, AP134, AP434,		
SILVA, JLAP110, AP220, AP390, AP408,		AP456, AP481, AO46		
AP513, AP515		SOARES, MR.....		
SILVA, JLPE.....	AP334	AP177, AP184, AP193,		
SILVA, JM.....	AP163, AP334	AP196, AP198, AP244, AP308,		
SILVA, JP.....	AP121	AP310, AP311, AP312, AP318, AO30,		
SILVA, JR.....	AP140, AP419, AO76, AO78	AO33, AO34, AO37, AO56		
SILVA, JS.....	AP59	SOARES, MS.....		
SILVA, KM.....	AP5, AP15, AP50, AP57,	AP309, AP316		
AP484		SOARES, PVBR.....		
SILVA, KS.....	AP281	AP404, AP467		
SILVA, LAF.....	AP246, AP247, AP382	SOARES, PVBS.....		
SILVA, LAF.....	AP436, AP472	AO87		
SILVA, LFMB.....	AP84, AP329	SOARES, V.....		
SILVA, LZ.....	AP237, AP381	SOARES, VVP.....		
SILVA, MAR.....	AP183, AP259, AP266,	AP149, AP361, AO65		
AP309, AP319, AP494, AO36, AO43		SOBRANI, E.....		
SILVA, MBAR.....	AP112	SOKOLOSKI, CS.....		
		AP203		
		SOLÉ, D.....		
		AO50		
		SOLIGO, CE.....		
		AP234		
		SOUBIHE NETO, N.....		
		AP168		
		SOUSA, ACC.....		
		AP10, AP92, AP206		
		SOUSA, FF.....		
		AO52		
		SOUSA, GB.....		
		AP230		
		SOUSA, GS.....		
		AP430		
		SOUSA, IAO.....		
		AP404, AP422, AP428,		
		AP467, AP487		
		SOUSA, LA.....		
		AP74		
		SOUSA, LMT.....		
		AP58		
		SOUSA, MN.....		
		AP269		
		SOUSA, MPS.....		
		AO84		

T

TADAOWADA, D.....	AO38
TAKAGAKI, TY.....	AP396
TAKATA, YM.....	AP268, AP359
TAKIZAWA, DB.....	AP240, AP305, AP365,
AP453, AP495	
TALHARO, LB.....	AP365, AP453
TAMPELLINI, LC.....	AP174, AP218, AP277
TANNI, SE.....	AP13, AP19, AP20, AP26,
AP38, AP290, AO7, AO58, AO85	
TANNUS-SILVA, DGS.....	AP108
TARGUETA, GMF.....	AP195
TAULOIS, MM.....	AP77, AO16
TAVARES, LPB.....	AP156
TAVARES, MGS.....	AP188
TAVARES, PHMB.....	AP188
TEIXEIRA, AKAAP.....	AP39, AP208, AP464,
AP500	
TEIXEIRA, CA.....	AP149
TEIXEIRA, MBM.....	AP500
TEIXEIRA, MFA.....	AP185, AP207, AP224,
AP229, AP506	
TEIXEIRA, PJZ.....	AP7, AP25, AP248
TEIXEIRA, RHOB.....	AP139, AP485
TEIXEIRA, TFF.....	AP163, AP334
TERRA, RM.....	AP155, AP157

TERRA FILHO, J.....AP1
THOMAZ, GDGR.....AP63
TIAGO, DC.....AP111
TIBANA, RCC.....AP184, AP193, AO33,
AO34
TITO, PAL.....AP206
TOGASHI, RH.....AP452
TOGNI FILHO, PHA.....AP209
TOJAL, AST.....AP464, AP500
TOLEDO, AP.....AP222, AP392
TOMÉ, JP.....AO82
TONIDANDEL, PR.....AP1, AP4, AP12,
AP22, AO3
TONIETTO, RG.....AP29, AP30, AP37,
AP123, AP128
TONINI, LG.....AP268, AP359
TONOLLI, MB.....AP214
TORRES, BC.....AP103, AP109, AP181,
AP196, AP198, AP227, AP238,
AP244, AP271, AP324, AP375,
AP379, AP380, AP389, AP447
TORRES, PPTES.....AP517
TORTATO, K.....AP328
TREVISAN, IB.....AP53, AP478, AO59
TRIARCA, PJL.....AP500
TRINDADE, DFE.....AP344, AP383
TRINDADE, JM.....AO77
TSUKAZAN, MT.....AP399, AP509
TUFIK, S.....AO55
TURA, BR.....AP148, AP150

U

UZELOTO, JS.....AP32, AP40

V

VACCARI, A.....AP279, AO12
VALADÃO, MC.....AO11
VALE, JQA.....AP233, AP348
VALENTE, TAM.....AP243
VALERY, MIA.....AP347, AP511
VALIATTI, JLS.....AP267, AP268, AP275,
AP277
VALONI, LR.....AO29
VASCONCELOS, BB.....AP230, AP235,
AP354, AP430
VASCONCELOS, EMAO27, AO28, AO72
VASCONCELOS, IMM.....AP199, AP396,

AP485
VASCONCELOS, YA.....AP467
VASSELO, JA.....AP275, AP378, AP415
VEGA, ESS.....AP168, AP234
VEGA, JHA.....AP163, AP334
VEGA, NA.....AP168, AP234
VEIGA, LAA.....AP431
VELLUDO, SF.....AO71
VENÂNCIO, IM.....AP116, AP118, AP122,
AP182, AP189, AP190
VENÂNCIO, TT.....AO19
VENTO, DA.....AP56
VENTURA, LF.....AP442, AP445
VERAS, EM.....AP142
VERAS, JLCA.....AP435
VERAS, TN.....AP70
VERISSIMO, DV.....AO48
VIANA, TCM.....AP95, AP210, AP241,
AP345
VIANNA, EO.....AP1, AP4, AP22, AP278,
AP284, AP515, AO3
VICENTIM, BS.....AP335
VIDAL, LS.....AP373
VIEIRA, ACT.....AP390
VIEIRA, EB.....AP87
VIEIRA, GO.....AP292
VIEIRA, HI.....AO20
VIEIRA, JM.....AP101
VIEIRA, JMP.....AP212, AP216
VIEIRA, JP.....AP170
VIEIRA, LM.....AP437
VIEIRA, LN.....AO27, AO28, AO72
VIEIRA, MA.....AP36, AP132, AP314,
AP315, AP438, AP439
VIEIRA, MAMS.....AP443, AO80
VIEIRA, RP.....AP89
VIEIRA, SC.....AP253
VIEIRA, TO.....AP292
VIEIRA, WPFM.....AP402
VIETTA, GG.....AP18
VILLELA, VS.....AP176, AP186
VISCONTI, NRGRAP153, AP185, AP201,
AP207, AP224, AP229, AP508, AO62
VITA, BS.....AP268, AP359
VITAL, AMO.....AP60, AP462
VITORIANO, PT.....AP192, AP195, AP212,
AP216, AP451, AO73
VITORIO, PK.....AP94, AP107
VOLPI, LM.....AP61

W

WADA, DT.....AP234
WAETGE, D.....AP133
WANDALSEN, GF.....AO50
WANDERLEY, JLF.....AP317, AP321
WEBER, KB.....AP106, AP205
WEBER, SAT.....AP258
WEINGARTNER, AC.....AP52, AP100,
AP215, AP369
WICKERT, R.....AP501
WINCKLER, GP.....AP430, AO27, AO28,
AO72
WOLFF FILHO, JLM.....AP297
WONG, BMS.....AP226

X

XAVIER, JHM.....AP80, AP303
XAVIER FILHO, MCS.....AP192, AP195,
AP212, AP216, AP451, AO73
XIMENES, MOC.....AP365, AP453, AO61
XIMENES, RCM.....AP442, AP455, AP466

Y

YAMAMURA, SJB.....AP425
YOKOYAMA, CEP.....AP425
YOO, HHB.....AO22, AO23
YOSHIKAWA, GT.....AP337

Z

ZAMBIAZI, R.....AO5
ZAMBON, L.....AP414, AP498
ZANI, HP.....AP56
ZAPATA, PG.....AP200
ZAROOUR, FA.....AP84
ZEMBRZUSKI, MMS.....AP79
ZEN, PRG.....AP64, AO13, AO14
ZENNI FILHO, FA.....AP411
ZETTLER, EW.....AP29, AP30, AP37,
AP123, AP128
ZIMERMAN, LI.....AP96
ZONZIN, GA.....AP67, AP246, AP247,
AP302, AP363, AP382, AP516
ZOUCAS, MA.....AP147, AP185, AP349
ZUCCHI, JW.....AP13, AP38, AO7, AO85



CRITICAL CARE CONFERENCE

Treatment of the Acutely Decompensating Patient:
Best Practices for Mechanical Ventilation

Rebouças Convention Center, São Paulo city, Brazil
06-08 September, 2018



Conferência de cuidados críticos Insuficiência Respiratória Aguda e Ventilação Mecânica

06 a 08 de Setembro

"Um evento internacional completo,
com todas as atualizações científicas nas áreas de insuficiência respiratória aguda,
ventilação mecânica e cuidados pós-UTI."

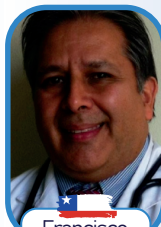
Não perca essa oportunidade!!




Anne Patricia
Kritek




Fabio A.
Varón V.




Francisco
Arancibia




José Luis
Sandoval




Laurent Jean
Brochard




Marc Moss




Robert Michael
Kacmarek

FAÇA JÁ A SUA INSCRIÇÃO
VAGAS LIMITADAS

Centro de Convenções Rebouças - São Paulo (SP) - Brasil
eventos@sbpt.org.br | +55 61 3245 6218 | www.sbpt.org.br


ASSOBRAFIR
Associação Brasileira de
Fisioterapia Cardiorrespiratória e
Fisioterapia em Terapia Intensiva

Apoio:


AMIB
FUNDADA EM 1970
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA
INTENSIVA BRASILEIRA



**XII CONGRESSO
BRASILEIRO DE ASMA**

**VIII CONGRESSO BRASILEIRO
DE DPOC E TABAGISMO**

**XVIII CONGRESSO NORTE E NORDESTE
DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**

17 A 19 DE AGOSTO DE 2019
CENTRO DE CONVENÇÕES DE JOÃO PESSOA/PB