ISSN (on-line): 2448-0533

Pneumologia Paulista

Uma publicação da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia
Novembro | 2019 | Edição Suplementar

ANAIS

18º. Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia

S A O P A U L O

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Diretoria

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
BIÊNIO 2018/2019

Presidente: **Roberto Rodrigues Júnior**
Vice-Presidente: **Frederico Leon Arrabal Fernandes**
Secretário Geral: **Willian Salibe Filho**
1ª Secretária: **Roberta Pulcheri Ramos**
Diretor de Finanças: **José Gustavo Barian Romaldini**
Diretor de Assuntos Científicos: **Rodrigo Abensur Athanazio**
Diretora de Divulgação: **Eloara V. M. Ferreira Alvares da Silva Campos**
Diretora de Assuntos do Interior: **Suzana Erico Tanni Minamoto**
Diretor de Informática: **Marcos Naoyuki Samano**

COMISSÕES
Defesa Profissional: **Lilian Serrasqueiro Ballini Caetano**

Ensino: **Gustavo Faibichew Prado**

Promoções: **Evelise Lima**

Assuntos da Grande São Paulo: **Adriano Cesar Guazzelli**

Publicações: **Regina Célia Carlos Tibana**

DEPARTAMENTOS

Cirurgia Torácica:
Luis Carlos Losso
Alessandro Mariani
André Miotto

Endoscopia Respiratória:
Diego Henrique Ramos
Felipe Nominando Diniz Oliveira
Viviane Rossi Figueiredo

Pediatria:
Karina Pierantozzi Vergani
Adyleia Aparecida Dalbo Contrera Toro
Claudine Sarmento da Veiga

Fisioterapia Respiratória:
Luciana Dias Chiavegato
Adriana Claudia Lunardi
Lara Maris Nápolis Goulart Rodrigues

CONSELHO FISCAL:
Efetivos:
Ricardo Mingarini Terra
Maria Raquel Soares
Maria Vera Cruz de Oliveira Castellano

Suplentes:
Silvia Carla S Rodrigues
Liana Pinheiro Santos
Ciro Botto

CONSELHO DELIBERATIVO

Regina Maria de Carvalho Pinto
Oliver Augusto Nascimento
Mônica Corso Pereira
Jaquelina Sonoe Ota Arakaki
José Eduardo Delfini Cançado
Rafael Stelmach
Roberto Stirbulov
Ana Luisa Godoy Fernandes
Mário Terra Filho
Eliana Sheila Pereira da Silva Mendes
Jorge Nakatani
Alberto Cukier
Carlos Alberto de Castro Pereira
Miguel Bogossian
Francisco Vargas Suso
Manuel Lopes dos Santos
Nelson Morrone

REGIONAIS

Regional do ABC
Presidente: **Mônica Silveira Lapa**
Secretária: **Franco Chies Martins**

Regional de Araraquara / Bauru / Botucatu
Presidente: **Marcos Abdo Arbex**
Secretário: **José Eduardo Bergami Antunes**

Regional de Campinas
Presidente: **Paulo Roberto Tonidandel**
Secretário: **Mauricio Sousa de Toledo Leme**

Regional de Marília
Presidente: **Gisele César de Rossi Agostinho**
Secretária: **Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner**

Regional de Ribeirão Preto
Presidente: **Luis Renato Alves**
Secretária: **Andrea de Cassia Vernier Antunes Cetlin**

Regional de Santos
Presidente: **Alex Gonçalves Macedo**
Secretário: **Thiago Fernandes Leomil**

Regional de São José dos Campos
Presidente: **José Eduardo de Oliveira**
Secretária: **Márcio Adriano Leite Bastos**

Regional de São José do Rio Preto
Presidente: **Leandro Cesar Salviano**
Secretário: **Clélia Margarete Trindade Borralho**

SUB-COMISSÕES

Câncer - Ilka Lopes Santoro

Circulação - Jaquelina Ota

Doenças Intersticiais - Regina Célia Carlos Tibana

D.P.O.C. - Flavio Arbex

Epidemiologia - André Nathan

Infecções Respiratórias e Micoses - Mauro Gomes

Pleura - Roberta Sales

Doenças Ambientais e Ocupacionais - Ubiratan de Paula Santos

Tabagismo - Aldo Agra de Albuquerque Neto

Terapia Intensiva - Ricardo Goulart

Tuberculose - Marcia Telma Guimarães Savioli

Função Pulmonar - Marcelo Macchione

Imagem - Gustavo de Souza Portes Meirelles

Doença Pulmonar Avançada - Ricardo Henrique de Oliveira Braga Teixeira

Exercício e Atividade Física - André Luis Pereira de Albuquerque

PRÊMIO

Daiichi-Sankyo

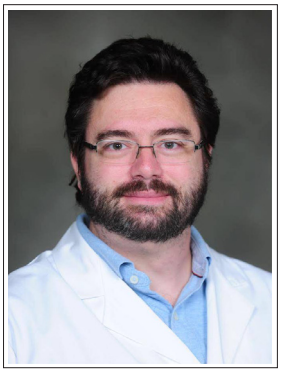
TRABALHOS VENCEDORES

Biópsia Transbrônquica em Pneumonite de Hipersensibilidade
ANDRÉ BEZERRA BOTELHO
Grupo Doenças intersticiais + Ocupacional + Pneumopediatria + Circulação pulmonar

Análise de cluster baseada nas características clínicas, funcionais, antropométricas e psicossociais em pacientes com asma moderada à grave
PATRICIA DUARTE FREITAS
Grupo Asma + DPOC + Tabagismo

Aplicação do método para rastreamento do câncer de pulmão por tomografia de tórax de baixa dosagem em uma população tabagista de alto risco.
JORGE HENRIQUE RIVABEN
Grupo Cirurgia torácica + Oncologia + Transplante + Pleura + Sono

Levantamento de erros técnicos críticos em espirometrias
FREDERICO LEON ARRABAL FERNANDES
Grupo Fisioterapia respiratória + Função pulmonar + Terapia intensiva



MENÇÃO HONROSA

1 CUSTO DE ASMA GRAVE E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DE SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO BRASILEIRO: UMA ANÁLISE GERAL DO ESTUDO SAVE
Autor Principal: Marcio Ferreira Penha

21 EFEITO DA COMBINAÇÃO DE NIVOLUMAB E DOCETAXEL NA PROLIFERAÇÃO CELULAR DE CPNPC IN VITRO
Autor Principal: Aline Graças Pereira Silva

22 O ACESSO À TOMOGRAFIA DE TÓRAX ESTÁ ASSOCIADO À MENOR TAXA DE MORTES POR CÂNCER DE PULMÃO NO BRASIL: UM ESTUDO NACIONAL.
Autor Principal: Cintia Fernanda Bertagni Mingotti

28 EVOLUÇÃO EM 7 ANOS DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE PULMÃO EM INSTITUIÇÃO TERCIÁRIA
Autor Principal: Mariana Schettini Soares

29 TIMECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES COM MIASTENIA GRAVIS: ANÁLISE DE EFICÁCIA E SEGURANÇA
Autor Principal: Alessandro Wasum Mariani

34 O USO DE ENDOPROTESES NA ESTENOSE TRAQUEOBRÔNQUICA; TRATAMENTO DEFINITIVO E PONTE PARA CIRURGIA
Autor Principal: Pedro Prosperi Desenzi Ciaralo

37 17ß-ESTRADIOL REDUZ A INFLAMAÇÃO PULMONAR APÓS A ISQUEMIA E REPERFUSÃO AÓRTICA EM RATOS
Autor Principal: Lucas Ferreira Da Anunciação

48 PLEUROSCOPIAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS.
Autor Principal: Erica Nishida Hasimoto

49 TERAPIA INTRAPLEURAL COM NANOPARTÍCULAS DE PACLITAXEL ASSOCIADA AO TRATAMENTO COM ANTI-VEGF EM MODELO EXPERIMENTAL MURINO
Autor Principal: Carlos Sergio Rocha Silva

50 MODELO XENOGRÁFICO DE DERRAME PLEURAL MALIGNO
Autor Principal: Amanda Cabral Roque

64 ANÁLISE MICROSCÓPICA DO TECIDO PULMONAR E DOS MÚSCULOS RESPIRATÓRIOS NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
Autor Principal: Tales Lyra De Oliveira

89 USO DO CIGARRO DE MONTAR ENTRE OS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO (UNAERP)
Autor Principal: Ada Alexandrina Brom Dos Santos Soares

93 CARACTERIZAÇÃO DO FENÓTIPO PROGRESSOR NO ACOMETIMENTO INTERSTICIAL PULMONAR NA ARTRITE REUMATOIDE
Autor Principal: Leticia Barbosa Kawano Dourado

96 ANÁLISE PROSPECTIVA DO RENDIMENTO DE CRIOBIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA EM PACIENTES COM DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS
Autor Principal: Bruno Leôncio De Moraes Beraldo

116 CA 15-3 COMO BIOMARCADOR NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA
Autor Principal: Paula Silva Gomes

128 PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR NA TROMBOEMBOLIA VENOSA EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SÃO PAULO.
Autor Principal: Paulo Miranda Cavalcante Neto

135 CORRELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM VARIÁVEIS FUNCIONAIS E DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR.
Autor Principal: Layse Nakazato Guedes De Lima

ANAIS

ASMA

001 | CUSTO DE ASMA GRAVE E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DE SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO BRASILEIRO: UMA ANÁLISE GERAL DO ESTUDO SAVE

MARCIO FERREIRA PENHA[1]; JÉSSICA BALDISSARA SALGADO[2].
1. ASTRAZENECA, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. ASTRAZENECA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Objetivo: Estimar a utilização anual de recursos de saúde (UARS) e o respectivo custo anual por paciente com asma grave (AG) na perspectiva do sistema privado de saúde brasileiro.
Metódos: Dois questionários estruturados para estimar a UARS por paciente com AG e seus respectivos custos foram aplicados em 15 especialistas médicos e 25 gestores de saúde, representando 25 operadoras de saúde (OPSs). O questionário médico estimou o URS em termos de consultas médicas, visitas à emergência, internações, exames clínicos e laboratoriais e materiais, de acordo com a opinião e prática clínica dos especialistas. Os resultados do questionário médico serviram de base para o questionário de gestores de saúde, a fim de estimar o custo dos recursos utilizados pela perspectiva das OPSs. O custo anual total estimado por paciente foi calculado multiplicando-se o custo de cada recurso pela quantidade necessária e as porcentagens de pacientes em uso de cada recurso, de acordo com as opiniões dos especialistas relatadas anteriormente. **Resultados:** A UARS média por paciente relacionada à asma grave, relatada pelos médicos, foi de 8,8 consultas médicas; 3 visitas de emergência; 1,3 internações com média de 5,6 dias; e 0,5 unidade de terapia intensiva (UTI) com duração média de 6,5 dias. Considerando a UARS máxima por paciente, os médicos relataram 20 consultas médicas; 6 visitas de emergência; 3 internações com média de 10 dias; e 2 internações em UTI com duração média de 15 dias. De acordo com a UARS média e os custos médios associados, relatados pelas opiniões de médicos e gestores, o custo anual por paciente foi de R$ 30.175,8 (Consultas: R$965,2, visita ambulatorial: R$3.716,4; internação: R$25.490,4). Considerando o UARS máximo e os custos médios associados, o custo anual foi de R$20.7791,6 (consulta: R$2.990,6; visita ambulatorial: R$57.178,6; internação: R$147.622,4). Finalmente, o UARS máximo e os custos máximos associados, o custo anual foi de R$ 490.975,2 (consulta: R$5.122,4; visita ambulatorial: R$10.925; internação: R$292.083,2). **Conclusão:** No Brasil, a estimativa de UARS por pacientes com AG varia significativamente, de acordo com a opinião dos especialistas. O maior consumo de recursos de saúde pode estar relacionado a uma maior gravidade da asma. O custo anual estimado por pacientes com AG também varia significativamente, dependendo do UARS e dos custos específicos de cada OPS. Quanto maior o UARS, maior o custo da doença. Há uma necessidade de se avaliar os pacientes com AG na perspectiva caso-a-caso, para identificar o UARS e seus custos relacionados na vida real, entendendo cada cenário das diferentes operadoras de saúde no Brasil.
Palavras-chave: ASMA GRAVE.CUSTO.RECURSO EM SAUDE

002 | EFEITO DA EXPOSIÇÃO A AGENTES POLUENTES ATMOSFÉRICOS SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA CIDADE DE RIO CLARO

ISABELA PINOTTI MULLER[1]; JAIR VERGINIO JUNIOR[2]; VILMAR BALDISSERA[2]; GABRIELLA SOARES DE SOUZA[2].
1. CENTRO UNIVERSITARIO CLARETIANO, RIO CLARO - SP - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO CLARETIANO, RIO CLARO - SP - BRASIL.

Introdução: A situação da poluição atmosférica está sendo potencializada, nos últimos anos pelo aumento da frota de veículos, que, associados a fatores meteorológicos (temperatura do ar, umidade, pressão), tem contribuído para com a concentração de poluentes e material particulado em suspensão na atmosfera. A cidade de Rio Claro/SP, vem apresentando na última década um aumento nos indícios da poluição do ar, que está auxiliando no desenvolvimento de doenças respiratórias crônicas. **Objetivos:** Estudar uma grande área de relevância para a saúde pública, pois são poucos os trabalhos acadêmicos encontrados na cidade que tem por objetivo caracterizar a saúde do sistema respiratório da população, enfatizando se o acometimento das doenças respiratórias são mais evidentes no sexo feminino ou masculino, que estão constantemente expostos a agentes poluentes, principalmente em seu ambiente de trabalho. **Metodologia:** A pesquisa teve como recorte espacial o Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico (CEAD), foram selecionados os prontuários dos pacientes do sexo masculino e feminino, atendidos em consultas de rotina para tratamento de doenças respiratórias crônicas e os que sofreram internação, em função da exacerbação de seus quadros compreendendo o período de Janeiro de 2017 até Março de 2019. Os critérios considerados para a seleção dos prontuários foram:**1-**Pessoas que manifestam o hábito de não fumar. Tal critério de seleção será empregado, pois o ato de fumar altera o resultado da análise da pesquisa, **2-**Fará parte do universo da pesquisa, somente as pessoas que trabalhem em ambientes abertos, ou seja, vendedores que estão diretamente em contato com a fumaça dos carros, como os que trabalham em estabelecimentos que não são fechados ou que em seu interior não possuam aparelhos com ar condicionado, além dos vendedores instalados nas calçadas das ruas e avenidas de tráfego intenso.**3-**Se o paciente ainda realiza acompanhamento anual ou semestral do seu quadro respiratório?**4-**Se está utilizando medicação de forma crônica para o controle do quadro clínico? **5-**Como foi realizado o diagnóstico da doença respiratória? Laudos do Exames. **Resultados:** Houve diferença estatística significativa entre o sexo feminino e sexo masculino, no que tange aos valores do Índice de Tiffeneau (CVF/VF1) Pré e Pós Broncodilatador, com uma Média (Pré 71,83 e Pós 75,24) e (Pré 75,38 e Pós 80,26) para o sexo masculino e sexo feminino respectivamente. **Conclusão:** Evidencia-se que o sexo masculino desenvolve uma maior propensão para doenças respiratórias e uma menor responsividade após a aplicação do Broncodilatador, quando comparado ao sexo feminino, na mesma faixa etária, condições fisiológicas iguais e ambiente de trabalho idênticos.
Palavras-chave: Poluição Atmosférica.Doenças Respiratórias.Asma

003 | ASSOCIAÇÃO ENTRE INSUFICIÊNCIA E DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D E ASMA: REVISÃO E METANÁLISE

LUCAS LUÊ BISPO PEREIRA[1]; MARCOS PEREIRA DOS SANTOS[2].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA, BARREIRAS - BA - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Introdução: Devido a um aumento na prevalência e a gravidade da asma nas últimas décadas, elucidar suas causas faz-se de extrema necessidade com grandes impactos na saúde publica. Dentre essas causas, propõe-se a deficiência de

vitamina D, visto que esta vitamina é um potente modulador do sistema imunológico e envolve-se na regulação da proliferação e diferenciação celular, participação na síntese de citocinas inflamatórias, podemos direciona-la a predisposição do fenótipo alérgico. Sendo assim, torna-se necessário a busca de evidências e sistematização das informações sobre a relação entre a deficiência de vitamina D e asma, para fundamentar a prática médica baseada em evidência.**Objetivo:** Avaliar a relação entre a deficiência e insuficiência de vitamina D e asma. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos, subsidiada pelas normas PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and meta-Analyses)*, utilizando as bases de dados online: PubMed, Web of Science, Scopus, Lilacs e SciELO. A medida sumário (RR) e de seu respectivo intervalo confiança (IC95%) foi obtida por meio do modelo estatístico de efeitos fixos ou randômicos, dependendo da heterogeneidade entre os estudos. A heterogeneidade e inconsistência das medidas foram identificadas por meio do teste estatístico Cochran-Q. Em caso de confirmação da heterogeneidade, realizou-se a análise do modelo de efeitos aleatórios. O teste de inconsistência (I^2 > 50%) foi usado como indicador de heterogeneidade moderada). **Resultados:** Realizou-se as buscas em 5 bases de dados. Um total de 1087 artigos foram rastreados e 11 foram selecionados para o estudo. Os artigos selecionados tiveram amostras variando de 100 a 7728 participantes. Foi analisada a relação entre a deficiência e insuficiência de vitamina D e Asma. Quando avaliada a deficiência de vitamina D e a ocorrência de asma, foi observado que a asma aumentou em 1.34 vezes mais a deficiência de vitamina D em relação aos indivíduos não asmático (IC 95%: 1.12-1.61). Já quando avaliada a insuficiência de vitamina D e ocorrência da asma, não houve uma associação positiva (RP= 1.09 ; IC 95%= 0.85-1.41).
Conclusões: Foi constatado que a deficiência de vitamina D está associada à asma. Faz-se necessários novos estudos para elucidar as relações de causalidade entre deficiência de vitamina D em pacientes asmáticos. Além de analisar a dose segura de de suplementação da vitamina D nesses pacientes.
Palavras-chave: Vitamina D .Asma .Atopia

004 | PERFIL DOS ATENDIMENTOS MÉDICOS DE PACIENTES COM QUEIXA RESPIRATÓRIA ATENDIDOS EM UM PRONTO SOCORRO MUNICIPAL NO ESTADO DE SÃO PAULO.

MARIAH PRATA SOLDI PASSOS TAUBE[1]; NATHALIA CAGNACCI DE CASTRO SALES[2]; SONIA QUEZIA GARCIA MARQUES ZAGO[3]; GABRIEL ESTEFANI MEIRA[2]; JOAO VICTOR TAVARES DA SILVA[4]; FERNANDA DOS SANTOS DUARTE[2]; LUCAS ALEXANDRE DE OLIVEIRA ELIAS REIS[2]; TAINA POLONIO ANGELI[2]; RICARDO NOBORO ISAYMA[2]; RAFAELA GONCALVES DANTAS[5]; LUCAS GUILHERME LINO[6]; TELMA NERY[1]; RAFAEL STELMACH[1].
1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA INCOR - FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITARIO SAO CAMILO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO - UNINOVE, SAO PAULO - SP - BRASIL; 4. CENTRO UNIVERSITARIO DO ABC, SAO PAULO - SP - BRASIL; 5. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 6. FACULDADE DAS AMERICAS, SAO PAULO - SP - BRASIL.

As doenças respiratórias apresentam altos índices de prevalencia e incidencia no Brasil e no mundo. Estudos nacionais mostram que 23% dos adolescentes queixam-se de sintomas compatíveis com asma, porém somente metade (12%) tem diagnostico médico; sabe-se também que dos asmáticos em tratamento apenas 10% estão controlados e a adesão ao tratamento de manutenção é inferior a 50%. O quadro é pior em portadores de DPOC, uma vez que apenas 30% destes tem diagnóstico numa população de 16% dos acima de 45 anos. Estes dados justificam a alta taxa de mortalidade das duas doenças respiratórias mais comuns. Através do Sistema de Informações do Ministério da Saúde - DATASUS, é possível avaliar o peso das internações por essas doenças, porém poucos trabalhos avaliaram a abordagem dos pacientes que buscam serviços de emergência, quando em exacerbação.
Objetivo: Analisar atendimentos médicos em um serviço de emergência em doentes com sintomas respiratórios, durante o outono. **Metodologia:** Estudo retrospectivo e descritivo. Foram levantadas 11.200 fichas de atendimento médico no Pronto Socorro da cidade de Pindamonhangaba - SP em dias do outono de 2017 e 2018, período este conhecido pelo aumento da prevalencia de queixas respiratórias devido caracteristicas sazonais. As análises compreenderam: Data atendimento, gênero, idade, hipótese diagnostica segundo CID 10, prescrição médica, realização de radiografias, prescriçao médica realizada no PS e referenciamento pós alta. Utilizada análise dos dados pelo SPSS. **Resultados:** Do total de fichas atendidas no PS no período avaliado, 2.780 (25%) apresentavam queixas respiratórias. Dentre estas, 58% eram mulheres, 32% tinham até 15 anos de idade, 49% tinham 30 anos ou mais. O diagnostico mais frequente foi o de infecções das vias aéreas superiores(CID J06) - 28%. Do total, 78% tiveram seus diagnósticos apontados como infecciosos agudos - CID J00 a J18. Apenas 8% foram identificados como asma ou DPOC. 36% realizaram radiografia de torax. Na terapia prescrita no serviço, 47% receberam bromidrato de fenoterol e Ipratropio e 38% corticoides.A maioria das fichas nao traziam informações sobre a recomendação medicamentosa para uso domiciliar, bem como orientações para seguimento pós alta.
Dados da literatura mostram que as doenças pulmonares crônicas são prevalentes, diretamente responsáveis por elevadas taxas de morbidade e mortalidade, e de significativos custos sociais e financeiros. Nesta amostra do presente estudo, infere-se que estes diagnósticos podem não estar sendo realizados. **Conclusão:** A análise de atendimentos por queixas respiratórias no Pronto Socorro pode contribuir para um maior direcionamento de politicas públicas para assistência aos pacientes portadores de patologias respiratórias crônicas, com objetivo de aumentar o número de diagnósticos e melhorar a qualidade da assistencia aos usuários.
Palavras-chave: Asma.DPOC.Emergencia

005 | HEMOGLOBINA KIRKLARELI EM UMA CRIANÇA BRASILEIRA COM ASMA E SATURAÇÃO DE O2 REDUZIDA

PATRICIA DA SILVA FERNANDES; GISELE AUDREY PEDROSO; SUSAN ELISABETH DOMINGUES COSTA JORGE; MARIA DE FATIMA SONATI; ADYLÉIA APARECIDA DALBO CONTRERA TORO; JOSÉ DIRCEU RIBEIRO.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS–UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: A Hb Kirklareli é variante estrutural da hemoglobina, que foi primeiramente descrita e até o momento unicamente reportada por Bissé et al, em 2016, em uma mulher turca de 23 anos, proveniente da cidade de Kirklareli, que apresentava anemia moderada associada à deficiência de ferro sérico. Análises moleculares dos genes das globinas á e â e espectrometria de massas dos peptídeos da Hb da paciente revelaram a mutação á1 H59L HBA1:c.16A>T. O pai da paciente também era portador da mutação; fumante intenso, ele não apresentava anemia, mas níveis de HbCO anormalmente elevados, em torno de 16%. Análises estruturais e biofísicas demonstraram que a forma oxigenada da Hb Kirklareli desnatura muito rapidamente sob condições fisiológicas, à medida em que as subunidades á mutantes sofrem auto-oxidação e perdem o heme mais rapidamente do que as subunidades á nativas. **Relato de caso:** A Hb Kirklareli foi

detectada em um paciente brasileiro de 11 anos de idade, internado no Hospital de Clínicas da Unicamp por insuficiência respiratória obstrutiva crônica agudizada e que, mesmo após resolução da obstrução, manteve uma baixa saturação de O2 (86-88%), sendo então realizada a investigação que revelou a Hb Kirklareli. Durante o primeiro ano de vida, o paciente apresentou episódios de sibilância, com reinício das queixas de tosse e dispnéia aos 7 anos e duas internações por insuficiência respiratória obstrutiva. Após a alta, a hipótese de asma atópica foi confirmada. A espirometria evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo com resposta ao broncodilatador (CVF 110/108%, VEF1 1,89 / 2,09, VEF1 / CVF 68), aumento de IgE, eosinofilia e prick test positivo para D. farinae e B. tropicalis. Embolia pulmonar e alterações estruturais foram descartadas (angiotomografia, cintilografia de ventilação/perfusão e tomografia computadorizada sem alterações), bem como cardiopatias (ecocardiograma com teste de microbolhas negativo, mPAP 25mmHg). Durante os 18 meses de acompanhamento ambulatorial após a detecção da Hb Kirklareli, o paciente foi avaliado periodicamente, com realização de espirometria, ACT e exame clínico com oximetria. Fez uso exclusivo de Formoterol + Budesonida inalatórios, apresentando um único episódio de exacerbação pulmonar, com tratamento domiciliar. Nesse período, o paciente manteve as alterações inicialmente observadas na espirometria, sem deterioração da função pulmonar. A saturação de O2 manteve-se entre 85 e 91%, sem outras alterações ao exame clínico. **Conclusão:** Essa é a segunda descrição de Hb Kirklareli e, embora o paciente brasileiro não tenha apresentado anemia, possivelmente tem seu quadro respiratório agravado pela presença da variante e redução da saturação de O2 mesmo fora das crises asmáticas, devido ao comportamento funcional alterado da hemoglobina. Mais estudos são necessários para compreender as diferenças fenotípicas entre os portadores e a possível influência das variantes de hemoglobina nas doenças pulmonares.
Palavras-chave: ASMA.HEMOGLOBINOPATIAS.KIRKLARELI

006 | TÍTULO: ASPERGILOSE BRONCOPULOMAR ALERGICA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE

ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA[1]; JOSIÉLE APARECIDA DE SOUZA[1]; LARISSA MARION GRANDE CAVALHERO[1]; JULIANA LUCENA DOS SANTOS[1]; NATALIA CAROLINA ORTIZ POBLETE[1]; ANDRÉIA LOZER SARMENGHI[1]; AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS .[1]; FABIANA OLIVEIRA PENIDO[1]; MARIANA LAFETA LIMA[1]; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO[1]; GRACIELY MATIAS GUIMARAES[2]; LILIAN SERRASQUEIRO BALLINI CAETANO[3].

1. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIFESP, SAO PAULO - ES - BRASIL; 3. UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA) é uma reação de hipersensibilidade ao fungo *Aspergillus fumigatus*. Ocorre em pacientes imunocompetentes com asma ou fibrose cística que apresentam colonização brônquica pelo fungo. A exposição ocasiona uma reação de hiper-reatividade, com formação de anticorpos imunoglobulina E (IgE) e imunoglobulina G (IgG), e caracteriza-se por sibilância recorrente, opacidades pulmonares migratórias, bronquiectasias, e progressão para fibrose pulmonar em fases tardias da doença. **RELATO DE CASO:** Paciente, 46 anos, residente em São Paulo, refere diagnóstico de asma desde a infância, mantendo controle dos sintomas até há 5 anos, usando apenas beta agonista de resgaste. No momento, mantendo terapia tripla com altas doses de corticoide inalatório associado a beta agonista e anticolinérgico de longa duração, além de uso frequente de corticoide sistêmico. Apesar de terapia otimizada, queixa- se de idas frequentes ao PS, com frequentes quadros de exacerbação. Exposição: ex-tabagista 40 maços/ ano. Ocupação: comerciante. Ao exame físico: ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente com sibilos difusos, SpO2 98% em ar ambiente. Tomografia de tórax: presença de bronquiectasias centrais, difusas, associadas a impactação mucoide, mas com predomínio em hemotórax direito. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo moderado sem resposta significativa ao broncodilatador (VEF1/CVF: 53 (65%) // VEF1: 1,96 (47%). Durante a investigação de asma de difícil controle foi solicitado hemograma com eosinofilia periférica de 379, sorologia de ABPA foi negativa, mas IgE total 2152 com Ig E específica para *A. fumigatus* 48,3, confirmando então o diagnóstico de ABPA. Iniciado tratamento com corticoide sistêmico associado a itracozanol 200mg 12/12horas. Após 12 meses de tratamento, paciente apresenta melhora importante dos sintomas, nega idas ao PS no último ano. Sorologias em queda IgE total: 218 UI/mL | IgE específica para *A. fumigatus*: 0,56 e melhora dos parâmetros espirométricos (VEF1/CVF: 0,65 (82%) // VEF1: 2,73 (64%). **DISCUSSÃO:** O diagnóstico de ABPA é baseado em critérios clínicos, radiológicos e imunológicos: história de asma (84% a 96%), IgE sérica > 1.000 ng/ml, infiltrado pulmonar, bronquiectasia central e elevação da IgE e IgG plasmáticas específicas para *A. fumigatus, além de* Prick teste positivo para antígenos de *A. fumigatus*, presença de precipitinas contra o *A. fumigatus* (RAST para *A. fumigatus*) e eosinofilia em sangue periférico > 500 mm^3(8% a 40%). A prevalência da doença tem aumentado nos últimos anos e deve ser pesquisada no diagnóstico de todos os pacientes com asma, cujo tratamento habitual não promova melhora clínica e funcional, ou que associado ao quadro clínico de sibilância, apresente alterações radiológicas não compatíveis com asma. O diagnóstico precoce evita a evolução da doença para alterações pulmonares irreversíveis, tais como a bronquiectasia e fibrose pulmonar.
Palavras-chave: ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE.ASPERGILOSE PULMONAR.INFECÇÃO

007 | GEOGRAFIA DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NO BRASIL - UM MAPA BRASILEIRO COM VISUALIZAÇÃO DO GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY

NAIARA SANTOS BISPO[1]; TELMA NERY[2].

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - INCOR - FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Doenças respiratórias crônicas (DRC) representam cerca de 7% da mortalidade global, com 4,2 milhões de óbitos anuais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DRC são responsáveis por 4% de todos os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (disability adjusted life year – DALY) em todo o mundo. No Brasil, em 2011, foram a terceira causa de morte no conjunto de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Responsáveis por importantes impactos na qualidade de vida do paciente, da família e de toda sociedade. O Ministério da Saúde (MS) aponta que a asma foi responsável por 38% das internações hospitalares por DRC -2013. Bronquite, enfisema, outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e outras doenças do aparelho respiratório representaram 70% dos óbitos por DRC no período 2003 a 2013. Muitas vezes estes dados não são visualizados por profissionais de saúde, gestores de saúde ou mesmo a população, reduzindo a construção de politicas publicas de saúde. O MS, através da organização de dados, disponibiliza informações em sistema de painel de monitoramento de mortalidade de DCNT. Tais dados são visualizados em mapas coloridos, por unidade da federação, apresentando variadas taxas. Apesar de fácil acesso, estes dados são poucos utilizados. **Objetivo:** Apresentar o sistema dinâmico dos mapas, de todas as DRC disponibilizadas, separadamente. **Metodologia:** Apresentação dinâmica com demonstração dos mapas geográficos, disponibilizados com respectivas taxas das doenças , em três níveis de causa de morte: taxas de mortalidade, mortalidade proporcional e numero de óbitos, de acordo com idade e sexo. O sistema

apresentado ,resultado do Global Burden of disease study (GBDS), chama-se: Painel de Monitoramento por CID 10 – Distribuição Geográfica por causa de mortes. As DRC disponibilizadas são: asma, doença pulmonar intersticial e sarcoidose, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumoconiose, outras doenças respiratórias crônicas, todas as causas de doenças respiratórias crônicas. **Resultados:** A visualização dos dados em distribuição geográfica referente ao ano de 2017, apresenta os estados com maiores taxas de mortalidade por 100 mil: Asma: Ceará -1,67, Pernambuco -1,62, Sergipe e Bahia-1,57. Doença pulmonar intersticial e sarcoidose: Amazonas - 2,41, Distrito Federal -2,39 e Amapá - 2,25. Em outro nível São Paulo - 1,92. Pneumoconiose: Roraima- 0,56, Piauí -0,49 e Amapá-0,42. São Paulo aparece com - 0,19. DPOC: Pernambuco - 48,75, Acre - 45,95, seguido pelos estados da região sul. O estado de SP -28,91. **Conclusão:** o uso da visualização geográfica através de mapas dinâmicos, com disponibilização de taxas e dados sobre DRC, pode contribuir para uma melhora compreensão da abordagem das DRC, sensibilização e busca de praticas e/ou politicas públicas por profissionais da saúde, pesquisadores, gestores e saúde e até a população em geral.
Palavras-chave: Doenças Respiratórias Crônicas.mortalidade.cargas de doenças

008 | VEF1/CVF PERTO DO LIMITE INFERIOR DA NORMALIDADE ESTÁ ASSOCIADA A PIORES DESFECHOS DE ASMA E BIOMARCADORES SISTÊMICOS EM INDIVÍDUOS SEM OBSTRUÇÃO

CINTIA FERNANDA BERTAGNI MINGOTTI; EDUARDO ALVARENGA ROQUETTE; EDUARDO VIEIRA PONTE.
FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

Introdução: Pacientes asmáticos com distúrbio ventilatório obstrutivo tem maior intensidade de sintomas e maior risco de exacerbação da asma. Não está definido na literatura se a função pulmonar normal, mas com valores próximos ao limite inferior da normalidade, está associada a desfechos clínicos desfavoráveis. **Objetivos:** Avaliar se a espirometria normal, mas com valores da relação VEF_1/CVF próximos do limite inferior da normalidade, tem maior risco de exacerbações, sintomas e maior necessidade de tratamento de manutenção. **Métodos:** Estudo transversal. Foram avaliados pacientes asmáticos com função pulmonar normal, acima de 6 anos de idade. Os pacientes responderam ao questionário ACQ para estimar a intensidade de sintomas da asma e realizaram espirometria. O auto relato de internação hospitalar por crise de asma no último ano foi validado contra documento comprobatório do hospital em que a internação foi realizada. Os pacientes foram agrupados de acordo com os valores de VEF_1/CVF pós broncodilatador da espirometria, em relação ao limite inferior da normalidade: VEF_1/CVF na faixa inferior da normalidade, VEF_1/CVF na faixa superior da normalidade, VEF_1/CVF na faixa intermediária da normalidade. As análises foram realizadas por faixa etária: 6 a 18 anos, 19 a 39 anos, 40 a 59 anos e acima de 59 anos. Foram usados os testes de Kruskal Wallis e do Chi Quadrado para comparar os grupos (SPSS 22.0). **Resultados:** Foram avaliados 308 pacientes entre 6 a 18 anos, 190 pacientes entre 19 a 39 anos, 249 pacientes entre 40 a 59 anos e 165 pacientes entre acima de 59 anos. Nos pacientes entre 6 e 18 anos a espirometria no limite inferior da normalidade esteve associada a maior frequência de internação hospitalar [faixa inferior 11 (14%) & faixa intermediária 10 (7%) & faixa superior 2 (3%), p 0.02] e maior frequência de sintomas não controlados da asma (ACQ > 1.5) [faixa inferior 22 (28%) & faixa intermediária 35 (23%) & faixa superior 10 (13%), p 0.06]. Nas demais faixas etárias a função pulmonar na faixa inferior da normalidade esteve associada a necessidade de doses maiores de medicação de manutenção da asma, mas não esteve associada a internações ou escore de sintomas. **Conclusões:** A função pulmonar na faixa inferior da normalidade, de acordo com a relação VEF_1/CVF pós broncodilatador, é um parâmetro útil para identificar pacientes com risco de sintomas não controlados, de internação e de dose elevada de tratamento de manutenção. Seria interessante investigar se este é um parâmetro útil para desencadear a otimização terapêutica, com o intuito de prevenir desfechos desfavoráveis da asma.
Palavras-chave: Asma.Espirometria.Exacerbações

009 | INTERNAÇÃO HOSPITALAR E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES COM ASMA LEVE

CINTIA FERNANDA BERTAGNI MINGOTTI; EDUARDO ALVARENGA ROQUETTE; EDUARDO VIEIRA PONTE.
FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

Introdução: Os indicadores epidemiológicos da asma têm melhorado, com redução das taxas de internação. Entretanto, ainda existem muitas internações e mortes por asma. Até o momento a atenção é centrada principalmente nos pacientes com asma moderada e grave. Pouco se sabe sobre o impacto da asma leve para a sociedade.
Objetivos: Comparar com a frequência de internações por crise de asma e a adesão ao tratamento de manutenção entre pacientes com asma leve e asma moderada-grave. **Métodos:** Foram avaliados pacientes acima de 6 anos de idade, com diagnóstico de asma, atendidos em oito ambulatórios do sistema público e privado da cidade de Jundiaí. Os pacientes responderam ao questionário ACQ para estimar a intensidade de sintomas da asma e realizaram espirometria. O auto relato de internação hospitalar por crise de asma no último ano foi validado contra documento comprobatório do hospital em que a internação foi realizada. Foram classificados como asma leve aqueles pacientes com sintomas controlados, função pulmonar normal e em uso de dose baixa de corticoide inalado (< 400 mcg dia de budesonida ou equivalente). Foram classificados com asma moderada-grave os pacientes em uso de corticoide inalado (> 400 mcg dia de budesonida ou equivalente) que tivessem sintomas não controlados ou obstrução na espirometria. Pacientes com asma controlada em uso de dose alta de medicação inalada também foram classificados como asma moderada-grave. Foram usados os testes de Chi Quadrado para comparar a frequência de internações e a frequência de uso de corticoide inalado entre os grupos com asma leve e asma moderada-grave. As análises foram estratificadas por faixa etária. **Resultados:** Foram avaliados 1.027 pacientes, 393 com asma leve e 634 com asma moderada-grave. A frequência de internação hospitalar no último ano foi semelhante entre os grupos de gravidade da asma [7 a 18 anos (7% vs 7%, p 0.89), 19 a 64 anos (2% vs 4%, p 0.18) e acima de 64 anos (0% vs 2%, p 0.54)]. A adesão ao tratamento de manutenção foi inferior nos pacientes com asma leve, em comparação aos pacientes com asma moderada-grave [7 a 18 anos (54% vs 100%, p 0.01), 19 a 64 anos (88% vs 100%, p 0.01) e acima de 64 anos (100% vs 100%]. **Conclusões:** A frequência de internações por crise de asma é semelhante entre pacientes com asma leve e moderada-grave. Isto possivelmente ocorre, pois pacientes com asma leve tendem a aderir menos ao tratamento. Estes dados indicam que a estratégia de tratar asma leve com corticoide inalado de manutenção e broncodilatador de resgate, apesar de eficaz nos ensaios clínicos, não é suficiente para evitar desfechos desfavoráveis na vida real.
Palavras-chave: Asma.Epidemiologia.Tratamento

010 | CARACTERÍSTICAS BASAIS E HISTÓRIA DE EXACERBAÇÃO EM PACIENTES COM ASMA LEVE: ANÁLISE POST-HOC DA POPULAÇÃO BRASILEIRA DOS ESTUDOS SYGMA.

LUCIENE ANGELINI[1]; ALVARO AUGUSTO SOUZA DA CRUZ FILHO[2]; DANIELA CAVALET BLANCO[3]; LUISA AUGUSTO FURLAN[1]; ANDRE SANTA MARIA[1]; ANGELA HONDA DE SOUZA[1]; MAARTEN BEEKMAN[4].

1. ASTRAZENECA BRASIL, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA E FUNDAÇÃO PROAR– SALVADOR (BA), SALVADOR - BA - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DA PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; 4. ASTRAZENECA THE HAGUE, THE HAGUE - HOLANDA.

INTRODUÇÃO: Em pacientes com asma leve os corticosteroides inalatórios em baixa dose regulares devem ser prescritos como medicação de manutenção para reduzir a inflamação das vias aéreas, os sintomas e o risco de exacerbações.[1] No entanto, a baixa adesão à medicação de manutenção da asma é um grande problema, independentemente da gravidade,[2,3] e os pacientes continuam dependentes de â$_2$-agonistas de curta duração (SABAs) para alívio dos sintomas.[4] Aproximadamente de 50 a 75% dos pacientes têm asma leve e, destes, 30 a 40% podem estar risco de exacerbações graves, com necessidade de visita no departamento de emergência[5] ou morte[6] devido ao uso excessivo de SABA.[7] A combinação de ICS e â$_2$-agonista de rápida ação "conforme necessário" para alívio rápido dos sintomas, pode reforçar a importância da utilização de ICS e reduzir as exacerbações em pacientes com asma leve. **OBJETIVO:** Realizar a sub-análise das caracterísitica basais e história de exacerbação da população brasileira com asma leve que participaram dos estudos SYGMA 1 e 2. **MÉTODOS:** O SYGMA 1 e 2 foram um estudo de 52 semanas, duplo-cego, randomizado, com grupos paralelos em pacientes com idade e" 12 anos e com diagnóstico médico de asma leve.[8,9] POPULAÇÃO BRASILEIRA DOS ESTUDOS SYGMA 1 e 2: Foi realizada uma avaliação post hoc das características demográficas e basais da população brasileira com asma leve nos estudos dos SYGMA 1 e 2, com foco nas taxas de exacerbação grave prévia, 12 meses antes do estudo. **RESULTADOS:** Dos 492 pacientes brasileiros incluídos, 213 foram randomizados e 210 foram incluídos na análise completa e conjunta com os dados de segurança (n = 103 no SYGMA 1 e n = 107 no SYGMA 2). Não foram observadas diferenças clinicamente relevantes nas características basais entre ambos os grupos dos estudos. Em termos de exacerbação, observamos que 11,7% e 21,5% da população brasileira apresentaram pelo menos uma exacerbação grave antes da inclusão nos estudos SYGMA 1 e 2, respectivamente em comparação com os dados globais de 19,7% e 22%. **CONCLUSÃO:** A análise post-hoc da população brasileira demonstrou que 12-22% dos pacientes com asma leve apresentaram exacerbações graves nos últimos 12 meses, reforçando que, independentemente da gravidade da doença, todos os pacientes com asma apresentam risco de exacerbações graves.

Palavras-chave: Asma Leve.Exacerbação Grave.População Brasileira

011 | AVALIAÇÃO DA VARIAÇÃO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE APÓS UM ANO

MARIA FERNANDA DE PAULA MEGALE[1]; ESTEFANIA APARECIDA THOME FRANCO[1]; SIMONE ALVES DO VALE[1]; SUZANA ERICO TANNI MINAMOTO[2].

1. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 2. UNESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Existem dados que mostram alta prevalência de distúrbios psiquiátricos em pacientes com asma de difícil controle. Por outro lado, ainda são poucos os estudos que avaliam a associação de variação de ansiedade e depressão com controle da asma em pacientes com asma de difícil controle. O objetivo desse estudo foi avaliar a associação entre sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com asma de difícil controle durante um ano. Métodos: Foram avaliados 210 pacientes acompanhados no ambulatório de asma de difícil controle (idade: 50,7±14,1 anos; 157 mulheres). No momento basal e após um ano de seguimento os pacientes foram avaliados em relação ao controle da asma pelo questionário ACQ e pela escala hospitalar de ansiedade e depressão. Os pacientes foram avaliados também em relação à adequação da técnica de uso de dispositivo inalatório e a aderência referida. Resultados: No momento basal, os pacientes apresentavam índice de massa corporal de 31,1±8,2 kg/m2; pico de fluxo expiratório de 277,6±115,6 L/min. Não observamos diferenças estatisticamente significativa em relação aos momentos (baseline e após um ano) em relação ao ACQ (2,22±1,07 vs 1,95±0,87; p=0,27), nos valores médios de ansiedade (8,18±5,0 vs 7,85±5,0;p=0,26) e depressão (6,72±4,7 vs 7,34±10,4;p=0,64). Observamos modificação estatisticamente significativo em relação à técnica correta do dispositivo inalatório após um ano (88% vs 95%, p=0,01), mas não observamos modificações estatisticamente significativo em relação à aderência referida (92% vs 95%, p=0,26). Conclusão: Não observamos variação nos valores do escore de ansiedade e depressão após um ano de seguimento em pacientes com asma de difícil controle.

Palavras-chave: asma.ansiedade.depressão

012 | ANÁLISE DE CLUSTER BASEADA NAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNCIONAIS, ANTROPOMÉTRICAS E PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES COM ASMA MODERADA À GRAVE

PATRICIA DUARTE FREITAS[1]; RAFAELLA FAGUNDES XAVIER[1]; KARINA COUTO FURLANETTO[2]; JOICE MARA DE OLIVEIRA[2]; VANESSA M. MCDONALD[3]; PETER G. GIBSON[4]; REGINA MARIA DE CARVALHO PINTO[5]; ALBERTO CUKIER[5]; RAFAEL STELMACH[5]; CELSO RICARDO FERNANDES CARVALHO[1].

1. DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL, FM-USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE PITÁGORAS UNOPAR & UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL; 3. CENTRE OF EXCELLENCE IN SEVERE ASTHMA, UNIVERSITY OF NEWCASTLE, NEWCASTLE - AUSTRALIA; 4. CENTRE OF EXCELLENCE IN SEVERE ASTHMA, UNIVERSITY OF NEWCASTLE, HUNTER MEDICAL RESEARCH INSTITUTE, NEWCASTLE - AUSTRALIA; 5. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INCOR, HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FM-USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Diversos clusters de asma baseados em fenótipos inflamatórios têm sido descritos. Entretanto, os pacientes com asma apresentam diversas alterações clínicas e a descrição de fenótipos a partir destas características tais como a obesidade, a inatividade física, o sedentarismo e os distúrbios psicossociais não foram relatados. **Objetivo:** identificar e caracterizar fenótipos baseados nas características clínicas, funcionais, antropométricas e psicossociais de indivíduos com asma moderada à grave. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal e multicêntrico (Brasil e Austrália), no qual 296 pacientes, sob tratamento clínico-medicamentoso otimizado, foram consecutivamente incluídos e avaliados quanto ao nível de atividade física (acelerômetro), ao controle clínico da asma (ACQ), dados antropométricos, qualidade de vida (AQLQ), sintomas de ansiedade e depressão (HADs) e função pulmonar. Os pacientes foram classificados por análise hierárquica de cluster e a comparação entre os clusters foi realizada através da análise de variância ANOVA, Kruskall-wallis e teste qui-quadrado. **Resultados:** Foram identificados 4 clusters. O cluster 1 incluiu maior número de pacientes com asma controlada (1,3±0,7 escore ACQ), fisicamente ativos (9.621±2.746 passos/dia), com menor tempo em sedentarismo (7.9±1.6 horas/dia) e com doses mais baixas de corticoides inalatórios (1.545±603 µg/dia). Os demais clusters incluíram pacientes com asma não controlada, sendo que os pacientes do cluster 2 apresentaram escore de 1,8±0,8 no ACQ, eram fisicamente

inativos (5.464±2.746 passos/dia), com maior tempo em sedentarismo (10.1±1.8) e com excesso de peso como no cluster 1. Os pacientes do cluster 3 e 4 eram obesos, usavam doses mais altas de corticoides inalatórios, eram predominantemente do sexo feminino e apresentaram maior chance de visitas ao pronto socorro, pior qualidade de vida e mais sintomas de asma, ansiedade e depressão que os clusters 1 e 2. Entretanto, os pacientes do cluster 3 eram fisicamente ativos (7.871±2.668 passos/dia) e com menor tempo em sedentarismo (7.8±1.4 horas/dia), similar ao cluster 1. Por outro lado, os pacientes do cluster 4 apresentaram pior controle da asma (2,8±1,0 escore ACQ), maior chance de exacerbação, mais comorbidades e maior uso de medicação de resgate e eram fisicamente inativos (4.524±1.495 passos/dia) e sedentários (9.8±1.8 horas/dia), similar ao cluster 2. Numa análise de regressão multivariada, o sedentarismo foi associado com maior chance de exacerbação, hospitalização e maior uso temporário de corticoide sistêmico, enquanto ser fisicamente ativo foi um fator de proteção para a hospitalização. Por último, foi verificado que o controle clínico da asma foi associado ao sexo, exacerbações, atividade física e qualidade de vida (p<0,05). **Conclusão:** Fatores ambientais e de estilo de vida são extremamente importantes na identificação de fenótipos de asma, podendo contribuir para o manejo da doença visando a melhora clínica do paciente.
Palavras-chave: asma.cluster.atividade física

013 | ESTUDO DESCRITIVO DE 8 PACIENTES USUÁRIOS DE IMUNOBIOLÓGICOS PARA TRATAMENTO DE ASMA GRAVE - FOLLOW UP DE 12 ANOS

TATIANA SIQUEIRA CAPUCCI[1]; JOSE EDUARDO DELFINI CANÇADO[2]; ROBERTO STIRBULOV[2]; MARIANA MARCON DOS SANTOS[2]; VICTOR HUGO MARTINS SILVA[2]; DIEGO SANDY[2]; GABRIELA ACCETTA ROJAS[2]; JOSÉ GUSTAVO BARIAN ROMALDINI[2].

1. SANTA CASA DE SÃO PAULO, JACAREI - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: De 5 a 10% dos asmáticos apresentam asma grave, etapa 5 da GINA, necessitando fazer uso de imunobiológico para melhorar o controle da doença. Para isso se faz necessário a identificação do fenótipo do paciente, utilizando um biomarcador. Os resultados podem ser evidenciados já nas primeiras semanas, porém a eficácia terapêutica a longo prazo e a duração deste tratamento ainda não está bem estabelecida. **OBJETIVO:** Analisar a evolução terapêutica dos asmáticos em seguimento ambulatorial desde 2007 e em uso de anticorpos monoclonais (anti-IgE - omalizumabe [OMA] e anti-IL5 - mepolizumabe [MEPO] e benralizumabe [BENRA]. **METODOS:** Estudo descritivo, retrospectivo realizado no ambulatório de asma grave da ISCMSP. Analisou-se medidas de tendência central e prevalências com relação à faixa etária, sexo, raça e comorbidades. Para a resposta terapêutica utilizou-se o Asthma Control Test (ACT) e a evolução da função pulmonar, através da prova de função pulmonar. **RESULTADOS:** No total avaliou-se 8 pacientes (n=8), 4H:4M. A idade média encontrada foi de 60,2 anos (IQR: 54-63). Seis pacientes brancos (75%) e dois pardos (25%). Das comorbidades mais encontradas HAS, DRGE e Rinossinusite tiveram prevalência em 63% dos pacientes; dislipidemia em 38% e obesidade, DM e depressão em 25% dos estudados. Todos os pacientes possuíam prova de função respiratória alterada; sendo 2 (25%) classificados com DVO leve, 2 (25%) com DVO moderado e 4 (50%) com DVO acentuado. Ao longo de 12 anos, cinco pacientes (63%) permaneceram estáveis com OMA, sem exacerbações pulmonares importantes, e no momento possuem uma média de ACT=22 pontos, com manutenção da capacidade pulmonar. Três pacientes (38%), homens, evoluíram com diminuição da eficácia da medicamentosa, e piora da função pulmonar ao longo dos anos, e em set/2018 optou-se por instituir a terapia anti-IL5 a estes indivíduos. Dois destes iniciaram MEPO e 1 paciente BENRA. Nos 12 meses que antecederam o início do anti-IL5 (ago/2017 - ago/2018), a média de ACT foi de 12 e 14 pontos para os pacientes usuários de MEPO e de 8 pontos para o paciente que iniciou BENRA. Após 1 ano de seguimento, os usuários de MEPO obtiveram um acréscimo médio de +10,5 pontos no ACT (81%); porém não houve alteração na capacidade funcional (sem melhora no VEF1). O paciente usuário de BENRA permaneceu sem controle dos sintomas, necessitando inclusive de internações hospitalares e intubações oro-traqueais. **CONCLUSÃO:** após 12 anos de terapia, 63% dos usuários de anti-IgE permanecem estáveis, com ACT adequado e manutenção da capacidade pulmonar. Há um ano, 3 pacientes iniciaram anti-IL5, destes, dois pacientes obtiveram controle total dos sintomas, mas um paciente, permaneceu sem estabilização da doença mesmo com mudança do anticorpo monoclonal. Concluímos assim que o uso de imunobiológicos para tratamento da asma grave apresenta uma diminuição na morbimortalidade dos pacientes e uma elevada taxa de sucesso no controle de sintomas e exacerbações.
Palavras-chave: ASMA GRAVE.IMUNOBIOLÓGICOS.STEP 5

014 | GEPA ABRINDO COM GASTROENTERITE CROHN SIMILE

AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS .[1]; JULIANA CLARO PELOSO[2]; VINICIUS VERLANGIERI SOUBIHE[3]; JOSÉ ROBERTO MEGDA FILHO[4]; ELISA FERNANDES DE MELO[4].

1. UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, TAUBATE - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL UNIVERSTARIO DE TAUBATE, TAUBATE - SP - BRASIL; 4. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TAUBATE, TAUBATE - SP - BRASIL.

Introdução: A Granulomatose eosinofilica com poliangeite (GEPA) caracteriza-se por asma, eosinofilia periférica e tecidual, formação de granulomas extravasculares e vasculites de múltiplos sistemas orgânicos. Esta vasculite necrosante acomete vasos de pequeno calibre, sendo classificada nas Vasculites ANCA-associadas. O aspecto histopatológico consiste na ocorrência de reações granulomatosas, que pode estar presente nos tecidos e nas paredes dos próprios vasos. Elas estão associadas, em geral, à infiltração dos tecidos por eosinófilos. Esse processo pode ocorrer em qualquer órgão do corpo, sendo, o comprometimento pulmonar predominante com crises asmáticas graves, e presença de infiltrados pulmonares. O trato gastrointestinal pode estar envolvido, confundindo com uma doença inflamatória intestinal. O prognóstico na doença não tratada é sombrio, mas se tratada, ocorre aumento na sobrevida. **Relato de Caso:** Feminino, 53 anos, internada por diarreia crônica com muco e sangue, dor abdominal e neuropatia periférica. Relatou antecedente de asma na vida adulta de difícil controle, de início aos 26 anos. Ao laboratório, anemia com leucocitose (30.200 cel sendo 57% eosinófilos) e plaquetose, VHS 91; sorologias para hepatite B, C e HIV, todas negativas. Realizado EDA e Colonoscopia, nas quais visualizou-se múltiplas lesões ulceradas em estômago e cólon, e as biópsias resultaram em processos inflamatórios, compatível com doença inflamatória tipo crohn símile. Iniciado prednisona 1mg/kg/dia com melhora parcial. No entanto, apresentava piora do quadro neurológico periférico Foi realizada ENMG compatível com Mononeurite Múltipla. Fechado o diagnóstico para GEPA/Churg Strauss com ANCA-p positivo, porem antiMPO e antiPR3 negativos. Iniciado pulsoterapia com metilprednisolona e ciclofosfamida, com melhora significativa clínica e laboratorial.
Discussão: GEPA e uma vasculite ANCA-associada que se caracteriza por asma, eosinofilia periférica e tecidual, formação

de granulomas extravasculares e vasculites de múltiplos sistemas orgânicos. As manifestações clínicas podem ser diversas, sendo os achados pulmonares os mais característicos, com crises asmáticas graves, e presença de infiltrados pulmonares. A mononeurite múltipla é a segunda manifestação mais comum, ocorrendo em até 72% dos pacientes. O quadro gastrointestinal e dito chron-simile. Embora o diagnóstico seja idealmente estabelecido por biópsia, em um paciente com manifestações clínicas características, a confirmação histológica pode representar um desafio, visto que, com frequência as manifestações patognomônicas não ocorrem simultaneamente. Isso não deve atrasar o tratamento devido à gravidade do quadro. Os glicocorticoides isolados, parecem ser efetivos, mas em caso de falha, ou quando o paciente apresenta uma doença multissistêmica, o tratamento de escolha é Ciclofosfamida.
Palavras-chave: EOSIOFILICA.VASCULITE.ASMA

015 | PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA, SUBESPECIFICIDADE ASMA GRAVE, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

TATIANA SIQUEIRA CAPUCCI[1]; GABRIELA ACCETTA ROJAS[2]; FLAVIA OST NASCIMENTO[2]; VICTOR HUGO MARTINS SILVA[2]; MARIANA MARCON DOS SANTOS[2]; DIEGO SANDY[2]; ROBERTO STIRBULOV[2]; JOSE EDUARDO DELFINI CANÇADO[2]; JOSÉ GUSTAVO BARIAN ROMALDINI[2].

1. SANTA CASA DE SÃO PAULO, JACAREI - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: No Brasil, a asma é a prevalente em aproximadamente 20% da população, e 5 a 10% dos pacientes estão na etapa 4 ou 5 do GINA. Apesar do largo espectro e da heterogeneidade dos fenótipos e endótipos da asma, o conhecimento dos fatores associados à asma grave no adulto é fundamental para auxiliar no planejamento de ações para a redução e o controle da morbidade e mortalidade a ela relacionada. **OBJETIVOS:** Descrever o perfil epidemiológico e as variáveis preditoras de asma grave nos pacientes acompanhados no ambulatório de pneumologia, sub-especialidade asma grave, no hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, no período entre Janeiro de 2018 a Junho de 2019. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, retrospectivo. Realizou-se estatística das variáveis demográficas como sexo, idade, cor de pele e outras covariáveis como padrão de distúrbio ventilatório, medicação em uso e comorbidades e média do Asthma Control Test (ACT). Incluiu-se pacientes maiores de 18 anos e com diagnóstico de asma confirmado há pelo menos 4 meses. Dados incompletos ou diagnóstico incerto foram excluídos. As variáveis independentes foram avaliadas através da regressão logística. Considerou-se relevancia significativa cujo o $p<0.05$ e IC=95%. Software: STATA versão 16. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da ISCMSP e seguiu as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas.
RESULTADOS: Ao todo 79 pacientes foram elegíveis. O Ambulatório de Asma Grave apresenta uma população de mediana= 51 anos, com IQR=41-64 e proporção maior em mulheres (63%). A maioria apresenta asma de início na idade adulta (71%) e dentre as principais comorbidades encontradas, constam: DRGE(38%), HAS (38%), rinossinusite (35%) e DM (16%). Dos 79 pacientes, 24 encontram-se em step 4 ou 5 de tratamento da asma. Dentre os pacientes em uso de imunobiológicos, 5 fazem uso de omalizumabe, 2 de mepolizumab e 1 de benralizumab. A asma de início na idade adulta se mostrou relevante como preditora para asma grave (OR =0.99, IC 95% 0.94 - 1.03), assim como a idade (OR= 1.0, IC 95% 0.95- 1.07). A cor de pele branca revelou-se a variável com maior predição estatística para a chance de se desenvolver asma grave (OR= 9.3, p=0.03). Em relação às comorbidades, apesar de baixa significância estatística, DRGE (OR= 1.32, p=0.3), rinossinusite (OR=1.9, p=0.4) e obesidade (OR=1.72, p=0.4) apontam para correlação com a asma grave. O padrão ventilatório revela-se normal em 7 pacientes, 18 apresentam DVO leve, 18 DVO moderado, 16 DVO grave e os demais apresentam padrão misto ou restritivo. A respeito da pontuação no teste ACT: mediana=19 e (IQR= 14-25).
CONCLUSÃO: A amostra avaliada apresenta características compatíveis com as descritas pela literatura com relação à asma grave no adulto. Caracterizá-la fenotipicamente é útil para o aprimoramento do manejo da mesma, devido o aumento da prevalência em idosos e pelos novos fármacos disponíveis.
Palavras-chave: ASMA GRAVE.EPIDEMIOLOGIA.ACT

016 | ASMA PAUCIGRANULOCÍTICA EM ADULTO JOVEM - RELATO DE CASO

TATIANA SIQUEIRA CAPUCCI; CRISTIANO TORRES DA SILVA; JORGE ETHEL FILHO; DIEGO SANDY; VICTOR HUGO MARTINS SILVA; MARIANA MARCON DOS SANTOS; JOSÉ GUSTAVO BARIAN ROMALDINI.

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

RELEVANCIA: Até 40% dos asmáticos não alcançam o controle adequado e cerca de 10% não obtém nenhum controle levando-os a grande morbimortalidade. Este relato expõe um caso de asma grave, propondo as diferenças entre os fenótipos e endótipos afim de explicar a baixa resposta aos tratamentos convencionais. **HMA:** Mulher, 25 anos, estudante de odontologia, procedente de São Paulo/SP. Tabagista diária de Narguilé desde 2013, porém portadora de rinite alérgica e atopias desde a infância, porém sem diagnósticos respiratórios prévios. Tireoidectomia total em ago/2016 devido carcinoma papilífero de tireoide, com posterior radioiodoterapia (100mci) em dez/2016. Iniciou após três meses do iodoradioativo quadro de dispnéia, sensação de sufocamento e fadiga, necessitando de atendimentos de urgência (3-4x ao mês), com uma internação hospitalar devido quadro de broncoespasmo (BE). Concomitante ao quadro de asma evoluiu com surtos de reumatismo poliendromico. Implantação mamária (mar/2018) de prótese de silicone, cirurgia sem intercorrencias, porém após sete dias apresentou grave BE sendo hospitalizada por dez dias, seguida de remissão do quadro asmático grave até mar/2019, quando após uso abusivo de Narguilé desencadeou quadro dispneico grave, procurando atendimento na Santa Casa de São Paulo (ISCMSP). Durante a internação apresentou vários BE refratários, sendo então submetida a diversas intubações oro-traqueal (IOT) – 6x no total. Exames específicos desacataram outras hipóteses diagnósticas, como TEP e obstrução alta de vias aéreas. Submetida a traqueostomia (TQT) em maio/19, mas constantemente readmitida. Indicada em julho/19 a exérese do implante mamário, correlacionado a possibilidade da refrataridade ser secundária à presença da prótese. Houve melhora do padrão respiratório, diminuição dos roncos e sibilos, porém ainda com TQT, em altas doses de corticoide oral e inalatório, mas no início de ago/2019, após oclusão súbita da TQT apresentou novo BE, com duas novas IOT. Apresentava importante transtorno psicológico, com labilidade emocional e somatização foi otimizado então as medicações ansiolíticas e antidepressivas. Recebendo alta sem TQT, com padrão respiratório sem sibilos e terapêutica otimizada. **EXAMES:** Eos serico (max: 2,8% (160cel) - min: 0,0%).IgE: março=375.5, maio=90,5, junho= 67 (VR: <100 UI/mL). Citometria de escarro induzido (junho/19): Neut(17%), Eos(0%), Macr(78%), Linf(5%), Epitélio Bronquico**DISCUSSÃO:** Asma não alérgica é um desafio na prática médica, o perfil celular da expetoração pode ser neutrofílico, eosinofílico ou paucigranulocítico. A paucigranulocítica não se associa à inflamação por células inflamatórias clássicas, observa-se valores normais de eosinófilos (<3%) e neutrófilos (<64%), além do não sucesso nas

estratégias destinadas a suprimi-los e baixa resposta aos corticoides. A paciente segue em acompanhamento na ISCMSP e estudamos ainda novas formas de controle definitivo das crises de BE, como termoplastia brônquica.
Palavras-chave: ASMA GRAVE.FENOTIPOS.ENDOTIPOS

017 | POTENCIAIS APLICAÇÕES DA SALIVA COMO FLUIDO DIAGNÓSTICO NO MODELO DE ASMA INDUZIDA POR OVALBUMINA
MATEUS ALVES FERREIRA[1]; LÉIA CARDOSO-SOUZA[1]; TALES LYRA DE OLIVEIRA[2]; ROBINSON SABINO-SILVA[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL, MACEIÓ - AL - BRASIL.
Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica que promove hiperresponsividade das vias aéreas. Indivíduos asmáticos apresentam elevado risco para o desenvolvimento de doenças orais em comparação a indivíduos não asmáticos. No entanto, é pouco compreendido se o aumento da frequência e da severidade das doenças orais em indivíduos asmáticos está associado à patogênese da asma e/ou aos efeitos colaterais da farmacoterapia utilizada para o seu tratamento.As doenças orais presentes em indivíduos asmáticos podem estar relacionadas a alterações na composição das glândulas salivares, o que compromete a secreção salivar. Desta forma, a utilização da saliva como fluído diagnóstico é uma alternativa interessante, uma vez que pode indicar alterações sistêmicas, sendo um substituto do sangue em testes laboratoriais para diversas doenças. A espectroscopia de infravermelho com transformada de Fourier (FTIR) é atualmente uma das técnicas analíticas mais importantes para a caracterização diagnóstica de moléculas biológicas em fluidos e tecidos, sendo uma técnica valiosa para avaliação da composição salivar. **Objetivos:** O presente estudo buscou avaliar o perfil salivar de animais asmáticos induzidos por ovalbuminapor meio da espectroscopia FTIR. **Métodos:** Foram utilizados ratos Wistar (~350g) separados em dois grupos experimentais independentes: 1) ratos não asmáticos tratados com salina (Controle, n=7) e 2) ratos asmáticos tratados com ovalbumina (OVA, n=7). A indução da asma foi feita pelo modelo de sensibilização ativa através da injeção subcutânea de uma mistura contendo ovalbumina (1000 ìg/kg) e hidróxido de alumínio (50 mg/kg) nos dias 0, 7 e 14. Nos dias 21, 22 e 23, os animais sensibilizados e devidamente anestesiados foram desafiados com OVA (200 ìg/kg) diluída em salina (0,9%, 50 ìl) pela via intranasal até sua completa aspiração. Após 48h do último desafio, os animais foram novamente anestesiados para avaliação da função pulmonar pela técnica de espirometria e coleta salivar estimulada por pilocarpina (2 mg/kg i.p.) para análise em espectroscopia FTIR. **Resultados:** O grupo OVA não diferiu estatisticamente do grupo controle na avaliação da função pulmonar (frequência respiratória, volume corrente e volume minuto), na mensuração do peso das glândulas salivares (submandibulares, parótidas e sublinguais), e no fluxo salivar estimulado por pilocarpina. À avaliação da saliva pela espectroscopia FTIR, o grupo OVA apresentou alteração no pico de frequência 943 cm^{-1} ($p<0,05$), observado na curva ROC, sensibilidade de 100% e especificidade de 71,43%. **Conclusão:** Em conjunto, nossos resultados mostram que o modelo de asma induzido por ovalbumina apresenta níveis moleculares alterados no pico 943 cm^{-1}na espectroscopia FTIR. Desta forma, foi observado que a asma promove modificações na composição salivar, que podem estar relacionadas com as alterações orais descritas nesta população.
Palavras-chave: Saliva.Asma.Espectroscopia de Infravermelho

CÂNCER DE PULMÃO

018 | APRESENTAÇÃO PARANEOPLÁSICA RARA EM TUMOR NEUROENDÓCRINO DE PULMÃO: SÍNDROME DE CUSHING
LARISSA BARBOSA TALHARO[1]; HELI SAMUEL PINTO SOUZA[1]; TERESA YAE TAKAGAKI[2]; GUSTAVO FAIBISCHEW PRADO[2].
1. INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.
Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNE) de pulmão são entidades raras de comportamento variável, com espectro desde lesões indolentes a neoplasias de prognóstico limitado. Síndromes paraneoplásicas são frequentemente associadas a esses tumores e seu diagnóstico leva a abordagem específica e melhor prognóstico. Descrevemos caso de TNE de pulmão de grau intermediário, metastático para fígado e adrenal, com Sd. de Cushing por secreção de ACTH ectópico. **Relato:** Mulher, 58 anos, assintomática respiratória e ex-tabagista <5am, por achado incidental de nódulo de 0,8cm suspeito em lobo inferior direito realizou EBUS com biópsia que revelou tumor carcinoide (IHQ TTF1+, p63-,CD56+,Ki67 5%), sendo encaminhada a serviço de oncologia. Durante estadiamento, PET-CT evidenciou nódulos hepáticos captantes. Definido por equipe multidisciplinar conduta expectante. Paciente permaneceu estável por 2 anos, quando iniciou episódios de rubor facial e palpitações. Investigação apontou elevação de níveis urinários de 5-HIAA, levando ao diagnóstico de Sd. carcinóide. No entanto, paciente intercorreu em poucas semanas com fraqueza, edema, dispneia, ortopneia, pletora facial e náuseas – que motivaram ida a Pronto Socorro. Ao exame físico mostrava-se em REG, ictérica 2+/4+, hipertensa, com estertores creptantes pulmonares, SpO2 90%, estrias violáceas em abdome, hepatomegalia e equimoses em membros. Exames laboratoriais revelaram aumento de bilirrubinas, hipocalemia, alcalose metabólica, glicemia 267mg/dL, cortisol sérico e salivar elevados, cortisol urinário 24h elevado (6915,6µg) e ACTH elevado (167,2pg/mL). Realizadas TC de tórax/abdome, que evidenciaram opacidades em vidro fosco e nódulos pulmonares bilaterais medindo até 0,7cm, lesão em adrenal esquerda e aumento de lesões hepáticas. O conjunto de achados confirmou Sd. de Cushing por secreção ectópica de ACTH e progressão de doença neoplásica. Paciente foi internada e recebeu etomidato para controle do quadro. No curso da internação foi iniciado octreotide, porém hipercortisolismo mostrou-se refratário. Caso foi discutido em reunião multidisciplinar e definida adrenalectomia bilateral. **Discussão:** TNE primários de pulmão são capazes de produzir hormônios e neuroaminas. Apesar de guardar características semelhantes, têm amplo espectro clínico sendo classificados em subtipos, dentre eles os tumores carcinoides. No caso relatado, observamos a evolução e complicações de um tumor carcinoide atípico. Apesar do índice mitótico intermediário, inferido por Ki67 de 5%, já ao diagnóstico havia doença metastática, evoluindo com progressão de doença e metástase adrenal. Paciente apresentou rápida piora funcional, impedindo início de quimioterapia. Sintomas de rubor facial e palpitações associados a 5-HIAA elevado confirmam o diagnóstico de Sd. Carcinoide. Hipercortisolismo e secreção ectópica de ACTH direcionatam o tratamento da Sd. de Cushing - devido a refratariedade ao tratamento clínico foi indicado a adrenalectomia bilateral.
Palavras-chave: Tumores neuroendócrinos de pulmão.Sd. Cushing.Sd. carcinoide

019 | PERCEPÇÕES E CONHECIMENTOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA

JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA[1]; MARINA MANCUSI[1]; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO[1]; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO[1]; JULIANA CLARO PELOSO[1]; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA[1]; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO[1]; ALANA ANNE KANEDA GARCIA[1]; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS[1]; ALINE REIS BERTOLDI[1]; ELIZABETH BRAGA MISAO[1]; LEANNE ISADORA VASCONCELOS QUARESMA[2].

1. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL - SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL.

Introdução: O conceito atual de cuidados paliativos (CP), definido pela OMS em 2002,ressalta o caráter multiprofissional do atendimento. A abordagem de CP ainda não é tão difundida na formação dos profissionais de saúde, porém com o processo de envelhecimento e aumento da prevalência de doenças crônicas, a capacitação das equipes de saúde é essencial para atender de forma eficaz e humanizada as demanda desses pacientes. A pneumologia é uma das especialidades com múltiplas patologias crônicas, sendo a dispneia o principal sintoma que compromete a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a percepção sobre CP da equipe multiprofissional de uma enfermaria de pneumologia. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa realizada com a equipe multiprofissional da enfermaria de pneumologia do HSPE- SP, utilizando questionário elaborado juntamente com o serviço de cuidados paliativos contendo nove questões objetivas e uma subjetiva contemplando os seguintes domínios: conhecimento técnico, comunicação, emoção, aprimoramento profissional e avaliação da assistência. **Resultados:** Aplicado o questionário em 22 membros da equipe multidisciplinar, sendo 14 médicos (63,6%), 2 enfermeiros (9%), 1 fisioterapeuta(4,5%) e 5 técnicos de enfermagem (22,7%). Na amostra houve predominância de mulheres, as quais representaram 81% do total. Dentre as perguntas que avaliaram conhecimentos técnicos, 77% dos profissionais reconheceu com exatidão as indicações de CP e 95% respondeu corretamente a respeito do manejo adequado da dispneia. Em relação à comunicação, 59% apontou que é informado sobre a indicação de CP através dos membros da equipe. É importante ressaltar que, um dos participantes assinalou que obtém esta informação a partir de conversas de corredor. Sobre a capacitação dos profissionais, 36% deles assistiram mais de três aulas sobre CP e 27% não participaram de nenhuma exposição sobre o tema. Metade da amostra busca aprimorar os conhecimentos sobre CP, embora 9% nunca o façam. O sentimento que predomina ao cuidar de pacientes em fase final de vida foi empatia, representando 59% das respostas. Apesar de 63% dos profissionais considerar que a assistência oferecida aos pacientes e seus familiares é boa, 31% se julga pouco capacitado para atendê-los. **Discussão e conclusão:** Observamos que a maior parte da equipe apresenta capacitação prévia e conhecimentos técnicos adequados em relação a medidas de conforto para pacientes em fase final de vida. Porém, a equipe multiprofissional se percebe pouco treinada para assistência destes pacientes. Na avaliação das respostas subjetivas, ficou evidenciada a necessidade de aprimorar a qualidade do atendimento, oferecer apoio psicológico aos familiares e estreitar a comunicação entre os membros da equipe e com os familiares. Com estes dados preliminares (comunicação breve), objetiva-se elaborar projeto para promover a avaliação de uma amostra maior com posterior intervenção na enfermaria de pneumologia.

Palavras-chave: Pneumologia.Cuidados paliativos.Equipe multiprofissional

020 | APLICAÇÃO DO MÉTODO PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO POR TOMOGRAFIA DE TÓRAX DE BAIXA DOSAGEM EM UMA POPULAÇÃO TABAGISTA DE ALTO RISCO.

JORGE HENRIQUE RIVABEN; JULIO MOTT ANCONA LOPEZ; VALÉRIA CRISTINA VIGAR MARTINS; FABRÍCIO PRÓSPERO MACHADO; SILVIO FONATANA VELLUDO; CARLOS DEL CISTIA DONNARUMMA; TATIANA FIGUEIREDO GUIMARÃES RIBEIRO; THIAGO CARVALHO GAUDIO; BRUNO FERNANDO BINOTTO; ELIELDER DIAS DIONIZIO; ALANA COZZER MARCHESI.

INSTITUTO PREVENT SENIOR, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: O método da tomografia computadorizada de tórax de baixa dosagem (TCTBD) para realizar o rastreamento do câncer de pulmão alterou o panorama na detecção precoce em estádios menos avançados do câncer de pulmão e assim influenciando na diminuição relatativa da taxa de mortalidade em 20% quando comparada com Rx de Tórax. O maior estudo realizado e precursor da vanguarda no rastreamento do câncer de pulmão, foi o The National Lung Screening Trial (1) **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi descrever os resultados em 02 anos obtidos do rastreamento do câncer de pulmão realizado através da TCTBD aplicada a uma população de idosos.

Método: Os pacientes foram recrutados de um programa de cessação de tabagismo no período de 22/05/2017 A 21/05/2019. Foram recrutados 3255 indivíduos nos quais foram aplicados os critérios de elegibilidade do National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2) e U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (3) para o rastreamento do câncer de pulmão para cada sujeito. **Resultados:** Deste universo, 68,7% eram mulheres (n=2236) e 31,3% eram homens (n=1019). A média da idade foi de 64 anos. Os indivíduos foram submetidos aos critérios do NCCN e USPSTF, sendo 69,1% elegíveis (n=2249) para indicação da primeira TCBD e 30,9 % não elegíveis (n=1006). O resultado da tomografia foi classificado as categorias do Lung CT Screening Reporting and Data System (Lung-Rads) (4). Os casos negativos, categoria 1 e 2 do Lung-Rads foram observados em 1840 indivíduos (81,8%). Os casos positivos ocorreram em 409 indivíduos representando 18,2% da amostra. A categoria 03 em 178 (7,9%); a categoria 4A em 130 (5,8%) e a categoria 4B em 61 (2,7%) e a categoria 04 com fator X em 40 (1,8%). O câncer de pulmão foi identificado em 20 pacientes que retornaram (0,9%) com a tomografia, desses, 75 % do câncer era em estadio precoce (15 indivíduos). Outros achados classificados como S no Lung-Rads ocorreram em 402 indivíduos (17,9%). **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, para assim recrurtarmos mais indvíduos, será necessário para constatar a consagração relatada na literatura. **Referência Bibliográfica:** 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 de 2011, Vol. 365, 5, pp. 395-409. 2. Ettinger DS, Wood DE, Akerley W, Bazhenova LA, Borghaei H, Camidge DR, et al. NCNN Guidelines Insights: Non-Smal Cell Lung Cancer, version 4.2016. J Natl Compr Canc Netw. 14, Mar de 2016, Vol. 3, pp. 255-64 3. Linda L. Humphrey, 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. 4. Radiology, American College of. Lung Cancer Screening Registry (LCSR). [Online]2017.ttps://www.acr.org/Clinical-Resources/Reporting-and-Data-Systems/Lung-Rads.

Palavras-chave: câncer de pulmão.rastreamento populacional.cirurgia torácica

021 | EFEITO DA COMBINAÇÃO DE NIVOLUMAB E DOCETAXEL NA PROLIFERAÇÃO CELULAR DE CPNPC IN VITRO

ALINE GRAÇAS PEREIRA SILVA[1]; CARLOS SERGIO ROCHA SILVA[1]; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA[1]; AMANDA CABRAL ROQUE[1]; VANESSA ADELIA ALVARENGA[1]; IVANI APARECIDA DE SOUZA[2]; KARINA ROCHA PEREIRA[1]; WILLIAM SALIBE FILHO[1]; ALINE ALFONSO KEUSSEYAN[3]; EVALDO MARCHI[1]; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO[1].

1. LABORATORIO DE PLEURA, DIVISAO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORACAO, HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / INCOR, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Neoplasia de pulmão é a principal causa de morte relacionada ao câncer em todo o mundo, com taxa de sobrevida de cinco anos abaixo de 15%. O adenocarcinoma pulmonar é o subtipo mais frequente, e aproximadamente 25% dos casos possuem mutações no gene KRAS. No entanto, um tratamento eficaz é motivo de pesquisa e diversas drogas estão sendo testadas na procura de um inibidor do KRAS com efeito clinicamente comprovado. Neste contexto, estudos promissores vêm avaliando a relação de células neoplásicas e imunológicas com ênfase em diferentes abordagens terapêuticas e na expressão e interação de mediadores inflamatórios e vasoativos. **OBJETIVO:** Estudar os efeitos do Nivolumab, Docetaxel e a combinação de ambos na proliferação e apoptose de células CPNPC *in vitro*. **MÉTODOS:** Células de adenocarcinoma de pulmão (A549) e células inflamatórias de indivíduos normais em cultura foram expostas aos tratamentos com Docetaxel e/ou Nivolumab por um período de 48 horas. Foram avaliados os índices de proliferação, viabilidade, apoptose e necrose celular e os níveis de Desidrogenase Lática (DHL). Análise Estatística: ANOVA, $p<0,05$. **RESULTADOS:** Docetaxel e Nivolumab diminuíram a proliferação celular; de 31,6% nas células A549 sem tratamento para 21,5% com Docetaxel, 26,8% com Nivolumab e 24,3% com ambos os medicamentos ($p<0,05$). Os níveis de apoptoses nas células A549 aumentaram de 4,4% para 21,5% nas culturas expostas ao Nivolumab, 30,3% para as culturas expostas ao Docetaxel e 22,4% nas culturas expostas a ambas as drogas ($p<0,001$). No entanto, alterações nos índices de necrose e os maiores níveis de DHL foram observados nos grupos que receberam Docetaxel, tanto nas células tumorais quanto nas células inflamatórias. A ação antitumoral do Nivolumab foi melhor evidenciada nas culturas mistas, com diminuição da proliferação e índices de apoptose quando comparada as culturas puras. Também observamos alterações nas características morfológicas das células A549 com o Docetaxel. **CONCLUSÕES:** Docetaxel tem um importante papel biológico no tratamento do CPNPC (células A549) com indução de apoptose e diminuição da proliferação; no entanto possui um evidente efeito tóxico celular com aumento de necrose e DHL no ambiente tumoral e com ação agressiva nas células inflamatórias. O Nivolumab possui sua ação potencializada com diminuição de proliferação e aumento de apoptose nas células tumorais em ambientes com os dois tipos celulares estudados, evidenciando que sua ação é mediada e regulada por células inflamatórias.

Palavras-chave: CANCER DE PULMAO.IMUNOTERAPIA.DOCETAXEL

022 | O ACESSO À TOMOGRAFIA DE TÓRAX ESTÁ ASSOCIADO À MENOR TAXA DE MORTES POR CÂNCER DE PULMÃO NO BRASIL: UM ESTUDO NACIONAL.

CINTIA FERNANDA BERTAGNI MINGOTTI; EDUARDO ALVARENGA ROQUETTE; EDUARDO VIEIRA PONTE; RICARDO SALES DOS SANTOS.

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

Introdução: O acesso a exames complementares como a tomografia de tórax aumentou no Brasil. É importante avaliar o impacto deste cenário na mortalidade de doenças cujo diagnóstico depende deste exame.

Objetivos: Avaliar se existe associação entre o aumento da realização de tomografias de tórax e a variação da mortalidade por câncer de pulmão no Brasil **Métodos:** Foram recuperadas as informações da base de dados do DATASUS de cada um dos 5,506 municípios brasileiros entre os anos de 2004 e 2013. A partir dos números de mortes por câncer de pulmão e do número de tomografias de tórax realizadas, foram calculadas, por município, a taxa de mortes e exames realizados por 10^5 habitantes, para as faixas etárias de 40 a 59 anos e acima de 59 anos. Foi realizada Regressão Multinível de Poisson para estabelecer a razão de taxa entre estas duas variáveis. A análise foi ajustada para a disponibilidade de médicos e leitos hospitalares por 10^5 habitantes, por município. **Resultados:** A taxa de mortes por câncer de pulmão no Brasil permaneceu em estreita faixa de variação ao longo do período estudado, nas duas faixas etárias avaliadas. Os municípios que reduziram a mortalidade por câncer de pulmão (2,862 municípios na faixa etária entre 40 e 59 anos e 3,316 municípios na faixa etária acima de 59 anos) realizaram mais tomografias de tórax por 10^5 habitantes ao longo de todo o período estudado (2004 a 2013). A diferença de acesso à tomografia de tórax aumentou progressivamente ao longo dos anos, quando comparamos os municípios de reduziram a mortalidade e os municípios que não reduziram a mortalidade, favorecendo o primeiro grupo. A razão de taxa (RR) indicou que o aumento da realização de tomografias de tórax esteve inversamente associado ao aumento da taxa de mortalidade por câncer de pulmão, nas duas faixas etárias [(40 a 49 anos, RR 0.95; 95 IC (0.91 - 0.99)] [acima de 59 anos, RR 0.96; 95 IC (0.94 - 0.97)]. **Conclusões:** Apesar da taxa de mortes por câncer de pulmão não ter variado significativamente entre o período de 2004 a 2013, os municípios brasileiros que reduziram a taxa de morte foram aqueles que aumentaram o acesso à tomografia de tórax. Esta associação foi ajustada estatisticamente para outros indicadores de acesso à saúde, como a disponibilidade de médicos e leitos hospitalares. Possivelmente, aumentar o acesso a tomografia de tórax é uma política de saúde pública útil para melhorar a prevenção secundária, ou seja, o diagnóstico precoce para tratamento curativo do câncer de pulmão. Evidentemente, a prevenção primária, cujo objetivo é evitar a ocorrência do câncer de pulmão, depende de políticas de prevenção ao tabagismo.

Palavras-chave: Tomografia de tórax.Câncer de pulmão.Taxa de mortes

023 | METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE PULMÃO COM PADRÃO MILIAR E LESÃO PRIMÁRIA OCULTA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

MURILLO DE ARAÚJO MARTINS[1]; LUIS RENATO ALVES[1]; MANUELA TORRADO TRUITI[2]; ANDREA DE CÁSSIA VERNIER ANTUNES CETLIN[2]; ANA CAROLINA LOPES RODRIGUES CUNHA[2]; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ[2]; BRUNO JOSÉ MENDES[2]; JOYCE VALADAO BORGES[2]; MARCELL SILVA COSTA[2]; ANDRE GUSTAVO NUNES BATISTA[2]; DÉBORA SANTANIN SANCHEZ[2]; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS[2].

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O achado radiológico de nódulos miliares difusos usualmente é descrita em pacientes com Tuberculose pulmonar, infecções fúngicas, Sarcoidose e metástases de neoplasias, principalmente tireóide, melanoma e pulmão

com lesão primária visível, diferente do caso relatado nesta ocasião. **RELATO DE CASO**: S.V.S, 51 anos, masculino, agente penitenciário, previamente hígido, atendido no ambulatório do HC FMRP-USP com tosse seca há 1 mês associada a astenia, dispneia aos médios esforços e perda ponderal de 6kg em 3 meses. Nega febre ou sudorese noturna. Fez uso de amoxicilina por 5 dias e levofloxacino por 7 dias, sem melhora do quadro. Ao exame físico, apresentava-se taquipneico, com roncos à ausculta pulmonar, SpO2 91% em ar ambiente. Radiografia de tórax com padrão de infiltrado miliar bilateral associado a linfonodopatia mediastinal. Levantadas hipóteses diagnósticas de tuberculose miliar e infecção fúngica, então, optado por internação em enfermaria para prosseguir investigação diagnóstica. Realizou TC de tórax que revelou opacidades pulmonares com padrão miliar, linfonodomegalia hilar assimétrica e derrame pleural à direita. Diante de tais achados, epidemiologia positiva e gravidade do quadro, iniciado esquema empírico para tuberculose com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Concomitantemente, realizada broncoscopia diagnóstica com lavado broncoalveolar e biópsia pulmonar transbrônquica. Broncoscopia revelou inflamação brônquica difusa com culturas para fungos negativas; TB-TRM, baciloscopias e cultura para TB negativos; hemoculturas negativas. Após tais resultados, optado por suspensão dos antimicrobianos. Biópsia pulmonar com achados de células neoplásicas infiltrando em expansão nodular peribronquiolar com padrão sólido, acinar e lepídico, com importante pleomorfismo nuclear. A princípio, considerado como adenocarcinoma de sítio indeterminado. Tomografia de abdome demonstrou múltiplos nódulos hepáticos sugestivos de metástases. Posteriormente, a análise imunohistoquímica da amostra expôs forte e demarcada imunoexpressão de EGFR, CK-7, TTF-1 e nipisina A, com CK-20 negativo, indicando carcinoma pulmonar não pequenas células (T4N3M1b). Iniciado quimioterapia com Carboplatina + Paclitaxel, porém paciente evoluiu a óbito após pneumotórax espontâneo e insuficiência respiratória aguda. **DISCUSSÃO:** O padrão de distribuição miliar de micronódulos presentes em exame radiográfico suscita um amplo leque de diagnósticos diferenciais como a Tuberculose, suspeitado inicialmente no caso descrito, em especial por tratar-se de paciente com epidemiologia e clínica compatíveis com tal doença. Porém, apesar de incomum, o padrão miliar pode ser encontrado em disseminação hematogênica de neoplasias, sendo essencial a imunohistoquímica, para caracterizar sítio primário. Pacientes com neoplasia pulmonar e metástases miliares parecem apresentar menor sobrevida em relação a outros tipos de metástases, provavelmente decorrente da carga de crescimento tumoral.
Palavras-chave: Adenocarcinoma de pulmão.Broncoscopia.Padrão miliar

024 | METÁSTASE ÓSSEA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA PAPILÍFERO DE PULMÃO

DÉBORA SANTANIN SANCHEZ; ANDREA DE CÁSSIA VERNIER ANTUNES CETLIN; ELCIO DOS SANTOS OLIVEIRA VIANNA; MARCELL SILVA COSTA; MURILLO DE ARAÚJO MARTINS; ANDRE GUSTAVO NUNES BATISTA; JOYCE VALADAO BORGES; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS; BRUNO JOSÉ MENDES; MARCELO BEZERRA DE MENEZES; ADILSON APARECIDO FACCIO; LUIS RENATO ALVES.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Adenocarcinoma papilífero pulmonar é uma apresentação tumoral rara em indivíduos jovens. Reportamos caso em mulher jovem procedente de área endêmica para doenças infecciosas. **RELATO DE CASO:** J.F.L, 24 anos, feminino, sem comorbidades prévias ou fatores de risco para neoplasia conhecidos, procedente de Rio Branco-AC. Paciente relatava dor em joelho esquerdo e quadril há 1 ano, evoluindo com fratura patológica de fêmur esquerdo após queda da própria altura. Encaminhada ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto por suspeita de múltiplas lesões ósseas secundárias, com biópsia inicial inconclusiva para sítio tumoral primário. Realizada revisão de lâmina de biópsia externa de osso ilíaco esquerdo, compatível com carcinoma seroso papilar infiltrando osso tendo como sítios primários prováveis ovário, tuba uterina, útero ou peritônio. No estudo imuno-histoquímico, expressão para CK7, Napsin e TTF-1, além da negatividade para tireoglobulina, receptor de estrógeno, CDX2, GATA-3, Mamaglobin, CK20 e WT1, identificou como sítio primário o tecido pulmonar – metástase óssea de adenocarcinoma papilífero de pulmão. Realizado tomografia de tórax com múltiplos nódulos pulmonares infracentimétricos com distribuição randômica, sendo alguns cavitados, tomografia de crânio com nódulos cerebrais e cerebelar sugestivos de acometimento secundário. Culturas de escarro, sorologias e contra-imunoeletroforese para fungos foram todas negativas. Devido à ausência de lesão pulmonar predominante em exame de imagem, optado por biópsia pulmonar por VATS de lobo superior direito para confirmação diagnóstica com achados histopatológicos confirmando micronódulos de adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado, primário de pulmão, padrões micropapilar e lepídico. Estudo imuno-histológico com positividade para CK7 e TTF-1 e negativo para CK20 e CEA. Paciente submetida à radioterapia óssea e de sistema nervoso central. Iniciado tratamento com Gefitinibe pela positividade para a mutação do gene do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR). Em reavaliação de 3 meses pelo critério RECIST, apresentou resposta parcial, devido à manutenção das lesões não alvo (ósseas), com evidente benefício clínico e radiológico das lesões pulmonares após medicação. **DISCUSSÃO:** Casos de apresentação atípica de tumores de pulmão em pacientes jovens e sem fatores de risco evidente devem fazer parte do conhecimento do pneumologista para diagnóstico diferencial em alguns casos. Apesar das lesões pulmonares, a paciente em questão era assintomática do ponto de vista respiratório, o que provavelmente levou a demora diagnóstica até um desfecho não desejável de metástases e de fratura patológica, com consequente necessidade por busca de sítio definitivo. A ausência de lesão predominante pulmonar em paciente jovem procedente de área endêmica para diversas doenças infecciosas, tornou o diagnóstico tumoral mais desafiador.
Palavras-chave: Adenocarcinoma de pulmão.metástase óssea.biópsia

025 | TUMOR CARCINÓIDE PULMONAR ATÍPICO: RELATO DE CASO.

SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; ILKA LOPES SANTORO; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; FLÁVIA LIN; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; MARIANA LAFETA LIMA.
UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Os tumores carcinoides são neoplasias neuroendócrinas raras, classificados em típico e atípico de acordo com seu grau histológico de malignidade. Os sintomas comuns são pneumonias de repetição, chiado, dispneia, dor torácica e hemoptise. E o tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica. Relatamos o caso de uma mulher jovem diagnosticada com tumor carcinoide atípico (CA). Relato de caso: Sexo feminino, 22 anos, com quadro de pneumonias de repetição há 4 anos associada a dispneia, tosse e dor torácica a esquerda com irradiação para dorso. Ao exame físico, em bom estado geral, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído a esquerda com som maciço a percussão, SpO2 96% em ar

ambiente e frequência respiratória 25 irpm. Apresentava em tomografia computadorizada (TC) de toráx imagem nodular, de contornos regulares, medindo 15 mm, no interior do brônquio principal esquerdo, com intenso realce ao meio de contraste, determinando obstrução distal do mesmo e consequente atelectasia completa com redução volumétrica do lobo superior esquerdo. Realizada broncofibroscopia (BF) que evidenciou lesão endobrônquica polipóide, vegetante, com mecanismo valvular, ocluindo 100% do lúmen do brônquio principal esquerdo a 2,5cm da carina, sendo realizada biópsia de lesão com anatomopatológico evidenciando tumor CA. Retorna no dia seguinte, com piora da dor torácica a esquerda associada a tosse produtiva e escarro hemoptóico. Nova TC de toráx evidenciou aumento de atelectasia e presença de provável hemorragia alveolar. Solicitado avaliação da Cirurgia Torácica a qual procedeu com a lobectomia de lobo superior esquerdo, com evolução favorável após procedimento e mantendo seguimento clínico. Discussão: Os tumores carcinoides são menos de 5% das neoplasias pulmonares, sendo os tumores CA mais raros do que o tumores típicos. O tumor CA tem predomínio no sexo feminino, surge na quarta a quinta década de vida e não possui associação com o tabaco. O quadro clínico pode variar em pacientes assintomáticos a sintomáticos com sibilância, dispneia, tosse, hemoptise e pneumonias de repetição. A variabilidade na apresentação clínica pode levar a atrasos ou erros no diagnóstico. O diagnóstico diferencial são hamartomas, corpo estranho aspirado, asma ou tuberculose. A confirmação diagnóstica é feita pelo anatomopatológico com critério histológico de morfologia carcinóide e/ou necrose ou 2-10 mitoses/2mm^2. O tratamento é a ressecção cirúrgica e a terapia adjuvante é controversa, tendo o tumor CA um pior prognóstico com alto índice de recidiva e metástase.

Palavras-chave: TUMOR CARCINOIDE.NEOPLASIA NEUROENDOCRINO.NEOPLASIA PULMONAR

026 | RELATO DE CASO DE TUMOR CARCINOIDE TÍPICO COM RARA MULTIPLICIDADE DE LESÕES INTRA E EXTRATORÁCICAS

ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR[1]; RAQUEL BALDINI CAMPOS[1]; CAROLINA SALEM TAMESAWA[2]; PEDRO MAXIMINK ESTEVES VILLAR[1]; RICARDO SIUFI MAGALHÃES[1]; ARISTÓTELES DE SOUZA BARBEIRO[1]; MAURICIO WESLEY PERROUD JR[1]; LAIR ZAMBON[1].

1. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. UNICAMP, MARINGÁ - PR - BRASIL.

Introdução

Os tumores carcinoides fazem parte do espectro de neoplasias originadas de células neuroendócrinas, sendo classificadas em típicos ou atípicos, e correspondendo a cerca de 1% de todas as neoplasias pulmonares. Os tumores carcinoides típicos correspondem a 80-90% dos casos, sendo geralmente neoplasias indolentes de baixa agressividade, com rara disseminação. Características clínicas comuns são tosse, expectoração, hemoptise e sintomas que simulam asma em decorrência de lesões endobrônquicas. Tomografia computadorizada (TC), SPECT com octreotide, PET com dotatato e biópsia fazem parte do arsenal diagnóstico. **Relato de caso**: Paciente feminino, 68 anos, em acompanhamento ambulatorial com história de dispneia progressiva, iniciada em 2017, evoluindo aos moderados esforços, sem história de perda ponderal. TC Tórax de maio/2017: presença de múltiplos nódulos pulmonares não calcificados bilateralmente, alguns com densidade de partes moles, medindo até 1cm. Ausência de linfonodomegalias. Procedida investigação de outros sítios primários negativos para neoplasia. SPECT com octreotide de julho/18: lesões com expressão de receptores de somatostatina em linfonodo cervical nível VI e em múltiplos nódulos pulmonares bilaterais. Submetida à biópsia cirúrgica – segmentectomia posterior do lobo superior direito e superior do lobo inferior direito em setembro/18. Anatomia-patológica – múltiplas lesões intraparenquimatosas medindo entre 0,1cm e 0,6cm apoiando o diagnóstico de tumor neuroendócrino, não foram observadas figuras de mitose ou áreas de necrose. Podem corresponder a tumor carcinoide (IHQ TTF1 positivo; Cromogranina positivo; Sinaptofisina positivo; Ki67 positivo em cerca de 3%). Apresentando doença estável sem progressão clínica ou radiológica. Atualmente em seguimento ambulatorial com oncopneumologia. **Discussão:** Os tumores carcinoides típicos, na avaliação histológica, possuem raras figuras de mitoses (<2 por 10 campos de alta potência) sem visualização de necrose. Estudo IHQ pode apresentar Cromogranina e Sinaptofisina. A positividade para TTF1 ocorre em metade dos casos. No presente caso, a IHQ apresentou-se consonante com a literatura. Morfologicamente, não houve visualização de necrose. Contudo, não foram visualizadas figuras de mitoses. Mediante a raridade da apresentação com multiplicidade de lesões, diagnóstico diferencial deve ser estabelecido com Hiperplasia Difusa de Células Pulmonares Idiopáticas (DIPNECH) caracterizado por lesões pré-invasivas, *tumorlets* e hiperplasia de células neuroendócrinas. Salienta-se a presença de múltiplos nódulos pulmonares bilaterais e com captação de octreotide também em linfonodos cervicais, suscitando dúvida diagnóstica com outras lesões invasivas pouco diferenciadas histologicamente. Entretanto, a não observação de figuras de mitose em todas as amostras avaliadas, ausência de lesão em mediastino e a estabilidade da evolução após 18 meses de seguimento advogam contra essa hipótese.

Palavras-chave: Câncer de pulmão.Neoplasia neuroendócrina .Tumor carcinóide

027 | RELAÇÃO ENTRE NÍVEL SOCIOECONÔMICO E ESTADIO DO CÂNCER DE PULMÃO AO DIAGNÓSTICO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

PRISCILA BERENICE DA COSTA[1]; TAIRES DOS SANTOS SILVA[2]; PAULO MANUEL PÊGO FERNANDES[1]; RICARDO MINGARINI TERRA[1].

1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O câncer de pulmão é um dos mais prevalentes e letais no Brasil e no mundo. É uma doença silenciosa que quando sintomática, geralmente indica doença avançada e sem perspectivas de tratamentos curativos. Como o controle e a prevenção do câncer de pulmão são dependentes de políticas públicas, é importante identificar populações em vulnerabilidade social, uma vez que estas tendem a apresentar pior sobrevida. **OBJETIVO**: Analisar a relação entre o nível socioeconômico (NSE) e o estadio do câncer de pulmão ao diagnóstico no município de São Paulo.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo com análise dos dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do município de São Paulo de 7.896 pacientes diagnosticados com câncer de pulmão entre 2000 e 2014. Dividiu-se a população de acordo com o estadio clínico (EC) I, II, III e IV e também foram analisados dados sociodemográficos e clínicos. Os resultados descritivos foram apresentados em medianas e intervalo interquartil ou em frequências e proporções. Para comparar os 4 grupos de estadio clínico, utilizamos o Teste Qui-Quadrado/ Exato de Fisher, Kruskal-Wallis e análise de variância (ANOVA) de um fator. A sobrevida global foi calculada com o método de Kaplan-Meier e teste de Log-rank para igualdade de curvas de sobrevida em cada grupo. **RESULTADOS:** Observou-se média de idade de entre 62 e 65 anos, sendo que o grupo com EC IV possuiu menor média (62,7 e desvio padrão de 11,4). Houve prevalência do sexo masculino, principalmente no grupo com EC II. Quanto ao nível de escolaridade, notou-se que a proporção de indivíduos analfabetos era maior entre aqueles com EC IV que aqueles com EC I (6,2 e 3,7%, respectivamente), ao passo que houve uma relação inversamente proporcional

entre EC e nível superior (EC I e EC IV, 25,7 e 12,2%, respectivamente). Quando analisamos o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), vemos que a proporção de indivíduos vivendo em áreas com baixa vulnerabilidade social, diminui à medida que o EC aumenta. O inverso ocorre quando há maior proporção de indivíduos com EC IV, residindo em áreas com muita vulnerabilidade social (p<0,000). O Adenocarcinoma foi o mais prevalente na população, sendo que a distribuição foi relativamente proporcional nos 4 estadios. 47,2% dos pacientes receberam apenas cirurgia como tratamento quando diagnosticados em EC I, o que reforça a intenção de tratamento curativo. O mesmo ocorre quando o EC é IV, 38,1% dos pacientes foram tratados com quimioterapia, indicando a intenção de tratamento paliativo. A sobrevida global em 5 anos foi de 10 meses (IC 95% 3-22), havendo significância estatística entre as curvas dos EC (p=0,0024).
CONCLUSÕES: Os resultados deste trabalho mostraram que há relação entre aspectos socioeconômicos (escolaridade e vulnerabilidade social) e estadiamento, sendo observadas relações inversamente proporcionais entre o EC e escolaridade. Quanto ao IPVS, observou-se que à medida que há piora do EC, a vulnerabilidade social aumenta.
Palavras-chave: Câncer de pulmão.Fatores socioeconômicos.Estadiamento

028 | EVOLUÇÃO EM 7 ANOS DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE PULMÃO EM INSTITUIÇÃO TERCIÁRIA

MARIANA SCHETTINI SOARES; PEDRO HENRIQUE CUNHA LEITE; PRISCILA BERENICE DA COSTA; LAURA MARIA COLTRO; PAULO MANUEL PÊGO FERNANDES; RICARDO MINGARINI TERRA.
INSTITUTO DO CORAÇÃO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O câncer de pulmão tem alta incidência e alta letalidade. No Brasil, é o segundo tipo de câncer de maior incidência em homens e o quarto tipo de câncer de maior incidência em mulheres. A taxa de sobrevida em 5 anos padronizada pela idade no país é de 18%. As desigualdades de acesso a exames e tratamento, assim como a elevada incidência de doenças granulomatosas dificultam a aplicação de estudos internacionais em nossa população. Há poucos estudos com descrição destes dados em pacientes com câncer de pulmão tratados cirurgicamente. **OBJETIVO:** Avaliar evolutivamente nos últimos sete anos os dados clínicos e epidemiológicos brasileiros relativos aos pacientes com câncer de pulmão, com enfoque naqueles tratados cirurgicamente, em instituição terciária de referência do estado de São Paulo, Brasil. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo em banco de dados institucional inserido na plataforma da *International Association for the Study of Lung Cancer* (IASLC). Somos o único hospital brasileiro a participar desta base de dados. Avaliamos 431 pacientes submetidos a ressecção cirúrgica curativa de 437 neoplasias entre janeiro de 2011 e abril de 2018. Determinamos a sobrevida global e livre de doença em 36 meses através do Kaplan-Meier e fatores que impactaram na sobrevida por regressão de Cox. Dividimos as neoplasias ressecadas em dois períodos (2011-2014, n=226 e 2015-2018, n=211), comparando variáveis demográficas e clínicas entre os dois períodos através do teste qui-quadrado de Pearson/ Mann-Whitney (pd"0.05). Comparamos a sobrevida global e livre de doença através do teste Log-rank. **RESULTADOS:** A probabilidade de sobrevida global (n=285) e livre de doença (n=263) em 36 meses foi de 79% (IC 74-84%) e 75% (IC 69-80%), respectivamente. Apenas o estadiamento patológico foi um fator independente associado a sobrevida.Evolutivamente observamos que a proporção de ex-tabagistas aumentou (44.09 para 53.59%, p=0.137). Apesar da maior proporção de pacientes com comorbidades no 2º grupo, o *performance status* dos pacientes foi melhor, com maior predominância de ECOG's menores (p<0.001). A mortalidade foi menor no período mais recente (p=0.331). Houve aumento do diagnóstico incidental (52 para 68%, p=0.003), mantendo-se o adenocarcinoma como o tipo histológico mais comum (52 para 60%, p=0.406). No estadiamento clínico observamos uma maior preponderância de casos mais precoces no 2º período (p=0.002). O estadiamento invasivo do mediastino foi menos realizado, seja com EBUS (64 para 29%, p<0.001) ou mediastinoscopia (29 para 21%, p=0.059). Houve aumento do número de segmentectomias (3 para 7%, p=0.026) e também de pacientes submetidos a quimioterapia, principalmente adjuvante (14 para 20%, p=0.145) em pacientes em estadiamento mais avançado.
CONCLUSÃO: Houve aumento na proporção de pacientes com melhor *performance*, apesar de mais comorbidades e aumento de ressecção de doença precoce. Apesar do diagnóstico incidental, houve melhor sobrevida, principalmente no 2º período.
Palavras-chave: câncer de pulmão.sobrevida.epidemiologia

CIRURGIA TORÁCICA

029 | TIMECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES COM MIASTENIA GRAVIS: ANÁLISE DE EFICÁCIA E SEGURANÇA

ALESSANDRO WASUM MARIANI[1]; MATHEUS JOSE MAIA PEREIRA[1]; FILIPPE MOURA DE GOUVEA[1]; MARIANA RODRIGUES CREMONESE[1]; ANTONIO ALBERTO ZAMBON[1]; PAULO EURIPEDES MARCHIORI[2]; RICARDO MINGARINI TERRA[1]; PAULO MANUEL PÊGO FERNANDES[1].
1. HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO - ES - BRASIL.

Introdução: A Miastenia Gravis (MG) é uma doença autoimune grave cujo tratamento cirúrgico por Timectomia apresenta resultados variáveis na literatura. Em 2016, um estudo internacional, randomizado, foi publicado, provando que a Timectomia leva a um melhores resultados clínicos para pacientes com MG, no entanto, a técnica utilizada foi a timectomia por esternotomia. Apesar de amplamente utilizada por ser uma técnica minimamente invasiva ainda não sabemos se a timectomia videotoracoscópica alcança os mesmos resultados. **Objetivo:** Avaliar a eficácia e segurança da Timectomia Videotoracoscópica (VATS-THY) como tratamento para pacientes com Miastenia Gravis. **Método:** Estudo retrospectivo com pacientes miastenicos não-timomatosos com controle clínico inadequado, anticorpo receptor de acetilcolina positivo, sem auto-anticorpos contra tirosina quinase músculo-específica, submetidos VATS-THY de junho de 2009 a março de 2017. Todos os pacientes foram operados por com 3 incisões. **Resultados:** Dos 34 pacientes, 6 (17,6%) são do sexo masculino, com idade média de 33 (±13) anos. O tempo médio de permanência hospitalar foi de 5,5 dias (±3), permanecendo na UTI 1,6 (±1) dias. O tempo médio entre o diagnóstico e a cirurgia foi de 5,3 anos (± 7) p = 0,63. O tempo médio de acompanhamento foi de 3,2 anos. Houveram 6 complicações pós-operatórias(17%): 1 infecção de sítio cirúrgico e 5 paralisia frênica, no entanto, 4 desses 5 pacientes apresentaram resolução espontânea da paralisia (80%). Não há mortalidade. 21 pacientes reduziram as doses de corticóides (62%) e 27 pacientes (80%) apresentaram melhora clínica no pós-operatório representada

pela redução do nível na escala de Osserman p = 0,0001. As doses médias de anticolinesterásicos diminuíram do nível pré-operatório de 305,80mg (±139) para o nível pós-operatório de 290,32mg (±143), porém, não houve diferença estatística (p = 0,6). As doses médias de corticóides diminuíram de 40,32mg (±16,42) para 27,82mg (±19,2) com diferença estatística (p = 0,002). A regressão logística para avaliar preditores de melhora: tempo de diagnóstico, dose de corticóide, dose de anticolinesterases, uso de imunossupressores e peso do timo ressecado não apresentaram significância estatística. Conclusão: VATS-THY provou ser uma técnica segura e eficaz no tratamento de pacientes com MG não timomatosos.
Palavras-chave: Miastenia Gravis.Timectomia.Videotoracoscopia

030 | IMPACTO DA RESSECÇÃO DA ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR E RECONSTRUÇÃO SEM USO DE PRÓTESE

ALESSANDRO WASUM MARIANI; JOAO PAULO CASSIANO DE MACEDO; DAVI GANGI BACHICHI; ANA MIRELLA VOLPE VELLASCO DE MOLINAS; RICARDO MINGARINI TERRA; PAULO MANUEL PÊGO FERNANDES.
HCFMUSP-INCOR, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A ressecção da Articulação Esterno Clavicular (AEC) é frequentemente utilizada como tratamento de infecções da AEC. O uso de próteses para reconstrução pode levar a reinfecção local, embora o resultado funcional da reconstrução sem prótese ainda seja pouco explorado. **Objetivo:**Realizar avaliação funcional do membro superior de pacientessubmetidos à ressecção da AEC e reconstrução sem prótese. **Métodos:** Avaliação clínica e funcional de pacientes submetidos ressecção da AEC e reconstrução sem prótese por quadro infeccioso no período de 2012-2018. Avaliação composta de questionário (escala álgica, avaliação das atividades diárias, desconforto pré e pós-operatório do membro acometido) e exame físico padronizado realizado por fisioterapeuta (inspeção, mobilidade e força). **Resultados:** Foram avaliados nove indivíduos, sendo sete com ressecção unilateral. **Constatou-se**melhora álgica após a operação em oito de nove pacientes (88%). Oito de oito pacientes com limitação pré-operatória referiram melhora do desempenho nas atividade diárias. A mobilidade pós-operatória permaneceu inalterada em 33% casos, com redução parcial em apenas uma prova em 22% e em duas ou mais provas em 44% dos casos. O teste de força foi classificado como 0 (ausência de força) até 5(força máxima). Considerando os dois períodos, 33% mostraram score 4-5; 44% entre 2-3 e 11% 0-1.
Parestesia foi observada em apenas 1 caso. **Conclusão:**A avaliação pós-operatória de pacientes submetidos à ressecção da AEC e reconstrução sem prótese demonstrou bom resultado no que tange a melhora da dor, desempenho das atividades diárias, todavia, acarreta um pequeno impacto na mobilidade e força no pós-operatório. **Descritores:** Articulação Esterno Clavicular; Clavícula; Esterno; Osteomielite; Artrite séptica; Parede Torácica.
Palavras-chave: Articulação Esterno Clavicular.Osteomielite.Parede Torácica

031 | MIGRAÇÃO DE FIO DE KIRSCHNER NO SISTEMA CARDIOVASCULAR : COMPLICAÇÕES

OLAVO RIBEIRO RODRIGUES[1]; AURELINO FERNANDES SCHMIDT JUNIOR[2]; DANIELE CRISTINA CATANEO[3]; ROBERTO STORTE MATHEUS[4]; MILTON LUIZ YAEKASHI[2]; MARCUS MONACO[2]; GABRIELE ESMERALDA SANTANA LEAL[2]; MAYANE DOS SANTOS CASTRO[5]; MILENA BONDESAN FARISCO[5].
1. UMC+ SES (HCLPM), MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL; 2. UMC+SES(HCLPM), MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL; 3. FAC. MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 4. UMC + SES (HCLPM), MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL; 5. UMC, MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL.

O fio de Kirschner é um fio de metal rígido usado para estabilizar fragmentos ósseos fraturados e manter o alinhamento dos cotos.Na maioria das vezes são usados de forma temporária.A sua utilização foi descrita por Kirschner em 1909. É muito utilizado em fraturas de clavícula.Sua migração é relatada desde 1976 em registros isolados da literatura.Há descrições de óbito durante tentativa de retirada do fio do interior da aorta, de perfurações de vasos e de tamponamento cardíaco com morte súbita.O mecanismo de migração deste corpo estranho já se encontra estabelecido, mas as complicações do seu uso são subestimadas nos serviços de ortopedia. Esse fato nos motivou a descrever uma série de casos.São relatados quatro pacientes que tiveram migração desse fio no sistema cardiovascular. Dois foram vítimas de acidente automobilístico, o terceiro teve queda da própria altura e fratura de úmero direito.O quarto apresentava fratura de úmero direito e arcos costais por queda de escada.Todos foram submetidos a fixação de fraturas com fios de Kirschner.O primeiro apresentava trauma cranioencefálico,fraturas múltiplas de arcos costais e de clavícula esquerda.O segundo apresentava apenas fratura de clavícula esquerda. Em o primeiro caso, o fio migrou para o mediastino anterior, penetrou parcialmente no arco aórtico, aproximadamente 60 dias após a osteofixação.Realizou-se uma videotoracoscopia esquerda para remoção do fio. Entretanto, durante a "pega" o fio deslocou-se para o interior da aorta, transfixou o septo interventricular alojando-se temporariamente no ventrículo direito. Um exame radiográfico imediato demonstrou que o fio encontrava-se em câmara cardíaca.Uma esternotomia mediana foi realizada e durante manobras intraoperatórias o fio embolizou para o pulmão direito. Posteriormente tentou-se a retirada do fio por técnica endovascular sem sucesso.Este paciente, após recuperar-se da lesão neurológica, recusou submeter-se a outro procedimento cirúrgico e encontra-se assintomático há 19 anos.No segundo caso,o fio fixado na clavícula esquerda migrou para o mediastino, transfixou o saco pericárdico e sua extremidade distal situou-se á esquerda do apêndice xifoide. Neste caso, o fio foi retirado por minitoracotomia vídeo-assistida.No terceiro caso, o fio fixado na cabeça do úmero direito, migrou para a cavidade pleural, transfixou o mediastino alojando-se entre a artéria pulmonar direita e a veia pulmonar superior. Foi realizada uma toracotomia direita para sua remoção.A cirurgia transcorreu sem incidentes, mas no pós-operatório a paciente foi a óbito por acidente vascular cerebral. No quarto caso, o fio colocado em fratura de úmero direito, migrou para a cavidade pleural, transfixou o lobo superior do pulmão direito localizando-se entre a janela aorto-pulmonar e o átrio esquerdo.Neste caso, o fio foi removido por videotoracoscopia combinada com minitoracotomia axila.Há técnicas sugeridas durante a osteofixação para reduzir a migração e complicações.
Palavras-chave: corpo estranho.Kirschner.Migração

032 | CONDROMA ENDOBRÔNQUICO GIGANTE – RESSECÇÂO COM CIRCULAÇÂO EXTRA-CORPOREA

OLAVO RIBEIRO RODRIGUES[1]; AURELINO FERNANDES SCHMIDT JUNIOR[2]; MILTON LUIZ YAEKASHI[2]; MARCUS MONACO[2]; GABRIELE ESMERALDA SANTANA LEAL[2]; ROBERTO STORTE MATHEUS[2].
1. UMC+ SES (HCLPM), MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL; 2. UMC, MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL.

Os condromas endobrônquicos são tumores benignos e de baixa frequência. Em certos casos podem atingir grande volume e obstruir a luz brônquica, causar atelectasia de um pulmão e desenvolver aderências rígidas com órgãos do mediastino. O objetivo deste relato é demonstrar a tática cirúrgica para realização da pneumonectomia esquerda com

auxílio de circulação extra-corpórea. Admitiu- se no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital de Clínicas da UMC/SES-SPDM, um paciente de 52 anos, em abril de 2017 com história de pneumonia de repetição. Foi hospitalizado apresentando hemoptoicos. Durante a internação realizou-se um raios-x e uma TC de tórax que evidenciou atelectasia do pulmão esquerdo. Havia uma massa heterogênea de 13x10cm ocupando o hilo pulmonar, com compressão da artéria pulmonar esquerda e do átrio esquerdo. A fibrobroncoscopia evidenciou uma lesão séssil em brônquio principal esquerdo, distando 2 cm da carena principal e de consistência pétrea. A tentativa de biópsia endobrônquica resultou em grande sangramento e foi inconclusiva. Foi submetido a videopleuroscopia esquerda e foi observado uma massa tumorosa na região hilar esquerda de consistência dura, localizada entre o pericárdio e o lobo superior esquerdo. Todos os fragmentos de biópsia obtidos por punção, demonstraram tecido cartilaginoso maduro e ausência de malignidade. Realizou-se um ecocardiograma para vizibilização de invasão cardiovascular que foi inconclusivo. Optou-se por uma arteriografia pulmonar por cateterismo direito que demonstrou oclusão da artéria pulmonar esquerda no seu tronco. Optou-se pela abordagem cirúrgica. Submetido a toracotomia tipo clamshell observou-se aderências firmes ao pericárdio, ao cone da artéria pulmonar, ao átrio esquerdo e às veias pulmonares esquerdas. Canulada a aorta ascendente e estabelecido o circuito extracorpóreo, procedeu-se á liberação do tumor do átrio esquerdo, da artéria pulmonar e foi possível a pneumonectomia esquerda com segurança. Não houve intercorrências pós-operatórias imediatas ou tardias. O estudo histopatológico inicial demonstrou tratar-se de um condroma gigante. A associação da equipe de cirurgia torácica e cardíaca,contribuiu para a ressecção de um tumor gigante com compressão e aderências às câmaras cardíacas. O acesso por toracotomia tipo Clamshell foi decisivo para a abordagem cardiopulmonar.
Palavras-chave: condroma.tumor endobrônquico.hamartoma

033 | FÍSTULA AÓRTICO-ESTERNAL FATAL APÓS OSTEOMIELITE CRÔNICA DE ESTERNO PÓS-CIRURGIA CARDÍACA

OLAVO RIBEIRO RODRIGUES[1]; ELVES BARBOSA COUTINHO[2]; AURELINO FERNANDES SCHMIDT JUNIOR[3]; ROBERTO STORTE MATHEUS[3]; MARCUS MONACO[3]; MILTON LUIZ YAEKASHI[3]; GABRIELE ESMERALDA SANTANA LEAL[3].
1. UMC+ SES (HCLPM), MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL; 2. UMC/SES/SPDM, MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL; 3. UMC, MOGI DAS CRUZES - SP - BRASIL.

A Esternotomia mediana longitudinal foi proposta por Milton na Universidade do Cairo no ano de 1897. Esse acesso foi adotado para cirurgia cardíaca, principalmente na revascularização do miocárdio. Posteriormente observou-se complicações no fechamento esternal em pacientes idosos,obesos, diabéticos, pneumopatas e em reoperações. Essa categoria apresenta tendência a deiscência esternal parcial ou total, infecção de ferida óssea e até mediastinite . Várias modalidades de tratamento são utilizadas na fase aguda da deiscência esternal como ressutura,irrigação com antibióticos, curetagem óssea com reativação de bordas esternais, e ressutura. Mais recentemente introduziu-se a instalação do curativo a vácuo nessa complicação. Entretanto,há casos que debelada a infecção aguda o paciente evolui com osteomielite supurativa e mantem a saída secreção em pontos da tábua esternal. Há publicações que em casos de oesteomielite crônica supurativa a remoção de partes do esterno e até a esternectomia total pode levar a cura da supuração e dispensa colocação de prótese para proteger o mediastino,posto que já existe um tecido fibrosado sob a tábua interna do esterno e um espessamento da pleura mediastinal e fibrose dos ligamentos esterno-pericárdicos. É reportado que a presença da osteomielite crônica associada à presença de fios metálicos, pode ocasionar lesões do miocárdio,perfuração de troncos arteriais, migração de fios metálicos no sistema cardiovascular e óbito. Neste trabalho relatamos um caso em paciente que após uma revascularização do miocárdio teve deiscência esternal. Realizada a ressutura evoluiu para a fase crônica de uma osteomielite de manúbrio com supuração persistente. 18 meses após a revascularização apresentou sangramentos repetitivos no orifício fistulizado no manúbrio.Após estudo tomográfico foi realizada uma fistulografia que foi inconclusiva. Foi levado à ressecção do manúbrio no sentido caudal para cranial. Ressecou-se a segunda e a primeira cartilagens costais comprometidas e levantou-se o manúbrio. Havia aderência rígidas entre a face posterior do manúbrio e o coração onde encontrava-se a “ampulheta “ da fístula esternal. Durante a manobra para retirada da peça, rompeu-se a parede anterior da aorta ascendente e foi possível identificar que era no local em que foi feita a canulação para perfusão. A parede aórtica era muito rígida em meio a tecido fibroso permeado por tecido de granulação e pus. O sangramento foi copioso e tentativa de suturas na parede aórtica não lograram sucesso. Observamos ainda que a alça circular do terceiro fio metálico coincidia com a sede da fístula aórtico-esternal. Optamos por ampliar a abordagem do arco aórtico para a esquerda (hemiclamschel) mas houve lesão da anastomose mamária-DA e o paciente evoluiu para óbito por choque irreversível. O estudo histopatológico da peça não nos permitiu concluir se o fio de aço do esterno e o fio de prolene da “bolsa aórtica” contribuíram para formação da fístula.
Palavras-chave: Fístula aórtica.Esternotomia.Sutura esternal

034 | O USO DE ENDOPROTESES NA ESTENOSE TRAQUEOBRÔNQUICA; TRATAMENTO DEFINITIVO E PONTE PARA CIRURGIA

PEDRO PROSPERI DESENZI CIARALO; HÉLIO MINAMOTO; BENOIT JACQUES BIBAS; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; PAULO MANUEL PÊGO FERNANDES.
HCFMUSP-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Endoproteses traqueobrônquicas são stents utilizados na via aérea para manter a sua patência e permitir a passagem do ar até os pulmões em pacientes que não são elegíveis ao tratamento cirúrgico. Elas tem indicações tanto em doenças malignas como forma de paliar os sintomas de obstrução, podendo impedir a extensão do tumor para dentro da via aérea, como para doenças benignas ajudando na cicatrização, estabilização, ou como ponte para o tratamento cirúrgico definitivo da estenose. **Objetivo:** Avaliar a eficácia a longo prazo do uso de endoproteses traqueobrônquicas em pacientes com estenose das vias aéreas, tanto por causa benigna como maligna. **Material e Métodos:** Analise retrospectiva de um banco de dados da SBCT, do sistema REDCap do Grupo de Traqueia e Vias Aéreas do serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clinicas de São Paulo. Foram incluídos pacientes com obstrução das vias aéreas, não elegíveis para o tratamento cirúrgico, submetidos à colocação de endoprotese traqueobrônquica por via endoscópica, no período de janeiro de 2010 até dezembro de 2018. **Resultados:** Foram incluídos 134 pacientes, 77 do sexo masculino e 57 do sexo feminino, e 164 endoproteses foram implantadas, 136 de silicone, 25 em “Y” e 3 metálicas. A idade média foi de 42 anos (IQ 4 meses – 76 anos), e o tempo de seguimento de 84,8 meses. A principal etiologia da estenose foi intubação prolongada (64%), seguido de malignidade (20%), tuberculose (7%), idiopática (4,5%), pós-transplante pulmonar (3%), doenças reumatologias (1%) e estenose traqueal congênita (0,5%). O tempo médio de prótese foi de 24,7 meses. 33 complicações, nenhuma associada a colocação ou retirada da prótese, sendo 23 migrações e 10 obstruções por granuloma foram observadas. 96% dos pacientes tiveram boa adaptação a prótese, apenas 5 não se adaptaram, sendo que 4 ficaram

com tubo T e 1 com traqueostomia. Em 15 pacientes, com prova de função pulmonar com e sem prótese, foi observado um ganho médio de 360ml do VEF1 por paciente (IQ 100ml – 1060ml). Ao final, 60 (45%) pacientes foram decanulados após um tempo médio de 31,3 meses, sendo que em 12, com processo inflamatório ativo na estenose durante a avaliação inicial a prótese serviu como ponte para cirurgia. 31 (23%) pacientes mantem a prótese, com um tempo médio de 18,1 meses. Além de, 21 (20%) pacientes com proposta paliativa por neoplasia, e 11 (8%) pacientes com perda de seguimento.
Conclusão: Endoproteses traqueobrônquicas são eficazes no tratamento dos sintomas de obstrução das vias aéreas tanto para causa benigna ou maligna, podendo servir como ponte para o tratamento cirúrgico ou mesmo como tratamento definitivo após um período de tempo nas causas benignas.
Palavras-chave: Estenose traqueobronquica.Stent Traqueal.Endoproteses

035 | HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO - TUMOR BENIGNO RARO

MARIANA LAFETA LIMA[1]; BRUNA CAVALCANTE TORRES[2]; BRUNO HENRIQUE PINTO GOMES[2]; MARCO AURÉLIO MARCHETTI FILHO[2]; LUIZ HIROTOSHI OTA[2]; SONIA MARIA FARESIN[2]; FABIANA OLIVEIRA PENIDO[2]; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES[2]; WANDERSON PEREIRA DA SILVA[2]; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO[2]; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS[2]; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA[2].
1. ESCOLA PAULISTA MEDICINA - UNIFESP, ARAXA - MG - BRASIL; 2. ESCOLA PAULISTA MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Hamartomas são tumores pulmonares benignos resultantes de anormalidade de desenvolvimento de compostos por gordura e cartilagem. Composto por células mesenquimais indiferenciadas e células epiteliais. Macroscopicamente: coloração amarelo esbranquiçada, divididos em dois tipos, "moles" e "duros" de acordo com a consistência. Elementos cartilaginosos predominam na maioria dos casos, podendo conter tecido adiposo ou ósseo. Geralmente possuem padrão de calcificação característico em pipoca. Incidência de 0,25%, sendo 8% das neoplasias pulmonares gerais e 75% dos tumores pulmonares benignos. Localização mais comum é intraparenquimatosa pulmonar (90%) sendo o endobrônquico apenas 1,4%. Maioria são assintomáticos e achados incidentais de exames. Quando endobrónquicos principais sintomas: obstrução de vias aéreas, infecções de repetição, tosse e hemoptise. Tratamento padrão ouro é a cirurgia com retirada do tumor, porém a broncoscopia tem alta segurança e apresenta menor trauma ao paciente, sendo cada vez mais utilizada para diagnóstico e tratamento, mas a taxa de recidiva é maior comparada a ressecção cirúrgica. **Relato de Caso:** Homem, 36 anos, ex-tabagista, dispneia aos grandes esforços há três meses, progressão para pequenos esforços em uma semana, dor ventilatório dependente em região torácica posterior direita, tosse com expectoração amarelada e sangue vivo em pequena quantidade. Em um ano três episódios de pneumonias tratadas com antimicrobianos. Exame físico geral sem alterações e torácico a direita com: frêmito tóracovocal diminuído em base de hemitórax, submacicez a percussão, som respiratório ausente e broncofonia diminuída. Radiografia de tórax: opacidade em base pulmonar direita. Tomografia de tórax (Figura 1): lesão sólida, heterogênea, 3,5x2,0x1,8 cm focos de calcificação grosseira, localização endobrônquica, com oclusão completa do brônquio intermédio e atelectasia dos lobos médio e inferior. Broncoscopia (Figura 2) com biópsia e retirada parcial da massa. Anatomopatológico: hamartoma endobrônquico. Após o procedimento apresentou melhora da dispnéia e da imagem radiológica decorrente da desobstrução brônquica parcial. Porem retornaram os sintomas e a nova tomografia de tórax confirmou a reobstrução dos brônquios médio e inferior. Indicado tratamento cirúrgico com bronquiotomia com exérese do hamartoma endobrônquico e segmentectomia lateral de lobo médio (Figura 3). **Discussão**: Hamartoma endobrônquico é um tumor benigno extremamente raro na população. Apresenta-se na maioria das vezes assintomático necessitando apenas de acompanhamento por imagem. Apesar de raro deve ser lembrado como diagnóstico diferencial em pacientes jovens que se apresentem com sintomas obstrutivos, hemoptise e infecções pulmonares de repetição. Apesar da cirurgia ser o padrão ouro para o tratamento dos hamartomas pulmonares, a utilização da broncoscopia vem crescendo em importância para o tratamento.
Palavras-chave: Hamartoma.Hamartoma endobrônquico.Tumor benigno

036 | RELATO DE CASO: SÍNDROME DE DOEGE-POTTER

ALANA COZZER MARCHESI; JULIO MOTT ANCONA LOPEZ; MÁRCIO BOTTER; JORGE HENRIQUE RIVABEN; DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA; ANDRÉ MIOTTO; THIAGO CARVALHO GAUDIO; BRUNO FERNANDO BINOTTO; ELIELDER DIAS DIONIZIO; CLAUDIA PEREIRA DOS SANTOS GOMES; RAFAEL HENRIQUE ROJA.
INSTITUTO PREVENT SENIOR, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Tumor Fibroso Solitário (TFS) é um tumor mesenquimal de origem pleural. É responsável por menos de 5% de todos os tumores pleurais primários e menos de 2% de todos tumores de tecidos moles. Ocorre igualmente em ambos sexos e é diagnosticada com mais frequência na 6ª e 7ª décadas de vida. A maioria dos pacientes são assintomáticos com diagnósticos incidentais. Síndromes paraneoplásicas são raras. A síndrome de Doege-Potter é caracterizada por um grande tumor com aumento excreção do fator de crescimento semelhante à insulina 2 (IGF II) causando hipoglicemia.
Relato do caso: Paciente M.G.C.P., sexo feminino, 63 anos, procurou o pronto-socorro 3 vezes no período de junho e julho de 2017, devido hipoglicemia, nunca antes apresentadas. Na internação apresentou-se com glicemia capilar de 38 mg/dL e história referida de crise convulsiva. Neste momento a investigação foi guiada através da suspeita de insulinoma. Não possuía antecedentes de etilismo, tabagismo, comorbidades ou uso contínuo de medicações. A única alteração no exame físico era murmúrio vesicular reduzido em base de hemitórax direito associada com submacicez à percussão.
A radiografia de tórax evidenciava uma aparente elevação da cúpula diafragmática direita. Já a tomografia computadorizada de tórax evidenciou massa pulmonar sólida, heterogênea, de contornos regulares, na projeção do lobo inferior direito, medindo 13x11x11cm. Os exames laboratoriais mostraram: Insulina: <0,2 uU/mL; Pró-insulina: < 0.5 pmol/L; IGF I: < 25.0 ng/mL; IGF II: 597,0 ng/mL. Com a hipótese de TFS, foi proposto tratamento cirúrgico. Realizado toracostomia posterolateral direita. Identificado tumoração endurecida com origem em pleural visceral do lobo inferior direito. A ressecção do tumor deu-se através do grampeamento das áreas aderidas ao pulmão. Paciente apresentou hipoglicemia apenas no pós-operatório imediato. Após 48 horas com estabilidade dos níveis glicêmicos, recebeu alta hospitalar. O estudo anatomopatológico confirmou tumor fibroso solitário de 13 cm, com índice mitótico de 6/10 C.G.A, necrose presente em 5%. Apresentando imuno expressão difusa de CD34 e STAT6. A paciente está no segundo ano de seguimento pós-operatório, sem evidência de recorrência. **Discussão:** A hipoglicemia (principal sinal de insulinoma) pode também ser observado em outros tipos de tumores. Em casos de TFS, a hipoglicemia é denominada síndrome de Doege-Potter. Está presente em 5 % dos casos de TFS. A hipoglicemia não se correlaciona com o tamanho ou estágio clínico, embora tumores diagnosticados são geralmente grandes. O tamanho médio de os tumores relatados resultando em hipoglicemia é de 20

cm (54% dos tumores benignos e 42% dos tumores malignos). O aumento da excreção de IGF II é considerada a principal causa de hipoglicemia, especialmente em casos de excreção da sua forma incompleta. O TFS é tratado por remoção cirúrgica. A taxa de recorrência na TFS maligno é 14-68% em 2 anos de seguimento (mesmo após ressecção radical).
Palavras-chave: Tumor Fibroso Solitário.Hipoglicemia.Síndrome de Doege-Potter

037 | 17β-ESTRADIOL REDUZ A INFLAMAÇÃO PULMONAR APÓS A ISQUEMIA E REPERFUSÃO AÓRTICA EM RATOS

LUCAS FERREIRA DA ANUNCIAÇÃO[1]; CRISTIANO DE JESUS CORREIA[1]; MARCELO LUIS PEIXOTO SOBRAL[1]; MARCELO NUNES DE SOUSA[1]; ANA CRISTINA BREITHAUPT FALOPPA[1]; LUIS FELIPE PINHO MOREIRA[2].
1. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. INSTITUTO DO CORAÇÃO, DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO., SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: O pinçamento aórtico em procedimentos cirúrgicos cardiovasculares específicos, desencadeia processo de isquemia e reperfusão (I/R), que apresenta repercussões de caráter sistêmico. A reperfusão ativa a inflamação no pulmão, que pode culminar em um quadro de lesão pulmonar aguda. Esta é caracterizada por aumento de permeabilidade vascular e edema, no qual as células endoteliais modulam a resposta e geram fatores como a endotelina e o óxido nítrico (NO). Atribui-se à disfunção endotelial o gatilho da lesão de reperfusão. O estradiol possui atividade protetora vascular e é capaz de modular a síntese do NO, podendo ser considerado potencial ferramenta terapêutica na prevenção da lesão de I/R. Objetivo: Este estudo visa avaliar os efeitos do tratamento preventivo do estradiol na inflamação pulmonar após a I/R e na expressão das isoformas das sintases do NO. Materiais e métodos: Foram utilizados 30 ratos Wistar (350 a 450g) e foram divididos em 3 grupos: Sham animais submetidos à manipulação cirúrgica, sem indução da I/R, IR animais submetidos à oclusão endovascular na porção torácica da aorta descendente por 20 minutos seguidos de 120 minutos de reperfusão e animais submetidos à I/R foram tratados com 17β-estradiol (280μg/Kg, i.v) 30 minutos antes da oclusão aórtica. Após anestesia, os animais foram submetidos a oclusão da aorta descendente proximal por insulflação de cateter de Fogarty® 2F posicionado em sua porção torácica. Após 20 min, o balão foi desinsuflado e removido permitindo o processo de reperfusaõ por 120 min. Ao termino da reperfusão foram coletadas amostras de soro para quantificação de citocina pró inflamatória IL-1β, IL-6 e IL-10 pela técnica de multiplex e de pulmão para analises histológicas e imunofluorescencia para moléculas NO e de endotelina. Resultados: Os dados mostraram aumento no edema pulmonar no grupo IR quando comparado com o grupo Sham e que o tratamento com estradiol foi capaz de prevenir (Sham 4,988±0,7636, E2 5,601± 0,4528vs. IR 7,133±0,6428; P= 0,0001). Os animais tratados também apresentaram redução na expressão de iNOS, que estava aumentada no pulmão dos animais IR (Sham 9,621±0,8613, E2 8,983± 0,5142 vs. IR 13,42±1,220; P= 0,0054). A análise da expressão pulmonar da endotelina indicou aumento no grupo IR quando comparado com o grupo Sham (Sham 4,740±0,6914, E2 5,808± 0,5064 vs. IR 7,133±0,6428; P= 0,0589). A I/R induziu aumento das concentrações séricas de IL-1β e IL-10 e houve tendência de redução da IL-1β no grupo tratado (Sham 16,38±1,481, E2 23,32± 5,069 vs. IR 50,57±13,75; P= 0,0300) (Sham 289.6±42.37, E2 1780±404.5 vs. IR 2421±656.8; P= 0.0099). Não foram observadas diferenças na expressão pulmonar de eNOS e nas concentrações séricas de IL-6 entre os grupos. Conclusão: Nossos resultados indicam que o tratamento preventivo com estradiol foi capaz de prevenir os danos iniciais causados pela reperfusão, a partir da redução de iNOS e IL-1β, reduzindo assim o edema pulmonar.
Palavras-chave: Lesão pulmonar.Isquemia e reperfusão.Estradiol

038 | HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIÓIDE MEDIASTINAL: RELATO DE CASO

LI SIYUAN[1]; FEDERICO ENRIQUE GARCIA CIPRIANO[2]; DANILO TADAO WADA[2]; TALES RUBENS DE NADAI[2]; LYCIO UMEDA DESSOTTE[2]; MARCEL KOENIGKAM SANTOS[2]; ALEXANDRE TODOROVIC FABRO[2]; PEDRO LUIZ VANNUCCI PALUAN[2]; PAULO ROBERTO BARBOSA EVORA[2].
1. USP - RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL; 2. USP - RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

RELEVÂNCIA: Hemangioendotelioma epitelióide (HEE) é uma neoplasia vascular rara de baixo grau, pode se originar de pulmões, fígado, tecidos moles ou osso. Devido à sua baixa incidência e aos aspectos clínicos inespecíficos, HEE é frequentemente subdiagnosticada. A nossa proposta e apresentar e discutir o caso de uma paciente de 48 anos com HEE mediastinal e revisar literatura existente. **HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL E PREGRESSA:** Paciente de 48 anos, previamente hígida, não tabagista, deu entrada no nosso ambulatório com história de dispnéia aos moderados esforços iniciada havia 2 meses. Realizou radiografia simples de tórax em serviço externo, com achado de alargamento mediastinal. **EXAME FÍSICO:** Bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril ao toque. Eupnéica em ar ambiente. Ausculta pulmonar e cardíaca normal, sem turgência jugular. **EXAMES:** As imagens de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética de tórax evidenciaram uma formação expansiva mediastinal anterior medindo 8,4 x 6,7 x 5,9 cm, com sinais de invasão / obliteração da veia cava superior. **DIAGNÓSTICO:** Realizada ressecção da massa mediastinal por esternotomia mediana, com ligadura das veias inominada, subclávia direita e cava superior acima da inserção da veia ázigos. Estudo anátomo-patológico evidenciou fragmentos de neoplasia constituída por células ora fusocelulares com citoplasma indistinto e núcleos levemente pleomórficos alongados, ora por células epitelióides com citoplasma amplo e claro, núcleo grande e vesiculoso, e nucléolo evidente. Tais células formam cordões e blocos, raramente com canais vasculares de pequeno calibre; há tecido conjuntivo em permeio e trabéculas ósseas (focos de ossificação). Presença de no máximo 1 figura de mitose por 10 campos de grande aumento. Nota-se a presença de células gigantes multinucleadas e focos de hemorragia recente. Estudo imuno-histoquímico revela, na neoplasia, positividade difusa para vimentina, CD31 e CD34; positividade fraca para AE1/AE3; e negatividade para desmina e proteína S100. Compatível com hemangioendotelioma epitelioide. **EVOLUÇÃO:** Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no quinto dia pós-operatório (PO). No sétimo dia PO a paciente apresentou edema facial e cervical, ultrassonografia doppler e TC de tórax e pescoço evidenciaram trombose da veia jugular interna direita em seu terço proximal com drenagem colateral pelo sistema ázigos. Iniciou tratamento com anticoagulação plena, com remissão dos sintomas após 2 semanas. Paciente manteve seguimento clínico-radiológico por 3 anos, sem sinais de recidiva tumoral.
Palavras-chave: Cirurgia torácica.Mediastino.Hemangioendotelioma

039 | QUILOTÓRAX COMO MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA E TUBERCULOSE SIMULTÂNEAS

JONICE BLASIOLI COSTA; DENISE MARIA FONTANA; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO; JOSÉ ERNESTO SUCCI; ROSELI GIUDICI; ERNESTO EVANGELISTA NETO; LUIZ EDUARDO VILLACA LEÃO; LUIZ HIROTOSHI OTA.
UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

O quilotórax é uma causa incomum de derrame pleural. Quando não associado a trauma, o quilotórax ocorre por compressão ou obstrução do ducto torácico ou por envolvimento linfonodal, a maior parte dos casos se deve a processo neoplásico. O líquido em geral apresenta aspecto leitoso com características bioquímicas normalmente de exsudato podendo ser também transudato; a principal característica é o nível de triglicérides elevado. É fundamental o esclarecimento diagnóstico, principalmente com a investigação de doença maligna, em pacientes com derrame quiloso não associado a traumas, entretanto, causas infecciosas como tuberculose podem estar presentes no nosso meio. Este caso mostra o quilotórax como primeira manifestação de doença neoplásica onde a biópsia da lesão encontrada no mediastino surpreendentemente evidenciou a presença simultânea de linfoma B e tuberculose. MLSP, 74 anos, feminina, natural e procedente de São Paulo-SP, cabelereira, procurou o pronto atendimento com queixa de dispnéia moderada há duas semanas associada a tosse seca. Negava febre, hemoptise, perda de peso ou outros sintomas, relatava que recebeu diagnóstico de pneumonia no início do quadro, sendo tratada com antibioticoterapia e sem melhora clínica significativa procurou o nosso serviço. Ao exame apresentava-se em BEG, eupneica ao repouso, afebril e na ausculta pulmonar havia murmúrio vesicular presente à esquerda e abolidos até terço médio de hemitórax direito, sem ruídos adventícios. Realizada Radiografia de Tórax que evidenciou moderado derrame pleural a direita, o qual foi puncionado com saída de cerca de 600 mL de líquido de aspecto leitoso. A avalição laboratorial da amostra evidenciou quilotórax com predominância de linfócitos e presença de células atípicas, ADA 8 U/L, culturas negativas e pesquisa de BAAR negativa. Realizada Tomografia Computadorizada de Toráx identificou-se massa em mediastino justa traqueal e infracarinal projetando em mediastino posterior. O tratamento proposto foi dieta sem gorduras e manutenção da drenagem pleural fechada, seguida de investigação da lesão através de mediastinoscopia com biópsia que evidenciou linfoma difuso de grandes células B e áreas granulomatosas com necrose e presença de *Mycobacterium tuberculosis*, a paciente evoluiu bem no pós operatório com resolução do quilotórax e encaminhamento às equipes de infectologia e hematologia para tratamento das doenças encontradas. Na pesquisa bibliográfica, notamos que é raro a tuberculose manifestar-se com derrame quiloso, relatos da coexistência do linfoma mediastinal e tuberculose ganglionar não foram encontrados. Diante disso, a importância desse caso não se deve apenas à sua raridade, mas principalmente à necessidade do médico raciocinar sobre as possibilidades diagnósticas, buscando um caminho de certeza para o tratamento correto. Mesmo com a dificuldade diagnóstica e o achado de doença simultâneas e graves, a paciente está bem com o tratamento multidisciplinar integrado.

Palavras-chave: quilotorax.linfoma.tuberculose

040 | USO DE FIBRINOLÍTICO NO TRATAMENTO DE DERRAMES PLEURAIS COMPLICADOS / HEMOTÓRAX

EMANUELLE DE BESSA REIS; VANESSA MOREIRA SOUSA; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO; RICARDO KALAF MUSSI.

UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Relatamos 5 casos de tratamento de derrames pleurais complicados e hemotórax com uso de fibrinolítico intrapleural. Há na literatura estrangeira relatos de casos que mostram resultados similares entre tratamento cirúrgico e não cirúrgico de derrame pleural complicado. No caso dos pacientes estudados, foi optado pelo tratamento não cirúrgico – ou seja – infusão de alteplase intrapleural, devido a gravidade clínica do paciente e risco cirúrgico associado.

Os pacientes observados tinham em média 20 dias de internação, sendo dois por mediastinite, um por hemotórax retido após iatrogenia em passagem de dreno tubular e outros dois por hemotórax retido pós trauma por perfuração por arma de fogo. Os cinco pacientes receberam dose de alteplase correspondente a 1mg por 10 quilos de peso, instilado no dreno torácico, o dreno foi mantido clampeado por duas horas e depois desclampeado e mantido em selo d'agua.

Dos pacientes relatados todos drenaram no primeiro dia após instilação cerca de 900 mL de conteúdo serohemático, sem escape e o debito do dreno diminuiu pela metade a cada dia. Os dois pacientes vítimas de perfuração por arma de fogo em tórax, apresentaram em raio x após instilação do fibrinolítico expansão pulmonar completa e ausência de resíduo intrapleural. Tiveram o dreno retirado e receberam alta em 7 dias após instilação de alteplase, sem recidiva do derrame e ausência de empiema. O paciente relatado como pós iatrogenia por passagem de dreno tubular evoluiu satisfatoriamente necessitando de uma repetição de instilação de alteplase após 5 dias de não resolução do quadro, após a segunda aplicação de fibrinolítico apresentou boa expansão pulmonar em raio x, boa evolução clinica recebendo alta após 3 dias sem dreno torácico. Apenas um dos pacientes em tratamento de mediastinite necessitou de três instilações seguidas de alteplase para assim expandir melhor o parênquima pulmonar e receber tratamento com dreno aberto de empiema, sem necessidade de abordagem cirúrgica. Recebeu alta após 43 dias de tratamento clinico em regime de UTI. Paciente também tratado por mediastinite necessitou de duas instilações de alteplase e teve seu dreno aberto e seguiu tratamento de empiema, permanecendo mais 22 dias internado para tratamento clínico. Concluimos que o uso de agentes fibrinolíticos no espaço pleural constitui método eficiente e resolutivo para controle de efusões pleurais complicadas e hemotórax evitando assim a abordagem cirúrgica em pacientes selecionados e de alta risco.

REFERÊNCIAS: Coelho A , Coelho M , Pereira J , Lavrador V , Morais L , Carvalho F . Fibrinolíticos no Tratamento de Efusões Pleurais Complicadas. Acta Med Port. 2016 Nov; 29 (11): 711-715.

Palavras-chave: DERRAME PLEURAL.ALTEPLASE.HEMOTORAX

041 | ESTUDO DA DOR EM PRIMEIRO DIA DE PÓS OPERATORIO DE TORACOTOMIAS COM ANALGESIA REGIONAL COM ÚNICO COMPONENTE VERSUS SOLUÇÃO MODIFICADA

EMANUELLE DE BESSA REIS; VANESSA MOREIRA SOUSA; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO; RICARDO KALAF MUSSI.

UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

I**NTRODUÇÃO:** A dor causada pela toracotomia é uma das mais intensas entre os procedimentos cirúrgicos.A lesão tecidual,fratura de arcos costais e neurite leva a resposta inflamatória e afeta a sensação dolorosa e a estimulação nociceptiva bem como resposta inflamatória neurogênica, provocando vasodilatação e extravasamento de proteínas plasmáticas com liberação de mediadores químicos.Um dos princípios do tratamento da dor aguda é evitar o inicio da cascata inflamatória.A ocorrência de dor pós-operatória determina alteração mecânica na parede torácica,a qual comporta-se como doença pulmonar restritiva aguda e prejudica a recuperação operatória como um todo.

OBJETIVOS: O objetivo do trabalho foi avaliar e comparar a dor no pós-operatório de toracotomias anterolaterais,laterais e posterolaterais previamente bloqueadas com analgesia local com solução modificada com toracotomias realizadas apenas com bloqueio prévio feito com lidocaína 2%. **MÉTODOS:** Os pacientes submetidos a toracotomias entre mai/2019-

ago/2019 responderam um questionário de dor no 1ºdia de pós-operatório de toracotomias,classificando a dor torácica de 0(ausência de dor)até 10(pior dor).Os dados foram analisados em dois grupos, um grupo tinha recebido no pré-operatório imediato o bloqueio das regiões de incisões com a solução modificada(solução fisiológica 0,9% 50mL,bicarbonato de sódio 8,4% 60mL,sulfato de magnésio 10% 40mL, hidrocortisona 500mg,lidocaína 2% sem vasoconstritor 20mL,ropivacaína 1% com vasoconstritor 20mL, dexametasona 20mg).O segundo grupo recebia bloqueio local apenas com lidocaína 2% sem vasoconstritor no momento da incisão.Ambos os grupos receberam igual analgesia endovenosa escalonada simples e opiáceos. **RESULTADOS:** Os pacientes pós toracotomias foram classificados em sexo,idade e raça e estudados quanto a analgesia e ao resultado que apontaram na escala de dor no 1ºdia de pós-operatório. Foram estudados 31 pacientes, sendo 16 que receberam bloqueio local com solução modificada (Grupo1) e 15 que receberam solução de lidocaína 2%(Grupo2).Dos pacientes do grupo 1,apenas 2 relataram dor como pior da vida(número 10 na escala),3 pacientes referiram nenhuma dor e 11 pacientes relataram dor de 3 a 5 no 1ºdia de pós-operatório.No grupo 2,um total de 5 pacientes relataram pior dor da vida e 1 paciente dor com classificação 9.Não houve paciente com nenhuma dor e 8 pacientes ficaram entre dor de classificação entre 4 e 7. **CONCLUSÕES:** Considerando a Escala de Dor de 0a10 usada, percebeu-se que a maioria dos pacientes referiam dor máxima eram pacientes do grupo 2,anestesiados localmente com lidocaína2%.Conclui-se inicialmente que o Grupo1(solução modificada) tem menor índice de dor quando comparados ao Grupo2(analgesia local única).Facilitando deambulação e alta precoce. **REFERENCIAS:** Kraychete DC, et al. Dor crônica persistente pós operatória:o que sabemos sobre prevenção, fatores de risco e tratamento?Braz J Anesthesiol. Set a out/16.

Palavras-chave: TORACOTOMIAS.DOR PÓS OPERATORIO.ANESTESIA LOCAL

042 | TRATAMENTO DE PATOLOGIAS TRAQUEAIS E, OU LARÍNGEAS NOS PACIENTES PRIVADOS DE LIBERDADE NO CHSP.

JORGE HENRIQUE RIVABEN; PAULO JORGE CORREIA ALVES; GILBERTO SADALA MENDES; SILVIO JULIO BITTENCOURT YAMAMURA; CARLOS EDUARDO PAIVA YOKOYAMA; LAURO FUMIYUKI OTSUKA JUNIOR; TATIANA RAMOS MALAVASI SALES.
FUNDAÇÃO ABC - CHSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: As patologias traqueias e, ou laríngeas são desafiadoras em sua abordagem, pois envolvem situações de restrição ao fluxo ventilatório e requer instituições de maior complexidade com mais recursos para a assistência segura aos pacientes [1,2]. **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 (CHSP). **Método:** Analisadas as informções que foram registrados no banco de dados do CHSP no período de 2014 a 2018. **Resultados:** Foram estudados 56 indivíduos submetidos a 85 intervenções na traqueia e, ou laringe entre junho de 2014 e março de 2018. A média da idade foi de 35 anos, maioria homens, apenas 01 mulher. Foram 40 procedimentos por endoscopia da via respiratória. Em 14 oportunidades investigou-se ruído respiratório devido a tumores malignos (10 casos decâncer a cervical); 01 tumor de Kaposi, e situações de neoplasia benigna ou granulomatose laringo-traqueal por sequela 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 laríngeos e programar a decanulação do paciente. Em 03 situações foi realizado a investigação da causa de disfonia. E por fim, outros 03 exames para investigar desordens 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. Realizadas18 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. A extensão da estenose variou de 10 a 15 mm. Nenhuma complicação maior ocorreu nestes pacientes, bem como nenhuma morte. Todos passaram a vocalizar normalmente associado a ventilação adequada. O molde foi removido entre 06 e 12 meses sem intercorrências. **Conclusão:** A investigação e o tratamento foram seguros na terapêutica das patologias traqueias e, ou laríngeas quando realizadas no CHSP. **Bibliografia:**
1. Mathisen, Douglas J. Tracheal Resection and Reconstruction: How I Teach It. The Annals of Thoracic Surgery , Volume 103, Issue 4 , 1043 – 10482. Forte, V.; Perfeito, J.A.J.; Imaeda, C.J.; Mercurio Netto, S.; Leão, L.E.V. — Utilização do Tubo T de Montgomery nas doenças laringotraqueais. J. Pneumol., 19 (supl. 1):12-3, 1993.

Palavras-chave: Estenose traqueal.Broncoscopia.Cirurgia Torácica

043 | QUILOTÓRAX ASSOCIADO A SÍNDROME DE GORHAM EM ADOLESCENTE COM NECESSIDADE DE VATS

VANESSA MOREIRA SOUSA; EMANUELLE DE BESSA REIS; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; CAROLINA SALEM TAMESAWA; VALESKA MOREIRA DE SOUSA; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO; RICARDO KALAF MUSSI.
UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

A síndrome de Gorham- Stout, “doença do osso fantasma”, condição rara e idiopática, na qual há osteólise e substituição da matriz óssea, com hemangiomatose e linfagiomatose, não respeita limites articulares, acometendo áreas adjacentes ao foco inicial por contiguidade.Quilotórax é apresentação incomum e grave, ocorre quando atinge a cintura escapular e coluna torácica, resultando em acometimento do ducto torácico, podendo causar, desnutrição, sepse e ser fatal.Apresentamos o caso de uma adolescente de 15 anos, adimitida no nosso serviço por derrame pleural esquerdo recidivado e volumoso, com dispneia progressiva e dor torácica, apresentava deformidade em ombro e atrofia do membro superior esquerdo, com diagnóstico histológico de síndrome de Gorham. Em toracocentese diagnóstica evidenciou quilotórax, procedido toracostomia e drenagem em selo d’água, com saída de 3000ml e balanço mediastinal durante o procedimento, com necessidade de clampeamento do dreno temporário para estabilização e após mantida a drenagem de forma habitual. Durante internação houve aumento do débito diário pelo dreno, aproximadamente 6000ml, evoluindo com hipoalbuminemia, distúrbio hidroeletrolítico grave, choque séptico com necessidade intubação orotraqueal por insuficiência respiratória aguda e de doses elevadas de Noradrenalina e Vasopressina devido instabilidade hemodinâmica.Como terapêutica inicial para quilotórax, mantivemos em dieta oral zero e bomba infusão contínua com octreotíde, com resposta pouco efetiva. Foi optado por abordagem cirúrgica por Videotoracoscopia direita (VATS), com dissecção e ligadura do ducto torácico após sua emergência pelo hiato diafragmático, paralelo a veia ázigos e cava inferior, mantido dreno torácico esquerdo. Para facilitar identificação intraoperatória, foi instilado pela sonda nasogástrica, 100ml de azeite, procedimento realizado sem intercorrências.No 1° dia pós- operatório (PO) houve melhora hemodinâmica e clínica, iniciado o desmame de drogas vasoativas e extubação. No 3° PO foi retirado dreno torácico direito e mantido o

esquerdo para observação após início da dieta oral hipolipídica, a qual ocorreu no dia seguinte, com gradual progressão de dieta, sem aumento expressivo no débito do dreno, que foi retirado no 9° PO e em seguida com alta hospitalar.Com a propagação da cirurgia minimamente invasiva, a ligadura do ducto torácico por VATS, em detrimento da Toracotomia postero- lateral, tornou-se método de escolha, apresenta eficácia semelhante e como vantagem, melhor controle álgico, menor tempo de internação e complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico.
Palavras-chave: QUILOTÓRAX.GORHAM.VATS

044 | DUPLA MALFORMAÇÃO CONGÊNITA CURSANDO COM DESTRUIÇÃO DO LOBO INFERIOR ESQUERDO EM CRIANÇA

VANESSA MOREIRA SOUSA; EMANUELLE DE BESSA REIS; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; CAROLINA SALEM TAMESAWA; VALESKA MOREIRA DE SOUSA; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO; RICARDO KALAF MUSSI.
UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

As malformações congênitas pulmonares são raras, sendo as principais hipoplasia, enfisema lobar congênito, sequestração pulmonar e malformação adenóide cística (MAC), podendo causar repercussão clínica em qualquer idade, tendo maior morbimortalidade quando em lactentes e crianças. Paciente de 4 anos de idade com quadro de pneumonia de repetição, com melhora parcial após antibioticoterapia há aproximadamente 2 anos, radiografia de tórax mostrou opacidade permanente em lobo inferior esquerdo (LIE). Prosseguida investigação com tomografia computadorizada de tórax que evidenciou opacidade consolidativa predominante nos segmentos basais de LIE, associada a espaços císticos, alguns contendo nível. Em região acometida havia irrigação por artéria anômala de origem na aorta torácica descendente, compatível com diagnóstico radiológico de sequestração pulmonar. Submetida à toracotomia postero-lateral e lobectomia inferior esquerda com identificação de três artérias anômalas, que foram cuidadosamente dissecadas e isoladas, aderências pleuro-pulmonares difusas, parênquima pulmonar denso e fibrótico. Durante a manipulação do lobo houve instabilização hemodinâmica com hipotensão, queda da saturação de oxigênio e aspiração de grande quantidade de secreção purulenta pelo tubo orotraqueal. Foi realizada broncoscopia flexível ao fim do procedimento cirúrgico para toalete da via aérea, com coleta de lavado brônquico para cultura. No pós-operatório, paciente evoluiu com atelectasia transitória do lobo remanescente, que após manobras de fisioterapia respiratória houve resolução. Dreno torácico retirado no 3° PO e alta hospitalar após término de antibioticoterapia com ampicilina + sulbactam. Em anatomopatológico presença de seqüestro pulmonar intralobar com MAC tipo I. A malformação ocupava cerca de 90% do LIE, com irrigação por duas artérias anômalas e processo inflamatório agudo. Sequestração pulmonar corresponde à cerca de 6% das malformações pulmonares congênitas, composto por parênquima com irrigação por artéria anômala normalmente ramo da aorta torácica descendente e também pode ser da aorta abdominal, tronco celíaco, artérias intercostais e subclávias, sem comunicação com árvore brônquica principal. O tipo intralobar ocorre dentro do parênquima normal e compartilha a pleura visceral deste, normalmente em lobo inferior esquerdo.O tratamento convencional é cirúrgico, lobectomia ou ligadura do vaso anômalo. MAC é uma lesão tipo hamartoma com arquitetura pulmonar e brônquica aberrante, com graus variados de formação cística, o tipo I é caracterizada por massa pulmonar restrita a um lobo com presença de um ou mais cistos com mais 2cm de diâmetro.Outros tipos de malformações associadas a MAC tipo I são raras. Para MAC a única escolha terapêutica é ressecção do lobo acometido.
Palavras-chave: SEQUESTRAÇÃO PULMONAR.MALFORMAÇÃO ADENÓIDE CÍSTICA.LOBECTOMIA

045 | TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO EVOLUINDO PARA MALIGNIDADE

DENISE MARIA FONTANA[1]; JONICE BLASIOLI COSTA[2]; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO[3]; ERNESTO EVANGELISTA NETO[2]; ROSELI GIUDICI[3]; JOSÉ ERNESTO SUCCI[3]; LUIZ EDUARDO VILLACA LEÃO[3]; LUIZ HIROTOSHI OTA[3].
1. UNIFESP, NOVA CANTU - SP - BRASIL; 2. UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

O tumor fibroso solitário (TFS) é um tumor mesenquimal do tipo fibroelástico que pode afetar virtualmente qualquer região do corpo. As células neoplásicas, são dispostas em uma arquitetura sem padrão, alternando áreas hipo e hipercelulares com uma vasculatirzação ramificada prometeminente. Essas lesões ocorrem predominantemente em adultos de meia idade, mas podendo ocorrer em qualquer idade com igual distribuição de gênero. A maioria dos tumores apresenta massas bem definidas e de crescimento lento, que podem ser curadas com ressecção cirurgica completa. Uma pequena porcentagem dos TFS, comporta-se de maneira mais agressiva, com recidiva principalmente local, mas metásteses à distância podem ocorrer, para a qual a terapia sistêmica pode ser administrada. Tumores com tamanho acima de 15 cm, margens cirurgicas positivas e localização central são indicadores de potencial maligno. Os principais sítios de acometimento dessa neoplasia são respectivamente pulmão e pleura, podendo ocorrer em tecidos moles profundos principalmente em extremidades inferiores, cabeça, pescoço, abdome e pelve. GKC, feminino, 77 anos, natural de Santa Cruz do Rio Pardo-SP e procedente de São Paulo-SP, ex-camareira. Em 2007 a paciente foi submetida a ressecção de TFS na pleura pulmonar esquerda, com imunohistoquimica sem sinais de malignidade. Em 2016 foi realizou nova ressecção de TFS novamente em pleura esquerda, este com imunohistoquimica compativel com comportamento maligno. Nesta ocasião foi avaliada pela oncologia clínica e optado por não se realizar terapia complementar. No ano de 2019 a paciente apresentou novas lesões pleurais a esquerda, sendo sudmetida a cirurgia, na qual foram ressecados 5 nódulos, sendo tres de localização pleural, 1 pulmonar e 1 diafragmático, todas as lesões evidenciaram na imunohistoquimcia tumor fibroso solitario maligno. Este apresenta caracteristicas tipicas do tumor fibroso solitário, porém demosntra também a evolução para malignidade, rara nesta neoplasia, com recidiva local e aparecimento de lesões em outros sítios. Desse modo, é imprescindivvel o seguimento clinico e radiografico frequente diante de uma doença de apresenta evolução clínica variada e comportamento incerto a longo prazo.
Palavras-chave: tumor fibroso solitario.pleura.malignidade

046 | CIRURGIA TORÁCICA ONCOLÓGICA VIDEOASSISTIDA UNIPORTAL: RESULTADOS PRELIMINARES EM UMA POPULAÇÃO IDOSA.

J ULIO MOTT ANCONA LOPEZ; BRUNO FERNANDO BINOTTO; JORGE HENRIQUE RIVABEN; DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS; MÁRCIO BOTTER; ANDRÉ MIOTTO; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA; THIAGO BITTENCOURT HASSEGAWA; RAFAEL HENRIQUE ROJA; THIAGO CARVALHO GAUDIO; ALANA COZZER MARCHESI; ELIELDER DIAS DIONIZIO.
PREVENT SENIOR, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A cirurgia torácica vídeo-assistida (CTVA) é a técnica preferencial para o tratamento do câncer de pulmão não-pequenas células, pois permite satisfatória radicalidade oncológica, além de menor morbimortalidade em comparação

à cirurgia aberta. O procedimento pode ser realizado através da utilização de vários portais de trabalho ou, mais recentemente, através de um único portal. Em 2011, Rivas e cols. descreveu a técnica cirúrgica uniportal para a lobectomia pulmonar; Atualmente, além das ressecções oncológicas pulmonares, são realizadas cirurgias do mediastino, doenças benignas e até arterioplastias. **Objetivo:** Descrever os resultados preliminares das primeiras vinte ressecções oncológicas consecutivas através da CTVAU em Serviço de Cirurgia Torácica de um hospital privado voltado ao atendimento de idosos e vinculado a um programa de residência médica na cidade de São Paulo (Hospital Sancta Maggiore Santa Cecília/Prevent Senior). **Métodos:** Estudo retrospectivo através da análise de prontuários, entre abril e agosto de 2019, descrevendo-se perfil epidemiológico, desfechos clínicos e cirúrgicos, dados de histopatologia e estadiamento oncológico final. As cirurgias foram realizados pela mesma equipe cirúrgica e anestésica e seguiram a seguinte padronização: anestesia combinada (geral endovenosa e peridural) com ventilação monopulmonar; incisão única de 3-4 cm na altura do quarto ou quinto espaço intercostal, entre as linhas axilar anterior e média; uso de retrator de tecidos tamanho extra-pequeno. O único dreno tubular pleural (28F) era locado em situação transincisional. **Resultados:** Neste levantamento 65% dos pacientes possuíam história tabágica positiva e 90% eram mulheres. A maioria possuía diagnóstico histológico pré operatório, 90%. Em relação às cirurgias, 70% foram lobectomias, 15% segmentectomias, 5% pneumectomias, 5% ressecção de tumor mediastinal e 10% videotoracoscopia diagnóstica. O tipo histológico mais frequente foi adenocarcinoma pulmonar com 80%, seguido por metástases pulmonares 10%, 5% timoma e 5% mieloma múltiplo; 81% das neoplasias pulmonares primárias foram estágio inicial. A taxa conversão para cirurgia aberta foi de 10% (dois pacientes), devido à sangramento. Não houve mortalidade cirúrgica; houve um óbito precoce em paciente com múltiplas comorbidades que desenvolveu choque distributivo refratário e óbito no terceiro dia de pós operatório. Não houve fístula brônquica entre os casos operados; contudo, houve necessidade de drenagem pleural prolongada por escape aéreo periférico persistente (maior que 05 dias) em 30% dos casos. **Conclusão:** A CTVAU nas ressecções oncológicas para pacientes idosos pode ser método alternativo à CTVA multiportal, uma vez que permite menor invasibilidade e apresenta a mesma radicalidade oncológica e morbimortalidade. Um programa de CTVAU em uma instituição de ensino é factível e seguro, entretanto deve ser conduzido por cirurgiões torácicos experientes e com familiaridade com as técnicas.
Palavras-chave: Cirurgia Torácica.Uniportal.oncológica

047 | RELATO DE CASO: PACIENTE IDOSA SUBMETIDA A TRATAMENTOS CIRÚRGICOS PULMONARES DEVIDO A MÚLTIPLOS NÓDULOS PULMONARES COM DIFERENTES DIAGNÓSTICOS

THIAGO CARVALHO GAUDIO[1]; JORGE HENRIQUE RIVABEN[1]; JULIO MOTT ANCONA LOPEZ[1]; DANIELA CRISTINA ALMEIDA DIAS[1]; MÁRCIO BOTTER[1]; ANDRÉ MIOTTO[1]; PEDRO AUGUSTO ANTUNES HONDA[1]; RAFAEL HENRIQUE ROJA[1]; ALANA COZZER MARCHESI[1]; ELIELDER DIAS DIONIZIO[1]; THIAGO BITTENCOURT HASSEGAWA[1]; BRUNO FERNANDO BINOTTO[2].
1. PREVENT SENIOR, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. PREVENT SENIOR, SAO PAULO - SP - BRASIL.

I**NTRODUÇÃO:** A coexistência de tuberculose pulmonar e câncer de pulmão foi primeiramente descrita em 1810, sendo demonstrada histologicamente alguns anos mais tarde. Desde então, foram publicados diversos estudos sobre essa associação, em sua maioria séries de casos e estudos de caso-controle. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente idosa, apresentando múltiplos nódulos pulmonares, com diferentes diagnósticos e múltiplos tratamentos.**RELATO DE CASO:** Paciente, 88 anos, feminina,não tabagista, com antecedentes de hipotireoidismo, HAS, DM, apneia do sono, arritmia. Nos últimos 10 anos apresentou múltiplos tratamentos cirúrgicos para doenças pulmonares. Dentre elas destacamos um adenocarcinoma pulmonar classificado como T1N0M0 estádio Ib, ressecado através de segmentectomia de lobo superior esquerdo (LSE) em 2007, com tamanho final de 12 mm e margens livres, sem necessidade de quimioterapia adjuvante. Em abril de 2010 realizado Positron emission tomography (PET-TC), que mostrou nódulo pulmonar com medidas de 14 x 10 mm em lobo superior do pulmão esquerdo. Fora submetida a uma nova segmentectomia junho de 2010, cujo laudo anatomopatológico descreve processo granulomatoso tipo tuberculóide, com aspecto sequelar. Não foi realizado tratamento medicamentoso. Em tomografia computadorizada de tórax de 2014 foi observado um novo nódulo pulmonar de 12 mm que se manteve estável por 3 anos, porém em setembro de 2017 foi observado crescimento de 24 mm. Prosseguiu-se a investigação com realização de PET- CT em novembro de 2017, evidenciando alta captação da área pulmonar acometida. Foi então realizada a biópsia guiada por tomografia, e o diagnóstico foi de adenocarcinoma lepídico. Em razão das diversas cirurgias prévias, idade avançada e espirometria proibitiva para nova ressecção foi optado por ablação por radiofrequência utilizando(Coviden Cool-tip E Series). Permanece assintomática desde então, em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recidiva do tumor. **DISCUSSÃO:** Os resultados para tuberculose pulmonar sustentam os estudos que encontraram um aumento moderado no risco de câncer de pulmão entre os pacientes com tuberculose. A associação foi relacionada ao carcinoma espinocelular e ao adenocarcinoma.É biologicamente plausível que os processos inflamatórios crónicos do pulmão possam aumentar os efeitos de outras exposições cancerígenas e, ou estimular a proliferação e o crescimento celular.Podemos observar também neste caso conforme Bombarda et. al, que através do 18F-FDG PET, o metabolismo da glicose está alterado na tuberculose pulmonar e que há concordância com as alterações anatômicas observadas na tomografia computadorizada do tórax. Outro ponto é tumor sincrônico, adenocarcinoma lépido. Este apresenta crescimento lento, e devido às comorbidades da paciente e a espirometria proibitiva, foi realizado radioablação pulmonar, que mesmo não demonstrando um tratamento curativo como a cirurgia, se mostra efetivo em casos complexos como esse.
Palavras-chave: tuberculose.nódulos pulmonares.câncer de Pulmão

DOENÇAS PLEURAIS

048 | PLEUROSCOPIAS REALIZADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS.

ERICA NISHIDA HASIMOTO[1]; RAFAEL AUGUSTO BARCCARO[2]; TARCÍSIO ALBERTIN DOS REIS[1]; AGLÁIA MOREIRA GARCIA XIMENES[1]; RAUL LOPES RUIZ JÚNIOR[1]; DANIELE CRISTINA CATANEO[1]; RODRIGO PIRES DE SOUZA LIMA[1]; IVANA TEIXEIRA DE AGUIAR[1]; ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO[1].
1. SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Introdução: A pleuroscopia consiste num procedimento endoscópico para exploração da cavidade pleural e está indicada no diagnóstico de derrames pleurais sem etiologia definida. **Objetivos:** Analisar as pleuroscopias realizadas nos últimos 10 anos em um hospital universitário. **Métodos:** Foram revisados os prontuários médicos dos pacientes submetidos à pleuroscopia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu entre janeiro de 2009 e janeiro de 2019. Foram colhidos dados demográficos como idade, gênero e raça, sintomas, tempo de história, antecedente de neoplasia e tuberculose, lado do hemitórax acometido, características bioquímicas do derrame pleural e resultado do anatomopatológico. **Resultados:** Durante o período analisado, 46 pacientes foram submetidos à pleuroscopia com o objetivo de biópsia pleural, 23 homens e 23 mulheres. A média de idade foi de 60 anos (variando de 30 a 83 anos). Todos os pacientes apresentavam sintomas no momento da primeira avaliação, sendo os principais a dispneia (72%), seguido pela tosse (46%) e pela dor torácica (43%). Com relação ao tempo de sintomas, a média foi de 100 dias (variado de 2 dias a 3 anos). Quinze pacientes apresentavam antecedentes pessoais positivos para neoplasia, sendo a neoplasia de mama a mais prevalente (9 pacientes), seguido pelas neoplasias hematológicas (3 pacientes). Quatro pacientes referiam antecedente pessoal de tuberculose, sendo 2 delas pleural, tratadas adequadamente. Analisando as radiografias de tórax, 23 pacientes (50%) apresentavam derrame pleural à direita, 20 pacientes (43%) à esquerda e três pacientes (7%) apresentavam derrame pleural bilateral. Com relação ao derrame pleural, 10 pacientes (22%) apresentavam derrame pleural hemorrágico, 26 pacientes (56%) apresentavam celularidade com predomínio de linfócitos e monócitos e 15 pacientes (33%) apresentavam o citopatológico do líquido pleural positivo para neoplasia, porém sem a definição histológica. Em todos os casos foi possível a definição diagnóstica, em 28 pacientes (61%) foram confirmados o diagnóstico de pleura maligna e 18 pacientes apresentavam pleura benigna (17 pleurite crônica e 1 tuberculose). Dos pacientes com pleura maligna o principal diagnóstico anatomopatológico foi adenocarcinoma pulmonar metastático (22%), seguido pelo carcinoma de mama metastático (11%). O predomínio de linfócitos e monócitos no líquido pleural teve uma sensibilidade de 80%, um valor preditivo positivo de 61% e uma acurácia de 57% para o diagnóstico de pleura maligna. **Conclusões:** A pleuroscopia foi indicada em pacientes que apresentassem condições clínicas favoráveis e derrames pleurais exsudativos hemorrágicos ou com predomínio de linfócitos e monócitos, no qual a análise bioquímica e a citologia do líquido não permitiram a definição diagnóstica. O procedimento foi capaz de definir a etiologia dos derrames em todos os casos, colaborando dessa forma no direcionamento do tratamento dos nossos pacientes.
Palavras-chave: Biópsia pleural.Derrame pleural.Pleuroscopia

049 | TERAPIA INTRAPLEURAL COM NANOPARTÍCULAS DE PACLITAXEL ASSOCIADA AO TRATAMENTO COM ANTI-VEGF EM MODELO EXPERIMENTAL MURINO

CARLOS SERGIO ROCHA SILVA[1]; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA[1]; ALINE GRAÇAS PEREIRA SILVA[1]; AMANDA CABRAL ROQUE[1]; VANESSA ADELIA ALVARENGA[1]; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[1]; PHILIPPE DE FIGUEIREDO BRAGA COLARES[1]; KARINA ROCHA PEREIRA[1]; VERA LUIZA CAPELOZZI[2]; EVALDO MARCHI[3]; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO[1].
1. LABORATORIO DE PLEURA, DIVISAO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORACAO, HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

Neoplasia pulmonar é a principal causa de morte por câncer no mundo e no estágio avançado da doença a maioria dos pacientes apresenta derrame pleural. Embora os casos de derrame pleural maligno estejam associados à alta morbidade e mortalidade, sua patogênese ainda é pouco compreendida e as opções terapêuticas são limitadas. Estudos recentes de derrame pleural maligno em modelos murinos têm reproduzido adequadamente a sua formação e metástases, além da procura de terapias para o controle do derrame. A utilização de drogas intrapleurais para ação direta antitumoral na cavidade por determinados fármacos muitas vezes torna-se inviável pela toxicidade do veículo. Estudos atuais propõe a utilização de drogas associadas a diferentes nanopartículas com o intuito de diminuir a toxicidade e melhorar a absorção pela célula tumoral. Desta forma, com terapias para o controle do derrame pleural e das células tumorais, podemos obter um microambiente menos permissivo para a ocorrência e desenvolvimento da doença pleural maligna. **OBJETIVO:** Estudar a ação do paclitaxel em nanopartículas associada ou não com anti-VEGF intrapleural em modelo de derrame pleural maligno. **MÉTODOS:** Sessenta camundongos C57/Bl6 foram divididos em quatro grupos que receberam injeções intrapleurais de células *Lewis Lung Carcinoma* (LLC). Após 7 dias receberam tratamentos intrapleurais semanais com Paclitaxel em nanopartículas (Nab), anti-VEGF, Nab + anti-VEGF ou Salina (Controle). Dez animais de cada grupo foram semanalmente pesados (g), avaliados a mobilidade (escore 0-4) e acompanhados até a morte (curva de sobrevida). Cinco animais de cada grupo foram eutanasiados no 14º dia para a avaliação do volume de líquido pleural (µL) e análise citológica. Estatística: One Way ANOVA, Curva de Kaplan-Meier curve, $p<0,05$. **RESULTADOS:** A carcinomatose pleural foi letal em todos os grupos, com melhor sobrevida no grupo tratado com paclitaxel + anti-VEGF comparado com os demais grupos ($p = 0,032$). A redução de peso e mobilidade dos camundongos foi mais tardia nos grupos que receberam Nab e Nab + anti-VEGF comparado com os grupos controle e anti-VEGF, sendo que o grupo com a associação das drogas obteve melhores resultados em relação a perda de peso temporal e mobilidade ($p <0,05$). O volume do líquido pleural foi maior nos grupos controle e anti-VEGF, com os menores níveis no grupo Nab + anti-VEGF ($p<0,001$). A análise citológica do derrame pleural apresentou um intenso infiltrado inflamatório, com macrófagos intercalados com células neoplásicas; o maior percentual de macrófagos e células neoplásicas foi observado no grupo controle. CONCLUSÕES: Neste modelo experimental de derrame pleural maligno com células de adenocercinoma de pulmão (LLC), o tratamento intrapleural utilizando paclitaxel carreado a nanopartículas lipídicas associado à anti-VEGF aumentaram significativamente o tempo de sobrevida dos camundongos além de reduzir o volume de líquido pleural e melhorar a morbidade.
Palavras-chave: derrame pleural maligno.modelo experimental.terapias

050 | MODELO XENOGRÁFICO DE DERRAME PLEURAL MALIGNO

AMANDA CABRAL ROQUE[1]; CARLOS SERGIO ROCHA SILVA[1]; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA[1]; ANA CAROLINA AUGUSTA DOS SANTOS[1]; ALINE GRAÇAS PEREIRA SILVA[1]; VANESSA ADELIA ALVARENGA[1]; PHILIPPE DE FIGUEIREDO BRAGA COLARES[1]; KARINA ROCHA PEREIRA[1]; VERA LUIZA CAPELOZZI[2]; EVALDO MARCHI[3]; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO[1].
1. LABORATORIO DE PLEURA, DIVISAO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORACAO, HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

O derrame pleural maligno (DPM) é um problema clínico comum e com importantes repercussões, seu início indica uma

doença de mau prognóstico, incurável por cirurgia, com comprometimento da qualidade de vida e tratamento limitado ao tumor primário e controle do derrame pleural. Diversos estudos foram desenvolvidos para uma melhor compreensão fisiopatológica que permite mudanças significativas na terapia do DPM. Estudos utilizando modelos xenográficos de camundongos imunocomprometidos com inoculação de células tumorais mostraram-se úteis para estudar as características fenotípicas, metabólicas e de tratamento de cânceres humanos. **OBJETIVO:** Estabelecer um modelo xenográfico de efusão de pleura maligna com implante intrapleural de células de adenocarcinoma de pulmão (A549). **MÉTODOS:** Cinquenta e cinco camundongos Balb/C nude receberam injeção intrapleural de 2 x 10^6 células A549 (adenocarcinoma de pulmão humano). Os animais foram divididos em dois grupos: o primeiro eutanasiados após 14, 21, 30, 37, 45, 52 e 60 dias do implante das células neoplásicas e avaliados o volume, citologia e bioquímica (DHL e proteínas totais) do líquido pleural e análise histológica; o segundo grupo foi avaliado diariamente o peso (g), mobilidade (escore 0 a 4) e mortalidade (curva de sobrevida). Análise estatística: ANOVA, Curva de Kaplan-Meier, p <0,05. **RESULTADOS:** Após a injeção intrapleural de células A549, todos os animais apresentaram implante de tumor intrapleural com desenvolvimento de DPM. Redução de peso e mobilidade dos animais foram observadas após 37 dias de indução da neoplasia. O início da formação do líquido pleural foi observado aos 30 dias, aumentando com o desenvolvimento da doença, com volume máximo de 700ìL. A contagem total de células foi progressivamente aumentando, com diferencial celular do DPM apresentando infiltrado inflamatório misto entremeado por células malignas. A população de células inflamatórias consistiu em células mononucleares (60%), linfócitos (20%) e neutrófilos (10%). Células mesoteliais representaram menos de 1% do total de células. Os níveis de DHL e proteína total no líquido pleural foram elevados a partir do 37º dia. A presença de tumor na pleura foi observada a partir de 14 dias da injeção intrapleural de células A549. Na análise de sobrevida a carcinomatose pleural foi letal com 100% de mortalidade no 63º dia. **CONCLUSÕES:** Injeção intrapleural de células de adenocarcinoma de pulmão humano (A549) promoveu DPM em camundongos expressando alterações características de neoplasias. Este modelo permite observar o comportamento biológico das células tumorais na cavidade pleural e pode ser promissor na investigação fisiológica e terapêutica no câncer de pulmão avançado.

Palavras-chave: derrame pleural maligno.câncer de pulmão.modelo experimental

051 | ACOMETIMENTO PLEUROPULMONAR NA DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER

RAQUEL BALDINI CAMPOS; ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR; CAROLINA SALEM TAMESAWA; PEDRO MAXIMINK ESTEVES VILLAR; RICARDO SIUFI MAGALHÃES; LAURA DELTREGGIA; MÔNICA CORSO PEREIRA; PAULO ROBERTO ARAÚJO MENDES.

UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: As síndromes histiocíticas são uma variedade de doenças causadas por anormalidades proliferativas na linhagem de macrófagos e células dendríticas, com apresentações clínicas variadas.

A doença de Erdheim-Chester (DEC) é um distúrbio histiocítico que raramente afeta o pulmão ou a cavidade torácica. Outras síndromes histiocíticas que acometem o pulmão e fazem parte do diagnóstico diferencial da DEC incluem a doença de Rosai-Dorfman e a Histiocitose de células de Langerhans.

A patogênese é pouco compreendida, mas está associada à ativação de mutações no gene BRAF em mais de 50% dos casos. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 14 anos, sem comorbidades prévias conhecidas, e histórias de pneumonias de repetição na infância, apresentava relato de dispneia aos grandes esforços com inicio há 1 ano e piora progressiva para pequenos esforços nos últimos 4 meses, associada a sintomas gripais, sem febre ou tosse. Foi tratada com antibiótico no hospital de origem, sem melhora e evoluiu com dor torácica, em base esquerda e piora da dispneia. Procurou novamente atendimento médico com dispneia intensa e foi evidenciado derrame pleural volumoso à esquerda. Foi internada para realização de drenagem e investigação. Encaminhada à nosso serviço devido quadro de empiema grau III. Foi submetida a drenagem aberta e decorticação pulmonar em julho de 2018. Anatomo-patológico evidenciou um excessivo processo inflamatório crônico rico em células histiocitárias da pleura e do pulmão adjacente, com imunohistoquímica positiva para CD68, Fator XIIA, Ki67 e 1A4, com diagnóstico de doença de Erdheim-Chester. Paciente evolui bem no pós-operatório, e foi encaminhada para seguimento com a pneumologia. Encaminhada também para avaliação cardiológica e de ossos longos. **Discussão:** Na DEC até 25% dos pacientes terão achados pulmonares que podem se manifestar na tomografia computadorizada de tórax, como envolvimento mediastinal, derrame pleural, opacidade pulmonar ou cistos pulmonares. Relatos na literatura descrevem doença pleural em até 40% de pacientes com acometimento torácico. Além disso, até metade dos pacientes pode apresentar manifestações extraesqueléticas, incluindo envolvimento cardiovascular e neurológico, infiltração retroperitoneal e adrenal, diabetes insipidus, exoftalmia, xantelasma. A histopatologia é necessária para o diagnóstico definitivo e tipicamente mostrará infiltrados histiocíticos em um padrão linfangítico associado a vários graus de fibrose e infiltrados linfoplasmocitários. A imunofenotipagem das células DEC revela expressão positiva para CD68 (marcador de macrófagos) e CD163. Marcadores de células de Langerhans, incluindo CD1a ou S100, são negativos na imunomarcação.O manejo deve ser individualizado e realizado em centros com experiência. O uso de interferon-a, quimioterápicos, corticoesteroides e radioterapia têm sido relatado com bom resultado. A terapia com inibidor de BRAF tem sido usada com sucesso em pacientes portadores da mutação BRAF-V600E.

Palavras-chave: Doença de Erdheim-Chester .gene BRAF.síndromes histiocíticas

052 | ANÁLISE DA EXPRESSÃO DO PD-L1 EM CÉLULAS LLC (LEWIS LUNG CARCINOMA) E SEU MICROAMBIENTE EM MODELO EXPERIMENTAL DE DERRAME PLEURAL MALIGNO

MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO[1]; CARLOS SERGIO ROCHA SILVA[1]; ALINE GRAÇAS PEREIRA SILVA[1]; AMANDA CABRAL ROQUE[1]; VANESSA ADELIA ALVARENGA[1]; PHILIPPE DE FIGUEIREDO BRAGA COLARES[1]; KARINA ROCHA PEREIRA[1]; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[1]; VERA LUIZA CAPELOZZI[2]; EVALDO MARCHI[3]; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA[1].

1. LABORATORIO DE PLEURA, DIVISAO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORACAO, HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAI, JUNDIAI - SP - BRASIL.

O derrame pleural maligno (DPM) representa um problema clínico comum e com importantes repercussões. Sua patogênese ainda é pouco compreendida e as opções terapêuticas são limitadas. Modelos experimentais de DPM, utilizando células de Lewis (LLC) colocadas diretamente no espaço pleural de camundongos, têm reproduzido adequadamente a formação do DPM e metástases além de auxiliar no estudo de novas terapias para o controle do derrame. Nos últimos anos, os

checkpoints imunológicos, como a expressão de PD-L1 e TIL-s (linfócitos infiltrantes de tumor), em células tumorais têm sido amplamente considerados como um potencial marcador terapêutico e como um biomarcador preditivo para desfechos clínicos. **OBJETIVO:** Avaliar a expressão de PDL-1, TIL-s e macrófagos em modelo experimental de derrame pleural maligno utilizando células LLC. **MÉTODOS:** Vinte camundongos C57BL/6 foram divididos em dois grupos que receberam injeções intrapleurais de 0,5 x 10^5 células LLC ou PBS (controle). Os animais foram eutanasiados após 14 dias da injeção intrapleural. O tórax foi removido em bloco e os fragmentos de pleura e tecido tumoral foram corados com hematoxilina e eosina (H & E) e por imunohistoquímica para expressão de PD-L1, CD4, CD8, CD163 e NOS2. Análise estatística: Test-t, p <0,05. **RESULTADOS:** Após 14 dias, os animais que receberam injeção intrapleural de células LLC desenvolveram derrame pleural maligno com massas tumorais evidentes macroscopicamente. Na análise microscópica observou-se grande massa tumoral na pleura, com presença de neoformação de vasos, sem infiltração tumoral e inflamação no parênquima pulmonar. A expressão da PDL-1 foi positiva, mas com baixa expressão (cerca de 10%). A marcação com CD4 e CD8 foi altamente positiva; notou-se também positividade para o CD163 e o NOS2. **CONCLUSÕES:** O modelo experimental de derrame pleural maligno utilizando células LLC produziu alterações neoplásicas com perfil histológico de positividade, mas baixa expressão de PD-L1 e TIL positivas. Este modelo pode ser utilizado como uma ferramenta para pesquisas futuras sobre a patogênese, bem como na avaliação de estratégias imunoterapêuticas para doenças pleurais malignas.
Palavras-chave: DERRAME PLEURAL MALIGNO.PD-L1.MODELO EXPERIMENTAL

DPOC

053 | O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO DESENVOLVIMENTO DE ENFISEMA PULMONAR ENTRE HOMENS E MULHERES EM UM CENTRO DE ESPECIALIDADES E APOIO DIAGNÓSTICO - CEAD

KELVIN LEE LEMES RODRIGUES; GABRIELLA SOARES DE SOUZA.
CENTRO UNIVERSITARIO CLARETIANO, RIO CLARO - SP - BRASIL.

De acordo com o II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) de 2004 realizado pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) define a DPOC como uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. Essa obstrução do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas e gases tóxicos, causada primariamente pelo tabagismo. **Objetivo:** Caracterizar a saúde do sistema respiratório via espirometria da população, enfatizando se o acometimento das doenças respiratórias é mais evidente no sexo feminino ou masculino. **Materiais e métodos**: foi realizado uma análise de prontuários, identificando 46 espirometrias que possuem a DPOC como diagnóstico. Essas espirometrias, que compreendem um período de Janeiro de 2017 a Março de 2019, foram identificadas no Centro de Especialidade e Apoio Diagnóstico (CEAD) no município de Rio Claro/SP. Nas espirometrias observadas, foi visualizado o Índice de Tiffeneau (CVF/VF1), comparando os valores entre os sexo masculino e feminino. O trabalho em questão foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado, sendo que o número do parecer é 3002874. **Resultados:** foi observada diferença estatística significativa entre o sexo feminino e sexo masculino, no que tange aos valores do Índice de Tiffeneau Pré e Pós Broncodilatador, com uma Média de (Pré de 63,22 e Pós de 62,36) e (Pré de 63,54 e Pós de 62,33) para o sexo masculino e sexo feminino respectivamente. Além disso, visualizou-se que a quantidade de pessoas do sexo feminino é maior que a do sexo masculino, tendo em vista que dos 46 prontuários analisados 24 pertenciam à mulheres e 21 à homens. **Conclusão:** evidencia-se que dentro da amostra coletada o sexo feminino, aleatoriamente, apresenta maior propensão para o desenvolvimento de DPOC e que, como era previsto, os pacientes não são responsivos ao broncodilatador, de tal forma que a Média do Índice de Tiffeneau diminui em ambos os sexos após o uso de broncodilatador.
Palavras-chave: ENFISEMA PULMONAR. ESPIROMETRIA .ÍNDICE DE TIFFENEAU

054 | SÍNDROME DE CHILAIDITI : RELATO DE CASO

VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN[1]; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN[2]; CAMILA MARTINS PAREDES[2]; DEBORA FERNANDA ESTEVES TRINDADE[2]; BRUNO BOLSONARO CALEGARI[2]; FABRÍCIO DONÁ ERNICA[2]; BRUNO FIORANTE AKIMOTO[2]; ALEXANDRE DE ALMEIDA PUCCI[2]; LEANDRO NAVAS PIRES[2]; YURI RIBEIRO BASSETO[2].
1. UNIMAR, MARILIA - SP - BRASIL; 2. UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Denomina-se Síndrome de Chilaiditi a interposição temporária ou permanente do cólon ou intestino delgado no espaço hepatodiafragmático, direito, causando sintomas. A apresentação isolada e assintomática é conhecida como Sinal de Chilaiditi. Este sinal foi descrito inicialmente em 1865 por Cantini ao exame clínico, porém apenas em 1910, com a publicação de três casos por Demetrius Chilaiditi, sedimentou-se como um diagnóstico radiológico. Sua incidência em radiografias situa-se entre 0,025% e 0,28% incluindo todas as faixas etárias, aumentando levemente nos maiores de 60 anos de idade, sendo mais comuns em homens do que em mulheres, em uma relação de 4:1. A associação do Sinal de Chilaiditi com sintomas como dor abdominal, náuseas, dor retroesternal, sintomas respiratórios, vômitos, distensão abdominal, obstrução ou suboclusão intestinal caracteriza a Síndrome de Chilaiditi. **RELATO DE CASO:** Os autores descrevem o caso de um paciente de 92 anos, portador de DPOC Senil, com sintomas de tosse seca e dispnéia aos esforços, negando secreção e sibilância. Relatava tabagismo crônico prévio durante cerca de 25 anos de cigarro de palha, tendo cessado havia 40 anos. Também era portador de ICC e arritmia cardíaca (extrassistolia), em seguimento na Cardiologia. Referia sintomas de dor abdominal em hipocôndrio direito, distensão abdominal e naúseas. TC de Tórax evidenciou "comprometimento pulmonar intersticial reticular difuso, predominantemente periféricas, com Bronquiectasias de tração e áreas de faveolamento, caracterizando sinais de Fibrose Pulmonar ; presença de alças cólicas no hipocôndrio direito, interpostas entre o diafragma e o fígado, caracterizando o Sinal de Chilaiditi". **DISCUSSÃO:** Os autores apresentam um caso de Síndrome de Chilaiditi em um homem de 92 anos de idade, portador de DPOC Senil e Fibrose Pulmonar difusa, provavelmente secundária ao quadro de base, com sintomas compatíveis com o mesmo. Geralmente trata-se de condição benigna com rara indicação cirúrgica, como se apresenta neste caso, pelo fato de haver controle com o tratamento clínico proposto e obviamente existir grandes riscos cirúrgicos num procedimento invasivo para correção do quadro nesta faixa etária. Mantém-se sempre o paciente em seguimento clínico, sempre observando-se muita atenção a mudança clínica. Essas situações geralmente ocorrem em associação à senilidade, como se faz neste caso, devido à fragilidade dos ligamentos hepáticos, que acabam permitindo a interposição das alças colônicas. Reveste-se de grande importância também a implicação que pode representar o diagnóstico equivocado de pneumoperitônio nesses pacientes.
Palavras-chave: CHILAIDITI.ALÇAS COLÔNICAS.ESPAÇO HEPATO-DIAFRAGMÁTICO

055 | DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA GENÓTIPO Pi*ZZ: RELATO DE CASO

FABIANA OLIVEIRA PENIDO; MARIANA LAFETA LIMA; JULIANA LUCENA DOS SANTOS; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; FLÁVIA LIN; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO; LARISSA MARION GRANDE CAVALHERO; FLAVIO FERLIN ARBEX.

UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

JUSTIFICATIVA: a deficiência de alfa-1 antitripsina é uma doença genética, autossômica e recessiva. É uma das desordens genéticas fatais mais comuns e causa 45% das mortes por insuficiência respiratória em não tabagistas. Apenas uma pequena parcela dos portadores é identificada, a maioria após um longo período de sintomas. A função da alfa-1 antitripsina (AAT) é inibir a elastase neutrofífica (EN), enzima promotora de degradação proteolítica. A deficiência da AAT resulta em desbalanço de atividade entre anti-proteinase e proteinase, com colapso da elastina nos tecidos. O pulmão é o mais afetado e os portadores de formas graves são predispostos a desenvolver enfisema. **HISTORIA DA DOENÇA**: paciente masculino, 38 anos, casado, natural de Santos (SP), procedente de Itariri (SP), com dispneia há seis anos, progressiva, inicialmente aos grandes esforços que evoluiu para repouso no último ano, associado a tosse, sibilância e perda ponderal de 6kg. Procurou proto-socorro múltiplas vezes e internou duas vezes por hipoxemia. **ANTECEDENTES PESSOAIS:** paciente nega comorbidades, uso de medicações ou tuberculose prévia. Ex-tabagista 21 anos.maço (cessou em 2017), etilista social e usuário de maconha e cocaína por 15 anos (cessou em 2016). Trabalhava no porto de Cubatão: exposição a fumaça industrial. **EXAME FÍSICO:** IMC 23Kg/m², corado, hidratado. PA 130/90 mmHg – FC 96bpm - SpO2 88%aa – f 28 irpm. Aparelho cardiovascular: RCR em 2T, sem sopros, ausência de turgência jugular. Aparelho respiratório: MV reduzido globalmente, alargamento do tórax, hipersonoridade à percussão. Exame de abdome e extremidades inalterado. EXAMES COMPLEMENTARES: gasometria arterial: pH 7,36; pCO2 51,2; pO2 60,5; HCO3 28,6; BE 2,6; SatO2 90. Rx tórax: sinais de hiperinsulflação pulmonar. Espirometria: PRÉ CVF 1,89(35%); VEF1 0,55(12%); VEF1/CVF 29; PÓS CVF 2,05(38%); VEF1 0,53(12%); VEF1/CVF 26. TC tórax: Múltiplos focos de enfisema parasseptal e centrolobular difusos pelo parênquima. **DIAGNÓSTICO:** deficiência de alfa-1 antitripsina com genótipo Pi*ZZ **EVOLUÇÃO:** terapia broncodilatadora, oxigenoterapia e encaminhamento para transplante pulmonar. **DISCUSSÃO:** a deficiência de alfa-1 antitripsina é uma doença progressiva, subdiagnosticada e com tratamento ainda não disponivel em todos os países. Ensaios recentes confirmam eficácia e efeito modificador da doença com a terapia de reposição da alfa-1 antitripsina, mesmo quando aplicada mais tardiamente, promovendo retardo na perda de parênquima pulmonar. Os benefícios obtidos: redução da gravidade dos sintomas e diminuição das hospitalizações pode ajudar a compensar os custos associados ao tratamento. Novas evidências começam a surgir, demonstrando que pode haver benefício no tratamento de pacientes com VEF1>65%. Além disso, a identificação precoce permite mudanças no estilo de vida evitando fatores agravantes, como tabagismo e poluentes e implementação de tratamento não farmacológico, como exercícios e dieta para promover a reabilitação pulmonar.

Palavras-chave: DPOC.Deficiencia de alfa-1 antitripsina.Pi*ZZ

056 | BRONQUIECTASIAS NO PACIENTE COM DPOC GRAVE: IMPACTO CLÍNICO, FUNCIONAL E MICROBIOLÓGICO

SILVIA MARIA DA SILVA DORIA[1]; MARCOS MELLO MOREIRA[2]; PAULO ROBERTO TONIDANDEL[2]; ILMA APARECIDA PASCHOAL[2]; MÔNICA CORSO PEREIRA[2].

1. UNICAMP, SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP - BRASIL; 2. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: Bronquiectasias têm sido frequentemente encontradas em pacientes com DPOC grave, porém este achado ainda tem um papel pouco explorado. **Objetivo**: Identificar se a presença de bronquiectasias em pacientes com DPOC grave interfere nos parâmetros clínicos e funcionais. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, observacional em pacientes com diagnóstico de DPOC (GOLD III-IV) e antecedente de tabagismo maior que 10 anos maço. Os pacientes foram recrutados no serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e incluídos quando estáveis clinicamente. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituiçãoe todos os pacientes assinaram o termo de consentimento. Foram realizados: avaliação clínica, funcional (espirometria, teste de caminhada de 6 minutos - TC6 e capnografia), microbiológica de escarro e tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR). A partir da TCAR os pacientes foram classificados em dois grupos: bronquiectasias ausentes ou em apenas 1 lobo, ou bronquiectasias em pelo menos 2 lobos pulmonares. **Resultados:** Foram avaliados 98 pacientes no total, destes 62 eram do sexo masculino, com idade média de 64,60 ± 8,25. O grupo com bronquiectasias totalizou 24 pacientes versus 74 sem bronquiectasias. Em relação ao perfil clínico houve diferença entre os grupos quanto à carga tabágica e índice de B.O.D.E., que foram maiores no grupo sem bronquiectasias. Não houve diferença nos valores espirométricos.

Pacientes com bronquiectasias caminharam mais no TC6 ($p<0,0135$). Foi realizada análise de regressão logística para identificação de fatores que podem predispor à presença de bronquiectasias. A chance de ter bronquiectasias foi 4,8 vezes maior na presença de cultura de escarro positiva e 2,17 vezes maior para cada ponto a menos no B.O.D.E. Além disso, quanto maior o Slope 3 na capnografia, maior a chance de bronquiectasias. **Conclusão:** Pacientes com DPOC grave e bronquiectasias tiveram menor carga tabágica, menor índice de B.O.D.E. e caminharam mais que os pacientes sem bronquiectasias, nos quais foi mais frequente o achado de enfisema.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.Bronquiectasia.Tomografia de Tórax

057 | INCIDÊNCIA DE DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EM PACIENTES ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE REABILITAÇÃO PULMONAR DA FMABC

NADINE CRISTINA MACHADO; SELMA DENIS SQUASSONI; MONICA SILVEIRA LAPA; ELIE FISS; ANETE SEVCIOVIC GRUMACH

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAÚDE ABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

Indrodução: A deficiência de *alpha-1 antitrypsin* (DA1AT) é um distúrbio genético que tem diversas implicações clínicas e que afeta especialmente pulmões e fígado. O primeiro caso descrito foi provavelmente o de uma mulher no Alasca há cerca de 800 anos; pode também ter contribuído para a morte prematura de Frédéric Chopin em 1849. No estudo epidemiológico denominado *Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar* (PLATINO, Projeto Latino-Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar), delineado para o rastreamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e conduzido na cidade de São Paulo, descobriu-se que 15,8% dos indivíduos com 40 anos ou mais eram portadores de DPOC e que 12,5% desses indivíduos nunca haviam sido expostos ao tabaco. Atualmente, no Brasil e em outros países, existem programas que oferecem métodos simples para determinação fenotípica por meio de coleta de gotas de sangue em papel filtro seco, que pode ser enviado por correio a um laboratório de referência. Esses métodos diagnósticos podem

ser facilmente obtidos junto ao Registro Nacional ou às sociedades locais. Estudos têm demonstrado que a determinação do fenótipo a partir de gotas de sangue em papel filtro seco é factível por ser simples e de baixo custo. **Objetivos:** Verificar a incidência da Deficiência de alfa 1 antitripsina nos pacientes acompanhados no ambulatório Reabilitação Pulmonar do Centro Universitário Saúde ABC (FMABC). Métodos: Foram selecionados 45 pacientes no período de janeiro a dezembro de 2018, no ambulatório de Reabilitação Pulmonar da FMABC em Santo André. Os critérios de inclusão foram: ter 40 anos ou mais; ter recebido diagnóstico de Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica. Os critérios de exclusão: doença sistêmica capaz de aumentar a concentração sérica de AAT (incluindo infecções e processos inflamatórios); ter recebido diagnóstico de deficiência de AAT anteriormente; ser parente de um caso-índice de deficiência de AAT. Todos os pacientes foram submetidos à dosagem de AAT em amostras de sangue seco colhidas em papel-filtro, a fim de identificar aqueles com possível diagnóstico de deficiência de AAT. Resultados: O presente estudo apresentou a incidência de deficiência de Alfa 1 antitripsina baseada na frequência alélica (dosagem de AAT no sangue seco, genotipagem e sequenciamento do gene SERPINA1) em 45 pacientes com diagnostico de DPOC. Em nosso estudo 82,13% (MM+MM3) dos pacientes apresentaram ausência da mutação S e Z, já 17,7% (MS+SS+MZ) dos pacientes apresentaram alguma mutação e tem diagnóstico de DPOC. Observamos que 28,7 % dos pacientes apresentam histórico familiar, entre eles história de pais, filhos e irmãos com algum tipo de doença respiratória. Por ser uma doença genética é recomendado realizar estudos genéticos em familiares de indivíduos diagnosticados com DA1AT. Conclusão: Apesar da limitação da nossa amostra esse estudo mostrou que a incidência de DA1AT foi semelhante as encontradas em outros estudos.
Palavras-chave: Deficiência de alfa 1-antitripsina.Doença pulmonar obstrutiva crônica.alfa 1-antitripsina

058 | INFECÇÃO POR INFLUENZA A EM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA. RELATO DE CASO.

CAMILA PINI DA COSTA; MARIA FRANCO LIMA DE CASTRO; FRANCIELLE MAYRA BARBOSA DE OLIVEIRA; JULIO CEZAR NAVARRO; NATASHA OHANA MARINHO ROSA; VITOR BOTTÓS DA SILVA; MARÍLIA FLAVIANE DÁCIA; ISABELA SACIENTI LAVEZO.
UNIVERSIDADE BRASIL, FERNANDOPOLIS - SP - BRASIL.

Justificativa da relevância do caso relatado: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma patologia respiratória que possui como principal característica a redução do fluxo aéreo de caráter fixo ou parcialmente reversível, sendo associado na maioria dos casos ao tabagismo. O vírus Influenza A H1N1,de transmissão pessoa-pessoa por meio de gotículas, seus principais sintomas são: febre alta, dor muscular, cefaleia, tosse e fadiga. O intenso comprometimento respiratório associado aos quadros graves de influenza é descrito como síndrome respiratória aguda grave. **Relato do caso**: Paciente de 55 anos, feminino, tabagista, 20 anos/maço, deu entrada no Pronto Socorro queixando-se de tosse produtiva, sibilância, coriza e sem evacuar há 2 dias, sendo a queixa principal uma dispnéia súbita de forte intensidade. Ao exame físico apresentava MV diminuído em base esquerda com presença de sibilos, estertores e roncos difusos, FR 42 irpm, FC 115 bpm, PA 180/110 mmHg, %SpO2 94% (máscara de O2 – 10L/ min) em MEG. Paciente foi encaminhada para UTI com antibioticoterapia (Azitromicina + Ceftriaxona) e Osetalmivir, indicação de IOT devido ausência de resposta à VNI e catéter venoso central duplo lúmen. Foram solicitados RX de tórax, o qual apresentou uma consolidação em base esquerda, diminuição da trama vascular pulmonar e espessamento vaso brônquico nas bases, porém sem lesões do parênquima, hemograma completo apresentando leucocitose, neutrofilia e linfopenia e, PCR elevada. Paciente manteve-se em IOT, em isolamento respiratório, sedação padrão, SVD e SNE por 10 dias. Nesse período apresentou uma piora do quadro com exacerbação da DPOC, secreção sanguinolenta e fétida. Novos exames mostraram elevação súbita da PCR, RX tórax apresentando atelectasia em faixa na base pulmonar esquerda. Além disso, foi notado AVC à direita. Foi então realizada traqueostomia, mantido isolamento, sedação, dieta por SNE, diurese por SVD e suspensão da Ceftriaxona (D10/10). A paciente permaneceu na UTI por mais 10 dias, cuidados para H1N1 e AVC. Apresentou uma melhora clínica e laboratorial, que a fizeram evoluir para acompanhamento ambulatorial. **Discussão**: Partindo do ponto no qual a síndrome respiratória aguda grave é uma condição clínica perigosa ocorrendo principalmente em pacientes com fatores de risco, tais como idade, DPOC e imunossuprimidos. Assim, esse relato expõe-se um caso clínico de Influenza A H1N1 em portador de DPOC, salientando a importância da investigação das possíveis causas de DPOC exacerbada. Uma observação minuciosa do paciente e sinais clínicos de alerta, acompanhado de análises epidemiológicas locais e atuais, são de suma importância no auxílio diagnóstico e, por conseguinte, no tratamento.
Palavras-chave: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.INFLUENZA A .SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA

059 | PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS SOB O DIAGNÓSTICO DE DPOC EXACERBADA EM HOSPITAL SECUNDÁRIO NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS – SÃO PAULO

LETÍCIA BARBOSA BUZATTO; EMERSON BEZERRA DA SILVA; CARLA ROMAGNOLLI; GABRIEL RIBEIRO SANTOS JUNIOR; ISADORA ROSE DANTAS SILVA.
HOSPITAL MUNICIPAL PIMENTAS BONSUCESSO, GUARULHOS - SP - BRASIL.

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma enfermidade decorrente da inflamação crônica de vias aéreas com elevada taxa de morbimortalidade, sendo a terceira principal causa de morte no mundo em 2014. Pacientes com descompensações (exacerbações) desta doença precisam de frequentes internações hospitalares e possuem pior prognóstico. Assim, avaliar o perfil clínico e laboratorial destes pacientes é de suma importância. **Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes internados com diagnóstico de DPOC exacerbado em um Hospital Secundário no município de Guarulhos – SP. **Métodos:** Estudo transversal, documental e retrospectivo envolvendo pacientes com diagnóstico clínico de DPOC exacerbado e necessidade de internação hospitalar entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2019 em um hospital público no município de Guarulhos-SP. **Resultados:** Foram analisados dados de 56 pacientes. Desse total, 28 (50%) eram homens e 28 (50%) mulheres. A média de idade foi de 64,4 ± 10,6 anos. Dentes as comorbidades avaliadas, 34 (60,71%) eram hipertensos, 20 (35,71%) possuíam diabetes mellitus, 8 (14,28%) dependentes de oxigenoterapia domiciliar prolongada, 26 (46,42%) com internação pelo mesmo diagnóstico no último ano, 6 (10,71%) com doença arterial coronariana e nenhum deles tinha antecedente de AVC. No que tange às exposições pregressas, o tabagismo esteve presente em 50 (89,28%) pacientes e a carga tabágica média foi de 52,9 ± 30,3 maços-ano; já a exposição a fogão a lenha foi identificada em 7 (12,5%) deles. O tempo médio de internação foi de 5,44 ± 3,26 dias, sendo que 11 (19,64%) necessitaram de suporte clínico intensivo em ambiente crítico (UTI) e a taxa de mortalidade foi de 10,3% com proporção igual entre os sexos. Dentre os parâmetros laboratoriais avaliados, a leucocitose (> 12.000 células/mm³) foi observada em 27 (48,2%) e a eosinofilia (> 2%) encontrada em 13 (23,21%). **Conclusões:** A maioria dos pacientes internados era idosa, porém sem diferença na proporção entre os sexos, apesar da maior prevalência da doença em homens. Estratégias de auxílio à cessação do uso de tabaco são fundamentais em saúde pública, dado que o histórico de tabagismo, conhecido fator de

risco, é muito prevalente nesta população. Uma melhor adesão ao uso de corticoide inalatório também é importante, dado que estudos recentes apontam um benefício de prevenção de novas exacerbações, especialmente em pacientes com eosinofilia periférica >2%.
Palavras-chave: DPOC.INTERNAÇÃO.EPIDEMIOLOGIA

060 | IMPORTÂNCIA DO INTERVALO DE TEMPO "PORTA–MÁSCARA" NO USO DE VNI NAS EXACERBAÇÕES AGUDAS DE PACIENTES COM DPOC NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HC-UNICAMP

RICARDO SIUFI MAGALHÃES[1]; MARINA MERCADANTE[2]; MÔNICA CORSO PEREIRA[1].
1. UNICAMP, CAMPINAS - SP - SP - BRASIL; 2. PUC-CAMPINAS, CAMPINAS - SP - SP - BRASIL.

Introdução: Exacerbações Agudas da DPOC (EADPOC) se caracterizam pela presença de piora dos sintomas respiratórios associada à ausência de opacidades na radiografia de tórax. Em pacientes graves, tais exacerbações podem piorar um quadro de Insuficiência Respiratória Crônica pré-existente, e ocasionar o surgimento de acidemia respiratória, situação que pode ser tratada com Ventilação Não Invasiva (VNI). **Objetivo**: descrever as características clínicas, funcionais e desfechos de pacientes em insuficiência respiratória, em especial daqueles com DPOC, tratados com VNI na Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital das Clínicas (HC)-Unicamp; identificar os intervalos de tempo entre a admissão do paciente na UER e a instalação da VNI, e as causas de eventuais atrasos na condução dos casos. A partir desses dados, propor um protocolo de atendimento das EADPOC na UER-HC a fim de sistematizar o atendimento e melhorar os desfechos dos doentes. **Métodos**: estudo unicêntrico, observacional, retrospectivo, realizado por meio de revisão de prontuários de todos os pacientes que deram entrada em insuficiência respiratória na UER de janeiro a julho de 2018. Os dados foram buscados a partir dos registros da Unidade Respiratória e do Laboratório de Análises Clínicas. Realizada análise descritiva e análise estatística para identificar fatores associados com piores desfechos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. **Resultados**: avaliados 81 pacientes, dos quais 25 tinham DPOC. Desses, 56% eram do sexo masculino com idade de 67 ± 12 anos; 56% estavam em uso de terapia tripla (beta2- agonista de longa duração + corticóide inalatório + antagonista muscarínico de longa ação). A mediana do tempo porta-máscara de 173 min (26-1.463); desfechos desfavoráveis (óbito ou intubação orotraqueal) ocorreram em 28%. O tempo porta-máscara e a frequência dos desfechos desfavoráveis foram semelhantes entre o grupo DPOC e os demais pacientes. Na análise da curva ROC o tempo com melhor especificidade e sensibilidade para desfechos desfavoráveis foi de 560 minutos.**Discussão e conclusões:** O intervalo de tempo porta-máscara (amostra total e no subgrupo DPOC) foi semelhante ao encontrado na literatura. Encontramos falta de registro sistematizado das variáveis clínicas, gasométricas, de indicação e monitorização da VNI na nossa instituição. Quando indicada, a VNI foi instalada mais rapidamente em pacientes com insuficiência cardíaca e usuários de oxigenoterapia domiciliar. O tempo com melhor especificidade e sensibilidade para desfechos desfavoráveis foi de 560 minutos, inadequado do ponto de vista clínico. Considerando o tempo porta-máscara ideal pela literatura (240 minutos), não houve diferença quantos aos desfechos entre pacientes com tempo maior ou igual versus aqueles com tempo menor que 240min. A proposição de um protocolo de atendimento poderá ter impacto na redução do tempo porta-máscara e na melhora dos desfechos nos pacientes na instituição.
Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.Insuficiência Respiratória Crônica.Ventilação Não Invasiva

061 | EXACERBAÇÃO E AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE EM DIFERENTES CLUSTERS BRASILEIROS DE DPOC

JOSÉ WILLIAM ZUCCHI; THAÍS GARCIA; ESTEFANIA APARECIDA THOME FRANCO; LUIZ HENRIQUE SOARES MACHADO; GUSTAVO AUGUSTO FERREIRA MOTA; SUZANA ERICO TANNI MINAMOTO.
UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Introdução: Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam exacerbações associadas a altas taxas de mortalidade e altos custos de tratamento. A identificação de fatores de risco associados a exacerbações e mortalidade na DPOC resulta de um complexo de múltipla heterogeneidade das características da DPOC. Dessa forma, a avaliação de diferentes fenótipos na DPOC e seu risco de exacerbação e mortalidade é uma questão importante. **Objetivo:** Identificar diferentes grupos associados a um alto risco de exacerbações e mortalidade. **Métodos:** No município de Botucatu-SP, 291 pacientes com DPOC [53,6% do sexo masculino, 67,5 ± 9,6 anos] foram acompanhados por um ano, de acordo com suas taxas de exacerbação e mortalidade. Os pacientes foram divididos em 4 clusters diferentes de acordo com o agrupamento de características definido pela modelagem estatística. Os pacientes foram reavaliados a cada 4 meses para exacerbações, que foram definidas quando corticosteróides sistêmicos e / ou antibióticos foram utilizados. As datas das mortes e suas causas também foram avaliadas. **Resultados:** O primeiro cluster (G1) foi caracterizado por DPOC leve e pouco sintomático (203 pacientes). O segundo (G2) devido ao maior valor dos eosinófilos periféricos (49 pacientes), o terceiro (G3) com maior inflamação sistêmica e depleção nutricional (13 pacientes) e o quarto cluster (G4) apresentaram DPOC mais grave e pior troca gasosa. (26 pacientes). Em relação às taxas de exacerbação, não identificamos diferenças entre os conglomerados (G1: 47%, G2: 55%, G3: 61% e G4: 65%, p = 0,273). Em relação à mortalidade, observou-se diferença estatisticamente significante entre os grupos (p = 0,035). No entanto, não foi possível identificar diferenças entre os pares, G1 (9,3%), G2 (16,3%), G3 (23%) e G4 (26,9%). **Conclusões:** Ao utilizar a modelagem, podemos identificar os grupos de pacientes com maior risco de exacerbação e mortalidade e desenvolver estratégias para melhorar o atendimento a esses pacientes. Este estudo foi apoiado pela AstraZeneca Brasil através de uma doação iniciada pelo investigador
Palavras-chave: Fenótipos de DPOC.Exacerbações.Mortalidade

062 | ANISOCITOSE E ANEMIA OCULTA NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: RELATO DE CASO

MARIASOL XIMENA MARTINEZ CARRANZA; FREDERICO LEON ARRABAL FERNANDES; PEDRO JOSE QUIZHPE MARIN; REGINA MARIA DE CARVALHO PINTO.
INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLINICAS HC/FMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: O processo inflamatório da DPOC pode estender-se além do sistema respiratório e produzir um estado de inflamação sistêmica persistente que tem sido associada a várias comorbidades. A amplitude de distribuição eritrocitária (RWD), é uma medida da variabilidade que existe no tamanho dos eritrócitos circulantes e representa uma medida quantitativa de anisocitose. Os resultados de estudos recentes mostraram que a RDW poderia fornecer informações úteis para o prognóstico de pacientes com DPOC. Apresentemos o seguinte caso de anisocitose em paciente com DPOC. **Relato do Caso:** Paciente feminino, 62 anos, ex-tabagista: 45 maços/anos, portadora de DPOC muito grave (GOLD 4D), com distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado (VEF1 0,68L 29%), em acompanhamento desde o ano 2006 no ambulatório de Pneumologia em tratamento com LABA/LAMA/corticoide, azitromicina, acetilcisteina, e desde o ano 2010 oxigênio

suplementar. No ano 2011 apresentou no hemograma: hemoglobina (Hb): 16.6 g/dL, hematócrito (Ht): 65.7%, e aumento de RWD: 30,1%. Foi solicitado estudo do metabolismo do ferro que apresentava ferropenia marcada (ferro sérico 25 µg/dL) com ferritina alta, e níveis baixos de vitamina B12, foi optado por administrar ferro elementar e reposição de vitamina B12 durante 1 ano. Após um ano de tratamento houve diminuição na intensidade de anisocitose (+) e dos valores de RWD (17%). **Discussão:** Apresentamos um caso de paciente com DPOC e anisocitose. A paciente apresentava anisocitose sem queda de Hb/Ht. A causa da anisocitose sem anemia foi a hipoxemia por DPOC que produziria inicialmente poliglobulia típica da doença juntamente com a inflamação sistêmica se associa incremento de hepcidina bloqueando a ferroportina no enterocito e diminui a absorção do ferro intestinal. O estado de inflamação crônica, que leva a depleção das reservas de ferro não se expressa por queda do Hb devido à hipóxia e aumento da eritropoietina. A anemia acaba se expressando por incremento no RWD. Seguindo o racional confirmamos a depleção de reservas séricas e optamos por repor, normalizando as reservas séricas. Um estudo na literatura analisou o RDW em diferentes estágios da DPOC e relatou que a elevação do RDW se torna mais proeminente à medida que o estágio da DPOC progride. No mesmo estudo observou que a elevação do RDW é um valioso parâmetro para prever a carga inflamatória e que tem associação com a mortalidade na DPOC.
Palavras-chave: Anisocitose.DPOC.RWD

063 | INTERNAÇÃO HOSPITALAR E CUSTO FINANCEIRO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) E DO FENÓTIPO OBSTRUTIVO DA ASMA.

CINTIA FERNANDA BERTAGNI MINGOTTI; EDUARDO ALVARENGA ROQUETTE; EDUARDO VIEIRA PONTE.
FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

Introdução: Alguns pacientes com asma têm padrão espirométrico semelhante a pacientes com DPOC.
Objetivos: Comparar a frequência de internações e o custo financeiro da doença respiratória entre pacientes com DPOC e pacientes com o fenótipo obstrutivo da asma. **Métodos:** Foram avaliados pacientes consecutivos, acima de 40 anos de idade, atendidos em oito ambulatórios do sistema público e privado da cidade de Jundiaí. Foram incluídos 3 grupos de pacientes: asma com obstrução fixa (grupo 1), DPOC (grupo 2) e asma sem obstrução (grupo 3). Os critérios de inclusão do grupo 1 foram não ter histórico de tabagismo, ter diagnóstico de asma, estar em uso de corticoide inalado e ter obstrução não reversível na espirometria. Os critérios de inclusão do grupo 2 foram ter histórico de tabagismo superior a 20 maços ano, ter diagnóstico de DPOC e ter obstrução não reversível na espirometria. Os critérios de inclusão do grupo 3 foram não ter histórico de tabagismo, ter diagnóstico de asma e não ter obstrução na espirometria. O auto relato de internação hospitalar no último ano foi validado contra documento comprobatório do hospital em que a internação foi realizada. Foi aplicado questionário validado para estimar o custo financeiro da doença respiratória no último mês. **Resultados:** Foram incluídos 59 pacientes do grupo 1, 77 pacientes do grupo 2 e 130 pacientes do grupo 3. A frequência de indivíduos com internação hospitalar foi semelhante entre os grupos 1 e 2, mas foi menor no grupo 3 (asma sem obstrução) [4 (7%) & 7 (9) & 5 (4), p<0.01]. A frequência de indivíduos com atendimentos em emergência foi menor no grupo 2 (DPOC) [25 (42%) & 22 (29%) & 59 (45%), p 0.05]. Pacientes do grupo 2 (DPOC) tiveram o maior gasto mensal com o tratamento da doença [60 (0-170) & 100 (0-267) & 60 (0-176), p <0.01]. **Conclusões:** A DPOC e o fenótipo obstrutivo da asma têm frequência semelhante de exacerbação com necessidade de internação hospitalar, mas o custo financeiro da DPOC é maior.
Palavras-chave: DPOC.Asma.Exacerbação

064 | ANÁLISE MICROSCÓPICA DO TECIDO PULMONAR E DOS MÚSCULOS RESPIRATÓRIOS NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

TALES LYRA DE OLIVEIRA[1]; TÁCIO NERTAN CARTAXO DE SOUZA[2]; BYRON MARTINS LUCENA[3]; FERNANDA MAYARA SANTOS SANTANA[4]; LYSIEN IVANIA ZAMBRANO[5]; PAULINA MARIA POMPERMAYER CORADELLI[1]; ALFIO DA SILVA ROSA FILHO[1]; ANA ROSE DE CARVALHO ARAUJO[3]; ANA LÚCIA DE GUSMÃO FREIRE[3].
1. UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS, MACEIÓ - AL - BRASIL; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, ARAPIRACA - AL - BRASIL; 5. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS, TEGUCIGALPA - HONDURAS.

Introdução: Na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), os músculos diafragma e esternocleidomastóideos (ECOM) trabalham contra um aumento de cargas mecânicas devido à limitação ao fluxo de ar e às mudanças na conformação do tórax decorrentes da condição de hiperinsuflação pulmonar. **Objetivo:** Avaliar as alterações histopatológicas presentes nos pulmões e músculos respiratórios (diafragma e ECOM) de cadáveres acometidos pela DPOC. **Métodos:** Estudo cego, descritivo, com análise de imagens histológicas de biópsia dos pulmões direito e esquerdo (D e E), diafragma e ECOM direito e esquerdo (D e E) de cadáveres afetados pela DPOC. O estudo foi realizado pela análise de lâminas histológicas obtidas de 36 cadáveres com DPOC. O diagnóstico histopatológico foi feito por um patologista que não conhecia os objetivos do estudo. Todos os responsáveis legais pelos cadáveres necropsiados incluidos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) autorizando a execução das biopsias para pesquisa. **Resultados:** Os resultados das biópsias pulmonares mostraram que a antracose (pulmão D: 100%, n=36; pulmão E: 94,4%, n=34), as bolhas enfisematosas (pulmão D e E: 66,7%, n=24) e o espessamento septal (pulmão D: 72,2%, n=26; pulmão E: 77,8%, n=28) foram os achados histopatológicos mais prevalentes. No diafragma, houve a presença de tecido adiposo interposto (33,3%, n=12), atrofia muscular (25%, n=9), afastamento de fibras musculares (19,4%, n=7) e fibrose (2,8%, n=1). Nos ECOM, as biópsias evidenciaram o afastamento das fibras musculares (ECOM D: 19,4%, n=7; ECOM E: 16,7%, n=6), atrofia muscular (ECOM D e E: 11,1%, n=4), tecido adiposo interposto (ECOM D: 5,6%, n=2; ECOM E: 8,3%, n=3), hipertrofia muscular (ECOM D: 13,9%, n=5; ECOM E: 11,1%, n=4) e espessamento dos tendões (ECOM D e E: 5,6%, n=2). **Conclusões:** Os músculos diafragma e ECOM dos cadáveres afetados pela DPOC têm uma tendência a alterações histopatológicas, sendo um possível mecanismo de compensação e/ou disfunção do sistema respiratório devido às alterações biomecânicas promovidas pela doença.
Palavras-chave: doença pulmonar obstrutiva crônica.diafragma.esternocleidomastoideo

065 | EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL E TABAGISMO COMO FATORES DE RISCO PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – ASSOCIAÇÃO FREQUENTE.

PAULO ROBERTO TONIDANDEL[1]; ANDRÉA CRISTINA MENEGHINI[2]; SILVIA MARIA DA SILVA DORIA[3]; ILMA APARECIDA PASCHOAL[3]; EDUARDO MELLO DE CAPITANI[3]; ELCIO DOS SANTOS OLIVEIRA VIANNA[2]; MÔNICA CORSO PEREIRA[3].
1. UNICAMP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. USP-RP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 3. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) pode ser causada por condições do ambiente de trabalho. De acordo com estimativas, 10-20% de todos os casos de DPOC estão associados à exposição ocupacional a poeiras e fumaças. A associação entre fatores eleva o risco de desenvolvimento e progressão da doença. A identificação permite a suspeição diagnóstica e implementação de estratégias de prevenção. **Objetivo:** Descrever a frequência da exposição ao tabaco, exposição ocupacional e concomitância destes dois fatores de risco em pacientes portadores de DPOC provenientes de dois ambulatórios de referência do interior do estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo transversal em duas amostras de conveniência com entrevista sócio demográfica e utilização de questionário sistematizado e validado para identificação de fatores de risco para DPOC em pacientes portadores de DPOC segundo o critério GOLD. Foram considerados tabagistas os pacientes com carga tabágica acima de 10 anos-maço (atual e ou pregressa) e com exposição ocupacional os expostos por mais de 1 ano a poeiras orgânicas, inorgânicas ou a fumaça no ambiente de trabalho. **Resultados:** Foram avaliados 67 pacientes com idade média de 67,71 ± 8,75 sendo 52% do sexo masculino. Possuíam VEF1 de 1,13 ± 0,45 litros e distribuíram-se entre as classes econômicas A-B 16 (24%), C 41 (62%) e D-E 8 (12%). A frequência de tabagistas foi de 90%. Exposição ocupacional a poeiras orgânicas, inorgânicas e fumaças ocorreu em 70%. Concomitância destas duas exposições ocorreu em 42 pacientes (62%) e dentre os 7 não-tabagistas, todos possuíam exposição ocupacional. **Conclusão:** Embora o tabagismo permaneça como principal fator de risco, em 42 pacientes este fator não foi o único identificado. Exposição ocupacional possui frequência elevada o que indica que a história de ocupações deve ser realizada de rotina para sua identificação.
Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.Fatores de Risco.Exposição Ocupacional

066 | ESTUDO COMPARATIVO DE BIÓPSIAS DO NERVO FRÊNICO DE CADÁVERES COM E SEM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

BYRON MARTINS LUCENA[1]; FERNANDA MAYARA SANTOS SANTANA[2]; TALES LYRA DE OLIVEIRA[3]; TÁCIO NERTAN CARTAXO DE SOUZA[2]; LYSIEN IVANIA ZAMBRANO[4]; PAULINA MARIA POMPERMAYER CORADELLI[3]; ALFIO DA SILVA ROSA FILHO[3]; ANA ROSE DE CARVALHO ARAUJO[1]; ANA LÚCIA DE GUSMÃO FREIRE[1].

1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS, MACEIÓ - AL - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIÓ - AL - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS, TEGUCIGALPA - HONDURAS.

Introdução: As alterações funcionais decorrentes da evolução da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são progressivas e irreversíveis, o que acarreta aumento do trabalho do diafragma devido à hiperinsuflação pulmonar e a obstrução ao fluxo aéreo. Os nervos frênicos promovem a inervação do diafragma e podem estar comprometidos na condição de DPOC. **Objetivos:** Comparar a morfologia dos nervos frênicos de cadáveres com DPOC e sem DPOC por meio de microscopia óptica. **Métodos:** Estudo exploratório descritivo realizado no Serviço de Verificação de Óbitos de Alagoas. Os critérios de inclusão no grupo DPOC foram: histórico de tabagismo associado à presença de antracose pulmonar, espessamento septal e bolhas enfisematosas, enquanto que a ausência desses fatores, exceto a presença de antracose pulmonar, foram os critérios de inclusão no grupo controle. Todos os responsáveis legais pelos cadáveres necropsiados incluidos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) autorizando a execução das biopsias para pesquisa. Assim, biópsias dos pulmões e dos nervos frênicos foram realizadas bilateralmente e separadas em dois grupos experimentais, um grupo composto por cadáveres com DPOC (DPOC) e outro por cadáveres sem DPOC (controle - CTR). As amostras dos tecidos foram fixadas e processadas para confecção de lâminas histológicas coradas com hematoxilina-eosina (HE). As lâminas histológicas foram analisadas por microscopia óptica por um patologista, o qual foi avaliador cego do estudo. **Resultados:** De acordo com os critérios de inclusão do estudo, 31 cadáveres foram incluídos no grupo DPOC e 7 cadáveres no grupo CTR. À avaliação do parênquima pulmonar, o grupo DPOC apresentou antracose (100%, n=31), espessamento septal (32,3%, n=10) e bolhas enfisemantosas (22,6%, n=7). O grupo CTR apresentou apenas antracose em 5 cadáveres (71,4%). Na análise dos nervos frênicos, 8 cadáveres, ou seja, 25,8% do grupo DPOC apresentaram alterações histopatológicas. Dentre os cadáveres do grupo DPOC que apresentaram alterações histopatológicas, o edema perineural (75%, n=6), a atrofia nervosa (12,5%, n=1) e o infiltrado eosinofílico perineural (12,5%, n=1) foram os achados mais prevalentes. O grupo CTR não apresentou alterações histopatológicas dos nervos frênicos. **Conclusões:** A partir dos resultados das biópsias realizadas nos nervos frênicos de cadáveres com DPOC, observou-se uma tendência a presença de alterações histopatológicas, sendo o edema perineural o principal achado.
Palavras-chave: doença pulmonar obstrutiva crônica.nervo frênico.biópsia

FUNÇÃO PULMONAR

067 | DIFERENÇA ENTRE CV LENTA E FORÇADA E VEF1/CV E VEF1/CVF EM ADULTOS BRANCOS NORMAIS EM UMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

MARIA RAQUEL SOARES[1]; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA[1]; THAMINE LESSA ESPIRITO SANTO ANDRADE[2]; VIRGINIA PACHECO GUIMARÃES[3]; RENATO LOPES MATOS[4]; GIANCARLO SANCHES[5]; ROBERTO HELOU RASSI[6].

1. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. AMO, SALVADOR - BA - BRASIL; 3. HOSPITAL MADRE TERESA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. PNEUMA MEDICINA RESPIRATÓRIA, CRICIÚMA - SC - BRASIL; 5. INSTITUTO DO PULMÃO E ALERGIA, MARINGÁ - PR - BRASIL; 6. PULMONAR CLÍNICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Estudos recentes em grandes amostras populacionais mostraram que os valores de CV lenta e forçada diferem em normais. O **objetivo** do presente estudo foi determinar em uma amostra de brasileiros adultos brancos a diferença entre a CV lenta e a forçada e entre a razão VEF1/CV e VEF1/CVF e caracterizar fatores envolvidos na eventuais diferenças.
Métodos: 244 adultos (122 de cada sexo) de 7 centros no Brasil foram submetidos à espirometria forçada e medida dos volumes pulmonares. A idade variou entre 21 e 92 anos nas mulheres e de 25 a 88 anos nos homens. Os valores funcionais foram medidos por pletismógrafos de corpo automatizados SensorMedics, de acordo com as recomendações da SBPT e ATS/ERS e revistos centralmente. As diferenças entre os valores observados foram comparadas com as variáveis antropométricas por teste *t* e teste de x^2. **Resultados:** A mediana das diferenças entre CV-CVF foi de 0,00 L, variando entre 0,00-0,47 L. O percentil 90 foi de 0,20 L. Os 25 casos com diferença CV-CVF e”0,20 L foram comparados aos demais, tendo se observado, respectivamente: Idade, 45,5 ± 15,4 vs 50,8 ± 17,3 (p=0,15), e IMC semelhantes: 25,1 ± 2,7 vs 25,3 ±3,00 kg/m^2

(p=0,72). Entretanto, os valores para sexo, estatura e CVF diferiram. Os casos com diferença CV-CVF e"0,20 L eram mais frequentemente do sexo masculino: 18,0% vs 2,4% (p<0,001), tinham maior estatura: 175,3 ± 8,0 cm vs 165,3 ± 4,4 cm (p<0,001) e maiores valores de CVF: 4,57 ± 0,95 L vs 3,84 ± 0,96 L (p<0,001). Na amostra total, por teste de t pareado, a razão VEF1/CV foi significativamente menor do que a razão VEF1/CVF: -1,3 ± 1.9 (P<0,001), com 5º percentil de -5,1. A diferença foi ainda maior nos casos com CV-CVF e"0,20 L: - 5,2 ± 1,6 vs - 0,81 ± 1,3 (p<0,001). **Conclusão:** Os valores de CV e CVF e da razão VEF1/CV e VEF1/CVF diferem em uma proporção significativa da população normal, especialmente em indivíduos do sexo masculino com maior estatura e maiores valores de CVF, o que pode ser explicado pela maior compressão dinâmica das vias aéreas na manobra forçada.
Palavras-chave: CV lenta.CVF.VEF1/CV

068 | DISTÚRBIO VENTILATÓRIO OBSTRUTIVO COM CVF REDUZIDA - QUANDO EXCLUIR DISTÚRBIO COMBINADO?

LARISSA VOSS SADIGURSKY[1]; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA[2]; MARIA RAQUEL SOARES[2].
1. HOSPITAL CARDIO PULMONAR, SALVADOR - BA - BRASIL; 2. CDB, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: CVF reduzida na presença de razão VEF1/CVF reduzida pode se dever a distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) por aprisionamento de ar, ou decorrer de distúrbio ventilatório combinado - restritivo e obstrutivo (DVC). Previamente, foi sugerido que uma diferença entre a CVF% - VEF1% ≥25 excluiria DVC e que a diferença entre CVF% e VEF1 ≤ 12 sugeriria distúrbio combinado. Nesse estudo, os volumes foram obtidos por técnica de diluição de hélio, subestimando os valores da CPT e a classificação correta dos distúrbios. O objetivo deste estudo foi confirmar estes achados com medidas de volumes por pletismografia, bem como testar o valor da razão VEF1/CVF nesta separação. **Métodos:** Pacientes submetidos a medidas de volumes pulmonares por pletismógrafos SensorMedics, em 02 centros, e com CVF% e VEF1/CVF reduzidos foram incluídos. Todos preencheram um questionário respiratório padronizado. Pontos de corte para detectar ausência de restrição foram derivados por curvas ROC, levando-se em conta a diferença CVF% - VEF1% e a razão VEF1/CVF. O valor preditivo para caracterizar DVC foi calculado nos casos com CVF% - VEF1 £12. Os dados foram expressos por x ± DP. As comparações entre os grupos foram realizadas por teste t de Student e x2. **Resultados:** Ao final do estudo 208 pacientes foram incluídos; 163 (78,4%) com CPT normal ou elevada (DVO isolada) e 45 (21,6%) com CPT baixa (DVC). A CVF% e a razão VEF1/CVF deferiram signifiicativamente entre os grupos. Por curva ROC, o melhor ponto de corte para a diferença CVF%-VEF1% foi 25 e para a razão VEF1/CVF 0,50. A razão VEF1/CVF<0,50 teve maior valor discriminatório quando comparada à diferença CVF%-VEF1, classificando como puramente obstrutivos 53 (25,5 % do total de casos), enquanto a diferença CVF% - VEF1% classificou como puramente obstrutivos 40 (19,2% do total de casos). Nos obesos (68 pacientes), a diferença CVF% - VEF1% foi menor (14,3 ± 6,8) quando comparada à observada em não obesos (19,5 ± 9,5, t=3,99, p<0,01). A razão VEF1/CVF foi maior nos obesos (0,60 ± 0,09) em comparação aos não obesos (0,54 ± 0,12, t=3,65, p<0,01). Setenta e oito pacientes (38%) tinham diferença CVF% - VEF1% £12. Dos 45 com CPT reduzida, 30 (67%) tinham diferença CVF% - VEF1% £12 comparado a 48/163 (29%) daqueles sem CPT reduzida (x2=20,84, p<0,01). Por regressão logística, a probabilidade de DVC foi significativamente maior nos pacientes com com diferença CVF% - VEF1% £12 (HR 2,8, p<0,001). Entretanto, apenas 13/35 (37,1%) casos com combinação de obesidade e diferença CVF%- VEF1 £12 tinham DVC. **Conclusões:** O presente estudo confirma que diferença CVF% - VEF1% ≥25 na presença de razão VEF1/CVF reduzida praticamente exclui a possibilidade de CPT reduzida, e assim, de distúrbio ventilatório combinado. Com este objetivo pode-se lançar mão da razão VEF1/CVF <0,50, que tem maior valor preditivo. A diferença £12 entre a CVF% e o VEF1% é mais observada em DVC, porém isoladamente não tem valor preditivo suficiente para caracterizar DVC.
Palavras-chave: ESPIROMETRIA.OBSTRUÇÃO.APRISIONAMENTO AÉREO

069 | DIFERENÇAS ENCONTRADAS NA MANOBRA DE CAPACIDADE VITAL LENTA OBTIDA POR VENTILOMETRIA E POR ESPIROMETRIA

NATHALIA SALIM; LARISSA PEROSSI NASCIMENTO; DANIELE DO VALE DE ALMEIDA; MAYTÊ ASSUNÇÃO RIBEIRO; JESSICA PEROSSI NASCIMENTO; DANIELE OLIVEIRA SANTOS; ADA CLARICE GASTALDI.
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

Introdução: A avaliação da função pulmonar é de grande importância para a prática clínica por oferecer informações objetivas sobre distúrbios ventilatórios, além de confirmar diagnósticos. A determinação de volumes e capacidades pulmonares são amplamente utilizadas, porém nem todas estas medidas podem ser obtidas por equipamentos portáteis. O ventilômetro permite a avaliação de algumas variáveis como o volume corrente, volume minuto e capacidade vital lenta. Porém, não existem estudos que comprovem a sua acurácia ou que determinem uma metodologia padronizada. Sendo assim, é importante comparar o uso do ventilômetro com outro equipamento já estabelecido na literatura, para confirmar sua confiabilidade na avaliação respiratória, permitindo maior praticidade na intervenção clínica, dado que o ventilômetro é um equipamento portátil e de fácil manuseio. **Objetivos:** Comparar as medidas de capacidade vital lenta (CVL) realizadas pelo ventilômetro e pela espirometria. **Métodos:** Foram recrutados voluntários saudáveis e eutróficos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 30 anos. Todos realizaram o exame de espirometria forçada para excluir distúrbios ventilatórios e, em seguida, foram instruídos a realizar a manobra de CVL no espirômetro Koko e no ventilômetro Ferraris Wright, realizada por uma inspiração lenta máxima até a capacidade pulmonar total seguida de uma expiração lenta máxima até o volume residual. **Resultados:** Vinte e seis voluntários participaram do estudo, com média de idade igual a 20,81±1,29 anos e IMC igual 22,62±1,56 kg/m^2, e com parâmetros espirométricos dentro da normalidade (%CVF: 98,69±11,59; %VEF1: 97,38±10,87). A análise da manobra de CVL identificou valores significativamente (p<0,0001) maiores no espirômetro (3,97±0,87 litros) quando comparada com a manobra realizada no ventilômetro (3,54±0,94 litros). **Conclusão:** Apesar de o ventilômetro ser equipamento amplamente utilizado na prática clínica, é necessário interpretação cuidadosa dos resultados pois os valores de CVL podem ser subestimados quando avaliados por este equipamento.
Palavras-chave: Ventilometria.Espirometria.Função Pulmonar

070 | COMPARAÇÃO ENTRE DOIS MÉTODOS UTILIZADOS PARA DETERMINAR A CARGA MÁXIMA UTILIZADA NA AVALIAÇÃO DA ENDURANCE MUSCULAR RESPIRATÓRIA

DANIELE DO VALE DE ALMEIDA; LARISSA PEROSSI NASCIMENTO; NATHALIA SALIM; MAYTÊ ASSUNÇÃO RIBEIRO; JESSICA PEROSSI NASCIMENTO; DANIELE OLIVEIRA SANTOS; ADA CLARICE GASTALDI.
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

Introdução: A determinação de variáveis musculares como resistência, força e contração tem crescido e, consequentemente,

a procura por métodos confiáveis para avaliação. A carga utilizada para avaliação de resistência (*endurance*) é definida em percentual da PImáx, que pode ser avaliada por uma metodologia bem estabelecida na literatura (pressões estáticas máximas), ou, como descrito por alguns autores (Basso Vanelli et al., Neves et al., Woszezenki et al.), que utilizaram o teste incremental para a estabelecer a carga, sendo necessário conhecer se este método fornece valores de carga confiáveis e adequados ao teste de *endurance*, aplicáveis à prática clínica e reprodutíveis. **Objetivo:** Comparar os valores da PImáx e do Teste de Carga Incremental para determinar a carga de resistência inspiratória na avaliação da *endurance* dos músculos respiratórios pelo Teste de Carga Constante em voluntários saudáveis. **Métodos:** Foram incluídos voluntários saudáveis, com IMC entre 18,6 e 24,6 kg/m², de ambos os sexos e com idade entre 18 e 30 anos. Foram realizadas avaliações de espirometria, e pressão inspiratória pelos métodos de PImax e teste incremental. A carga inicial no teste incremental foi de 10 cmH2O, com incremento de 10 cmH20 a cada dois minutos, com repouso de um minuto entre cada manobra. **Resultados:** Vinte e três voluntários participaram do estudo, com média de idade igual a 20,81±1,29 anos, com valores espirométricos dentro da normalidade (%CVF: 98,69±11,59 e %VEF1: 97,38±10,87). Foi observada diferença ($p<0,05$) entre os valores de PImáx e do Teste de Carga Incremental (118,1±25,1 cmH2O e 76,05±25,36 cmH2O, respectivamente). **Conclusão:** Apesar da utilização na literatura destes dois métodos para definição da carga a ser utilizada para avaliação de *endurance* de músculos respiratórios, os valores máximos obtidos pelo Teste de Carga Incremental são menores do que os obtidos pela PImáx, sugerindo que a utilização do Teste de Carga Incremental pode comprometer a avaliação da *endurance* dos músculos inspiratórios.

Palavras-chave: Endurance dos Músculos Respiratórios.Pressão Inspiratória Máxima.Avaliação Respiratória

071 | BRONCOESPASMO INDUZIDO POR EXERCÍCIO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM UNIVERSITÁRIOS DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

ERICA FERRAZ[1]; THAÍS DE OLIVEIRA SCHEFER[1]; MAICOM CARLOS PEDRO VERDENACE[1]; CHRISTIAN SILVA SIMONETI[2]; PAULA MAYARA MATOS FIALHO[3]; MARIANA FERREIRA OLIVEIRA ALVETI[4]; CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORREA[4].

1. CENTRO REGIONAL UNIVERSITÁRIO DE ESPÍRITO SANTO DO PINHAL – UNIPINHAL, CURSO DE FISIOTERAPIA, ESPÍRITO SANTO DO PINHAL - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU - UNINASSAU, CARUARU - PE - BRASIL; 3. INSTITUTE OF MEDICAL SOCIETY, CENTRE FOR HEALTH AND SOCIETY, MEDICAL FACULTY, DUESSELDORF - ALEMANHA; 4. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: Broncoespasmo Induzido por Exercício (BIE) é o estreitamento transitório das vias aéreas durante ou após exercício vigoroso, e embora ocorra predominantemente em indivíduos com asma ou atopia, tem sido frequentemente observado também em indivíduos assintomáticos. **Objetivos:** Avaliar a frequência e fatores associados ao BIE em jovens universitários de duas instituições do interior do Estado de São Paulo. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo tipo transversal. A amostra constituiu-se de 201 universitários de ambos os sexos e de diferentes cursos de graduação da área da saúde existentes na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal (UNIPINHAL). Todos os voluntários responderam um questionário sobre hábitos de vida e sintomas respiratórios, realizaram teste padronizado de broncoprovocação com exercício em esteira rolante, além de espirometria e teste cutâneo de leitura imediata pelo método de puntura com cinco alérgenos comuns. Foi utilizado como critério de positividade para o BIE quando houve queda do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) acima de 10% em relação ao valor prévio ao exercício. Foram considerados atópicos aqueles que apresentaram reação maior ou igual a três milímetros para um ou mais alérgenos. **Resultados:** A média de idade dos 201 universitários avaliados foi de 23 ± 4 anos, sendo 58% do sexo feminino e 7% tabagistas atuais. Oitenta e três (41%) foram considerados fisicamente ativos, 6% apresentaram asma confirmada (sintomas e hiperreatividade brônquica) e presença de atopia foi encontrada em 62% dos voluntários. BIE foi confirmado em 10% (n = 21) da amostra, sendo 76% do sexo feminino. Entre os universitários com BIE positivo, a proporção de sintomas de asma (19%), sintomas respiratórios noturnos (52%) e contato com animais domésticos (100%) nos últimos 12 meses foi significativamente maior do que naqueles com BIE negativo. **Conclusão:** A prevalência de BIE encontrada em universitários de duas instituições do interior de São Paulo foi de 10% e está associada com sintomas respiratórios noturnos e presença de animais domésticos no domicílio.

Palavras-chave: Broncoespasmo induzido por exercício.Espirometria.Atopia

072 | LEVANTAMENTO DE ERROS TÉCNICOS CRÍTICOS EM ESPIROMETRIAS

FREDERICO LEON ARRABAL FERNANDES[1]; MARCELO VIEIRA DAMIÃO[2]; LEOVANIO LUIS SILVA[2].

1. ITMS, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. ITMS, UBERLANDIA - MG - BRASIL.

Introdução: Para que o pneumologista possa realizar o laudo adequado da espirometria é necessário que sejam cumpridos os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade das curvas obtidas(1). Para isso a equipe técnica deve estar treinada em reconhecer os erros críticos e instruir o paciente adequadamente. Em um país de dimensões continentais como o Brasil muitas vezes não é possível para o Pneumologista estar presente no momento em que realizam as espirometrias. Diversos laboratórios são supervisionados por médicos do trabalho ou de outras especialidades com os laudos realizados a distância ou em outro momento pelo Pneumologista. Nesse contexto é fundamental que se controlem e identifiquem os principais erros técnicos para que possa se corrigir com treinamento e orientação dos executores. **Objetivo:** Levantar a proporção de exames com erros críticos que impossibilitam o laudo de espirometrias a distância e quais os principais erros encontrados. **Metodologia:** Analise de banco de dados de espirometrias realizadas em 57 laboratórios em 2018 calculando a porcentagem de exames recusados por erros técnicos e a frequência de cada erro reportado. Todos os técnicos dos laboratórios receberam treinamento por uma equipe formada por Pneumologista e por técnicos com certificação pela SBPT previamente ao início da coleta de dados. Os erros foram classificados em: 1. Erros de cadastro, 2. Ausência de pico explosivo, 3. Término precoce do exame, 4. Falta de reprodutibilidade, 5. Artefatos de tosse ou hesitação e curvas inaceitáveis por outros motivos, 6. Volume retroextrapolado > 5%. **Resultados:** Em 57 laboratórios localizados em 18 estados Brasileiros foram realizados 18.854 exames no ano de 2018. Todos os exames foram laudados por Pneumologis Desses 1.407 (7,5%) foram recusados por problemas técnicos. Os fatores que levaram à recusa foram: Término precoce do exame 473 exames (33,6%), erros de cadastro 232 exames (16,4%), artefatos e curvas inaceitáveis por outros motivo 198 exames (14,1%), falta de reprodutibilidade 172 exames (12,2%), ausência de pico explosivo 155 exames (11,0%) e volume retroextrapolado > 5% com 7 exames (0,5%). Em 170 exames o erro não foi relatado. **Conclusões:** O número de recusas por problemas técnicos foi menor do que o encontrado na literatura (15 a 40%) (2). Um programa de capacitação por Pneumologista e por técnicos certificados é suficiente para garantir qualidade técnica adequada. Metade dos erros são por término precoce e erros de cadastro. Atenção especial aos critérios de término do exame e ao processo de dupla

checagem das informações de cadastro devem ser reforçados no treinamento dos técnicos
Referências: 1.European Respiratory JournalAug 2005,26(2)319-338; Standardisation of spirometry M.R. Miller, J. Hankinson, V. Brusasco, et al. 2. Ann Am Thorac Soc. 2016 Dec;13(12):2119-2124. Accuracy and Quality of Spirometry in Primary Care Offices. Hegewald MJ, Gallo HM, Wilson EL
Palavras-chave: espirometria.função pulmonar.controle de qualidade

073 | AS CAUSAS INFLUENCIAM NOS ASPECTOS CLÍNICOS, FUNCIONAIS E DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROCÍSTICA?

ÁDRIA CRISTINA DA SILVA; JESSICA DE CAMPOS MEDEIROS; MÔNICA CORSO PEREIRA.
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA – DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: Bronquiectasias podem estar associadas a diversas casuas e condições mórbidas, e o impacto dessas diferentes etiologia nos aspectos clínicos, funcionais e de qualidade de vidas ainda são pouco conhecidos. **Objetivos**: Identificar as causas de bronquiectasias não fibrocística e investigar se existem diferenças quanto aos aspectos clínicos, funcionais e de qualidade de vida entre os grupos. **Métodos**: Estudo descritivo e transversal realizado no serivço de Pneumologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Foram incluídos pacientes com diagnóstico tomográfico de bronquiectasia, foram revisados os prontuários médicos e entrevistados os pacientes para identificar antecedentes pessoais (infância, condições de nascimente, tabagismo, infecções) e familiares. Os indivíduos foram submetidos à espirometria e responderam ao questionário de Qualidade de Vida Saint George (SGRQ).
Resultados: Foram incluídos 109 pacientes, com idade média de 53 anos, 59,6% mulhres. Valores médios: CVF: 64%; VEF1: 53%; IMC: 25,5 kg/m2, SGRQ pontuação: 45,1%. Doenças cardiovasculares, dislipidemia e diabetes estiveram presentes em 39%, 5% e 17%, respectivamente. Em 26% dos casos a causa foi indeterminada, e as causas identificadas foram: pós-infecciosas (23%), discinesia ciliar (DC) (16%), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (15%) e imunodeficiência (7%). Antecedente de pneumonia antes dos 10 anos de idade foi mais frequente nos grupos DC e idiopático (p = 0,02). Houve diferença na idade entre os grupos, sendo sujetios com DPOC mais velhos (65 anos), e com DC mais jovens (43 anos) (p=0,005). Os indivíduos com DPOC apresentaram pior função pulmonar (p=0,014) e mais dislipidemia (p=0,056). Diferindo de outros grupos (p<0,001), a tuberculose foi encontrada em 48% dos casos pós-infecciosos. Não houve diferença entre os grupos em relação ao SGRQ, outras comorbidades, MRC e carga de tabágica. **Conclusão**: Causas foram identificadas em 74% dos casos; os pacientes com DPOC são mais velhos e apresentam pior função pulmonar. A tuberculose foi muito freqüente na bronquiectasia não fibrocística pós-infecciosa, e comorbidades cardiovasculares foram freqüentes em todos os grupos.
Palavras-chave: Bronquiectasia.Comorbidades.Qualidade de vida

074 | VALORES DE REFERÊNCIA PARA O TESTE DE EXERCÍCIO DE UNSUPPORTED UPPER LIMB EXERCISE TEST (UULEX) EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS: RESULTADOS PRELIMINARES

KAYAN GABRIEL DE OLIVEIRA[1]; CRISTIANE SANTOS OLIVEIRA[1]; CIBELE CRISTINE BERTO MARQUES DA SILVA[2]; ANDERSON ALVES DE CAMARGO[1]; GABRIEL CASTRO BRITO[1]; ADRIANO LUPPO[3]; CELSO RICARDO FERNANDES CARVALHO[2]; SIMONE DAL CORSO[1].
1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SE - BRASIL.

O treinamento de membros superiores é considerado um dos componentes mandatórios em programas de reabilitação pulmonar, porém a literatura é escassa em relação aos testes que avaliam a função dos membros superiores. O teste de exercício de membros superiores sem suporte (UULEX) foi desenvolvido para avaliar a capacidade de resistência do braço em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). No entanto, seus valores de referência ainda não foram estabelecidos, o que limita a interpretação de seus resultados. Estabelecer uma equação de predição de valores de referência para o UULEX. Foram avaliados 22 indivíduos saudáveis (13 mulheres, 68 ± 6 anos), com função pulmonar normal, sedentários e sem qualquer doença pré-existente. Foi realizada a espirometria, medidas da força de preensão palmar, comprimento de MMSS e de tronco e os participantes responderam o questionário de Baecke. O UULEX é um teste incremental durante o qual o participante sentado segura uma barra de plástico (0,2 kg) e é instruído a levantá-la em oito níveis a uma cadência constante de 30 batimentos por minuto. Quando a altura máxima é atingida, os participantes recebem uma barra mais pesada. Depois disso, o peso da barra é aumentado em 0,5 kg, até um peso máximo de 2 kg, após cada minuto; o teste continua até a exaustão. O resultado do UULEX é expresso em segundos. A normalidade dos dados foi testada pelo Shapiro-Wilk. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para verificar a correlação entre as variáveis independentes (idade, altura, IMC, sexo, força de preensão palmar, comprimento de membros superiores e tronco) e o tempo do teste, a fim de selecionar as variáveis independentes para a análise de regressão múltipla (stepwise) e desenvolver a equação preditiva. O nível de significância considerado foi de p<0,05. A média do tempo do UULEX foi de 646 ± 130 segundos e 787 ± 158 segundos para as mulheres e os homens, respectivamente (p=0,05). O UULEX correlacionou-se significantemente com a força de preensão palmar (r = 0,65), mas não com as demais variáveis independentes. A análise de regressão múltipla stepwise mostrou a força de preensão palmar como única variável preditora independente do UULEX, explicando 27% da variabilidade (p= 0,01). A equação de referência derivada foi: UULEX previsto, segundos: 504,376 + (9,28 x força de preensão palmar). Com base nos dados preliminares (27% do total da amostra), a força de preensão palmar é a única variável independente que prediz o tempo do UULEX em adultos saudáveis.
Palavras-chave: Endurance.Valores de Referência.Análise de Regressão

075 | PROPRIEDADES DE MEDIDA DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO BRASIL DO BRONCHIECTASIS HEALTH QUESTIONNAIRE (BHQ) PARA USO EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIA.

BRUNA FREIRE DE FRANÇA[1]; ADRIANO LUPPO[1]; CRISTIANE SANTOS OLIVEIRA[1]; ANDERSON ALVES DE CAMARGO[1]; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO[2]; SAMIA ZAHI RACHED[2]; RAFAEL STELMACH[2]; SIMONE DAL CORSO[3].
1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIVESIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: O Bronchiectasis *Health Questionnaire* (BHQ)é um questionário específico que avalia a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) de pacientes com bronquiectasia. O objetivo deste estudo é traduzir e adaptar transculturalmente o BHQ para o Português do Brasil e testar suas propriedades de medida na população brasileira com

bronquiectasia. **Métodos:** Foi realizado um estudo de análise de propriedades de medida. A versão original do BHQ foi traduzida para o Português do Brasil, com as devidas adaptações transculturais. Na primeira visita, foi aplicado o primeiro BHQ (BHQ-1) e o questionário *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ). Após 14 dias, foi aplicado o segundo BHQ (BHQ-2), e os pacientes foram submetidos à realização da espirometria, *Shuttle walking test* incremental (SWTI) e responderam à escala de dispneia *Medical Research Council* modificada (MRCm). A gravidade da BQT foi avaliada pelo E-FACED. A normalidade dos dados foi testada pelo Shapiro-Wilk, a consistência interna pelo alpha de cronbach, concordância pelo erro padrão da medida (EPM) e diferença mínima detectada 90% (DMD90%), confiabilidade pelo coeficiente de correlação intraclasse e a validade de construto pela correlação de Sperman, considerando P < 0,05 como significante. **Resultados:** Foram avaliados 101 pacientes(49,0±14 anos), MRCm: mediana 2 (intervalo interquartil: 1 - 2), E-FACED: mediana 3 (intervalo interquartil: 3 - 4) e VEF_1 50,8 ± 18,0 (%prev.)]. A consistência interna do BHQ no Português do Brasil foi adequada (alpha de cronbach 0.93). O erro padrão de medida foi muito bom (EPM =1.68 pontos e DMD90% = 3,59 pontos), apresentando confiabilidade substancial ($CCI_{2,1}$: 0,86 [95% CI: 0,79 – 0,90], p <0.0001). A validade do constructo do BHQ foi forte com os domínios sintomas (r= -0.72 e p <0.001), atividade (r= -0,60 e p<0,001), impactos (r= -0,60 e p<0,001) e escore total (r=-0,75 e p<0,001) do SGRQ. Não encontramos evidência de efeitos de piso ou teto. **Conclusão:**O BHQ apresenta consistência interna adequada, concordância muito boa, sendo um instrumento confiável e válido para avaliar o impacto da bronquiectasia na QVRS de pacientes brasileiros.
Palavras-chave: Bronquiectasia, qualidade de vida, questionários, dispneia, atividade física.

076 | IMPACTO DA EXACERBAÇÃO PULMONAR NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM BRONQUIECTASIA, AVALIADA PELO BRONCHIECTASIS HEALTH QUESTIONNAIRE

ADRIANO LUPPO[1]; ANDERSON ALVES DE CAMARGO[1]; CRISTIANE SANTOS OLIVEIRA[1]; KAYAN GABRIEL DE OLIVEIRA[1]; BRUNA FREIRE DE FRANÇA[1]; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO[2]; SAMIA ZAHI RACHED[2]; RAFAEL STELMACH[2]; SIMONE DAL CORSO[1].
1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução:A bronquiectasia é caracterizada pela dilatação anormal, permanente e irreversível dos brônquios, decorrente de uma resposta inflamatória pulmonar. A exacerbação pulmonar é um evento comum nesses pacientes e afeta negativamente a qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da exacerbação pulmonar na qualidade de vida de pacientes adultos com bronquiectasia, antes e depois da resolução de uma exacerbação pulmonar, através do *Bronchiectasis Health Questionnaire*.**Métodos:** Estudo prospectivo. Os realizaram a espirometria, o incremental shuttle walk test, responderam ao BHQ e à escala de dispneia *Medical Research Council* modificada. A gravidade da bronquiectasia foi avaliada pelo escore E-FACED. Após avaliação, os pacientes foram orientados a entrar em contato com o pesquisador deste estudo em caso de exacerbação pulmonar, com necessidade de antibioticoterapia. Adicionalmente foram acompanhados através de contato telefônico (mensal) para acompanhar a estabilidade clínica. No momento da exacerbação pulmonar, os pacientes responderam novamente ao BHQ e após 14 dias do término do tratamento médico**.** A normalidade dos dados foi testada pelo Shapiro-Wilk**;** a comparação dos escores do BHQ basal, com aqueles no período da exacerbação e após exacerbação foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis. P < 0,05 foi considerado como significante. **Resultados:** Foram avaliados 42 pacientes [13 homens, idade 49,0±12 anos, MRCm: mediana 2 (intervalo interquartil: 1 - 3), E-FACED: mediana 3 (intervalo interquartil: 2 - 4), VEF_1 52,0 ± 17,0 % previsto]. Houve redução significante (p <0,001)do escore do BHQ durante a exacerbação pulmonar (basal: mediana 56 [intervalo interquartil: 52–61] versus exacerbação: mediana 47,8 [intervalo interquartil: 43–53,5] respectivamente), retornando ao valor e basal após o tratamento médico para exacerbação (BHQ pós exacerbação: mediana 57 [intervalo interquartil: 52–63]). **Conclusão:**Houve variações nos escores do BHQ, os quais se reduziram durante a exacerbação e melhoraram após o tratamento medicamentoso. Tais achados sugerem que os escores do BHQ se modificam frente a mudanças do estado clínico que repercutem em melhora ou piora da qualidade de vida.
Palavras Chave: Bronquiectasia, qualidade de vida, questionários, dispneia, exacerbação.

077 | RESPONSIVIDADE DO QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE BRONCHIECTASIS (QOL-B) APÓS PROGRAMA DE TREINAMENTO FÍSICO DOMICILIAR: RESULTADOS PRELIMINARES

GABRIEL CASTRO BRITO[1]; ANDERSON ALVES DE CAMARGO[1]; CRISTIANE SANTOS OLIVEIRA[1]; ANDERSON JOSÃ‰[1]; ADRIANO LUPPO[1]; SAMIA ZAHI RACHED[2]; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO[2]; RAFAEL STELMACH[2]; SIMONE DAL CORSO[1].
1. UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, BRASIL, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Questionários específicos para avaliar a qualidade de vida foram estabelecidos recentemente para uso em pacientes com bronquiectasia. O Quality of Life Questionnaire Bronchiectasis (QoL-B) destaca-se por avaliar os domínios: físico, função, vitalidade, emoção, social, carga de tratamento, percepção de saúde e sintomas respiratórios. No entanto, sua responsividade após um programa de treinamento físico domiciliar ainda não foi investigada. **Objetivo:** Avaliar a responsividade do QoL-B após um programa de treinamento físico domiciliar. **Método:** Foram estudados 26 pacientes (15 homens, idade 44 ± 17 anos, VEF1 58 ± 24 % prev, MRC mediana: 1 - intervalo interquartil: 1 - 2) com diagnóstico clínico e tomográfico de bronquiectasia (BQT), idade e" 18 anos e clinicamente estáveis. A função pulmonar e a capacidade física foram avaliadas pela espirometria e shuttle walk test incremental (SWTI), respectivamente. Além de responder ao QoL-B, os pacientes também responderam ao *Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ). O programa de treinamento físico domiciliar consistiu em três sessões semanais durante oito semanas de treinamento aeróbio e resistido. Normalidade dos dados foi testada pelo Shapiro Wilk. Os escores do QoL-B pré e pós treinamento físico foram comparados pelo teste de Wilcoxon. Correlação de Spearman foi utilizada para correlacionar os escores do QoL-B com os do SGRQ e distância percorrida no SWTI. **Resultados:** Houve diferença estatisticamente significante entre a pontuação do QoL-B pré e pós treinamento físico para os domínios físico [53,3 (31,4 - 81,7) vs 56,7 (45,0 - 88,4), p= 0,013)] e função [46,7 (38,3 - 53,3) vs 60,0 (46,7 - 60,0), p= 0,003]. Houve associação entre o MRC e SGRQ com os domínios do QoL-B: físico (r = -0,53 e r = -0,70, respectivamente) e função (r = -0,53 e r = -0,48, respectivamente). O domínio físico apresentou moderada associação com o SWTI (r= 0,53; p = 0,005). **Conclusão:** Os domínios físico e função do QoL-B foram os mais responsivos após programa de treinamento físico domiciliar em pacientes com BQT.
Palavras-chave: Bronquiectasia.qualidade de vida.estudos de validação

078 | FATORES DETERMINANTES DA CAPACIDADE AERÓBIA EM INDIVÍDUOS COM ASMA SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO

TIAGO DA COSTA ENDRIGUE[1]; RENATA CLÉIA CLAUDINO BARBOSA[1]; FELIPE AUGUSTO RODRIGUES MENDES[1]; ANDREZZA FRANÇA PINTO[1]; PATRICIA DUARTE FREITAS[1]; ADRIANA CLAUDIA LUNARDI[1]; ALBERTO CUKIER[2]; RAFAEL STELMACH[2]; REGINA MARIA DE CARVALHO PINTO[2]; CELSO RICARDO FERNANDES CARVALHO[1].

1. DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Os sintomas da asma contribuem para redução nas atividades de vida diária decorrente da limitação da capacidade física. Assim, o uso de estratégias não farmacológicas como o treinamento físico (TF) para o tratamento de pessoas com asma. As evidências sugerem que o TF contribuem para a diminuição dos sintomas e melhora dos fatores de saúde relacionados à qualidade de vida (FSRQV) e favorece a respostas imune devido ao aumento da potência aeróbia. Porém, a adaptação dos sistemas cardiopulmonar e metabólico após o treinamento físico e a compreensão dos mecanismos envolvidos na limitação da capacidade física de indivíduos com asma moderada a grave permanece pouco conhecida. **Objetivos:** Avaliar as alterações nas respostas ventilatórias, cardiovasculares e metabólicas após um programa de exercício físico em indivíduos com asma moderada a grave. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado a partir da análise do teste de exercício cardiopulmonar de 101 pacientes consecutivos com asma moderada a grave submetidos ao TF aeróbio durante 3 meses em 24 sessões. Os pacientes foram submetidos a um teste cardiopulmonar de esforço antes e após o treinamento físico e nenhum paciente foi retirado da amostra. Foram avaliadas as limitações cardíaca e ventilatória (respectivamente, >10% da Frequência cardíaca máxima e >20% da Ventilação voluntária máxima). Foram avaliados também o controle clínico (ACQ-6 e ACQ-7) e os FSRQV (AQLQ). A análise estatística foi realizada por meio do teste t de *Student* e *Wilcoxon* e o nível de significância ajustado para $p<0,05$. **Resultados:** Oitenta e seis pacientes eram mulheres (85,1%), idade de 42,9±10,2 anos e índice de massa corpórea de 30,3±6,0 kg/m^2. O ACQ-6 era de 1,6±1,1, o ACQ-7 de 1,90±0,98 e o AQLQ de 4,0±1,3. Antes do treinamento, os pacientes apresentavam baixo condicionamento físico aeróbio (83,8% do VO_2máx predito). Todos os pacientes atingiram os critérios metabólicos para interrupção do exercício (1,16±0,16). Ao final do teste foi observado que um maior número de pacientes interrompeu o exercício por limitação cardíaca do que ventilatória (32,7% vs. 27,9%). Após o treinamento aeróbio, os pacientes mantiveram os critérios metabólicos de interrupção ao exercício, porém apresentaram um ganho de 17% no limiar anaeróbio e de 10,2% na potencia aeróbica (respectivamente, 2,15 e 2,2 mLO_2.kg^{-1}.min^{-1}). Observou-se ainda que após o TF, uma maior proporção de pacientes com asma moderada a grave conseguia realizar o teste máximo até atingir as limitações cardíaca e ventilatória (respectivamente, 40,6% e 50,5% do total dos pacientes). **Conclusões:** O treinamento físico aumenta a potência aeróbia dos pacientes com asma moderada a grave e faz com que eles consigam atingir maiores níveis da sua capacidade cardiovascular e ventilatória.

Palavras-chave: Reabilitação Pulmonar.Fisiologia do Exercício.Doenças Obstrutivas

079 | DA RESPIRAÇÃO ORAL NA CAPACIDADE RESPIRATÓRIA E FÍSICA EM CRIANÇAS DE 6 Á 12 ANOS

JESSICA ALVES SANTOS[1]; AMANDA SERAFINI BENETTI SANTANNA[2]; TATIANE LOPES PATROCINIO DA SILVA[3].

1. CENTRO UNIVERSITARIO PADRE ANCHIETA- UNIANCHIETA, JUNDIAÍ - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ANCHIETA, JUNDIAÍ - SP - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITARIO PADRE ANCHIETA, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

Introdução: A respiração é o mecanismo pelo qual todas as células do organismo recebem o oxigênio e eliminam o gás carbônico. Esse mecanismo é composto pela cavidade nasal, onde a mucosa tem um extenso aporte sanguíneo, que aquece o ar inalado e ao mesmo tempo o umedece, saturando-o de água, protegendo assim a cavidade do nariz e as delicadas porções do pulmão. A respiração oral trata-se de um modo mecanicamente incorreto de respirar e é considerada, por alguns autores, como uma condição patológica e não fisiológica. O seu estabelecimento deve-se a alterações anatômicas (espaço aéreo estreito), obstrução nasal e faríngea, além de hábitos. Como a respiração nasal também tem a função de regular o tônus dos músculos respiratórios e excitar os centros respiratórios, a sua supressão leva a uma redução na amplitude dos movimentos respiratórios.Com isso, este modo respiratório afeta a expansão torácica e a ventilação alveolar pela inibição dos nervos aferentes, com bloqueio das vias aéreas superiores, resultando em queda na PaO2 e baixa tolerância ao exercício. Em consequência da respiração rápida e curta apresentam cansaço constante em qualquer tipo de brincadeira ou atividade física. Existem poucos estudos que comprovem que a respiração oral interfere na mecânica respiratória, afetando também a atividade funcional. **Objetivo**: O presente trabalho tem como objetivo correlacionar a capacidade física e respiratória entre crianças respiradoras orais (GRO) e grupo controle (GC) com idade entre 6 a 12 anos. **Método:** Trata-se de um estudo de pesquisa do tipo observacional analítico, de coorte transversal, sendo representado por 48 crianças divididas em dois grupos (GRO e GC). Para a avaliação da capacidade física foi proposto o teste de caminhada de 6 minutos (TC6'). Para avaliação respiratória as mensurações foram feitas com *Peak Flow* e Manovacuômetro. **Resultados:** Em relação à análise das variáveis do TC6' foram observados maior distância percorrida (DP) e pressão arterial diastólica aos seis minutos (PAD 6') no grupo GRO em relação ao GC. Na avaliação respiratória a PImax, PEmax e PFE apresentaram-se menores no GRO em relação a GC. Observou-se correlações significativas entre as variáveis respiratórias e a capacidade de exercício: Distância percorrida no TC6' e PImax (R o,33) e DP e PEmax (R 0,39). **Conclusão:** A respiração oral influenciou negativamente a capacidade funcional e respiratória das crianças avaliadas. Bem como, a correlação encontrada neste estudo entre as pressões respiratórias e DP evidencia a influência da respiração oral na função respiratória e seu impacto na capacidade física.

Palavras-chave: Respirador Oral.Capacidade Física.Capacidade Respiratória

080 | INFLUÊNCIA DA RESPIRAÇÃO ORAL NA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE 6 Á 12 ANOS

JESSICA ALVES SANTOS[1]; AMANDA SERAFINI BENETTI SANTANNA[2]; TATIANE LOPES PATROCINIO DA SILVA[2].

1. CENTRO UNIVERSITARIO PADRE ANCHIETA- UNIANCHIETA, JUNDIAÍ - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ANCHIETA, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

Introdução: O respirador bucal (RB) é o indivíduo que, altera seu padrão respiratório de nasal para bucal, acarretando mudanças não só na respiração, mas em aspectos miofuncionais que modificam o eixo corporal e sua dinâmica. Temos na etiologia da respiração bucal fatores obstrutivos tais como: hipertrofia das adenoides ou amígdalas, sinusites, rinites, ronco, apneia do sono, salivação noturna excessiva e fatores relacionados aos maus hábitos. A obesidade também pode estar associada ao paciente comer muito rápido para poder respirar ou pelas refeições serem acompanhadas de muito líquido, além da preferência por massas, pela facilidade na deglutição. Já os pacientes magros são aqueles

que geralmente não se interessam pela comida, pois pode ocorrer falta de ar. Pode haver modificações comportamentais, pois são inquietos, impacientes, ansiosos, medrosos, irritados constantemente e impulsivos. Observam-se também olheiras e assimetria dos olhos devido ao sono intranquilo e à baixa saturação de oxigênio. Geralmente estão cansadas, sem disposição para estudar ou ir para a escola e não conseguem prestar atenção e podem estar deprimidos. Apresentam cansaço constante em qualquer tipo de brincadeira ou atividade física. **Objetivo:** Correlacionar a qualidade de vida (QV) com a capacidade física e condição respiratória em crianças respiradoras orais (GRO) e grupo controle (GC) entre 6 e 12 anos de idade. **Método:** O presente estudo é de tipo observacional, analítico de corte transversal, para avaliar a condição respiratória foram utilizadas medidas de PImáx e PEmáx e o PFE, a capacidade física foi avaliada através de Teste de caminhada de 6 minutos (TC6) e a QV pelo PedsQL v.4.0. **Resultados:** Na análise estatística utilizou-se a análise de variância *Mann Whitney* e a correlação de *Sperman*. Participaram 48 crianças sendo os grupos (GRO e GC). As variáveis respiratórias (PImax, PEmax e PFE) apresentaram-se maiores no GC em relação ao GRO. A QV apresentou-se menor no GRO em relação ao GC para os domínios atividade, social e escola, houveram correlações significativas entre as variáveis respiratórias e o score relacionado à atividade física do QQV. Os resultados apontam para uma influência direta da disfunção muscular respiratória não só no desempenho físico, mas também na qualidade de vida em crianças que tem respiração oral. **Conclusão:** A Respiração oral na infância acarretou dificuldade respiratórias e em alterações da capacidade de exercício que se correlacionaram a um declínio da QV nas crianças avaliadas neste estudo.
Palavras-chave: Respiração Oral .Qualidade de Vida.Capacidade Física

081 | DA CAPACIDADE RESPIRATÓRIA E POSTURA DE CRIANÇAS OBESAS DE 6 A 12 ANOS

JESSICA ALVES SANTOS[1]; AMANDA SERAFINI BENETTI SANTANNA[2]; BIANCA PEDROSO DE SOUZA[2]; ISABELLE CRISTINA FERNANDES GEORGETTO[3]; TATIANE LOPES PATROCINIO DA SILVA[3].
1. CENTRO UNIVERSITARIO PADRE ANCHIETA- UNIANCHIETA, JUNDIAÍ - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ANCHIETA, JUNDIAÍ - SP - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITARIO PADRE ANCHIETA, JUNDIAÍ - SP - BRASIL.

Introdução: A obesidade tornou-se um problema crônico de saúde pública que vem aumentando significativamente na população infantil. Estudos apontam que o aumento da adiposidade pode gerar alterações respiratórias importantes, além de diversas alterações posturais compensatórias. **Objetivo:** Comparar e correlacionar a condição respiratória e condição postural de crianças obesas e com sobrepeso de 6 a 12 anos e de um grupo controle eutrófico de semelhante faixa etária. **Método:** Foram avaliadas 38 crianças, sendo 42% eutróficas (GE), 21% com sobrepeso (GS) e 37% obesas (GO), com idades que variam de 6 a 12 anos. Realizou-se avaliação postural, utilizando métodos quantitativos, por meio de fotos digitais analisadas no software SAPO e avaliação respiratória, através da PImáx, PEmáx e PFE. **Resultados:** Observou-se maior anteriorização da cabeça no GS em relação ao GE, já o GO apresentou hipercifose torácica e deslocamento frontal do centro de gravidade quando comparado ao GE. Na avaliação respiratória não houveram diferenças significativas entre os grupos em relação a PImáx, PEmáx e PFE. E pode-se observar uma correlação positiva no grupo obeso entre a PImáx e o PFE, outra correlação significativa observada foi entre o PEmáx e a anteriorização da cabeça. **Conclusão:** Os resultados obtidos indicam que o sobrepeso e a obesidade infantil não influenciaram a capacidade respiratória, entretanto o aumento do peso levou a alterações posturais significativas. A correlação positiva entre PEmax e anteriorização da cabeça evidencia a influência das adaptações posturais na função muscular respiratória.
Palavras-chave: Obesidade Infantil.Sobrepeso.Respiração

082 | AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE RESPIRATÓRIA E POSTURA DE CRIANÇAS RESPIRADORAS ORAIS DE 6 Á 12 ANOS.

AMANDA SERAFINI BENETTI SANTANNA[1]; JESSICA ALVES SANTOS[2]; TATIANE LOPES PATROCINIO DA SILVA[2].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ANCHIETA, JUNDIAI - ES - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ANCHIETA, JUNDIAI - SP - BRASIL.

Introdução: A Respiração Bucal está se tornando cada vez mais notória em crianças, não sendo benéfica para o sistema respiratório (SR), e tornando-se uma condição patológica. Quando ocorre a alteração da respiração nasal para oral gera uma mudança em todo o sistema, principalmente nas funções básicas, e em decorrência dessa mudança o corpo apresenta alterações a essa nova forma de obtenção de oxigênio. A respiração bucal leva a alterações no processo de flexão, não permitindo que se crie o espaço entre as duas primeiras vértebras cervicais e, por consequência, uma posição mais anteriorizada da cabeça. Quando a cabeça se anterioriza, os ombros rodam internamente, deprimindo o tórax, levando à alterações no ritmo e na capacidade respiratória, pois o diafragma passa a trabalhar numa posição mais baixa e de forma assincrônica, o que ocasiona uma respiração mais rápida e curta, criando uma deficiência de oxigenação. **Objetivo:** Comparar e correlacionar a postura e condição respiratória em crianças respiradoras orais (GRO) e grupo controle (GC) na faixa etária de 6 a 12 anos. **Método:** Estudo do tipo observacional analítico, de corte transversal, realizou-se avaliação postural, utilizando métodos quantitativos, por meio de fotos digitais analisadas no software SAPO® e avaliação respiratória, através da PImáx, PEmáx e PFE. **Resultados:** Em relação à análise postural foram observados diferenças no Alinhamento horizontal dos acrômios, Alinhamento horizontal das espinhas ilíacas ântero-superiores e Ângulo entre os dois acrômios e as duas espinhas ilíacas ântero-superiores (EIAS) entre os GRO e GC, o que resultou em maior assimetria sagital e frontal no GRO. Na avaliação das variáreis respiratórias (PImax, PEmax e PFE) todas apresentaram-se significativamente maiores no grupo controle. Foram observadas correlações significativas somente entre as variáveis respiratórias: PImax e PEmax (R 0,88); Pimax e PFE (R 0,43) e PEmax e PFE (R 0,33). **Conclusão:** As correlações observadas são evidências de que a respiração oral gera alterações posturais, que podem ter um impacto na biomecânica respiratória.
Palavras-Chaves: Respirador Oral; Fotogrametria; Força Muscular.

083 INFLUENCIA DA OBESIDADE NA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS DE 6 A 12 ANOS

AMANDA SERAFINI BENETTI SANTANNA; JESSICA ALVES SANTOS; MARIA ALEXANDRA SANTIVANEZ CRUZ; TATIANE LOPES PATROCINIO DA SILVA.
CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ANCHIETA, JUNDIAI - SP - BRASIL.

Introdução: A obesidade infantil tem crescido no mundo, chegando a atingir 15% das crianças no Brasil. Existem várias comorbidades associadas à obesidade infantil, como a dislipidemia, hipertensão, intolerância à glicose, resistência a insulina, diminuição na capacidade física, alterações ortopédicas e cardiovasculares, podendo alterar a qualidade de

vida da criança. **Objetivo:** Correlacionar a qualidade de vida (QV) com a capacidade física, condição respiratória e condição postural em crianças obesas (GO), com sobrepeso (GS) e eutróficas (GE) entre 6 e 12 anos de idade, bem como comparar as diversas avaliações entre os grupos. **Método:** O presente estudo é de tipo observacional, analítico de corte transversal, realizaram-se avaliações de fotogrametria para identificação de alterações posturais, para avaliar a condição respiratória foram utilizadas medidas de PImáx e PEmáx e o PFE, a capacidade física foi avaliada através de Teste de caminhada de 6 minutos (TC6) e a QV pelo PedsQL v.4.0. **Resultados:** Na análise estatística utilizou-se a análise de variância Kruskal Wallis e a correlação de Sperman. Participaram 38 crianças separadas nos 3 grupos (GE, GS e GO) em função do IMC-z. A análise postural mostrou que existe uma anteriorização do tronco e da cabeça com projeção anterior do centro de gravidade em GS e GO em relação a GE. As variáveis respiratórias não apresentaram diferenças significativas entre os grupos; já com respeito ao esforço físico encontramos que o GO apresentou menor distancia percorrida (DP) e com maior impacto cardiovascular no final do TC6 em relação ao GE. A QV apresentou-se menor no GO em relação ao GE tanto para a pontuação total quanto para os domínios atividade, social e escola, além disso uma correlação positiva foi observada entre QV e alterações posturais. **Conclusão:** O aumento ponderal na infância acarretou em alterações posturais e da capacidade de exercício que se correlacionaram a um declínio da QV nas crianças avaliadas neste estudo.
Palavras chave: Obesidade infantil, qualidade de vida, avaliação postural, capacidade física, capacidade respiratória.

084 | INFLUÊNCIA DA OBESIDADE INFANTIL NA CAPACIDADE RESPIRATÓRIA E FÍSICA

AMANDA SERAFINI BENETTI SANTANNA; JESSICA ALVES SANTOS; BEATRIZ DE LIMA PEREIRA; BRUNA CAROLINA JACOBINI MACHADO; TATIANE LOPES PATROCINIO DA SILVA.
CENTRO UNIVERSITÁRIO PADRE ANCHIETA, JUNDIAI - SP - BRASIL.

Introdução: Atualmente a Obesidade Infantil vem sendo um tema muito abordado devido ao crescimento abrupto do número de crianças diagnosticadas com obesidade ou sobrepeso, por conta das comorbidades associadas podem haver grandes discrepâncias encontradas na capacidade respiratória e física dessas crianças. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo verificar essas alterações e correlacioná-las. **Métodos:** Trata-se de um estudo de pesquisa do tipo observacional analítico, de coorte transversal, sendo representado por 38 crianças onde foram coletadas medidas antropométricas para que a classificação fosse feita com base nas curvas de IMC e então foram separados em três: grupos eutrófico (GE), com sobrepeso (GS) e obeso (GO). Para a avaliação da capacidade física foi proposto o teste de caminhada de 6 minutos (TC6'). Para avaliação respiratória as mensurações foram feitas com *Peak Flow* e Manovacuômetro. **Resultados**: Na comparação entre GE, GS e GO em relação a idade e altura não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Em relação à análise das variáveis do TC6' foram observados maior distância percorrida (DP) e pressão arterial diastólica aos seis minutos (PAD 6') no grupo GE em relação ao GO; já o GS apresentou valores significativamente maiores na variável $Sp0_2$ em repouso. Na avaliação respiratória com relação as variáveis respiratórias, não houveram alterações significativas nos grupos avaliados. **Conclusão**: Existem poucos estudos que comprovem que a obesidade e o sobrepeso interfiram no funcionamento do sistema respiratório, afetando também a atividade funcional. Apesar de não ter identificado alterações respiratórias foi possível notar que a capacidade física se mostrou reduzida nos obesos, por isso é necessário a realização de mais estudos para então adotar estratégias de prevenção e conscientização.
Palavras-Chave: Obesidade Infantil; Sobrepeso; Capacidade Física, Capacidade Respiratória; Teste de Caminhada de 6 minutos.

085 | EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL PARA AUMENTAR O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NA QUALIDADE DO SONO E NOS SINTOMAS DA ASMA

NATÁLIA FEBRINI PIASSI PASSOS[1]; REGINA MARIA DE CARVALHO PINTO[2]; ALBERTO CUKIER[2]; RAFAEL STELMACH[2]; CELSO RICARDO FERNANDES CARVALHO[1]; PATRICIA DUARTE FREITAS[1].
1. DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL, FMUSP, SÃO PAULO, BRASIL, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), HC-FMUSP, SÃO PAULO, BRASIL, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Indivíduos com asma são mais fisicamente inativos e susceptíveis a desenvolverem distúrbios respiratórios do sono e transtornos psicossociais, o que pode contribuir para a piora dos sintomas da asma. Sabe-se que a atividade física (AF) possui um papel importante na qualidade do sono; porém se desconhece até o momento, o papel das mudanças na AF na melhora do sono em adultos com asma. **Objetivos:** avaliar o efeito de uma intervenção comportamental que visa aumentar a participação na AF, na qualidade do sono, sintomas da asma e psicossociais de pacientes com asma moderada à grave. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico controlado e aleatorizado que incluiu adultos com asma moderada à grave alocados nos Grupo Controle (GC) e Intervenção (GI). Ambos os grupos receberam tratamento clínico-medicamentoso otimizado e programas educacionais similares. Os participantes do GI também foram submetidos a uma intervenção de mudança de comportamento de 8 semanas, através de aconselhamentos e incentivos ao aumento da prática da AF. Antes e após as intervenções, foram avaliados o nível de AF (acelerômetro *Actigraph, GT9X)*, qualidade de vida (*Asthma Quality of Life Questionnaire)*, níveis de ansiedade e depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale)*, sintomas da asma (diário de sintomas) e qualidade de sono (Questionário de Berlim, índice de Pittsburgh e acelerômetro *Actigraph GT9X).* Comparações entre os dados finais e iniciais foram realizadas por ANOVA de dois fatores com medidas repetidas e teste pós hoc de Holm-Sidack e os dados categóricos utilizando o teste Qui-quadrado. **Resultados:** Antes da intervenção, os grupos foram similares em relação às variáveis analisadas. Após a intervenção, o GI apresentou uma melhora no nível de AF (3.561±2.556 vs. 293±1.522 passos/dia, p<0,001), comparado ao GC, respectivamente. Esses resultados no GI foram acompanhados por uma melhora tanto da eficiência (8,2±5,4 vs. -3,2±4,72%; p<0,001) quanto da latência do sono (-45,3±29,3 vs. -1,52±27,28 min; p=0,004). Além disto, os pacientes do GI apresentaram um aumento do índice de Pittsburgh após intervenção com melhora da qualidade do sono (50±53% vs. 20±45%; p<0,001) e redução na proporção de pacientes com alto risco de desenvolver distúrbios respiratórios do sono (46,2 % vs. 0%; p<0,001), comparado ao GC, respectivamente. Por último, foi verificada que os pacientes do GI apresentaram redução dos sintomas de ansiedade (41 vs. 0%, p<0,001), aumento dos dias livres de sintomas de asma (4,0±2,4 vs. 1,0±1,0 dias; p<0,001) e melhora da qualidade de vida (0,8±1,0 vs. 0,1±0,9 escore AQLQ), quando comparados ao GC, respectivamente. **Conclusão:** Os nossos resultados sugerem que a intervenção comportamental foi eficaz em aumentar o nível de atividade física e que levou à melhora na qualidade do sono, nos sintomas da asma e nos níveis de ansiedade de indivíduos adultos com asma moderada à grave.
Palavras-chave: Asma.Qualidade de sono.Atividade Física

086 | EFEITOS DA INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL PARA AUMENTAR O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NO CONTROLE CLÍNICO DE PACIENTES COM ASMA MODERADA À GRAVE

PATRICIA DUARTE FREITAS[1]; NATÁLIA FEBRINI PIASSI PASSOS[1]; REGINA MARIA DE CARVALHO PINTO[2]; ALBERTO CUKIER[2]; MILTON DE ARRUDA MARTINS[3]; VINICIUS CAVALHERI[4]; KYLIE HILL[4]; RAFAEL STELMACH[2]; CELSO RICARDO FERNANDES CARVALHO[1].

1. DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL, FM-USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INCOR, HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FM-USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. DEPARTAMENTO DE MEDICINA, LABORATÓRIO DE TERAPÊUTICA EXPERIMENTAL, HOSPITAL DAS CLÍNICAS, FM-USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. FACULTY OF HEALTH SCIENCES, CURTIN UNIVERSITY & SIR CHARLES GAIRDNER HOSPITAL, PERTH - AUSTRALIA.

Baixos níveis de atividade física (AF) têm sido associados com o aumento do risco de exacerbações e de utilização dos serviços de saúde em adultos com asma. Os benefícios do treinamento aeróbio para a melhora de desfechos da asma já são conhecidos, porém os benefícios do aumento da AF em pacientes com asma permanecem pouco compreendidos. **Objetivo:** investigar os efeitos de uma intervenção objetivando a mudança de comportamento para aumentar os níveis de AF no controle clínico de pacientes com asma. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico aleatorizado, com dois braços e avaliações cegas, no qual 51 adultos com asma moderada à grave, fisicamente inativos e clinicamente estáveis foram alocados (via computador) no Grupo Controle (GC, n=26) ou no Grupo Intervenção (GI, n=25). Ambos os grupos receberam tratamento clínico-medicamentoso otimizado e programas educacionais similares. Os participantes do GI também foram submetidos a uma intervenção de mudança de comportamento de 8 semanas com o objetivo de aumentar o nível de AF. As intervenções foram realizadas de forma presencial, 1 vez por semana (60 min/sessão), e os pacientes recebiam meta individual e feedback da semana anterior. Foram avaliados o controle clínico da asma (*ACQ*), nível de AF (acelerômetro GT9X), fatores de saúde relacionados à qualidade de vida na asma (*AQLQ*), exacerbação da asma (frequência de hospitalizações, visitas ao pronto socorro e uso temporário de corticóide sistêmico), dados antropométricos e sintomas de ansiedade e depressão (*HADs*) antes e após as intervenções. Os dados sobre comorbidades, função pulmonar e uso de medicamentos para asma foram extraídas do registro médico do paciente. Comparações entre os dados finais e iniciais foram realizadas por ANOVA de dois fatores com medidas repetidas e teste pós hoc de Holm-Sidack e os dados categóricos utilizando o teste Qui-quadrado. **Resultados:** Os grupos foram semelhantes no início do estudo quanto às variáveis analisadas. Após as intervenções, o GI apresentou um aumento no número de passos (3.978 ± 4.565 vs. 529 ± 1.490 passos/dia, p<0,001), no tempo em AF de intensidade moderada a vigorosa (262 ± 465 vs. 19 ± 61 min/semana, p=0,004) e uma redução do tempo em sedentarismo (-45 ± 120 vs. 26 ± 106 min/dia, p=0,03), comparado ao GC, respectivamente. Esses resultados foram acompanhados no GI por uma melhora no controle clínico da asma (-1,1 ± 0,7 vs. -0,3 ± 0.8 escore ACQ; p=0,001), redução do índice de massa corporal (-0,5 vs. 0.1 Kg/m^2, p=0,02) e na proporção de indivíduos com melhora dos sintomas de ansiedade (41% vs. 0%, p<0,001) e da frequência de exacerbações ao longo do estudo (44 vs. 4%, p=0.03), comparado ao GC, respectivamente. Não foi verificada melhora significante da qualidade de vida entre os grupos. **Conclusão**: os nossos resultados sugerem que a intervenção comportamental foi eficaz no aumento da AF e contribuiu para a melhora do controle clínico com diminuição das exacerbações em adultos com asma.

Palavras-chave: asma.atividade física.intervenção comportamental

087 | NARGUILÉ, CIGARRO DE PALHA E INDUSTRIALIZADO: O ESTUDANTE DE MEDICINA CONHECE AS DIFERENÇAS?

FABÍOLA PAULA GALHARDO RIZZATTI; TATIANE DE ABREU; MALU CUNHA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, SÃO CARLOS - SP - BRASIL.

O tabagismo é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estudantes da área da saúde são futuros profissionais que estarão diretamente envolvidos no cuidado a pacientes tabagistas e precisarão aconselhar fumantes sobre os malefícios do hábito. Objetivo: Avaliar o conhecimento dos estudantes de graduação do curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar - campus de São Carlos) acerca de diferentes formas de consumo de tabaco. Métodos: estudo transversal, com uso de questionário estruturado e auto-aplicável para avaliar o conhecimento dos estudantes do curso Medicina sobre diferentes formas de consumo de tabaco: cigarro industrializado, cigarro de palha e narguilé. Estudantes com e”18 anos e que concordaram com o TCLE puderam ser incluídos no estudo. Resultados: foram avaliados 139 estudantes no total, do primeiro ao sexto anos de graduação do curso de medicina. A média de idade foi de 24,22 (±5,7) anos. 69% dos estudantes já haviam entrado em contato com estratégias para aconselhar pacientes a parar de fumar, mas 77% acreditavam não ter conhecimento suficiente para orientar um tabagista a largar o cigarro. Metade dos estudantes não acreditava que agendar uma data para parar de fumar fosse importante no abandono do vício. Sobre as diferentes formas de consumo de tabaco, a maioria dos estudantes (>90%) informou que fumar cigarro industrializado, narguilé ou cigarro de palha é prejudicial à saúde. 95% ou mais afirmaram que cigarro industrializado e o de palha estão associado à DPOC, neoplasias, aumento do risco cardiovascular. No entanto, as respostas foram menos consistentes para os prejuízos causados pelo narguilé. Apenas 1/3 dos estudantes acreditam que narguilé e cigarro de palha sejam tão prejudiciais à saúde quanto o cigarro industrializado. Cerca de 60% dos estudantes afirmaram que Narguilé e cigarro de palha apresentam menores riscos de desenvolver DPOC, neoplasias ou doenças cardiovasculares em comparação ao cigarro industrializado. Conclusão: os estudantes de medicina da UFSCar apresentam conhecimento limitado sobre formas de consumo de tabaco diferentes da convencional, representada pelo cigarro industrializado. Esses estudantes, em breve, estarão no mercado de trabalho e precisarão orientar seus pacientes sobre os malefícios do hábito, além de terem que esclarecer dúvidas e orientar sobre o abandono do tabagismo; mas a maioria não se acha apta a fazer isso e também não demonstra ter conhecimento suficiente sobre narguilé e cigarro de palha- formas de consumo de tabaco que estão se disseminando entre jovens. Ações imediatas de educação médica são necessárias para melhorar o conhecimento dos estudantes de medicina sobre as diferentes formas de consumo de tabaco.

Palavras-chave: Tabagismo.Estudantes de Medicina.Narguilé

088 | NARGUILÉ: PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS AO USO ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS.

FABÍOLA PAULA GALHARDO RIZZATTI; MALU CUNHA; TATIANE DE ABREU.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, SÃO CARLOS - SP - BRASIL.

O uso do narguilé é uma forma de tabagismo popular entre os adolescentes e adultos jovens e está associado a riscos para saúde semelhantes ao consumo de cigarros industrializados. No entanto, o hábito é encarado pelos usuários como

menos nocivo. Objetivo: determinar a taxa de prevalência do uso do narguilé entre os estudantes de graduação dos cursos presenciais da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) no campus São Carlos, bem como avaliar fatores que possam estar associados a esse consumo. Métodos: estudo transversal, que envolveu a aplicação de um questionário estruturado e auto-aplicável a estudantes de diferentes cursos de graduação presenciais das áreas de ciências humanas, exatas e da saúde da UFSCar. Estudantes com e”18 anos e que concordaram com o TCLE foram incluídos no estudo. Resultados: foram avaliados 329 estudantes. A média de idade foi de 22 anos e 53% foram do sexo feminino. Estudantes da área de ciências exatas representaram 54% dos avaliados, da área de ciências da saúde 28% e de ciências humanas 19%. Cerca de 59% dos estudantes participantes cursavam até o terceiro ano de graduação. Apesar de 92% dos avaliados afirmarem que fumar narguilé é prejudicial à saúde, 61% declararam já ter consumido narguilé pelo menos uma vez e 59% fumaram narguilé no último ano (28% consumiam de 1x/semana a 1x/mês). 79% experimentaram o narguilé, pela primeira vez, entre 15-18 anos de idade. Após entrada na faculdade, 1/3 relatou ter intensificado o consumo do narguilé. Dentre as razões explicitadas para consumir o narguilé, 53% fumam porque gostam do ritual, porque querem “curtir” com os amigos ou porque gostam do sabor. A maioria (70%) relatou fumar acompanhado de amigos e 22% disseram fumar com quem estivesse por perto, mesmo desconhecido. Dentre os avaliados, 33% fumavam cigarros de tabaco. Entre os tabagistas, 59% fumavam somente cigarros de tabaco e 41% fumavam cigarros de tabaco e narguilé. Apesar de 94% dos estudantes informarem que já terem recebido informações sobre os riscos do narguilé, somente 7% relatou ter sido questionado por algum profissional de saúde sobre a utilização do mesmo. Apenas 27% relacionaram uso de narguilé ao enfisema pulmonar e 50% a neoplasias. Conclusão: os estudantes de graduação da UFSCar, em sua maioria, já experimentaram narguilé. A prevalência de uso regular, pelo menos de 1x ao ano é de 59%. A experimentação de narguilé aconteceu, em sua maioria, até os 18 anos de idade. A maioria dos estudantes reconhece que fumar narguilé é prejudicial à saúde, mas não conhece bem as doenças que podem estar associadas ao seu uso. A maioria dos fumantes fuma com amigos e nunca foi questionado sobre o consumo de narguilé por profissional de saúde. O conhecimento sobre o consumo de narguilé precisa ser ampliado entre os estudantes universitários e medidas educacionais devem ser adotadas para conscientização sobre os riscos para a saúde associados a essa forma de tabagismo.
Palavras-chave: Tabagismo.Estudantes Universitários.Narguilé

TABAGISMO

089 | USO DO CIGARRO DE MONTAR ENTRE OS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO (UNAERP)

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

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. No Brasil, no final de 2016, ocorreu o lançamento do kit de montar cigarros, possibilitando que o consumidor customize seu próprio produto, novidade já conhecida na Europa. Embora não haja estudos na literatura sobre os cigarros de montar, essa inovação desperta a curiosidade dos jovens, ocasionando grande procura também pelo seu preço mais acessível. **Objetivos:** Avaliar o perfil do uso do cigarro de montar entre os estudantes de medicina 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 segundo semestre de 2018, todos os alunos de medicina da UNAERP foram convidados a preencher questionário estruturado sobre o conhecimento e o uso do cigarro de montar. **Resultados:** Setecentos e cinco estudantes (36,4% do sexo masculino) com média de idade de 23 ± 3,6 anos responderam ao questionário. Treze por cento deles (71,7% do sexo masculino) relataram já ter usado o cigarro de montar, e a primeira vez foi com 18,2 ± 2,5 anos. Destes, 29,3% fumaram uma única vez, 6,5% fizeram uso diário, 6,5% relataram uso semanal, 3,2% uso mensal e 54,3% esporádico. 47,8% sempre ingeriram bebida alcoólica simultaneamente, 39,1% fumam em casa, 44,5% em bares e 79,3% em festas, além disto, 5,4% fumam com os pais e 100% com amigos. Em relação ao conhecimento dos malefícios causados por esse hábito, 87% dos usuários sabiam que este contém nicotina, 94,5% relataram que vicia e 97,8% que faz mal à saúde. A menor porcentagem (6%) de usuários do cigarro de montar foi entre os estudantes do primeiro e terceiro anos do curso ($p<0,05$) Comparando os usuários com os não usuários do cigarro de montar, houve diferença em relação ao sexo (71,7% e 31,1% homens, respectivamente, $p<0,0001$), uso de cigarro industrializado entre os usuários ($p<0,0001$), que tinham maior porcentagem de pais não fumantes ($p=0,0001$) e no falso estigma de que o cigarro de montar não vicia relatado por 5,4% dos usuários e 1,5% dos não usuários ($p=0,01$). **Conclusão:** A prevalência do uso do cigarro de montar é de 13% entre os futuros médicos, apesar do conhecimento da maioria que contém nicotina, vicia e faz mal à saúde. O fumo de cigarro industrializado está associado ao uso do cigarro de montar e a menor porcentagem de usuários está no primeiro e terceiro anos do curso. Estes achados enfatizam a necessidade de programas preventivos do uso do tabaco nas universidades médicas.
Palavras-chave: Cigarro de montar.Tabaco.Estudantes

090 | AUTORRELATO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS EM UM AMBULATÓRIO DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO

ALDO AGRA DE ALBUQUERQUE NETO; TALITA CEPAS LOBO; LYGIA SAMPAIO; ROSANGELA VICENTE; OLIVER AUGUSTO NASCIMENTO; JOSE ROBERTO DE BRITO JARDIM.
UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Não é incomum o uso de outras substâncias psicoativas em indivíduos tabagistas este é um fator de recaída ao tabagismo. Conhecer o hábito de consumo de substâncias ilícitas dentro de um ambulatório de tratamento de tabagismo pode auxiliar a abordagem destes pacientes. Há poucas informações sobre o uso associado de cigarro e outras drogas ilícitas em programa de cessação de tabagismo no Brasil. **Objetivo:** Avaliar a prevalência do consumo prévio e atual de substâncias ilícitas em um ambulatório de tabagismo. **Métodos:** Foram avaliados os prontuários dos fumantes que procuraram o Núcleo de Prevenção e Cessação de Tabagismo (Prevfumo) da Universidade Federal de São Paulo no período de 01/2018 a 07/2019. Foram coletados dados demográficos (idade, sexo, escolaridade, classe socioeconômica),história tabagística, questionário de Fagerstrom de dependência ao cigarro. O consumo

de substância ilícitas foi descrito como uso regular prévio (abstinente há mais de 6 meses) ou atual, sendo questionado o uso de maconha, crack e cocaína. As prevalência do consumo de substância ilícitas foram descritas em número absoluto e proporção do uso prévio e uso atual. O uso prévio e o uso atual foi comparado com sexo, faixa etária, escolaridade, classificação socioeconomica com o teste do Chi quadrado. **Resultados:** Foram avaliados 1123 fumantes, sendo 69% do sexo feminino com idade média de 52,6 anos, carga tabagística de 40,3 anos maço e mediana do Fargeström de 6. Dos pacientes avaliados, 208 (18,6%) referiram fazer ou já ter feito uso frequente de alguma droga ilícita: 188 (16,7%) histórico de uso de maconha (3,9% de uso atual e 12,8% de uso prévio), 95 (8,5%) para cocaína (0,4% uso atual e 8,1% uso prévio) e 23 (2%) para o crack (0,1% de uso atual e 2% de uso prévio). O sexo masculino tem maior histórico de uso regular (prévio e atual) de todas as drogas avaliadas em relação ao sexo feminino, com 30,7% do uso de maconha, 17,2% de cocaína, 4,9% de crack. (<0,001) Os mais jovens (<30 anos) tem maior prevalência de uso de maconha, cocaína e crack (p<0,001, p<0,001 p=0,004). Quanto maior a escolaridade e mais elevada classe social, maior o antecedente de uso frequente de maconha: 35% dos 40 fumantes com pós-graduação (p<0,001) e .25,5% dos 47 fumantes pertencentes a classe A (p=0,026) referiram o seu uso. Não houve diferença para uso de cocaína e crack em relação à escolaridade e classe social. **Conclusão:** É alta prevalência do uso de drogas ilícitas entre tabagistas que procuraram um ambulatório para cessação de tabagismo. O uso foi maior entre homens e jovens. O uso de maconha foi mais prevalente nas classes sociais mais altas e com maior escolaridade.

Palavras-chave: Tabagismo.Drogas.dependência

091 | AVALIAÇÃO POLISSONOGRÁFICA DO TRATAMENTO DA SÍNDROME DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO COM PRESSÃO FIXA DE CPAP DETERMINADA POR FÓRMULA

DANILO MARTINS DE SÁ[1]; MURILLO DE ARAÚJO MARTINS[1]; JOYCE VALADAO BORGES[1]; ANDRE GUSTAVO NUNES BATISTA[1]; EDGAR CHELI NETO[1]; ANA CAROLINA LOPES RODRIGUES CUNHA[2]; JAMILI LEITE DA SILVA[1]; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS[1]; ISABELA BORACINI SANCHES[1]; MARCELLO GIOVANNI MESSIAS DA SILVA[1]; ALEXANDRE BOUÇAS CALDEIRANI[1]; ELCIO DOS SANTOS OLIVEIRA VIANNA[1]; GERUZA ALVES DA SILVA[1].

1. HCFMRP/USP, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL; 2. HCFMRP/US, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A apnéia obstrutiva do sono (AOS) é caracterizada por episódios repetidos de obstrução da via aérea superior, completa (apnéia) ou parcial (hipopnéia), durante o sono. A oclusão total ou parcial das vias aéreas superiores durante o sono, ocasionando microdespertares, pode levar a sintomas de sonolência diurna excessiva, e redução da qualidade de vida. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente para o tratamento são variadas e incluem o uso de aparelhos intraorais, procedimentos cirúrgicos, terapia fonoaudiológica miofuncional e terapia com aparelho de CPAP, como método não invasivo de aplicação de pressão contínua nas vias aéreas. A pressão inicial de tratamento pode ser obtida por meio de titulação manual, através do uso de equipamentos automáticos, pode ser programada de forma arbitrária em valor fixo e reajustada de acordo com o seguimento clínico, assim como pressão arbitrária com valores progressivos relacionados ao índice de massa corpórea ou por meio de cálculo de pressão inicial obtida de fórmulas matemáticas. **OBJETIVO:** Avaliar em polissonografia noturna em laboratório de sono a presença de eventos obstrutivos respiratórios de apnéia e hipopnéia residuais em terapia com pressão fixa de CPAP determinada por fórmula. **MATERIAL E MÉTODOS**: Os pacientes, encaminhados com diagnóstico de síndrome da apnéia obstrutiva do sono e indicação de tratamento com aparelho de CPAP, foram acompanhados ambulatorialmente e, após o primeiro mês de tratamento, foi realizada polissonografia em laboratório de sono em uso de CPAP e, posteriormente, o seguimento com retorno trimestral para reavaliação clínica. **RESULTADOS PARCIAIS:** O grupo é composto por 80 pacientes, sendo 41 do sexo feminino; média de idade de 58,5 anos, valor médio de peso de 89,5kg ± 19,4, estatura de 164,2 cm ± 10,4, índice de massa corpórea (IMC) de 33,1 kg/m² ± 6,1 e média de circunferência cervical de 41,9 cm ± 3,9. A maioria dos pacientes apresenta SAOS grave (72,5%), com escala de sonolência de Epworth (ESS) de 12,4. Em relação ao tratamento, a média pressórica calculada é 7,7 cmH2O ±1,9. A taxa de adesão de uso do CPAP foi de 77,5% e 73,8% respectivamente em ambos os retornos. O valor médio da ESS nos retornos foi de 7,0 e 6,8 pontos. As avaliações parciais dos exames de polissonografia com CPAP demonstram o IAH residual médio de 6,7. A média de IAH residual em posição supina em estágio REM foi de 7,4 eventos/hora. Na análise de eventos obstrutivos na polissonografia com CPAP, 15 exames apresentaram-se dentro da definição de inadequada, 06, 15 e 37 apresentaram-se dentro da definição de adequada, boa e ótima respectivamente. A somatória de polissonografias consideradas aceitáveis (exames de qualidade boa e ótima) perfaz o número de 52 exames, ou seja, 71,2% do total avaliado.

Palavras-chave: APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO.FORMULA.CPAP

092 | HIPOVENTILAÇÃO DA OBESIDADE E SÍNDROME DE DOWN: RELATO DE CASO

ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; FLÁVIA LIN; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; MARIANA LAFETA LIMA; NAYANA AMÁLIA DE OLIVEIRA SOUZA; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; MAURÍCIO DA CUNHA BAGNATO; SÔNIA MARIA G P TOGEIRO.

UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A síndrome de obesidade-hipoventilação (SOH) tem espectro clínico variável podendo estar associada a insuficiência respiratória crônica, hipertensão pulmonar e *cor pulmonale*. A ventilação não invasiva com pressão positiva, uma das principais opções de tratamento, nem sempre é bem tolerada pelo paciente, levando a um manejo terapêutico ainda mais complexo. **RELATO:** Masculino, 27 anos, síndrome de Down, hipotireoidismo, diabetes mellitus, dislipidemia, adenoidectomia na infância. Há 2 anos episódios de apneia noturna presenciados pela mãe, roncos, despertares noturnos, sonolência diurna excessiva e sono não reparador. Respirador bucal, obstrução nasal crônica e ganho de peso importante. Medicamentos: levotiroxina, liraglutida e sinvastatina. Escala de sonolência de Epworth: 17 pontos. Questionário Stop-Bang: 6 pontos. Questionário NoSAS: 13 pontos. Exame físico: IMC 39 kg/m^2, PAS 130/90 mmHg, FC 80 bpm, FR 16 irpm, SpO_2 92% (ar ambiente), circunferência cervical 52 cm. Rinoscopia anterior: hipertrofia de cornetos e desvio de septo inferior. Oroscopia: macroglossia, palato ogival e Mallampati 3 com dificuldade de se visualizar palato mole e amígdalas palatinas. Ausculta cardíaca e respiratória sem anormalidades. Circunferência abdominal 127 cm.
Avaliação laboratorial: Hb 18 mg/dL, Ht 56%, gasometria: 7.38, PO_2 63 mmHg, PCO_2 50 mmHg, HCO_3^- 29 mmol/L, SO_2 90.5%.
Polissonografia basal: estágios do sono: N1 24%, N2 51%, N3 10%, REM 15%, despertares 98/h, IAH 119/h, SpO_2 basal 83%, média 75% e mínima 56% sendo 99.9% do tempo de sono com SpO2 menor que 90%, 74.2% inferior a 80% e 24.9% inferior a 70%. Capnografia: hipoventilação noturna (CO_2 exalado 33 mmHg na vigília e 59 mmHg durante o sono).

Polissonografia de titulação do CPAP: pressão de 15 cmH_2O, estágios do sono: N1 8%, N2 33%, N3 22%, REM 37%, redução do índice de despertares (23/h), redução do IAH (27/h), melhora da SpO_2 (média de 93% e tempo de sono com SpO2 inferior a 90% de 49%). ECO-TT: PSAP 72 mmHg, VRT 3.9 m/s, átrio e ventrículo direitos aumentados, função ventricular esquerda preservada, FE 66%, sem shunt intracardíaco. Com o diagnóstico de SOH, o paciente foi orientado ao uso do CPAP com pressão de 15 cmH_2O, porém sem adesão terapêutica. Diante da dificuldade, foi iniciado acompanhamento com fisioterapeuta respiratória na tentativa de melhor adaptação à ventilação não invasiva, incluindo o uso do BiPAP, sem sucesso. Terapia miofuncional também foi instituída com fonoaudióloga como coadjuvante. Alternativas foram consideradas, como cirurgia bariátrica e traqueostomia.
DISCUSSÃO. O tratamento da SOH é complexo e deve envolver os três fatores característicos da doença: obesidade, hipoventilação alveolar e distúrbios respiratórios do sono. A associação com transtornos cognitivos, como neste caso, pode inviabilizar o tratamento efetivo. Assim, outras opções terapêuticas adaptadas à condição do paciente devem ser avaliadas para reduzir a morbimortalidade desta doença.
Palavras-chave: Síndrome de obesidade-hipoventilação. Síndrome de Down.Distúrbios respiratórios do sono

DOENÇAS INTERSTICIAIS PULMONARES

093 | CARACTERIZAÇÃO DO FENÓTIPO PROGRESSOR NO ACOMETIMENTO INTERSTICIAL PULMONAR NA ARTRITE REUMATOIDE

LETICIA BARBOSA KAWANO DOURADO[1]; TRACY J. DOYLE[2]; KARINA ROSSI BONFIGLIOLI[3]; MARCIO VALENTE YAMADA; FABIO ARIMURA[1]; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO[1]; MARIA LAURA BERTOZO SABBAG[5]; CAMILA DE ASSIS MOLINA[5]; IVAN O. ROSAS[2]; RONALDO ADIB KAIRALLA[1].
1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. BRIGHAM WOMEN´S HOSPITAL - HARVARD MEDICAL SCHOOL, BOSTON - ESTADOS UNIDOS DA AMERICA; 3. DIVISAO DE REUMATOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. DIVISÃO DE RADIOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 5. CENTRO UNIVERSIÁRIO SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

CONTEXTO: Um espectro de anormalidades pulmonares intersticiais (ILA do inglês) e doença pulmonar intersticial (DIP) é observado em até 60% dos indivíduos com artrite reumatoide (AR), desses, parte irá progredir determinando um impacto significativo na morbilidade e mortalidade. Uma melhor quantificação da progressão e identificação de fatores de risco associados à progressão podem permitir intervenção mais precoce, acompanhamento mais próximo e possivelmente melhor prognóstico. Este estudo caracterizou o fenótipo da ILA / DPI em uma amostra brasileira com AR, incluindo quantificação da progressão e identificação de fatores de risco. **MÉTODOS:** Todas as tomografias computadorizadas (TC) indicadas clinicamente de 2014-16 nos pacientes adultos com AR foram avaliadas para alterações intersticiais e subdivididas em ILA não diagnosticada previamente e ILD clinicamente evidente com base na revisão de registros clínicos. Progressão radiológica foi determinada visualmente e subsequentemente semi-quantificada. **RESULTADOS:** Pacientes com um espectro de alterações intersticiais (64 de 293) eram mais velhos, maior proporção de homens, fumantes e menos provável de terem usados drogas anti-reumaticas modificadoras de doença pontentes (biológicos/pequenas moléculas) . De 44% dos pacientes com ILA, 46% realizaramTC de tórax por indicações não pulmonares. Dos 56 casos de ILA / ILD com CT sequenciais, 29% dos pacientes com ILA e 44% dos pacientes com DPI progrediram em um delta de tempo médio de 4,4 anos. Fatores de risco para ILA / DPI progressiva incluíram distribuição subpleural e maior comprometimento basal.
CONCLUSÃO: Nesta grande coorte unicêntrica de pacientes com AR, as alterações intersticiais pulmonares foram observadas em 22% dos casos e progressão radiológica observada em aproximadamente um terço dos casos. Dos pacientes com ILA progressiva, metade tinha TCs basal realizada por indicações não pulmonares. A distribuição subpleural e maior extensão da ILA / DPI na TC basal foram fatores de risco independentes associadoscom progressão. Estudos longitudinais prospectivos em RA-ILA são necessários para melhor caracterização detalhada do perfil molecular, fisiológico e de sobrevida dos progressores.
Palavras-chave: doença intersticial pulmonar.artrite reumatoide.fibrose pulmonar

094 | BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA EM PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE

MARIA RAQUEL SOARES; ANDRÉ BEZERRA BOTELHO; RIMARCS GOMES FERREIRA; MILENA TENÓRIO CEREZOLI; RAFAELA BOAVENTURA MARTINS; PAULA SILVA GOMES; ANDRÉA GIMENEZ; REGINA CELIA CARLOS TIBANA; LUIZ HIROTOSHI OTA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA.
UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: O diagnóstico de pneumonite por hipersensibilidade crônica (PHc) baseia-se em dados clínicos, padrões tomográficos e, em vários casos, em achados patológicos. Existem alguns critérios diagnósticos propostos, mas nenhum é amplamente aceito. O papel da biópsia transbrônquica (BTB) na PH ainda é incerto. O objetivo deste estudo foi analisar o rendimento do BTB em pacientes com PHc de acordo com os achados tomográficos e avaliar a importância do lavado broncoalveolar (LBA) na abordagem diagnóstica. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes com PHc submetidos à BTB em dois centros especializados em doenças pulmonares intersticiais em São Paulo, entre 1999 e 2017. Os critérios propostos por Salisbury et al. foram aplicados ao diagnóstico. A doença foi classificada como não fibrótica ou fibrótica de acordo com os achados de fibrose na TCAR. Os achados no BTB foram classificados como definitivos (granulomas e/ou células gigantes multinucleadas, associados ou não à infiltrado peribronquiolar de linfócitos e plasmócitos e distribuição bronquiolocêntrica) e compatíveis (indicativos de agressão de pequenas vias aéreas, como metaplasia peribronquiolar, pneumonia em organização e macrófagos xantomatosos alveolares). **Resultados:** Cento e nove pacientes foram incluídos, com predomínio do sexo feminino (70,6%), média de idade de 61,4 anos e média de CVF de 72,1%. O principal sintoma foi dispneia, em 95 casos (87,1%). O achado tomográfico mais comum foi o vidro fosco, em 90 casos

(82,6%), seguido de qualquer achado de fibrose, em 76 (69,7%) e de atenuação em mosaico / aprisionamento aéreo, em 67 (61,5%). As principais exposições identificadas foram mofo (60,6%) e aves (48,6%). A presença de achados definitivos de PH foi observada em 15 casos (13,8%) e achados compatíveis em 33 (30,2%), com rendimento total de 44%. Os achados patológicos definitivos foram mais comuns nos casos sem fibrose na TCAR (24,2% vs. 9,2%, p = 0,036), enquanto que os achados compatíveis foram mais comuns na HP fibrótica (38,1% vs. 12,1%, p = 0,024). O número de amostras obtidas no BTB não influenciou os resultados. Cinquenta e dois pacientes tiveram citologia diferencial do LBA e linfocitose (> 20%) esteve presente em 51,9% dos pacientes. A mediana da porcentagem de linfócitos no LBA foi de 20,0% (intervalo interquartil: 11,5% a 29,5%). Não houve diferença na mediana dos linfócitos nem na presença de linfocitose segundo padrões tomográficos. A linfocitose (> 20%) associada a achados definitivos na BTB esteve presente em 59,6% dos casos e em associação com achados compatíveis em 73,1% dos pacientes. **Conclusão:** A BTB tem um rendimento considerável para o diagnóstico de PH e em associação com o LBA deve ser utilizado como opção inicial na investigação da doença.
Palavras-chave: Pneumonia de hipersensibilidade.biópsia transbrônquica.lavado broncoalveolar

095 | TUBERCULOSE DURANTE EVOLUÇÃO CLÍNICA DA SARCOIDOSE: UM DIAGNÓSTICO NEM SEMPRE FÁCIL

MARIA RAQUEL SOARES; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; MARINA DORNFELD CUNHA CASTRO; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; MILENA TENÓRIO CEREZOLI; RAFAELA BOAVENTURA MARTINS; CESAR FUKUDA; BRUNO LEÔNCIO DE MORAES BERALDO; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA.
UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

JUSTIFICATIVA: Relatar um caso de tuberculose pulmonar (TB) durante evolução clínica da sarcoidose, sendo estes importantes diagnósticos diferenciais dentre as doenças granulomatosas, com apresentações clínicas semelhantes e tratamentos distintos. **RELATO DE CASO:** Feminino, 59 anos, diagnosticada com sarcoidose estadio IV em 2014, através de biópsia trasnbrônquica (processo inflamatório crônico granulomatoso sem necrose). Investigação inicial: BAAR 3 amostras negativas; CVF: 2,03 (71%) e TC tórax com áreas de consolidação e broncograma aéreo em LSD e LIE, opacidades nodulares em LID, além de linfonodo pré-traqueal e outros calcificados no mediastino. Iniciado tratamento com Prednisona 30mg/dia, evoluindo com melhora clínica e radiológica. Entretanto, após 9 meses, apresentou piora da dispneia, tosse produtiva (expectoração amarelada), perda de 4kgs em 1 mês, sem febre. Tratada para pneumonia por 2 vezes, sem melhora. TC com surgimento de novas consolidações bilaterais, além de lesão escavada, de contorno irregular no LSD, BAAR com resultado positivo (+++) e cultura + (*M. tuberculosis*). Suspenso corticoide e realizado tratamento com esquema RIPE por 6 meses, com controle de cura. No seguimento, após 3 meses, a paciente persistiu com piora radiológica e da dispneia, apesar de melhora das demais queixas. Nova investigação evidenciou sarcoidose pulmonar em atividade, optado por reiniciar prednisona 30mg/dia + Metotrexato 10mg/sem. Atualmente, paciente com melhora clínica importante, apesar de persistir com evolução radiológica desfavorável com fibrose e distorção arquitetural. **DISCUSSÃO:** A sarcoidose é um distúrbio multissistêmico de etiologia desconhecida, embora acredita-se ser imunomediado. Histologicamente, caracterizada por granuloma não caseoso que contrasta com o granuloma visto na TB, doença infecciosa, causada pelo *M. tuberculosis,* semelhante à sarcoidose, clinica e radiologicamente. Na sarcoidose, 1/3 dos pacientes apresentam sintomas constitucionais inepecíficos, como febre, fadiga, mal-estar e perda de peso. A radiografia de tórax geralmente evidencia linfadenopatia hilar e mediastinal. Embora os pulmões sejam os locais mais comuns de inflamação, pode envolver outros órgãos, como: olhos, pele, gânglios linfáticos, coração, baço, fígado e sistema nervoso. Nas regiões endêmicas para TB, a sobreposição de manifestações clínico radiológicas criam um desafio diagnóstico, especialmente porque as opções de manejo são diferentes nas duas entidades. O *M. tuberculosis* tem sido extensivamente estudado como uma possível causa de sarcoidose. A atual evidência sugere que sarcoidose e TB podem potencialmente ser duas manifestações opostas da mesma doença com espectro de sobreposição. Importante fazer um diagnóstico preciso, já que isso afeta o manejo do paciente. Mais pesquisas e ensaios clínicos precisam ser feitos para refutar ou confirmar associações assim.
Palavras-chave: sarcoidose.tuberculose.M. tuberculosis

096 | ANÁLISE PROSPECTIVA DO RENDIMENTO DE CRIOBIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA EM PACIENTES COM DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS

BRUNO LEÔNCIO DE MORAES BERALDO; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; LUIZ HIROTOSHI OTA; RIMARCS GOMES FERREIRA; MARIA RAQUEL SOARES; ISRAEL MISSRIE; BRUNA CAVALCANTE TORRES; CLAUDINEI LEONCIO BERALDO; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOUI.
UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A criobiópsia transbrônquica é uma técnica que se baseia na obtenção de fragmentos com o uso de uma criossonda por broncoscópio flexível, onde a ponta de sonda, em contato com o parênquima pulmonar, é rapidamente resfriada ocasionando congelação tecidual e permitindo então a extração do fragmento. É um método diagnóstico ainda pouco utilizado no Brasil, porém de grande interesse já que permite a obtenção minimamente invasiva de amostras de tecido pulmonar, com superioridade na qualidade histológica e maior tamanho de amostras em relação às obtidas por biópsia transbrônquica convencional com o uso de pinça. O **objetivo** é descrever a técnica e analisar o rendimento diagnóstico e suas complicações, na experiência inicial de criobiópsias transbrônquicas realizadas no serviço de endoscopia respiratória do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo. **Metodologia:** Estudo prospectivo que incluiu 23 casos de investigação para doença pulmonar intersticial difusa acompanhados no ambulatório de Doenças Intersticiais da Universidade Federal de São Paulo. Os pacientes foram submetidos à criobiópsia transbrônquica sob anestesia geral com intubação orotraqueal e com o uso de fluoroscopia. Foram utilizados dois broncoscópios flexíveis conectados a duas processadoras de vídeo, sendo um para obtenção dos fragmentos e o outro para revisão e controle hemostático. Todas as amostras foram obtidas pelo mesmo profissional, assim como analisadas pelo mesmo patologista, este cegado. Foram analisadas as complicações, os resultados do anatomopatológico e os diagnósticos finais após discussão multidisciplinar. **Resultados:** Do total de 23 casos, 13 (56%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 59 anos. Todos os casos tiveram como indicação de criobiópsia a investigação para doenças intersticiais difusas. O diagnóstico patológico mais comum foi fibrose bronquiolocêntrica (8 casos, (36%). Em apenas um caso PIU foi observada à biópsia. O resultado da análise do rendimento diagnóstico após discussão multidisciplinar foi de 82,6% (19 de 23 casos). A análise anátomo patológica das amostras obtidas por criobiópsia contribuíram para diagnóstico em 65,2 % (15 de 23 casos) dos casos, 8,6% (dois casos) foram compatíveis com o diagnóstico e em 17,3% (quatro casos) foram inconclusivos. Os diagnósticos mais frequentes foram PH em 8 (36%) associada ou não a microaspiração, também em 8 (36%). As complicações mais comuns foram sangramento moderado em 8 (34%) e pneumotórax em 1 caso (4,5%). **Conclusão:**

A criobiópsia transbrônquica demonstrou um rendimento diagnóstico em doenças intersticiais difusas e apresentou baixa incidência de complicações em nossa amostra. Casuísticas maiores se fazem necessárias.
Palavras-chave: broncoscopia.criobiopsia.doença pulmonar intersticial

097 | SILICOSE PULMONAR : RELATO DE CASO

VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN[1]; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN[2]; CAMILA MARTINS PAREDES[2]; DEBORA FERNANDA ESTEVES TRINDADE[2]; BRUNO BOLSONARO CALEGARI[2]; FABRÍCIO DONÁ ERNICA[2]; BRUNO FIORANTE AKIMOTO[2]; ALEXANDRE DE ALMEIDA PUCCI[2]; LEANDRO NAVAS PIRES[2]; VINÍCIUS MARINHO LIMA[2]; ANA MARIA GUIRRO[2]; GABRIELA ACHETE DE SOUZA[2].
1. UNIMAR, MARILIA - SP - BRASIL; 2. UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Silicose é a pneumopatia ocupacional mais antiga, causada pela inalação de partículas de silício, na forma de sílica livre cristalina (quartzo) ou de silicatos (minerais que contêm dióxido de silício ligado a outros elementos). Sílica cristalina se encontra na areia e em diversas rochas como o arenito, granito e síliex, com variado polimorfismo, e a forma mais comum é o quartzo que corresponde a 12% da crostra terrestre.Trabalhadores que possuem risco elevado são: mineiros, indivíduos que trabalham em pedreiras, lapidadores, jateadores de areia, fabricantes de vidro, empregados de fundição e mineração de pedras preciosas, ceramistas, oleiros, materiais de construção, borracha, fertilizantes, perfuração de poços e produção de talco. O termo Silicose, empregado pela primeira vez por Visconti em 1870 é o nome dado à fibrose pulmonar causada pela inalação de poeiras contendo a sílica cristalina, sendo a mais frequente de todas as Pneumoconioses. **RELATO DO CASO:** Os autores relatam o caso de um paciente de 60 anos, com quadro há 4 anos de tosse seca, sibilância e dispnéia aos esforços de caráter evolutivo. Tabagista por 10 anos, havia cessado há 30 anos e referia trabalhar havia 40 anos como vidraceiro, em contato com pó e cola de vidro e jato de areia. Ausculta pulmonar acusava presença de estertores crepitantes difusos bilaterais. Radiografia Torácica evidenciava "manchas no pulmão".TC de Tórax mostrava "múltiplas condensações parenquimatosas pulmonares conglomeradas e grosseiras, esparsas em ambos os pulmões, com presença de múltiplos nódulos centrolobulares distribuídos randomicamente, formando massas e também múltiplas linfonodomegalias mediastinais confluentes, medindo até 3 cm de diâmetro".Frente ao quadro de Silicose Pulmonar, paciente foi submetido a terapêutica com Prednisona 20 mg/dia e medicações inalatórias (Salbutamol 100 mcg spray e Beclometasona 250 mcg spray) 2 jatos de cada um 3 vezes/dia, havendo melhora significativa dos sintomas pulmonares. Mantém- se estável em uso desta conduta. **DISCUSSÃO:** Silicose Pulmonar e uma pneumoconiose fibrogênica com lesão irreversivel do parenquina pulmonar, adquirida, na totalidade das vezes, no ambiente de trabalho onde existe poeira de silica livre cristalizada.Reduz a sobrevida dos trabalhadores que se mantêm expostos a sílica, sendo a principal causa de invalidez entre as doenças respiratórias ocupacionais. No Brasil encontrou-se uma prevalência de silicose de 27%, dependendo da profissão. Conhecido desde a Antiguidade, em atividades de mineração e construção, o emprego e o risco da exposição à sílica cresceram com o a industrialização. Estima-se em 6 milhões o número de trabalhadores expostos à sílica no Brasil. A inalação da sílica também está associada à DPOC, Cancer de Pulmão e Tuberculose Pulmonar. O diagnostico baseia-se na história ocupacional e na Radiografia de Tórax. A evolução é favorável quando diagnosticada precocemente, como os autores querem enfatizar neste relato.
Palavras-chave: pneumoconiose.silicose.sílica

098 | PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA SECUNDÁRIA A DAPTOMICINA: UM RELATO DE CASO

VANESSA POSENER; CARLA RAMOS SANTAROSA; ANDRE NATHAN COSTA.
HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Justificativa: A Pneumonia Eosinofílica Aguda (PEA) é uma doença incomum, tendo como uma de suas causas a exposição à daptomicina, um lipopeptídeo cíclico que tem seu uso crescente em infecções causadas por *gram positivos* resistentes a vancomicina. **Caso clínico:** Paciente masculino, 77 anos, não tabagista, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial sistêmica e meningite meningocócica tratada com antibiótico endovenoso de longa duração, apresentou no terceiro dia de tratamento com daptomicina, para infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter, quadro de febre, dispneia e hipoxemia. À ausculta pulmonar, havia estertores crepitantes difusos, predominante em base de hemitórax direito. Raio X de tórax evidenciou infiltrado intersticial difuso, mais proeminente em base direita. Foram aventadas hipóteses de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e pneumonia associada a cuidados de saúde, por isso a antibioticoterapia foi escalonada para meropenem, além de mantida a daptomicina. Com 24 horas de evolução, houve piora do padrão respiratório, com necessidade de maiores concentrações de oxigênio. Exames laboratoriais evidenciaram piora dos marcadores de atividade inflamatória. Realizada Angiotomografia de Tórax, negativa para TEP, porém, com achado radiológico de opacidades pulmonares em vidro fosco difusamente distribuídas pelos pulmões. Apesar de não haver eosinofililia periférica, com base na apresentação clínico-radiológica, admitiu-se a hipótese de pneumonia eosinofílica aguda associada a daptomicina. Foi optado, então, pela troca da daptomicina para teicoplanina e início de metilprednisolona. Com cerca de 24 horas de inicio do corticoide, o paciente evoluiu com progressiva melhora clínico-radiológica, sem novos episódios de febre durante a internação hospitalar. Nova Tomografia de Tórax, realizada oito dias após início do quadro, mostrou significativa redução das opacidades pulmonares difusas bilaterais. **Discussão:** A PEA é caracterizada clinicamente por um quadro agudo de febre, tosse e dispneia, podendo inclusive ser uma causa de insuficiência respiratória aguda. A daptomicina é implicada como uma das principais causadoras de PEA desde um estudo publicado em por pesquisadores do FDA (*US Food and Drug Administration*) em 2012. Nosso paciente apresentou um caso classificado como possível pelos critérios diagnósticos do FDA, isto porque não realizamos Lavado Broncoalveolar para pesquisa de eosinófilos. Chama atenção no caso e, reforça o diagnóstico de PEA, o desenvolvimento do quadro respiratório com cerca de 48 horas de início da daptomicina, bem como a rápida resposta à retirada da droga e ao inicio da corticoterapia, com melhora clínica e radiológica substanciais. Destacamos a importância da suspeição diagnóstica da PEA causada por daptomicina em pacientes que desenvolvem um quadro respiratório febril agudo em vigência da droga, pois quanto antes a retirada e inicio de corticoide, desfechos podem ser melhorados.
Palavras-chave: daptomicina.pneumonia eosinofilílica.toxicidade de drogas

099 | HISTIOCITOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS E A IMPORTÂNCIA DA INTERRUPÇÃO DO TABAGISMO: RELATO DE CASO

CAROLINA HABER MELLEM; VALERIA DE ARGOLLO HABER MELLEM; VIVIANE BARNABÉ; MONIQUE RODRIGUES PEREIRA PINTO.
UNICID, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Relevância do caso relatado: Tendo em vista tratar-se de uma doença intersticial rara e grave, e que apresenta prognóstico fortemente relacionado a cessação do tabagismo, o presente caso apresenta paciente tabagista importante, portadora de Histiocitose Pulmonar de Células de Langerhans, que após diagnóstico e início do tratamento, abandonou-o, havendo piora do quadro. **HPMA**: Paciente sexo feminino, 46 anos, previamente sadia, procurou serviço médico com queixa de tosse seca e dispneia progressiva há 2 meses. Desde o início do quadro não apresentou nenhum outro sintoma. É tabagista 40 anos/maço. AP: hipotireoidismo e câncer de mama há 1 ano, seguida de mastectomia e radioterapia. **Exame físico:** Ao exame físico estava em bom estado geral e com sinais vitais normais. A única alteração foi a ausculta pulmonar que evidenciou murmúrios vesiculares presentes com estertores em ambos ápices pulmonares. **Exames complementares**: **Rx tórax**: nódulos pulmonares bilaterais. **TC**: múltiplas lesões nodulares parenquimatosas difusas bilaterais. **Prova de função pulmonar:** distúrbio ventilatório obstrutivo leve. **Biópsia**: positividade para proteína S100 indicando proliferação de células de Langerhans. **Evolução:** Foi orientado suspender o tabagismo e iniciar uso de prednisolona 50mg/dia. Após dois anos de seguimento ambulatorial, apresentou potencial melhora do quadro, tanto clínica quanto radiológica. Porém, a paciente retornou ao tabagismo, resultando em piora do quadro. **Discussão** : A HPCL é uma doença intersticial, de etiologia desconhecida, caracterizada pela proliferação clonal de células de Langerhans e pela formação de lesões granulomatosas destrutivas nos bronquíolos distais. A maioria dos pacientes é tabagista, entre a terceira ou quarta década de vida. A manifestação clínica inicial em 15% dos pacientes é pneumotórax espontâneo com dor torácica. Em 25% dos pacientes assintomáticos, um achado anormal na radiografia de tórax é a suspeita inicial de HPCL. Dispneia, tosse e dor torácica são sintomas frequentes. A interrupção do tabagismo é considerada a base do tratamento. Porém, apesar de melhoras nos achados radiológicos e estabilização da função pulmonar, faltam estudos que correlacionam o tabagismo e a gravidade da doença. Além disso, a falta de associação entre o tabagismo e histiocitose extrapulmonar, e a baixa prevalência da HPCL entre os fumantes deixa claro que há outros fatores de riscos e agravantes na evolução da doença. O diagnóstico pode ser obtido pela biópsia pulmonar que demonstra características histológicas típicas, podendo ser conhecida por coloração imunocitoquímica para proteínas S100. Histologicamente, as células de Langerhans predominam nas zonas superior e média dos pulmões. Em relação ao tratamento, ainda faltam estudos que comparem a eficácia da interrupção do tabagismo e da terapia com esteróides; no entanto, publicações sugerem que o tratamento com esteróides desempenha um papel estabilizador da doença, e são uma opção para pacientes com doença progressiva.
Palavras-chave: Histiocitose Pulmonar de Células de Langerhans.Tabagismo.Interrupção

100 | SÍNDROME ANTI-SINTETASE INICIADA APÓS EXPOSIÇÃO A TINTA 3D: RELATO DE CASO

GUILHERME DAS POSSES BRIDI[1]; MARIASOL XIMENA MARTINEZ CARRANZA[2]; PEDRO JOSE QUIZHPE MARIN[2]; YURI DE DEUS MONTALVERNE PARENTE[2]; NATALIA FERNANDES DA SILVA[2]; ISABELA MAGGIONI HOLZ[3]; JULIANE PENALVA COSTA SERRA[2]; PHILIPPE DE FIGUEIREDO BRAGA COLARES[4]; TOMAS NERI BEDER[2]; FELIPE MARQUES DA COSTA[2]; RONALDO ADIB KAIRALLA[2].

1. INCOR-HCFMUSP, ITARANA - ES - BRASIL; 2. INCOR-HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. INCOR-HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. INCOR-HCMFUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Síndrome anti-sintetase denomina um subgrupo de pacientes dentro do espectro das miopatias inflamatórias idiopáticas que possui características em comum, com o comprometimento pulmonar representando a principal causa de morbidade. **RELATO DO CASO:** paciente masculino, 36 anos, designer gráfico de impressões 3D, referindo dispnéia progressiva (atualmente aos mínimos esforços), tosse seca, dor torácica ventilatório-dependente e febre intermitente de início há 06 meses. Além disso, queixava-se de poliartralgia predominante em articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais. Ao exame físico, foi observado descamação em porção lateral de quirodáctilos ("mãos de mecânico"), pápulas de Gottron e estertores difusos na ausculta pulmonar. Tomografia de tórax de alta resolução (TCAR) com presença de opacidades em vidro fosco e consolidações esparsas bilateralmente, mais evidentes em lobos inferiores. Exames laboratoriais evidenciaram Anti-Jo-1 positivo e creatinofosfoquinase (CPK) elevada. Tais achados corroboraram para o diagnóstico de Síndrome anti-sintetase, sendo optado pela introdução de prednisona 60 mg/dia e azatioprina 300 mg/dia, seguida de melhora clínica. No entanto, após retorno ao trabalho e re-exposição a resina para impressão 3D, o paciente apresentou nova piora clínica, funcional e radiológica. Nesta ocasião, foi optado por troca do imunossupressor sendo introduzido micofenolato mofetil e orientado o afastamento definitivo da exposição ocupacional. **DISCUSSÃO:**Síndrome antissintetase (SAS) é uma miopatia inflamatória idiopática caracterizada por envolvimento muscular (miosite), pulmonar (doença pulmonar intersticial) e articular (poliartrite crônica), além de febre, fenômeno de Raynaud e "mãos de mecânico", em associação a presença de anticorpos antissintetase. A corticoterapia é o tratamento de primeira linha para miosite e também para a pneumopatia intersticial em SAS. Os imunossupressores mais rotineiramente utilizados são a ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato mofetil, ciclosporina e tacrolimus. Não se sabe ao certo quais o fatores desencadeantes da doença, entretanto, acredita-se que exposições ambientais possam ser gatilho para autoimunidade. Nosso caso ressalta a importância da busca ativa da exposição ocupacional como desencadeante da doença, sendo seu afastamento parte fundamental do tratamento.
Palavras-chave: Anti-sintetase.miopatias inflamatórias.exposição ocupacional

101 | CALCIFICAÇÃO PULMONAR METASTÁTICA EM PACIENTE PORTADORA DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: RELATO DE CASO

GUILHERME DAS POSSES BRIDI[1]; ANA LUISA PIMENTEL MAIA[2]; SOFIA ROCHA SAN MARTÍN[2]; ANA CLARA PEREIRA DE VASCONCELOS[2]; ISABELA MAGGIONI HOLZ[2]; JULIANE PENALVA COSTA SERRA[2]; TOMAS NERI BEDER[2]; PHILIPPE DE FIGUEIREDO BRAGA COLARES[2]; FABIOLA DEL CARLO BERNARDI[3]; FELIPE MARQUES DA COSTA[2]; RONALDO ADIB KAIRALLA[2].

1. INCOR-HCFMUSP, ITARANA - ES - BRASIL; 2. INCOR-HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. INCOR-HCMFUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Calcificação metastática é o depósito de sais de cálcio em tecidos normais. O pulmão é um dos sítios primários mais comuns de deposição de cálcio em pacientes com hipercalcemia. A condição ocorre em especial naqueles pacientes submetidos a hemodiálise em razão de insuficiência renal crônica (IRC), mas também como consequência de

várias outras afecções benignas ou malignas. **RELATO DO CASO:** paciente do sexo feminino, 43 anos, promotora de vendas, com antecedente de nefroesclerose hipertensiva e doença renal crônica dialítica desde 2005, além de hiperparatireoidismo terciário. Assintomática respiratória, realizou avaliação pré-operatória para transplante renal, com o achado em tomografia de tórax de micronódulos pulmonares disseminados de forma randômica bilateralmente, em sua maioria associados a calcificações puntiformes, além de áreas subpleurais de parênquima calcificado. Após a realização do transplante, foi submetida a biópsia pulmonar a céu aberto que evidenciou áreas de deposição de cálcio em membranas alveolares, em associação a achados de pneumonia em organização. Evoluiu com perda do enxerto por trombose de veia renal, com necessidade de novo transplante 04 anos depois. Atualmente, a paciente teve resolução do hiperparatireoidismo terciário e permanece assintomática respiratória, com estabilidade radiológica e funcional no seguimento ambulatorial. **DISCUSSÃO:**O parênquima pulmonar é o tecido mais suscetível à deposição de sais de cálcio, sendo a alteração resultante chamada de calcificação pulmonar metastática (CPM). Os sintomas respiratórios são variáveis, com a maioria dos pacientes permanecendo assintomática, havendo fraca correlação entre a intensidade do desconforto respiratório e o grau de calcificação macroscópica. A CPM pode ser decorrente de causas benignas e malignas. Dentre as causas benignas estão o hiperparatireoidismo primário, a hipervitaminose D, a doença de Paget e a osteopetrose. Nas causas malignas encontram-se o mieloma múltiplo, linfoma/leucemia, e o coriocarcinoma, entre outros. No entanto, ocorre notadamente em pacientes em hemodiálise por IRC. Os testes de função respiratória são usualmente normais, mas alterações anatômicas pela calcificação podem levar a distúrbios restritivos e diminuição da capacidade de difusão. Apesar de representarem um desfecho raro, hipoxemia e, ocasionalmente, insuficiência respiratória aguda podem ocorrer. O tratamento é voltado para a normalização do metabolismo do cálcio/fosfato, com o controle da insuficiência renal crônica e do hiperparatireoidismo tendendo a reduzir o processo de calcificação. O presente caso demonstra a importância do diagnóstico diferencial de microlitíases alveolares e CPM na presença de opacidades parenquimatosas difusas.
Palavras-chave: Calcificação pulmonar metastática.Microlitíase.Insuficiência renal crônica

102 | CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA DE VIA AÉREA NA ARTRITE REUMATÓIDE

MARIA LAURA BERTOZO SABBAG[1]; CAMILA DE ASSIS MOLINA[1]; MARCIO VALENTE YAMADA SAWAMURA[2]; KARINA ROSSI BONFIGLIOLI[3]; FABIO ARIMURA[4]; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO[4]; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO[4]; RONALDO ADIB KAIRALLA[4]; LETICIA BARBOSA KAWANO DOURADO[4].

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, FACULDADE DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. DIVISÃO DE RADIOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HCFMUSP, FACULDADE DE MEDICINA, UNIV. DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. DIVISÃO DE REUMATOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HCFMUSP, FACULDADE DE MEDICINA, UNIV. DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INCOR, HOSPITAL DAS CLÍNICAS HCFMUSP, FACULDADE DE MEDICINA, UNIV. SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A prevalência na literatura de doença das vias aéreas (DVA) na artrite reumatóide (AR) varia muito, de 2% a 60%. Estas diferenças podem ser atribuídas em certa medida à origem dos casos (autópsia ou estudos clínicos em hospitais) e à forma como a DVA-AR é definida (se baseada nos sintomas, função ou imagem). Ademais, não se sabe se os pacientes com DVA-AR estão associados a características clínicas particulares em comparação com pacientes com doença pulmonar intersticial associada à AR (DPI-AR). **Objetivos**: O Objetivo deste estudo foi caracterizar clínica e tomograficamente a DVA-AR e compará-la à DPI-AR e aos Nódulos Reumatoides (NR). **Métodos**: Todos os pacientes com AR atendidos no ambulatório de pneumologia do HC-FMUSP no período de 2016-17 foram analisados. Os casos foram codificados como: DVA-AR, DPI-AR e NR. A DVA-AR foi definida por achados tomográficos inequívocos e predominantes compatíveis com doença de via aérea de pequeno ou grande calibre (espessamento brônquico, mosaico, micronódulos centrolobulares, e/ou bronquiectasia) e sintomas. A DIP-AR foi definida por achados típicos de TC (Travis W et al, AJRCCM 2013) e sintomas e / ou alteração funcional. **Resultados**: 96 dos 2.495 pacientes foram incluídos e codificados como DVA-AR 48 (50%), DPI-AR 39 (41%) e NR 9 (9%). Apenas um paciente apresentou sobreposição de DVA-AR e DIP-AR que, após análise das TCARs realizada por dois leitores independentes (radiologista torácico e pneumologista), foi definido como predomínio de DIP-AR (provável PIU). Nos pacientes com DVA-AR perdominou o sexo feminino (90%), o tabagismo pregresso (52%), com idade média de 62 ± 11.2 semelhante à DPI-AR ou NR. Títulos de FR e anti-CCP também não diferiram entre DVA-AR e DPI-AR, enquanto os títulos de anti-CCP foram menores na DVA-AR em comparação com NR. Não houve diferença entre DVA-AR e DIP-AR no contato prévio com tuberculose (TB) ou no tratamento da TB latente. Os principais achados tomográficos de DVA-AR foram 46 (96%) espessamento brônquico, 30 (63%) mosaico, 28 (58%) micronódulos centrilobulares e 23 (48%) bronquiectasia. **Conclusões**: Observamos elevado envolvimento da via aérea em pacientes com AR acompanhados em um ambulatório terciário de pneumologia e mínima sobreposição com DPI-AR. Clinicamente os pacientes com DVA-AR não diferiram significativamente da DPI-AR. Estudos longitudinais da DVA-AR são necessários para identificar os fenótipos progressores da DVA-AR e o ritmo de progressão.
Palavras-chave: DOENÇA DE VIA AEREA ASSOCIADA AR.ARTRITE REUMATÓIDE.DOENÇA INTERSTICIAL ASSOCIADA AR

103 | AMILOIDOSE TRAQUEOBRÔNQUICA DIFUSA PRIMARIA

LARISSA MARION GRANDE CAVALHERO[1]; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA[2]; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO[2]; MARIANA LAFETA LIMA[2]; JOSIÉLE APARECIDA DE SOUZA[2]; JULIANA LUCENA DOS SANTOS[2]; NATALIA CAROLINA ORTIZ POBLETE[2]; ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA[2]; ANDRÉIA LOZER SARMENGHI[2]; AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS .[2]; GRACIELY MATIAS GUIMARAES[2]; WANDERSON PEREIRA DA SILVA[2].

1. UNIFESP, MARINGA - PR - BRASIL; 2. UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Amiloidose compreende um conjunto de doenças caracterizadas por depósito e acúmulo anormal de material proteico em órgãos e tecidos. Pode ter acometimento sistêmico ou localizado. A amiloidose traqueobrônquica (AT) é uma forma rara da doença localizada, caracterizada por depósito amiloide difuso ou localizado em algum segmento da árvore traqueobrônquica. A etiologia pode ser primária (idiopática) ou hereditária. **RELATO DE CASO**: Masculino, 60 anos, natural do Ceará. Dispneia aos grandes esforços, rouquidão, prurido na garganta e tosse com expectoração hialina. Negava febre, hemoptise e perda de peso. Após 4 meses de sintomas, apresentou insuficiência respiratória aguda necessitando de traqueostomia de urgência. Persistiu após com dispneia (mMRC 1), melhora da tosse e sem rouquidão. Ocupação: Soldador por 25 anos, ex-etilista e ex-tabagista 20 anos/maço, abstêmio há 10 anos. Exame físico: ausculta pulmonar sem ruídos adventícios e traqueostomia com bom aspecto, SpO2 98% ar ambiente, restante do exame sem alterações. Hemograma, sorologias e perfil reumatológico sem alterações. Tomografia de tórax: Espessamento parietal

nodular difuso da traqueia, notadamente das paredes anteriores e laterais, com discreto estreitamento luminal. Linfonodomegalia paratraqueal inferior direita, medindo 1,5 x 1,1 cm. Parênquima pulmonar com coeficientes de atenuação preservados. Broncoscopia: Lesões em hipofaringe, traqueia e árvore brônquica. Biópsia: presença de substância amiloide no nódulo laríngeo, epiglote e glote, confirmada pela reação do Vermelho-Congo. Descartado acometimento sistêmico. Diagnóstico de amiloidose traqueobrônquica difusa primária, encaminhado para radioterapia localizada e seguimento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** A AT pode se apresentar de forma assintomática ou com dispneia, sibilância, hemoptise, tosse e pneumonias de repetição. Ocorre tipicamente em pacientes entre 40 e 50 anos, constituindo 0,5% das lesões traqueobrônquicas sintomáticas. Diagnósticos diferenciais incluem vasculites (granulomatose de Wegener), papilomatose traqueobrônquica, comprometimento infeccioso, traqueo-broncopatia osteocondroplástica e policondrite recidivante. O diagnóstico pode ser suspeitado pela tomografia computadorizada de tórax e fibrobroncoscopia, porém, a confirmação é histológica por meio de biopsia demonstrando a presença de proteínas amiloides e reação vermelho- congo. Não há tratamento efetivo conhecido, variando desde a observação e acompanhamento clínico-radiológico até tratamentos agressivos locais como ressecção cirúrgica, intervenções broncoscópicas e radioterapia. Prognóstico é variável, em alguns pacientes a doença pode permanecer estável por longos períodos, enquanto que em outros, pode progredir e levar ao óbito. Embora resolução espontânea tenha sido relatada, a maioria dos casos apresenta recorrência e necessita de intervenções terapêuticas para controle dos sintomas progressivos.
Palavras-chave: Amiloidose.traqueobronquica.primaria

104 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ARTRITE REUMATOIDE ESTRATIFICADAS POR PADRÕES DE DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL

CAMILA DE ASSIS MOLINA[1]; MARIA LAURA BERTOZO SABBAG[2]; MARCIO VALENTE YAMADA SAWAMURA[3]; KARINA ROSSI BONFIGLIOLI[4]; FABIO ARIMURA[5]; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO[5]; RONALDO ADIB KAIRALLA[5]; LETICIA BARBOSA KAWANO DOURADO[5].

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, FACULDADE DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, FACULDADE DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. DIVISÃO DE RADIOLOGIA, INCOR, HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, FACULDADE DE MEDICINA, UNIV. SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. DIVISÃO DE REUMATOLOGIA, INCOR, HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, FACULDADE DE MEDICINA, UNIV. SÃO PAUL, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 5. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INCOR, HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, FACULDADE DE MEDICINA, UNIV. SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Estudos recentes têm demonstrado que um espectro de padrões de doença pulmonar intersticial (DPI) está associado à artrite reumatoide (AR). Nesse contexto, já foi previamente observado que o tabagismo, a presença de auto-anticorpos (anti-CCP e fator reumatóide), sexo masculino, idade avançada e atividade articular são fatores de risco para desenvolvimento da DPI. No entanto, não está claro se há características clínicas específicas associadas a diferentes padrões de DPI, sobretudo se a pneumonia intersticial usual (PIU), o padrão mais comum de DPI na AR, associa-se a diferentes características clínicas em comparação com padrões não-PIU. **Objetivos**: Caracterizar clinicamente os pacientes com AR e com DPI-PIU e compará-los com pacientes com AR e DPI-não-PIU. **Métodos**: Estudo retrospectivo de todos os prontuários de pacientes atendidos no Serviço de Pneumologia do Hospital das Clínicas - Universidade de São Paulo, de 2016-2017. Pacientes com AR e exames de tomografia computadorizada de tórax disponíveis foram categorizados em dois grupos: “PIU / provável PIU” e “não-PIU” (caracterizado por pneumonia intersticial não específica (PINE), pneumonia em organização (PO) e DPI não classificável). **Resultados**: De um total de 1.613 pacientes atendidos no período de 2016-2017, 88 pacientes foram acompanhados por acometimento pulmonar da AR e, destes, 39 (44%) apresentaram DPI. Os demais pacientes apresentaram doença de vias aéreas ou nódulos reumatóides. Dos pacientes com DPI, 22 (56%) foram categorizados como grupo PIU / provável PIU e 17 (44%) como grupo não-PIU. Os pacientes PIU/PIU provável não diferiram dos pacientes não-PIU em relação à idade, sexo e histórico de tabagismo. Em relação às comorbidades, observou-se uma proporção menor de hipertensão arterial sistêmica nos pacientes PIU (76% versus 36%, p = 0,01).**Conclusões:** Neste estudo retrospectivo de pacientes com AR em acompanhamento pela pneumologia, dois principais achados devem ser destacados: o padrão radiológico PIU/PIU provável compreendeu aproximadamente metade dos casos de AR-DPI e não a maioria como tem sido descrito na literatura. Em segundo lugar, não identificamos nessa amostra diferenças clínicas entre pacientes PIU/PIU provável vs. não-PIU, o que pode significar que do ponto de vista clínico não se pode inferir qual a maior probabilidade de determinado fenótipo radiológico.
Palavras-chave: DOENÇA INTERSTICIAL ASSOCIADA AR.ARTRITE REUMATOIDE.PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL

105 | CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE – UM ESTUDO MULTICÊNTRICO BRASILEIRO

CARLO AUGUSTO CICCHETTO BASILIO[1]; GUSTAVO JOSE SILVA SANCHEZ[1]; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS[2]; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES[2]; MARIANA SILVA LIMA[2]; FABIO ARIMURA[3]; TOMAS NERI BEDER[3]; RONALDO ADIB KAIRALLA[4]; MARIANA SPONHOLZ ARAUJO[5]; KARIN MUELLER STORRER[5]; ADRIANA CASTRO DE CARVALHO[6]; THÚLIO MARQUEZ CUNHA[6]; LUCYARA GOMES CATUNDA[7]; JOSÉ TADEU COLARES MONTEIRO[8]; ROBERTA KAHWAGE SANTOS[9]; MARILIA DE FATIMA SILVA PINHEIRO[10]; LETICIA BARBOSA KAWANO DOURADO[11].

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, FACULDADE DE MEDICINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 4. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA INCOR HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 5. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL; 6. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL; 7. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL; 8. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ - CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL; 9. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH, BELÉM - PA - BRASIL; 10. CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ – CESUPA, BELÉM - PA - BRASIL; 11. INSTITUTO DE PESQUISA DO HOSPITAL DO CORAÇÃO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é uma doença pulmonar intersticial que ocorre a partir da inalação de antígenos do meio ambiente em indivíduos geneticamente predispostos. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho foi caracterizar uma amostra da PH no Brasil. **METODOLOGIA:** Estudo observacional retrospectivo realizado no Hospital do

Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE), Hospital das Clínicas de São Paulo (HCFMUSP), Hospital das Clinicas de Uberlândia (HCUFU), Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC, Fortaleza) e Hospital das Clinicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). **RESULTADOS:** Foram identificados 129 pacientes com diagnóstico de PH adjudicado centralmente de acordo com os critérios propostos por Morisset J et al, 2017. A idade média de diagnóstico foi de 59±14 anos. 68% dos pacientes eram do sexo feminino. Os tipos de exposição predominantes foram o mofo (65%) seguido pelo contato com aves vivas ou abatedouros (59%). Em relação às características tomográficas, bronquiectasia de tração esteve presente em 82% e faveolamento em 9% dos casos. A forma de diagnóstico (Morisset, 2017) mais comum foi a associação do padrão tomográfico típico e exposição identificada em (71%) dos casos. Entretanto, em ¼ desses casos, havia adicionalmente uma biópsia. Quanto ao tabagismo, 60,5% da amostra nunca havia fumado, 37% relatou antecedente tabágico e apenas 1,5% tabagismo ativo. A média de CVF predito ao diagnóstico foi 68±20%. As comorbidades mais comuns foram a doença do refluxo gastroesofágico (60%), hipertensão arterial sistêmica (50%) e diabetes mellitus (29%). Em relação ao tratamento medicamentoso, o corticóide foi a droga mais utilizada, 78% dos casos, seguida da azatioprina (33%) e, em terceiro lugar, o micofenolato (21%). Vale ressaltar que em alguns casos as medicações foram administradas em associação. **CONCLUSÃO:** Nessa amostra de PH, observamos predomínio de sinais de fibrose, do sexo feminino com média de idade de 59 anos. As exposições mais frequentes foram mofo e aves. A DRGE e a síndrome metabólica foram comorbidades mais comuns nessa população.

Palavras-chave: PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE.FIBROSE PULMONAR.DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

106 | ENFISEMA NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA: RELATO DE CASO

ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; BRUNA CAVALCANTE TORRES; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; FLÁVIA LIN; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; JOSIÉLE APARECIDA DE SOUZA; MARIANA LAFETA LIMA; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA.

UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO. A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é doença pulmonar intersticial causada por inalação e sensibilização a diversos antígenos. Os achados tomográficos mais comuns são nódulos centrolobulares, vidro fosco, atenuação em mosaico e fibrose. Além desses, estudos desde 1968 já descreveram alterações enfisematosas como manifestação da PH, independente de tabagismo ou tipo de antígeno de exposição. **RELATO DO CASO.** Masculino, 46 anos, há 10 anos apresentou quadro respiratório com dispneia aos esforços progressiva, tosse produtiva, expectoração esverdeada, febre, calafrios, sudorese noturna e perda ponderal. A hipótese de tuberculose foi investigada e descartada e o paciente foi tratado com corticoterapia sistêmica, com melhora. Há 2 anos queixava-se de dispneia progressiva, atualmente aos mínimos esforços. Apresentava história importante de exposição a mofo, desde o nascimento. Negava tabagismo ativo. Tabagismo passivo por 40 anos. Exame físico: IMC 16,5 kg/m^2, PA 100/70 mmHg, FC 82 bpm, FR 22 ipm, SpO_2 88%. Ausculta respiratória: murmúrio vesicular globalmente reduzido. Baqueteamento digital e cianose de extremidades presentes. Exames da primeira manifestação: TC de tórax com diminutos nódulos subpleurais, infiltrado em vidro fosco difuso, áreas de impactação mucoide e traves reticulares densas bilaterais. Submetido à broncoscopia com biópsia transbrônquica, cujo resultado evidenciava moderado infiltrado linfomononuclear associado a granulomas malformados não necróticos, transformação gigante celular e obliteração fibrosa focal de via aérea. Investigação atual: TC de tórax com extensas áreas de enfisema pulmonar centrolobular e parasseptal difusos, predominando nos campos pulmonares superiores, associadas a espessamento septal. Prova de função pulmonar: distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado com resposta significativa ao broncodilatador, hiperinsuflação pulmonar e redução acentuada da capacidade de difusão pulmonar para o monóxido de carbono. Avaliação laboratorial: Hb 18,2 g/dL, Ht 57,1%, dosagem de alfa-1-antitripsina dentro da normalidade. Gasometria arterial: PO_2 56,8 mmHg, SO_2 85%. ECO-TT: sinais de hipertensão pulmonar, PSAP 55 mmHg. Diante dos achados, o paciente recebeu o diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade crônica secundária a exposição a mofo evoluindo com enfisema pulmonar. Foi orientado a cessar exposição, prescritas corticoterapia sistêmica, terapia broncodilatadora e oxigenoterapia suplementar e iniciou reabilitação pulmonar. Após 3 meses, apresentava melhora clínica, iniciado desmame gradual do corticoide. **DISCUSSÃO.** O achado tomográfico de enfisema na PH crônica é pouco relatado e de prevalência indeterminada. Estudos sugerem relação com maior tempo e carga de exposição ao antígeno, como evidenciado no caso, e em pacientes com história de tabagismo. O caso relatado evidencia apresentação incomum dentro do espectro de manifestações radiológicas da PH, dificultando o diagnóstico e retardando o tratamento.

Palavras-chave: pneumonite de hipersensibilidade.enfisema.doença intersticial pulmonar

107 | LINFANGIOLEIOMIOMATOSE: RELATO DE CASO

JANNINE RIOS SANTOS SERRA; HERICA LAIS DE JESUS LEITE; MARIANA DA SILVA DEUTT FERREIRA; PALOMA FRANÇA DE OLIVEIRA; RAY JOAQUIM BEZERRA COSTA; RODRIGO DA ROCHA BATISTA; PAULO CÉSAR MENDES NUNES; MARCELLA ARAÚJO PIRES BASTOS; MÔNICA CARDOSO DO AMARAL; IVANA ALMEIDA DA SILVA; EDVAL GOMES DOS SANTOS; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO.

UEFS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

JUSTIFICATIVA: A Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença pulmonar cística rara que acomete quase exclusivamente mulheres em idade fértil. Sua fisiopatogenia não é completamente esclarecida, porém ocorre proliferação de células musculares lisas no parênquima pulmonar com formação de cistos difusos. Apesar do comprometimento respiratório frequente, por vezes ocorre em associação com a complexa esclerose tuberosa (TSC), alteração linfáticas e renais. A apresentação clínica da LAM pode ser indolente, mas envolve dispnéia, dor torácica, tosse, fadiga, angiomiolipomas renais e peritoneais. Curiosamente, alguns casos podem ter um pneumotórax ou quilotórax como manifestação clínica inicial. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, não tabagista, história prévia de rinite alérgica, apresentou quadro de tosse aguda associada a dor abdominal. Procurou serviço de emergência no qual foi solicitada TC de abdome com achado incidental de imagens císticas em campos pulmonares inferiores. Investigação pneumológica subsequente com tomográfica do tórax demonstrou cistos pulmonares bilaterais, de diâmetros variáveis, enfisema panacinar em LSD, sem outras alterações parenquimatosas pulmonares ou renais. Paciente não apresentava sinais de fibromas cutâneos ou história de pneumotórax, referia dispneia mMRC 0, com declínio funcional relevante em análise comparativa com espirometria prévia nos últimos 5 anos (VEF1 de 82% para 57%). Iniciado tratamento com broncodilatadores de longa ação. Investigação adicional afastou deficiência de alfa1-antripsina e nova TC de abdome

relevou imagens compatíveis com angiomiolipomas para-aórticos em retroperitônio. Após discussão multidisciplinar, os achados clínicos e radiológicos foram considerados suficientes para validação do diagnóstico de LAM e optado pela introdução de sirolimus. Paciente apresentou evolução favorável após 8 meses de tratamento, tênue melhora funcional VEF1 = 61% (absoluta 110ml) com redução do volume residual e aumento da capacidade inspiratória, exacerbação infecciosa isolada tratada ambulatorialmente. **DISCUSSÃO**: A LAM é uma doença usualmente progressiva que apresenta prognóstico bastante variável. O diagnóstico definitivo pode ser estabelecido através de história clínica e alterações tomográficas compatíveis associadas a pelo menos um dos seguintes achados: presença de TSC, angiomiolipomas renais, VEGF-D > 800, derrames quilosos, linfangioleiomiomas ou demonstração histológica.
Palavras-chave: Linfangioleiomiomatose.Doenças pulmonares intersticiais.Angiomiolipoma

108 | DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER - RELATO CASO

GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; FLÁVIA LIN; MARIANA LAFETA LIMA; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; LARISSA MARION GRANDE CAVALHERO; JOSIÉLE APARECIDA DE SOUZA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; MARIA RAQUEL SOARES.
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO -UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A doença de Erdheim-Chester é uma rara histiocitose de células não Langerhans de etiologia desconhecida, caracterizada por infiltração de diversos órgãos. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, com história de perda da visão em olho direito (lesão tumoral órbita esquerda e pseudotumor), diabetes insípidos e episódios de serosite (ascite e derrame pleural), apresentando várias internações por infecções respiratórias. Com queixa de dispneia progressiva há 5 anos inicialmente aos grandes esforços, que piorou, até os mínimos esforços. Negava dispneia paroxística noturna, ortopnéia, febre ou emagrecimento no período. Sem tabagismo ou história de exposições. Ao exame físico, tinha presença de nódulos subcutâneos. Exames cardiovasculares e pulmonares foram normais. Seus sinais vitais eram normais. A investigação laboratorial apontou a fosfatase alcalina aumentada, sem outras alterações. A tomografia de tórax revelou áreas com cistos e algumas consolidações esparsas. O Rx de ossos longos revelou sinais de osteosclerose. O resultado de biópsia transbrônquica e nódulo subcutâneo revelou a presença de histiócitos. Na imuno-histoquímica, as células foram positivas para CD68 e negativas para CD1a e S100. Esses achados foram compatíveis com Histiocitose não Langerhans. **Discussão:** A doença de Erdheim-Chester é um distúrbio inflamatório raro de histiocitose não Langerhans de etiologia desconhecida, caracterizada por infiltração de órgãos. Mutações no proto-oncogene BRAF, sugerindo um papel crítico dessa via na patogênese e uma possível origem clonal da doença. O espectro clínico é particularmente amplo e depende da distribuição e extensão das lesões. A doença afeta principalmente os ossos, mas pode envolver virtualmente todos os órgãos e tecidos com manifestações clínicas diversas. O envolvimento ósseo pode ser assintomático. Virtualmente todos os órgãos podem ser afetados (esclerose óssea, infiltração ocular, diabetes insípidus, infiltração pulmonar e cardíaca). O acometimento do nervoso central está associado a pior prognóstico. A biópsia é necessária para estabelecer um diagnóstico definitivo com a identificação da Infiltração de histiócitos espumosos e fibrose ou xantogranulomatose, com CD68 positivo e CD1a negativo. Os estudos recentes demonstraram mutações BRAFV600E em mais de 50% dos casos. Muitas abordagens terapêuticas diferentes têm sido exploradas, desde o uso de corticoides, drogas citotóxicas e transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas, mas de eficácia clínica limitada. Ainda não há ensaios clínicos randomizados disponíveis. Recentemente foi introduzido o vemurafenibe (Inibidor BRAF). Em conclusão, a doença de Erdheim-Chester, envolve múltiplas órgãos, sendo o diagnóstico difícil devido a raridade e diversas formas de apresentação.
Palavras-chave: Histiocitose.Doença pulmonar intersticial.Dispneia

109 | PNEUMONIA LIPÍDICA EXÓGENA CRÔNICA ASSOCIADA AO USO DE ÓLEO MINERAL

WANDERSON PEREIRA DA SILVA; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; MARIA RAQUEL SOARES; RIMARCS GOMES FERREIRA; MARIANA LAFETA LIMA; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; FLÁVIA LIN; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; LARISSA MARION GRANDE CAVALHERO; FABIANA OLIVEIRA PENIDO.
UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A pneumonia lipídica é rara e decorrente do acúmulo pulmonar de materiais oleosos endógenos ou exógenos. A etiologia exógena é a mais comum, sendo causada pela aspiração de óleos vegetais, animais ou minerais. Indivíduos em extremos de idade, portadores de distúrbios neuromusculares ou de anormalidades da laringe ou esôfago apresentam predisposição. Muitas vezes não é diagnosticada, seja pela falta de conhecimento médico ou por apresentar características clínicas e radiológicas inespecíficas. O diagnóstico definitivo é feito pelo achado de macrófagos lipídicos intra-alveolares no escarro, lavado broncoalveolar ou biópsia pulmonar. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, branco, 72 anos, casado, natural e procedente de São Paulo, comerciante, sem história de tabagismo ou outras exposições. Queixa de tosse seca, não progressiva, de predomínio pós-prandial há 3 anos. Negava outros sintomas respiratórios ou de vias aéreas superiores, perda ponderal ou febre. Apresentava como diagnóstico prévio história de acidente vascular encefálico isquêmico há 4 anos (ocasião em que fez uso de sonda nasoenteral por 4 meses), hipotiroidismo, aneurisma sacular aórtico e constipação crônica com uso recorrente de óleo mineral. Negava pneumonias prévias. Ao exame físico: bom estado geral, corado, normotenso, normocárdico, SpO2 96% em ar ambiente, FR 18 irpm, Glasgow 15, sem déficits motores, murmúrio vesicular diminuído em base de hemitórax direito com estertores crepitantes finos e demais aparelhos sem alterações significativas. Exames complementares evidenciaram: 1) Tomografia de tórax: consolidação no segmento lateral do lobo médio com densidade semelhante à gordura (-58 UH) associada a bronquiectasias e espessamento septal liso. 2) Endoscopia digestiva alta: pangastrite enantematosa leve e compressão extrínseca em corpo gástrico. 3) Videodeglutograma: presença de penetração de corante durante deglutição de líquido espessado com uso de colete. 4) Prova de função pulmonar: não conseguiu realizar manobras forçadas. Posteriormente, o paciente foi submetido à broncoscopia que evidenciou hipocinesia laríngea e biópsia transbrônquica de lobo médio com anatomopatológico com fragmentos de parênquima alveolar preenchidos difusamente por macrófagos grosseiramente vacuolizados. Após avaliação pela neurologia e fonoaudiologia, foi indicado gastrostomia endoscópica e orientado cessar o uso de óleo mineral. **DISCUSSÃO:** Uma vez que o tratamento da pneumonia lipídica carece de estudos e publicações, a melhor estratégia deve ser centrada na prevenção. Indivíduos com fatores de risco para aspiração pulmonar devem ser orientados a evitar substâncias lipídicas como o óleo mineral. Além do diagnóstico, o médico também deve ser responsável por pesquisar e identificar o agente causador, já que a exposição contínua está associada à progressão e pior prognóstico da doença.
Palavras-chave: Pneumonia lipídica exógena.Pneumonias aspirativas.Pulmão

110 | PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO SECUNDÁRIA A CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA EM ADULTO PREVIAMENTE HÍGIDO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RECIFE–PE. RELATO DE CASO.

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO[1]; REBEKA LAPENDA DE SOUZA[2]; MARIA TERESA DE SOUZA PORTELA LEAL[2]; KEYLA PATRICIA BARBOSA MELO[2]; ANA CAROLINA BORGES DE MIRANDA SOUZA[2]; AMANDA MELO FERNANDES[2]; JESSIKA MELO LEÃO BEZERRA[2]; DANIELA MAYUMI TAKANO[2]; ERICA NOGUEIRA BEZERRA CAVALCANTI[2]; GIULLIANA ALLIZ FALBO DE AGUIAR[2]; ALFREDO PEREIRA LEITE DE ALBUQUERQUE FILHO[2].

1. IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HUOC-UPE, RECIFE - PE - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Cirrose biliar primária é uma doença hepática autoimune que raramente está associada a acometimento pulmonar e complicações respiratórias. A Pneumonia organizante (PO) pode ser classificada em primária ou criptogênica (quando não há uma causa definida) e secundária (quando se consegue estabelecer um nexo causal). Dentre as inúmeras causas de PO estão infecções, iatrogenia (reação a drogas e radioterapia), uso de drogas ilícitas e doenças autoimunes. Essa diferenciação tem relevância, uma vez que o tratamento dos pacientes com PO secundária inclui não somente o tratamento específico da PO, mas também o tratamento da doença de base. **RELATO DO CASO:** Paciente A.M.S., sexo masculino, 57 anos, com história de icterícia, dor abdominal, astenia e perda de peso há 6 meses, sendo encaminhado ao Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife-PE. Exames iniciais evidenciavam icterícia com padrão de colestase e tomografia de abdome total e colangioressonância não evidenciavam alterações das vias biliares. Realizada biópsia hepática que confirmou o diagnóstico de cirrose biliar primária (CBP). Após 4 meses do diagnóstico, evoluiu com tosse e dispneia aos grandes esforços. MMRC=1. Ao exame físico, apresentava diminuição do murmúrio vesicular à direita e estertores em terços inferiores. Foram solicitadas três baciloscopias de escarro, todas negativas, e tomografia de tórax de alta resolução (TCAR) revelou consolidações multifocais de distribuição subpleural e justacisural, envolvendo principalmente os lobos inferiores, com alguns broncogramas aéreos de permeio, sugerindo a possibilidade de pneumonia em organização criptogênica (POC). Foi tratada com macrolídeo, sem melhora. Realizada segmentectomia cuja análise histopatológica pulmonar evidenciou infiltrado inflamatório misto, linfoplasmocitário com formação de agregados linfoides e preenchimento alveolar por tecido de granulação e macrófagos xantomatosos, confirmando pneumonia em organização. Iniciado tratamento com corticoterapia oral (Prednisona 60mg) com posterior desmame. Paciente evoluiu com melhora clínica e radiológica. **DISCUSSÃO:** Apesar da pneumonia organizante de caráter idiopático ser o subtipo mais comum, deve-se procurar uma causa secundária, mesmo que rara, destacando-se os casos de CBP com sintomas pulmonares pela possibilidade dessa associação. De forma geral, não existem diferenças das manifestações clínicas (simulam quadro gripal), nem quanto aos achados da TCAR (bilaterais, afetando predominantemente os terços médios e inferiores dos pulmões) entre POC e PO secundária. O diagnóstico padrão-ouro de PO é feito por meio da biópsia cirúrgica embora a biópsia transbrônquica possa ser conclusiva. Apresenta boa resposta ao tratamento com corticoterapia oral, sendo uma doença intersticial potencialmente tratável e curável.

Palavras-chave: PNEUMONIA ORGANIZANTE.CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA.BIOPSIA PULMONAR

111 | FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA EM PACIENTE DO SEXO FEMININO. RELATO DE CASO.

MARIA FRANCO LIMA DE CASTRO; CAMILA PINI DA COSTA; NATASHA OHANA MARINHO ROSA; FRANCIELLE MAYRA BARBOSA DE OLIVEIRA; VITOR BOTTÓS DA SILVA; JULIO CEZAR NAVARRO; ISABELA SACIENTI LAVEZO; MARÍLIA FLAVIANE DÁCIA.

UNIVERSIDADE BRASIL, FERNANDÓPOLIS - SP - BRASIL.

Justificativa da relevância do caso relatado: A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é definida como uma forma específica de doença intersticial fibrosante crônica, que ocorre prevalentemente em homens a partir da quinta década de vida. É limitada aos pulmões e apresenta o padrão radiológico de pneumonia intersticial usual (PIU). É relatado aqui o caso de uma paciente do sexo feminino em tratamento para doença pulmonar obstrutiva crônica, que fez o diagnóstico de FPI na investigação da persistência da dispnéia. **Relato de caso:** Mulher, 55 anos, foi atendida no ambulatório com queixa de piora da dispneia basal nos dois últimos anos, estando atualmente com dispneia aos moderados esforços e tosse produtiva, apesar do tratamento, e perda ponderal de 38Kg em 3 meses. Antecedentes: Negava uso de amiodarona, nitrofurantoína e sintomas de doença do refluxo gastroesofágico; Internação prévia há quatro anos por pneumonia; usava travesseiro de espuma; profissão prévia: cuidadora de idosos. Tinha uma TC de tórax prévia com áreas de faveolamento nas regiões basais e subpleurais associadas às bronquiectasias de tração (compatível com PIU). Comorbidades: psoríase em uso de clobetasol creme, doença pulmonar obstrutiva crônica em tratamento há 4 anos, uso de Salmeterol 50mg+Fluticasona 250mg e Teofilina 100mg, duas vezes ao dia. Tabagista ativa há 30 anos (dois maços ao dia). Exame físico: ausência de baqueteamento digital e de cianose de extremidades. Exame pulmonar: murmúrios vesiculares bilateralmente presentes com sibilos em ápices e estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares. Saturação de O2: 92%. Hipótese diagnóstica: Doença pulmonar intersticial fibrosante. Solicitados exames para excluir outras causas (FAN, Fator Reumatóide, Anti-CCP, Anti SCL-70) que vieram negativos. Nova TC de tórax de alta resolução (TCAR) para reavaliação: mantido o padrão radiológico. Espirometria com difusão: FEV1/FVC: 68%, FEV1: 1,17 (46%), Pós BD:1,35 (53%), FVC:1,73 (53%), Pós BD:1,89 (58%), TLC:3,83 (80%), DLCO: 58%. Excluídas outras causas de doença intersticial com padrão PIU, a conclusão do diagnóstico foi FPI e foi prescrito tiotrópio 5mcg/dia. A paciente negou usar corticóide via oral, imunossupressor e fármaco anti-fibrótico (nintedanibe) para o tratamento. Foi encaminhada para o programa de cessação de tabagismo e orientada sobre a importância de romper o vício. **Discussão:** A FPI tem mau prognóstico (sobrevida 2-5 anos). Não há evidências de relação causal específica, porém diversas exposições como o tabagismo (75%), podem estar envolvidas em sua etiologia, além das genéticas (5%). Os sintomas habituais são dispnéia progressiva e tosse. Ao exame pulmonar, estertores crepitantes nas bases em até 90% e baqueteamento digital em 30-40% dos casos. A apresentação clínica compatível, o padrão PIU na TCAR e a exclusão de outras causas são suficientes para o diagnóstico definitivo. O médico deve reconhecê-los, objetivando melhorar o bem-estar global.

Palavras-chave: Fibrose Pulmonar Idiopática.Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.Relato de Caso

112 | OSSIFICAÇÃO PULMONAR DIFUSA: RELATO DE CASO

FLÁVIA LIN; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; MARIANA LAFETA LIMA; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS .; GRACIELY MATIAS GUIMARAES; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Ossificação pulmonar difusa (OPD) é uma condição rara, de etiologia desconhecida, definida pela presença de osso metaplásico no parênquima pulmonar. Geralmente é assintomática, sendo achado incidental em autópsias. Relatamos um caso confirmado através de biópsia transbrônquica. **Relato de caso**: Homem de 80 anos, não tabagista, iniciou dispneia progressiva há cinco anos, atualmente para esforços moderados, associada a perda ponderal de 20kg em três anos. Tinha antecedentes de hiperplasia prostática benigna e síndrome demencial. Exame físico: ausculta pulmonar com estertores em velcro em bases, sem outras alterações. Exames complementares: radiografia de tórax com infiltrado reticulonodular difuso em ambas as bases. Na tomografia computadorizada (TC) de tórax haviam opacidades reticulares, bronquiectasias, bronquiolectasias de tração, raras áreas de faveolamento e múltiplos nódulos calcificados nas áreas de fibrose, às vezes aglomerados, de distribuição periférica e predomínio basal. Espirometria e difusão normais. Ecocardiograma com disfunção diastólica grau I. Hemograma, dosagem de vitamina D, PTH, função renal e eletrólitos, incluindo fósforo e cálcio, estavam normais. A biópsia transbrônquica mostrou um leve infiltrado linfocitário em submucosa, com calcificação cartilagínea e focos de ossificação. Realizado o diagnóstico de ossificação pulmonar idiopática. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial. **Discussão**: A OPD é dividida em 2 tipos histológicos: nodular e dendriforme. A primeira caracteriza-se por nódulos ósseos dentro de espaços alveolares e em geral é associada a estenose mitral ou insuficiência cardíaca. Já na forma dendriforme, ocorre formação de tecido ósseo ramificado no insterstício pulmonar, geralmente com elementos medulares. É usualmente associada a pneumopatias inflamatórias crônicas ou fibrosantes, como fibrose pulmonar idiopática, pneumonias aspirativas de repetição, entre outras, ou de origem idiopática. No caso relatado, o paciente apresentava ossificação de padrão nodular e difuso, mas sem sinais nem histórico de congestão pulmonar, com apenas disfunção diastólica leve no ecocardiograma. Sua fisiopatologia é desconhecida. Algumas teorias sugerem que lesão tecidual e inflamação crônicas, em um meio anóxico e acidótico, podem causar metaplasia de fibroblastos para osteoblastos, com transição de colágeno para matriz óssea. Outras descrevem haver uma reação secundária ao acúmulo de hemossiderina em alvéolos por extravasamento de hemácias na congestão pulmonar. A maioria dos casos é assintomática ou com sintomas secundários à doença pulmonar de base. Porém, casos graves podem evoluir com distúrbio ventilatório restritivo, diminuição de DCO e até pneumotórax. O exame padrão-ouro para diagnóstico é a biópsia cirúrgica, mas TC de tórax e biópsia pulmonar transbrônquica tem se mostrado úteis para o diagnóstico. Atualmente não há tratamento conhecido, mas a doença tem progressão lenta e pode estabilizar por muitos anos.

Palavras-chave: Ossificação Pulmonar Difusa.Ossificação Pulmonar Idiopática.Doença Pulmonar Intersticial

113 | DIAGNÓSTICO TARDIO DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSE (LAM): CASO DA VIDA REAL EM UM HOSPITAL GERAL DE SÃO PAULO-SP.

FABIANA BERALDO ALVES; CAMILA DE ALMEIDA BRAGA; VINÍCIUS ANACLETO AGOSTINHO; OZEAS GALENO DA ROCHA NETO.
HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

JUSTIFICATIVA: A LAM é uma neoplasia de baixo grau pouco conhecida, com incidência de 2-8 casos/milhão. Afeta mulheres em idade reprodutiva e se caracteriza pela proliferação de células musculares lisas atípicas nas vias aéreas, vasos sanguíneos e linfáticos. Pode ser esporádica ou associada a mutação nos genes do complexo esclerose tuberosa (CET). **RELATO DO CASO:** Mulher de 40 anos, procurou P.S. por dispnéia progressiva há 1 ano, dor em flanco esquerdo e perda de 10 kg em 2 meses. Antecedentes de tratamento de pneumonia nesse tempo e histerectomia, em 2017, por leiomioma. Ao exame físico estava acordada, orientada com RCR 2T s/ sopros, PA: 110x70 mmHg e FC: 94 bpm. FR: 24 irpm, SpO2: 92% em aa e MV+ diminuído em 1/3 inferior de HTD e 1/2 inferior de HTE. Ascite moderada. Edema simétrico +2/+4 em MMII. EXAMES: HMG sem alterações relevantes. RX de tórax com derrame pleural bilateral, maior em HTE. Realizado toracocentese que identificou liquido turvo, linfocítico e ADA baixo, sendo internado para drenagem torácica e antibioticoterapia por hipótese de empiema pleural. EVOLUÇÃO: Mantinha grande volume de drenagem pleural e piora da turbidez com suspeita de quilotórax foi requisitado reanálise do líquido pleural e TC de tórax. A toracocentese revelou triglicérides de 3218 mg/dL confirmando o quilotórax. A TC de tórax evidenciou cistos homogêneos difusos nos pulmões e massa heterogênea de 7,7 cm, com cistos, em rim esquerdo, sugestiva de angiomiolipoma, e pequena ascite. Avaliado pela Pneumologia que sugeriu diagnóstico de LAM, orientou dieta pobre em gorduras e nutrição parenteral. A paciente evoluiu com melhora clínica com alta hospitalar. **DISCUSSÃO:** A LAM é uma enfermidade rara que se apresenta por dispneia progressiva, pneumotórax de repetição, quilotórax e hemoptise. Podem estar presentes o angiomiolipoma renal, linfangioleiomiomas abdominais e pélvicos, ascite quilosa e alterações associadas ao CET. O diagnóstico padrão ouro é biópsia, contudo pode ser estabelecido através da epidemiologia e presença de sinais clínicos e achados característicos aos exames de imagem, além da dosagem sérica do VEGF-D > 800 pg/mL. Em nosso caso, o diagnóstico se deu pelos achados de cistos pulmonares em uma mulher fértil associado a angiomiolipoma renal, derrame pleural quiloso e antecedente de leiomioma uterino. O tratamento pode consistir no uso de broncodilatadores, drenagem de tórax, ressecção cirúrgica nos grandes angiomiolipomas e até transplante de pulmão. Nos casos respiratórios moderados e naqueles associados a derrame pleural ou quiloperitôneo, angiomiolipomas > 4 cm ou linfangioleiomiomas, podem ser utilizados os inibidores da m-TOR (Sirolimo) com objetivo de estabilização do VEF1, redução das massas e melhora na qualidade de vida. No presente caso, após melhora clínica o paciente foi encaminhado para tratamento em centro especializado. Atualmente permanece com estabilidade da função respiratória e sem novos sinais de recidiva da ascite ou quilotórax

Palavras-chave: Linfangioleiomiomatose .Complexo esclerose tuberosa.Doenças intersticiais

114 | DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL SECUNDÁRIA À DERMATOMIOSITE COM ANTICORPO ANTI-MDA-5 POSITIVO.

ANA CAROLINA RADICCI PÉGOLO[1]; MARINA DORNFELD CUNHA CASTRO[1]; LUIS CARLOS LOSSO[1]; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA[2]; DANIELLE RESEGUE ANGELIERI[1]; MÔNICA DUARTE COSTA[1]; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS[1]; MARIA RAQUEL SOARES[2]; GUSTAVO FRAZATTO MEDEIROS DE MIRANDA[2]; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA[1]; ESTER NEI APARECIDA MARTINS COLETTA[1]; JOÃO NORBERTO STAVALI[1].
1. HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

RELEVÂNCIA DO CASO: Doenças intersticiais pulmonares (DPIs) possuem diferentes causas. A etiologia é essencial para tratamento e prognóstico. Acometimento pulmonar pode representar manifestação inicial / dominante nas doenças do tecido conjuntivo (DTCs), portanto manifestações extratorácicas devem ser sistematicamente avaliadas. Quando presentes, auto-anticorpos (ac) podem fortemente contribuir.O presente relata um caso raro e inédito no Brasil de DPI por dermatomiosite e ressalta a importância da investigação extensiva na intersticiopatia. **RELATO DE CASO:** Feminino 34 anos, internada por dispneia progressiva há 2 meses e tosse seca. Bom estado geral, estertores finos basais, saturação

98%; discretas máculas em pálpebras, tronco e superfícies extensoras dos cotovelos, discretas pápulas nas articulações interfalangeanas distais das mãos e leve descamação da pele lateral dos quirodáctilos. Consolidações esparsas (periférico e basal). Hemograma normal, PCR 7, FAN 1/160 pontilhado fino, aldolase levemente elevada, CPK normal e anti-Jo1 negativo. Cirurgia torácica indicou biópsia por videotoracoscopia – pneumonia organizante, pneumonia não específica, acúmulos linfoides e pleurite crônica discreta. Piora clínica e tomográficacompulso de metilprednisolona, imunoglobulina e antibioticoterapia. Alta em oxigenoterapia, prednisona e azatioprina. Painel de acs relacionados à miosites (laboratório no exterior) com ac a*nti-melanoma differentiation-associated gene 5* (anti-MDA-5) positivo e diagnóstico de DPI por dermatomiosite amiopática. **DISCUSSÃO:** Miopatias inflamatórias idiopáticas (MIIIs) são doenças crônicas caracterizadas por lesão musculoesquelética imunomediado, com diversos tipos e graus demiositese manifestações extramusculares, incluindo envolvimento cutâneo e pulmonar. A dermatomiosite (DM), subtipo mais comum, inclui lesões cutâneas periorbitais, articulação dos dedos e áreasfotoexpostas. Autores ainda incluem as mãos de mecânico (hiperqueratose na face lateral dos dedos), fator de risco para pneumopatia. Manifestações musculares podem não estar presentes (amiopática). Manifestações pulmonares precedem musculares em mais de S! dos casos. A DPI está presente em 3 a cada 4 casos de MII – manifestação não-musculoesquelética mais comum, segunda causa de morbidade e principal de mortalidade. Algumas condições associam a maior risco para pneumopatia. Na DM amiopática relata-se maior frequência deDPI rapidamente progressiva principalmente em anti-MDA-5 positivo. Esse anticorpo, específico da DM, ocorre em 7 a 13% dos acometidos, principalmente sem miopatia. Ainda é fator preditivo positivo para menor sobrevida e úlceras distais dolorosas.O relato destaca o diagnóstico de MII em mulher jovem, comdoença pulmonar agressiva, lesões dermatológicas incipientes e sem acometimento muscular. O painel de acs com anti-MDA-5 positivo, embora pouco disponível na prática, foi de essencial para confirmação diagnóstica, corroborando para o tratamento instituído.
Palavras-chave: DERMATOMIOSITE.DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL.ANTI-MDA-5

115 | SARCOIDOSE, CÂNCER E PET-CT: RELATO DE CASO

ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; FLÁVIA LIN; GRACIELY MATIAS GUIMARAES; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; MARIANA LAFETA LIMA; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; MARINA DORNFELD CUNHA CASTRO; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA.
UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Sarcoidose é doença granulomatosa sistêmica de acometimento predominantemente pulmonar. O diagnóstico é muitas vezes dificultado pelos achados comuns a outras doenças como tuberculose e neoplasias. O PET-CT vem se mostrando útil em casos com manifestações incomuns, pela possibilidade de identificar órgãos ocultos acometidos e selecionar locais mais acessíveis para biópsia. **RELATO:** Feminino, 51 anos, há 6 meses fadiga, adinamia, dispneia aos grandes esforços, mialgia e artralgia generalizadas, perda ponderal de 15 kg. Adenocarcinoma de cólon há 5 anos submetida a colectomia direita. História prévia de trombose de veia porta evoluindo com hiperesplenismo e varizes de esôfago. Em uso: propranolol e esomeprazol. Sem exposições relevantes. Exame físico: PA 120/80 mmHg, FC 80 bpm, FR 16 irpm, SpO2 98%. Bom estado geral, hipocorada, linfonodomegalia cervical. Auscultas cardíaca e respiratória sem anormalidades. Exame abdominal com baço palpável. Radiografia de tórax: alargamento mediastinal. TC tórax: linfonodomegalia mediastinal, hilar, paratraqueal, nódulos perilinfáticos peribroncovasculares, subpleurais e fissurais. Prova de função pulmonar com valores dentro da normalidade. Hipótese inicial de recidiva tumoral, foi submetida a PET-CT que evidenciou captação difusa (nódulos pulmonares, linfonodos cervicais, mediastinais, hilares, abdominais, inguinais, fígado, baço, medula óssea, partes moles e músculo) com SUV máxima 9,26. Biópsia excisional de linfonodos cervicais: linfadenite crônica granulomatosa não necrotizante, pesquisa de BAAR e fungos negativa. A hipótese diagnóstica foi alterada para sarcoidose estádio II com acometimento multissistêmico. Laboratoriais: Hb 11.7 g/dL, Leuco 3.320/mm^3, Plaq 56.000/mm^3, CaT 9.6 mg/dL, Cai 1.26 mmol/L, Vitamina D 35 ng/mL, PTH 27 pg/mL, Ca urinário 257 mg/24 horas. ECO-TT e Holter sem anormalidades. PPD não reator. Exame oftalmológico sem anormalidades. Introduzida corticoterapia sistêmica com pouca melhora dos sintomas gerais após 3 meses. Considerada terapia imunossupressora, porém paciente pancitopênica, dificultando o manejo terapêutico com outras drogas. **DISCUSSÃO.** A sarcoidose apresenta espectro amplo de acometimento e manifestações. O PET-CT é atualmente a técnica mais sensível para identificar atividade de doença. Além disso, mostra-se útil nos casos suspeitos com radiografia de tórax e biomarcadores normais, na avaliação de órgãos ocultos para realização de biópsia, em pacientes com sintomas persistentes e marcadores convencionais inalterados e para avaliar resposta terapêutica. Dentro do contexto de neoplasia, também devemos levar em consideração a hipótese de reação sarcoide, caracterizada pelo desenvolvimento de granulomas não caseosos, mais comumente em linfonodos de drenagem do câncer. Sintomas sistêmicos não são frequentes. No paciente oncológico a diferenciação pode ser difícil, devendo-se considerar história clínica, exames complementares e tempo de surgimento do quadro.
Palavras-chave: Sarcoidose.PET-CT.Câncer

116 | CA 15-3 COMO BIOMARCADOR NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA

PAULA SILVA GOMES[1]; MARIA RAQUEL SOARES[1]; RIMARCS GOMES FERREIRA[1]; RAFAELA BOAVENTURA MARTINS[2]; ANDRÉA GIMENEZ[2]; ANDRÉ BEZERRA BOTELHO[2]; GUSTAVO DE SOUZA PORTES MEIRELLES[3]; MARIA FERNANDA MUNHOZ LAGES[3]; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA[2].
1. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. FLEURY, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Biomarcadores associados à mucina-1, tais como Krebs von den Lungen-6 (KL-6) e o antígeno de carboidrato CA 15-3 (CA15-3) estão correlacionados com diversas doenças pulmonares intersticiais (DPIs). No entanto, os níveis de CA 15-3 não são validados como marcador de atividade e extensão na pneumonite de hipersensibilidade crônica (PHc).
Objetivo: Avaliar o CA 15-3 como marcador de gravidade e atividade na pneumonite de hipersensibilidade crônica (PHc).
Métodos: Quarenta e um adultos com PHc foram avaliados em um estudo prospectivo. Níveis séricos de CA 15-3 foram: 1) Comparados entre pacientes com e sem doença ativa; 2) Comparados entre pacientes que se afastaram ou não da exposição ambiental; 3) Correlacionados com gravidade funcional e extensão de doença através do CALIPER software. Para comparação entre os grupos, o CA 15-3 foi transformado em logaritmo natural (ln). **Resultados:** A média de idade foi de 60.1±11.6 anos; a média de CVF% foi 70.3±17.3. A mediana dos níveis séricos de CA 15-3 foi de 48.1 U/mL e foram mais altos em pacientes com doença ativa (n=22) em comparação com aqueles sem atividade (n=19): ln CA 15-3 = 4.20 ± 0.77 vs 3.65 ± 0.64 (t= 2.48, p=0.02). Pacientes que afastaram a exposição (n=18) apresentaram menores valores de CA 15-3: 3.60 ± 0.63 vs 4,24 ± 0,78 (t= 2.82, p<0.01). Níveis séricos de CA 15-3 foram inversamente correlacionados com CVF% (r =-0,30, p=0,05),

DI_{CO}% (r =-0,54, p<0,01) e SpO2 após exercício (r =-0,59, p<0,01) e diretamente com escore tomográfico total pelo CALIPER software (r= 0,47; p=0,004), especialmente com a extensão das opacidades em vidro fosco (r=0.58, p<0,001).
Conclusão: CA 15-3 é um promissor biomarcador em PH crônica mostrando correlação direta com gravidade, particularmente troca gasosa, e atividade de doença.
Palavras-chave: pneumonite de hipersensibilidade.biomarcador CA 15-3.doença pulmonar intersticial.

117 | PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL NA ARTRITE REUMATÓIDE: UMA EVOLUÇÃO DA PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO?
LEONARDO VINICIUS DE FREITAS[1]; JULIANE PENALVA COSTA SERRA[2]; NATALIA FERNANDES DA SILVA[1]; TOMAS NERI BEDER[1]; PHILIPPE DE FIGUEIREDO BRAGA COLARES[1]; ALEXANDRE FRANCO AMARAL[1]; ISABELA MAGGIONI HOLZ[1]; RONALDO ADIB KAIRALLA[1]; ANA LUISA PIMENTEL MAIA[1]; BRUNO GUEDES BALDI[2].
1. HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HCFUMSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.
Justificativa e relevância do caso: O comprometimento pulmonar na artrite reumatóide (AR) é causa importante de morbidade e mortalidade, sendo a doença intersticial pulmonar (DIP) sua manifestação torácica mais comum. Os padrões morfológicos de pneumonia intersticial usual (PIU) e pneumonia intersticial não específica (PINE) são os mais frequentemente encontrados. A pneumonia em organização (PO) trata-se de uma manifestação incomum da AR e carrega diagnósticos diferenciais importantes como reação a droga. Nesse contexto, apresentamos a seguir o relato de caso de uma paciente com diagnóstico de AR que, no curso de sua doença, evoluiu com diferentes padrões de DIP relacionados a AR. **Caso clínico:** Paciente de 62 anos, sexo feminino, diagnosticada com Artrite Reumatóide, foi encaminhada ao serviço de Pneumologia para avaliação de dispneia, mMRC1, iniciada há cerca de 12 anos. Na ocasião, fazia uso de metotrexato 20 mg/semana, prednisona 5 mg/dia e sulfassalazina 3 g/dia para controle de atividade articular. Negava tosse, expectoração, febre ou emagrecimento associado. Apresentava história prévia de tuberculose pleural tratada há 10 anos, HAS, hipertireoidismo e hepatite C crônica. Negava tabagismo. Ao exame físico, apresentava saturação periférica de oxigênio de 98% em ar ambiente e ausculta pulmonar normal. Prova de função pulmonar evidenciou distúrbio ventilatório restritivo, com capacidade vital forçada de 2,49 L (90% do predito) e redução discreta da capacidade pulmonar total (79% do predito). A Tomografia computadoriza (TC) de tórax mostrou consolidações sub-pleurais, com predomínio em campos inferiores, sugestivas de PO. Após 4 anos sem seguimento clínico e com suspensão por conta própria das medicações em uso, a paciente retorna em consulta com intensa atividade articular e piora da dispneia. Nova TC de tórax evidenciou padrão tomográfico caracterizado por reticulado fino periférico, bronquiolectasias de tração e cistos de faveolamento esparsos com predomínio basal e subpleural, compatível com padrão PIU. No entanto, à comparação entre as tomografias, verificou-se que as alterações atuais se tratavam de evolução fibrosante das lesões inicialmente compatíveis com PO. **Discussão:** A DIP relacionada a AR, responsável por importante morbimortalidade, pode se desenvolver como a primeira manifestação da doença ou, mais comumente, anos após o diagnóstico inicial. A PO, apresentação pulmonar incomum na doença, é marcada por melhor resposta aos agentes imunossupressores e melhores desfechos, principalmente, quando comparado a PIU. No entanto, estudos prévios reforçam que a PO relacionada a AR apresenta pior resposta ao tratamento e maiores taxas de recorrência quando comparado a pneumonia em organização criptogênica (POC). Poucos casos de progressão de PO para UIP tem sido descritos na literatura. Assim, esse caso clínico reforça a importância da avaliação tomográfica de forma evolutiva a fim de se chegar a um diagnóstico acurado.
Palavras-chave: Artrite Reumatoide .Pneumonia intersticial usual.Pneumonia em organização

118 | BRONQUIOLITE OBLITERANTE HIPEREOSINOFÍLICA: UMA RARA APRESENTAÇÃO DE EOSINOFILIA PULMONAR
JOYCE VALADAO BORGES; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS; MARCELO BEZERRA DE MENEZES; MURILLO DE ARAÚJO MARTINS; MARCELL SILVA COSTA; ANDRE GUSTAVO NUNES BATISTA; ADRIANA IGNACIO DE PADUA; ANDREA DE CÁSSIA VERNIER ANTUNES CETLIN; LUIS RENATO ALVES; DÉBORA SANTANIN SANCHEZ.
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL.
CASO: Mulher, 29 anos, procedente de Ribeirão Preto, trabalhava em salgaderia. Portadora de rinite alérgica, polipose nasal e alergia a anti-inflamatórios. No primeiro atendimento relatava dispneia há 4 anos, em piora progressiva, associada a sibilância e tosse seca persistente. Negava viagens para regiões com endemias parasitárias, uso de anti-inflamatórios ou queixas de outros aparelhos. À ausculta, sibilos ins- e expiratórios difusos. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo muito grave com resposta ao broncodilatador. Iniciados beta-agonista de ação prolongada e corticoide inalatório em alta dose e xantina, com resposta frustra. Hemogramas com eosinofilia persistente (> 1500 em exames sucessivos) mesmo após tratamento antiparasitário empírico e tomografia de tórax com micronódulos e padrão de árvore em brotamento. Recebeu corticoide sistêmico (40mg/dia) internada para realização de broncoscopia, com remissão completa de sintomas, redução de contagem de eosinófilos no sangue e melhora funcional (de 1800x103 eos/uL e 1,04 L pós broncodilatador para 900x103 eso/uL e 2,53 L pós broncodilatador, em 30 dias). O lavado broncoalveolar tinha 27,5% de eosinófilos e o anátomo-patológico da biópsia transbrônquica mostrou bronquiolite
linfo-plasmocitária com focais eosinófilos. Realizado o diagnóstico de bronquiolite obliterante hipereosinofilica (BOH) e mantida corticoterapia sistêmica. Tentativas de redução de dose de corticotide causaram piora de sintomas. DISCUSSÃO: Doenças pulmonares eosinofílicas são patologias em que há eosinofilia periférica, no lavado broncoalveolar e no parênquima pulmonar. Dentre elas, a BOH é rara e de etiologiapouco conhecida, podendo ser idiopática, associada a asma, relacionada a causas determinadas (como aspergilose broncopulmonar alérgica - ABPA- e uso de drogas) ou como parte de condições patológicas sistêmicas, como a síndrome hipereosinofílica. Caracterizada por tosse, dispneia e por vezes sibilância, os siagnósticos diferenciais são asma de difícil controle, doenças parasitárias/infecções fúngicas, micobacterioses, uso de medicações ou drogas, ABPA, granulomatose eosinofílica com poliangeíte, pneumonia eosinofílica aguda e crônica e outras. Os critérios diagnósticos são: eosinofilia periférica > 1000 células/?L e/ou eosinófilos no LBA > 25%, obstrução ao fluxo aéreo a despeito de altas doses de broncodilatadores e corticoides inalatórios, e presença de bronquiolite eosinofílica na biópsia pulmonar e/ou sinais de bronquiolite ao exame tomográfico (nódulos centrolobulares e imagens de “árvore em brotamento”). Geralmente há boa resposta a corticoterapia oral, sendo necessário o uso por longo período de tempo devido a risco de piora sintomática e funcional.
Palavras-chave: Bronquiolite.Hipereosinofilia pulmonar.Eosinofilia

119 | PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

NATALIA FERNANDES DA SILVA[1]; GUSTAVO CORRÊA DE ALMEIDA[2]; LEONARDO VINICIUS DE FREITAS[2]; PHILIPPE DE FIGUEIREDO BRAGA COLARES[2]; TOMAS NERI BEDER[2]; ISABELA MAGGIONI HOLZ[2]; JULIANE PENALVA COSTA SERRA[2]; BRUNO GUEDES BALDI[2]; RONALDO ADIB KAIRALLA[2].

1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HCFMUSP, RONDONOPOLIS - SP - BRASIL; 2. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Pseudotumor inflamatório é uma neoplasia rara, que acomete principalmente pacientes jovens. Os achados são inespecíficos e variados, dependentes do local de acometimento. Pode se manifestar em diversos órgãos, sendo o nódulo pulmonar solitário a forma mais frequente de apresentação. **Relato do caso**: Paciente masculino, 58 anos, ex-tabagista, iniciou quadro de tosse seca que evoluiu, em 4 meses, com hemoptoicos, sudorese noturna e dor torácica posterior à esquerda. Na investigação complementar, a tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou massa em lobo superior esquerdo (LSE), com 7,4 x 5,5 x 14,6 cm, bordas irregulares. Optado por realizar broncoscopia com biópsia transbrônquica e lavado broncoalveolar, com predomínio mononuclear (92%), pesquisa de tuberculose e culturas negativas e ausência de células malignas na citologia. Anatomopatológico evidenciou processo inflamatório crônico linfo-histiocitário com granulomas não caseosos. Diante da incerteza do diagnóstico, prosseguiu investigação com biópsia transtorácica, tendo novamente resultado negativo para malignidade. No seguimento, realizado TC por emissão de pósitrons (PET-CT) que comprovou a mesma lesão em LSE, com acentuado consumo glicolítico (SUVmax 20,7), estendendo-se para linfonodos mediastinais e para coluna em T2,T3 e T4, com colapso do corpo vertebral de T2, além de múltiplos nódulos randômicos contralaterais. Cerca de 10 meses após o início dos sintomas, evoluiu com síndrome de compressão medular, sendo submetido à descompressão medular e artrodese. Durante internação, recebeu dexametasona endovenosa para controle de sintomas neurológicos, verificando-se, concomitantemente, melhora das lesões pulmonares. Optado, então, diante dos achados e suspeita clínica, realizar a revisão anatomopatológica da biópsia pulmonar, ratificando a ausência de células neoplásicas e confirmando a suspeita diagnóstica de pseudotumor inflamatório pela imunohistoquímica. **Discussão**: O pseudotumor inflamatório é raro, cursa com achados clínicos e radiológicos inespecíficos, com características expansivas semelhantes a processos malignos, o que o torna um desafio diagnóstico. A incidência é maior em adulto jovem, com idade média de aparecimento aos 40 anos, podendo cursar com tosse, febre, dispneia e dor torácica. A etiologia é incerta, com hipóteses que defendem origem autoimune ou infecciosa. A realização de citologia no lavado broncoalveolar é importante no diagnóstico diferencial de doenças prevalentes no Brasil, como tuberculose e neoplasia pulmonar. O tratamento inclui a ressecção cirúrgica quando possível, contudo há relatos na literatura de casos irressecáveis que reduziram e até mesmo regrediram com o uso do corticóide. Este caso evidencia a dificuldade no diagnóstico do pseudotumor inflamatório, possível apenas após melhora das lesões com o uso de corticoesteroide sistêmico para síndrome de compressão medular, e corroborado após reavaliação da imunohistoquímica.

Palavras-chave: Pseudotumor inflamatório.massa pulmonar.neoplasia pulmonar

120 | SÍNDROME ANTISINTETASE INCOMPLETA EM MULHER

JULIANA CLARO PELOSO[1]; VINICIUS VERLANGIERI SOUBIHE[2]; AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS .[3]; JOSÉ ROBERTO MEGDA FILHO[2]; ELISA FERNANDES DE MELO[2].

1. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, TAUBATE - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TAUBATE, TAUBATE - SP - BRASIL; 3. UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A Síndrome antisintetase (SAS) é uma doença auto imune, caracterizada por miosite, fenômeno de Raynaud, febre, doença pulmonar intersticial, artropatia e "mãos de mecânico" associados à presença de anticorpos contra a sintetase do RNAt, especialmente anti Jo 1. É uma doença rara, com incidência na população geral ainda desconhecida e prevalência duas vezes maior no sexo feminino. A Doença Pulmonar Intersticial (DPI) é o principal determinante de morbidade e mortalidade na SAS. **Caso Clinico:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, apresentava dispnéia aos moderados esforços há 45 dias e febre, sendo internada por infecção pulmonar com necessidade de suplementação de oxigênio. Foi iniciado antibiótico e investigação diagnóstica pelo evento agudo em paciente sem história de tabagismo ou exposição. Durante o exame físico havia presença de mãos de mecânico (figura 1). Nos exames laboratoriais VHS de 100, DHL de 665 (VR: 240-480), aldolase de 18,5 (VR: <7,6), FAN positivo padrão citoplasmático pontilhado fino denso 1/160 com anti-Jo1 negativo. Sorologias não reagentes. Tomografia de tórax com múltiplas opacidades irregulares com traves densas, atenuação em vidro-fosco distribuídos difusamente por ambos os pulmões e espessamento pleural bilateral (figura 2). Realizado pesquisa para bactérias comuns, atípicas, micobactérias, além de fungos, sendo todas negativas. Com o conjunto do quadro clínico, tomográfico e laboratorial a principal hipótese diagnóstica foi Síndrome Anti-sintetase. Iniciado pulsoterapia com Metilprednisolona seguido de corticóide oral e Ciclofosfamida mensal, com remissão do quadro pulmonar e melhora sintomática. **Discussão:** A SAS e uma doença rara, com incidência na população geral ainda desconhecida e prevalência duas vezes maior no sexo feminino. A Doença Pulmonar Intersticial (DPI) é o principal determinante de morbidade e mortalidade na SAS. Alem do FAN no padrão citoplasmatico pontilhado fino denso, temos os anticorpos antisintetase, sendo o antiJo1 positivo em 70% dos casos. Espera-se que uma maior consciência das características clínicas desta síndrome permitirá o diagnóstico mais adiantado e o tratamento apropriado para melhorar resultados desses pacientes.

Palavras-chave: ANTISINTETASE.INTERSTICIO.ANTI JO1

121 | DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL ASSIMÉTRICA: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE SÍNDROME ANTISSINTETASE

ANA LUISA PIMENTEL MAIA[1]; JULIANE PENALVA COSTA SERRA[2]; PHILIPPE DE FIGUEIREDO BRAGA COLARES[2]; TOMAS NERI BEDER[2]; ISABELA MAGGIONI HOLZ[2]; BRUNO GUEDES BALDI[2]; RONALDO ADIB KAIRALLA[2]; LEONARDO VINICIUS DE FREITAS[2]; SOFIA ROCHA SAN MARTÍN[2]; YURI DE DEUS MONTALVERNE PARENTE[2]; ANA CLARA PEREIRA DE VASCONCELOS[2].

1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - AP - BRASIL; 2. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A síndrome antissintetase (SAS) corresponde a um subgrupo específico de pacientes com miopatia inflamatória idiopática (MII). Essa síndrome caracteriza-se clinicamente por febre, mãos de mecânico, fenômeno de Raynaud e artrite não erosiva, associado a doença pulmonar intersticial (DPI) e presença de anticorpos anti-RNA-sintetase. A DPI associada

a SAS é uma importante causa de morbi-mortalidade e, em sua maioria, manifesta-se tomograficamente com o padrão de pneumonia intersticial não específica (PINE), sendo a apresentação assimétrica uma característica rara. **Relato do caso:** Paciente 71 anos, sexo masculino, com queixa iniciada há cerca de um ano de tosse predominantemente seca, febre intermitente e dispneia aos esforços, mMRC2. Negava expectoração, fraqueza muscular, disfagia. Tinha antecedente de tuberculose pleural tratada há 4 anos e era ex-tabagista (carga tabágica de 25 m.a.). Ao exame físico, apresentava saturação de oxigênio de X % em ar ambiente, estertores crepitantes em base esquerda à ausculta pulmonar, além de mãos de mecânico, pápulas de Gottron e fenômeno de Raynaud. Exames laboratoriais evidenciaram FAN citoplasmático 1:320, anti – Ro reagente, anti-Jo1 não reagente e elevação discreta de CPK. Prova de função pulmonar mostrou CVF de 3,05 (69% do predito). A tomografia de alta resolução (TCAR) de tórax apresentava infiltrado reticular periférico, associado a bronquiolectasias de tração e áreas de atenuação em vidro fosco com predomínio em lobo inferior esquerdo. Diante dos achados clínicos, laboratoriais e radiológicos apresentados o diagnóstico de síndrome antissintetase com acometimento pulmonar assimétrico foi firmado e iniciado imunossupressão com prednisona e azatioprina. **Discussão:** A síndrome antissintetase têm na doença pulmonar intersticial sua principal causa de morbidade. O padrão de pneumonia intersticial não específica (PINE) é a apresentação mais comum, com opacidades bilaterais em vidro fosco, bronquiectasias de tração e infiltrado reticular. Ainda que a doença pulmonar de distribuição simétrica seja mais comum na PINE, o acometimento assimétrico visto no caso relatado deve ser lembrado. No geral, ocorre numa minoria dos casos, com uma prevalência em torno de 10% em algumas séries.
Palavras-chave: SINDROME ANTISSINTETASE.Pneumonia intersticial não específica.doença intersticial pulmonar

DOENÇAS VASCULARES PULMONARES

122 | ANEURISMA GIGANTE DE AORTA TORÁCICA : RELATO DE CASO

VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN[1]; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN[2]; CAMILA MARTINS PAREDES[2]; DEBORA FERNANDA ESTEVES TRINDADE[2]; BRUNO BOLSONARO CALEGARI[2]; FABRÍCIO DONÁ ERNICA[2]; BRUNO FIORANTE AKIMOTO[2]; ALEXANDRE DE ALMEIDA PUCCI[2]; LEANDRO NAVAS PIRES[2]; YURI RIBEIRO BASSETO[2].
1. UNIMAR, MARILIA - SP - BRASIL; 2. UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Aneurisma de Artéria Aorta é uma dilatação anormal localizada, de tamanho variável, levando à alteração da parede arterial, que se torna fragilizada, podendo romper-se, causando o óbito do paciente. As causas mais freqüentes são a aterosclerose vascular, doenças do tecido conjuntivo, valvopatias, infecções anteriores mal tratadas tais como sífilis e salmonelose, e lesões traumáticas de tórax. Os fatores de risco englobam a idade do paciente, tabagismo crônico, Hipertensão Arterial Sistêmica e histórico familiar. Os sintomas incluem dor torácica anterior e posterior, inclusive com irradiação para pescoço e membro superior esquerdo, tosse e dispnéia. A radiografia de tórax pode ser o primeiro exame que sugira o diagnóstico, a qual pode evidenciar o aumento da sombra mediastinal e desvio ou compressão da traquéia ou do brônquio principal esquerdo. A Tomografia Computadorizada de Tórax é exame específico para a avaliação e diagnóstico. O tratamento indicado é a colocação de fixadores endovasculares na artéria, também chamados Stents. **RELATO DO CASO**: Os autores descrevem o caso de um paciente de 65 anos, com quadro havia 2 anos de Aneurisma Gigante de Aorta Torácica, tendo apresentado sintomas de tosse seca e dispnéia aos esforços. O aneurisma se estendia por toda croça da Aorta, com dilatação de cerca de 7,4 cm, com calcificações parietais e trombos murais. Foi submetido à implantação de Endoprótese Zenith Alpha 38 x 217 mm, com ancoragem proximal de 5 cm em prótese previamente implantada, tendo sido realizada posteriormente Arteriografia de controle através de cateter pig tail, o qual evidenciou exclusão do aneurisma. Também é portador de DPOC devido a tabagismo durante 55 anos, tendo cessado na época do procedimento, estando em uso de medicações inalatórias (Salbutamol + Beclometasona spray) para controle. TC de Tórax atual evidencia as imagens e Espirometria acusa CVF = 69%, e VEF1= 61%, configurando distúrbio ventilatório combinado leve. **DISCUSSÃO**: Esta descrição mostra-se interessante, devido a extensão da lesão aneurismática na Aorta e ao sucesso da implantação da endoprótese, mantendo o paciente estável em termos clinicos. Neste caso, o tabagismo de cerca de 55 anos, contribuiu muito, associado à tendência individual do paciente, para a formação da estrutura anômala. Paciente mantém-se atualmente em seguimento clínico de forma satisfatória.
Palavras-chave: ANEURISMA DE AORTA.GIGANTE.ENDOPRÓTESE

123 | RELATO DE CASO: GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGIÍTE ASSOCIADO A MANIFESTAÇÃO SISTÊMICA E ANCA-C POSITIVO.

MURILO MOREIRA; LUÍS MAURÍCIO BATALIN JÚNIOR; MARTA ELIZABETH KALIL; SONIA FERRARI PERON; MARCELA FIUSA MARQUES MADEIRA.
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, CAMPUS SOROCABA, SOROCABA - SP - BRASIL.

Relevância: A Granulomatose Eosinofílica com Poliangiíte (GEPA) é uma vasculite rara e a apresentação clínica com comprometimento dos sistemas respiratório e renal, ANCA-c positivo, eosinofilia no hemograma e nas biópsias, mostra a importância da célula envolvida na inflamação e consequentemente o papel das biópsias para a confirmação diagnóstica. **Relato de caso**: Paciente do sexo masculino, 55 anos, natural de Piedade/SP, bancário e sem comorbidades prévias. Iniciou com quadro de tosse seca e chiado 4 meses antes da internação, evoluiu com piora do quadro, agora associados a dispnéia a moderados esforços e perda ponderal de 15 Kg. Foi admitido com sibilos expiratórios difusos, taquidispnéia, febre de 38°C e parestesia em região dorsal do pé direito, que havia iniciado 3 dias antes da admissão. Nos exames laboratoriais apresentava hemograma com leucocitose, sem desvio, eosinofilia (3424/mm³), disfunção renal e ANCA-c positivo (1/80). Realizou tomografia de tórax de alta resolução (TCAR), com múltiplas áreas de atenuação em "vidro fosco" distribuídas difusamente pelos pulmões, associado a raras áreas de consolidação, em localizações diferentes da TCAR prévia. Realizou broncoscopia com biópsia transbrônquica: grande quantidade de secreção na árvore brônquica e na biópsia apresentou infiltrado inflamatório de eosinófilos e vasculite compatível com o diagnóstico de GEPA. Os achados foram corroborados com a biópsia renal (glomerulonefrite pauci-imune e vasculite anca-associada). O tratamento realizado com pulso de corticoide e posterior ciclofosfamida, apresentando melhora significativa dos sintomas clínicos e melhora tomográfica. **Discussão**: O diagnóstico de GEPA é baseado nos critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia, dos quais o nosso paciente apresentava: asma de início tardio, opacidades migratórias difusas em

TCAR, mononeuropatia em MID, eosinofilia (>1500/mm³) e biópsia mostrando eosinófilos extravasculares. O acometimento renal é raro. Uma característica marcante foi o diagnóstico por biópsia transbrônquica, pois seu rendimento é muito baixo tratando-se de vasculites. A positividade de ANCA-c é incomum, já o ANCA-p é encontrado em 40-70% dos casos. A GEPA é dividida em três fases: prodrômica que cursa com asma; fase eosinofílica, marcada por eosinofilia e infiltrados eosinofílicos teciduais; e a vasculítica, acometendo diferentes órgãos, neste caso renal, aumentando a morbidade. O tratamento recomendado é de imunossupressão com corticoide e ciclofosfamida, dependendo do acometimento da doençae os diagnósticos diferenciais remetem a infecções parasitárias, aspergilose broncopulmonar alérgica e pneumonia eosinofílica.

Palavras-chave: GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGIÍTE.ASMA.VASCULITE

124 | HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM ATIVIDADE: UM RELATO DE CASO DE REGRESSÃO DA DOENÇA APÓS PULSOTERAPIA

MONIQUE ALMEIDA BAROTTI[1]; BEATRIZ OLIVEIRA ASCONEGUY[1]; JULIA POMPEU DE SOUSA BRASIL[1]; JULIANA REICHMANN DE OLIVEIRA[1]; ALEXANDRE ATSUSHI YAI[1]; ISABELLE QUAGLIATTINI CAMPOS[1]; GISELLE BATAGINI GONÇALVES[1]; MÔNICA SILVEIRA LAPA[2]; ELIE FISS[3].

1. USCS, SÃO CAETANO DO SUL - SP - BRASIL; 2. USCS E FMABC, SÃO CAETANO DO SUL - SP - BRASIL; 3. FMABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

A Hipertensão arterial pulmonar (HAP) é definida como pressão arterial pulmonar média (PAPm) e”25mmHg em repouso confirmada por cateterismo cardíaco direito e pressão capilar pulmonar (PAWP) d”15mmHg. Esta doença está associada a diversas comorbidades como colagenoses, hepatopatias, esquistossomose, entre outras. O Lupús eritematoso sistêmico (LES) pode cursar com HAP e os pacientes tem prognóstico reservado. O tratamento de HAP em LES em atividade é ainda controverso. Relatamos um caso de LES em atividade com desenvolvimento de HAP que apresentou regressão após pulsoterapia. **Relato de caso:** L.T.R., do sexo feminino, 49 anos, LES há 8 anos, é encaminhada para o ambulatório para acompanhamento da HAP. Ao ser admitida, relatava dispneia há cerca de 2 meses (CFIII), sendo que neste período realizou um ecocardiograma, que indicou o diagnóstico de HAP com PSAP de 61mmHg, átrio direito com 28mm, dilatação de câmaras direita e discreto derrame pericárdico. Iniciou a pulsoterapia com Ciclofosfamida mensal após o diagnóstico de HAP e Prednisona 30mg (julho à dezembro/2018). Estava em uso de Micofenolato há 3 anos, Calcort 6mg, Lasix há 20 dias (1cp), sendo que no momento da consulta estava em uso de ¼ cp de Lasix. Ao exame físico, BEG; Sat 98%; FC 112 bpm; PA 140x80mmHg; ausência de estase jugular; aparelho cardiovascular sem alterações, exceto um desdobramento de B2; ausculta pulmonar e exame de abdome sem alterações, ausência de edema em MMII. Foi realizado o protocolo de TEP que descartou tal alteração e realizado um USG MMII, negativo para TVP. A espirometria não mostrava alterações. **Evolução**: Os principais marcadores de prognóstico para HP incluem a classe funcional da New York Heart Association, teste de caminhada de 6 minutos, cateterismo cardíaco direito, marcadores bioquímicos como o BNP e questionários de qualidade de vida. Na segunda consulta, após orientações sobre restrição de liquidos e uso 1cp de Lasix, a paciente se encontrava com uma melhora da dispneia, CFII e BNP 41. Em seu primeiro teste de caminhada (fevereiro/2019), a distância foi de 494m; Sat 98-93%; FC 61-75-81-94. Ao teste de caminhada (maio/2019), apresentou uma distância de 540 metros; sat: 96-85%; FC 69-73-76-81. Cateterismo cardíaco direito: AD 2; TP 35x17x23; POAP 9; AORTA 120x54x76; DC 10,1; IC 5,4; RVP 2,6; RVS 13,7; coronárias sem lesões. Após 7meses do término da pulsoterapia, a paciente se encontra bem, CFI, ainda em uso de furosemida ½ cp em dias alternados. **Discussão:** O caso mostra uma melhora da HAP da paciente após a pulsoterapia e, consequentemente, o controle da doença. Ainda não há evidências se a associação de medicamentos específicos para HAP (vasodilatadores) durante o LES em atividade é benéfica ou se apenas o controle da doença em atividade culminaria em regressão da HAP. Este caso evidencia o papel importante do controle da LES e a diminuição da HAP.

Palavras-chave: Hypertension, Pulmonary.Lupus Erythematosus, Systemic.Signs and Symptoms, Respiratory

125 | GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE EM ADOLESCENTE – “NEM TUDO O QUE SIBILA É ASMA!”

CAMILA DE ALMEIDA BRAGA; FABIANA BERALDO ALVES; VINICIUS DILGUERIAN DE ALMEIDA; VINÍCIUS ANACLETO AGOSTINHO; OZEAS GALENO DA ROCHA NETO.

HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

JUSTIFICATIVA: A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPA) é uma vasculite rara, potencialmente fatal, que acomete principalmente o pulmão de adultos com idade média de 40 anos, sendo incomum em crianças e adolescentes. **RELATO DO CASO:** Paciente sexo masculino, 14 anos, procurou hospital com piora da dispnéia e tosse seca há 15 dias, associada a artralgias, parestesias em extremidades de MMSS e paresia transitória em MMII há 1 mês. Referia início de asma de difícil controle há 5 meses, mesmo com uso regular de corticoide inalatório e sistêmico. Ao exame estava afebril, orientado, RCR em 2T, sem sopros. Taquidispnéico, SpO2 87% em AA e sibilos difusos. MMII sem edemas. **EXAMES:** Hemograma com leucocitose de 24.000 (eosinofilia de 50%). Função renal e urina I normais. RX tórax com hipotransparências periféricas em 1/3 inferior de pulmão D e 1/3 médio de pulmão E. TC tórax com opacidades em vidro fosco e consolidações periféricas em LID, segmento posterior do LIE e LSE. TC seios da face com polipose nasal, espessamento de mucosas e cistos. Internado com hipótese de sinusopatia, pneumonia e crise de asma, sendo prescrito corticóide e ATB. **EVOLUÇÃO:** Apresentou piora no 4^{0} DIH, com dor precordial associada a troponina positiva e fibrilação atrial aguda. Ecocardiograma sem alterações levando a suspeita de miocardite. Apresentou ainda dor intensa, hipotermia e cianose fixa em pododáctilos do MID. Arteriografia mostrou oclusão das artérias tibial anterior e posterior. Hemograma mantinha eosinofilia importante. Solicitado protoparasitológico, imunofenotipagem e autoanticorpos, incluindo ANCA, que resultaram negativos. Considerando diagnóstico de GEPA iniciou-se pulsoterapia com metilprednisolona EV e ciclofosfamida EV. Houve melhora progressiva, embora tenha ocorrido delimitação da necrose e amputação transmetatársica D. Recebeu alta hospitalar 20 dias depois. **DISCUSSÃO:** GEPA é uma vasculite necrotisante sistêmica bastante incomum em adolescentes e crianças, seguindo curso mais agressivo nessa faixa etária, com manifestações cardiovasculares e pulmonares proeminentes, como no caso. A asma está presente em mais de 90% dos pacientes precedendo a fase vasculítica em 8 a 10 anos. No caso, precedeu em apenas 6 meses. Deve ser suspeitada em asmáticos mal controlados, mesmo em doses moderadas de corticóides inalatórios e o diagnóstico é feito pela presença de pelo menos 4 de 6 critérios definidos pelo Colégio Americano de Reumatologia, dos quais nosso paciente apresentou 5: asma, eosinofilia periférica > 10%, neuropatia, infiltrados pulmonares e anormalidades dos seios paranasais. Neste caso, pela gravidade inicial, não foi possível a biópsia pulmonar antes da pulsoterapia. Atualmente, o prognóstico da GEPA vem mudando graças ao uso de corticóides sistêmicos e imunossupressores, com melhora na sobrevida em 70% a 90% em 5 anos. O paciente permanece em seguimento ambulatorial, em uso de imunossupressores e sem novas crises graves de exacerbação até o momento.

Palavras-chave: Asma .Síndrome de Churg-Strauss.Granulomatose eosinofílica com poliangeíte

126 | INVESTIGAÇÃO DE DISPNEIA EM PACIENTES COM TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA PRÉVIA E USO DE DAPSONA

AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS .[1]; JAQUELINA SONOE OTA ARAKAKI[2]; ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA ALVARES DA SILVA CAMPOS[2]; LARISSA MARION GRANDE CAVALHERO[2]; JOSIÉLE APARECIDA DE SOUZA[2]; JULIANA LUCENA DOS SANTOS[2]; NATALIA CAROLINA ORTIZ POBLETE[2]; ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA[2]; ANDRÉIA LOZER SARMENGHI[2]; GRACIELY MATIAS GUIMARAES[2]; MARIANA LAFETA LIMA[2]; FABIANA OLIVEIRA PENIDO[2].

1. UNIFESP, LORENA - SP - BRASIL; 2. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A avaliação de dispneia crônica requer história clínica detalhada seguida de investigação diagnóstica sistemática, principalmente na presença de comorbidades. Dispneia na presença de dissociação entre a leitura de saturação de oxigênio (SpO2) por meio de oxímetria de pulso e na gasometria arterial (SaO2) deve levantar a hipótese de metemoglobinemia. **RELATO DE CASO:** Mulher, 42 anos, iniciou em 2013 dispneia aos moderados esforços, sem caráter progressivo. Apresentava antecedente de dermatite herpetiforme, em uso regular de Dapsona desde os 18 anos, doença celíaca, asma na infância (atualmente assintomática) e cirurgia para correção de Pectus Escavatum em 2003, que evoluiu com múltiplas complicações e reabordagens cirúrgicas entre 2003 e 2005. Diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar Agudo em 2014, tratada com anticoagulação oral por 1 ano, sem melhora dos sintomas. Ao exame físico a paciente não apresentava lesões de pele. À inspeção torácica observava-se *Pectus scavatun* e escoliose, sem alterações na ausculta respiratória ou cardiovascular. SpO2 de 84% (ar ambiente). Foi iniciada investigação complementar, onde realizou gasometria arterial em ar ambiente, com PaO2 94,7 e SaO2 98%. Espirometria com distúrbio ventilatório restritivo leve. Entre os exames de imagem, foram realizados Ecocardiograma, Cintilografia pulmonar de perfusão/inalação e Tomografia computadorizada de tórax, os quais não evidenciaram alterações sugestivas de TEP, doenças parenquimatosas pulmonares ou doenças cardíacas que justificassem os sintomas. Dosagem de Metemoglobina sérica 6,9% (valor de referência 2%). Realizou teste de exercício cardiorrespiratório para avaliação de possíveis mecanismos associados à dispneia. Capacidade aeróbica levemente reduzida, com pulso de O2 com platô tardio, sugerindo limitação na extração periférica de oxigênio. Dessaturação ao esforço avaliada pela oximetria de pulso, porém não confirmada pela gasometria arterial. Não apresentava limitação ventilatória. Após tal investigação concluiu-se que a paciente apresentava Metemoglobinemia induzida pelo uso de Dapsona, sendo o tratamento proposto a suspensão da medicação. **DISCUSSÃO:** A metemoglobinemia ocorre quando a porção de ferro da hemoglobina é oxidado do estado ferroso para o férrico, levando a redução do transporte de oxigênio para os tecidos. Pode ser tanto congênita quanto adquirida, sendo os fármacos mais comumente envolvidos nas formas adquiridas os anestésicos locais (benzocaína, lidocaína e prilocaína), a dapsona, os derivados da fenacetina e os antimaláricos. A suspeita deve ser levantada em pacientes que apresentam cianose central e baixa SpO2, associada a PaO2 e SaO2 normais na análise do sangue arterial. O tratamento é baseado na dosagem da Metemoglobina somada aos sintomas do paciente, podendo ser apenas retirado o agente causal, como também pode ser necessária a utilização de azul de metileno em casos mais graves.

Palavras-chave: Dispneia.Metemoglobinemia.Dapsona

127 | HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDÁRIO A SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLIPÍDEO

ANDRE GUSTAVO NUNES BATISTA[1]; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ[1]; MARCELO BEZERRA DE MENEZES[2]; JOYCE VALADAO BORGES[1]; MARCELL SILVA COSTA[1]; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS[1]; MURILLO DE ARAÚJO MARTINS[1].

1. HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

Introdução: Hemorragia alveolar difusa (HAD) é caracterizada por sangramento no espaço alveolar relacionado a processos imunes ou não-imunes. Geralmente é descrita nos casos de doença do tecido conjuntivo e vasculite por anticorpo contra citoplasma de neutrófilos (ANCA). No entanto pode ter como etiologia rara a síndrome do anticorpo antifosfolipídeo (SAAF), que pode ser um grande desafio, considerando a baixa incidência e poucos relatos de casos. Descreveremos aqui um caso de um paciente com HAD por SAAF. Homem, 45 anos, referenciado para pneumologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HC-RP) devido a dispneia progressiva aos pequenos esforços há 4 anos, sibilos, febre intermitente não aferida, tosse crônica com episódios eventuais de hemoptise não-maciça e exames de imagem sugestivos de infiltrado pulmonar migratório. Relatava remissão importante dos sintomas há 2 anos com uso crônico prednisona oral, mas que durante período de desmame, os sintomas se intensificavam. Tinha diagnóstico de SAAF desde 2015, nefrolitíase, síndrome do túnel do carpo, rinite alérgica, asma de início tardio, talassemia não especificada, obesidade e síndrome da apneia obstrutiva do sono. Negava tabagismo, uso de drogas ilícitas ou fármacos de toxidade pulmonar. No exame físico apresentava fácie cushingoide, pletora facial, normocorado, saturação periférica de O_2 95% em ar ambiente, frequência respiratória de 21 irpm e auscultar pulmonar com estertores finos em bases. Em exames laboratoriais apresentava ausência de eosinofilia ou lesão renal, FAN 1:80 pontilhado fino denso. ANCA, anti-scl70, anti-CCP, fator reumatoide e anti-DNA eram negativos.A prova de função pulmonar sugeria redução leve da difusão (68% do previsto), tomografia computadorizada de tórax com infiltrado pulmonar difuso em vidro fosco. A broncoscopia evidenciou sinais inflamação brônquica difusa, lavado broncoalveolar (LBA) levemente hemorrágico, 83% de neutrófilos, 11% macrófagos, 1% eosinófilos e culturas negativas. O histopatológico descrevia hemossiderina em macrófagos e sugeria broncopneumonia neutrofílica necrosante que poderia ter fisiopatologia na capilarite de pequenos vasos. Após revisão de literatura e discussão multidisciplinar, definiu-se o diagnóstico de HAD secundário à SAAF. Em revisão de literatura, esta manifestação de HAD por SAAF predomina em homens. Os principais achados são dispneia, hemoptise, elevação de marcadores inflamatórios da fase aguda e opacidades pulmonares em vidro fosco difusas. O LBA pode ter predomínio de neutrófilos, aspecto hemorrágica e macrófagos com hemossiderina. O hispatológico é descrito como infiltrados neutrofílicos nos septos alveolares consistentes com capilarite e achados de hemorragia alveolar. Descrevemos o caos de um paciente do HC-RP que apresentava uma causa de rara de hemorragia alveolar difusa secundaria à SAF. Apesar da escassez literária de quadros semelhantes, o caso descrito aqui compartilhava a maioria dos achados descritos na literatura.

Palavras-chave: SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLIPÍDEO.HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA.CAPILARITE

128 | PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR NA TROMBOEMBOLIA VENOSA EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SÃO PAULO.

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; FELIPE MARQUESINI SANCHES; NEWTON DE FREITAS CENTURIÃO; GIOVANA CAMPOS MICHELONI; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO; PATRÍCIA KITTLER VITÓRIO.

IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Tromboembolismo venoso (TEV) compreende quadros de embolia pulmonar (EP) e a trombose venosa profunda (TVP), com elevada morbimortalidade em todo o mundo. A tríade de Virchow – coagulopatia, estase venosa e dano ao endotélio vascular - compõe o principal fator delineador da fisiopatogênese do TEV, sendo seu fator de risco mais tradicional; no entanto estudos recentes têm verificado uma relação entre eventos venosos com fatores de risco para doenças arteriais. É fundamental reconhecer os fatores de risco cardiovasculares (FRCV) envolvidos para que sejam criadas estratégias para sua prevenção. OBJETIVO: Verificar nos pacientes com TEV idiopática (não provocada), a presença de fatores de risco cardiovasculares (obesidade, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica [HAS], diabetes mellitus [DM]) como únicas possíveis causas de TEV, corroborando essa associação. Foram considerados fatores pró-trombóticos: neoplasia ativa, imobilidade, terapia de reposição hormonal, trauma, cirurgia recente, trombofilia e doenças reumatológicas (como artrite reumatóide e síndrome de Sjogren). **MÉTODOS:** Estudo descritivo, retrospectivo, baseado na análise de prontuários eletrônicos da plataforma MVSOUL. Selecionados cem pacientes em acompanhamento no ambulatório de hipertensão pulmonar do setor de pneumologia do Hospital do Servidor Público do Estado (HSPE) de São Paulo no período de julho de 2018 a novembro de 2018. Critérios de inclusão: paciente com diagnóstico de TEV comprovado por exame padrão-ouro (angio-TC de tórax com contraste e protocolo TEP e/ou ultrassonografia doppler venoso de membros inferiores). Critérios de exclusão: ausência de diagnóstico comprovado de TEV. RESULTADOS: A população estudada consistia em 65% do sexo feminino e 35% do masculino. Foram encontrados fatores de risco pró-trombóticos em 45% dos pacientes, dentre os quais foram mais prevalentes neoplasia (18), cirurgia (17), imobilização (11), doença reumatológica (7), TRH (5) e trombofilia (3). Foi identificado que 71% da amostra total possuía fatores de risco cardiovasculares sendo HAS (53%), DM (25%), tabagismo (24%) e obesidade (23%). Com relação ao uso de anticoagulantes, 54% estava em uso de rivaroxabana, 36% com varfarina, 4% com enoxaparina e 6% sem anticoagulação. Analisando os 55 pacientes com TEV não provocado, foram identificados fatores de risco cardiovasculares em 80% cujos principais foram HAS (77%), DM (39%), tabagismo (32%) e obesidade (23%). **CONCLUSÃO:** O presente estudo evidencia que mesmo separando os pacientes com TEV em provocada e não provocada, é observado uma elevada prevalência de quadros cardiovasculares em ambas as populações (60% e 80% respectivamente) o que demonstra a sua importância como prováveis fatores de risco. No entanto, mais estudos são necessários para entender quais gatilhos favorecem a transformação desses fatores de risco para aterosclerose em estados pró-coagulantes e se há alguma diferença em suas evoluções.
Palavras-chave: TROMBOEMBOLIA VENOSA.DOENÇA CARDIOVASCULAR.PREVALÊNCIA

129 | PULMÃO URÊMICO EM JOVEM COM NEFROPATIA POR IGA

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO[1]; ALINE REIS BERTOLDI[2]; ALANA ANNE KANEDA GARCIA[2]; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS[2]; ELIZABETH BRAGA MISAO[2]; MARINA MANCUSI[2]; JULIANA CLARO PELOSO[2]; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA[2]; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA[2]; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO[2]; RODOLFO ALVES LOPES[2]; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO[2]; MAURI MONTEIRO RODRIGUES[2].
1. IAMSPE, CARUARU - SP - BRASIL; 2. IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Edema pulmonar urêmico é uma entidade clínica descrita em 1901 e frequente na literatura médica entre 1940 e 1960. A nomenclatura para descrever essa síndrome envolve azotemia pulmonar, edema urêmico. Os primeiros relatos foram com uremia secundária a glomerulonefrite ou síndrome hemolítico-urêmica. O principal sintoma é a dispneia associada a opacidade em asa de borboleta na radiografia de tórax. O quadro clínico é inespecífico e o diagnóstico diferencial de edema agudo de pulmão, infecção bacteriana ou fúngica e vasculite devem ser considerados. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 33 anos, hipertenso, portador de nefropatia por IgA diagnosticada em 2013 e em terapia renal de substituição desde fevereiro de 2018. Relatava hemoptise há sete dias que intensificou nas últimas 24h, associada a picos hipertensivos, náuseas e vômitos, porém sem febre. Negava tabagismo, etilismo, uso de drogas. Ao exame físico, apresentava-seagitado, FR=41irpm, SpO2=75%, FC=110bpm, PA=220x100mmHg em uso da musculatura acessória e com má perfusão periférica. A radiografia inicial evidenciou opacidades em 2/3 inferiores de ambos os pulmões e o teste rápido para Influenza A e B foi negativo. Os exames laboratoriais de entrada mostraram: ureia=152, Cr=18,1, K=8,0, Hb=10,7, Ht=34,5,Leucócitos-15.900, (N=90%) e gasometria arterial com pH=7,22, pCO2=48,0, pO2=55,0, Bic=19,6, BE= -8,0, SaO2=81%. O paciente foi submetido a intubação orotraqueal com aspiração de grande quantidade de sangue, porém sem instabilidade hemodinâmica. Iniciado Ceftriaxone. A fração de ejeção do VE avaliada pelo ecocardiograma foi de 0,55. A TC de tórax sem contraste evidenciava opacidades alveolares em ambos os pulmões e pequeno derrame pleural bilateral. Na broncoscopia havia coágulos de sangue por toda árvore traqueobrônquica, porém sem sinais de sangramento ativo. As sorologias para hepatites, HIV e a pesquisa de autoanticorposincluindo ANCA C e P foram negativos e não houve crescimento de germes nas culturas do lavado broncoalveolar. Após a segunda sessão de hemodiálise, o paciente apresentou melhora clínica e radiológica considerável com involução das opacidades alveolares sendo diagnosticado Pulmão Urêmico. Concomitantemente houve melhora da função renal, da gasometria arterial e dos parâmetros ventilatórios, sendo extubado no terceiro dia de ventilação mecânica. **DISCUSSÃO:** Na era pós hemodiálise, as complicações pulmonares por uremia se tornaram pouco frequentes. A fisiopatologia envolve alterações nas forças pulmonares intravasculares de Starling e aumento na permeabilidade capilar pulmonar levando ao efluxo de fluido rico em proteína dos capilares para os pulmões com atelectasia e hemorragia alveolar. Pode haver diátese hemorrágica secundária a disfunção plaquetária da doença renal avançada.Importante destacar que os sintomas pulmonares e os achados radiográficos são reversíveis com a hemodiálise.
Palavras-chave: HEMOPTISE.DOENÇA RENAL CRÔNICA .INFILTRADO PULMONAR

130 | HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA EM PACIENTE COM ANEMIA FALCIFORME: RELATO DE CASO

MURILLO DE ARAÚJO MARTINS[1]; ADRIANA IGNACIO DE PADUA[2]; ANDRE GUSTAVO NUNES BATISTA[2]; MARCELL SILVA COSTA[2]; DÉBORA SANTANIN SANCHEZ[2]; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS[2]; JOYCE VALADAO BORGES[2]; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ[2]; LUIS RENATO ALVES[2]; MARCELO BEZERRA DE MENEZES[3]; DANILO MARTINS DE SÁ[2]; MANUELA TORRADO TRUITI[2].
1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, BELÉM - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Hipertensão pulmonar é caracterizada por elevação da pressão média da artéria pulmonar vista em cateterismo cardíaco direito, com esta alteração podendo ser secundária a diversas causas, como a Doença tromboembólica

crônica e a Anemia Falciforme, ambas com morbidade e mortalidade distintas entre si. **RELATO DE CASO:** M.C.M, 20 anos, feminino, em seguimento clínico regular devido Anemia Falciforme com uso de Hidroxiureia, iniciada em 2013 devido crises vasoclusivas de repetição porém em bom controle de tais sintomas. Ecocardiograma de 05 de Janeiro de 2017 sem sinais de hipertensão pulmonar (PSAP 32mmHg; pericárdio normal). Em 18 Janeiro de 2017, dá entrada no hospital com dor torácica e dispneia, realizado AngioTC que demonstra tromboembolismo pulmonar agudo, com piora ecocardiográfica importante em relação aos exames prévios (FE 64%; dilatação leve a moderada das câmaras cardíacas direitas; desempenho sistólico do VD deprimido de grau moderado; septo interventricular retificado; PSAP estimada em 82mmHg; derrame pericárdico de pequeno volume). Iniciado anticoagulação e, como paciente sem instabilidade hemodinâmica, optado por não realizar trombólise. Permaneceu com déficit perfusional em cintilografia V/Q nas áreas acometidas por embolia pulmonar, além de presença de dispneia, inexistente antes do evento agudo. Optado por realizar Cateterismo Cardíaco que demonstrou hipertensão pulmonar pré-capilar e arteriografia pulmonar com déficit perfusional em lobo inferior direito, oclusão proximal do segmento inferior e ausência de retorno venoso oriundo dessa porção. Ao exame físico apresenta-se com edema de membros inferiores e estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares. Em último ecocardiograma apresenta-se com desempenho sistólico do VD preservado, PSAP estimada em 48mmHg. Atualmente, paciente acompanhada no ambulatório de Hipertensão Pulmonar no HCRP, em avaliação sobre possibilidade de realização de tromboendarterectomia, visto que apesar de anatomia favorável para a cirurgia, a Anemia Falciforme pode influenciar negativamente no manejo perioperatório. **DISCUSSÃO:** A hipertensão pulmonar é uma complicação comum em pacientes com Anemia Falciforme, sendo um fator de mau prognóstico na evolução de tal doença. A patogênese da hipertensão pulmonar nesses pacientes é multifatorial, porém geralmente decorrente da hipertensão arterial pulmonar. Já a hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) é uma complicação rara em quem apresenta tromboembolismo pulmonar agudo, decorrente de material tromboembólico, defeito na angiogênese e dos mecanismos de fibrinólise. Apesar dos pacientes com Anemia Falciforme estarem mais sujeitos a fenômenos trombóticos em relação a população em geral, a ocorrência de HPTEC em tais pacientes gira em torno de 5% dos casos de hipertensão pulmonar em falcêmicos, o que torna raro o caso descrito acima, além de gerar discussões frente a realização de tromboendarterectomia pulmonar em pacientes com esta comorbidade.

Palavras-chave: tromboembolismo pulmonar.hipertensão pulmonar.tromboendarterectomia

131 | INVESTIGAÇÃO DE DISPNEIA EM PACIENTE COM ESCLEROSE SISTÊMICA SOBREPOSIÇÃO COM POLIMIOSITE: PAPEL DO TESTE DE ESFORÇO INVASIVO

WANDERSON PEREIRA DA SILVA; MELIANE DE OLIVEIRA DAUD; ANDREI AUGUSTO ASSIS DE CAMPOS CORDEIRO; ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA ALVARES DA SILVA CAMPOS; JAQUELINA SONOE OTA ARAKAKI; RUDOLF KRAWCZENKO FEITOZA DE OLIVEIRA.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA, ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Relevância do caso: Dispneia é um sintoma comum nas colagenoses, sendo habitualmente de etiologia multifatorial. Dentre suas potenciais causas, destaca-se o acometimento do parênquima pulmonar, circulação pulmonar e/ou de músculos estriados. A dispneia é a principal causa de morbidade nesta população, levando a importante redução da qualidade de vida. **História da doença atual e pregressa**: Feminino, 42 anos. Seguimento há 6 anos por doença pulmonar intersticial (DPI) secundária à esclerose sistêmica sobreposição com polimiosite em uso de ciclofosfamida. Há 6 meses com piora da dispneia, atualmente para moderados esforços. **Exame físico**: SpO_2 96% em ar ambiente, murmúrio vesicular presente com estertores crepitantes finos bibasais, ritmo cardíaco regular com hiperfonese de segunda bulha e demais aparelhos sem alterações. **Exames complementares**: 1)Espirometria prévia com capacidade vital forçada de 1,97 L (57% previsto) e após 12 meses com 1,83 L (53% previsto); 2)Tomografia de tórax sem evidente progressão da DPI em 12 meses; 3) Ecocardiograma prévio sem alterações e após 24 meses com pressão sistólica de artéria pulmonar de 50 mmHg e septo interventricular retificado. Teste de exercício cardiopulmonar (TECP) evidenciou consumo de oxigênio no pico do esforço (VO_{2pico}) moderadamente reduzido (52% previsto), com sinais de limitação cardiocirculatória e ventilatória. Considerando-se a estabilidade funcional e radiológica da doença intersticial com o surgimento de sinais indiretos de hipertensão pulmonar (HP) no ecocardiograma e de limitação cardiocirculatória no TECP, foi indicado cateterismo cardíaco direito (CATD) de repouso, o qual confirmou HP pré-capilar com hiperresistência vascular pulmonar, mas com função ventricular direita preservada (índice cardíaco de 4,16 L/min/m²). A desproporção entre os achados clínicos, radiológicos, funcionais e hemodinâmicos de repouso motivou a realização do CATD de esforço em cicloergômetro, com coleta seriada de gasometria venosa central e análise da utilização periférica de oxigênio. Tal avaliação evidenciou aumento proporcional da pressão média da artéria pulmonar em relação ao débito cardíaco durante o esforço (ΔPAPm/ΔDC 1,0 mmHg/min/L), com DC preservado em 118% previsto, mas com taxa de extração periférica de oxigênio ($Ca\text{-}vO_{2pico}/Hb_{pico}$) reduzida em 0,50. Desta forma, com base no princípio de Fick, a etiologia da dispneia foi definida como predominantemente secundária ao componente muscular periférico da colagenose, associado secundariamente à hipertensão pulmonar e DPI. A paciente foi encaminhada para reabilitação funcional. **Discussão:** A diferenciação das causas de dispneia nas colagenoses muitas vezes é desafiadora, dada a característica sistêmica da doença. A avaliação complementar de rotina, incluindo a avaliação hemodinâmica de repouso, tem suas limitações, tornando os testes de esforço invasivos uma importante ferramenta na investigação da dispneia inexplicada nesta população.

Palavras-chave: Colagenoses.Hipertensão pulmonar.Doença pulmonar intersticial

132 | HEMANGIOMA GIGANTE DE PAREDE TORÁCICA COMO CAUSA DE HEMOPTISE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

SOFIA ROCHA SAN MARTÍN; ANA LUISA PIMENTEL MAIA; PHILIPPE DE FIGUEIREDO BRAGA COLARES; TOMAS NERI BEDER; MÁRIO TERRA FILHO; ANA CLARA PEREIRA DE VASCONCELOS; GUILHERME DAS POSSES BRIDI; LEONARDO VINICIUS DE FREITAS; YURI DE DEUS MONTALVERNE PARENTE; NATALIA FERNANDES DA SILVA.

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Hemoptise é a manifestação de sangramento oriundo de vias aéreas inferiores ou pulmões, causada por doença intrínseca da via aérea, do parênquima pulmonar, dos vasos pulmonares ou mesmo idiopática. A avaliação inicial inclui dados clínicos e epidemiológicos, como idade, tabagismo, duração e quantidade do sangramento e associação com doenças estruturais pulmonares ou exacerbações infecciosas. Achados anormais na radiografia de tórax podem ser sugestivos de etiologias específicas, mas geralmente necessita-se de exames complementares, como tomografia computadorizada (TC) de tórax e broncoscopia, para definição etiológica e programação terapêutica.

RELATO DE CASO: Paciente de 48 anos, sexo masculino, previamente hipertenso, deu entrada no pronto socorro com quadro recorrente de hemoptise de moderada intensidade. Negava dispneia, tosse, infecções prévias, febre ou emagrecimento. Ao exame físico, ausculta pulmonar sem alterações e saturação periférica de oxigênio de 96%. À inspeção e palpação do tórax, notou-se a presença de uma massa amolecida, com cerca de 9 cm, móvel e mal definida na região posterior do tórax direito. Ao ser questionado sobre a lesão, relatava crescimento lento há aproximadamente 9 anos, já submetido à tentativa de exérese, sem sucesso devido à sangramento abundante no procedimento. Prosseguida investigação da hemoptise, TC de tórax evidenciou hemangioma de grandes proporções em parede posterior basal do hemitórax direito, regiões paraaórtica, paravertebral e espaço pararrenal direita. Inviabilizada abordagem cirúrgica da lesão devido a sua extensão. Optado por realização de arteriografia com embolização percutânea seletiva do hemangioma, com solução de cianoacrilato e lipiodol (1:8), de ramos arteriais intercostais à direita, que nutriam a malformação vascular. Angiografia de controle evidenciou amputação do tronco dos vasos, com desvascularização das áreas hipervasculares e presença da solução no interior da lesão. Em seguimento ambulatorial desde então, sem novos episódios de hemoptise. **DISCUSSÃO**: Os hemangiomas de tecido mole são neoplasias vasculares benignas que podem surgir nos tecidos subcutâneo, intermuscular, intramuscular ou sinovial, geralmente detectados na 3ª década de vida. São lesões incomuns na parede torácica e são descritos poucos casos envolvendo costelas. As manifestações clínicas incluem massa palpável, abaulamento sutil, dor ou combinação destes achados. TC demonstra uma massa mal definida com atenuação aproximando-se da do músculo esquelético, com presença de flebólitos e remodelação óssea subjacente. O tratamento padrão envolve excisão cirúrgica completa, o que fora contraindicado neste caso devido à extensão da lesão. Por sua vez, embolização é descrita como alternativa para casos de irressecabilidade ou lesões parcialmente ressecadas. Hemoptise secundária à hemangioma de tecido mole é raro e a intervenção com embolização via arterial percutânea para controle deste achado até então nunca foi descrita.
Palavras-chave: hemoptise.hemangioma.embolização percutanea

133 | MICROFÍSTULAS ARTERIOVENOSAS: UMA CAUSA INCOMUM DE HIPOXEMIA

ANA CLARA PEREIRA DE VASCONCELOS; YURI DE DEUS MONTALVERNE PARENTE; PHILIPPE DE FIGUEIREDO BRAGA COLARES; TOMAS NERI BEDER; SOFIA ROCHA SAN MARTÍN; ANA LUISA PIMENTEL MAIA; LEONARDO VINICIUS DE FREITAS; RAFAEL STELMACH.

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) são comunicações anormais entre artérias e veias pulmonares (fístulas). São raras, porém, importantes no diagnóstico diferencial de hipoxemia, nódulos pulmonares e hemoptise. **Relato**: Paciente de 65 anos, feminina, não tabagista, com hipertensão arterial e hipotireoidismo. Há 7 anos, após notar cianose central e parestesias em mãos e pés foi evidenciada presença de policitemia. Investigação complementar com mielograma, biópsia de medula óssea e pesquisa de mutação do JAK2 não evidenciaram alterações, sendo optado por realizar sangrias recorrentes para alívio dos sintomas. Após 3 anos, progrediu com dispneia aos esforços e hipoxemia refratária, sendo encaminhada para investigação etiológica. Ao exame físico, apresentava baqueteamento digital, saturação periférica de oxigênio (SpO2) de 89% e ortodeóxia (queda da SpO2 para 84% em ortostase) e ausculta pulmonar sem alterações. A tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou discretos sinais de broncopatia e opacidades parenquimatosas focais subpleurais retráteis no lobo superior direito e no segmento superior do lobo inferior direito. Confirmada policitemia (Hb 20,7 g/dL e Ht 61%) e prova de função pulmonar com presença de DVO leve, com leve redução na difusão de monóxido de carbono. Exames laboratoriais e USG abdominal afastaram doenças hepáticas. Evidenciado shunt intrapulmonar por ecocardiograma transtorácico com microbolhas (presença de microbolhas no ventrículo esquerdo após 3º ciclo cardíaco), além de cintilografia de perfusão pulmonar (21% de radiofármaco na circulação sistêmica), com confirmação do diagnóstico de microfístulas pulmonares. **Discussão:** MAVP são estruturas vasculares anômalas que resultam em shunt direito-esquerdo intrapulmonar, sendo a maioria de origem congênita, associadas à Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (Síndrome de Rendu-Osler-Weber), ou secundárias, em decorrência de cirurgias torácicas, trauma, esquistossomose ou cirrose hepática. São classificadas em simples (80-90%) quando nutridas por única artéria, ou complexas quando nutridas por mais de uma artéria. A maioria das microfístulas são complexas e de difícil identificação, com 40% dos pacientes assintomáticos. Quando sintomáticos, manifestam-se, por volta da 4ª a 6ª década de vida, com dispneia, platipneia, ortodeóxia, tosse e cianose. Podem evoluir com complicações neurológicas (AVE, abscesso cerebral), pulmonares (hemotórax, hemoptise, hipertensão pulmonar) e hematológicas (policitemia ou anemia). O ECO com microbolhas é exame de escolha para rastreio e a TC de tórax sem contraste, exame para confirmação. Angio-TC e angio-RM pulmonar podem ser necessários para investigação complementar e terapêutica. O tratamento depende de vários fatores, principalmente o risco de complicações à distância, e envolve diversas modalidades, desde emboloterapia, ressecção cirúrgica até transplante pulmonar (casos refratários e microfístulas difusas).
Palavras-chave: Hipoxemia.Shunt.Fístulas

134 | ANEURISMA GIGANTE DE ARTÉRIA PULMONAR SECUNDÁRIO A HIPERTENSÃO PULMONAR TIPO I

CAROLINA SALEM TAMESAWA[1]; GUSTAVO HENRIQUE DE MARTIN BALLINI[2]; ANTONIO CARLOS GOMES DE BARROS JR[2]; RAQUEL BALDINI CAMPOS[2]; PEDRO MAXIMINK ESTEVES VILLAR[2]; LAURA DELTREGGIA[2]; ILMA APARECIDA PASCHOAL[2]; MÔNICA CORSO PEREIRA[2].

1. UNICAMP, MARINGA - PR - BRASIL; 2. UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: Aneurismas de artéria pulmonar (AAP) são frequentemente subdiagnosticados. **Relato de caso:** Paciente feminina, 43 anos, história de síncopes ocasionais desde os 15 anos de idade e dispneia progressiva após gestação aos 16 anos; realizado diagnóstico de hipertensão pulmonar aos 20 anos. Em 2011 (36 anos) firmado diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar (HAP) idiopática. Ecocardiograma (2011): aumento de câmaras direitas, tronco da artéria pulmonar de 67mm, PSAP 70 mmHg. Cateterismo cardíaco mostrou pressão media de artéria pulmonar 52 mmHg e resistência vascular pulmonar de 822W. Iniciado varfarina, nifedipino e sildenafil. Paciente perdeu seguimento e retornou somente em 2018, com dor precordial com irradiação para MSE associada a dispneia aos mínimos esforços, progressiva, com evolução de 5 dias. Havia interrompido por conta própria o tratamento para HAP. Realizado TCAR que evidenciou aneurisma gigante de artéria pulmonar, com diâmetro de 9,7cm e extensão de 12,5 cm. Em ecocardiograma, aumento de câmaras direitas , diâmetro de artéria pulmonar de 88mm e sinais de shunt intracardíaco, PSAP de 96 mmHg. Eco transesofágico mostrou forame oval pérvio com 6 mm de diâmetro e fluxo direita-esquerda. Foram descartadas outras etiologias possíveis para o AAP nesse caso (Behçet, sifilis, esquistossomose, tromboembolismo crônico). Desse modo, a formação do AAP foi

atribuída à HAP de longa duração. Avaliada em conjunto com equipe da cirurgia cardíaca, e considerando risco e benefício, foi optado por conduta clínica com retomada do tratamento para HAP com terapia combinada, com sildenafil e ambrisentana. **Discussão:** A etiologia do AAP pode ser congênita, adquirida e idiopática, e 50% dos AAP estão relacionados a cardiopatias congênitas. Das causas adquiridas, sífilis, tuberculoses, Takayasu e doença de Behçet aparecem como principais. HAP é uma causa importante de AAP, e os critérios na TC são diâmetro da AP acima de 30 mm e das artérias interlobares de 17mm, para adultos. A existência de AAP geralmente não produz sintomas, exceto os da doença ou condição de base às quais ele esteja associado. Pode haver complicações e estas produzirão sintomas, como secundários à compressão de estruturas, como coronárias, nervo laríngeo recorrente, brônquios, traqueia; também pode ocorrer evolução para trombose, dissecção ou ruptura. A maioria dos casos de complicações são associados a aneurismas relacionados com hipertensão pulmonar. Atualmente não existe consenso sobre como realizar o seguimento ou tratamento dos pacientes portadores de AAP. Também não há dados prospectivos sobre a história natural da doença. Existe a possibilidade de seguimento, tratamento da doença de base ou correção cirúrgica.Relatos de seguimento conservador devem ser compartilhados a fim de que haja mais discussões referentes à indicação do tratamento invasivo predominantes na literatura.
Palavras-chave: ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR.HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR.CIRCULAÇÃO PULMONAR

135 | CORRELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM VARIÁVEIS FUNCIONAIS E DE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR.

LAYSE NAKAZATO GUEDES DE LIMA[1]; FELIPE AUGUSTO RODRIGUES MENDES[2]; MARCOS MELLO MOREIRA[1]; DANIELA CAMARGO DE OLIVEIRA[1]; MÔNICA CORSO PEREIRA[3].
1. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE IBIRAPUERA (UNIB), SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS - SP - BRASIL.

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) reduz a atividade física diária (AVD), mas os mecanismos subjacentes não são totalmente compreendidos. O objetivo deste estudo foi avaliar a AVD e determinar sua relação com a capacidade funcional e fatores psicológicos em pacientes com HAP. **Métodos:** Este foi um estudo prospectivo de centro único realizado em um hospital universitário brasileiro. Vinte pacientes estáveis com HAP com idade média de 44,3 ± 13,2 anos, 80% com HAP idiopática e 20% com HAP associada à doença do colágeno, classe funcional (CF-NYHA I / II / III: N = 7/10/3) completaram um monitoramento de sete dias de passos diários medidos por um acelerômetro e realizaram testes de função pulmonar, teste de caminhada de 6 minutos (TC6), teste de sentar e levantar em 1 minuto (TSL) e ecocardiograma. Os indivíduos também responderam a três questionários [qualidade de vida (SF-36), escala hospitalar de ansiedade e depressão hospitalar (HADS) e Atividades Respiratórias de Vida Diária de Manchester (MRADL)]. **Resultados:** O número médio de passos diários foi de 4.280 ± 2.351 e o tempo médio de atividade foi de 41,6 ± 19,3 minutos. O número médio de passos diários correlacionou-se positivamente (p <0,05) com MRADL (r = 0,57), distância no TC6 (r = 0,65), TSL (r = 0,59). Por outro lado, correlacionou-se negativamente com a depressão da HADS (r = -0,51). Por fim, não houve correlação entre os passos diários e os domínios do SF-36 ou variáveis ecocardiográficas. **Conclusão:** A AVD é reduzida na HAP e está associada à limitação da capacidade funcional e sintomas de depressão, mas não às variáveis do ecocardiograma. Esses achados reforçam a natureza multifatorial da limitação ao exercício na HAP. Além disso, eles sugerem que a medição objetiva da atividade habitual pode fornecer informações importantes na avaliação da HAP.
Palavras-chave: Hipertensão Arterial Pulmonar.Atividade física.Tolerância ao exercício

136 | HIPERTENSÃO PULMONAR DO GRUPO 1 APÓS CORREÇÃO CIRÚRGICA BEM SUCEDIDA DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL: RELATO DE CASO

RUTE NASCIMENTO OLIVEIRA; MARÍLIA FERRAZ DE OLIVEIRA MACEDO; PATRICK JOANER LOBO TRIARCA; DANIEL MATOS EUZÉBIO DE QUEIROZ DA CRUZ; DANILLO BARBOSA DA CONCEIÇÃO; RODRIGO ALMEIDA SANTIAGO DE ARAÚJO; MONIQUE LORDELO DA SILVA DE SANTANA; JOANNA SEVERO; DIOGO RAMON SANTOS.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU - SE - BRASIL.

JUSTIFICATIVA: Conhecer diferentes aspectos clínicos e fisiopatológicos da Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é fundamental para seu avanço terapêutico. Este relato se refere a um quadro inesperado para a doença. **HDA:** A.S.C.A, sexo feminino, 30 anos, foi admitida na enfermaria do HU-UFS/SE após 8 dias de início súbito de tosse seca com piora de dispneia prévia. Em 3 dias cursou com pouca secreção purulenta amarelada e escura sem sangue, além de cansaço. Teve um episódio de pseudo-hemoptise na admissão. Negou febre, dor torácica, náuseas e êmese. Alegou astenia, hiporexia e piora progressiva dos sintomas. **História pregressa:** Cirurgia de correção de Comunicação Interatrial (CIA) há 9 anos. Diagnóstico prévio de Hipertensão Pulmonar Primária. Sem história de doença autoimune, apneia do sono e embolia pulmonar. **Exame físico:** REG, LOTE, acianótica, afebril, ictérica +/4+, mucosas normais. Linfonodos inflamatórios de 3 cm palpáveis em ambas as cadeias cervicais anteriores. Pele quente e seca. Tax= 35,7 ºC. FC= 94 bpm; FR= 24 irpm; PA= 138x83 mmHg; SatO2= 92% com cateter nasal a 1L/min. AR: Roncos expiratórios globalmente distribuídos, grasnidos inspiratórios proeminentes em HE. ACV: Bulhas rítmicas hiperfonéticas em dois tempos, sopros de 3+/6+ em foco pulmonar, tricúspide e mitral. Abdome doloroso à palpação profunda de epigástrio, fígado palpável a 6 cm do RCD. Edema ++/4+ de MMII, simétrico, inelástico. **Exames complementares:** CATE: AD= 28/24/18; VD= 77/35/14; TP= 77/64/42; AO 99/70/43; HAP importante. TC6: FC 87/132, SpO2 93/87, Dispneia 0/7, PA 90x60/110x80, Fadiga 4/3, 69,5% de distância percorrida. Radiografia de tórax: fios de esternorrafia, cardiomegalia, aorta alongada, hilos congestos e ectasia de artérias pulmonares. ECG: taquicardia sinusal, SAE, BRD 3º grau. ESSV isoladas. ECO: FE 54%, E/e' 9, TAP de 6,17cm, PSAP de 128 mmHg. Insuficiência tricúspide e mitral severas. Presença de patch em septo interatrial. Sem sinais de shunt. Dilatação de câmaras direitas de grau severo. **Diagnósticos:** Traqueobronquite adquirida na comunidade, Hipertensão arterial pulmonar do grupo 1, Insuficiência cardíaca congestiva direita. **Evolução:** Após admissão em franco desconforto respiratório, astenia e queda do estado geral, aventou-se a hipótese de sepse de foco pulmonar. Tratada e resolvida, mas com ICC descompensada. Tratamento para HAP foi otimizado com aumento nas doses de sildenafila e furosemida e introdução de ambrisentana. Cursou com melhora do estado geral. Teve alta hospitalar com anticoagulação por xarelto, devido à poliglobulia associada à HAP. **Discussão:** Associar a HAP do grupo 1 à CIA é uma explicação insuficiente para essa paciente, já que a CIA foi corrigida há 9 anos, comprovada pelas ecocardiografias. Naquele momento, a HAP seria reversível e resolver-se-ia com a correção da CIA. Logo, HAP ou Síndrome de Eisemneger não são esperadas. A alta morbidade descrita e a classe funcional entre III e IV também são surpreendentes em uma paciente jovem.
Palavras-chave: HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR.COMUNICAÇÃO INTERATRIAL.INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

137 | RELATO DE CASO ASPERGILOSE TRAQUEOBRÔNQUICA INVASIVA SIMULANDO NEOPLASIA

FELIPE NOMINANDO DINIZ OLIVEIRA; BIANCA FIDELIX ESPINDULA; ANDRÉ LOUIS LOBO NAGY; LUCIANA PASCHOARELI BOSCO; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; MÁRCIA JACOMELLI.

INCOR-HC/ FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Paciente feminina, 68 anos, com antecedentes de HAS e TEP (2 episódios em 2018 e 2019), apresentou massa cervical em cadeia jugular interna. Biópsia revelou linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células (*Burkitt*), com estadio St. Jude/ Murphy grau I. Outras tomografias de estadiamento (tórax, abdome e pelve) sem achados neoplásicos. Submetida a tratamento quimioterápico em dezembro de 2018 e Janeiro de 2019 com remissão da doença. Realizou PET-CT de controle em março de 2019 que evidenciou redução significativa nas dimensões da massa cervical, porém com espessamento da parede anterior da traqueia distal e do brônquio principal esquerdo, sugestivos de acometimento neoplásico, sendo, pois,.realizado broncoscopia em abril do mesmo ano, que mostrava lesões desde a traqueia distal ateì a árvore brônquica esquerda, cujas bioìpsias revelaram, no entanto, infecção por *Aspergillus*. Desde então o paciente encontra-se em uso de voriconazol. Tomografia de tórax em maio de 2019 com aparente melhora da erosão na parede traqueal. Submetida a broncoscopia de controle cerca de dois meses após, a qual revelou estenose fibroìtica da traqueia e redução nas dimensões da lesão endobrônquica, denotando melhora significativa. Paciente segue em bom estado geral e sem sintomas respiratórios. **DISCUSSÃO:** Os fungos do gênero *Aspergillus* são ubíquos e têm crescimento na matéria vegetal em decomposição no ar, solo e água. Existem mais de 250 espécies, sendo a mais comumente associada à aspergilose traqueobrônquica o *A. fumigatus*. Trata-se de doença de grande espectro clínico devido a complexa relação organismo-hospedeiro, que depende da virulência e resposta imunológica, sendo classificada em infecção saprofítica (caracterizada por impactação mucoide, sem invasão tecidual ou sinais de inflamação), doença pulmonar alérgica (granulomas necrotizantes) ou doença invasiva (traqueobronquite, úlceras ou pseudomembranas). O critério mais confiável para definir a doença invasiva da via aérea é demonstração de danos causados pela hifas ou cultura positiva em material de biópsia por broncoscopia. É bem descrita a associação com neoplasias, transplante pulmonar e SIDA, ocorrendo maior risco em pacientes imunocomprometidos por neoplasias hematológicas. Em um artigo de revisão com 20 casos de aspergilose traqueobrônquica invasiva pseudomembranosa, havia 13 casos (65%) com histórico de neoplasia hematológica, sendo fator de mau prognóstico (óbito em até 70%). Entre os fatores que promovem melhor prognóstico, destacamos o diagnóstico e a terapia antifúngica precoces, sendo que a broncoscopia é essencial para avaliação da doença e coleta de material.

Palavras-chave: aspergillus.broncoscopia.aspergilose traqueobrônquica

138 | PSEUDO TUMOR INFLAMATÓRIO ENDOBRÔNQUICO - UM CASO RARO

VANESSA DA PENHA RIBEIRO; NILZA SAYURI ABE; EVELISE LIMA; BRUNA MOREIRA LIMA ROCHA.

INCOR/HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Pseudotumor Inflamatório (PTI) endobrônquico é um tumor granulomatoso não neoplásico muito raro, histologicamente composto por hiperplasia de fibroblastos e infiltração de células imunes, que causam sintomas inespecíficos, na maioria das vezes secundários à obstrução brônquica, como atelectasias e pneumonias pós-obstrutivas. Pode assumir caráter invasivo de estruturas adjacentes e recidivar após intervenções cirúrgicas/endoscópicas. Seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento são importantes devido a grande morbidade causada pelo paciente acometido e a facilidade de tratamento realizado por via endoscópica na maioria das vezes , resultando em melhora da qualidade de vida e prevenção do acomentimento de estruturas adjacentes. Trata-se de uma paciente do sexo feminino SROM 39 anos, encaminhada para o serviço de cirurgia torácica do ICHC/FMUSP em 2012 com queixa de dispneia há 3 meses de caráter progressivo associada a dor torácica. Trazia tomografia computadorizada de tórax com imagem de material hipoatenuante de partes moles ocupando a luz do brônquio fonte esquerdo associado a densificação e redução volumétrica do lobo superior e de subsegmentos no lobo inferior esquerdo com desvio do mediastino para esse lado. A imagem broncoscópica era de tumor vegetante e obstrutivo em brônquio principal esquerdo a 3 cm de distância da carina principal, lesão de superfície lisa e sangrante, apresentou saída de secreção amarelada após desobstrução. Realizado ressecção endoscópica do tumor com pinça e "core-out", através de broncoscopia rígida. O resultado do anátomo-patológico foi de proliferação fusocelular com discreta atipia, associado a discreto componente inflamatório linfoplasmocitário, compatível com tumor miofibroblástico inflamatório. Paciente evoluiu assintomática, porém desde então apresenta recidivas sendo necessário novas intervenções de caráter intermitente.

Palavras-chave: Pseudotumor Inflamatório.endobrônquico.broncoscopia

139 | MIIASE TRAQUEAL - RELATO DE CASO

MARIANA LAFETA LIMA[1]; CELIA MALLART LARGES[2]; BRUNA CAVALCANTE TORRES[2]; FABIANA OLIVEIRA PENIDO[3]; LUIZ HIROTOSHI OTA[3]; FLÁVIA LIN[3]; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO[3]; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS[3]; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA[3]; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES[3]; RAFAEL TOBIAS ATHIAS[4]; WANDERSON PEREIRA DA SILVA[3].

1. ESCOLA PAULISTA MEDICINA - UNIFESP, ARAXA - MG - BRASIL; 2. ESCOLA PAULISTA MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. ESCOLA PAULISTA MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL; 4. HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Miíase trata-se de infecção por larvas de moscas em órgãos e tecidos, geralmente por *Cochliomyia hominivorax* e *Dermatobia hominis*. Instaladas as larvas se nutrem do tecido local e evoluem como parasitas. Incidência em humanos é baixa, ocorrendo principalmente: pessoas imunodeprimidas, países tropicais, acometendo habitualmente, moradores da zona rural com hábitos precários de higiene, baixo nível de instrução, distúrbios psiquiátricos e etilistas. Geralmente são afecções de baixa gravidade e curta duração, algumas vezes resolvidas sem auxílio médico. Classificadas de duas formas: Clínico de acordo com sua localização anatômica em cutânea, cavitária ou intestinal; e, Parasitológica, pelo comportamento biológico das larvas e no tipo de tecido invadido. Tratamento convencional da miíase inclui remoção das larvas com substâncias químicas, porém em lesões maiores, é necessário realizar debridamento do local com retirada

do tecido necrótico. As miíases humanas são importantes para Saúde Pública devido forte componente social ligado ao seu aparecimento, estado diretamente relacionado à pobreza e à falta de cuidados primários de saúde.
Relato de Caso: Homem, 57 anos, ex-tabagista, pós operatório tardio de traqueostomia em 2006 por trauma cranioencefálico por agressão, evoluiu com estenose de traqueia e uso há um ano de tubo T. Queixa de secreção amarelada espessa espontânea pelo orifício do tubo T, hiperemia ao redor, febre de 38,2ºC e dispneia aos grandes esforços. Exame físico geral sem alterações e torácico com: som respiratório presente bilateral roncos difusos, secreção purulenta espessa pelo orifício do tubo T. Radiografia de tórax: sem alterações. Optado por coleta de secreção traqueal para cultura com saída de miíase após aspiração. Encaminhado ao centro cirúrgico para troca de tubo T e higiene local. Broncoscopia no intra-operatório: edema moderado de laringe, presença de traqueostomia em parede anterior de traqueia, miíase difusa, brônquios pérvios e miíase em brônquio de lobo inferior esquerdo retirado por aspiração (Figura 1 e 2). Tratado com antibioticoterapia de amplo espectro devido infecção de partes moles e ivermectina. Repetida broncoscopia uma semana após sem evidencia miíase traqueal, recebe alta após termino de antibiótico com seguimento ambulatorial programado e orientações de higienização do tubo T.
Discussão: O acometimento traqueal pela miíase é raro, sendo encontrado poucos relatos na literatura. Na maioria associado a baixo nível de instrução, hábitos de higiene inadequados, podendo ocorrer inclusive em ambiente hospitalar em internações prolongadas. Diagnóstico é clínico, sendo necessários exames complementares para detecção de complicações. O tratamento consiste na retirada das larvas, a principal técnica é por asfixia, técnica que pela localização traqueal não pode ser utilizada. Miíases humanas são importantes para Saúde Pública devido forte componente social e necessidade de orientação dos pacientes para prevenção.
Palavras-chave: Miíase.Miíase traqueal.Infecção traqueal

140 | ANÁLISE RETROSPECTIVA DE PACIENTES SUBMETIDOS À BRONCOSCOPIA PARA REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO. EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DE RIBEIRÃO PRETO.

RAFAELA MARIA D'ALMEIDA E SILVA DE TOLEDO RAMOS[1]; ELISA SEBBA DE SOUZA VEGA[1]; HUGO ALEJANDRO VEGA ORTEGA[2]; PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO[1]; NELSON ARAUJO VEGA[1].
1. CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; 2. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

Introdução: A aspiração de corpo estranho (CE) é a entrada acidental de um objeto ou parte dele na via respiratória. É um acidente grave, potencialmente fatal e mais comum em crianças. Sua gravidade depende do grau de obstrução presente. O diagnóstico e o tratamento precoce são essenciais. A broncoscopia rígida é padrão ouro para remoção de CE, porém, a utilização de pinças tipo "basket" por broncofibroscopia (BF) em pacientes pediátricos tem se mostrado eficaz e segura. **Objetivo:** Demonstrar a experiência de um hospital de ensino na remoção de corpo estranho em via aérea por endoscopia respiratória. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo e com análise descritiva dos dados armazenados em planilha eletrônica Microsoft Excel ®. Foram analisados prontuários de crianças e adultos submetidos à broncoscopia por suspeita de aspiração de CE, no período de junho de 2017 a junho de 2019, no hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto. As broncoscopias foram realizadas em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva (UTI) sob anestesia geral ou sedação e pela mesma equipe cirúrgica. Foi utilizado broncoscópio flexível (BF) e rígido. Nas broncoscopias rígidas a remoção de CE foi realizada com pinças para remoção de CE e nas BF utilizou-se pinças tipo "basket". Foram incluídos todos pacientes submetidos à endoscopia respiratória, que apresentaram CE em via aérea, independente da idade. As endoscopias diagnósticas e as que não visualizaram CE foram excluídas. As variáveis analisadas foram: gênero, idade, procedência, localização do CE, tipo de CE, natureza do CE, tipo de pinça utilizada, tipo de broncoscópio, remoção em primeira ou segunda endoscopia e complicação. **Resultados**: Das 392 broncoscopias realizadas nesse período, 17 prontuários foram selecionados devido à suspeita de aspiração de CE. Quatro broncoscopias foram excluídas por não observar presença de CE ou por se tratar de exame diagnóstico. Treze broncoscopias, de onze pacientes, foram analisadas nesse estudo. A casuística observou nove crianças e dois adultos; sendo oito crianças na faixa etária entre 1 a 3 anos. Três pacientes eram do gênero feminino e oito masculino. A localização mais comum foi o pulmão esquerdo. Um CE foi removido com endoscópio rígido e dez com BF. Dois pacientes necessitaram de uma segunda broncoscopia para extração do CE. O tipo e natureza dos CE retirados foram: 6 casos de material de origem orgânica (amendoim) e 5 de origem inorgânica (pedra, chave digital odontológica, dente, corrente de metal e material birrefringente). Em nossa amostra, nenhum caso necessitou de broncotomia. Não houve óbito ou complicação pós-operatória. **Conclusão:** A remoção de CE por endoscopia requer treinamento específico, equipe anestésica preparada e equipamentos endoscópicos adequados. A associação da broncoscopia rígida e flexível amplia suas possibilidades de sucesso e segurança. Nossa casuística, utilizando a combinação dos dois métodos, demonstrou taxa de sucesso de 100%.
Palavras-chave: broncoscopia.corpo estranho.aspiração

141 | ASMA NÃO CONTROLADA SECUNDÁRIA À ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; LILIAN SERRASQUEIRO BALLINI CAETANO; LUIZ HIROTOSHI OTA; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; MARIANA LAFETA LIMA; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; FLÁVIA LIN.
UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A maioria dos pacientes não cita espontaneamente uma história de engasgo, o que atrasa o diagnóstico de aspiração de corpo estranho (CE), sendo necessário alto índice de suspeita, particularmente naqueles com asma atípica ou DPOC não responsiva à terapia específica. A broncofibroscopia (BF) é o método de escolha para a retirada de corpo estranho (CE) alojados na via aérea. Relatamos o caso de um paciente asmático, com doença mal controlada após aspiração de um CE até então desconhecida. **Relato de Caso:** Sexo masculino, 69 anos, diagnóstico prévio de asma há 39 anos, sem antecedentes de crises e controlado somente com Salbutamol SOS; porém, há 3 anos iniciou quadro de sibilância com tosse seca e dispneia, com melhora dos sintomas ao decúbito lateral esquerdo. Espirometria com Distúrbio Ventilatório Obstrutivo (DVO) moderado com resposta ao broncodilatador (BD), sendo iniciado uso de Alenia® 12/400mcg, com melhora parcial. No último ano, apresentou 2 crises de chiado e tosse, com idas ao pronto atendimento sendo prescrito corticoide e antibiótico, mas sem melhora clínica. Ao exame físico, ausculta pulmonar com sibilos localizados em hemitórax esquerdo. Nova espirometria com DVO leve sem resposta ao BD e Tomografia Computadorizada (TC) de Toráx com opacidade calcificada em brônquio principal esquerdo. Realizada BF com retirada de CE em brônquico principal esquerdo o qual obstruía sua lúmen em 70%. Paciente relembra, após a BF que, há 3 anos, apresentou engasgo durante

refeição e refere que após a retirada do CE, houve melhora dos sintomas da asma. **Discussão:** Adultos se queixam menos de aspiração de CE e seus fatores de risco incluem dificuldades de deglutição, estado mental alterado, doença neuromuscular, intoxicação ou causa iatrogênica, e ainda assim,10% não têm fatores de risco conhecidos. O diagnóstico de aspiração de CE em adultos não é tarefa fácil devido sintomas inespecíficos como tosse, chiado, dispneia ou hemoptise, que podem ser confundidos com um diagnóstico alternativo. Na maioria dos casos, o CE aspirado migra para a árvore brônquica distal e o episódio de engasgo é autolimitado e seguido de um período sem sintomas, que é interpretado como um sinal de resolução, retardando o diagnóstico, que pode gerar complicações como pneumonias recorrentes, bronquiectasias, hemoptise ou abscessos pulmonares. Os CE podem ser material orgânico ou inorgânico, sendo o orgânico mais comum em adultos. Em até 20% dos casos com suspeita de CE a radiografia de tórax convencional pode ser normal sendo necessário incluir a radiografia do Tórax em apneia expiratória na avaliação radiológica. A TC de tórax é o exame mais sensível além de auxiliar o planejamento de procedimento para retirada deste. A BF é o padrão ouro para o diagnóstico e tratamento de aspiração de CE. E apesar da BF rígida ainda ser o padrão ouro o aparelho flexível pode também remover de maneira segura e eficaz, sendo primeira escolha atualmente.
Palavras-chave: corpo estranho.broncoscopia.Obstrução das Vias Respiratórias

142 | ESTRONGILOIDÍASE DISSEMINADA: DIAGNÓSTICO POR BRONCOSCOPIA

ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS[1]; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES[2]; DANIELLE SILVA DE ALMEIDA PHILIPP[1]; FABIANA OLIVEIRA PENIDO[1]; MARIANA LAFETA LIMA[1]; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA[1]; WANDERSON PEREIRA DA SILVA[1]; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO[1]; FLÁVIA LIN[1]; BRUNA CAVALCANTE TORRES[1]; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOUI[1]; LUIZ CARLOS LOPES MARQUES JUNIOR[1].
1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, GOIÂNIA - SP - BRASIL.

Introdução: As infecções causadas pelo *Strongyloides stercoralis normalmente são crônicas e assintomáticas, porém, em imunocomprometidos podem evoluir* para sua forma disseminada, que possui elevada mortalidade.
HPMA: Feminino, 33 anos, branca, natural do Ceará e procedente de São Paulo. Antecedentes: HIV há 10 anos (uso irregular de TARV) e pneumocistose há 2 meses. Há 2 semanas, mal estar geral associado a cefaleia frontal intensa, em peso, contínua, progressiva, pior ao decúbito, febre diária (38º-38,5ºC), tosse seca e diarreia aquosa. Um episódio de vômito com sangue no dia da admissão.**Exame físico:** REG, descorada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril. FR 47ipm, FC 122bpm, PA 110x62mmHg, SpO2 80%. Som pulmonar abolido em bases e roncos difusos. Ausculta cardíaca e abdome sem alterações.E**xames complementares:** TC de tórax: múltiplas opacidades com atenuação em vidro fosco, difusas, principalmente nas suas regiões centrais. Broncoscopia:Lesões hemorragia subepitelial em região de brônquios principais e segmentares,LBA com recuperado progressivamente hemorrágico,predomínio de macrófagos (74%) e presença de S*tronglyloides stercoralis*.Biópsia endoscópica de duodeno:Estrogiloidíase duodenal.**Evolução:** Devido insuficiência respiratória aguda, procedeu-se intubação orotraqueal e iniciados antimicrobianos de amplo espectro (meropenem, vancomicina e bactrim) pelas hipóteses de pneumonia e pneumocistose. Como não houve melhora, realizado broncoscopia com lavado e EDA. Após identificação de estrongiloidíase disseminada, realizado tratamento com ivermectina e albendazol. Paciente evoluiu com choque séptico refratário e óbito. **Discussão:** *Strongyloides stercoralis:* helminto de distribuição mundial, pode acometer, isoladamente, trato gastrointestinal, pulmões ou pele, causando infecções crônicas e assintomáticas. Em imunossuprimidos, o comprometimento de outros sistemas gera uma forma grave, a estrongiloidíase disseminada. O quadro clínico é variado e depende dos sistemas acometidos. O acometimento pulmonar pode levar a complicações importantes: hemorragia alveolar difusa, pneumonia necrotizante e derrame pleural eosinofílico. No TGI, causa desde sintomas leves (dispepsia e dor abdominal), até sintomas graves (HDA,distensão abdominal,diarreia,icterícia e choque). No SNC,pode ter tanto lesão direta pelo parasita (sinais meníngeos, déficits focais e alteração do nível de consciência), quanto facilitação de translocação de bactérias intestinais para corrente sanguínea (bacteremia, pneumonia e meningite). O diagnóstico definitivo é pela visualização direta do organismo no tecido. Tratamento: Ivermectina (primeira opção), albendazol ou tiobendazol. Forma crônica:ivermectina tem eficácia garantida, porém, na forma disseminada disseminada a biodisponibilidade é errática e não penetra no SNC. Principal estratégio no combate: profilaxia em imunossuprimidos e vermifugação rotineira em imunocompetentes de áreas endêmicas, além de medidas de saneamento básico.
Palavras-chave: Estrongiloidíase disseminada.Hemorragia alveolar.Stronglyloides stercoralis

INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E TUBERCULOSE

143 | UTILIDADE DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX DE ULTRA-BAIXA DOSE NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; MARCIO VALENTE YAMADA SAWAMURA; RAFAEL STELMACH; ALBERTO CUKIER; REGINA MARIA DE CARVALHO PINTO; FREDERICO LEON ARRABAL FERNANDES; SAMIA ZAHI RACHED.
INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: O acometimento pulmonar na fibrose cística (FC) caracteriza-se pela presença de alterações heterogêneas e difusas. Diversas diretrizes recomendam a realização anual de Rx de tórax para seguimento destes pacientes, apesar da sua baixa sensibilidade para detecção dos achados radiológicos pulmonares. A tomografia de tórax (TC) possui alta resolução para avaliação do acometimento pulmonar na FC, porém preocupação com exposição frequente a doses mais elevadas de radiação limitam seu uso sistemático. **Objetivo:** Comparar um protocolo de TC de tórax de ultra-baixa dose em relação ao protocolo padrão como ferramenta útil no seguimento de pacientes com FC. **Métodos:** Foram selecionados pacientes com diagnóstico confirmado de FC (teste do suor e/ou genético) e que tivessem realizado TC de tórax (protocolo institucional padrão de baixa dose) há menos de 12 meses da participação do estudo (exame controle). Os pacientes foram submetidos a nova TC helicoidal com multidetectores de tórax com protocolo de ultra-baixa dose (redução e modulação dinâmica de kV e mAmp durante aquisição das imagens). Os exames foram comparados através de dois escores tomográficos (Reiff e Bhalla modificado) e de acordo com avaliação subjetiva de 3 especialistas quanto a utilidade clínica das imagens. A dose de radiação de cada exame também foi medida. **Resultados:** Foram avaliados 15 pacientes (10 mulheres), com idade variando de 18 a 48 anos. O tempo médio de diferença entre as tomografias foi de 6,8 ± 3,1 meses. Em relação ao Reiff escore, foi encontrado um grau de concordância de 100% entre os exames. Concordância

acima de 90% foi encontrada na comparação dos exames de tomografia de acordo com o escore Bhalla modificado. Todos avaliadores concordaram que os exames de ultra-baixa dose foram úteis para avaliação do acometimento pulmonar de pacientes com FC e forneciam informações semelhantes aos exames com protocolo convencional. A dose média de radiação de cada exame de TC de ultra-baixa dose foi de 2,2mSv, equivalente à realização de 2 radiografias de tórax. Conclusão: A TC de ultra-baixa dose é uma estratégia de fácil implementação e que permite adequada avaliação do acometimento pulmonar na FC com doses reduzidas e seguras de radiação ionizante. Diante disso, protocolos sistemáticos de seguimento tomográfico podem ser implantados e avaliados quanto ao benefício clínico de um acompanhamento mais rigoroso das alterações radiológicas pulmonares.
Palavras-chave: fibrose cística.tomografia de ulltra baixa dose.radiação

144 | IVACAFTOR NO TRATAMENTO DA FIBROSE CÍSTICA: RELATO DE CASO DOS SEU IMPACTO EM PARÂMETROS CLÍNICOS, TOMOGRÁFICOS E FUNCIONAIS AVANÇADOS

RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SAMIA ZAHI RACHED; ALBERTO CUKIER; FREDERICO LEON ARRABAL FERNANDES; REGINA MARIA DE CARVALHO PINTO; RAFAEL STELMACH.
INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A fibrose cística (FC) é uma doença genética relacionada à disfunção do canal de cloro codificado pelo gene CFTR. Diversos avanços terapêuticos ocorreram nas últimas décadas, porém pacientes acometidos com FC apresentam redução significativa da sua expectativa de vida. Recentemente, uma nova classe de tratamento denominada moduladores do CFTR foi aprovada no Brasil para portadores de mutações específicas da FC. Neste relato, apresentamos o primeiro caso de um paciente do estado de São Paulo tratado com ivacaftor, incluindo o impacto do tratamento sobre variáveis tomográficas e funcionais.**RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 21 anos com diagnóstico confirmado de FC por cloro no suor e teste genético com duas mutações do CFTR (F508del/S549R). Histórico de exacerbações pulmonares frequentes e perda funcional progressiva nos últimos anos. Antes do início do tratamento, o paciente apresentava dispneia aos mínimos esforços (mMRC=3), tosse produtiva purulenta diária, VEF1 pré-BD = 840mL (20% do predito), CPT = 6,33 L (108% do predito), VR = 4,44 L (379% do predito) e VR/CPT=0,70. Tomografia de tórax evidenciava bronquiectasias com predomínio em lobos superiores caracterizadas por espessamento brônquico importantes e diversas áreas de impactação mucoide intra-brônquica e árvore em brotamento. Teste do suor com níveis de cloreto = 99mmol/L. Iniciado tratamento com ivacaftor 150mg de 12/12h. Após 14 dias, paciente referia melhora importante da dispneia (mMRC=1) e redução da expectoração. Após 3 meses, a imagem tomográfica do tórax evidenciava redução do calibre das bronquiectasias e melhora expressiva do espessamento brônquico e áreas de impactação mucoide. Prova de função pulmonar revelou VEF1 pré-BD = 1350mL (33% do predito), CPT = 4,80 L (80% do predito), VR = 2,11 L (176% do predito) e VR/CPT=0,44. Novo teste do suor evidenciou níveis de cloreto abaixo do ponto de corte diagnóstico da doença (54 mmol/L). Qualidade de vida aferida pelo CFQ-R também apresentou melhora clinicamente significativa em todos domínios. Provas funcionais de oscilometria forçada e washout de nitrogênio de múltiplas respirações também confirmaram benefício terapêutico sobre acometimento das pequenas vias aéreas. Nenhum evento adverso sério clínico ou laboratorial foi presenciado. **DISCUSSÃO:** Os moduladores do CFTR constituem a primeira classe de medicamentos a tratar o defeito básico da FC. A restauração da função do CFTR parece interferir drasticamente na evolução da doença. O ivacaftor é classificado como uma droga potenciadora do CFTR por aumentar a função da proteína existente na membrana celular das células epiteliais. Drogas como lumacaftor e tezacaftor são classificadas como corretoras por permitir a chegada da proteína defeituosa do CFTR à membrana celular. A incorporação destes novos medicamentos no tratamento da FC abre uma nova era no manejo desses pacientes com potencial impacto positivo tanto na qualidade de vida como sobrevida desses indivíduos.
Palavras-chave: fibrose cística.função pulmonar.ivacaftor

145 | SÍNDROME DE KARTAGENER : RELATO DE CASO

VIRGINIA MARIA CAVALLARI STROZZE CATHARIN[1]; VITOR CAVALLARI STROZZE CATHARIN[2]; VINÍCIUS MARINHO LIMA[2]; ANA MARIA GUIRRO[2]; GABRIELA ACHETE DE SOUZA[2]; CAMILA MARTINS PAREDES[2]; DEBORA FERNANDA ESTEVES TRINDADE[2]; BRUNO BOLSONARO CALEGARI[2]; FABRÍCIO DONÁ ERNICA[2]; BRUNO FIORANTE AKIMOTO[2]; ALEXANDRE DE ALMEIDA PUCCI[2]; LEANDRO NAVAS PIRES[2].
1. UNIMAR, MARILIA - SP - BRASIL; 2. UNIMAR, MARÍLIA - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Kartagener descrita inicialmente por Siewert em 1904 e estabelecida em 1933 por Manes Kartagener, é uma doença autossômica recessiva rara que apresenta uma tríade composta por Pansinusite crônica, Bronquiectasias e Situs Inversus, sendo que os órgãos do tórax e abdome estão transpostos. A incidência é de 1/25.000. Após,a síndrome foi renomeada para Discinesia Ciliar Primária, pois verificou-se defeito na organização estrutural dos cílios do epitélio de revestimento da árvore respiratória com batimentos incoordenados e inefetivos, alterando a remoção de secreção de muco causando a Sinusopatia e a Bronquiectasia. Tipicamente há infecções do trato respiratório desde a infância, ocorrendo Pneumonias de repetição, e sintomas de tosse produtiva com secreção mucopurulenta e até hemoptises.Situs Inversus costumam ser total, com inversão dos órgãos do tórax e abdome. As alterações podem ser vistas através de TC de tórax e abdome. **RELATO DO CASO:** Os autores descrevem o caso de um paciente de 38 anos de idade, que havia sido internado com quadro de Pneumonia, apresentando sintomas de tosse com secreção mucopurulenta, febre alta, dor torácica posterior e mialgia. Foi medicado de forma condizente, com ótima evolução. Durante esse período, foi submetido à TC de Tórax e de Abdome as quais evidenciaram o diagnóstico de Síndrome de Kartagener, mostrando Situs Inversus e Bronquiectasias e TC de Seios da Face concluindo Agenesia de Seios Frontais e Esfenoidais e Sinusopatia Etmoido-Maxilar de aspecto crônico. O diagnóstico sindrômico foi uma achado, pois o paciente desconhecia esta realidade. Este relatava no histórico pessoal prévio vários quadro de infecções pulmonares desde a infância associadas à sinusites de repetição. Negava tabagismo em qualquer época da vida e Asma na infância.
DISCUSSÃO: O tratamento para o quadro inclue acompanhamento permanente, imunizações de pneumococo e influenza, uso prolongado de antibióticos para infecções, e fisioterapia respiratória. Tratamento cirúrgico com a ressecção dos segmentos com bronquiectasias é indicado para doenças graves, refratárias ao tratamento clínico. O prognóstico é geralmente bom e a maioria dos pacientes têm expectativa de vida normal. Mas, podem ocorrer óbitos em indivíduos com diagnóstico tardio ou que não seguem manuseio clínico adequado. Assim,o prognóstico é dependente do diagnóstico precoce e do seguimento clínico adequado.
Palavras-chave: BRONQUIECTASIAS.SINUSOPATIA.SITUS INVERSUS

146 | TUBERCULOSE OCULAR: RELATO DE CASO

HERICA LAIS DE JESUS LEITE; PAULO CÉSAR MENDES NUNES; MARCELLA ARAÚJO PIRES BASTOS; IVANA ALMEIDA DA SILVA; MARIANA DA SILVA DEUTT FERREIRA; JANNINE RIOS SANTOS SERRA; PALOMA FRANÇA DE OLIVEIRA; RAY JOAQUIM BEZERRA COSTA; MÔNICA CARDOSO DO AMARAL; RODRIGO DA ROCHA BATISTA; EDVAL GOMES DOS SANTOS; RICARDO GASSMANN FIGUEIREDO.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

JUSTIFICATIVA: A tuberculose (TB) é problema de saúde pública global com elevada prevalência no território nacional há mais de um século. Usualmente, acomete preferencialmente o trato respiratório, porém em um terço dos casos pode evoluir com acometimento extrapulmonar. A tuberculose ocular é um tipo infrequente de TB extrapulmonar (cerca de 2%) no qual o *Mycobacterium tuberculosis* pode atingir qualquer parte do globo ocular. A úvea é a região mais acometida, em especial a coroide posterior, sendo raras alterações isoladas em câmara posterior. O quadro clínico envolve redução da acuidade visual, hiperemia ocular e sensação de corpo estranho. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade, história de perda ponderal de 25Kg em 6 meses, apresentou quadro insidioso de redução da acuidade visual com presença de hiperemia ocular ao exame físico, associada a máculas hipocrômicas em feixe papilomacular de olho esquerdo, sem alterações em câmara anterior. Investigação adicional com TC de tórax evidenciou presença de nódulo calcificado de 6 mm associado a calcificação hilar ipsilateral, PPD<5mm, ECA = 25,20, sorologias negativas para HIV, VDRL, Hepatite B e C. Os achados radiológicos foram compatíveis com primoinfecção prévia por TB sem sinais de atividade pulmonar atual, solicitado IGRA (*Interferon Gama Release Assay* - QuantiFERON-TB Gold) com resultado positivo. Neste contexto clínico, o diagnóstico de TB ocular foi estabelecido e iniciado tratamento específico por 9 meses em seguimento conjunto com oftalmologia. A paciente apresentou evolução favorável, alteração transitória do perfil hepático no início do tratamento, com expressiva das lesões retinianas e acuidade, além de ganho ponderal 12Kg. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico definitivo de TB ocular permanece desafiador na prática clínica. Muitas vezes, a conduta se estabelece através de correlação entre achados ao exame físico, resultado de prova tuberculínica, IGRA e evidências radiológicas. No cenário nacional de tuberculose endêmica, o caso relatado apresenta graves alterações retinianas e IGRA positivo, favorecendo diagnóstico presuntivo de TB ocular. A especificidade do Quantiferon GOLD para tuberculose pulmonar e forma latente varia de 91%-99%, porém com sensibilidade 89% -91%. Poucos estudos estudaram o valor do IGRA em populações de prevalência elevada, entretanto a aplicação deste recurso em casos selecionados pode contribuir para incremento diagnóstico na tuberculose ocular.

Palavras-chave: Tuberculose Ocular.IGRA.Tuberculose Intraocular

147 | MICOBACTERIOSE SIMULANDO NEOPLASIA PULMONAR EM PACIENTE COM DPOC: RELATO DE CASO

GUILHERME DAS POSSES BRIDI[1]; RAFAELA MOTA DE JESUS[2]; JULIANE PENALVA COSTA SERRA[2]; PEDRO JOSE QUIZHPE MARIN[3]; MARCELA DE OLIVEIRA COSTA XIMENES[3]; ANDRE NATHAN COSTA[3]; REGINA MARIA DE CARVALHO PINTO[3]; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[3].

1. INCOR-HCFMUSP, ITARANA - ES - BRASIL; 2. INCOR-HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. INCOR-HCFMUSP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: As micobactérias não tuberculosas (MNTs) são amplamente distribuídas no ambiente, particularmente no solo e na água. Infecções pulmonares causadas pelas MNTs apresentam prevalência crescente configurando um problema de saúde pública. Pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam risco aumentado para micobacteriose pulmonar, principalmente quando associado a bronquiectasias, uso de corticóide inalatório e exacerbações frequentes. **RELATO DO CASO:** Homem, 70 anos, ex-tabagista (104 maços / ano), DPOC em uso de terapia tríplice e tuberculose pulmonar tratada há 48 anos. Apresentou múltiplas exacerbações, com perda de 5 kg no último ano. O exame físico não demonstrava alterações, exceto por baqueteamento digital. Apresentava obstrução acentuada à função pulmonar e à tomografia de tórax enfisema difuso e nódulos pulmonares irregulares bilaterais. Alfa 1 antitripsina, imunoglobulinas, auto-anticorpos normais e sorologias para HIV, hepatite e fungos negativas. PET-CT revelou nódulos espiculados no lobo superior direito e lobo inferior esquerdo com baixa captação. Pesquisas microbiológicas no escarro foram positivas em várias amostras para *Mycobacterium intracellulare*. Iniciada Rifampicina Claritromicina e Etambutol. Evoluiu com melhora clínica e negativação de escarro após 3 meses de tratamento. Após 12 meses apresentou resolução radiológica das lesões nodulares. **DISCUSSÃO:** O caso ilustra um paciente com DPOC e doença por MNT com imagem pulmonar sugestiva de lesão neoplásica em contexto de alta probabilidade de malignidade. As manifestações radiológicas típicas incluem infiltrados e lesões fibro-atelectásicas (semelhantes à tuberculose) e principalmente pequenos nódulos e bronquiectasias. O tratamento inclui macrolídeo, etambutol e rifampicina. Em casos mais graves, pode-se adicionar o aminoglicosídeo. Mesmo diante de imagens não características, a possibilidade de infecção por MNT deve ser considerada.

Palavras-chave: Micobacteriose não tuberculose.DPOC.Neoplasia pulmonar

148 | DIAGNÓSTICO DE CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA A PARTIR DE BIÓPSIA PULMONAR

YÁSKARA DUARTE ASSIS; CIRO DE CASTRO BOTTO; FERNANDA MARTINS HONÓRIO; AMANDA VILELA RODRIGUES; LYSSA FERREIRA; MICHELI CRISTINA SIPIONI; FERNANDA GOMES JUNQUEIRA DOS SANTOS; PRISCILA BATISTA DE OLIVEIRA; YNÁIRA DUARTE ASSIS.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FRANCA, FRANCA - SP - BRASIL.

JUSTIFICATIVA: O caso relata uma apresentação de criptococose disseminada, doença pouco diagnosticada. Justifica–se pela raridade do caso e contribuição para sistematizar o processo investigativo da doença. **RELATO DE CASO:** Paciente feminino, 49 anos, com queixa de secreção esbranquiçada e dispneia MRC 4 há 15 dias. Possuía diagnóstico prévio de Lúpus Eritematoso Sistêmico de difícil controle. Ao exame físico, apresentava–se em bom estado geral, eupneica, sem adenomegalias e exame neurológico normal. Ausculta respiratória com diminuição do murmúrio vesicular difusamente e estertores crepitantes em bases pulmonares. O Raio X de tórax evidenciou obliteração do seio costofrênico direito com opacidade bilateral reticular. Solicitada tomografia de tórax que mostrou nódulos subpleurais e centrolobulares, nódulo irregular, espiculado e vascularizado, espessamento do septo interlobular, árvore em brotamento e derrame pleural à direita. Coletadas duas amostras de BAAR, ambas negativas. Para elucidar o diagnóstico, foi realizada biopsia pulmonar

que evidenciou múltiplos granulomas sem necrose central, associada a hemossiderófagos alveolares sugestivos de criptococose. Paciente evoluiu com cefaleia frontal de forte intensidade, sendo realizado coleta de líquor com pesquisa de fungo positiva para *Cryptococcus spp.* Fez uso de Anfotericina B com dose acumulada de 1680mg e Fluconazol, com pesquisa de fungos negativa no liquor após tratamento e alta no 45º dia de internação. **DISCUSSÃO:** A criptococose pulmonar é uma micose sistêmica oportunista causada pelo *Cryptococcus neoformans* ou Cryptococcus *gattii*. Usualmente acomete indivíduos com o sistema imunológico comprometido. Em geral, a inalação do *Cryptococcus spp* produz uma infecção pulmonar assintomática e autolimitada. Quando manifesta sintomas, predominam a tosse com expectoração mucoide, às vezes com hemoptise, associada a febre, sendo pouco comum a presença de derrame pleural. Nos exames radiológicos, imagens pulmonares localizadas (massas e nódulos) são mais comuns no paciente imunocompetente, já nos imunocomprometidos há predomínio de opacidade intersticial difusa, sendo o achado mais comum os nódulos uni ou bilaterais, subpleurais, bem definidos e não calcificados. A Biópsia com identificação histopatológica dos agentes fúngicos é um método diagnóstico de excelência. O fungo tem tropismo pelo SNC e quaisquer queixas neurológicas devem ser pesquisadas. O líquor é o divisor de águas na investigação de criptococose neurológica, apresentando, geralmente, pleocitose, hipoglicorraquia e hiperproteinorraquia. A pesquisa de *Cryptococcus spp* é uma ferramenta útil, uma vez que a citometria do liquor pode ser normal. A escolha do antifúngico depende do sítio infeccioso e da imunidade do paciente, sendo necessário um tratamento mais agressivo na vigência de criptococose com acometimento neurológico. Os principais antifúngicos são Anfotericina B associado ao Fluconazol por 6 a 12 meses.
Palavras-chave: Criptococose.Pneumonia.Meningite

149 | TRAQUEOBRONCOMEGALIA: RELATO DE CASO

SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; CELIA MALLART LARGES; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; MARIANA LAFETA LIMA; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; FLÁVIA LIN; ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA.
UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução:A traqueobroncomegalia (TBM) ou síndrome de Mounier-Kuhn é uma anomalia congênita rara, caracterizada pela dilatação traqueal e do brônquios principais. O diagnóstico é estabelecido por tomografia computadorizada (TC) do tórax e não há tratamento específico para doença. Relatamos um caso de TBM em um homem adulto com infecções respiratórias recorrentes. **Relato de Caso**: Sexo masculino, 50 anos, com quadro de pneumonias de repetições, dispneia e tosse com expectoração há 18 anos. Ao exame físico, em bom estado geral, ausculta pulmonar com estertores em bases, SpO2 98% em ar ambiente e frequência respiratória de 19 irpm. Apresentava TC de tórax com traqueia e brônquios centrais pérvios, de calibre aumentado, com diâmetro máximo da traqueia de 3,1 cm e dos brônquios principais de 2,5 cm à direita e 2,4 cm à esquerda, com irregularidades nos seus contornos, e alguns divertículos traqueias posteriores com bronquiectasias e bronquiolectasias difusas varicosas e císticas por ambos os pulmões.Espermograma, dosagem de alfa-1-antitripsina e imunoglobulinas sem alterações. Exame do escarro com pesquisa para BAAR e culturas negativas e espirometria normal. Após investigação clínica, realizada hipótese diagnóstica de bronquiectasia secundária a traqueobroncomegalia. **Discussão**: A TBM é uma condição incomum caracterizada por dilatação traqueobrônquica devido à atrofia dos tecidos muscular e elástico da traquéia e da parede brônquica principal. Possui predomínio do sexo masculino e geralmente se manifesta na terceira ou quarta décadas de vida. As apresentações clínicas podem variar de pacientes assintomáticos a sintomáticos com quadro de pneumonias de repetição, tosse produtiva crônica, hemoptise ocasional e dispneia. A TBM tem 3 subtipos. No tipo 1, há uma discreta dilatação simétrica na traquéia e nos brônquios principais. No tipo 2, a dilatação e os divertículos são distintos. No tipo 3, as estruturas diverticulares e saculares estendem-se aos brônquios distais. O diagnóstico é confirmado pela TC de tórax, quando o diâmetro transverso da traqueia é maior que 3,0 cm e o dos brônquios principais direito e esquerdo é maior que 2,4 cm e 2 cm, respectivamente. Não há tratamento específico. Os pacientes assintomáticos geralmente não necessitam de tratamento e os sintomáticos podem ser tratados com broncodilatadores, antibióticos e fisioterapia respiratória e drenagem postural. A cirurgia raramente é realizada devido à natureza difusa da doença. A TBM é provavelmente subdiagnosticada e em pacientes com infecção recorrente do trato respiratório e bronquiectasias, deve ser considerada como um possível diagnóstico diferencial.
Palavras-chave: Bronquiectasia.Traqueobroncomegalia.Pneumonia de repetição

150 | TUBERCULOSE – RISCO X BENEFÍCIO DA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA POR MÉTODOS INVASIVOS

GISELE MARIA FERREIRA; CARLOS LUÍS BOTTO ROSA; CIRO DE CASTRO BOTTO; MARCELO DE PAULA LIMA.
SANTA CASA DE FRANCA, FRANCA - SP - BRASIL.

A tuberculose é uma doença infecto contagiosa de extrema importância em nosso meio, o Brasil faz parte de um grupo de países que representa 80% de seus casos em todo mundo. Em 2015, a OMS decidiu incentivar medidas de saúde pública para erradicação da doença. Com isso, a realização de diagnósticos e tratamentos mais efetivos são discutidas rotineiramente. Atualmente, o diagnóstico é realizado com a confirmação do bacilo através de pesquisa direta do agente pela baciloscopia, cultura ou gene expert, gerando uma discussão em casos em que a evidência da doença é grande, porém sem a confirmação. Nestes casos, o receio dos riscos de seguir na investigação superarem o benefício de um teste terapêutico, geram a dúvida de qual caminho seguir. Paciente, sexo feminino, 41 anos, histórico de tuberculose pulmonar prévia sem tratamento há 3 anos, porém com ausência de exames comprobatório de infecção. Histórico pessoal de moradora de área livre, usuária de Crack e agora institucionalizada em sistema prisional há 05 dias. Apresentava tosse seca e febre. Foi Internada na Santa Casa de Misericórdia de Franca devido aos sintomas: tosse seca, astenia, emagrecimento, febre e dispneia. Assim iniciou-se investigação para tuberculose com pesquisa de BAAR (bacilo álcool ácido reagente) em amostra de escarro resultando em 03 amostras negativas e culturas também negativas. Foi submetida a broncoscopia com lavado broncoalveolar, cujo resultado também veio com BAAR negativo e cultura negativa. No entanto, a paciente havia histórico de um diagnóstico de tuberculose não tratada, e tomografia de tórax com padrão micronodular em árvore em brotamento. Optou-se por submete-la ao diagnóstico invasivo, segmentectomia pulmonar. O resultado do anátomo patológico foi conclusivo para processo inflamatório granulomatoso com necrose caseosa e BAAR positiva na peça. Após o diagnóstico confirmado, foi iniciado o esquema RIPE no qual a paciente fez uso da medicação ficando internada por 15 dias. Após, retornou ao presídio, onde receberia a medicação assistida sob supervisão da vigilância sanitária. Conclui-se, portanto, que o diagnóstico através de procedimento invasivo foi fundamental para a instalação segura do tratamento, neste caso em que a quantidade de bacilos não estava suficiente para positivar os exames não invasivos. Dessa forma, é evitado o uso empírico do tratamento antituberculostático, para evitar a resistência às drogas, iatrogenia e prescrição inoportuna. O paciente com o diagnóstico comprobatório de sua doença apresenta maior aderência e comprometimento ao tratamento e assim diminuindo proliferação da doença.
Palavras-chave: TUBERCULOSE.DIAGNÓSTICO INVASIVO.TRATAMENTO SEGURO

151 | INFECÇÃO PULMONAR POR MYCOBACTERIUM PARASCROFULACEUM EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE.

CLAUDIA LILIANA MORENO DIAZ[1]; PEDRO JOSE QUIZHPE MARIN[1]; MARCELA DE OLIVEIRA COSTA XIMENES[1]; THAIS SABATO ROMANO DI GIOIA[2]; ELLEN CAROLINE TOLEDO DO NASCIMENTO; ANDRE NATHAN COSTA[1]; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[1].

1. INCOR, SAO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLINICAS, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: O *Mycobacterium parascrofulaceum* (*M.parascrofulaceum*) é uma micobactéria escotocromógena de crescimento lento. Há poucos relatos de casos sobre este microrganismo raro, para o qual não há tratamento padronizado. **Caso clínico:** Mulher, 78 anos, aposentada, sem história de HIV/AIDS, diabetes ou outras comorbidades, não tabagista. Encaminhada ao nosso serviço para investigação de nódulos pulmonares. Negava hemoptóicos, febre, sudorese noturna ou emagrecimento. Ao exame, encontrava-se em regular estado geral, ausculta pulmonar com estertores em base esquerda, oximetria de pulso de 96% em ar ambiente. Realizara tratamento para tuberculose pulmonar (TB) devido ao crescimento das lesões nodulares entre 2015 e 2017 noutro serviço, porém, sem melhora radiológica. A tomografia de tórax mostrou micronódulos centrolobulares por vezes confluentes, difusos, sinal da galáxia, fibroatelectasia em lobo superior direito e espessamento pleural bilateral. Baciloscopias de escarro foram positivas em duas amostras, e houve crescimento em cultura de *M.parascrofulaceum*. Realizou broncoscopia para pesquisa de agentes potencialmente mais patogênicos, sendo as pesquisas e culturas microbiológicas negativas, além de PCR para MTB. A biopsia transbrônquica revelou parênquima pulmonar com extensa necrose caseosa, delimitada por faixas de tecido fibroso com infiltrado linfocitário. A cultura do fragmento foi positiva para *M. parascrofulaceum.* Foi iniciada azitromicina, rifampicina e levofloxacina. Atualmente encontra-se em tratamento com melhora clínica e radiológica. **Discussão:** O M.parascrofulaceum é classificada como agente escotocromógeno de crescimento lento, capaz de se desenvolver em meio ácida e em altas temperaturas. Devido as semelhanças fenotípicas com M.scrofulaceum e genotípicas com M.simae, foi erroneamente classificada antes de sua descrição. Quanto ao reservatório ambiental, foi encontrada nas fontes ácidas do parque nacional Yellowstone nos Estados Unidos. Existem cinco relatos na literatura quanto ao acometimento clínico por esta micobactéria, todos envolvendo indivíduos imunossuprimidos (AIDS, neoplasia) ou portadores de condições predisponentes (bronquiectasia e sequela de TB). Quanto à sensibilidade *in vitro,* é descrito à rifampicina, claritromicina e amicacina, porém, com desfechos clínicos desfavoráveis. O presente caso ilustra uma paciente com infecção pulmonar por *M parascrofulaceum*, sem imunossupressão ou doença predisponente, sendo o primeiro caso no Brasil.

Palavras-chave: parascrofulaceum. micobacteria não tuberculosa.escotocromógeno

152 | EMPIEMA PLEURAL POR SALMONELLA EM ASSOCIAÇÃO COM PAQUIPLEURIS CALCIFICADO: RELATO DE CASO

MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO[1]; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA[1]; JULIANA CLARO PELOSO[1]; ODIR NASCIMENTO DE MACÊDO NETO[1]; MARINA MANCUSI[1]; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA[1]; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO[1]; ALANA ANNE KANEDA GARCIA[1]; JULIANA ALMEIDA VIEIRA[2]; ALINE REIS BERTOLDI[1]; FLAVIO GNECCO LASTEBASSE[1]; MARIA INÊS BUENO DE ANDRE VALERY[1].

1. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE SANTO AMARO - HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: *Salmonella* é uma bactéria gram-negativa e o sorotipo *Enteritidis* é a espécie mais frequente causadora de doença, que pode ocorrer após ingestão de alimentos contaminados. Indivíduos infectados desenvolvem febre, dores abdominais e diarreia. O principal sítio de invasão deste bacilo é o trato gastrointestinal, entretanto, outros focos de infecção são descritos na literatura como gástrico, ósseo, renal, vias biliares, endocárdico, meníngeo e pulmonar. Empiema pulmonar por Salmonela é raro e acontece através de disseminação hematogênica, seus fatores de risco são a deficiência na imunidade celular e uso prévio de antibióticos. Apresentamos o caso de paciente sem quadro prévio de distúrbios gastrointestinais, com empiema pleural por *Salmonella enterica*. Relato do caso: Paciente sexo masculino, 78 anos, admitido no HSPE por quadro de tosse produtiva há 5 dias associado a febre e piora do estado geral. Relata história de internação anterior há 30 dias e tratamento de empiema com ceftriaxona e claritromicina por 15 dias. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, febril, eupneico, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído a esquerda associado a estertores crepitantes. Possuia antecedente de Poliangeíte com Granulomatose e uso prévio de imunossupressor, além de sequela radiológica com calcificação após procedimento de pericardiectomia. Na internação demostrava elevação de PCR, leucocitose, piora de função renal e imagem radiológica de tórax com opacidade heterogenea mal delimitada em 1/3 inferior de hemitórax, paquipleuris calcificado e derrame pleural. Devido múltiplas comorbidades, equipe de cirurgia torácica contraindicou procedimento cirúrgico, realizada então toracocentese guiada por ultrassonografia que caracterizou o empiema. A cultura de liquido pleural demonstrou a presença de *Salmonella enterica subtipo Enteritdis*. Descartado após investigação, outros sítios de infecção primária e focos de disseminação, além da presença de outras imunodeficiências. Completa tratamento com ciprofloxacino por 14 dias e retorna ambulatorialmente, após 30 dias da alta, com melhora do estado geral e ganho de peso, mantendo sequela radiológica pleural. Discussão: O empiema é uma complicação raramente causada por patógenos advindos do trato gastrointestinal como a salmonela, quando isto acontece espera-se encontrar além de imunodeficiência primária a associação de fontes para sua disseminação como por exemplo o abscesso hepático. Entretanto já foi descrita a possível implantação deste germe em coluna cervical e outras calcificações como as placas ateroscleróticas de grandes vasos. A bacteremia por Salmonella não-tifoide pode progredir para o desenvolvimento de infecção em qualquer local e alguns fatores afetam a incidência de bacteremia e disseminação. Fatores como idade, condições crônicas e imunossupressoras podem ser responsáveis pela capacidade de adoecimento destes patógenos, como o caso descrito neste relato.

Palavras-chave: Empiema Pleural. Paquipleuris calcificado.Salmonella

153 | MANIFESTAÇÕES PULMONARES DA DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

BEATRIZ OLIVEIRA ASCONEGUY[1]; VICTÓRIA MURADOR PATAIAS[1]; LETÍCIA VICTORAZZO LOUZADA[1]; MONIQUE ALMEIDA BAROTTI[1]; LUCCA RODRIGUES ALMEIDA[1]; VINÍCIUS TEIXEIRA LEITE[1]; JULIA POMPEU DE SOUSA BRASIL[1]; MÔNICA SILVEIRA LAPA[2]; ELIE FISS[3].

1. USCS, SÃO CAETANO DO SUL - SP - BRASIL; 2. USCS E FMABC, SÃO CAETANO DO SUL - SP - BRASIL; 3. FMABC, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

A Discinesia ciliar primária (DCP) afeta a motilidade ciliar e está associada a destruição do parênquima pulmonar, infertilidade masculina e feminina. É chamada de síndrome de Kartagener quando a tríade bronquiectasias, sinusite

crônica e situs inversus (apenas 20% dos casos) está presente. No Brasil, há poucos casos relatados pois a maioria dos serviços carecem de recursos sofisticados necessários para o diagnóstico e ao baixo reconhecimento de pacientes com DCP, como foi o caso da paciente deste relato. O objetivo desse relato é promover maiores discussões, levando a um maior conhecimento do médico sobre a DCP e uma maior identificação de suas apresentações. **Relato de caso:** G.F.O, sexo feminino, 39 anos, casada. Nega tabagismo e etilismo. Irmã com bronquiectasias. Alérgica a Claritromicina. Relata sintomas respiratórios desde o nascimento, bronquite e pneumonia de repetição desde a infância até ser diagnosticada com Síndrome de Kartagener, em 2001. Encaminhada para acompanhamento, refere internações por pneumonia de repetição, apresentando tosse produtiva. Em uso de Azitromicina, Omeprazol, Aerolin, Fostair, Inalação com NaCl 3%-5mL, Hidrocin, Seebri, Budesonida. Ao exame físico, apresenta-se eupneica, PA 120x70mmHg, FC 81bpm, $SatO_2$ 98%. Presença de estertor grosso inspiratório e expiratório em bases, bilateralmente. Ausência de situs inversus. Os exames complementares evidenciaram:1.Cultura de vigilância (09/06/2018): P. aeruginosa, enterobacteria, enterococcus, E. coli e Klebsiella resistentes à alguns antibióticos. 2.Espirometria (14/09/2018): compatível com distúrbio ventilatório obstrutivo leve, capacidade vital forçada reduzida. Sem resposta ao broncodilatador. 3.TC dos seios da face (11/10/2018):sinusopatia maxilar e esfenoidal bilateral e frontal esquerda. Desvio do septo nasal para esquerda. 4.TC de tórax (14/03/2019): bronquiectasias varicosas com conteúdo gasoso bilateral mais exuberante no lobo superior do pulmão direito, língula e lobo inferior do pulmão esquerdo. Opacidades nodulares de natureza inflamatória. Pequeno granuloma calcificado residual no lobo inferior do pulmão direito. 5.Teste do suor: negativo **Evolução:** Diante de um quadro com a depuração mucociliar prejudicada, levando a retenção de partículas inaladas, incluindo bactérias nos pulmões, seios paranasais e orelha média, a paciente evolui para um quadro de exarcebações e antibioticoterapia recorrentes. A tosse produtiva e as infecções respiratórias são frequentes, e como no caso relatado o foco é acompanhamento e prevenção de pioras clínicas. **Discussão:** Não há terapias específicas para a DCP e o objetivo do tratamento é facilitar a depuração do muco retido, além do uso de antibióticos para combater infecções. A educação e a informação dos pacientes e familiares fazem parte do manejo da doença e da melhora da qualidade de vida. É necessário atenção aos sinais que podem indicar DCP, como radiografias anormais e angústia respiratória inexplicada, que podem indicar esta patologia.
Palavras-chave: Ciliary Motility Disorders.Kartagener Syndrome.Signs and Symptoms, Respiratory

154 | ACTINOMICOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA; MARINA MANCUSI; JULIANA CLARO PELOSO; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO; ELIZABETH BRAGA MISAO; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS; FLAVIO GNECCO LASTEBASSE; MARIA INÊS BUENO DE ANDRE VALERY; ALINE REIS BERTOLDI; ALANA ANNE KANEDA GARCIA.

HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL -SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A Actinomicose pulmonar é uma doença crônica, granulomatosa e rara causada pelo *Actinomyces spp*. É uma bactéria Gram positiva, comensal encontrada na orofaringe, trato gastrointestinal e genitourinário. As manifestações clínicas são inespecíficas e geralmente o diagnóstico diferencial inclui tuberculose, neoplasias e nocardiose. Frequentemente é uma patologia subdiagnosticada e, portanto, tratada de forma inadequada. Este trabalho objetiva relatar um caso de Actinomicose pulmonar em um paciente assintomático. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, encaminhado ao ambulatório de pneumologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo devido achado radiológico. O paciente não tinha sintomas respiratórios, era dislipidêmico em uso de estatinas. Ao exame físico, o paciente encontrava-se em bom estado geral e sem alterações. Realizou hemograma, provas de inflamação e espirometria com resultados dentro da normalidade. A Tomografia de tórax demonstrava imagens de nódulos centrolobulares e árvore em brotamento em lobo médio do pulmão direito. Optou-se por realizar broncoscopia com lavado broncoalveolar e realização de biopsias transbrônquicas. Foi evidenciada bronquite discreta e presença de lesão enegrecida em brônquio inferior direito. O anatomopatológico mostrou reação inflamatória crônica granulomatosa não necrotizante com erosão do epitélio respiratório, associado a infiltrado inflamatório agudo. A pesquisa direta para BAAR e fungos resultou negativa. As culturas quantitativas em meios sólidos e do lavado broncoalveolar foram negativas para micobactérias e fungos. Após dois meses de seguimento, o paciente persistia assintomático e optou-se por repetir a broncoscopia. O exame mostrou redução da lesão enegrecida endobrônquica e o lavado broncoalveolar revelou crescimento de *Actinomyces sp.* 2x 10^4 UFC/ml. Foi iniciado amoxicilina na dose de 1,5g por dia por 12 semanas e solicitado nova tomografia de tórax para seguimento. Após o término do tratamento, o paciente retornou com melhora completa das alterações radiológicas. **Discussão:** A infecção pulmonar pelo *Actinomyces sp.* representa cerca de 15% de todos os casos de actinomicose. Pode ser confundida com tuberculose, nocardiose, aspergilose, câncer e abscesso pulmonar. Geralmente é causada por aspiração de secreções da orofaringe e as manifestações clínicas são inespecíficas, as mais comuns incluem tosse, expectoração, hemoptise, febre, dor torácica, dispneia e perda ponderal. O padrão tomográfico encontrado com maior frequência são opacidades nas regiões centrais dos pulmões. No entanto, também é possível encontrar cavitações, derrame pleural, broncogramas aéreos e massas parenquimatosas. Portanto, é possível entender o quanto a patologia pode simular outras afecções e induzir diagnósticos equivocados. O diagnóstico é realizado através da identificação microbiológica do patógeno e o tratamento de escolha são antibióticos da classe de betalactâmicos por 6 a 12 meses.
Palavras-chave: Actinomicose Pulmonar. Infecção bacteriana .Actinomyces

155 | CRIPTOCOCOSE PULMONAR EM PACIENTE COM MIASTENIA GRAVIS E USO DE CORTICÓIDE SISTÊMICO

MARINA MANCUSI[1]; CYNTIA MITIKO HONDA[2]; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO[2]; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO[2]; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA[2]; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA[2]; JULIANA CLARO PELOSO[2]; ALINE REIS BERTOLDI[2]; ELIZABETH BRAGA MISAO[2]; MARIA INÊS BUENO DE ANDRE VALERY[2]; FLAVIO GNECCO LASTEBASSE[2]; AUGUSTO VOLTAIRE DO NASCIMENTO[2].

1. IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A criptococose é mais frequente em pacientes imunossuprimidos, seja por uso de imunossupressores ou pelo vírus de imunodeficiência adquirida (HIV). O *Cryptococcus neoformans* apresenta uma incidência de 80% em pacientes com HIV e de 4,2% em pacientes com Miastenia Gravis. Devido ao aumento do uso de imunobiológicos e corticoide para diversas patologias, a incidência de doenças fúngicas oportunistas vem aumentando ao longo dos anos. Nosso objetivo é relatar um caso de criptococose pulmonar em paciente imunossuprimido não HIV. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, com diagnóstico de Miastenia Gravis há 12 anos, em uso de prednisona 60 mg/dia há 2 anos. Foi admitido no Hospital do Servido Público Estadual devido quadro de tosse seca há 45 dias e dispneia aos médios

esforços, negava febre ou perda ponderal. Ao exame físico não apresentava alterações significativas. Previamente a internação, relatou ter feito uso de antibiótico, porém evoluiu com piora radiológica com aumento da consolidação em lobo inferior direito e pequenas cavitações bilaterais, em um intervalo de 2 meses. Solicitados exames complementares, verificando resultado de antígeno *Cryptococcus neoformans* sérico positivo com título de 1:1024, realizada então broncoscopia com coleta de lavado broncoalveolar (LBA) e biópsia pulmonar percutânea guiada por ultrassom evidenciando cultura positiva para *Cryptococcus neoformans* em LBA e em fragmento pulmonar. Biópsia pulmonar também compatível com Criptococose. Coletado líquor com pesquisa e cultura negativa para fungo. Descartado também acometimento abdominal e prostático pelo ultrassom, sorologia para HIV negativa, teste molecular e pesquisa de bacilo álcool-ácido negativos no LBA. Após o diagnóstico de criptococose pulmonar foi iniciado tratamento com fluconazol 400 mg/dia. O paciente evoluiu com melhora clínica após três semanas e recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** Após a inalação de esporos presentes em eucaliptos e fezes de pombos o fungo se aloja nos alvéolos, ativando macrófagos e formando granulomas. O acometimento respiratório pode ser inespecífico, com tosse e dispneia, associado a sintomas constitucionais, porém até 30% dos indivíduos são assintomáticos. A tomografia apresenta achados diversos entre indivíduos imunocompetentes e imunossuprimidos. Nódulos solitários ou múltiplos medindo até 10-30 mm de diâmetro são presentes em 90% dos casos, com predomínio periferico, sem evidência de preferência por algum lobo pulmonar. Porém, em pacientes imunocomprometidos, consolidação, derrame pleural, infiltrado reticular e linfadenopatia são os achados mais frequentes. As cavitações são mais encontradas em pacientes com HIV. O tratamento consiste em uso de Anfotericina B ou fluconazol, a depender da gravidade do caso, por tempo prolongado de 6-12 meses em pacientes imunossuprimidos.
Palavras-chave: Criptococose pulmonar.Imunocomprometido.Miastenia Gravis

156 | INFECÇÃO DE MICOBACTERIUM CELATUM EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA[1]; MARIANA LAFETA LIMA[1]; LARISSA MARION GRANDE CAVALHERO[1]; JOSIÉLE APARECIDA DE SOUZA[1]; JULIANA LUCENA DOS SANTOS[1]; NATALIA CAROLINA ORTIZ POBLETE[1]; ANDRÉIA LOZER SARMENGHI[1]; AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS .[1]; GRACIELY MATIAS GUIMARAES[1]; FABIANA OLIVEIRA PENIDO[1]; WANDERSON PEREIRA DA SILVA[1]; MARCIA TELMA GUIMARAES SAVIOLI[2].
1. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O *Mycobacterium celatum* foi descrito pela primeira vez em humanos em 1993 (W.R.Butler, S. P. O'Connor,M.A.Yakrus et al., "*Mycobacterium celatum* sp. nov.," *InternationalJournalofSystematicBacteriology*,vol. 43, no. 3, pp. 539–548, 1993.). *M. celatum* são micobactérias não tuberculosas, que não são transmitidas de pessoa para pessoa, todas as infecções são resultados de inalação ou inoculação direta de fontes como solo, água subterrânea, poeira e animais. A infecção em humanos é rara, em imunocompetente tem sido reportado como doença localizada em pulmão e gânglios e em imunocomprometido como doença disseminada. O diagnóstico pode ser difícil, devido a reação cruzada entre *M. celatum* tipos 1 e 3 e a sonda genética para o complexo *M. tuberculosis.* Relatamos o caso de uma paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico e suspeita de infecção por *Mycobacterium tuberculosis*, posteriormente diagnosticada com infecção por *M. celatum.* **RELATO DE CASO:** Mulher, 62 anos, natural do Piauí e residente em São Paulo há 25 anos. Queixa-se de dispneia progressiva com início há um ano. No momento dispneia aos mínimos esforços associado a tosse seca, perda ponderal de quatro quilos em um mês e sudorese noturna. Antecedente: Lúpus Eritematoso Sistêmico desde 2002 e artrite reumatóide em uso de hidroxicloroquina e prednisona 10mg/ dia. Exposição: tabagismo 60maços/ano e nega história prévia ou contato com tuberculose. Exame físico: sinais vitais estáveis e SpO2 94%. Ausculta pulmonar com crepitações finas em base direita. Tomografia de tórax: nódulos centrolobulares com árvore em brotamento em língula e lobo inferior direito. Sorologias para hepatite C, B e HIV negativas. Em investigação foi solicitado três amostras de escarro, com cultura positiva para micobactéria com identificação de *M. celatum* na primeira e terceira (18/03/19 e 20/03/19 respectivamente). Após seis meses, tomografia de tórax evidenciou agravamento de alterações prévias, associado a sintomas clínicos persistentes. Pelos critérios da ATS 2007, isto é, recente queixa clínica, alterações radiológicas progressivas e identificação da micobactéria em duas amostras de escarro, foi feito diagnóstico de doença pulmonar por *M. celatum e* iniciado tratamento com claritromicina, ciprofloxacinoe etambutol. Paciente retornou após um mês de início de tratamento com melhora clínica e dispneia apenas aos moderados esforços. A programação do tratamento será por 12 meses após negativação das culturas. **DISCUSSÃO:** *M. celatum* tenha sido relatado como causador de infecção principalmente em imunocomprometidos, mas, recentemente, uma quantidade crescente de evidências clínicas indica presença de doenças graves imunocompetente. A infecção por *M. celatum* produz sintomas semelhantes aos provocados pelo *M. tuberculosis*, incluindo até mesmo lesão cavitária, provavelmente refletindo mecanismos patogênicos similares. É necessário a identificação dessa espécie para direcionar o tratamento e assim evitar a progressão da doença.
Palavras-chave: MICOBACTERIA NÃO TUBERCULOSA.IMUNOCOMPROMETIDO.INFECÇÃO

157 | PARACOCCIDIOIDOMICOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

ALINE REIS BERTOLDI; MARIA INÊS BUENO DE ANDRE VALERY; FLAVIO GNECCO LASTEBASSE; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; ALANA ANNE KANEDA GARCIA; ELIZABETH BRAGA MISAO; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS; MARINA MANCUSI; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA; JULIANA CLARO PELOSO; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS.
IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Paracoccidioidomicose é causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides spp*. Tem como fator de risco para aquisição da infecção, as profissões ou atividades relacionadas ao manejo do solo contaminado com o fungo. Adquirida através da inalação de conídios,a doença apresenta se como forma pulmonar ou disseminada, aguda ou crônica. O quadro clínico manifesta se por tosse com ou sem expectoração e dispneia, odinofagia, rouquidão, lesão em mucosas, adenomegalia local ou generalizada. Acompanhado de febre, perda de peso, anorexia e emagrecimento. **Relato de caso:**Homem, 56 anos, secretário, sem exposição ou contato com solo, procura Hospital do Servidor Público Estadual com rouquidão, tosse produtiva, sudorese noturna e perda ponderal de 6 kg em 2 meses. Apresentava lesão vegetante em supraglote e seguia em acompanhamento com especialidade de cirurgia de cabeça e pescoço. Trazia uma biópsia esofágica externa com processo inflamatório crônico granulomatoso tuberculóide incompleto. Foi submetido à TCTX que evidenciou micronódulos randômicos, atenuação em vidro fosco bilateralmente, sem linfonodomegalias. Assim como à broncoscopia com identificação de lesão granulomatosa em hipofaringe, laringe e subglote com citologia, cultura e BAAR negativos. Diante disto, recebeu tratamento empírico para tuberculose, pois não apresentava epidemiologia ou exposição à fatores de risco para Paracoccidioidomicose.

A partir da biópsia da lesão de supraglote, o diagnóstico de Paracococidioidomicose foi confirmado e introduzido Itraconazol. **Discussão:**Na clínica, o diagnóstico de PCM é considerado simples, porém há um grande número de outras afecções com as quais pode ser confundida, atrasando o diagnóstico. É necessário atenção ao diagnóstico diferencial de tuberculose devido à sobreposição das histórias clínica e epidemiológica. A tuberculose associada à PCM tem sido relatada em cerca de 2 a 20%. Em pacientes com lesão pulmonar por *Paracoccidioides* spp, é recomendável solicitar baciloscopia da expectoração, para se avaliar a concomitância de tuberculose, principalmente quando houver infiltrado pulmonar acometendo os lobos superiores. O padrão ouro para o diagnóstico de PCM é o encontro de elementos fúngicos sugestivos de Paracoccidioides spp em exame a fresco de escarro ou outro espécime clínico (raspado de lesão, aspirado de linfonodos) e/ou fragmento de biópsia de órgãos acometidos. O presente relato tem como objetivo ressaltar a importância de realizar o diagnóstico diferencial de paracococidioidomicose pulmonar, pela semelhança na apresentação clínica, bem como atentar para casos da doença sem relação ocupacional ou de exposição.
Palavras-chave: Paracococcidioidomicose.Exposição.Diagnóstico

158 | SARCOMA DE KAPOSI PULMONAR EM IMUNOCOMPROMETIDO

AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS .[1]; PAULO CESAR BASTOS VIEIRA[2]; RIMARCS GOMES FERREIRA[2]; FLÁVIA LIN[2]; JULIANA CLARO PELOSO[3]; LARISSA MARION GRANDE CAVALHERO[2]; JOSIÉLE APARECIDA DE SOUZA[2]; JULIANA LUCENA DOS SANTOS[2]; NATALIA CAROLINA ORTIZ POBLETE[2]; ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA[2]; ANDRÉIA LOZER SARMENGHI[2]; GRACIELY MATIAS GUIMARAES[2].

1. UNIFESP, LORENA - SP - BRASIL; 2. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

I**NTRODUÇÃO:** O Sarcoma de Kaposi (SK) é um tumor de células fusiformes, normalmente limitado à pele e ao tecido subcutâneo, mas pode apresentar envolvimento visceral disseminado. Afeta indivíduos com baixa contagem de linfócitos CD4, infectados com herpesvírus humano 8 (HHV-8). Homem, 52 anos, homossexual, iniciou tosse e dispneia há 3 meses, com piora progressiva, associado a perda ponderal de 7 kg e febre. Foi diversas vezes a serviços de saúde, sendo diagnosticado com pneumonia e tratado com antibióticos. O último ciclo foi com Sulfametoxazol-trimetoprima por 14 dias, com término um dia antes da admissão no Hospital São Paulo. Referia lesões cutâneas violáceas difusas há 5 meses, não pruriginosas ou dolorosas. Ao exame físico apresentava-se em grave estado geral, descorado, desidratado e emagrecido; inspeção de pele com lesões violáceas difusas acometendo tronco, pescoço, gengiva, pênis e membros. RCR 2T bulhas hiperfonéticas. Ausculta respiratória com estertores finos predominantes em terços inferiores do hemitórax - SpO_2 90% em Venturi 40%. Linfonodos palpáveis em região inguinal bilateral, endurecidos, pequenos e fixos. Admitido em leito de UTI cerca de 24 horas após chegar no PS, necessitando de intubação orotraqueal em poucas horas da admissão. Exames complementares: HIV Reagente, Carga viral: 17.678 cópias/ml, CD4: 4 células/µl; BAAR no escarro 3 amostras negativas; VDRL e teste treponêmico negativos; sorologia para fungos (histoplasma, paraccocos e aspergillus): negativa; citomegalovírus detectável (1870/ Log 3,27); antígeno urinário para Legionella: negativo. Broncoscopia apresentou coágulos e sinais de sangramento difuso recente. Biópsia transbrônquica com hemorragia alveolar focal. Biópsia de pele com imuno-histoquímica compatível com sarcoma de Kaposi. Evoluiu a óbito após 5 dias da admissão, com necropsia evidenciando Sarcoma de Kaposi multifocal comprometendo pele e pulmão, pneumocistose pulmonar e dano alveolar difuso. **DISCUSSÃO**: O acometimento pulmonar é uma apresentação muito rara de SK, que frequentemente ocorre após, e não antes do desenvolvimento de lesões mucocutâneas. O quadro clínico é inespecífico. A radiografia de tórax evidencia espessamento de feixes broncovasculares na região peri-hilar e opacidade reticulonodular. A TC de tórax mostra opacidade em vidro fosco, espessamento do interstício axial peribroncovascular, espessamento dos septos interlobulares, nódulos / consolidações mal definidas com distribuição peribroncovascular. O sarcoma de Kaposi endobrônquico apresenta-se como lesões ovais ou circulares e avermelhadas, sendo a visualização das lesões pela broncoscopia a modalidade mais sensível para o diagnóstico de SK pulmonar. Histologicamente o tumor consiste em espaços vasculares intercalados com células fusiformes, contendo núcleos atípicos e mitoses ocasionais. O tratamento é realizado com terapia antirretroviral e quimioterapia com Doxorrubicina lipossomal.
Palavras-chave: Sarcoma de Kaposi.HIV.herpesvírus humano 8

159 | CRIPTOCOCOSE PULMONAR SIMULANDO NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO EM TRANSPLANTADO RENAL TARDIO - RELATO DE CASO.

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; NATALIA DE CASTRO CARVALHO; SOFIA DUARTE SOARES; STELLA FALCADI VENDRAMINE; ALINE REIS BERTOLDI; ALANA ANNE KANEDA GARCIA; MARINA MANCUSI; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; AUGUSTO VOLTAIRE DO NASCIMENTO; FLAVIO GNECCO LASTEBASSE; MARIA INÊS BUENO DE ANDRE VALERY; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO.

IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Infecções fúngicas invasivas compreendem importante complicação de transplante de órgãos sólidos. Os principais agentes, em ordem de freqüência, são *Aspergillus*, *Candida* e *Cryptococcus*, sendo que a profilaxia antifúngica diminui significativamente a incidência das infecções por *Aspergillus* e *Candida,* entretanto possui pouco impacto nas causadas por *Cryptococcus*. A prevalência de criptococose em transplantados é de 2,8%, podendo corresponder a uma infecção severa com uma mortalidade entre 33-42%. RELATO DE CASO: Paciente F.R.S., sexo masculino, 75 anos, motorista, com antecedente de transplante renal em 2018 por nefropatia diabética, sendo a doadora sua esposa, e em uso de Ciclosporina, Micofenolato e Prednisona. Procurou pronto-socorro com história de tosse há três semanas, com expectoração amarelada e dispneia com piora progressiva. Referia perda ponderal de 7 kg em um mês e adinamia, porém afebril. À admissão, realizada tomografia de tórax que evidenciou consolidação irregular no segmento lateral do lobo médio à direita medindo 35 mm, subpleural, com brônquios de permeio. Iniciado antibioticoterapia com ceftriaxone e claritromicina para pneumonia. Evoluiu sem melhora clínica. Realizada biópsia percutânea transtorácica guiada por TC por suspeita de neoplasia cujo laudo concluiu reação inflamatória crônica granulomatosa com necrose de padrão supurativo e pesquisa para fungos positiva para *Criptococcus sp*. Iniciado tratamento com Anfotericina B lipossomal por duas semanas e mantido com Fluconazol. DISCUSSÃO: *Cryptococcus neoformans* é uma levedura encapsulada isolada ocasionalmente no meio ambiente, especialmente em solo contaminado por dejetos de pombos. A criptococose geralmente ocorre de forma tardia, entre 12-21 meses após o transplante. A doença pulmonar está entre os principais sítios de infecção do fungo, podendo se apresentar desde uma colonização assintomática até formas graves de pneumonia com insuficiência respiratória. Os achados radiológicos são pouco específicos e incluem: opacidades nodulares e, menos frequentemente,

consolidações. O diagnóstico ideal é a evidência microscópica das leveduras encapsuladas no material estudado. Investigação adicional pode incluir culturas de materiais como: escarro, lavado broncoalveolar, urina (preferencialmente após massagem da próstata), líquido cefalorraquidiano e pesquisa da antigenemia para criptococo. Segundo a Infectious Diseases Society of America (IDSA) a escolha do antifúngico e a duração do tratamento deve ser baseada no sítio e na gravidade da infecção, além do grau de imunossupressão do paciente. O padrão ouro é a Anfotericina B lipossomal por no mínimo duas semanas e manutenção com Fluconazol. CONCLUSÃO: Os autores descrevem um caso de infecção pulmonar por *Cryptococcus,* cuja infecção é rara e acomete o imunossuprimido, geralmente tardiamente. Em acompanhamento ambulatorial, houve melhora clínica e radiológica.
Palavras-chave: CRIPTOCOCOSE PULMONAR.TRANSPLANTE RENAL.IMUNOSSUPRESSÃO

160 | RARA E PATOGÊNICA: MYCOBACTERIUM HOLSATICUM

LARISSA BARBOSA TALHARO[1]; MARCELA DE OLIVEIRA COSTA XIMENES[1]; PEDRO JOSE QUIZHPE MARIN[1]; ERICA CHIMARA[2]; ANDRE NATHAN COSTA[1]; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[1].
1. INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: As micobactérias não tuberculosas (MNTs) são patógenos emergentes que acometem imunocomprometidos e imunocompetentes. A incidência e prevalência da doença pulmonar por tais agentes é crescente e mundial, tornando-se um problema de saúde pública. **Relato do Caso**: Homem, 40 anos, previamente hígido, relatava tosse seca, dispnéia mMRC2, perda ponderal de 10kg. Na ocasião, iniciado esquema RIPE por suspeita clínica e radiológica de tuberculose (TB). Ao sexto mês de tratamento, devido piora da dispnéia para mMRC4, foi internado para elucidação. Tomografia de tórax mostrava múltiplas opacidades nodulares parasseptais, bilaterais e coalescentes, associadas a lesões escavadas em campos médios e linfonodomegalias calcificadas. A biópsia transbrônquica mostrava processo granulomatoso crônico com necrose focal; as colorações de Ziehl-Neelsen e Grocott foram negativas. Apresentou calciúria e cálcio total elevados, com diagnóstico de sarcoidose grau IV e iniciado prednisona e metotrexato. Manteve estabilidade clínica em vigência de imunossupressão por dois anos consecutivos. Porém, durante o desmame de prednisona, apresentou tosse produtiva, sudorese noturna e perda ponderal não aferida, associada a novas opacidades em ápice esquerdo e declínio funcional. Múltiplas pesquisas microbiológicas evidenciaram *Mycobacterium holsaticum*. Iniciado tratamento com amicacina, claritromicina e levofloxacino. Evoluiu com melhora clinica e negativação do escarro e culturas, e término de tratamento após 18 meses. **Discussão.** O uso de meios líquidos e novos métodos moleculares permitiram a identificação de novas espécies de MNTs. Trata-se dum grande dilema considerar o significado clínico de tais achados, principalmente de micobacterias menos freqüentes e sem patogenicidade claramente estabelecida. O caso relatado representa este cenário e também exemplifica uma nova espécie de micobactéria, descrita pela primeira vez em 2002 por pesquisadores na universidade de Zurich. A *Mycobacterium holsaticum* incluída no grupo das micobactérias de crescimento rápido, apesar de diferenciar-se do resto do filo por ser incapaz de absorver ferro e mostrar ausência de acetamidase. Possui resistência intrínseca à isoniazida e rifampicina, porém é susceptível a estreptomicina, etambutol, protionamida e ofloxacina. Embora conhecido o perfil de sensibilidade, não existem guidelines para o tratamento da mesma.
Palavras-chave: Micobacterias.MNT.infecção pulmonar

161 | COINFECÇÃO POR PNEUMOCISTOSE E CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTE COM HIV

FLÁVIA LIN; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; MARIANA LAFETA LIMA; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; JULIANA LUCENA DOS SANTOS; ANDRÉIA LOZER SARMENGHI; RAIMUNDO JENNER PARAISO PESSOA JUNIOR; FABIANA STANZANI.
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Pneumocistose (PCP) é uma das doenças oportunistas mais comuns em doentes com HIV e contagem de CD4 < 200 células/mm³, com mortalidade em torno de 10-20%, chegando a até 70% quando há necessidade de ventilação mecânica. A coinfecção por outros agentes é fator de pior prognóstico, porém a coinfecção por citomegalovírus (CMV) é muitas vezes presumida como não-invasiva e a necessidade de seu tratamento é controverso. **Relato de caso:** Paciente masculino, branco, 44 anos, ex-tabagista de cinco anos-maço, iniciou dispneia há três meses com piora há cinco dias, associada a tosse pouco secretiva e emagrecimento. Negava comorbidades. Ao exame físico, apresentava-se taquicárdico, f= 30 ipm, SpO2= 80% em ar ambiente, ausculta pulmonar com raros estertores em bases, sem outras alterações. Exames complementares: gasometria arterial: PaO2 49,1 mmHg e SaO2 85%, sorologia de HIV positiva com carga viral 112.833 cópias e contagem de CD4 de 4/mm³. Tomografia (TC) de tórax: opacidades em vidro fosco difusas, múltiplos pequenos cistos e consolidações periféricas bilateralmente. O lavado broncoalveolar apresentou análise microbiológica negativa, mas a biópsia transbrônquica, através da coloração pelo método de Grocott, revelou estruturas compatíveis com Pneumocystis sp. Foi iniciado tratamento com cotrimoxazol endovenoso e corticoterapia oral, porém houve piora progressiva da hipoxemia, com aumento do número e tamanho dos cistos em nova TC de tórax, sem novas consolidações. A partir do 11º dia de tratamento, o paciente evoluiu com dois pneumotórax espontâneos à direita seguidos (ambos drenados) e insuficiência respiratória com necessidade de intubação orotraqueal. Foi associado tratamento empírico com Meropenem, Vancomicina e Anfotericina B e realizada investigação para coinfecções, a qual foi positiva para CMV (sorologia positiva e quantificação de DNA com 586000 UI/mL). Como tais exames não são confirmatórios de doença pulmonar ativa por CMV, fez-se a análise imunohistoquímica da biópsia transbrônquica prévia, a qual veio com marcação positiva para CMV. Iniciado tratamento com ganciclovir, mas doente evoluiu a óbito após sete dias.**Discussão:** Estudos sugerem associação da presença de CMV com maior mortalidade em casos de PCP e HIV em uso de corticóide adjuvante. Entretanto, distinguir infecção subclínica por CMV de doença invasiva é difícil por geralmente exigir exame histopatológico para diagnóstico definitivo. Diante do caso descrito, quando doentes com PCP não evoluem satisfatoriamente, deve-se considerar a possibilidade de coinfecção por outros agentes, incluindo CMV. O diagnóstico precoce de coinfecções é fundamental para melhorar o prognóstico desse perfil de doentes. Diante da dificuldade diagnóstica e do risco de alta mortalidade, o tratamento empírico para CMV deve ser ponderado.
Palavras-chave: Pneumocistose.HIV.Citomegalovírus

162 | LÚPUS INDUZIDO POR DROGA RELACI---ONADO A RIFAMPICINA: RELATO DE CASO

JULIA BAMBERG CUNHA MELO; MARCELA DE OLIVEIRA COSTA XIMENES; PEDRO JOSE QUIZHPE MARIN; ANDRE NATHAN COSTA; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES.

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DA CLÍNICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública no mundo. Em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram de TB no mundo, e cerca de 1,3 milhão de pessoas morreram em decorrência da doença. Faz-se necessário então um rápido diagnóstico e tratamento para controle da moléstia. O esquema padrão de tratamento é o RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol). Efeitos adversos destas medicações são bastante conhecidos, dentre eles está o lúpus induzido por drogas (LID), mais associado a isoniazida. **RELATO DO CASO:** Paciente sexo feminino, 41 anos, encaminhada ao nosso serviço para tratamento de TB ganglionar, diagnosticada por biópsia de linfonodo supraclavicular esquerdo com histopatologia mostrando um granuloma com necrose caseosa. No terceiro mês de tratamento com esquema padrão evoluiu com artralgias em interfalageanas proximais e distais, sem sinais flogísticos, associado a mialgia importante. Aventada a hipótese de LID, suspenso medicação e dosado auto-anticorpos com FAN Nuclear homogêneo 1/160 e anti-histona negativo. Sem a medicação a paciente apresentou melhora dos sintomas, todavia ao reintroduzir a rifampicina, os sintomas recrudesceram, com necessidade de uso de corticoide oral para controle dos mesmos. Optado por esquema alternativo de tratamento sem a rifampicina, que evoluiu com melhora dos sintomas, sem novas intercorrências. Desta forma realizamos o diagnóstico de LID relacionado à Rifampicina. **DISCUSSÃO:** As características clínicas e laboratoriais do LID são similares ao lúpus eritematoso sistêmico (LES) idiopático e há correlação temporal com uso da medicação. A maioria dos relatos evidencia uma doença autolimitada, de leve a moderada gravidade. A isoniazida, classificada no grupo de drogas definitivamente capazes de induzir lúpus, é a droga mais bem descrita nesta entidade. Já para a rifampicina existem raros relatos na literatura; é pertencente ao grupo de drogas possivelmente capazes de induzir LID. Nossa paciente apresentou piora após reexposição a rifampicina e positividade dos auto-anticorpos. Apesar do anticorpo anti-histona ter sido negativo, isto não afasta o diagnostico. Os níveis de FAN podem estar moderadamente elevados, anti histona positivo, em mais de 80% dos casos. Quando os sintomas são graves, corticóide de 2 a 10 semanas está indicado. Os sintomas raramente duram mais de seis meses e os níveis altos de FAN podem persistir por vários anos.

Palavras-chave: Lúpus Induzido por Droga.Tuberculose.Rifampicina

163 | BRONQUIOLITE DIFUSA POR ASPIRAÇÃO: COMPLICAÇÃO TARDIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA - RELATO DE CASO

JULIANA CLARO PELOSO[1]; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA[2]; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO[2]; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA[2]; MARINA MANCUSI[2]; LETÍCIA BARBOSA BUZATTO[3]; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO[2]; ALINE REIS BERTOLDI[2]; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS[2]; AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS .[4]; MARIA INÊS BUENO DE ANDRE VALERY[2]; FLAVIO GNECCO LASTEBASSE[2].

1. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, TAUBATE - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SAO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL MUNICIPAL PIMENTAS BONSUCESSO, SAO PAULO - SP - BRASIL; 4. UNIFESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: Patologias relacionadas a aspiração pulmonar ocorrem como consequência da inalação de conteúdo oral ou gástrico para as vias aéreas por situações transitórias ou permanentes que alterem a deglutição. Documentamos neste estudo uma complicação aspirativa rara e tardia após cirurgia bariatrica. Relato de caso: mulher, 40 anos, 80 kg, com história de bariátrica por by-pass com anel gástrico há 18 anos. Admitida por crises de tosse seca há 3 meses, predominantemente no período noturno, por vezes acompanhadas de vômitos, que dificultavam sua alimentação provocando perda ponderal recente de 16 kg. Na admissão apresentava-se eupneica em ar ambiente, oxigenação adequada e ausculta pulmonar com estertores em terços inferiores bilateralmente. Realizou Tomografia Computadorizada (TC) de tórax que demonstrou ectasia esofágica torácica com formação de nível líquido no interior, micronódulos centrolobulares em árvore em brotamento, esparsos, difusos e bilaterais em parênquima associados a focos de consolidações notadamente em lobos inferiores. A paciente foi internada e medicada de forma empírica com ceftriaxona, clindamicina, omeprazol e domperidona. Endoscopia digestiva alta demonstrava esôfago com grande quantidade de estase e aumento de calibre e estômago com coto repleto de líquido de estase ascendendo da anastomose gastro-enteral persistentemente, de forma que o procedimento precisou ser interrompido pelo risco de broncoaspiração. Em anatomopatológico de biópsia transbronquica havia reação granulomatosa e focos de pneumonia organizante. O estudo contrastado de esôfago-estômago-duodeno revelou esôfago com dilatação e esvaziamento lentificado, intenso refluxo gastro-esofágico durante exame, hérnia gastro hiatal de deslizamento e acentuado retardo do esvaziamento do reservatório gástrico sugestivo de obstrução ao nível da anastomose gastro-jejunal. Diante dos achados, a paciente foi encaminhada para a retirada do anel gastrico por videolaparoscopia apresentando resolução dos sintomas. **Discussão:** A bronquilite difusa por aspiração refere-se à inflamação crônica bronquiolar causada pela aspiração recorrente e insidiosa. Tomograficamente é descrita com opacidades em árvore em brotamento e micronódulos centrolobulares com espessamento de parede brônquica. A confirmação diagnóstica ocorre por achados de reação de corpo estranho em biópsia pulmonar. A aspiração pulmonar foi descrita previamente em paciente submetidos a cirurgias bariátricas, sendo maior o número de casos descritos após a técnica de banda gástrica ajustável. Nossa paciente apresentava complicação referente a cirurgia sob a técnica de gastroplastia em Y de Roux com implante de anel gástrico fixo por obstrução ao nível da anastomose gastro-jejunal ocasionando dilatação esofágica, refluxo do conteúdo esôfago-gástrico e subsequente aspiração provocando quadro clínico, radiológico e histológico compatível com bronquiolite difusa por aspiração.

Palavras-chave: ASPIRACAO .BRONQUILITE.BARIATRICA

164 | TUBERCULOSE PULMONAR ASSOCIADA A ACOMETIMENTO PLEURAL CONTRALATERAL: RELATO DE CASO

MILENA CRISTINA SILVA FONSECA[1]; MARINA MANCUSI[2]; JULIA LUCENA DOMINGUES[2]; RICARDO MILINAVICIUS[2]; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA[2]; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO[2]; JULIANA CLARO PELOSO[2]; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO[2]; ALINE REIS BERTOLDI[3]; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS[2]; ALANA ANNE KANEDA GARCIA[2]; ELIZABETH BRAGA MISAO[2].

1. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 3. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL- SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A tuberculose pulmonar é um grave problema de saúde pública no Brasil. Entre as formas extrapulmonares, a tuberculose pleural é a mais comum em pessoas não infectadas pelo HIV. A reação paradoxal a drogas tuberculostáticas é definida como piora clínica e/ou radiológica de lesões tuberculosas preexistentes, ou desenvolvimento de novas lesões em pacientes que, inicialmente, obtiveram melhora com o tratamento. A maioria dos casos de reação paradoxal são de pacientes com tuberculose extrapulmonar. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente imunocompetente, com diagnóstico de tuberculose pulmonar, que em vigência do tratamento apresenta acometimento pleural contralateral. **Relato do caso:** Paciente, sexo feminino, 49 anos, com quadro de tosse produtiva há 30 dias associado a dispneia, dor torácica ventilatório dependente em hemitórax direito, febre, sudorese noturna e emagrecimento. Realizou radiografia e tomografia de tórax que evidenciaram opacidade em lobo superior do pulmão direito. A pesquisa de BAAR em três amostras de escarro foi positiva. Iniciado tratamento com esquema RIPE. Após dois meses de tratamento, paciente retorna ao pronto atendimento com queixas de tosse seca, dispneia, dor torácica ventilatório dependente localizada em hemitórax esquerdo e sudorese noturna. À ausculta respiratória, murmúrio vesicular reduzido em terço inferior de hemitórax esquerdo. Após realização de exames de imagem evidenciado derrame pleural a esquerda. Realizada toracocentese e análise do líquido com padrão de exsudato. A biópsia pleural evidenciou pleurite crônica granulomatosa com necrose caseosa, compatível com diagnóstico de tuberculose pleural. **Discussão:** A reação paradoxal possui uma fisiopatologia não completamente conhecida, porém acredita-se que as manifestações possam surgir a partir de uma resposta imune anormal às proteínas liberadas pela morte do bacilo. Apesar da maioria dos casos relatados serem relacionados à pacientes com HIV ou que recebem tratamento imunossupressor, a reação paradoxal também pode ocorrer em pacientes imunocompetentes. Uma revisão de literatura que incluiu 122 casos, evidenciou que a maioria das reações paradoxais estão relacionadas à tuberculose extrapulmonar (82,8%), e poucos casos relacionados à tuberculose pulmonar. Um estudo realizado por Cheng et al. (2007) que incluiu 659 pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar, mostrou que 16 pacientes (2,4%) apresentaram alguma reação paradoxal durante o tratamento para tuberculose, dentre os quais 4 apresentaram derrame pleural como reação paradoxal. A reação paradoxal não é um fenômeno raro e pode ser identificada em 6% a 30% dos pacientes em tratamento para tuberculose, tanto nos imunocompetentes como em imunodeprimidos. Porém há poucos relatos na literatura de pacientes imunocompetentes que em vigência do tratamento apresentaram acometimento pleural contralateral. No caso relatado houve evolução favorável com manutenção do tratamento.
Palavras-chave: TUBERCULOSE PLEURAL.REAÇÃO PARADOXAL.DERRAME PLEURAL

165 | SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE CAUSADA POR INFLUENZA A (SUBTIPO H1N1)

WANDERSON PEREIRA DA SILVA; FABIANA STANZANI; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; MARIANA LAFETA LIMA; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; FLÁVIA LIN; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA; ANA CAROLINA LIMA RESENDE; NATALIA CAROLINA ORTIZ POBLETE.

DEPARTAMENTO DE PNEUMOLOGIA - UNIFESP / EPM, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A pneumonia viral representa cerca de um terço dos casos da pneumonia adquirida na comunidade e o influenza A (H1N1) é a principal etiologia. O atraso no tratamento resulta em aumento de mortalidade e deve ser iniciado em todos os casos suspeitos. **Relato de Caso:** Paciente masculino, pardo, 33 anos, casado, natural da Bolívia e procedente de São Paulo há 12 anos, trabalhava com costura e sem antecedentes de tabagismo ou drogas, mas relato de abuso de alcoól. Procurou a unidade de emergência com tosse seca há 7 dias, progressiva e associada à odinofagia, febre não aferida e mialgia difusa, evoluindo em 3 dias para dispneia aos moderados esforços, ortopneia e dispneia paroxística norturna. Antecedente pessoal de hipertensão arterial sistêmica sem tratamento. Exame físico: regular estado geral, hipertenso, taquicárdico (FC: 110 BPM) e taquipneico (FR: 28 irpm) com oximetria de pulso de 92% em ar ambiente e edema de membros inferiores bilateralmente. Oroscopia evidenciava hiperemia de orofaringe. Avaliação do sistema respiratório com roncos difusos além de murmúrio vesicular abolido em base de hemitórax direito com macicez àpercussão e frêmito tóracovocal diminuído. Demais aparelhos sem alterações significativas. Exames complementares:1) Tomografia de tórax com múltiplas consolidações de distribuição central associadas a opacidades em vidro fosco amplamente distribuídas, notadamente no lobo superior direito, além de espessamento liso dos septos interlobulares e derrame pleural bilateral. 2) Gasometria arterial: Ph: 7,39 / PaCO2: 34 / PaO2 65,7 / HCO3: 20,2 / Sat 92,7%. 3) Hemoglobina: 12,4 / Leucócitos: 12.100 com monocitose 1295 (10,7%) / PCR 51,88 (nl 1) / Creatinina: 1,64 / Ureia: 133 / NT-próBNP 4674 / HIV negativo. 4) Ecocardiograma transtorácico com fração de ejeção 58%, átrio esquerdo com aumento leve e contratilidade e tamanho de ventrículos preservadas. Foi iniciado protocolo para sepse com Ceftriaxona, Claritromicina e Oseltamivir. O paciente evoluiu no 2º dia de hospitalização com insuficiência respiratória aguda e necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva, sendo conduzido para terapia intensiva. Manteve-se sem instabilidade hemodinâmica. Culturas solicitadas vieram negativas, mas o teste molecular de swab de nasofaringe detectou H1N1. Evoluiu com melhora clínica progressiva após 10 dias de terapia específica com extubação após 14 dias e alta hospitalar. **Discussão:** A maioria dos casos de H1N1 é caracterizada por sintomas leves e autolimitados, mas uma pequena proporção tem um curso grave que resulta em insuficiência respiratória e morte. As alterações tomográficas são inespecíficas e o achado de derrame pleural é incomum, como foi encontrado no caso apresentado. A miocardite, por sua vez, é uma complicação rara do influenza com poucos relatos na literatura e, apesar do ecocardiograma do paciente não ser compatível, clinicamente apresnetava sinais de congestão sistêmica e NT-próBNP elevado.
Palavras-chave: Influenza.H1N1.Síndrome Respiratória Aguda

166 | ASPERGILOSE PULMONAR CRÔNICA EM PACIENTE COM SARCOIDOSE FIBROSANTE E IMUNOSSUPRIMIDA – RELATO DE CASO.

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; PAOLA NATALY TERAN FERNANDEZ; ALINE REIS BERTOLDI; ALANA ANNE KANEDA GARCIA; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS; ELIZABETH BRAGA MISAO; JULIANA CLARO PELOSO; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA; SILVIA CARLA SOUSA RODRIGUES; MARIANA SILVA LIMA; MARIA INÊS BUENO DE ANDRE VALERY.

IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A Sarcoidose é uma doença inflamatória granulomatosa sistêmica de etiologia desconhecida com acometimento pulmonar em cerca de 90%. Embora a maioria dos pacientes entre em remissão, até 20% desenvolvem doença pulmonar fibrosante que está associado a morbidade significativa. Outras complicações são: hipertensão pulmonar

por obliteração capilar e a doença pulmonar crônica pelo *Aspergillus.* A espécie *A. fumigatus* é o agente etiológico presente em 90% dos casos. RELATO DO CASO: Paciente L.L., sexo feminino, 68 anos, portadora de sarcoidose grau IV desde 2013 (biopsia pulmonar evidenciando pneumonite crônica com bronquiectasias, presença de células gigantes multinucleadas e granuloma não caseoso), dependente de oxigênio domiciliar desde janeiro de 2018, doença do refluxo gastroesofágico, diabetes provavelmente secundária ao uso de corticoide. Nega tabagismo ou asma. Iniciou acompanhamento em 2017, em uso de Azatioprina e Prednisona. Relatava uso de Metotrexato entre setembro de 2015 e agosto de 2017, sem melhora do quadro respiratório e infecções respiratórias de repetição. Ao exame físico apresentava baqueteamento digital, estertores em velcro nos terços inferiores e SpO2=96% com suporte de oxigênio a 1L/min. Gasometria arterial evidenciava paO2=49,9. Função pulmonar com distúrbio ventilatório obstrutivo de grau moderado com CVF reduzida, sem resposta ao broncodilatador. Suspenso imunossupressores e iniciado Azitromicina 500mg três vezes na semana. Realizado tomografia computadorizada de tórax que identificou cavitação aérea no lobo superior do pulmão direito com conteúdo amorfo de aspecto sólido no seu interior cujo aspecto sugere a possibilidade de aspergilose pulmonar crônica. Não foi solicitada broncoscopia devido a fragilidade e gravidade da paciente. Iniciado Itraconazol 200mg ao dia e realizado desmame de corticoide. Otimizado tratamento dos sintomas conforme orientação dos cuidados paliativos e paciente segue em acompanhamento ambulatorial, periódico, sem intercorrências ou efeitos colaterais associados ao uso dos antifúngicos orais. DISCUSSÃO: Os autores apresentam caso de paciente frágil, portadora de sarcoidose fibrosante avançada, em vigência de tratamento imunossupressor. A aspergilose pulmonar crônica não tem prevalência bem definida. A apresentação clínica é variável desde achado incidental até quadros graves com hemoptise. O tratamento ideal não está bem definido. Pode ser cirúrgico ou clínico, cujos antifúngicos de primeira linha são os imidazólicos, e a duração dependente da resposta clínica, radiológica, depuração microbiológica e melhora na função imunológica. Destaca-se a importância de avaliar a paciente de modo global diante de uma doença pulmonar fibrosante em incurável para evitar medidas e procedimentos invasivos desnecessários.
Palavras-chave: ASPERGILOSE PULMONAR CRÔNICA.SARCOIDOSE FIBROSANTE AVANÇADA.TRATAMENTO CLÍNICO

167 | PARACOCCIDIOMICOSE AGUDA EM MULHER JOVEM

JOSIÉLE APARECIDA DE SOUZA[1]; FABIANA STANZANI[2]; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO[2]; LARISSA SIMÃO GANDOLPHO[2]; ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA[2]; LARISSA MARION GRANDE CAVALHERO[2]; JULIANA LUCENA DOS SANTOS[2]; NATALIA CAROLINA ORTIZ POBLETE[2]; ANDRÉIA LOZER SARMENGHI[2]; AMANDA MARIA REIS DOS SANTOS .[2]; GRACIELY MATIAS GUIMARAES[2]; MARIANA LAFETA LIMA[2].

1. UNIFESP, BAEPENDI - SP - BRASIL; 2. UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica, causada por fungos termodimórficos, principalmente por duas principais espécies: *Paracoccidoides brasiliensis* (P. brasiliensis) e *Paracoccidioides lutzii* (P. lutzii). A apresentação pode ser aguda/subaguda e crônica, acometendo com mais frequência homens, sendo mais raros a apresentação em mulheres, mais ainda em jovens, devido ao provável papel protetor do estrógeno. **RELATO DE CASO:** Feminino de 41 anos, natural de Ilha Solteira – SP, professora, ex-tabagista 5 maços/ano, abstêmia há 10 anos. Com relato de ajuda na reforma do sótão por 15 dias há 2 meses. Refere tosse seca e disfonia há 15 dias, evoluindo com piora progressiva. Deu entrada pelo Pronto Socorro da Otorrinolaringologia, sendo diagnosticada Laringite aguda. Iniciado tratamento com ceftriaxona e prednisona, mas sem melhora do quadro. Ao exame físico em bom estado geral, f= 25 irpm, SpO2 92% em ar ambiente; oroscopia: ausência de lesões de mucosa, presença de edema subglótico. Ausculta pulmonar com sons pulmonares diminuídos e estridor inspiratório. Sem linfonodos ou visceromegalias palpáveis. Evoluiu com insuficiência respiratória com necessidade de IOT por broncoscopia. Solicitado provas de função reumatológica, sorologias para *Aspergillus ssp*, *Histoplasma ssp*, pesquisa de antígeno de *Crpytococcus neoformans* no soro e pesquisa de *Legionella ssp* na urina, todas negativas. Sorologia para *Paracoccidioides ssp* 1/2. Rx de tórax normal na entrada, TC de Tórax: múltiplos micronódulos não calcificados, com distribuição randômica/miliar difusamente distribuídas por ambos os pulmões. Broncoscopia: laringe com edema moderado as custas de edema de prega vocal. Presença de pequeno granuloma nas faces posteriores das pregas vocais. Biópsia transbronquica e lavado broncoalveolar: pesquisa para fungos positiva com leveduras compatíveis com *P.brasiliensis*. Tratada com anfotericina B por 14 dias, evoluindo com melhora clínica, recebendo alta hospitalar com itraconazol. **DISCUSSÃO:** A Paracoccidiomicose é mais descrita na população rural do que na urbana. Na forma aguda os sintomas aparecem entre semanas a poucos meses após o contato, como relatado pela doente. Além disso, mulheres tendem a ter lesões fúngicas mais disseminadas A proporção de homens e mulheres na fase aguda é similar enquanto na fase crônica há predomínio em homens (11:1). O estrógeno provavelmente desempenha um papel protetor – evita a conversão de hifa para levedura (ligação de E2 a uma proteína fúngico estereoespecífica), a expressão especifica de citocinas (redução de citocinas pró-inflamatórias IL-6 e TNF-alfa e o efeito de citocinas anti-inflamatório) e em níveis fisiológico, o estrogênio e a progesterona promovem a atividade fagocítica dos macrófagos.
Palavras-chave: paracoccidioidomicose.micose.fungo

168 | PNEUMONIA POR HIPERSENSIBILIDADE SECUNDÁRIA AO USO DE CPAP EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

THAÍS ELISA NEVES REIS[1]; GIL GOUVEIA HANS CARVALHO[1]; MAYRA PERARO JORGE[1]; JULIA REZENDE DUEK[1]; AMANDA TONON CAMPOY[1]; ISADORA MARTINS DE SOUSA[1]; ISABELLA SOUZA OLIVEIRA[1]; GIOVANNA CAMPOS DAMASCENO FIGUEIREDO[2].

1. HOSPITAL DE BASE - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA ROSA, CUIABÁ - MT - BRASIL.

Justificativa: A pneumonia por hipersensibilidade crônica (PH) é uma patologia que tem seu inicio após exposição de gatilhos imunes, sendo o mais comum poeiras orgânicas ou químicas, sua epidemiologia é variável, dependendo de fatores ambientais e imunes de cada indivíduo e não se encontra referencia bibliográfica entre a relação do uso de CPAP e PH. **Relato de caso:** G.T.J.M., masculino, 56 anos, viuvo, procedente de São José do Rio Preto-SP, portador de rinite alérgica, asma e apneia obstrutiva do sono, em tratamento ambulatorial e uso de CPAP há um ano e meio. Paciente vem à consulta com queixa de febre aferida em 38,5 ºC associada a tosse com expectoração, dispneia (MRC 2) e náuseas há dois dias. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, lúcido, orientado, corado, hidratado e acianótico, ausculta pulmonar com estertores finos em base pulmonar direita, sem outros comemorativos. Realizado hemograma e bioquímica, todos sem alterações dignas de nota. Diante de suspeita inicial de pneumonia bacteriana foi prescrito Moxifloxacino 400 mg.

Paciente retorna ao ambulatório no sexto dia de antibioticoterapia, afebril após as primeiras 24 h de tratamento, porém com piora importante da dispneia (MRC 3). Evoluiu com dessaturação de oxigênio (92%) e piora dos estertores, agora bibasais. Quando interrogado sobre a higienização do CPAP, o mesmo informou que não havia trocado o filtro após seis meses de uso, conforme orientações do fabricante. Em vista da piora foi solicitada TC de tórax, com presença do sinal do halo invertido associada a consolidações esparsas bilaterais, sugerindo pneumonia por hipersensibilidade. Iniciado então prednisona 40 mg ao dia e suspenso uso de CPAP, tendo o paciente retornado em três dias com melhora da dispneia e da ausculta pulmonar. A corticoterapia foi mantida por mais quatro semanas. **Discussão:** A patogênese da HP é extremamente complexa e depende do antígeno desencadeante, frequência e intensidade da exposição, os pacientes inicialmente produzem IgG e com a exposição frequente começa a desenvolver inflamação pulmonar a cada exposição evoluindo com uma resposta inflamatória cada vez maior e por fim podendo evoluir com fibrose pulmonar devido quadro inflamatório crônico. A base do tratamento baseia-se em cessar exposição e glicocorticoides, neste caso o mais importante foi à suspensão do uso do CPAP, outro ponto importante deste caso foi à revisão quanto a higienização do mesmo, sendo dividida nas seguintes partes, almofada: diariamente em água morna, fixador: mensalmente, traqueia: semanalmente, filtro de espuma: semanalmente e troca a cada seis meses.
Palavras-chave: Pneumonia por hipersensibilidade.Síndrome da apneia obstrutiva do sono.CPAP

169 | INFECÇÃO POR MICOBACTERIUM KANSASII EM IDOSO COM DIVERTÍCULO DE ZENKER - RELATO DE CASO

ALANA ANNE KANEDA GARCIA; PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO; NATALIA DE CASTRO CARVALHO; ALINE REIS BERTOLDI; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS; ELIZABETH BRAGA MISAO; ISABELA MAGGIONI HOLZ; SIMONE LOBO KRUPOK MATIAS; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA; FLAVIO GNECCO LASTEBASSE; MARIA INÊS BUENO DE ANDRE VALERY; MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO.
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: O Divertículo de Zenker é uma protrusão secundária a fraqueza muscular entre as fibras transversais do músculo cricofaríngeo e as fibras oblíquas do músculo constritor inferior. A prevalência desta patologia varia geograficamente, predominando em idosos nas sétimas e oitavas décadas de vida. O quadro clínico inclui dispneia, disfagia progressiva associada a perda de peso, desnutrição, disfonia e tosse, com história de múltiplos tratamentos para pneumonia, descrita em 30 a 40% dos pacientes. Os sintomas tornam-se mais severos a medida que o divertículo cresce. As possíveis complicações são ulceração e carcinoma escamoso celular. O pulmão é o local mais frequente de infecções causadas por micobactérias não-tuberculosa (NTM). A incidência dessas infecções tem crescido nas últimas três décadas. O *Mycobacterium kansasii* foi primeiramente descrito em 1953 como causa de doença pulmonar progressiva. Existem três formas clínicas desta infecção: pneumonite por hipersensibilidade; fibrocavitária e bronquiectasias. Para determinar o início do tratamento, alguns fatores precisam ser considerados: idade, comorbidades e expectativa de vida, devido a longa duração dos tratamentos com potenciais efeitos colaterais. **RELATO DE CASO:** Masculino, 80 anos, aposentado (agente penitenciário), hipertenso, ex-tabagista (carga tabagística: 15 anos/maço), abstêmio há 50 anos), caquético, com história de eructações pós alimentares há dois anos associadas a dor epigástrica e perda ponderal de 25 quilos em 12 meses. Apresentava história de pneumonia de repetição, com 3 hospitalizações em um ano. Pesquisa de escarro negativa. TCAR de tórax identificou áreas de enfisema nos lobos superiores; bronquiectasias de tração nos lobos inferiores com áreas de consolidação e árvores em brotamento. Exame com contraste baritado identificou redução do calibre do terço superior do esôfago com coleção posterior de resíduos líquidos e sólidos, sugestiva de divertículo. Foi realizado broncoscopia com lavado broncoalveolar (LBA) com resultado parcial positivo para micobactéria. O paciente recebeu alta com o esquema de tratamento básico para tuberculose de acordo com o peso (43,7kg). Após dois meses, foi identificado *Mycobacterium kansasii* no LBA e o tratamento foi modificado para Rifampicina, Claritromicina e Etambutol de acordo com as recomendações da Sociedade Britânica de Tórax. A diverticulectomia foi postergada para após o término do tratamento. **DISCUSSÃO:** O presente relato descreve o caso de um idoso com queixas gastroesofágicas e respiratórias que foram diagnosticadas como pseudodiverticulo esofágico (apenas mucosa e submucosa) associada a infecção por *M. kansasii,* que é a segunda micobacteriose não-tuberculosa mais prevalente. O diagnóstico de doença pulmonar por micobacteria não-tuberculosa não torna o tratamento imediato e obrigatório, mas pacientes sintomáticos devem ser tratados.
Palavras-chave: MICOBACTERIOSE NÃO TUBERCULOSA.DIVERTÍCULO DE ZENKER.MICOBACTERIUM KANSASII

170 | ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA EM PACIENTE ASMÁTICO DE DIFÍCIL CONTROLE: RELATO DE CASO

THAÍS ELISA NEVES REIS[1]; GIL GOUVEIA HANS CARVALHO[1]; MAYRA PERARO JORGE[1]; JULIA REZENDE DUEK[1]; ISADORA MARTINS DE SOUSA[1]; ISABELLA SOUZA OLIVEIRA[1]; AMANDA TONON CAMPOY[1]; GIOVANNA CAMPOS DAMASCENO FIGUEIREDO[2].
1. HOSPITAL DE BASE - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA ROSA, CUIABÁ - MT - BRASIL.

Justificativa da relevância do caso: A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma reação complexa de hipersensibilidade, secundária principalmente a colonização do muco brônquico pelo Aspergillus fumigatus. Ocorre na maioria em pacientes asmáticos ou portadores de fibrose cística. A apresentação é rara, presente em cerca de 1 a 2% dos pacientes asmáticos. **Relato de Caso:** N. G. J. masculino, 53 anos, trabalhou na construção civil (atualmente afastado), natural de Macrani-BA e procedente de São José do Rio Preto-SP, não fumante, asmático de difícil controle, em tratamento regular com corticoide inalatório e sistêmico associado ao broncodilatador. Portador de sinusopatia com presença de congestão nasal recorrente. No dia 05/01/2017 passou por primeira consulta no ambulatório devido quadro de dispneia mMRC 1 de início após pneumonia, associado a expectoração de secreção esbranquiçada. Durante a primeira consulta, apresentava-se taquipneico, saturando 92% em ar ambiente, sem sinais de esforço respiratório, murmúrio vesicular presente bilateralmente com estertores subcrepitantes inspiratório e expiratórios bibasais e sibilos difusos. Foram solicitados exames laboratoriais, IgE 6.144ng/ml e eosinófilos em sangue periférico de 2.950 células. Em 2019, foram repetidos tais exames, IgE 6.000ng/ml e eosinófilos em sangue periférico de 2.460 células, acrescentando a sorologia para A. fumigatus que veio positiva. Realizada tomografia computadorizada de tórax (TC) com presença de dilatações brônquicas, espessamento peribrônquico difuso, impactação mucoide esparsa por ambos os pulmões sugestivo de processo inflamatório/infeccioso. A espirometria apresentava distúrbio ventilatório obstrutivo de grau moderado com CVF reduzida, sem resposta ao broncodilatador inalatório. O paciente internou para realização de Polipectomia nasal, sendo o procedimento realizado sem intercorrências. **Discussão:** Apesar de ser uma doença rara, a ABPA representa um importante diagnóstico diferencial nos pacientes asmáticos com crises recorrentes. Os critérios diagnósticos são baseados na história clínica, testes imunológicos e exames de imagem. O principal dado clínico é a história de asma e presença de

tosse com expectoração em moldes brônquicos. A associação de exames laboratoriais e de imagem reforça o diagnóstico. Podemos evidenciar a dosagem de IgE sérica maior que 1000ng/ml, eosinofilia em sangue periférico maior que 500 células e presença de antígeno para A. fumigatus. Na TC, há a presença de dilatação e espessamento de árvore brônquica associado a impactação mucoide. Pode apresentar também sintomas de rinossinusite, podendo estar relacionada a rinossinusite alérgica aspergilosa onde os sintomas da asma são concomitantes com sintomas de congestão / obstrução nasal. O tratamento se baseia em corticoides sistêmicos por seis meses associado a antifúngicos, com prognóstico favorável.

Palavras-chave: Aspergilose.Asma.Bronquiectasia

171 | PARACOCCIDIOIDOMICOSE PULMONAR EM PACIENTE COM DOENÇA RELACIONADA A IGG4: RELATO DE CASO

MARCELL SILVA COSTA; ANDRE GUSTAVO NUNES BATISTA; DÉBORA SANTANIN SANCHEZ; MURILLO DE ARAÚJO MARTINS; JOYCE VALADAO BORGES; MARCELO BEZERRA DE MENEZES; BRUNO JOSÉ MENDES; ANDREA DE CÁSSIA VERNIER ANTUNES CETLIN; LUIS RENATO ALVES; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ; ELCIO DOS SANTOS OLIVEIRA VIANNA; ADRIANA IGNACIO DE PADUA; LUANA DE SOUSA ARAUJO CARDOSO MARTINS.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

EAG, 57 anos, homem, inspetor de colégio, procedente de zona urbana em Ribeirão Preto-SP, tabagista (30 anos-maço), portador de HAS e relato de IAM há 20 anos. Foi admitido no HCRP em novembro de 2015 referindo náuseas, vômitos e diarreia há 15 dias, apresentava-se anúrico e com síndrome urêmica. A TC de abdome demonstrou lesões sugestivas de fibrose retroperitoneal com compressão ureteral bilateral. Durante investigação etiológica, foram detectados níveis séricos elevados de IgG4, suspeitando-se de doença relacionada a IgG4 após ampla investigação. Realizou pulsoterapia com metilprednisolona e posterior corticoterapia oral de manutenção além de metotrexato. A biópsia da lesão retroperitoneal apresentou resultado compatível com a hipótese acima. Em maio de 2018, foi realizada RNM de abdome para seguimento visualizando-se nódulo incidental em pulmão direito. A TC de tórax demonstrou múltiplas opacidades pulmonares bilaterais, representadas principalmente por nódulos, com atenuação de partes moles, alguns escavados, outros com sinal do halo, além de opacidades formando sinal do halo invertido. Optado por prosseguir investigação considerando a possibilidade de quadro infeccioso pulmonar oligossintomático ou de lesões pulmonares secundárias a doença relacionada a IgG4. Realizado sorologia para paracoccidioidomicose positiva, broncoscopia demonstrando árvore brônquica normal, lavado broncoalveolar negativo para pesquisa direta e culturas de fungos, bactérias ou micobactérias, biópsia transbrônquica com resultado inespecífico. Em novembro de 2018 iniciou quadro de tosse, dor torácica ventilatório dependente e dispneia aos esforços com piora progressiva. Após 1 mês evoluiu com tosse produtiva, febre acima de 39ºC, associado a mialgia e inapetência. Posteriormente foi internado para investigação devido piora importante dos sintomas, com dispneia aos mínimos esforços, hipoxemia, febre persistente além de surgimento de lesões ulceradas em cavidade oral, perda ponderal de 10 kg e piora radiológica pulmonar. Durante internação, realizado biópsia de lesões em mucosas oral com resultado demonstrando paracoccidioidomicose, evoluindo com melhora clínica significativa após tratamento. A doença relacionada a IgG4 caracteriza-se por um quadro fibroinflamatório, imunomediado que pode afetar múltiplos órgãos através de infiltração linfo-plasmocitária rica em plasmócitos teciduais positivos para IgG4. As manifestações pulmonares da doença relacionada a IgG4 são raras e descritas em poucos relatos na literatura, podendo se apresentar como nódulo solitário, acometimento intersticial, doença com predomínio peribroncovascular e opacidades em vidro fosco. Nesse contexto, ressalta-se a dificuldade diagnóstica em relação ao caso relatado, considerando que as manifestações iniciais poderiam estar relacionadas a própria doença de base, e considerando a importância de se manter elevada suspeição clínica para doenças infecciosas sobrepostas num paciente imunossuprimido.

Palavras-chave: paracoccidioidomicose.doença relacionada a IgG4.nódulos pulmonares

172 | SARCOMA DE KAPOSI CUTÂNEO E PULMONAR: APRESENTAÇÃO INICIAL EM HIV/AIDS

WANDERSON PEREIRA DA SILVA; PAULO CESAR BASTOS VIEIRA; ANDRÉIA LOZER SARMENGHI; JULIANA LUCENA DOS SANTOS; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; MARIANA LAFETA LIMA; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; FLÁVIA LIN; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; GRACIELY MATIAS GUIMARAES; JOSIÉLE APARECIDA DE SOUZA.

DEPARTAMENTO DE PNEUMOLOGIA - UNIFESP/EPM, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: O Sarcoma de Kaposi (SK) é um tumor vascular de baixo grau associado ao Herpes vírus humano 8 e frequente em pacientes HIV gravemente imunossuprimidos. O envolvimento pulmonar ocorre em 15% dos casos como manifestação inicial ou única. **Relato de Caso:** Feminino, parda, 31 anos, solteira, natural do Haiti e procedente de São Paulo há 3 anos, desempregada. Procurou a emergência com quadro de tosse seca há 4 meses associada à febre e perda ponderal não aferidas. Relatava, na admissão, dispneia progressiva para os mínimos esforços há 2 semanas. Sem antecedentes prévias ou de exposição. Exame físico: mau estado geral, emagrecida, hipocorada 3+, PA 103 x 63mmhg, FC 145bpm, FR 42 irpm, oximetria de pulso 85% em ar ambiente e com linfonodos palpáveis, fibroelásticos em região axilar direita e inguinal bilateral com diâmetro de 2cm. Presença de mácula violácea região malar esquerda. Avaliação do sistema respiratório com murmúrio vesicular diminuído em bases com frêmito tóracovocal diminuído. Demais aparelhos sem alterações. Exames complementares: 1) Gasometria arterial: Ph: 7,45 / PaCO2: 30,6 / PaO2 51,3 / HCO3: 21,2 / Sat 83,4%. 2) Hemoglobina: 8,1 normocítica e normocrômica / Leucócitos: 5130 com 7% bastão / PCR 50,32 (nl 1) / Pro calcitonina 0,19 (nl 0,06) / DHL 334 / Albumina 2,5. 3) Sorologia para HIV positiva com carga viral de 447mil cópias/ml e CD4 60 células/mm³. 4) BAAR e GeneXpert no escarro e hemoculturas negativas 5) Tomografia de tórax: Linfonodomegalias paratraqueais, subcarinal, torácica interna e retropeitorais, além de extensas consolidações pulmonares nos lobos médio e inferiores e nódulos pulmonares multifocais bilaterais nos feixes broncovasculares. Moderado derrame pleural bilateral. Na admissão foi iniciado Ceftriaxona, Claritromicina e Sulfametoxazol/Trimetropim. Toracocentese diagnóstica com líquido exsudativo, não complicado, predomínio de linfócitos e com cultura negativa. Durante a realização de Broncoscopia para investigação etiológica no 3º dia de hospitalização, evoluiu com insuficiência respiratória aguda e necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Cultura de aeróbios, fungos, micobactéricas e galactomanana em lavado broncoalveolar negativas. Devido à instabilidade hemodinâmica com necessidade de droga vasoativa e picos febris no 15º dia de internação, o espectro antimicrobiano foi aumentado. Foram realizadas biópsias de pele, linfonodo inguinal e transbrônquica com anatomopatológico e imunohistoquímica consistente com SK. Evoluiu com ausência de resposta terapêutica e óbito após o 28º dia de hospitalização apesar do início de terapia antiretroviral (TARV) e impossibilitando quimioterapia (QT). **Discussão:** O SK pulmonar está relacionado

ao pior prognóstico e o diagnóstico é clínico, sobretudo quando há envolvimento cutâneo. O aumento de taxas de sobrevida quando se associa QT à TARV ainda não foi demonstrado. Infecções oportunistas concomitantes devem ser sempre pesquisadas.
Palavras-chave: sarcoma de Kaposi.síndrome de imunodeficiência adquirida.Pulmão

173 | ASPERGILOSE CAVITÁRIA CRÔNICA REFRATÁRIA: EXPERIÊNCIA DE CINCO CASOS

PEDRO JOSE QUIZHPE MARIN; MARCELA DE OLIVEIRA COSTA XIMENES; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; ANDRE NATHAN COSTA.
INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLINICAS HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução: A Aspergilose Cavitária Crônica Pulmonar (ACCP) causa grande morbidade aos pacientes com sequela de tuberculose (TB) e portadores de pneumopatias, sendo desconhecida seu real impacto no Brasil. Trata-se de uma doença progressiva e debilitante com morbidade significativa e várias dificuldades no diagnóstico e tratamento, ainda sem um tratamento ideal. Estudos prévios relatam boa resposta ao uso de itraconazol oral. Em casos refratários, o manejo inclui a alteração da via de administração, o monitoramento dos níveis da medicação, a alteração da classe do medicamento e/ou a combinação medicamentosa. **Casos:** Relatamos 5 casos de ACCP refratária, dentre os 39 pacientes com ACCP atendidos no ambulatório de referência de Infecções Crônicas no estado de São Paulo, entre 2016 e 2019. Os dados foram coletados a partir de prontuário eletrônico**.** O diagnostico foi concebido através dos critérios do guideline da sociedade europeia (ERS 2016). A maioria dos pacientes era do sexo masculino (60%), com idade média de 46 anos. Quatro pacientes (80%) tiveram história prévia de TB pulmonar, um possuía espondilite anquilosante e outro não possuía comorbidades. O sintoma mais prevalente foi a tosse, observada em todos os casos, seguido de hemoptise e sudorese noturna (3/5 – 60%), perda ponderal (2/5 – 40%) e febre (1/5 – 20%). Em um caso havia terapia imunossupressora devido a espondilite anquilosante. Os achados radiológicos a tomografia de tórax (TC) foram: lesões cavitárias (5/5- 100%), bola fúngica e fibroatelectasia (4/5 – 80%). A evidência microbiológica de *Aspergillus* ocorreu através de cultura de escarro em 40% (2/5) dos casos, cultura de lavado broncoalveolar em um caso, e em 80% (4/5) dos casos por positividade dos títulos sorológicos para Aspergillus (maior titulação 1/32). Todos os pacientes iniciaram tratamento com Itraconazol 400 mg/dia, porém, evoluíram com persistência/progressão dos sintomas , das alterações radiológicas e dos títulos sorológicos. Portanto, optou-se por tratamento antifúngico endovenoso por 2-4 semanas. Em 80% dos pacientes (4/5) a droga escolhida foi a micafungina , e em apenas dois anfotericina B. Houve um único caso de substituição de anfotericina por micafungina, motivado pela ausência de melhora clinica após uma semana com anfotericina B. Todos os casos apresentaram melhora clínica, radiológica e/ou sorológica após tratamento endovenoso, exceto por um único caso, que foi submetido pneumectomia. **Discussão:** O tratamento preconizado para ACCP é com itraconazol/voriconazol por 6 meses, frequentemente este tempo é prolongado devido a resposta lenta ou ausente; isto leva maiores efeitos colaterais, custos e risco de resistência aos azólicos. Existem escassos relatos e ensaios clinicos pequenos abordando a terapia endovenosa como resgate, a estrategia visa controlar os sintomas infecciosos e melhora da saúde global do indivíduo, devendo-se prosseguir com terapia oral de manutenção
Palavras-chave: Aspergilose Cavitária Crônica.tratamento endovenoso.micafungina

174 | TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: UM RELATO DE CASO COM ACOMETIMENTO PERITONEAL

NATALIA FERNANDES DA SILVA[1]; GUILHERME DAS POSSES BRIDI[2]; PEDRO JOSE QUIZHPE MARIN[2]; MARCELA DE OLIVEIRA COSTA XIMENES[2]; ANDRE NATHAN COSTA[2]; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES[2]; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA[2].
1. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HCFMUSP, RONDONOPOLIS - SP - BRASIL; 2. DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HCFMUSP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Introdução. A tuberculose (TB) é uma doença muito prevalente no Brasil e é a doença infecciosa que mais mata no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 10 milhões de pessoas adoeçam anualmente. As manifestações extrapulmonares ocorrem em aproximadamente 15% dos casos, a peritoneal, uma das mais raras, tem prevalência 1 a 2%. Os sintomas são inespecíficos, o que dificulta a suspeição clínica e, por conseguinte o diagnóstico. **Relato do caso.** Paciente de 44 anos, masculino, etilista, nega tabagismo, trabalhou por 17 anos como metalúrgico. Há três meses iniciou com dor e aumento do volume abdominal, sudorese noturna, febre não aferida e perda ponderal (20kg). Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral e hipocorado +/+4. A semiologia cardíaca era normal e a pulmonar apresentava macicez à percussão e redução do murmúrio vesicular à esquerda. O abdome era semi-globoso, ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação profunda, principalmente no hipocôndrio e flanco esquerdos, timpanismo à percussão, sinal de Piparote positivo. A tomografia (TC) de abdômen mostrou ascite volumosa e loculada associado à densificação dos planos gordurosos mesentéricos, ausência de sinais sugestivos de cirrose hepática; à radiografia de tórax havia pequeno derrame pleural à esquerda. Realizada paracentese diagnóstica e biópsia peritoneal que evidenciaram: um líquido inflamatório exsudativo, com ADA elevada (60U/L) e histopatologia com processo inflámatorio crônico granulomatoso, com colorações para Grocott e Ziehl-Neelsen negativas; todas as culturas foram negativas. Não realizada toracocentese devido ao fato do derrame ser de pequena monta. Foi estabelecido o diagnóstico de tuberculose peritoneal e instituído o tratamento; com resolução do quadro de ascite e sintomas constitucionais. **Discussão**. A tuberculose é causa importante de peritonite em países de alta prevalência. As manifestações clínicas são bastante inespecíficas, geralmente o início é insidioso podendo cursar com dor e distensão abdominal, febre, sudorese noturna, perda ponderal, hiporexia, ascite e até mesmo abdome agudo inflamatório. Os achados mais comuns à ultrassonografia e tomorgafia de abdômen são ascite fina e septada, linfadenopatia e espessamento mesentérico e peritoneal. O estudo radiológico dos campos pleuropulmonares pode detectar processos ativos ou cicatriciais. Aproximadamente 70% dos casos demoram mais de quatro meses até ser realizado o diagnóstico. A investigação inicial compreende a realização da paracentese e o diagnóstico definitivo envolve a laparoscopia com biópsia peritoneal. Este caso, ressalta a importância da alta suspeição diagnóstica das formas extrapulmonares de tuberculose, doença extremamente prevalente no Brasil, cujo atraso no diagnóstico pode levar a complicações.
Palavras-chave: Tuberculose peritoneal.tuberculose extrapulmonar.ascite tuberculosa

175 | DESAFIO DIAGNÓSTICO: NOCARDIOSE

MARIANA LAFETA LIMA; THAÍS CARVALHO FRANCESCANTONIO MENEZES; DANIELLE SILVA DE ALMEIDA PHILIPP; GUSTAVO ADOLFO BAUMANN PINTO; SORAYA ABOU EL HOSN CORDERO DA SILVA; WANDERSON PEREIRA DA SILVA; FLÁVIA LIN; ISABELA SECCATO RUIS CHAGAS; FABIANA OLIVEIRA PENIDO; RAIMUNDO JENNER PARAISO PESSOA JUNIOR; THIAGO DE MAGALHAES LOPES; JULIANA LUCENA DOS SANTOS.
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Nocardiose é uma infecção incomum por bactérias do gênero Nocardia.É uma infecção oportunista em hospedeiro imunossuprimidos.O atraso no diagnóstico não é incomum :sintomas pouco específicos e dificuldade no cultivo da bactéria, o que dificulta o início do tratamento e confere elevada mortalidade. **HPMA:**Fem,50 anos,natural e procedente de Itiúba (BA).Há 4 meses,dispneia aos grandes esforços,tosse seca e febre vespertina (38 a 40ºC).Fez uso de vários antibióticos,sem melhora. ISDA:astenia e perda de 8Kg há 2 meses;confusão mental flutuante,nódulos subcutâneos dolorosos em membros e dorso;dores articulares após diagnostico de Chinkungunya há 8 meses (em uso de corticoterapia).**Exame físico:** REG,orientada no tempo e espaço.PA 160x90mmHg.FC 138bpm.Nódulos subcutâneos MIE, MMSS e dorso com rubor e calor local.**Exames complementares:** TC de tórax: nódulos difusos bilaterais, subpleurais, peribroncovasculares, alguns com centro hipoatenuante ou com foco puntiforme radioluscente (até 2cm), a maioria contíguos, confluentes (até 2cm). Espessamento brônquico. Derrame pleural laminar à direita. Nódulos de densidade intermediária situados no subcutâneo (mama direita e abdômen) até 2cm. Biópsia transbrônquica: inflamação crônica granulomatosa, sem necrose. RM de crânio: Sinais de plexite coroide/ microabscessos no corno temporal direito; focos de abscessos corticosubcorticais esparsos pelo encéfalo. Ventriculite e pioventrículo nos cornos occipitais dos ventrículos laterais.**Evolução:** Realizou antibioticoterapia de amplo espectro e tratamento empírico para TB (por 12 dias) e corticoterapia sistêmica (pela hipótese de sarcoidose, após broncoscopia), sem melhora. Evoluiu com artrite séptica (realizado artrocentese e limpeza cirúrgica) e com tetraparesia, RNC e sinais de hipertensão intracraniana, realizado DVP. Após 60 dias internada, hemocultura e cultura de liquido sinovial com *Nocardia pseudobraziliensis*.Apesar da terapia específica, evoluiu para choque séptico refratário e óbito. **Discussão:** Nocardiose é uma infecção incomum por bactérias do gênero Nocardia,presentes no solo,material orgânico em decomposição e na água. O contágio ocorre pela inalação, ingestão e inoculação direta (trauma). É uma infecção oportunista, associada imunossuprimidos, porém, em 1/3 dos casos, acomete imunocompetentes. Pode ser localizada (pulmonar,cutânea ou cerebral) ou disseminada.O quadro clínico é inespecífico, e o pulmão o principal sítio acometido,com apresentação radiológica diversa: nódulos únicos ou múltiplos,massas (cavitadas ou não),consolidação,derrame pleural e infiltrado reticular. Em 32% dos casos,há disseminação linfática e/ou hematogênica,com acomentimento de: pulmão,SNC,olhos,coração,rins,articulação e tecido subcutâneo. O diagnóstico definitivo é feito pela identificação do organismo em biopsia e/ou cultura dos tecidos. O tratamento é com bactrim/ amicacina e/ou imipenem, a associação e duração dependerá do sítio acometido e da situação imunológica do doente.
Palavras-chave: nocardiose disseminada.Nocardia pseudobraziliensis.Nocardiose

176 | SEGMENTECTOMIA PULMONAR EM PACIENTE JOVEM COM BRONQUIECTASIAS CÍSTICAS - RELATO DE CASO.

PAULO MIRANDA CAVALCANTE NETO[1]; JULIANA CLARO PELOSO[2]; JACQUELINE VASCONCELOS QUARESMA[1]; ALANA ANNE KANEDA GARCIA[1]; ALINE REIS BERTOLDI[1]; MARINA MANCUSI[1]; ELIZABETH BRAGA MISAO[1]; PAMELA CRISTINA COSTA DOS SANTOS[1]; MILENA CRISTINA SILVA FONSECA[1]; MARIANA NOGUEIRA DE ALMEIDA ARAUJO[1]; MARCEL SAMUEL BLECH HAMAOUI[1]; AMYR CHICHARO CHACAR[1]; MARIA INÊS BUENO DE ANDRE VALERY[1].
1. IAMSPE, SÃO PAULO - SP - BRASIL; 2. HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, TAUBATE - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Bronquiectasia (BQT) é uma doença pulmonar crônica caracterizada por dilatação da árvore brônquica, com aumento da produção e comprometimento na depuração da secreção com evolução para infecção recorrente. O tratamento das BQTs visa controlar infecção, reduzir a inflamação e melhorar a higiene brônquica. Quando a bronquiectasia é difusa, não há indicação cirúrgica. No entanto, a excisão pulmonar cirúrgica das áreas afetadas pode ser útil em pacientes selecionados. RELATO DE CASO: Paciente V.R.C.T.S., masculino, 20 anos, com história de broncopneumonias de repetição na infância evoluindo com bronquiectasias císticas cujo diagnóstico aconteceu aos 10 anos. Iniciou acompanhamento cuja tomografia (TC) de tórax em abril/2018 evidenciou áreas de consolidação com componente atelectásico na língula e no segmento superior do lobo inferior esquerdo, associadas a bronquiectasias com impactação mucoide adjacentes. Prescrito macrolídeo profilático três vezes por semana além de formoterol 6mcg associado a budesonida 200mcg duas vezes ao dia. A despeito das medidas, paciente evoluiu com nova exacerbação em agosto e dezembro de 2018. Destacava-se na TC de tórax broncopatia com acentuadas bronquiectasias, que quando comparada ao exame de abril, observava-se redução volumétrica da atelectasia do segmento lingular do lobo superior esquerdo e aumento volumétrico das bronquiectasias. Submetido a segmentectomia anatômica da língula, sem intercorrências. Função pulmonar após seis meses manteve distúrbio ventilatório obstrutivo de grau leve, sem resposta ao broncodilatador. Após oito meses da cirurgia, paciente permanece em acompanhamento no ambulatório de bronquiectasias do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, sem novas exacerbações. DISCUSSÃO: A intervenção cirúrgica visa controlar manifestações específicas e é frequentemente associada a antibiótico agressivo e regime de higiene brônquica para reduzir a infecção bacteriana e melhorar a drenagem. As principais indicações cirúrgicas são: remoção do pulmão destruído parcialmente obstruído por um tumor ou o resíduo de um corpo estranho, redução de episódios infecciosos agudos em pacientes com exacerbações frequentes devido a bronquiectasia localizada; redução da produção de expectoração purulenta em pacientes com bronquiectasia confinada a um ou dois lobos e não responsiva à terapia medicam entosa; eliminação de bronquiectasias sujeitas a hemorragia descontrolada quando outras medidas falharem; remoção de uma área suspeita de abrigar organismos resistentes. A mortalidade operatória é baixa (<2 por cento) e há resolução ou melhora dos sintomas na maioria dos pacientes. As complicações pós-operatórias incluem empiema, hemorragia, vazamento de ar prolongado e expansão pulmonar insuficiente devido a atelectasia persistente ou supuração. A segmentectomia ou lobectomia por cirurgia toracoscópica vídeo assistida (CTVA) é uma opção com menor incidência de complicações e internações mais curtas.
Palavras-chave: BRONQUIECTASIAS.CIRURGIA.INFECÇÃO DE REPETIÇÃO

177 | TUBERCULOSE PULMONAR E NEOPLASIA DE PEQUENAS CÉLULAS: RELATO DE CASO

DANILLO BARBOSA DA CONCEIÇÃO; RUTE NASCIMENTO OLIVEIRA; PATRICK JOANER LOBO TRIARCA; DANIEL MATOS EUZÉBIO DE QUEIROZ DA CRUZ; JOANNA SEVERO; RODRIGO ALMEIDA SANTIAGO DE ARAÚJO; MONIQUE LORDELO DA SILVA DE SANTANA; DIOGO RAMON SANTOS; MARÍLIA FERRAZ DE OLIVEIRA MACEDO.
UFS, ARACAJU - SE - BRASIL.

JUSTIFICATIVA: Conhecer e associar os diferentes aspectos clínicos e histopatológicos da tuberculose pulmonar e neoplasia de pequenas células é fundamental para seu avanço terapêutico. **HDA e HISTÓRIA PREGRESSA:** M.W.S, sexo masculino, 71 anos, pescador aposentado, com tosse produtiva, sudorese e calafrios noturnos há 3 semanas, perda ponderal considerável. Nesse período, relata atendimento em UBS, onde se solicitaram exames laboratoriais, TRM e radiografia de tórax, que identificou consolidação. Recebeu prescrição de Expectorante, Levofloxacino 750mg por 7 dias,

nebulização de Fenoterol e Ipratrópio. Houve curta melhora, seguida de piora dos sintomas e hemópticos esporádicos até o momento da admissão. Refere ser tabagista (69 maços/ano), ex-etilista há 2 anos. Cria aves e cachorros. Refere cirurgia há 2 anos por "problemas na próstata" (sic). **EXAME FÍSICO** Regular estado geral, lúcido, orientado, afebril, acianótico, anictérico, hipocorado 3+/4+. Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares distribuídos em ambos os hemitórax, roncos grosseiros, creptos à ausculta de região interescapulo-vertebral superior direita. FR= 26 irpm e saturação de O2=97%. Ausculta cardíaca com taquicardia sinusal, FC=121 bpm. **EXAMES COMPLEMENTARES:** TRM com DNA detectável para Mycobacterium Tuberculosis sensível à Rifampicina. Durante internação destacou-se, por TC, lesão extensa em segmentos apicoposterior do lobo superior do pulmão direito, com extensão hilar, estreitando artéria pulmonar e colabando as veias pulmonares, além de grande componente mediastinal colabando a veia cava superior. Biópsia endobrônquica compatível com câncer de pequenas células, redondas e azuis. Identificaram-se metástases cerebral e suprarrenal. **DIAGNÓSTICO**: Tuberculose pulmonar, câncer pulmonar de pequenas células e síndrome de veia cava superior. Iniciou-se tratamento para tuberculose pulmonar COXCIP4. **EVOLUÇÃO:** Evoluiu com piora da dispneia, disfagia e dessaturação ao decúbito dorsal, necessitando de medidas de urgência para reversão do quadro compressivo. Indicou-se Stent endovascular em veia cava superior, evoluindo com melhora dos sintomas após sua implantação. **DISCUSSÃO**: Associação entre câncer de pulmão e tuberculose pulmonar já é bem descrita e explica-se por fibrose, inflamação ou imunodepressão por Tuberculose. O diagnóstico de tuberculose costuma preceder o diagnóstico neoplásico ou ser concomitante. No entanto, a associação mais comum e significativa acontece com Adenocarcinoma, diagnóstico histopatológico mais frequente. Nos estudos, não costuma se registrar associação com tumor de pequenas células, como o observado nesse caso.
Palavras-chave: Câncer Pulmonar.Neoplasia de Pequenas Células.Tuberculose Pulmonar

PNEUMOPEDIATRIA

178 | ASSOCIAÇÃO ENTRE ASMA E OBESIDADE NA INFÂNCIA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

GIOVANA CHRISPIM; CAROLINA DOERING NEVES; MARIA FERNANDA BOTELHO HERNANDEZ PEREZ.
FMABC, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

INTRODUÇÃO: Considerando o significativo aumento das prevalências de obesidade e asma na infância, bem como a característica crônica dessas doenças, diversos estudos foram conduzidos na tentativa de encontrar um ponto de intersecção entre elas. Sendo assim, o presente estudo consiste na tentativa de buscar uma associação entre asma e obesidade na infância considerando a importância de se avaliar ambas as doenças simultaneamente devido a uma possível piora do quadro nutricional ou inflamatório do indivíduo quando estas estão presentes simultaneamente. **OBJETIVO:** avaliar uma possível associação entre asma e obesidade em crianças de 6 a 8 anos. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal em escolas municipais de Santo André, onde as crianças foram avaliadas quanto a presença de asma através da aplicação do questionário ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), sendo que notas de corte maior ou igual a 5 no escore global determinaram o diagnóstico de asma e quanto a presença de obesidade através da coleta das medidas antropométricas (peso e estatura) e posterior cálculo do IMC (Índice de Massa Corpórea) para análise do escore-Z. Valores do escore-Z maiores ou iguais a +2 determinaram o diagnóstico de obesidade. **RESULTADOS:** Ao todo foram distribuídos entre as quatro escolas 1560 questionários. A amostra total considerando critério de exclusão foi de 474 crianças. Destas,123 foram classificadas como asmáticas, encontrando-se 25,94% como valor de prevalência de asma na população estudada. Da amostra total, 83 crianças foram classificadas como obesas, sendo encontrada prevalência de obesidade de 17,51%. Comparando-se obesidade e asma observa-se que a asma é 49% mais prevalente no grupo de crianças obesas em relação ao grupo de crianças eutróficas (RP = 1,49% IC 95% 1,05 – 2, 13). DISCUSSÃO**:** O presente estudo encontrou o valor de 17,51% para prevalência de obesidade e de 25,94% para prevalência de asma em crianças de 6 a 8 anos. Tais valores são compatíveis com diversos outros estudos já realizados, demonstrando que tanto a asma quanto a obesidade têm prevalências cada vez maiores na infância e por isso a necessidade de se analisar o binômio asma-obesidade com maior efetividade, inclusive avaliando-se a possibilidade de relação causa e efeito entre elas. O fato da asma ser 49% mais prevalente no grupo de crianças obesas demonstra a importância dessa associação entre as doenças. CONCLUSÃO: Através dos resultados obtidos infere-se que a diminuição dos casos de asma, bem como o controle da obesidade na infância devem ser uma prioridade de saúde pública no Brasil. Destaca-se também a necessidade de se investigar a relação de causalidade entre as duas doenças por meio de estudos longitudinais com o intuito de tornar o tratamento e prevenção mais assertivos.
Palavras-chave: asma.obesidade.criança

179 | AGENESIA DE ARTÉRIA PULMONAR DIREITA: RELATO DE CASO

EUGENIO FERNANDES DE MAGALHAES[1]; INGRED STEPHANY DOMINGUES DA SILVA[1]; LUIZA DE CASTRO CANÇADO BRAGA[1]; CARINE CARVALHO VAZ DE LIMA MORAIS[1]; SALETE PEREIRA DA SILVA[1]; JULIANA VALENTINI[1]; VICTOR ZENATI FEMÍA[1]; LETÍCIA CAROLINA MALAQUIAS PEREIRA[1]; ANA LUIZA REZENDE COLLANI[1]; CECÍLIA BARCELOS ALVES SERRANO[1]; ANNA LUIZA PIRES VIEIRA[2]; SILVIA MARA TASSO[1]; PAULA VIEIRA PENHA[1]; CAIRO BARCELOS ALVES SERRANO[1].
1. UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, POUSO ALEGRE - MG - BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO, POUSO ALEGRE - MG - BRASIL.

A agenesia de artéria pulmonar direita é uma malformação congênita rara (1-200.000 a 1-300.000), que ocorre devido ao não desenvolvimento do sexto arco aórtico. Apesar de sua patogênese, a mesma não é relacionada com malformações cardíacas, ao contrário da agenesia da mesma artéria do lado esquerdo, que geralmente, está ligada a malformações cardíacas, além de as artérias intrapulmonares, a vascularização pulmonar e a árvore brônquica geralmente não sofrerem alterações. Neste relato, é descrito o caso de uma paciente que se apresenta com tosse produtiva, quadro de febre e taquipneia. Devido à sintomatologia ser semelhante a um quadro de pneumonia, foi medicada com Ceftriaxona e optou-se por realizar radiografia simples de tórax, na qual se evidenciou a presença de opacidade interstício-alveolar perihilar à direita com desvio do mediastino à direita e assimetria da transparência pulmonar. Portanto, foi solicitada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou pulmão direito de volume reduzido. Para um melhor entendimento do quadro da paciente, realizou-se angiotomografia computadorizada do tórax, na qual é possível visualizar uma agenesia da artéria pulmonar direita. A importância de demonstrar tal situação: relatar um caso de agenesia de artéria pulmonar direita em uma paciente com diagnóstico clínico de pneumonia.
Palavras-chave: Agenesia, Artéria Pulmonar, Agenésia de Artéria Pulmonar

SOCIEDADE PAULISTA DE
PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA